

GESTIÓN CLÍNICA



www.calidadasistencial.es

XXXIV CONGRESO

SECA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

XXI CONGRESO

sadeca SOCIEDAD ANDALUZA DE CALIDAD ASISTENCIAL

FACA
FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

19-21
octubre
2016

PARADOR DE
CÓRDOBA
LA ARRUZAFÁ



COMUNICACIONES ABSTRACTS 2016

ÍNDICE POR ID. EN LA PÁGINA 895



ID: 6

TÍTULO: CONSULTA DE ASESORAMIENTO EN VACUNAS: EL ENCUENTRO ES POSIBLE

AUTORES: PIÑEIRO PÉREZ, ROI.; HERNÁNDEZ MARTÍN, D.; DE LA PARTE CANCHO, M.; CASADO VERRIER, E.; GALÁN ARÉVALO, MS.; CARABAÑO AGUADO, I.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La vacunación infantil constituye la medida preventiva más eficaz de todos los tiempos. En el siglo XXI, algunas enfermedades inmunoprevenibles están casi desapareciendo, y ello induce a la población a minusvalorar sus riesgos. El movimiento "antivacunas" nace en la década de los 90, tras la publicación del artículo de Wakefield et al en la revista The Lancet, en el que relacionaba la vacuna triple vírica con el desarrollo de autismo, entre otras enfermedades. Diez años más tarde, la revista se retractó del artículo, pero el daño ya estaba hecho, y desde entonces el crecimiento del movimiento contrario a la vacunación ha sido exponencial. Existen recomendaciones para la toma de decisiones ante padres que no vacunan a sus hijos, pero son escasas las publicaciones que analizan este problema. En noviembre de 2014, se inaugura una consulta pionera en España, sobre asesoramiento en vacunas, en un hospital terciario. En ella, se dedica tiempo y exclusividad a los padres que deciden no vacunar a sus hijos, y se aplican las recomendaciones de la Asociación Americana de Pediatría y la Asociación Española de Pediatría.

Analizar el éxito de la consulta, según el número de padres que finalmente aceptan la vacunación, sea esta parcial o total. Objetivos secundarios son: detallar los diferentes motivos por los que los padres deciden no vacunar a sus hijos y estudiar el perfil sociológico de dichos progenitores.

Estudio descriptivo, transversal, prospectivo y unicéntrico. Periodo: 01/11/14–01/11/15. Se incluyen menores de 16 años no correctamente vacunados, tras firma de consentimiento informado.

Diez familias acuden a la consulta. Niños: edad mediana 2 años. 80% de los niños ninguna vacuna. 10% antecedente de enfermedad inmunoprevenible (tosferina). Padres: edad mediana 30 años. 100% vacunados, 50% rechazo absoluto a la vacunación. Motivos para no vacunar: 100% presencia de mercurio, 90% riesgo de autismo, 80% presencia de aluminio, 70% las vacunas no protegen y alteran la inmunidad, 60% presencia de estabilizantes y conservantes y riesgo anafilaxia, 50% las vacunas son un negocio, 40% en contra de medidas imperativas por parte del Gobierno, 10% miedo a efectos secundarios leves, como dolor en el lugar de la inyección. 0% motivos religiosos. El 90% de los padres está a favor del uso de homeopatía en niños. Un 60% sigue dietas no tradicionales. El 50% está en contra del uso de antibióticos. Al 90% les pareció útil la consulta. Un 90% aceptaron vacunación (40% completa). El convencimiento de la filosofía "antivacunas" es firme y difícil de cambiar. También es complicado que los pediatras no rechacen a los padres que ponen en riesgo la vida de sus hijos. El encuentro es posible y la sociedad lo necesita. Tiempo para escuchar, respeto, empatía, paciencia y transmisión de buena información han constituido las claves de nuestro resultados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 7

TÍTULO: IMPACTO DE LOS ERRORES DE IDENTIFICACIÓN SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE , LA GESTION CLINICA Y LA ORGANIZACION.

AUTORES: CUADRADO-CENZUAL, MARIA ANGELES.; ÁLVAREZ GÓMEZ, S.; LÓPEZ GARCÍA, MP.; CIUDAD, MJ.; ARROYO FERNÁNDEZ, MJ.; CALVO MANUEL, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La no seguridad en la asistencia sanitaria provoca una elevada morbilidad y mortalidad con una repercusión sobre el paciente y un elevado impacto económico y social .Es de especial relevancia cuantificar dicho coste para la tomade decisiones, la priorización de mejoras la puesta en marcha de estrategias de prevención

A lo daños directos sobre el paciente, se suman las repercusiones indirectas para el paciente y para la organización: incremento del tiempo de estancia, pruebas diagnósticas y hospitalizaciones adicionales y un incremento de costes.

Analizar y evaluar los errores de identificación de paciente así como la obtención de muestras inadecuada a partir de vía (EID)

Determinar cuáles son los costes asociados a dichos efectos adversos, así como su impacto económico en la gestión y en la organización del Hospital

Se realizó un análisis de los errores de identificación de paciente y de extracciones inadecuadas de vía (EID) ocurridos sobre un total de 256. 178 solicitudes analíticas correspondientes al año 2014 y 1º semestre 2015 de los pacientes que acuden al servicio de urgencias y hospitalizados.

Los resultados fueron analizados estadísticamente empleando el test de Chi-Cuadrado y SPSS v15.0

El estudio de los costes generados por los errores EID, se calcularon a partir del coste de las pruebas que se repitieron en la segunda analítica solicitada, el coste generado por una segunda obtención de muestras, el tiempo dedicado por el personal sanitario y la repercusión sobre la estancia media del paciente.

Se detectaron un total de 702 errores EID.

Fue necesario realizar 9.854 pruebas adicionales cuyo coste ascendió 11.240 €. Hemos de añadir el coste de 681 extracciones, que supuso 3220 €.

En relación con los costes de RRHH : El tiempo dedicado por el personal Facultativo (médico y laboratorio) generaron unos costes 12460 €. El dedicado por el personal de enfermería (DUE Y TEL) 9612 €.

Finalmente, en relación con la repercusión sobre la estancia, los EID provocaron un retraso en la información de los resultados (y consecuentemente en la toma de decisiones) de 3,6 horas (1,2 horas a 5,3 horas) con un incremento consecuente de la estancia media. El coste generado fue de 83.763 € si consideramos todos los errores. Si analizamos los errores del Servicio de Urgencias (126 y media de retraso 2,8 horas) el coste es de 9.922 €

Así pues, parece importante poder cuantificar el coste asociado a los efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria con el fin de priorizar mejoras y justificar el gasto que supone la puesta en marcha de estrategias de reducción de errores y gestión del riesgo sanitario.

El diseño de protocolos de detección de errores en la fase pre-analítica (EID) en el laboratorio clínico permite detectar los posibles eventos adversos y tomar las medidas de mejora tanto en la seguridad del paciente, como en la gestión clínica de las diferentes unidades y en la organización.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 8

TÍTULO: COLESTASIS INTRAHEPÁTICA DEL EMBARAZO: GESTIÓN CLÍNICA Y MEJORA EN EL PROCESO ASISTENCIAL

AUTORES: DE LA PUENTE YAGÜE, MIRIAM.; CUADRADO-CENZUAL, MA.; COLLADO YURRITA, L.; GONZALEZ-ESTECHA, M.; SANCHEZ-POBRE, MP.; HERRÁIZ MARTINEZ, MA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La colestasis intrahepática del embarazo (CIE) es una entidad clínica que tiene lugar en el segundo o tercer trimestre de gestación, caracterizada por un incremento de sales biliares en el plasma materno y prurito generalizado, que puede generar importante repercusión sobre el feto (prematuridad, sufrimiento fetal, distress respiratorio... e, incluso, muerte fetal intraútero). Aunque no produce una morbilidad materna excesiva, sí puede afectar de manera importante su calidad de vida.

Los objetivos son: implantación de este protocolo; intento de mejora de calidad de vida de las pacientes afectas y lograr la implicación y participación de todos los servicios y centros de atención primaria

Debido a la relevancia de dicha patología, se realizó un análisis de la situación en relación con el manejo diagnóstico-terapéutico. Las deficiencias más importantes detectadas fueron: ausencia de estandarización en la actuación integral del proceso asistencial y desconocimiento de la gestión adecuada para la realización de pruebas diagnósticas, monitorización y seguimiento.

Se realiza un proyecto de mejora a través de la elaboración de un Protocolo de Actuación de CIE, integrado en el Hospital Clínico San Carlos (HCSC), para conseguir una correcta asistencia clínica a las pacientes, optimizar los tiempos de respuesta en la atención sanitaria e incremento en la eficiencia del diagnóstico y tratamiento.

Para el análisis de la situación, se creó un grupo multidisciplinar y utilizando como metodología el Diagrama de Ishikawa se identificaron, analizaron y clasificaron posibles causas de problemas y riesgos potenciales en el proceso de atención a la gestante. Se establecieron una serie de indicadores para la revisión periódica y actualización del protocolo.

Los resultados fueron: 96% de reclutamiento de pacientes con sospecha de CIE. Diagnosticándose 68 casos durante el periodo 2012-2015. El 98% de pacientes tuvieron informe de resultados de ácidos biliares ante sospecha de CIE. El 70% de las pacientes siguieron un tratamiento adecuado. No hubo ningún caso de mortalidad fetal anteparto. El número de casos de morbilidad fetal-neonatal fue de 26/41.

La elaboración de este proyecto se realiza con el fin de ayudar al manejo diagnóstico terapéutico de la paciente con CIE en cualquier centro hospitalario, acortando los plazos para un correcto tratamiento y disminuyendo la repercusión en la morbi-mortalidad feto-neonatal, al igual que la afectación de la calidad de la paciente. Todo ello permite una reducción significativa de costes, debido a la reducción de las incapacidades temporales y de las medidas de actuación terapéuticas y tiempos de estancia hospitalaria de los neonatos de madres con dicha patología. Con los resultados obtenidos se observa la correcta implantación del protocolo y manejo de estas pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 9

TÍTULO: LA GESTIÓN CLÍNICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LOS ERRORES EN EL PROCESO ANALÍTICO DEL LABORATORIO CLÍNICO

AUTORES: CUADRADO-CENZUAL, MARIA ANGELES.; COLLADO YURRITA, L.; GONZÁLEZ-ESTECHA, M.; FERNÁNDEZ-PÉREZ, C.; GARCÍA BRIÑÓN, MA.; ARROYO FERNANDEZ, MA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los Errores de Identificación del Paciente y sus muestras biológicas (EIPMB) suponen un área de grave riesgo en la seguridad del paciente, con una elevada probabilidad de provocar un evento adverso por una incorrecta interpretación médica a partir de unos resultados que no se corresponden a los del paciente; siendo en muchos casos dichos resultados esenciales para el diagnóstico, seguimiento o terapéutica del paciente. Por lo tanto, la consecuencia de los EIPMB sobre el proceso asistencial, son principalmente errores o retrasos diagnósticos, error en el tratamiento o seguimiento de un paciente, incremento de la estancia media, un incremento de costes con una grave repercusión sobre el paciente.

Los objetivos principales eran: Detección y estimación de la incidencia de EIPMB en las solicitudes analíticas procedentes del Servicio de Urgencias del Hospital; analizar las causas que originaban dichos errores y describir en que fase del proceso asistencial se habían producido; detectar los puntos críticos del proceso; diseñar las estrategias de mejora; y evaluar la eficacia de la implantación de dichas estrategias.

Estudio quasiexperimental de intervención directa con un periodo de seguimiento de cuatro años y medio, desde Julio de 2010 a Junio de 2015. La muestra del estudio fue seleccionada de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias a los cuales se les ha solicitado pruebas analíticas durante dicho periodo. Los criterios de inclusión en el estudio fueron todas las solicitudes analíticas con obtención de muestras sanguíneas procedentes del Servicio de Urgencias. Diseño del proceso a seguir por todos los profesionales implicados en el proceso de petición y realización de pruebas analíticas. Evaluación y seguimiento de indicadores de EIPMB antes y después de la implantación de dichas medidas de mejora.

Durante el periodo del estudio se detectan un total de 412 EIPMB en un total de 583.254 solicitudes del Servicio de Urgencias que representan una media de ratio (7.02/ 10.000). El Error de Identificación de Paciente fue el más frecuente en todos los semestres con una diferencia significativa con $p < 0.0001$. Tras las estrategias de mejora, la media del ratio de los EIPMB descendió a un 4.12/10.000, siendo esta disminución estadísticamente significativa con una $p < 0.00001$.

Las estrategias de mejora aplicadas demostraron ser eficaces en la detección de los EIPMB así como una en su prevención. No obstante, se debe seguir trabajando en esta estrategia, fomentando la cultura de seguridad de todos los profesionales implicados e intentando alcanzar el objetivo de que el 100% de las solicitudes analíticas así como las muestras estén identificadas correctamente.

Los errores de Identificación del Paciente en el laboratorio clínico suponen un error grave con repercusión directa e inmediata sobre el paciente y con un posible riesgo de originar un evento adverso.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 11

TÍTULO: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: SIN PARTICIPACIÓN NO HAY GESTIÓN

AUTORES: OBÓN AZUARA, BLANCA.; GUTIÉRREZ CÍA, I.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Calidad y Gestión se encuentran alejadas de la perspectiva clínica, motivo por el que los profesionales no se implican en la misma. Su traducción práctica es la cumplimentación preceptiva de unos documentos, exentos de contenido real.

Análisis de los proyectos de Calidad desarrollados en un Servicio de Medicina Intensiva (SMI). Describir la tendencia histórica de los mismos. Valorar indirectamente su empleo como herramienta de utilidad para mejorar la Calidad de la asistencia proporcionada y la Gestión del servicio.

Estudio ambispectivo de proyectos, y Grupo de la Calidad de un SMI de 3er nivel/ Participación de los profesionales en los mismos/ Análisis de la tendencia de los proyectos

En SMI existe un Grupo de Calidad (GC) desde los 90', siendo en 04' cuando se constituye como Grupo de Mejora de la Calidad (GMC). Existe un registro de asistencias desde 06', y manual de funcionamiento del SMI desde 08', que describe las funciones y características del SMI. En 13' y 14' se renueva, aparece un total de 9 componentes en GMC (1 jefe de servicio -a su vez responsable de calidad-, 5 FEAS y 3 DUE), sentando las bases futuras para el mismo. En 14' aparece reglamento del GMC del SMI. Es en 06' cuando aparece el 1er registro asistencias, celebrándose desde 06' hasta 09' 2 reuniones/año. A partir de 10' el nº es 3, y en 15' de 6, con más miembros en GMC (n=10 6 FEAS y 4 DUE), jefe de servicio deja de ser responsable de Calidad, y x 1ª vez Enfermería no representada únicamente por las supervisoras. Los proyectos iniciales con documentación registrada datan de 10' sufriendo variaciones en número absoluto y en participantes (2010 6 proyectos/ 2011 10/ 2012 9/ 2013 3/ 2014 3/ 2015 6/ 2016 10), dependiendo de contingencias surgidas. La participación conjunta de enfermería y medicina se mantiene 1-2 proyectos/año. Tendencia a la participación en proyectos nacionales RZ, NZ, BZ, e iniciativas multidisciplinares con otros profesionales que implican al conjunto del hospital: protocolo de PCR, proyecto PROA, proyecto UCI sin paredes. Los proyectos alcanzan un diseño adaptado al SMI. El nº de participantes/proyecto se diversifica, logrando la adhesión de los adjuntos más jóvenes. Es preciso que la Calidad y la Gestión de los servicios surja de los profesionales que trabajan en los mismos, para garantizar la continuidad y sostenibilidad de las estrategias. Esto requiere una sólida formación, que resulta difícil pues los profesionales se enfrentan a una elevada carga asistencial y a un aumento de las exigencias de sus competencias específicas habituales, que requieren de una actualización permanente. Si no se logra aumentar la masa crítica de profesionales que dispongan de esta formación, no va a ser posible implementar programas a la medida de los Servicios, y es improbable que Calidad y Gestión salgan de los despachos de las Direcciones de los hospitales.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 12

TÍTULO: INFUSIÓN INTRADUODENAL DE LEVODOPA/CARBIDOPA EN ENFERMEDAD DE PARKINSON AVANZADA

AUTORES: CASAS HIDALGO, INMACULADA.; RODRIGUEZ DELGADO, A.; CASAS HIDALGO, MP.; MORENO RAYA, P.; VALLE CORPAS, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En la enfermedad de Parkinson avanzada, la terapia farmacológica convencional por vía oral puede resultar insuficiente para controlar las complicaciones motoras asociadas a la enfermedad. Una de las causas implicadas en la génesis de las fluctuaciones motoras que se observan en la enfermedad de Parkinson es la absorción errática de la medicación debida a un vaciado del contenido gástrico irregular. Actualmente, se dispone de una terapia que permite la administración de levodopa directamente al duodeno de manera continua a través de un perfusor.

El objetivo de este estudio es determinar la eficacia de Duodopa®, una fórmula galénica de levodopa en suspensión micronizada en un gel espesante de carmelosa sódica cuya administración tiene lugar a través de una sonda duodenal implantada a través de una gastrostomía endoscópica percutánea en pacientes con enfermedad de Parkinson avanzada.

Estudio descriptivo observacional sobre la administración de Duodopa®, cuya composición exacta es: levodopa (20 mg/mL) y un inhibidor de la dopadecarboxilasa, la carbidopa (5 mg/mL), en un hospital de tercer nivel. Las variables estudiadas, obtenidas de las historias clínicas a través de la aplicación informática Archinet, fueron: sexo, edad, tiempo de administración de la terapia, síntomas de la enfermedad antes y después del tratamiento con Duodopa® y problemas asociadas a dicha medicación.

La fórmula galénica Duodopa® fue administrada a 5 pacientes (60% mujeres) de nuestro hospital. La edad media de estos pacientes fue de 68 años. El tiempo medio de administración de esta terapia fue de 8 meses.

La infusión intraduodenal de Levodopa/Carbidopa se ha mostrado eficaz en la reducción del porcentaje de tiempo off y en la disminución de los períodos con discinesias incapacitantes en la mayoría de los pacientes estudiados, lo que ha supuesto una mejora de la calidad de vida de estos pacientes. Si bien la terapia ha demostrado su eficacia, ésta no está exenta de complicaciones relacionadas con la disfunción del sistema de infusión o con la gastrostomía endoscópica percutánea.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 13

TÍTULO: 12 MESES, 12 CAUSAS POR LAS QUE MOVERNOS POR LOS PACIENTES TODO UN AÑO

AUTORES: BUJALANCE HOYOS, JESUS.; MOYANO JIMENEZ, O.; NAVARRO GALLEGO, MI.; GARCIA CISNEROS, RJ.; CAÑERO TORRES, MJ.; LOZANO SANCHEZ, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Es fundamental implantar estrategias de cuidados que favorezcan la promoción y la prevención de la salud a la ciudadanía. En el AGS Norte de Málaga hemos diseñado este Proyecto denominado "12 meses, 12 causas por las que movernos por los pacientes todo un año" para promocionar los cuidados en todos los ámbitos asistenciales, especialmente orientado a la promoción de la salud y fomento del autocuidado y que aportaran un 'valor añadido' en la actividad asistencial diaria que realizamos en el centro sanitario.

Los objetivos que nos marcamos fueron:

- Potenciar la promoción y prevención de la salud de la ciudadanía.
- Establecer innovación en la estrategia de cuidados del centro.
- Mejorar la calidad en la atención sanitaria a través del desarrollo de actividades que proporcionen un 'valor añadido' a la ciudadanía.
- Promover la participación de la ciudadanía.

Para el desarrollo del proyecto se creó en Noviembre de 2015 una comisión para liderar el proyecto con profesionales de todos los estamentos, sanitarios y no sanitarios, así como con ciudadanos de las asociaciones de la comarca. Se diseñaron la temática de los meses para desarrollar las actividades: Mes de la Violencia de Género, Personas con Discapacidad, Humanización de los cuidados, Prevención del cáncer, Lucha contra el Sedentarismo, promoción de la Inmunización, Lucha contra el Tabaquismo, Seguridad del paciente, Prevención de los Efectos del Calor, Promoción la Lactancia Materna, Lucha contra el Alzheimer y de la Salud Mental. Cada mes se reúne la comisión y se deciden que actividades se van a desarrollar que van desde la elaboración de dípticos informativos para las Unidades asistenciales, realización de vídeos, participación en medios de comunicación promocionando cuidados de salud, realización de un decálogo de Humanización, entrevistas a la ciudadanía sobre el tema en cuestión, mesas redondas, foros sociales, charlas o jornadas formativas... se presentarán en el congreso los resultados de todo el año.

Durante los primeros 5 meses se ha conseguido una excelente participación de los profesionales del centro y de la ciudadanía. Las actividades se difunden entre los profesionales del centro, así como en redes sociales y medios de comunicación. Entre las múltiples actividades caben destacar:

- 1 mesa redonda provincial sobre la violencia de género.
- Actualización del protocolo de Violencia de Género.
- 5 dípticos informativos en relación al tema del mes.
- 1 Decálogo de Humanización de los Cuidados con más de 50.000 vistas en facebook y solicitud de varios hospitales.
- Rutas de senderismo y un millón de pasos.
- Información del código europeo contra el cáncer.
- Musicoterapia y payasos en unidades asistenciales.
- Feria de asociaciones de personas con discapacidad.

En resumen el proyecto está siendo todo un éxito y se han obtenido resultados excelentes que seguramente mejorarán la calidad de los cuidados que prestamos a la ciudadanía.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 14

TÍTULO: EPISIOTOMÍAS Y DESGARROS GRAVES EN UN HOSPITAL COMARCAL DURANTE 2005-2014

AUTORES: SÁNCHEZ BARROSO, M^a TERESA.; VICIANA SÁNCHEZ, M.; VICIANA SÁNCHEZ, FJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La incidencia de episiotomías en el medio hospitalario en España sigue siendo muy elevada a pesar de que la O.M.S. y las revisiones indican que no hay ninguna evidencia de que la episiotomía de rutina reduzca el daño perineal, un futuro prolapso vaginal o la incontinencia urinaria. Vamos a analizar los resultados de nuestro hospital.

Valorar la evolución de la tasa de episiotomías de los últimos 10 años en nuestro hospital

Investigar la incidencia de desgarros graves (III y IV grado) tanto en mujeres a las que se les hizo episiotomía como a las que no

Conocer si realmente el realizar esta técnica protege o no al periné de un posible desgarro

Investigar si los desgarros corresponden a partos eutócicos o instrumentales.

Se ha efectuado un estudio retrospectivo descriptivo transversal de los partos realizados durante los años 2005 al 2014 siendo analizados un total de 12.923 partos. Para ello utilizamos la base de datos de nuestra unidad.

Las variables: Episiotomía y no episiotomía, desgarros tipo III y IV. Las variables cualitativas las comparamos mediante el test de la chi cuadrado, estableciendo un nivel de confianza de $p < 0,05$. Posteriormente si hay diferencias calculamos la Odds Ratio

Analizamos los datos con el Spss 15.0

RESULTADOS:

Las episiotomías han ido disminuyendo del 40% en 2005, a un 4% los dos últimos años estudiados.

Los partos eutócicos, en estos 10 años, fueron 9838 del total con 53 desgarros graves y los instrumentales fueron 833(6.4%) con 28 desgarros graves. Lo que representa una $p=0.000$

OR=8 (95% confidence interval = from 5.89 to 11.95)

Y en partos con episiotomía hubo 37 desgarros graves de 1369 y de 8633 sin episiotomía hubo tan sólo 44. Lo que representa una $p=0.000$

OR=5 (95% confidence interval = 3.28 to 7.93)

CONCLUSIONES:

El porcentaje de episiotomías han ido disminuyendo de manera considerable desde el 40% del 2005 al 4% de los dos últimos años, cifras muy por debajo de las de España que estaba en 42%, en un estudio del observatorio de la salud de estos últimos años.

Tenemos un porcentaje de desgarros graves en total del 4.53% cifras algo inferiores que las encontradas en la bibliografía.

El no realizar episiotomía y tener un parto eutócico, protegen de los desgarros graves. Hay 5 (95% confidence interval= from 3.28 to 7.93) veces más posibilidades de tener un desgarro grave si se realiza episiotomía y 8(95% confidence interval= from 5.89 to 11.95) más posibilidades de desgarro grave en parto instrumental que en eutócico.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 16

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL GRADO DE ADHESIÓN EN LA HIGIENE DE MANOS DE LOS PROFESIONALES UNA UNIDAD HOSPITALARIA

AUTORES: SÁNCHEZ BARROSO, M^a TERESA.; VICIANA SÁNCHEZ, M.; VICIANA SÁNCHEZ, FJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La higiene de manos es reconocida como la medida más importante para prevenir la infección nosocomial. El principal vehículo de transmisión son las manos de los profesionales sanitarios y el paciente puede ser la fuente principal. La barrera más importante y eficaz para prevenir y controlar las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria es la higiene de manos, siendo este un elemento fundamental y la medida más eficaz para el control y la prevención de las infecciones y la falta de cumplimiento sigue constituyendo un problema a nivel mundial para la seguridad del paciente.

Evaluar la adhesión de la higiene de manos en los profesionales de la Unidad de obstetricia -ginecología del hospital de La Inmaculada

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal, de la adherencia de la Higiene de Manos (HM) por parte de los profesionales sanitarios y no sanitarios. Esta observación se llevó a cabo en la Unidad, mediante una recogida de datos primaria, durante los meses de, octubre y noviembre de 2015. La muestra estuvo constituida por un total de 61 profesionales y 244 oportunidades.

RESULTADOS: Tras el cálculo total de los resultados, se ha obtenido que un 44.11% de los profesionales observados realizan el lavado de manos con agua y jabón, frente a un 18.15% que prefiere la fricción de las manos con producto de base alcohólica y un 37.74% omiten la realización de la higiene de manos, aunque el dato puede variar dependiendo del momento observado, siendo el primer y quinto momento los menos realizados por parte de los profesionales y el tercero el preferido para realizar la higiene de manos. **CONCLUSIÓN:** La adhesión de la higiene de manos en los cinco momentos que la OMS propone es baja, con tan solo un 18.15% de adherencia en la Unidad. Las categorías profesionales que más realizan la HM son las enfermeras y las matronas. Se sugiere realizar un plan de mejora para la higiene de manos, así como, prestar formación y evaluación continua a los profesionales siendo este un determinante clave para la mejora de la HM.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 17

TÍTULO: SUGERENCIAS RECIBIDAS DE PACIENTES/USUARIOS: MEJORA CONTINUA EN UN SERVICIO DE REHABILITACION

AUTORES: SALAZAR SOBRINO, MARIA ELENA.; IRAZUSTABARRENA ITURRIOZ, O.; IBAÑEZ IBAÑEZ, JM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Mostrar nuestra forma de gestionar la información aportada voluntariamente por nuestros pacientes a través de las encuestas realizadas durante su proceso de rehabilitación, con el fin de mejorar la calidad de nuestras actuaciones y elegir el modelo de encuesta más eficaz a la hora de promoverlas.

- 1.Puesta en práctica de métodos de valoración de calidad asistencial (encuestas) con el fin de optimizarla.
- 2.Mejorar la atención a nuestros pacientes desde su percepción, analizando las diferentes sugerencias aportadas durante su proceso de rehabilitación, utilizando técnicas de retroalimentación positiva.
- 3.Elegir el método de encuesta más eficaz.

Disponemos de 2 tipos de encuestas anónimas:

- Pantalla táctil: consta de 5 preguntas(tiempo de espera, información, trato, asistencia y observaciones (sugerencias, etc...)). Está al alcance de los pacientes en todo momento, para rellenarla libremente durante su proceso de rehabilitación, en cualquiera de las 5 Unidades que forman nuestro Servicio.

- Encuesta papel: consta de 10 preguntas, así como espacios donde realizar sugerencias. Ésta se aporta al paciente al finalizar su proceso para ser rellenada voluntariamente y depositada en un buzón. Esta encuesta forma parte de un estudio piloto (puesta en marcha de Encuesta Fin Proceso de Rehabilitación en las 5 Unidades mediante I-Pad) y únicamente está operativa en las 2 mayores Unidades del Servicio (Clínica Pakea y Beasain).

Las sugerencias recogidas, son analizadas en las reuniones mensuales del equipo de Rehabilitación(médicos rehabilitadores y fisioterapeutas), clasificándolas en sugerencias:

- Referentes al servicio: aspectos funcionales y estructurales
- Ajenas al servicio: aspectos funcionales y estructurales

Resultados:

En el año 2015 en las 2 Unidades donde están implantadas los 2 tipos de encuesta, se han tratado 1045 pacientes (172 en Beasain y 873 en C. Pakea). Han realizado la encuesta papel 348 pacientes (33,3%): 102 en Beasain y 246 en C.Pakea. La encuesta pantalla táctil se ha realizado 739 veces: 241 en Beasain y 508 en C.Pakea.

Se han obtenido 182 sugerencias (38 provenientes de las pantallas y 144 de las de papel). De las cuales: 144 son referentes al servicio y 38 ajenas al servicio.

Después de analizar las 144 sugerencias propias de nuestro servicio, se han considerado 72 de instauración factible mediante acciones de mejora de procesos (funcionales) o con adaptación de estructuras (estructurales) en colaboración con departamentos de mantenimiento, compras, inversiones...

Conclusiones:

- Utilizamos las encuestas como herramienta para poner en marcha sugerencias de nuestros pacientes al objeto de mejorar los servicios prestados.
- Aunque la periodicidad de la encuesta de papel (única) es menor, los pacientes realizan más sugerencias en ésta que en la pantalla táctil (libre).
- Es por ello, que nos hemos propuesto implantar la encuesta de forma novedosa en todas las Unidades del servicio vía soporte electrónico portátil (I-Pad).

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 18

TÍTULO: CALIDAD ASISTENCIAL, ASIGNATURA PREGRADO

AUTORES: RIVERA SANZ, FÉLIX.; SANTOLAYA ARNEDO, I.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La elección de cuidados y el desarrollo de intervenciones basadas en argumentos científicos constituyen una exigencia en las sociedades avanzadas. La calidad y seguridad de los cuidados deben ser el resultado de un conjunto de valores, actitudes, competencias y actuaciones de todos los profesionales. La Enfermería debe desarrollar estrategias para la práctica profesional diaria respondiendo a las necesidades de los pacientes y de la sociedad mejorando su efectividad, eficiencia y seguridad y proporcionando al profesional una garantía de buena práctica.

El Plan Bolonia supuso para enfermería la transformación en grado y la incorporación de nuevas asignaturas. Este estudio muestra la experiencia de los últimos tres años con la programación de la asignatura de Calidad de Cuidados. Su objetivo es sensibilizar a los alumnos y capacitarlos en la selección y aplicación de intervenciones dirigidas a mejorar la calidad y seguridad asistencial basándose en los principios de orientación al paciente y de mejora continua.

Valorar la necesidad de formar a los futuros profesionales desde la base para acometer los cambios de gestión y organizativos que reclama la sociedad para mejorar la eficacia y la eficiencia del Sistema de Salud.

Estudio cualitativo descriptivo realizado al inicio de curso mediante encuestas con preguntas abiertas a los alumnos de Calidad de Cuidados (optativa) del tercer curso de grado de enfermería. La encuesta preguntó conocimientos relacionados con la calidad asistencial. Como referencia se usó definiciones de autores contrastados divididas en unidades de significado para facilitar la medición.

Se realizó análisis con el programa Atlas Ti. La triangulación para una mayor objetividad se realizó con análisis por dos investigadores diferentes y comparación de resultados obtenidos con datos recogidos de indicadores e información de memorias.

Entre los resultados más relevantes cabe destacar que al inicio del curso el 44,83% de los alumnos relacionan calidad asistencial con nivel profesional excelente, pero ninguno hace referencia a la equidad y solo un 1,72% a la accesibilidad. El 50% de los entrevistados reconoce guía clínica como conjunto de recomendaciones pero solo el 6,9% saben que están basadas en evidencia científica. A fin de curso los alumnos manifiestan que el grado de interés de la asignatura para su formación es de 7,88 sobre 10.

Los resultados obtenidos parecen mostrar la necesidad de incorporar a la formación pregrado aspectos relacionados con la calidad asistencial. Podría hacerse en cada una de las asignaturas de forma transversal o puede implementarse una asignatura que aglutine estos aspectos potenciando la aplicabilidad práctica y el trabajo con unidades asistenciales referentes. La asignatura de Calidad debe contribuir a formar y difundir la metodología de mejora de la calidad, con el fin último de asegurar una atención sanitaria de primer nivel a todos los ciudadanos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 19

TÍTULO: ESTRATEGIAS DE MEJORA EN SEGURIDAD DE LA UGCI DE PEDIATRÍA HUPM. CIRCUITO PACIENTE URGENCIAS -HOSPITALIZACIÓN .

AUTORES: GOMEZ JIMENEZ, CARMEN MARIA.; BLAZQUEZLOZANO, N.; CASTRO ACEDO, EM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En la transferencia del paciente pediátrico desde la unidad de urgencias a la de hospitalización, se detectan diferentes factores de riesgo en relación a la seguridad: Identificación correcta del paciente, traspaso inadecuado de información entre profesionales, errores transcripción y transmisión del tratamiento del paciente.

El papel de la enfermería es fundamental en la seguridad del procedimiento y es necesaria una actuación segura de la practica clínica en el cuidado del paciente pediátrico y su familia.

Conseguir integrar la buena practica clínica, estableciendo estrategias de participación y colaboración multidisciplinar para cuidar y velar por la seguridad e intereses de los usuarios, garantizando una asistencia de calidad., mejorando la continuidad de cuidados.

Encajar todas las piezas de un puzzle que integra a diferentes profesionales, recursos y estructura, garantizando la calidad en la atención.

Responsabilidad y trabajo transversal.

En el circuito del paciente mejorar el funcionamiento de las unidades.

Garantizar la presencia de padres/tutores en todo momento.

Custodiar datos del paciente y no facilitar información de los mismos.

Involucrar al paciente como parte activa de su seguridad.

Control y revisión realizada de la itinerancia del paciente desde su recepción en urgencias y posterior ingreso en la unidad de hospitalización.

Custodia de las historias de los pacientes.

Sesiones formativas al equipo multidisciplinar sobre seguridad del paciente.

Cheklst de tratamiento que se recibe al ingreso del paciente tanto en urgencias de pediatría como a su llegada a hospitalización.

Se ha verificado desde la recepción del paciente, la correcta identificación en la unidad de urgencias de pediatría y permanencia de la identificación en la unidad de hospitalización.

Transmisión adecuada entre profesionales de las distintas unidades de la UGCI de Pediatría.

Actualización en materia de seguridad del paciente de los profesionales.

Mejora en la comunicación del equipo multidisciplinar y orientación a los resultados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 20

TÍTULO: MONITORIZACIÓN LIMPIEZA POR BIOLUMINISCENCIA DE ATP:VISIÓN GLOBAL,INMEDIATA,OBJETIVA DEL GRADO DE LIMPIEZA

AUTORES: GARCIA-PENCHE SÁNCHEZ, ROSA MERCEDES.; BRUNET CAMPAÑA, EV.; CRUZ OLIVERAS, AN.; REGAÑA VELAZQUEZ, DA.; SIERRA NOGUERAS, MI.; SAUCEDO MONTES, AN.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La reducción de tasas de infecciones relacionadas a asistencia sanitaria depende de factores como medidas de higiene ambiental.El 99% de microorganismos se encuentran en ambiente con suciedad visible siendo la finalidad de la limpieza eliminarla.En el HUSC de Barcelona,se realizaban observaciones de limpieza en hospitalización (H),urgencias (U),área quirúrgica (AQ)cuidados intensivos(UCI) 2013 Inspección visual:Enfermera de infección y responsable de limpieza con gasa mojada por superficie,en H y U.En AQ y UCI además cultivos superficies.No es una metodología objetiva. Existen sistemas que identifican objetivamente grado suciedad rápido y sencillo

1-Unificar metodología de observación de limpieza en áreas del hospital2-Medir reacción de bioluminiscencia Adenosin trifosfato(ATP)previa prueba en varias unidades,por unidades relativas de luz(URL)3-Identificar presencia de residuo orgánico por ATP en cualquier superficie.

En 2015 sistema ATP,el aumento de contaminación biológica en superficie genera más cantidad de ATP. Relación entre URL y limpieza de superficie.Inferior 500 URL:satisfactorio 500 y 1000 URL:precaución,superior 1000URL:fallo.El ATP detecta riesgo de presencia de microorganismos.

Técnica muestreo:luminómetro y torunda:agua humectante y medio con enzima estable.Las torundas se mantiene 2 y 8º y Tª ambiente antes de utilización.En contacto consuperficie:U(cama,mesa,luces,pared,tv,lavabo,puertas.UCI:cama,mesa,luces,pared,puerta,monitor,bomba perfusión.

AQ: mesa quirúrgica, auxiliar y anestesia, lámpara,pared,puerta.Se realiza muestra zonas comunes: ordenadores,neveras,almacenes estériles, aparataje,estanterías,mobiliario,carros curas y RCP.Se realiza trimestralmente Enfermera de infección y encargada limpieza.El software de Clean permite almacenamiento de resultados,estudio y análisis rápido informático.Se extrae informe por unidades y puntos de control.Se entrega informe trimestral a Dirección Enfermería y servicios implicados.

Observaciones realizadas:85% correctas H,10,78% en precaución(camas,carros curas,ordenadores,puertas,estanterías).AQ y UCI:limpieza superior al 90%,los ítems no correctos AQ:almacén material, aparataje externo y alguna rejilla,UCI:almacén en alguna ocasión,nivel de limpieza óptimo en las zonas del entorno paciente.U:de forma repetida camillas en fallo,teclados ordenadores, carro curas y RCP.Conclusión:1-La inspección visual es rápida y fácil pero la información recogida no garantiza que las superficies estén limpias2-El sistema de ATP permite cuantificar y verificar de forma objetiva la eficacia de la limpieza en el momento de la observación con gran fiabilidad y actuar con rapidez.3-El sistema de ATP tiene una alta sensibilidad.4-El sistema de ATP ofrece la posibilidad de tener los resultados informáticamente y datos comparativos entre observaciones.5-El coste beneficio implica el no tener que realizar cultivos de superficies a no ser que se detecte un brote nosocomial en cualquiera de las unidades de riesgo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 21

TÍTULO: SATISFACCIÓN LABORAL DE LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN UN ÁREA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL

AUTORES: SANCHEZ, MIQUEL.; ASENJO, M.; SUAREZ, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El grado de satisfacción con su trabajo de los profesionales que trabajan en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) no está suficientemente estudiado, cuando puede constituir una herramienta excelente para impulsar reformas y reorganizaciones dirigidas a crear un mejor clima laboral.

Comparar el nivel de satisfacción laboral (SL) de los médicos (M), enfermeras (E) y administrativos (A) de un SUH. Analizar su relación con características demográficas y profesionales de éstos.

Estudio descriptivo, transversal basado en las respuestas al cuestionario de Font-Roja de SL de M, E y A que voluntariamente participaron. Recogida de variables demográficas y profesionales. Análisis multivariante para determinar la relación entre la SL global y las variables recogidas. Comparación de las dimensiones de la SL obtenidas del cuestionario entre M, E y A.

Se incluyeron 22 M, 52 E y 30 A. Los A están significativamente más satisfechos laboralmente que M y E: $3,42 \pm 0,32$ vs $2,87 \pm 0,42$ y $3,06 \pm 0,36$ respectivamente. En el análisis multivariante, las variables que mostraron asociación con la SL fueron: trabajar de forma rotatoria entre los diferentes niveles asistenciales (OR: 2,339; IC95% 0,929-5,888) y pertenecer al colectivo de administrativos (OR: 0,271; IC95% 0,093-0,796). Los M y E presentan mayor tensión y presión en el trabajo que A, y perciben un entorno físico laboral peor. Las relaciones interpersonales son las que obtienen una mayor puntuación en los 3 colectivos.

La SL de los profesionales sanitarios de un SU es inferior a la de los administrativos, percibiendo además una presión y tensión mayores. Las relaciones interpersonales, en cambio, constituyen un punto fuerte en la SL. Ser personal sanitario y no trabajar de forma rotatoria entre los niveles asistenciales del SUH favorece la insatisfacción.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 22

TÍTULO: OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS EN EL TRATAMIENTO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA: DEL INGRESO A LA AMBULATORIZACIÓN

AUTORES: SARRIUGARTE LASARTE, AINGERU.; GARCÍA GONZALEZ, JM.; MARÍN ORTEGA, H.; AGIRRE ETXABE, L.; SANTAMARIA OLABARRIETA, M.; COLINA ALONSO, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La diverticulitis aguda es una patología muy prevalente en occidente, pudiendo llegar a diagnosticarse 150 casos al año en un hospital terciario como el H. U. Cruces. Clásicamente el tratamiento se ha basado en el tratamiento antibiótico intravenoso y el reposo intestinal absoluto lo que conllevaba ingresos prolongados y un importante consumo de recursos. Durante los últimos 10 años se ha conseguido tratar de forma segura a un gran número de estos pacientes mediante hospitalización domiciliaria y tratamiento oral ambulatorio con la consiguiente optimización de recursos.

El trabajo tiene como objetivo describir la evolución del tratamiento de la diverticulitis aguda no complicada en un hospital terciario durante la última década. Se ha realizado un continuo proceso de implantación de protocolos terapéuticos mediante la evaluación de los resultados obtenidos y basados en la revisión de la literatura.

Se realiza un estudio prospectivo observacional de tres diferentes protocolos consecutivos en el tiempo de tratamiento de la diverticulitis aguda no complicada. En la primera fase, previa a 2006, todos los pacientes diagnosticados de Diverticulitis aguda Hinchey I-II eran ingresados con tratamiento antibiótico intravenoso. En una segunda fase, 2006-2014, los pacientes con diverticulitis aguda Hinchey I eran tratados mediante antibioterapia intravenosa con hospitalización domiciliaria. En la tercera fase, posterior a 2014, según los estadios de Hinchey modificado (0, Ia, Ib y II), algunos recibieron tratamiento oral domiciliario, otros tratamiento intravenoso con hospitalización domiciliaria y otros ingreso hospitalario. Los resultados de las tres fases fueron analizados y evaluados con el fin de desarrollar un protocolo de tratamiento estratificado.

En la fase de tratamiento con H. domiciliaria (2006-2014) se han analizado 706 pacientes. El antibiótico más utilizado fue el Ertapenem 1g/24h. La estancia media hospitalaria fue menor de 1 día y la estancia media domiciliaria 7 días. 15 pacientes, (2,12%) requirieron ingreso, de los cuales solo uno tuvo que ser intervenido por complicación. El ahorro estimado por paciente es de 1500 euros lo que supone un ahorro total mayor a un millón de euros en 8 años.

En la fase de tratamiento oral domiciliario (2014-2016) se han tratado 120 pacientes en 14 meses. El tratamiento antibiótico más pautado fue la Amoxicilina-Clavulánico 875/12h (90%). Han existido 5 reingresos, que se trataron mediante antibioterapia intravenosa. El ahorro estimado por paciente es de 700 euros.

CONCLUSIONES

El tratamiento antibiótico intravenoso mediante hospitalización domiciliaria y la antibioterapia oral son seguros en pacientes seleccionados con diverticulitis aguda no complicada. La implantación de protocolos terapéuticos que impliquen la selección de pacientes con diverticulitis aguda según los estadios de Hinchey, permite la correcta estratificación de los mismos, de tal modo que son tratados de manera segura y eficiente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 23

TÍTULO: ESTUDIO PROSPECTIVO SOBRE EL IMPACTO DE LA CIRUGÍA COLORRECTAL EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE ANCIANO

AUTORES: SARRIUGARTE LASARTE, AINGERU.; MARÍN ORTEGA, H.; PRIETO CALVO, M.; GARCÍA GONZALEZ, JM.; CERVERA ALONSO, J.; COLINA ALONSO, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Conforme aumenta el número de personas que llegan a la ancianidad surge la necesidad de proporcionar asistencia quirúrgica a un número creciente de estos pacientes. A pesar de las constantes mejoras en las terapias, la mortalidad y comorbilidad sigue siendo elevada respecto a la de los enfermos jóvenes. Tan importantes como la supervivencia en sí misma son la preservación de la calidad de vida y la autonomía personal.

Cuantificar la calidad de vida en pacientes ancianos intervenidos de adenocarcinoma colorrectal empleando el test SF-36 y analizar el impacto que la cirugía tiene sobre la misma.

Estudio prospectivo observacional sobre 50 pacientes mayores de 65 años sometidos a cirugía de adenocarcinoma colorrectal de manera electiva. Se establecieron 2 grupos según la edad, 65-74 años (Grupo A) y >75 años (Grupo B). Se ha realizado una entrevista presencial (SF-36) preoperatoria, repitiéndose vía telefónica a los 30 días y a los 3 meses. Asimismo se recogieron diferentes variables: Edad, comorbilidades, estadio tumoral, procedimiento quirúrgico, tratamiento adyuvante y morbilidad (Dindo-Clavien). Se procesaron los resultados del cuestionario para obtener los índices del componentes físico (SPC) y mental (SMC) de calidad de vida.

21 pacientes constituían el grupo A y 29 el B, edad media 76,6 años (65-88). El 74,5% de las neoplasias se localizó en el colon y el 25,5% en el recto. La distribución por estadios fue del 23,4% estadio I, 38,3% estadio II, 23,4% estadio III y 12,8% estadio IV. El 95,7% se intervino con intención curativa, de los cuales el 66,7% se realizó por vía laparoscópica. Un 25,5% de los pacientes recibió tratamiento adyuvante. La puntuación media del apartado físico del test al inicio, 1º mes y 3º mes fue de 67; 53; 58 en el grupo A y 57; 46; 54 en el grupo B. En el apartado mental las puntuaciones fueron 77; 76; 76 en el grupo A y 76; 64; 67 en el grupo B. Existe un empeoramiento significativo en ambos grupos de edad en cuanto a la pérdida de calidad de vida en el aspecto físico al mes de la intervención, que se recupera de manera proporcional en los dos grupos al tercer mes. No existen diferencias significativas en cuanto a la pérdida de calidad de vida en el aspecto físico entre los dos grupos de edad. Existe un empeoramiento significativo en el apartado mental en los pacientes mayores de 75 años, que no se recupera al 3º mes tras la intervención. No existen diferencias significativas respecto a la pérdida de calidad de vida posquirúrgica entre sexos ni en pacientes que han recibido tratamiento adyuvante.

CONCLUSIONES:

La cirugía colorrectal electiva en el paciente anciano parece llevar emparejado un descenso en el componente físico de la calidad de vida perioperatoria, que se recupera al tercer mes posoperatorio, sin que existan diferencias entre grupos de edad. En el grupo de >75 años existe una pérdida significativa en la calidad de vida afectivo-mental que no se recupera a los 3 meses de la intervención.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 25

TÍTULO: INDICADORES DE SEGUIMIENTO DE LA SATISFACCIÓN LABORAL. ¿CUÁLES UTILIZAR?

AUTORES: MARTÍNEZ ASENSI, AMPARO.; MERINO PLAZA, MJ.; ARRIBAS BOSCA, N.; MARTÍNEZ CAPELLA, R.; APARICIO DÍAZ, B.; CABALLERO GARCÍA, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La satisfacción laboral es la actitud de la persona ante su trabajo. Es un factor esencial para lograr los objetivos individuales y colectivos. Se relaciona con la calidad asistencial y es un elemento clave para fidelizar a los profesionales. Ciertas características, como la historia personal, aptitudes, autoestima, autopercepción y entorno sociocultural del individuo, hacen que la persona desarrolle expectativas, necesidades y aspiraciones que influirán sobre su motivación y su satisfacción laboral. Por contra, la insatisfacción laboral se relaciona con elevados índices de rotación, estrés, cansancio emocional y Burnout.

Existen muchos modelos de encuestas para evaluar la satisfacción laboral. El impacto de las dimensiones que la definen depende de las características individuales y organizacionales. Sus resultados ayudan a establecer líneas estratégicas para gestionar los RRHH. La periodicidad de estas encuestas debe ser suficiente para que las medidas adoptadas hayan tenido tiempo de implantarse y el colectivo haya percibido los resultados, pero la satisfacción laboral global, puede ser un indicador poco sensible para constatar los cambios producidos.

*Identificar las dimensiones con más impacto sobre la satisfacción laboral de los profesionales de un HACLE

*Ver la evolución de la satisfacción laboral en el tiempo

*Comprobar la sensibilidad de los indicadores de seguimiento empleados para evaluar la eficacia de los cambios introducidos

*Diseño: 2 Estudios Transversales seriados (2013 y 2015), aplicando la encuesta de satisfacción laboral de la Osakidetza

*Muestreo no probabilístico consecutivo

*Variables

-Explicativas: Sociodemográficas y organizacionales

-Respuesta: Satisfacción laboral global y respecto a las 12 dimensiones consideradas

*Tratamiento Estadístico: spss

La satisfacción laboral media fue similar en ambos estudios: 7,10 en 2013 y 7,04 en 2015 (N2013=90;N2015=111). El percentil 75 de la distribución en ambos casos fue 9. Los aspectos mejor evaluados en los 2 cortes fueron la calidad del servicio y la relación con el mando y los peor evaluados, la percepción de la dirección y el reconocimiento. En el análisis estratificado, las variables sociodemográficas presentaron escasa significación, mientras que una buena percepción de algunas de las dimensiones consideradas, sí que se asociaba a la satisfacción laboral. Los aspectos más asociados fueron: comunicación, clima de trabajo, formación y relación con el mando. En el estudio comparativo de los resultados de 2013 y 2015, los indicadores basados en las dimensiones individuales detectaron mejor los cambios que la medida de la satisfacción global.

Según nuestros resultados, el indicador más sensible es la representación gráfica del porcentaje de trabajadores con percepción adecuada de las dimensiones consideradas. Dicho porcentaje aporta más información que la evaluación de la satisfacción media respecto a cada una de las dimensiones o que la percepción global de la satisfacción.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 26

TÍTULO: IDENTIFICACIÓN DE ESTÁNDARES TRANSVERSALES DE LA AGENCIA DE CALIDAD DE ANDALUZA COMO OPORTUNIDAD DE MEJORA INSTITUCIONAL

AUTORES: FUENTES GÓMEZ, JAVIER.; DE LA TORRE GÁLVEZ, IM.; ULLOA DÍAZ, O.; RODRIGUEZ ARIZA, F.; ZAMUDIO SÁNCHEZ, A.; BANDERA VICARIO, P.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El manual sobre el proceso de certificación de las Unidades de Gestión Clínica (UGC) de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) no solamente es una herramienta de consultoría para dicho proceso; es un instrumento útil para conocer y trabajar con una metodología de trabajo unificada y con las máximas garantías de eficacia y eficiencia. Nuestra experiencia dentro de la Unidad de Evaluación y Resultados de nuestros hospitales, nos ha hecho comprobar la gran variabilidad en las evidencias de estándares que ofrecen transversalidad al ser líneas de trabajo comunes y/o de carácter institucional.

Evaluar e identificar los estándares que puedan ser asumidos como transversales dentro de nuestros centros sanitarios.

Generar un banco de evidencias que puedan ser utilizadas y consultadas por todas las UGC que lo consideren.

Se está realizando una revisión por criterios de los distintos proyectos de certificación que las UGC de nuestros hospitales dentro de la plataforma digital de la ACSA. De cada uno de ellos se evalúan los estándares, los ejemplos y las diferentes evidencias positivas aportadas por cada unidad para identificar cuáles pueden ser extrapolados al resto de las unidades de manera transversal en su totalidad o con ligeras adecuaciones a su realidad asistencial.

Estos estándares se registran y se agrupan por bloques con la misma nomenclatura existente en la plataforma para ser fácilmente localizables.

La fase en la que nos encontramos es de recopilación de documentos y adaptación de procedimientos generales del Servicio Andaluz de Salud y catalogación de los mismos. Una vez concluida esta fase, todos estos documentos serán colgados en la intranet del centro para su consulta y uso por parte de los profesionales.

Está resultando una experiencia positiva por la aceptación de los profesionales que ya han pasado por este proceso y de los que estamos recibiendo ayuda y consejos de basados en vivencias propias.

Los resultados que queremos conseguir con este trabajo es la creación de un banco de evidencias positivas que den respuesta a la mayoría de los estándares de carácter transversal que propone la ACSA, para conocimiento y uso de todas las UGC como herramienta de ayuda durante su proceso de certificación.

Consideramos que al facilitar evidencias positivas, el abordaje de los profesionales al proceso de certificación puede considerarse más ágil y subjetivamente menos arduo.

A su vez, el localizar evidencias de instauración general dentro del centro sanitario, facilita reconocer áreas con oportunidad de mejora dentro de la institución de las que pueden beneficiarse las UGC que todavía no han iniciado su proceso de certificación de una manera oficial. Todo esto redundará en un cambio hacia la cultura de calidad, comenzando por una disminución en la variabilidad de las mismas actividades o procedimientos en las diferentes áreas de conocimiento de nuestro ámbito sanitario.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 28

TÍTULO: RESULTADOS Y MONITORIZACIÓN DE LA IMPLANTACION DE UN PLAN DE MEJORA DE GESTIÓN DE LA DEMANDA EN EL ÁREA DE CONSULTAS

AUTORES: TORRES VERDU, BARBARA.; BUJALANCE HOYOS, J.; NAVARRO GALLEGO, MI.; GUTIERREZ SEQUERA, JL.; ESPAÑA HERNANDEZ, C.; GARCIA CISNEROS, RJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La gestión de la demanda en el área de consulta es un elemento de vital importancia para la organización. En 2015 se diseñó este plan de mejora de mejora de gestión de la demanda priorizando los aspectos clínicos sobre los puramente administrativos. Mejorar la información, la coordinación entre UGCs, potenciar el dialogo clínico entre los profesionales son cuestiones fundamentales en las que mejora la atención prestada a los ciudadanos, así como su satisfacción. Este año 2016 hemos implementado el plan en todas las UGCs.

Los objetivos propuestos han sido:

1. Mejorar la atención sanitaria a la ciudadanía en el área de consulta incrementando la información de su proceso y la accesibilidad.
2. Descentralizar la gestión de la demanda en consultas externas, pruebas diagnósticas y funcionales para que sea coordinada en el seno de la UGC, potenciando los aspectos clínicos de la organización de la demanda, sobre los meramente administrativos.
3. Mejorar la coordinación de las citas con las pruebas diagnósticas, funcionales y radiológicas.
4. Mejorar la información asistencial y administrativa a la ciudadanía.

En 2015 se diseñó un plan de trabajo a través de reuniones del equipo de dirección asistencial con los responsables de las UGC, supervisora de consultas y responsable de atención a la ciudadanía (cita previa), para diseñar cambios organizativos en la gestión de la demanda en el que se priorizarán los objetivos propuestos. En las reuniones definieron líneas estratégicas y actuaciones concretas de mejora. Se estableció un cronograma de reuniones y de implantación. En 2016 se ha llevado a cabo una reunión con todas las UGC para evaluar la implantación y detectar puntos fuertes y áreas de mejora. Además se ha diseñado una herramienta en Excel para monitorizar la demanda en el área de consultas que se envía semanalmente: Demora, huecos libres en 60 días (decreto), y entradas semanales estimadas. Se ha diseñado un índice de accesibilidad semanal que permite conocer cuál es la situación actual de demanda de las consultas.

Este plan ya se ha implantado en todas las UGC, se presentarán los resultados obtenidos, y supone un avance importante en la organización de las consultas al conocer el paciente las fechas de todas sus citas de consultas en el mismo momento, así como el profesional sanitario que lo atiende, priorizando las cuestiones clínicas.

Las actuaciones implementadas (entre otras):

* Desde AP: citación desde el CS, potenciación de consultorías AP-AH y acto único.

* Gestión de la demanda: citación de revisiones, interconsultas desde la propia UGC: se priorizarán los criterios clínicos a los administrativos, permitiendo que todos los pacientes obtengan su citas de revisiones e internconsultas a otros especialistas desde la misma consulta.

* Información asistencial de su proceso en el área de consultas.

El paciente puede realizar las cuestiones que tenga sobre su proceso en este mismo momento, con lo que mejora la coordinación y la gestión de la demanda.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 29

TÍTULO: BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA PREVENIR LA OBESIDAD EN EDAD INFANTIL

AUTORES: SÁNCHEZ BARROSO, M^a TERESA.; VICIANA SÁNCHEZ, M.; VICIANA SÁNCHEZ, FJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En las sociedades desarrolladas la obesidad es el trastorno nutricional más frecuente en niños y adolescentes. Su prevalencia ha aumentado progresivamente en el curso de los últimos años en relación con la mayor disponibilidad de nutrientes y con cambios en el estilo de vida.

Conocer el posible efecto protector de la lactancia materna en el sobrepeso / obesidad en niños de edad preescolar en la ciudad de Huércal Overa (Almería). También estimar el riesgo de obesidad y de sobrepeso (OR) asociado a la presencia de la variable lactancia materna, lactancia artificial, y con respecto al tiempo que da lactancia materna.

Asimismo conocer la prevalencia de sobrepeso/obesidad, lactancia materna en la población estudiada.

Se realizó un estudio observacional correlacional compuesto de dos fases complementarias: Medición y tallaje de los niños estudiados y cuestionario a los padres.

La muestra constaba de niños de ambos sexos con edades comprendidas entre los 3 y 6 años que cursaban estudios de infantil de tres, cuatro o cinco años en el colegio San José de Calasanz de la ciudad de Huércal overa.

Para la realización de este estudio se solicitó su aprobación a las Comisiones de Ética e Investigación del área de gestión sanitaria norte de Almería. Y al Consejo Escolar y la Dirección del Colegio Pública San José de Calasanz y la autorización de los padres o tutores.

Respecto a los resultados más destacados está que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la muestra estudiada, es del 16,15% y 16,17% respectivamente. El porcentaje de lactancia materna exclusiva sin especificar el tiempo de lactancia es del 80,5% y valorando el tiempo de lactancia de 1 a 4 meses o más de 4 meses es del 48,3% y 32,2% respectivamente. Con respecto al tiempo que las madres dan de mamar a sus hijos, el 88,02% de las madres que dan pecho lo mantienen durante los doce primeros meses, aunque no sea de manera exclusiva. La lactancia materna la $p < 0,072$ que aunque no es significativa, tiende a ello, una OR de 0,48 (IC al 95% de 0,216-1,067)

La prevalencia de sobrepeso-obesidad de la población estudiada es similar a la de Andalucía.

La prevalencia de lactancia materna exclusiva en nuestra población es del 48,3% de 1 a 4 meses y continúan con lactancia materna más de 4 meses otro 32,2%.

Cada mes que se da lactancia materna disminuye el riesgo de padecer obesidad en un 7,7%. Los niños que lactan frente a los que no lactan tienen un 52% menor la obesidad en los que lactan.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 30

TÍTULO: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, FUNCIONALES Y DE FRECUENTACIÓN DE LA POBLACIÓN FRÁGIL EN EL AGS NORTE DE MÁLAGA

AUTORES: MARTIN YAÑEZ, MARIA VICTORIA.; NARBONA RIOS, C.; VALDES SOLIS, AP.; ROLDAN LIEBANA, MA.; GONZALEZ RUIZ, FD.; PELAEZ CERON, MD.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Es fácil justificar el envejecimiento de la población tanto a nivel nacional como mundial. En enero de 2010 las ONU publicaron el informe "Envejecimiento de la población de 2009", en el que se destacan cuatro conclusiones principales: el envejecimiento de la población no tiene precedentes, es generalizado, profundo y permanente. Hemos comenzado una línea de investigación en el AGS Norte de Málaga con la población más frágil, más dependiente y pluripatológica, para planificar estrategias de abordaje sanitarias diferenciadas.

Esta comunicación perteneciente a dicha línea de investigación pretende:

1. Determinar las características sociodemográficas del anciano frágil en el AGS Norte de Málaga.
2. Describir las características funcionales según las escalas de valoración: Índice de Barthel, Índice de Pfeiffer, Índice de Charlson y Escala sociofamiliar de Gijón.
3. Clasificar la población en cuanto a las patologías más frecuentes y número de medicamentos prescritos, así como la frecuentación de asistencia en el servicio de urgencias, hospitalización y área de consultas.

Se incluyeron a todos los pacientes especificados como anciano frágil definidos por los profesionales sanitarios según las escalas especificadas. Los cuestionarios se realizaron por enfermeros que trabajaban directamente en la asistencia de estos pacientes. La recogida de datos se realizó desde junio a octubre de 2015. Este estudio se presentó en la Comisión Provincial de Ética de Investigación de Málaga para su valoración ética, recibiendo autorización. Se garantizó la confidencialidad y la voluntariedad de participar en el estudio a través del consentimiento informado.

Se han incluido 96 pacientes: EM: 84,54 (7,6) años, 65,6% de mujeres. Variables sociodemográficas: el 34,4% no tiene apoyo familiar; el 49% solo saben leer y escribir y el 34,4% no tiene estudios; el 97% están en periodo de jubilación, el 60,4% reside en el domicilio y el 58,3% está en situación de viudedad.

Las escalas de valoración funcional nos clasifican una población dependiente medida según el índice de Barthel, con un deterioro cognitivo importante en el 44,9% de los casos, presentando comorbilidad alta o baja en el 63,65% de los casos y un importante riesgo social. La población presenta una media de patologías concomitantes muy elevada: 7,19 (población pluripatológica), y una elevada media de medicamentos prescritos: 7 (población polimedificada).

Frecuentación: El 25% de la población ha acudido a urgencias y el 11,5% ha ingresado en alguna unidad de hospitalización en los últimos 6 meses.

En consultas nos reflejan que la población es altamente consumidora de recursos asistenciales y que el profesional lo atiende más de media es el de enfermería y en el domicilio del paciente con una media de 8,06 visitas en el último año (6,47).

Esta monitorización de las escalas y de la salud de la población nos permitirá planificar estrategias de abordaje de los cuidados de enfermería en nuestra área.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 31

TÍTULO: IMPLEMENTACIÓN NUEVOS CIRCUITOS Y ESPACIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS FACILITANDO UNA ASISTENCIA CERCANA Y DE CALIDAD

AUTORES: EGIDO AMBROSY, JOSÉ JULIO.; OLIVER VELA, MM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La puesta en marcha del nuevo Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias y del sistema de triaje SET, ha supuesto para nuestro servicio de urgencias un esfuerzo a nivel profesional y de reestructuración de circuitos y espacios muy importante.

Creación y ordenamiento de nuevas área en el Servicio de Urgencias, que faciliten el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, especialmente frágiles y pluripatológicos.

Estudio realizado en el Hospital Puerto Real, centro de especialidades que atiende a una población de 320.000 habitantes, dispone de 300 camas. Urgencias de puerta única de urgencias, asistencia de Salud Mental de agudos y de pacientes judiciales de tres centros hospitalarios. Solo dispone de un Área de Observación con 12 camas. El problema inicial es el uso de una sala multifunción donde coexisten pacientes con criterios de observación sillones, administración de tratamientos cortos y pacientes de movilidad limitada que en muchos casos acuden en camilla desde los dispositivos extrahospitalarios. Se crea un comité director que inicia una serie de reuniones y de recogida de impresiones de todos los profesionales del servicio. Recogida de datos de asistencia durante 2 meses, se decide crear un segundo punto de triaje, una sala de espera independiente de pacientes frágiles estables y con problemas de movilidad, una sala de extracción/tratamientos cortos, un área de judiciales, área de salud mental y una sala de observación de sillones que acelere la resolución de estos pacientes sin merma de la calidad asistencial.

Durante un mes se realiza el pilotaje de los nuevos espacios, definidos mediante criterios claros de inclusión, medición de tiempos de administración de tratamiento, tiempos de espera y permanencia de los pacientes en cada circuito, hasta que se produce su alta o ingreso.

Los primeros datos arrojan una mejora importante de los tiempos de espera inicial y de permanencia, más confort e intimidad percibida por usuarios y profesionales. La separación de áreas y estructuras, ha permitido que los circuitos estén definidos y los pacientes mejor atendidos durante todo su proceso.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 32

TÍTULO: BENEFICIOS DE LA APLICACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN DE LA EXCELENCIA EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA

AUTORES: GALLARDO GONZÁLEZ, GEMMA.; ALONSO CARRASCO, T.; MARTINEZ MOURIN, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En la definición del primer Plan Estratégico del Hospital se apostó por la implantación del modelo europeo de gestión y evaluación de la excelencia de la organización (EFQM). Era necesario un cambio organizativo y cultural en el que el profesional se visualizase como el eje central de las políticas del Hospital. En este sentido, ha sido crucial el desarrollo del liderazgo y de los profesionales.

El actual entorno sanitario y social supone un continuo desafío para las organizaciones. En este contexto se hace imprescindible una gestión encaminada a asegurar la sostenibilidad de la organización, la sostenibilidad social y a la excelencia asistencial. Para ello es fundamental la implementación y desarrollo de los Procesos asistenciales clave del hospital.

Fomentar una cultura organizativa de excelencia

Fomentar la participación e implicación de los profesionales en la mejora continua de la organización

Asegurar la mejora continua de los procesos clave asistenciales

Para conseguir los objetivos de sostenibilidad social, económica y excelencia asistencial, el hospital desarrolla Planes Estratégicos. El hospital identificó los procesos asistenciales clave: ambulatorio, quirúrgico, de hospitalización y urgente. Se desarrolló e implantó la Gestión Basada en Procesos (GBP). El objetivo de la GBP ha sido estandarizar los procesos, poner en marcha la mejora continua, implicar a los profesionales, mejorar los resultados sobre los pacientes y mejorar la eficacia y la eficiencia de la organización.

Se definió el perfil de liderazgo esperado en los profesionales del hospital. En este sentido, los líderes actúan como modelo de referencia y transmiten a las personas los valores y aquellas actuaciones que potencian la excelencia, la especialización y la gestión del conocimiento.

La responsabilidad social se integra dentro de la actividad del hospital.

A lo largo de los cuatro planes estratégicos del hospital se evidencian mejoras en los resultados en:

Resultados en las personas: plan de mejoras sociales

Resultados en los profesionales: clima laboral

Resultados clientes: incremento de los agradecimientos y disminución de las reclamaciones, evolución encuesta satisfacción del CAT-SALUT.

Resultados en la sociedad

La orientación a la excelencia y la implantación de la mejora continua no es fácil pero ha mejorado sensiblemente los resultados del hospital. Nuestro camino hacia la excelencia a través de la implantación del modelo EFQM ha significado mayor implicación y motivación de los profesionales y por tanto, mejor resultado en la atención de los pacientes.

Los resultados obtenidos a lo largo de estos años a través del cumplimiento de los objetivos; de los reconocimientos, certificaciones y acreditaciones obtenidas; de las encuestas de clima laboral, de satisfacción del cliente y de las encuestas a los grupos de interés, evidencian una mejora cuantitativa y cualitativa de los resultados del Hospital.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 33

TÍTULO: PROYECTO KIRUBIDE. MODELO DE ATENCIÓN QUIRÚRGICA INTEGRADA

AUTORES: ALVAREZ ABAD, IRENE.; REBOLLO, A.; FERNANDEZ, L.; LARREA, J.; RUBIO, P.; COLINA, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Dentro de los cambios estructurales en nuestro Servicio de Salud se encuentra la creación de entidades corporativas denominadas Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI). Una OSI es un modelo de atención integral que supera la fragmentación asistencial entre la Atención Primaria (AP) y Especializada dentro de una demarcación geográfica coordinando servicios sanitarios y sociales. Esta transformación organizativa nos ofrece la oportunidad de mejorar la calidad en Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

Presentar el Proyecto Kirubide que, aprovechando el sistema organizativo OSI, busca mejora en la calidad en los procedimientos de CMA mediante la optimización del proceso asistencial

El Proyecto Kirubide se pone en marcha en Mayo de 2014 creándose un grupo de trabajo multidisciplinar que incluye cirujanos, médicos de AP, enfermería y administrativos del área de trabajo seleccionada.

El objetivo principal es simplificar el modelo de atención de los pacientes con patología quirúrgica susceptibles de ser atendidos mediante CMA potenciando la consulta no presencial, coordinando las consultas presenciales y reforzando la colaboración entre personal de AP y especializada.

Como objetivos secundarios se establecieron: disminuir el tiempo en lista de espera quirúrgica (LEQ), disminuir el tiempo global y recorrido del proceso, mejorar en el grado de satisfacción de los pacientes y de los profesionales y disminuir las cancelaciones de intervenciones y el número de ingresos no previstos.

Se utilizaron como indicadores de calidad: días de espera en LEQ, días preoperatorios totales, grado de satisfacción; % de cancelaciones atribuidas al centro, % de ingresos en hospitalización no previstos, % de pacientes incluidos inicialmente en esta vía finalmente descartados.

RESULTADOS

Tras el primer año de Kirubide, y comparando con resultados previos de la Unidad de CMA en nuestro hospital, se constató una disminución del tiempo en LEQ de 76 a 16,5 días, una disminución del tiempo entre la consulta de AP e intervención de 106 a 48 días y un 100% de resultados de satisfacción de muy bien o excelente en los pacientes encuestados. Los porcentajes de cancelaciones y de ingresos no previstos mejoraron notablemente hasta cifras dentro de los estándares de CMA

CONCLUSIÓN

El modelo OSI permite horizontalizar la gestión del proceso asistencial evitando duplicidades e ineficiencias y facilitando la colaboración entre profesionales y servicios asistenciales, todo ello bajo una dirección única y conjunta que permite optimizar los recursos y costes.

El Proyecto Kirubide ha demostrado ser eficiente en simplificar el modelo de atención a los pacientes quirúrgicos candidatos a CMA, disminuyendo el tiempo en LEQ, el tiempo entre la consulta de MAP y el día de la intervención y demostrando un alto grado de satisfacción de los pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 34

TÍTULO: IMPLEMENTACION ALTA, DE CONSULTAS DE REVISIÓN Y SEGUIMIENTO TEMPRANAS PARA DISMINUIR LOS REINGRESOS Y COMPLICACIONES

AUTORES: EGIDO AMBROSY, JOSÉ JULIO.; OLIVER VELA, MM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los hospitales de mediano/pequeño tamaño, han visto crecer ingentemente sus poblaciones en los últimos años, es necesario ser muy eficiente y reinventarse constantemente. La mejora de las estancias medias es fundamental, disminuye complicaciones y mejora la calidad global

Creación de múltiples consultas y un circuito en hospital de día médico polivalente (HDMP), de revisión temprana (en una semana máximo), de diferentes especialidades y patologías concretas, para evitar las complicaciones y reingresos de pacientes crónicos y frágiles, además de un mecanismo de revisión telefónica. (telecontinuidad)

Estudio realizado en el Hospital Puerto Real, hospital que atiende a una población de 320.000 habitantes, dispone de 300 camas. Dispone de un Área de Observación con 12 camas y 10 sillones. La plantilla consta de 21 médicos, de los cuales 9 son especialistas en M. Interna, 10 en M. Familiar, 2 en M. Intensiva. Hemos implementado consultas de revisión temprana de Cardiología, con especial hincapié en la Insuficiencia Cardíaca, en Neumología sobre asma y EPOC. Neurología denominadas "Crane". Teléfono directo en horario de mañana de diferentes especialidades médicas para consulta de Atención Primaria. Realizado múltiples reuniones entre Dirección Asistencial y las diferentes unidades implicadas. Implementado compromisos y protocolos, entre el servicio de urgencias, medicina interna, cardiología y neumología. Puesta en marcha y mejoras estructurales de los circuitos del hospital de día quirúrgico

El hospital de agudos debe ser muy resolutivo, con servicios de calidad y eficientes, el HDMP y el HDQ son la solución. En nuestro caso la creación de esta nueva oferta asistencial, esta presentando desde el primer momento una disminución de los ingresos diarios desde urgencia y estimamos que en pocos meses de los reingresos precoces de los pacientes con patología crónica cardíaca y respiratoria.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 35

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN UNA UNIDAD DE MEDICINA Y CIRUGÍA EXPERIMENTAL

AUTORES: RODRÍGUEZ CASAÚ, ELENA.; OLMEDO LUCERÓN, C.; LOMBA IRIARTE, I.; BUÑO BORDE, I.; BARDINET, T.; DESCO MENÉNDEZ, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Esta Unidad de Medicina y Cirugía Experimental (UMCE) se encuentra ubicada en el entorno docente e investigador de un hospital terciario y aglutina la mayor parte de las plataformas de apoyo a la investigación de un Instituto de Investigación Sanitaria (IIS), cuya finalidad es fomentar la investigación biomédica traslacional de excelencia.

Debido al elevado número de miembros que componen la unidad, así como la diferente procedencia (Hospital, Instituto o Universidad), resultó esencial organizar la manera de trabajar para conseguir prestar un servicio de calidad. Mediante la implantación de un sistema de gestión de calidad bajo los criterios de la norma ISO 9001:2008 se pretendió lograr este objetivo.

Implantar un sistema de gestión de calidad dentro de la UMCE y su posterior certificación por un organismo externo con la norma ISO9001:2008.

Tras la reforma arquitectónica y renovación de equipamiento en la Unidad, era una excelente oportunidad de mejora el abordar también la organización y los procesos. Se incluyeron la Gestión de Laboratorios, Quirófano Experimental, Laboratorio de Imagen Médica, Animalario, Citometría de Flujo, Microscopía Confocal y Cultivos Celulares. Así, se diseñó un sistema de gestión de la calidad sencillo y útil para el personal, además de altamente participativo a través de una página web como herramienta de trabajo común, que permite acceder a toda la documentación del sistema así como a agendas de ocupaciones de servicios, salas de trabajo, solicitudes y comunicación de incidencias, entre otros.

Se han implantado un total de 8 procedimientos en los 7 procesos identificados.

Entre los objetivos de mejora propuesto y logrados para 2015, destaca la mejora de la formación del personal en la gestión de la calidad mediante seminarios de calidad, al fomentar la participación del personal en el sistema de gestión.

La constitución del comité de calidad constituye un pilar básico del sistema ya que sirve para reunir a los responsables y así atender y realizar el seguimiento de las incidencias, sugerencias y el estado de las acciones implantadas.

Una de las principales dificultades que se encontraron fue la necesidad de identificar el personal, actividades y procesos que quedaban fuera del sistema al incluir dentro del alcance sólo el servicio que ofrece la unidad y no la propia actividad investigadora. La doble vinculación funcional de la UMCE con dos entidades diferentes (Instituto y Hospital), cada una con su sistema de gestión de calidad, implicó mantener la compatibilidad de los dos sistemas en el nuevo sistema de calidad de la UMCE.

En conclusión la implantación del sistema de gestión de calidad del servicio que presta la UMCE, certificado bajo la norma ISO9001:2008, supone el primer ejemplo de dotación a una unidad de estas características a nivel nacional con un sistema de gestión de calidad certificado.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 36

TÍTULO: MIDIENDO LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE UN INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA: LA NECESIDAD DE ESTANDARIZAR CRITERIOS

AUTORES: OLMEDO LUCERÓN, CARMEN.; LOMBA IRIARTE, I.; BELLÓN CANO, JM.; BARDINET, T.; BUÑO, I.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La bibliometría es esencial para el estudio de la actividad científica mediante la cuantificación de información de publicaciones científicas. El interés por estas medidas en los distintos niveles organizativos radica en su utilidad para orientar la toma de decisiones de gestión y política científica y rentabilizar las inversiones, mediante indicadores tangibles de los resultados de la investigación que permiten contextualizar, comparar y evaluar la actividad investigadora de una forma objetiva.

En nuestro contexto los indicadores más utilizados son el nº de publicaciones científicas y el factor de impacto a partir de las revistas indexadas en el Journal Citation Report de la Web of Science, cuya forma de cálculo está bien definida. Sin embargo, no existe consenso a nivel institucional sobre la forma de cálculo, por lo que sería necesario establecer una medida consensuada y estandarizada que facilite la comparabilidad entre instituciones evitando las desigualdades por la forma de medida.

Valorar la validez de los diferentes indicadores bibliométricos utilizados en investigación biomédica y sugerir una metodología estandarizada que permita la comparabilidad y la toma de decisiones.

Se parte de la experiencia en un Instituto de Investigación Sanitaria, institución de investigación biomédica por excelencia, cuya finalidad es el impulso a la investigación sanitaria en un entorno hospitalario, ya que son evaluados sistemáticamente en el cumplimiento de requisitos e indicadores científicos, entre los que se encuentran los indicadores bibliométricos ya mencionados, por lo que tienen bien establecido ya un sistema de medida.

Inicialmente se ha procedido a hacer un análisis del entorno obteniendo información de los criterios en los que se basan las principales instituciones de investigación a nivel regional, nacional e internacional.

Se ha valorado por expertos la relevancia de cada uno de los criterios establecidos como medida válida de actividad científica. Por otro lado se ha realizado la medida de estos indicadores con diferentes criterios de inclusión y se valorado el impacto de estas modificaciones en el resultado global y en la comparabilidad global en los distintos niveles.

Actualmente las decisiones de política científica en todos los diferentes niveles jerárquicos se fundamentan en un número pequeño de indicadores bibliométricos, si bien existe enorme variabilidad en los criterios de inclusión y exclusión para su cálculo.

Realizar un análisis pormenorizado de estos criterios en los distintos niveles ha puesto de manifiesto la heterogeneidad en la medida (diferencias de hasta un 30% según la forma de cálculo) y la falta de equidad en las decisiones que se sustentan en la comparabilidad de estos indicadores.

Es necesario que todas las instituciones que desarrollan políticas de investigación utilicen unos criterios homogéneos y consensuados de medida de los principales indicadores, para los que este primer análisis puede servir de orientación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 37

TÍTULO: GESTIÓN MATRICIAL APLICADA A UNA ORGANIZACIÓN DE INVESTIGACIÓN SANITARIA

AUTORES: LOMBA IRIARTE, IRENE.; OLMEDO LUCERÓN, C.; BUÑO BORDE, I.; BARDINET, T.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los Institutos de Investigación Sanitaria (IIS) pretenden potenciar al hospital como centro de investigación traslacional de excelencia y son el primer intento de asegurar un nivel de calidad en el desarrollo y gestión de la investigación biomédica. Para conseguir esta calidad en la gestión se implantó un sistema que consiguió una importante mejora de los procesos de gestión y organizativos.

En el camino de la mejora continua de la calidad el siguiente paso que se ha planteado para conseguir una mayor orientación hacia el cliente es un cambio organizativo hacia una gestión matricial de los servicios ofrecidos al investigador.

La organización matricial, en contraposición con la jerárquica, tiene como núcleo un grupo de trabajo y necesita de la participación e interrelación de todos sus componentes.

Implantar un sistema de gestión matricial de atención al investigador en forma de “gestor único” que intente dar respuesta a todas las necesidades y demandas de los investigadores.

La gestión de la investigación en nuestro centro se realizaba mediante varios gestores de proyectos cuyas responsabilidades se diferenciaban según el tipo de proyecto de investigación (público, privado, convenios y contratos, ensayos clínicos o internacionales), de forma que el investigador para sus trámites tenía que interaccionar con varias personas, siendo motivo de insatisfacción en las evaluaciones.

Se dimensionó la carga de trabajo y se asignó de manera equitativa de forma que cada Grupo de Investigación tiene asignado un gestor único que dé respuesta a todas las peticiones.

Ha sido necesaria una modificación en los procesos ya instaurados y una participación de todo el personal de la Unidad Técnica para homogeneizar formas de trabajo, criterios y compartir información.

A nivel interno ha supuesto una mejora en la comunicación y fluidez en la información entre el personal de la Unidad Técnica, y se han definido mejor las tareas y funciones, mejorando también el clima laboral.

En las encuestas de satisfacción se ha conseguido una mejor percepción de la organización, con una respuesta más adecuada a las expectativas y necesidades de investigadores y gestores.

La principal dificultad ha sido el manejo de las tensiones de los grupos y conseguir el enfoque participativo. Inicialmente el funcionamiento es más lento que con el anterior sistema, pero en la medida que se ha conseguido que la información fluya, la ejecución es más rápida, flexible y más satisfactoria para el cliente, aumentando también la motivación y el compromiso.

Por tanto, se trata de una forma de gestión muy implantada en otros ámbitos, pero que también tiene cabida en el sector sanitario, donde es habitual el trabajo por programas o proyectos y que se podrían beneficiar de este enfoque, y concretamente en la gestión de la investigación sanitaria a todos los niveles.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 38

TÍTULO: ESCUELA DE ESCOLIOSIS

AUTORES: BERNAL MARQUEZ, MANUELA.; CUEVAS GONZALEZ, C.; PEREZ MOREIRA, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Escoliosis Idiopática en los jóvenes implica una problemática importante, con repercusiones a nivel físico, psíquico y social, sobretodo en aquellos que la curvatura se eleva por encima de los 30° y deben llevar corsés tridimensionales. Coincide además con una etapa de la vida donde la imagen y lo que piensan los demás son razones de peso. Los programas de Fisioterapia no deben sólo reducirse a tratamientos físicos sino también estar dotados de herramientas que den cobertura a todas las necesidades de estos usuarios.

Enseñar cuidados y mecanismos de protección para la columna para que los pacientes puedan realizar sus actividades diarias sin limitaciones o siendo mínimas éstas.

Prevenir problemas o complicaciones futuras.

Favorecer espacios de relación y comunicación con otros jóvenes que comparten el mismo problema de salud y con profesionales de la salud que puedan ayudarles.

Para dar cobertura al problema y cumplir objetivos se crea la Escuela de Escoliosis, tomamos como base la Escuela de la Espalda que se realiza con los adultos con problemas de columna aplicándole el contenido relativo a los niños y adolescentes diagnosticados de Escoliosis.

Las sesiones se realizan una vez al mes en el salón de actos del Hospital Virgen del Rocío, en horario de tarde, ofreciendo una exposición teórica apoyada en imágenes y ejemplos de situaciones de la vida diaria, prevención y recomendaciones ergonómicas, resolución de problemas frecuentes y participación de algún adolescente con manejo de situación exponiendo sus vivencias.

Los adolescentes acuden con sus padres y ambos pueden preguntar todas las dudas que tengan compartiendo experiencias y dificultades tanto con los profesionales fisioterapeutas, médicos rehabilitadores como con el resto de adolescentes y padres.

Se presenta además una web en internet que actuará como foro pudiéndose ser usada en cualquier momento desde los ordenadores de casa o incluso desde los terminales móviles de cada adolescente y sin necesidad.

Mejor accesibilidad para consultar dudas y problemas generados.

Disminución de complicaciones.

Capacitación tanto a padres como a niños o adolescentes en materia de Escoliosis.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 39

TÍTULO: BACRA: HERRAMIENTA PARA BUSCAR QUE NOS SE REPITAN LOS MISMOS INCIDENTES DE SEGURIDAD EN HOSPITALES Y ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: MIRA SOLVES, JOSÉ JOAQUÍN.; VICENTE RIPOLL, MA.; GUILBERT MORA, M.; FERNÁNDEZ PERIS, C.; CARRILLO MURCIA, I.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La frecuencia con la que los incidentes para la seguridad de los pacientes son analizados por los mandos intermedios y profesionales sanitarios de primera línea en la atención a los pacientes es menor a la deseada. La falta de tiempo, la inexperiencia en la realización de este tipo de análisis, la desconfianza en la confidencialidad de los datos y el miedo a las posibles consecuencias negativas son algunas de las razones.

Desarrollar una herramienta web que facilite el análisis inmediato de los incidentes de seguridad (con y sin daño) por parte de los mandos intermedios y profesionales sanitarios directamente implicados para evitar que incidentes similares se repitan.

Diseño de una herramienta web destinada a la identificación de acciones preventivas para mejorar la seguridad del paciente a partir del análisis de un incidente ocurrido. Para el desarrollo de la herramienta se siguieron los siguientes pasos: (1) entrevistas a responsables de seguridad para identificar barreras a la notificación de incidentes; (2) definición de criterios que debía cumplir la aplicación; (3) revisión de otras herramientas (¿qué aporta la nueva aplicación?); (4) diseño de BACRA v1.1; (5) evaluación por parte de mandos intermedios; (6) re-diseño (BACRA v1.2); (7) evaluación final.

BACRA se basó en el análisis causa raíz y en el análisis modal de fallos y efectos. La aplicación fue estructurada en 7 pestañas que guiaban al usuario en el análisis del incidente: (1) Información; (2) Login; (3) Qué ha pasado (tipo y naturaleza del daño); (4) Cómo (cronología de los hechos); (5) Causas (5 porqués, causas inmediatas y latentes); (6) Soluciones (índice de prioridad de riesgo); (7) Imprimir informe. BACRA aseguraba la confidencialidad de los datos puesto que exigía al usuario la creación de una contraseña única para cada incidente analizado, la clave no era almacenada en ninguna base de datos, ni estaba vinculada a ningún dato personal del usuario. BACRA fue utilizada para analizar 72 incidentes y fue valorada por 59 usuarios (tasa de respuesta del 81,9%). La versión final (v1.2) fue considerada más útil (4,3 vs 3,4; $z = 2,2$, $p = 0,03$) y fácil de usar (4,2 vs 2,8; $z = 3,0$, $p = 0,003$) que la versión inicial (v1.1).

BACRA fue diseñada pensando no sólo en contribuir a la seguridad del paciente sino también para facilitar a los mandos intermedios y profesionales sanitarios al análisis de los incidentes. BACRA es una alternativa simple, rápida y segura. BACRA está disponible en: <http://bacra.segundadasvictimas.es/>

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 40

TÍTULO: DISEÑO DE UN INDICADOR SINTÉTICO DE CALIDAD PARA UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA HOSPITALARIAS

AUTORES: ENRÍQUEZ MAROTO, M^a FRANCISCA.; RODRÍGUEZ DEL ÁGUILA, MM.; FERNÁNDEZ SIERRA, MA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Existe un interés creciente por la investigación de indicadores sintéticos que permitan medir de forma sistemática el nivel de calidad de los servicios sanitarios, la mayoría de los publicados son en el ámbito de la macro o mesogestión, siendo escasas las referencias a nivel de unidades asistenciales (microgestión). La Gestión Clínica precisa avanzar en la investigación de sistemas de información e instrumentos de medición, que orienten la toma de decisiones para la mejora de la calidad de la práctica clínica

Identificar un conjunto de indicadores simples de calidad que puedan ser monitorizados anualmente y diseñar a partir de ellos un indicador sintético de calidad asistencial para las Unidades de Gestión Clínica

Estudio descriptivo transversal. La población de estudio fueron las Unidades de Gestión Clínica (UGCs) con actividad de hospitalización y consultas de un hospital público de Andalucía, excluyendo las unidades de soporte por tener indicadores específicos. Se utilizó una metodología en cinco fases: 1. Identificación y selección de áreas o dimensiones clave de calidad para el índice sintético y de indicadores simples en cada área que fueran fácilmente obtenibles de fuentes informatizadas; 2. Aprobación de los indicadores simples seleccionados y ponderación por un grupo de expertos en calidad; 3. Selección del método para normalización de indicadores simples, ya que están en diferentes escalas; 4. Recogida de datos, realizada de mayo a septiembre de 2015; 5. Construcción del indicador sintético mediante suma ponderada de indicadores simples normalizados y análisis estadístico mediante cálculo de medias, desviaciones y coeficiente de variación. Se seleccionaron indicadores simples de los años 2013 y 2014

Se analizaron 27 Unidades de Gestión Clínica, se identificaron 5 áreas de calidad (utilización de la atención sanitaria, mejora continua, resultados en salud, satisfacción y eficiencia) y 17 indicadores simples. Los 17 Indicadores simples aportan a cada unidad, un cuadro de mandos estructurado en las cinco dimensiones de calidad. El índice sintético de gestión de la calidad construido obtuvo un valor promedio en 2013 de 52,25 (8,08) y en 2014 de 54,87 (7,32), teniendo un comportamiento análogo entre unidades médicas y quirúrgicas. La puntuación del índice tiene valores similares en los dos años en todas las áreas de calidad, excepto en resultados, donde se alcanzan en 2014 cifras mayores que en 2013. Existe una variación máxima en las puntuaciones de las unidades entre 2013 y 2014 del 28%, siendo superior a $\pm 15\%$ en sólo 7 unidades. Conclusión. El indicador sintético diseñado permite aproximarnos a través de un solo número a una estimación de la calidad asistencial en cada unidad. Constituye una herramienta de benchmarking interno que aporta anualmente la situación, evolución y posicionamiento de cada unidad en relación con el resto de unidades

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 41

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE AISLAMIENTO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA HOSPITALARIA

AUTORES: DEL MORAL LUQUE, JUAN ANTONIO.; MONTERO MORALES, L.; MOSQUERA GONZÁLEZ, M.; HIJAS GÓMEZ, AI.; ALONSO GARCÍA, M.; RODRÍGUEZ CARAVACA, G.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La vigilancia y control de la infección hospitalaria es una tarea esencial de un Servicio de Medicina Preventiva. Dicha labor conlleva la aplicación de herramientas y pautas de actuación adecuadas (protocolos) que faciliten que los profesionales de la Unidad, con independencia de su formación previa, experiencia y características individuales, actúen de la misma manera para ofrecer cuidados de calidad.

Evaluar el protocolo de aislamiento hospitalario así como el grado de cumplimentación del formulario de aislamientos y las anotaciones interconsultas de la Unidad de Medicina Preventiva en nuestro hospital.

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal que abarcó los años 2014 y 2015. Se evaluó el seguimiento de los pacientes ingresados en aislamiento y los microorganismos que presentaron y motivaron dicha medida preventiva durante esos dos años. Se analizaron los formularios de aislamiento de cada ingreso con dicha indicación y las notas de interconsulta realizadas por los facultativos de la Unidad de Medicina Preventiva en la historia electrónica. Se valoró el grado de cumplimiento del protocolo de aislamiento así como las causas por las que no existía constancia escrita del seguimiento.

El estudio incluyó un total de 655 aislamientos; 298 en el año 2014 y 357 en el año 2015. En ese periodo la media diaria de pacientes aislados en nuestro hospital fue de 12,2. El mes con mayor número de pacientes en aislamiento fue marzo (14,8 de media) y el mes con el menor número, agosto (10 de media). El 94,20% de los microorganismos que motivaron el aislamiento fueron bacterias; el 5,19% virus; el 0,61% parásitos y en el 5,95% de las ocasiones las infecciones fueron polimicrobianas. Las tres causas principales de aislamiento fueron: *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina en 227 (34,66%), *Pseudomona aeruginosa* en 154 (23,51%) y *Clostridium difficile* en 93 (14,20%). El motivo primordial de aislamiento vírico fue el virus de la gripe A (52,94% de ellos y 2,75% del total). El grado de cumplimentación del formulario de aislamiento fue del 94,35% (n=618). Se realizaron 1691 anotaciones de interconsultas, con una media de 2,58 anotaciones/paciente. El porcentaje de pacientes con al menos una nota interconsulta fue del 96,95% (n=635). Las causas por las que no existe valoración escrita del seguimiento (no cumplimentación del formulario/interconsulta) fueron: 1) Pacientes ingresados en UCI o REA, que en el momento de pasar a planta ya no precisan aislamiento. 2) Aislamientos realizados por otro servicio durante el fin de semana. 3) Re-aislamiento de pacientes ingresados. 4) Cambio en el juicio diagnóstico que motivó el aislamiento. 5) Alta hospitalaria. Tras el estudio detallado del seguimiento de los pacientes aislados y teniendo en cuenta las valoraciones individuales de los mismos se puede concluir que el cumplimiento del protocolo de aislamiento se realizó correctamente en el 100% de los casos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 42

TÍTULO: COLISTINA INHALADA EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS SIN FIBROSIS QUÍSTICA Y AISLAMIENTO DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA

AUTORES: DOMINGUEZ CANTERO, MARCELO.; HUERTAS FERNÁNDEZ, MARIA JOSÉ, MJ.; DOMINGUEZ LOPEZ, MARÍA, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La bronquiectasia sin fibrosis quística es una enfermedad crónica caracterizada por dilatación de los bronquios, disnea y tos productiva crónica, con exacerbaciones infecciosas intermitentes principalmente por *Pseudomonas aeruginosa* (PA). Es habitual, la utilización ciclos de antibioterapia durante periodos prolongados terminen seleccionando PA multirresistentes, para la cual, colistina inhalada es una de las alternativas de tratamiento. Aunque algunas guías recomiendan el uso de antibióticos inhalados existe aún falta de evidencia que avale su uso. Hoy en día, el uso de colistina inhalada en bronquiectasias sin fibrosis quística no se recoge en la ficha técnica.

Describir el uso y seguridad de colistina inhalada en pacientes con bronquiectasias y aislamiento de PA multirresistentes

Estudio retrospectivo descriptivo. Periodo de estudio 2013-2015. Se incluyeron pacientes que retiraron colistina inhalada, en la Unidad de Atención a Pacientes Externos del servicio de farmacia, con diagnóstico de bronquiectasias sin fibrosis quística. Se excluyeron pacientes con aislamientos distintos a PA. Los datos clínicos se recogieron de la historia clínica digital y los registros de dispensación del módulo de pacientes externos programa de prescripción electrónica ATHOS-PRISMA. Variables: demográficas, comorbilidades, tipo de infección (primer aislamiento o colonización), tipo de tratamiento antibiótico inicial (empírico o dirigido), tiempo de seguimiento sensibilidad a otros antibióticos orales o inhalados, abandono por efectos adversos.

10 pacientes incluidos, media 69,2 años (rango 52-85), 7 mujeres. 70% con comorbilidades: 4 pacientes con EPOC, 2 asma, 1 déficit de alfa antitripsina. Media de seguimiento de los pacientes tratados con colistina 1,71 años. En todos ellos el tratamiento se decidió una vez se disponía de la sensibilidad a colistina de la PA, a pesar de ser sensibles a tobramicina inhalada. En siete el inicio del tratamiento antibiótico inhalado se realizó en una colonización de PA, en dos pacientes se trataba del primer aislamiento, no se detalló en la historia en un caso. Ningún paciente abandonó el tratamiento por efectos adversos.

La falta de evidencia no limita el uso off-label de colistina inhalada en estos pacientes con escasas alternativas.

Durante el periodo de estudio tanto tobramicina como colistina inhalada se encontraban disponibles para su prescripción, sin embargo, todos fueron tratados con colistina inhalada.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 43

TÍTULO: CASO CLÍNICO:DISPOSITIVO VENOSO PERIFÉRICO LARGO EN LACTANTE CON NECESIDAD DE TERAPIA IV DE LARGA DURACIÓN

AUTORES: RUIZ GARCIA, NEREA.; DELGADO SAN MARTIN, M.; ARAGÓN GÓMEZ, I.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Trabajar en la línea de mejorar la calidad de la atención a nuestro paciente pediátrico, nos anima a buscar aquel dispositivo de canalización venosa periférica que nos asegure más tiempo en sede con el menor número de complicaciones.

El punto álgido de nuestra percepción de calidad se encuentra sin duda en el paciente pediátrico, donde mejoras cuantitativamente menos llamativas, pueden resultar grandes mejoras cualitativas. Este contexto justifica el estudio realizado en nuestra unidad como base para protocolizar la elección del dispositivo de canalización venosa periférica que mejor se adapte a las necesidades de nuestro paciente pediátrico, y presentamos nuestra experiencia en la aplicación de nuestro protocolo.

Fundamentar con un caso clínico los resultados de la aplicación de nuestro protocolo de elección del dispositivo venoso periférico.

Dar a conocer las posibilidades que se abren en el campo de la terapia IV pediátrica de larga duración.

Caso clínico: lactante de 3 meses de edad, aquejado en enfermedad tuberculosa perinatal, con afectación del sistema nervioso central, y necesidad de terapia vía parenteral durante dos meses de forma ambulatoria.

Para la administración del tratamiento han sido necesarios tres dispositivos de canalización venosa periférica largos (8 cm), insertados por técnica de Seldinger que han tenido una duración efectiva de 21, 4, y 19 días respectivamente, habiéndose administrado los fármacos y heparinizado el dispositivo según los protocolos de dilución y administración vigentes en la unidad. Los cambios de apósitos se realizaron semanalmente.

El tratamiento se completó con la administración vía IM de amikacina en dos bloques de 9 y 3 días, correspondientes de las vacaciones de Semana Santa (cambio de personal y necesidad de recuperación del capital venoso) y a los 3 últimos días de tratamiento.

La manipulación del dispositivo y administración de fármacos se realizó diariamente en hospital de día y los fines de semana en la unidad de hospitalización pediátrica de forma ambulatoria.

La posibilidad de mantener en sede un dispositivo periférico durante 21 días sin complicaciones nos ha permitido administrar un tratamiento diario de larga duración y de forma ambulatoria sin las dificultades y complicaciones que acompañan a un dispositivo central.

Los cultivos de punta de catéter fueron negativos y las complicaciones que nos encontramos se reducen a una infiltración sin consecuencias, fuga mínima por el punto de inserción que se solucionó con pegamento de piel y leve lesión por decúbito causada por los apósitos y el pegamento de piel que se resolvió en 24 horas.

Este caso refuerza los datos obtenidos en nuestro estudio comparativo de dispositivos de canalización venosa periférica en niños y nos anima a protocolizar la elección del dispositivo periférico largo en niños, con necesidad previsible de terapia IV igual o superior a 48 horas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 44

TÍTULO: APÚNTATE UN TANTO

AUTORES: ARAGÓN GÓMEZ, ISABEL.; DELGADO SAN MARTIN, M.; RUIZ GARCIA, N.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La mejora progresiva en el cumplimiento de la higiene de manos por parte del personal de nuestro centro hospitalario, nos anima cada año a participar, dentro de la estrategia el grupo coordinador de higiene de manos, en la realización de una producción audiovisual, que recuerda la importancia de la higiene de manos en la seguridad del paciente, y fortalece la idea de equipo a todos los estamentos profesionales, tanto de las áreas asistenciales como de soporte.

Estimular al equipo para mejorar la adhesión a la higiene de manos.

Reforzar la formación continuada en materia de seguridad.

Reafirmar a los profesionales de áreas no asistenciales como parte integrante del equipo. Todos somos importantes en materia de seguridad del paciente y calidad asistencial.

Transmitir valores como el esfuerzo, la responsabilidad y la constancia en nuestra labor diaria.

Concienciar de la importancia de trabajar en un clima que priorice la seguridad.

Con la temática del deporte de élite como fondo, se realiza una producción audiovisual con la colaboración de profesionales de todas las áreas de nuestro centro hospitalario. 'Apúntate un tanto', en poco más de 13 minutos, mediante un montaje de vídeo y fotografía, establece una similitud entre los éxitos deportivos y nuestra prioridad profesional: la seguridad de nuestros pacientes; resalta la importancia en nuestra labor diaria de valores fundamentales del deporte, como el esfuerzo, la constancia, o el trabajo en equipo, y refuerza la formación en materia de higiene de manos que se viene haciendo de forma continuada.

El vídeo, fue presentado a todos los trabajadores en la jornada que organiza el servicio de Medicina Preventiva sobre Higiene de manos los días 19 y 20 de mayo de 2016

La realización de esta producción por cuarto año consecutivo nos permite publicitar con regularidad la importancia de la adherencia a la higiene de manos. La participación de los propios profesionales, de todos los estamentos y todas las áreas, ha favorecido su implicación (cada año más numerosa) en la jornada que realiza anualmente el servicio de medicina preventiva. Esta implicación personal de cada profesional, junto a la estrategia en materia de higiene de manos del grupo coordinador en materia de formación y concienciación, forma parte de la mejora continuada de nuestros datos en materia de adhesión a los cinco momentos de la OMS.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 45

TÍTULO: EDUCACIÓN SANITARIA: ATENCIÓN AL PACIENTE PORTADOR DE CÁNULA, DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN EL HUV.MACARENA

AUTORES: DIAZ DEL RIO, SARA.; GUERRA OLIVA, A.; MOLINA MORENO, I.; PANTION MISA, A.; TENA GARCIA, B.; LOPEZ GARCÍA, I.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El éxito de la calidad de vida del paciente traqueo - laringectomizado durante la hospitalización está directamente relacionado con la actuación y educación sanitaria del Equipo de Enfermería

- Detectar las necesidades del paciente tanto físicas como emocionales.
- Entrenar al paciente en el proceso de adaptación, tras la cirugía
- Proporcionar Educación Sanitaria para conseguir confianza, bienestar y seguridad, reduciendo la ansiedad con una atención integral y personalizada

Se realiza grupo de trabajo compuesto por 3 enfermeras y 3 auxiliares de enfermería, cuyo instrumento metodológico es el PROCESO ENFERMERO basado en la taxonomía NANDA y planes de cuidado. Cuyo indicador a medir es Ansiedad r/c el cambio en salud (NANDA 00146).

La planificación de los cuidados basada en la Educación sanitaria(NIC5510), se centra en: cuidados del estoma, limpieza de cánula y autocuidados (higiene, alimentación , eliminación, vestir, sueño, vida social y medio ambiente)

Los resultados aportados son los recogidos desde el comienzo de la Unidad de atención al paciente traqueostomizados: Julio-Diciembre del 2015.

Fueron atendidos 69 pacientes: 13 laringectomizados y 56 traqueostomizados.

A los cuales se les realiza al 100%, la valoración inicial al ingreso así como el 100% de plan de cuidados.

Al alta midiendo el indicador de ansiedad: 76% disminuida.

Todos los pacientes que pasan por dicha unidad, son derivados a la Enfermera gestora de casos(100%)

- Se minimiza el impacto emocional
- Se reduce la ansiedad del paciente
- Mejora la adaptación del paciente tras el alta.

Es fundamental para la recuperación y adaptación del paciente, el trabajo multidisciplinar de los profesionales de la UGC de otorrinolaringología, para ello se realizan 2 talleres anuales.

El trabajo directo con las asociaciones de laringectomizados y voluntariado, favorecen una recuperación más temprana.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 46

TÍTULO: EVALUACION DE UN PAQUETE DE MEDIDAS DE SEGURIDAD CLINICA EN ARTROPLASTIA DE CADERA

AUTORES: CHECA GARCIA, ANTONIO.; MORAL LUQUE, JA.; MARTINEZ MARTIN, J.; MONTEJO SANCHO, J.; MORENO CORONAS, F.; RODRIGUEZ CARAVACA, G.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La infección de herida quirúrgica (IHQ) es la segunda complicación más frecuente en la artroplastia de cadera. Ocurre en el 1-5% de pacientes y aumenta la gravedad, reingreso y reintervención de los pacientes. Entre las medidas preoperatorias que influyen en la infección quirúrgica se encuentran las de higiene y antisepsia de preparación previa (lavado de manos del personal sanitario, preparación del paciente y antisepsia del campo quirúrgico).

Evaluar el efecto de un plan de mejora de la calidad de la atención y seguridad de pacientes con artrosis intervenidos quirúrgicamente de artroplastia de cadera. Se ha evaluado su efecto en la incidencia de infección de herida quirúrgica, en la estancia media de los pacientes y en la adecuación de la preparación prequirúrgica. Las variables cualitativas se describen con su distribución de frecuencias, las cuantitativas con la media y desviación estándar y el efecto con Riesgo Relativo.

Se realizó un estudio de intervención cuasi-experimental con análisis antes-después. Se diseñó una intervención que consistió en un Plan de Mejora de la Calidad y Seguridad del paciente, que incluía: sustitución del lavado higiénico y quirúrgico de manos con jabón de clorhexidina por lavado y desinfección con soluciones hidroalcohólicas, sustitución del afeitado del campo quirúrgico con cuchilla por rasurado con máquina eléctrica y antisepsia del mismo con clorhexidina alcohólica al 2% en lugar de povidona yodada al 10%. Se evaluaron los periodos 2007-2010 (antes de la intervención) y 2012-2015 (después de la intervención). El efecto del plan de mejora se evaluó con el Riesgo Relativo y su intervalo de confianza al 95%.

El periodo de estudio abarcó desde enero de 2007 hasta diciembre de 2015. Durante el año 2011 se implantaron todas las medidas definidas en el plan de mejora. El estudio incluyó 934 pacientes; 278 pacientes en el periodo 2007-2010 (61,6% mujeres y 38,4% hombres) y 656 pacientes en el periodo 2012-2015 (58% mujeres y 42% hombres). La edad media fue de 72,7 años (DE=13,7) antes de la intervención y 71 años (DE=13,9) después de la intervención. La incidencia de IHQ en artroplastia de cadera fue del 4,3% antes de la intervención del plan y del 3,4% después de la misma. El Riesgo Relativo de infección de herida quirúrgica antes/después de la intervención fue de RR=1,29 (IC95%: 0,65-2,56). Al igual que en otras series, los microorganismos más frecuentemente implicados fueron *Staphylococcus epidermidis* y *Staphylococcus aureus*. La estancia media global descendió de 12,6 días a 11,3 días ($p>0,05$). La adecuación de la preparación prequirúrgica fue correcta en 216 pacientes (77,7%) del periodo 2007-2010 y en el 93,5% de los 613 pacientes del periodo 2012-2015 ($p< 0,05$). La principal causa de inadecuación fue la duración de la administración de antibiótico.

CONCLUSIÓN

Se observó una disminución de la incidencia de IHQ tras la actuación y de la estancia media hospitalaria tras la introducción del Plan de Mejora. Se logró una importante mejora en la adecuación de la preparación prequirúrgica, estadísticamente significativa y mayor que la comunicada en la bibliografía.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 47

TÍTULO: ANALISIS DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR EL CIUDADANO EN UNA CONSULTA DE HEMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES: MORALES DUEÑAS, ANA MARIA.; CORDON JIMENEZ M^a DOLORES, MC.; CABRERA PALOMO ISABEL, IC.; COBOS BARRIOS JOSEFA, JC.; DORDA LUIS AURORA, AD.; GASCÓN LUNA FÉLIX, FG.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Área Sanitaria Norte de Córdoba (80.000 habitantes) dispone de una consulta de hematología clínica en la Unidad de Hematología y Hemoterapia, integrada en la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Laboratorio Clínico, que en atendió un total de 3.102 pacientes. Nuestra UGC trabaja orientada hacia la mejora continua como proceso garante de la calidad y seguridad asistencial, línea estratégica de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Dentro de este proceso, resulta fundamental la evaluación de la opinión de los ciudadanos en términos de calidad percibida. Este aspecto de la calidad es una variable importante y debe ser cuantificada para adoptar medidas que nos lleven a disminuir la distancia entre las expectativas del usuario y el resultado final de la calidad en la atención sanitaria. Nuestra UGC cuenta con un Grupo de Mejora de Calidad Percibida (GMCP), encargado de evaluar la satisfacción de nuestros ciudadanos

Conocer la opinión de los ciudadanos atendidos en nuestra consulta de Hematología Clínica con respecto a distintas variables relacionadas con la carta de Derechos y Deberes de los mismos, valorando a su vez distintas competencias de los profesionales que desarrollan su labor asistencial en dicha consulta

El GMCP elaboró una encuesta que se entregó a los ciudadanos que acudieron a la consulta de hematología de nuestro hospital. La encuesta incluía 16 preguntas con respuesta ponderada de 1 (nada satisfecho) a 5 (muy satisfecho), 3 preguntas con respuesta dicotómica Sí/No y 2 con respuesta abierta para comentarios. Todas las encuestas recogidas se tabularon para su análisis y detección de áreas de mejora

De 100 encuestas entregadas, recibimos 67 correctamente cumplimentadas. Las preguntas mejor valoradas fueron: Trato por parte del personal facultativo y de enfermería, así como la información facilitada. Las preguntas peor valoradas: Tiempo de espera para la cita, tiempo de espera en consulta y rotación del personal de enfermería. No obstante, todas las preguntas con respuesta ponderada obtuvieron un promedio superior a 4 sobre 5, obteniendo la valoración global del proceso una puntuación promedio de 4,9 y una satisfacción del 100% por parte del usuario tras la visita. En los ítems de respuesta abierta, se destacaba: Atención e información, cariño en el trato y profesionalidad, proponiendo mejorar: Tiempo de espera en consulta, más personal y evitar rotación personal enfermería. La presente encuesta pone de manifiesto que los ciudadanos atendidos en nuestra consulta de Hematología Clínica tienen un alto grado de satisfacción, en líneas generales, con la calidad de la atención recibida. Con independencia de los buenos resultados, la encuesta ha permitido detectar áreas de mejora en la calidad percibida, como son la disminución de los tiempos de espera o la menor rotación en el personal de enfermería de la consulta. La opinión de los usuarios debe ser tenida en cuenta para establecer áreas de mejora en la actividad asistencial.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 48

TÍTULO: DESARROLLO DE UNA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA INFANTIL EN UN HOSPITAL DE NIVEL 1: UN TRABAJO DE EQUIPO

AUTORES: LA ORDEN IZQUIERDO, ENRIQUE.; SEGOVIANO LORENZO, MC.; JIMÉNEZ GALANES MARCHÁN, S.; PACHECO MARTÍNEZ, PA.; GONZÁLEZ-VALCÁRCEL SÁNCHEZ-PUELLES, J.; SÁNCHEZ MENAM, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La asistencia pediátrica se ha desarrollado en los últimos años y la aparición de especialidades pediátricas es una realidad. El desarrollo de una unidad de gastroenterología infantil implica la inclusión de una cartera de servicios y procesos clínicos evaluando, según un programa de calidad, su actividad asistencial, docente e investigadora.

Describir el proceso de desarrollo de una unidad elemental de gastroenterología infantil en un hospital de nivel 1 y la creación de una unidad específica de trastornos funcionales, enmarcada dentro de la misma unidad de adultos, en relación al resto de centros similares en una misma área asistencial.

La unidad de gastroenterología infantil cuenta actualmente con un jefe de unidad, miembro numerario de la SEGHP, y dos facultativos encargados de la asistencia. Sus procesos clínicos incluyen: consulta de gastroenterología elemental con atención de las patologías más prevalentes y nutrición básica especializada. Para la atención de dichos procesos cuenta con una cartera de servicios que incluye endoscopia digestiva diagnóstica y terapéutica básica con apoyo de servicios centrales y de otros servicios clínicos de adultos (Gastroenterología y Alergología). La actividad endoscópica en los últimos 3 años se ha incrementado una media de un 25% anual siendo el volumen de endoscopias (altas/bajas): 2013: 79(72/7); 2014: 93 (89/4); 2015: 133 (127/6) paralelo a un aumento de volumen de primeras consultas. Dentro de la Unidad de trastornos funcionales de adultos, la Unidad de gastroenterología infantil realiza pHmetría 24 horas ambulatoria con un total de 10 exploraciones en 2015. Recientemente se ha incluido la pH-impedanciometría esofágica 24 horas ambulatoria y manometría (anorrectal y esofágica), técnicas no disponibles en otros centros cercanos similares en complejidad. Las exploraciones se realizan en consultas específicas y como actividad propia del hospital de día pediátrico y cuentan con el apoyo de anestesistas y cirujanos pediátricos en caso de ser necesario. La unidad está integrada en una red de colaboración específica regional con carácter docente e investigador y es responsable de la formación específica básica en la especialidad dentro del programa MIR de Pediatría y sus áreas específicas de capacitación.

La incorporación de nuevas técnicas a la cartera pediátrica de servicios a través del uso compartido de los recursos disponibles en otras unidades y tras formación específica de los responsables permite mejorar la calidad asistencial del paciente, la docencia MIR y de pregrado, la función investigadora y, en consecuencia, el desarrollo global de las unidades específicas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 49

TÍTULO: UN PASO MAS EN LA GESTION: INDICADORES DE CALIDAD EN LA UGC DE OTORRINOLARINGOLOGIA

AUTORES: ACOSTA SALAS, ROSARIO DEL CARMEN.; LOPEZ GARCIA, MI.; MARIN FERNANDEZ, A.; TENA GARCIA, B.; PANTION MISA, A.; PEÑA FERNANDEZ, MD.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El uso de indicadores de calidad es un avance más en la gestión que permite objetivar aspectos relevantes de la asistencia, establecer comparaciones, proponer objetivos, crear cultura de evaluación y mejora asistencial.

-Implantar el uso de indicadores de calidad, como método avanzado en la seguridad clínica.

-Evaluar los indicadores de calidad, para la mejora de los cuidados de enfermos.

IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DEL PACIENTE: pulsera identificativa

ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICACIÓN: etiquetado mediante pegatina con datos personales y nombre de la medicación.

PREVENCIÓN DE UPP: corte de prevalencia mensual: numero de pacientes con UPP/numero de pacientes ingresados

REGISTRO EN HISTORIAS CLÍNICAS: Hoja quirúrgica.

CONTROL DE CADUCIDAD DE MEDICAMENTOS Y FUNGIBLES: Mensualmente queda asignada la revisión de medicación y fungibles . Reflejándose mediante firma del responsable que lo efectúa y sus incidencias.

DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL: por turnos limpieza, desinfección y circuito de estéril(registros de entrada y salida mediante firmas y contabilidad del mismo)

REVISIÓN DEL CARRO DE PARADAS: semanalmente en turno de noche, siguiendo protocolo de revisión y hoja de firmas.

PREPARACIÓN DE KITS DE TRAQUEOTOMÍA: Por protocolo, para paciente que es intervenido de traqueotomía, se realiza preparación de Kit de traqueotomía, quedando registrado en la historia

REVISIÓN DE ASPIRADORES: comprobación del aspirador al alta y al ingreso, registrándolo en la historia clínica.

REGISTRO DE CAIDAS: Notificación vía intranet de las caídas de los pacientes de la unidad.

NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN, NO MEDICACIÓN Y EVENTOS ADVERSOS: vía intranet.

IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DEL PACIENTE: 97%

ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICACIÓN: 96%

PREVENCIÓN DE UPP: 0%

REGISTRO EN HISTORIAS CLÍNICAS: Hoja quirúrgica: 99%

CONTROL DE CADUCIDAD DE MEDICAMENTOS Y FUNGIBLES: SI

DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL: SI

REVISIÓN DEL CARRO DE PARADAS: SI-100%

PREPARACIÓN DE KITS DE TRAQUEOTOMÍA: 89%

REVISIÓN DE ASPIRADORES: 85%

REGISTRO DE CAIDAS: SI(4)

NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN, NO MEDICACIÓN Y EVENTOS ADVERSOS: SI(23)

La automatización de registros de enfermería, las auditorías y evaluaciones en nuestra unidad permiten facilitar las necesidades y realizar el seguimiento de dichos indicadores de calidad. Se confirma como herramienta efectiva en la mejora de la calidad del trabajo de la unidad.

Áreas de mejora: sesión clínica de evolución de resultados, registros específicos, formación, actualización de sistemática

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 50

TÍTULO: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA PARA EVALUAR PRÁCTICAS DE RECURSOS HUMANOS DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTENSIVA

AUTORES: GARCÍA DEL ROSARIO, CRISTINA.; GONZÁLEZ SANTANA, MD.; HERNÁNDEZ SANTANA, A.; PEÑATE RODRÍGUEZ, MM.; COBIÁN MARTÍNEZ, JL.; DÉNIZ RODRÍGUEZ, MJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La medición de la satisfacción del personal se considera un elemento fundamental como indicador válido de la calidad de los cuidados sanitarios prestados. Es por ello, la constante inquietud existente en buscar instrumentos de medida más adecuados que garantice la validez y fiabilidad de los mismos.

Validar instrumentos de medida para evaluar la aplicación de prácticas de recursos humanos del alto compromiso orientadas a la calidad de los Servicios de Medicina Intensiva (SMI), desde la óptica del personal sanitario.

Estudio de naturaleza transversal que tiene como población al personal sanitario con experiencia mayor de 6 meses de trabajo en SMI. El tamaño muestral asciende a 324, el 14.5% pertenece al estamento médico (MED), el 48.8% enfermería (ENF) y el 36.7% auxiliares de enfermería (AEN). La tasa de respuesta fue del 76,54%. El modelo de medida resultante es un constructo latente de segundo orden compuesto por las dimensiones: Formación, Participación, Reconocimiento y Comunicación.

Se emplearon los modelos PATH utilizando como método de estimación el de máxima verosimilitud, usando variables observadas. Los resultados indican que se trata de un modelo excelente, ya que el valor de CFI es superior a 0.95 y el del RMSEA no supera el máximo de 0.08. La aplicación de prácticas de recursos de alto compromiso orientadas a la calidad del servicio, influye positiva y significativamente en la calidad del servicio al paciente percibida por el personal sanitario.

En el análisis ANOVA se usaron como variables dependientes las observadas a nivel de constructo y como variables independientes las de tipo laboral (categoría laboral, tipo de contrato, años de experiencia en la profesión y en el SMI) y las de tipo sociodemográfico (sexo y edad).

En cuanto a las dimensiones, en la variable Categoría laboral los MED son los que mejor se valoran, seguido por los AEN y por último las ENF; en la variable Tipo de contrato, el personal eventual es el que se valora mejor, seguido por el de plaza y finalmente el interino; con respecto a la Antigüedad en la profesión, el grupo de 0 a 10 años obtiene la mejor valoración, seguido por el grupo mayor de 15 años y finalmente el grupo de 11 a 15 años; en la variable Antigüedad en el servicio, se valoran mejor los de antigüedad de 0 a 5 años, seguido del grupo de 6 a 10 años y por último los de más de 10 años; en cuanto a la variable Sexo, las mujeres se valoran mejor que los hombres; y con respecto a la edad, es el grupo de más de 50 años los que mejor se valoran, seguido del grupo de 36 a 50 años y por último los de menos de 36 años.

Los resultados indican que el modelo es estadísticamente significativo.

Las dimensiones mejor valoradas corresponden al grupo de los médicos, con tipo de contrato eventual, con una antigüedad en la profesión menor de 11 años y antigüedad en el SMI inferior a 6 años, con predominio de las mujeres y edad mayor de 50 años.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 51

TÍTULO: MANEJO DE LA COMUNICACIÓN: PACIENTES CON TRAQUEOSTOMIA

AUTORES: ACOSTA SALAS, ROSARIO DEL CARMEN.; TENA GARCIA, B.; MEDINA JIMENEZ, MD.; OCAÑA CUEVAS, M.; GARCIA SALDAÑA, P.; FLORES RODRIGUEZ, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los pacientes con traqueostomía, se enfrentan a cambios fisiológicos y psicológicos, no pueden hablar de la misma manera que las que no la tienen. El aire no pasa por las cuerdas vocales, de modo que no pueden producir sonidos con facilidad.

Los familiares y cuidadores con frecuencia se frustran porque no entienden qué es lo que la persona desea o necesita. A su vez ésta siente soledad en un momento en que su vida pasa por cambios drásticos.

La comunicación tiene como objetivo "mejorar y garantizar dicha capacidad" para obtener una gran calidad de vida física, mental, social y familiar.

Nuestro papel como profesionales de la enfermería es crucial para garantizar la comunicación con pacientes de dicha patología y los cuidadores.

-Mejorar la capacidad de comunicación en los pacientes portadores de cánulas.

-Garantizar la comunicación oral efectiva sin abusos vocales.

-Disminuir la ansiedad del paciente y cuidador.

-PANEL DE COMUNICACIÓN: Esta herramienta tiene como objetivo facilitar la comunicación bidireccional entre profesionales y personas que tienen disminuida o alterada esta función por problemas físicos o por barreras del idioma (en caso de deterioro cognitivo)

Panel de comunicaciones: Se facilita por protocolo al 100% de los pacientes con dificultades en la comunicación, teniéndolo disponibles en varios idiomas y braille.

Educación sanitaria: 90-100% a los pacientes y familiares.

Voluntariado: en función de su disponibilidad, pero semanalmente acuden a nuestra unidad.

Asociación: se realizan 2 encuentros anuales, con una participación del 86%.

Taller de Logopedia: De lunes a jueves con una asistencia de un 70%.

Fomento en la medida de lo posible de la autonomía personal y la autoestima a través de cuidados basados en una comunicación, que permita además de plantear las necesidades físicas, abordar las emociones y sentimientos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 52

TÍTULO: PLANIFICACION AL ALTA DE PACIENTES PORTADORES DE CANULAS: EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

AUTORES: ACOSTA SALAS, ROSARIO DEL CARMEN.; TENA GARCIA, B.; OCAÑA CUEVAS, M.; JUAN GARCIA, C.; HERRERO CRESPO, MT.; PANTION MISA, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La importancia de la continuidad de cuidados como medida de seguridad para los pacientes portadores de canula, hace que el papel del equipo multidisciplinar al alta, sea relevante..

- Garantizar la continuidad de cuidados en los pacientes traqueostomizados, entre niveles asistenciales.
- Potenciar la coordinación con otros niveles asistenciales

El sistema, usado para derivar los pacientes traqueostomizados al alta, a la enfermera gestora de casos es mediante vía telefónica(72%) o interconsulta (28%) en formato papel, siendo la más común la primera opción.

El facultativo mediante su evolución diaria del paciente junto con la de la enfermera referente de cuidados , consensúa si el paciente es candidato ser derivado a la enfermera gestora de casos, siendo el 80% de los casos la enfermera la que contacta con ella. Siendo de gran importancia el trabajo multidisciplinar para la planificación del alta:

- Realizar valoración integral al paciente y cuidador.
- Planificar el alta del paciente traqueostomizado días previos al alta.
- Derivar a la unidad de Trabajo Social(para gestión de ayuda en domicilio), Unidad de Nutrición(portador de sonda nasogástrica)
- Gestionar antes del alta materiales del tipo aspirador de secreciones, así como el manejo del mismo.

El acercamiento entre profesionales y el trabajo multidisciplinar es fundamental, realizamos anualmente sesiones clínicas interniveles acreditadas, con profesionales de atención primaria y hospitalizada:

BVR8102-Actualización de Informe de Continuidad de cuidados en pacientes de otorrinolaringología.

YYS7205-Continuidad de Cuidados Interniveles: Sesión Multidisciplinar: 30-04-2015

En el caso de la UGC de ORL el 100% de los pacientes portadores de canula son derivados a la enfermera gestora de casos, obteniendo:

- Favorable gestión de los casos de alta complejidad garantizando la continuidad de la atención: 87%
- Coordinación de las actuaciones de los diferentes profesionales del sistema sanitario intervinientes en el caso: 2 reuniones anuales.
- Garantía de la optimización de todo tipo de recursos disponibles y facilitando la obtención de los mismos: tiempo de respuesta 24 horas-48horas,.
- Asesoramiento para capacitar a los pacientes portadores de canula, así como cuidadores en autocuidados, fomentando la autonomía en la medida de lo posible: 90-100%
- Reuniones multidisciplinarias para la coordinación y seguimiento de la estrategia.
- Organización de los grupos de autocuidados y las reuniones "de paciente experto".

El equipo multidisciplinar, es una pieza fundamental para su planificación al alta.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 53

TÍTULO: CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA DE LOS PACIENTES CRONICOS DE ALTA COMPLEJIDAD Y SU RELACIÓN CON LAS ESCALAS FUNCIONALES

AUTORES: VALDES SOLIS, AP.; MARTIN YAÑEZ, MV.; NARBONA RIOS, C.; BUJALANCE HOYOS, J.; ESCALANTE TORRES, F.; NUÑEZ MONTENEGRO, AJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La calidad de vida relacionada con la Salud (CVRS) se define como la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. Es importante conocer esta CVRS ya que así podremos conocer el grado de bienestar y salud de la población a la que atendemos. En este estudio (que pertenece a una línea de investigación) hemos analizado la CVRS a través del cuestionario EQ-5D, así como una valoración funcional de los pacientes crónicos de alta complejidad para mejorar la atención sanitaria que prestamos a esta población más vulnerables.

Este estudio pretende:

1. Determinar las características sociodemográficas del anciano frágil en el AGS Norte de Málaga.
2. Analizar la calidad de vida de la población de estudio según el cuestionario EQ 5-D.
3. Analizar la posible relación entre la calidad de vida y las variables sociodemográficas, funcionales y de frecuentación.
4. Analizar las posibles relaciones entre las variables funcionales entre sí en la población de estudio.

Se incluyeron a todos los pacientes frágiles según las escalas especificadas: EQ 5-D y las escalas funcionales. La recogida de datos se realizó desde junio a octubre de 2015. Este estudio tiene el visto bueno de la Comisión Provincial de Ética de Investigación de Málaga. Se analizaron, a través del spss, los resultados de CVRS de forma descriptiva e inferencial para valorar relaciones entre la calidad de vida con las variables sociodemográficas, frecuentación, y variables funcionales

Se han incluido 96 pacientes: EM: 84,54 (7,6) años, 65,6% de mujeres. La media de las puntuaciones de la Escala Visual Analógica (EVA) se sitúa en el 53,44 (18,3). Se presentarán los resultados de cada dimensiones del EQ 5-D, destacando que presentan elevada dificultades para las actividades de la vida diaria, así como para vestirse y lavarse, siendo estas dos variables las que mayor porcentaje de una peor calidad de vida percibida. No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las puntuaciones EVA con respecto a las variables sociodemográficas ni con la edad. No se han encontrado relación entre las puntuaciones EVA con el Índice de Barthel, aunque sí con algunas de sus dimensiones del EQ 5-D. si se encontraron relación entre el índice de Charlson y las puntuaciones EVA del EQ 5-D. Con respecto a la frecuentación, solo se encontraron relación entre la calidad de vida con la frecuentación de los profesionales de enfermería en domicilio.

Se han encontrado relación entre el Índice de Barthel y el de Pfeiffer, a mayor dependencia, mayor deterioro cognitivo. También entre el Índice de Barthel y la Escala de Gijón, es decir, ue en nuestra población, a mayor dependencia, mayor deterioro cognitivo y mayor deterioro social.

Esta monitorización de las escalas y de la salud de la población nos permitirá planificar estrategias de abordaje de los cuidados de enfermería en nuestra área.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 54

TÍTULO: LAS TICS COMO HERRAMIENTA PARA LA TRANSFORMACIÓN DEL MODELO SANITARIO. UNA REALIDAD EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA.

AUTORES: PASCUAL MARTINEZ, ADRIANA.; SÁNCHEZ MENAM, MA.; VILDA DEL PASO, H.; LLAMAS SILLERO, P.; PATRIGNANI DE LA FUENTE, N.; BELTRAN ALVAREZ, P.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Conscientes de la importancia de la mejora de la eficiencia de los procesos para asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario, el hospital ha apostado por la gestión y el servicio centrado en el paciente utilizando las tecnologías de la información (TICs) como herramienta y elemento facilitador.

Establecer proyectos innovadores, eficientes en Hematología, utilizando TICs disponibles en nuestra organización. Optimizar los circuitos y recursos disponibles

En 2015 se implantó la historia clínica electrónica integrada "Casiopea 2.0" que permite coordinar circuitos, automatizar procesos y la autogestión del paciente con la plataforma "Portal del Paciente". El Portal del Paciente es una aplicación informática segura que permite a los pacientes acceder a su información clínica online utilizando cualquier dispositivo con acceso a internet. Permite gestiones administrativas y su principal función diferencial es la posibilidad de comunicación entre paciente y su médico y/o enfermera para hacer un seguimiento más estrecho y personalizado sin desplazarse al hospital.

En hematología hemos desarrollado tres proyectos utilizando las TICs, para realizar una atención no presencial

Telecontrol del paciente anticoagulado con AVK: El telecontrol del TAO por parte del paciente se define como aquel control que realiza el propio paciente en su domicilio con un coagulómetro portátil. Permite que el paciente, después de haber recibido la educación necesaria, pueda hacerse el control de INR digital sin desplazarse al centro sanitario y el hematólogo le envíe la dosis ajustada y la fecha para el próximo control.

Seguimiento no presencial patologías crónicas (anemia ferropénica, trombopenia, hiperferritinemia..) con formularios que contesta el paciente desde su portal y el médico evalúa junto con resultado de pruebas complementarias sin necesidad de que paciente se desplace al hospital.

e-consulta: circuito para responder interconsultas de atención primaria. Se consigue una comunicación rápida, integrada en la Historia clínica centrada en el paciente.

Desde junio 2015 se han implantado estos proyectos con buena adherencia, satisfacción de pacientes y de los especialistas: monitorizamos 82 pacientes en telecontrol AVK sin incidencias, 70 pacientes con patología crónica hematológica, más de 20 e-consultas resueltas y que en el 95% de los casos han evitado una consulta presencial.

Las TICs son la herramienta de cambio para mejorar la atención, ampliar los canales de comunicación y conseguir un paciente mejor informado, formado y que sea activo en su proceso, facilitando de esta manera el empoderamiento de los pacientes.

Estos proyectos aportan seguridad, comodidad en los procesos, y evitan al paciente visitas innecesarias y costes. Los profesionales tenemos mayor posibilidad de atención, seguimiento. Permite optimizar los recursos intra e interhospitalarios.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 55

TÍTULO: LAS CONSULTAS NO PRESENCIALES EN SALUD MENTAL SON EFICIENTES Y MEJORAN LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES

AUTORES: SÁNCHEZ BERNAL, RAFAEL.; DE MIGEL AGUIRRE, E.; MOSQUERA ULLOA, F.; PUJANA URIARTE, MJ.; ETXEGARAY ATELA, J.; MADRID CONDE, MT.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En las encuestas de expectativas de los pacientes con enfermedad mental nos han dicho que quieren ser atendidos de forma no presencial cuando lo necesitan, y que quieren ir al Centro de Salud mental cuando sea necesario, pero quieren tener acceso en el día a los profesionales cuando lo necesiten.

1. Habilitar consultas no presenciales en la agenda de los clínicos, tanto interconsultas no presenciales entre Primaria y Salud Mental, como consultas telefónicas entre los clínicos y los pacientes y sus familiares 2. Evitar el traslado físico de los pacientes a los Centros de Salud Mental 3. Disminuir los tiempos de demora en la atención a los pacientes 4. Valorar la aceptación de los pacientes. 5. Buscar un perfil de paciente idóneo para consulta no presencial.

Se han creado unas Agendas no Presenciales en el 100% de los Centros de Salud Mental, para responden antes de 48 horas a las solicitudes de los Médicos de Atención Primaria. Asimismo todos los profesionales en sus agendas tienen todos los días huecos para hacer llamadas telefónicas a los pacientes. Se planifican llamadas telefónicas con antelación y los pacientes saben que se les va a hacer un seguimiento por teléfono de su estado. Asimismo los pacientes que lo necesitan, llaman al Centro de Salud Mental y al final de la jornada laboral los profesionales clínicos les llaman. Se ha realizado una encuesta a 120 pacientes, y al 50% de los profesionales. Se ha definido el perfil de paciente candidato a atención no presencial.

1. En el año 2015 se han realizado un total de 9.286 (9.112 consultas telefónicas y 184 interconsultas no presenciales), lo que representa un 12,81% del total de consultas. 2. La demora media de las interconsultas no presenciales ha sido de 2,2 días frente a los 23 días que hubieran tenido que esperar a una cita ordinaria presencial tradicional. 3. El % de resolución de las interconsultas no presenciales ha sido del 86%. 4. La primera causa de derivación de interconsultas no presenciales es la petición de orientación en el manejo de la medicación psiquiátrica 5. El 92% de los pacientes está satisfecho y refieren que les rebaja la incertidumbre el saber que su terapeuta les va a llamar por teléfono el mismo día que solicitan dicha llamada. El 94% de los profesionales de la Red de Salud Mental está satisfecho.

Se han conseguido los objetivos propuestos, evitando desplazamientos especialmente en pacientes con domicilio lejano al centro, con trabajo activo y con dificultad para el desplazamiento (silla de ruedas, andadores, muletas), se evitan riesgos, y costes correspondientes a los desplazamientos del paciente y acompañantes, horas laborales perdidas, y ayuda a la sostenibilidad del sistema, teniendo en cuenta que cada consulta primera cuesta 110 € y cada sucesiva 56€, frente a un coste un 68% inferior de las Interconsultas no Presenciales y las Consultas Telefónicas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 56

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL: NORMA UNE-EN-ISO 14001:2004. DIFICULTADES Y VENTAJAS ENCONTRADAS

AUTORES: GONZÁLEZ PÉREZ, MARTA EVA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El hospital El Bierzo en su compromiso con la sociedad y el desarrollo sostenible ha desarrollado un Sistema de Gestión Ambiental basado en la Norma UNE: ISO 14001-2008, este compromiso abarca la conservación del medio natural persiguiendo que el impacto de nuestra actividad en el medio ambiente sea neutral.

La implantación de un Sistema de Gestión Ambiental nos ofrece la posibilidad de sistematizar, de manera sencilla, los aspectos ambientales que se generan en cada una de las actividades que se desarrollan en el hospital, además de promover la protección ambiental y la prevención de la contaminación desde un punto de vista equilibrado con los aspectos socioeconómicos.

Aportar nuestra experiencia acerca de las dificultades y ventajas encontradas en el proceso de implantación y certificación de un Sistema de Gestión Ambiental en el Hospital El Bierzo.

Cuando nos planteamos obtener la certificación en un Sistema de Gestión Ambiental nos surgieron preguntas acerca de cómo, cuándo, por quién y por qué debe realizarse este proyecto.

Cómo: Con personal del propio Centro y con empresa consultora

Cuándo: Planificación, Cronograma de trabajo, Fecha de la auditoria

Por quién: Comité de Gestión Ambiental con implicación del equipo directivo

Por qué: beneficios, ventajas y dificultades.

Se formó un equipo de trabajo coordinado por el Responsable de gestión medio-ambiental que contaba con el apoyo del equipo directivo e integrado por personal medicina preventiva, del servicio de prevención de riesgos laborales, de enfermería, de servicios médicos, de servicios generales, de Mantenimiento, del servicio de Compras, de la unidad de Calidad.

Dificultades que nos encontramos: requisitos legales, autorizaciones y licencias, recursos económicos, desorden documental, documentación y registros, recursos humanos

Se realizaron varios cursos de formación para todo el personal, y específicos para el comité de gestión ambiental. Se realizó un especial esfuerzo con el área de la segregación de los residuos en el punto de producción en las distintas unidades.

La certificación para el Hospital El Bierzo se consiguió en 2008. • Las dificultades encontradas fueron superadas por todo el equipo de trabajo. A ello ayudó el perfil profesional técnico y la colaboración de todo el personal implicado. La implantación del Servicio de Gestión Ambiental ha tenido como ventaja un importante conocimiento y dominio de todo el Sistema.

Se facilita su integración en la cultura del Hospital y en su desempeño ambiental, promoviendo una gestión de cambios hacia la protección del medio ambiente. Y durante las Auditorías Internas pudo comprobarse que el personal de las Unidades estaba mucho más concienciado e implicado en el cumplimiento de la normativa de la gestión de los residuos, lo que ha supuesto una mejora en la correcta segregación de residuos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 57

TÍTULO: GESTIÓN CLÍNICA EN EL PROCESO DE LA QUIMIOTERAPIA ORAL EN UN SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL ONCO-HEMATOLÓGICO

AUTORES: BLEDA PÉREZ, CARMEN.; REY SALIDO, M.; VAL LEÓN, M.; FORT CASAMARTINA, E.; QUER MARGALL, N.; SOLER ROTLLAN, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La aparición de nuevos tratamientos orales ambulatorios en el ámbito de la onco-hematología, ha significado un cambio de actitud importante tanto de los profesionales sanitarios, como de los pacientes y/o familiares, ya que los errores de medicación con citostáticos, pueden tener consecuencias graves.

Describir la gestión clínica de la quimioterapia oral a través de un programa informático, en pacientes ambulatorios mediante un proceso de educación sanitaria y atención farmacéutica individualizada, con el objetivo de conseguir el máximo beneficio clínico y una mejora eficiente de los resultados en el proceso de la quimioterapia oral

El programa informático se puso en funcionamiento en noviembre del 2013, consensado por un equipo de médicos, farmacéuticos, informáticos, enfermeras y técnicos especialistas. El programa contempla todas las fases que intervienen en el proceso como son: prescripción médica, validación farmacéutica, y dispensación individualizada de la medicación, por parte de técnicos.

El sistema informático permite:

Registro del tratamiento dispensado por parte del técnico especialista, mediante lectura de código de barras del medicamento, para evitar errores de medicación, garantizando así la trazabilidad en lote y caducidad.

Imprimir hojas de información al paciente sobre el tratamiento dispensado, que están incorporadas en el programa.

Dispensación del tratamiento únicamente una vez validado por un farmacéutico especialista y según número de días de la prescripción médica. Solo permite la dispensación de fármacos activados como dispensación ambulatoria.

Calcular la cantidad de comprimidos a dispensar en base a redondeo, según la presentación comercial del fármaco.

Calcular la adherencia del paciente al tratamiento mediante alertas, así, si el porcentaje es menor al 90% alerta de aviso al farmacéutico.

Registro y edición de observaciones durante todo el proceso, por parte de los profesionales de farmacia implicados.

Gestionar el control de caducidades, impidiendo la dispensación de medicación con caducidad incluida dentro del período de dispensación contemplado, así como devoluciones de medicación.

Imprimir la factura de dispensación, con el coste del tratamiento, para registrar la firma del paciente.

Gestionar una agenda de programación en farmacia, para la siguiente dispensación, con aviso de citación para periodos de tiempo de más de un mes.

Nuestro sistema informático nos permite analizar y mejorar los flujos de trabajo en la dispensación ambulatoria, estandarizando y simplificando tareas según los perfiles de usuario, además de aportar seguridad en la metodología y garantizar la trazabilidad de todo el proceso. Desde la implantación del programa, en noviembre del 2013 hasta diciembre de 2015, se han dispensado un total 42.039 tratamientos orales ambulatorios, mejorando la seguridad y la calidad en la atención de los pacientes ambulatorios.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 58

TÍTULO: EVALUACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS DEL HOSPITAL IBERMUTUAMUR AL AÑO DE SU IMPLEMENTACIÓN.

AUTORES: CALVO BONACHO, EVA.; CABRERA SIERRA, M.; ALARCÓN REINA, S.; MARTÍNEZ NAVARRO, JJ.; ARAGÓN SOSA, O.; SANZ SANZ, V.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Hospital Ibermutuamur ha sido pionero en apostar por la Calidad Asistencial y vela por la Seguridad del Paciente (SP) para alcanzar la excelencia.

Evaluar al año de su establecimiento, las diferentes buenas prácticas implementadas, según los indicadores del Sistema de Gestión de Riesgos para la SP de este Hospital.

En el año 2014, se constituyó un grupo multidisciplinar que se denominó Comité de Calidad y de Seguridad del Paciente; en una primera fase se realizó un análisis de las buenas prácticas existentes en el Hospital utilizando el check-list de Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA) a modo de diagnóstico inicial, siendo re-evaluado al año en 2015. Se elaboró un Mapa de Riesgos utilizando la metodología de Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). Una vez priorizados los riesgos, se formuló un plan de tratamiento reforzando buenas prácticas existentes, así como definiendo nuevas. Se re-evaluaron los índices de prioridad de riesgos (IPR) del mapa de riesgos, así como los indicadores seleccionados por el Comité y aprobados por la Dirección este mismo año, basados en el Informe de Estudios e Investigación del Ministerio de Sanidad y Consumo de 2008. Se realizó su monitorización mediante los registros necesarios para su cuantificación (revisión de historias clínicas y de documentos de interés relacionados, auditoría, inspección de infraestructuras o protocolos, entrevista y encuesta). Los valores de referencia para alcanzar estos objetivos fueron pactados dentro del Comité junto con el equipo gestor del hospital, de acuerdo con la referencia descrita a nivel nacional.

Se identificaron 19 buenas prácticas que no se ejecutaban según criterios SADECA, habiéndose incorporado a lo largo del año evaluado siete de ellas (relacionadas con recursos, formación, registros, notificación, mantenimiento de equipos, y comunicación). Se incluyeron 5 planes de control (todos de reducción), con la formulación de 12 buenas prácticas que se han ejecutado en el último año. También se reforzaron 20 buenas prácticas ya existentes. En la re-evaluación de los IPR y los indicadores, se objetivaron mejoras sustanciales. En el transcurso del proceso se ha obtenido de forma paralela la certificación y posterior certificación de mantenimiento de la norma UNE 179003:2013 "Servicios sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente".

El desarrollo de un sistema de gestión de riesgos para la SP y la implementación de buenas prácticas, constituye un pilar fundamental para mejorar la asistencia sanitaria, haciéndola más segura y potenciando la cultura de SP.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 60

TÍTULO: EFICIENCIA Y SEGURIDAD DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CARDIOQUIRÚRGICO.

AUTORES: JIMENEZ RIVERA, JUAN JOSE.; HERNANDEZ BORGES, AA.; BROUARD MARTIN, M.; IRIBARREN SARRÍAS, JL.; PEREZ HERNANDEZ, R.; MARTÍNEZ SANZ, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La implantación de una vía clínica sustentada en un sistema de gestión de la calidad implica acciones encaminadas a mejorar la accesibilidad, homogeneizar la asistencia y establecer objetivos en base a áreas de mejoras detectadas en diversos aspectos del proceso/estructura de grupo.

Hemos valorado si tras la introducción de un SGC (septiembre de 2012) en la atención al paciente cardio-quirúrgico se han producido cambios en la seguridad y los costes asociados al proceso.

Estudio prospectivo de los años 2011 hasta el 3er trimestre 2015, registramos indicadores asociados a los objetivos marcados en el ámbito de la seguridad: asistencia integral (comité asistencial), optimización preoperatoria de los factores de riesgo del paciente, profilaxis de la fibrilación auricular de novo, optimización del bajo gasto cardíaco mediante protocolización del manejo hemodinámico y preacondicionamiento en pacientes de riesgo y mortalidad estandarizada segregada (electiva-global). Desde el 2011 al 2014, el servicio de contabilidad analítica registró los costes asociados a los GRDs estudiados además de los costes directos e indirectos de los servicios asistenciales implicados y se calculó el acumulativo de la diferencia de costes interanuales referenciado al coste por proceso del 2011.

Protocolización de 66 procedimientos/instrucciones técnicas, profilaxis de la FA de novo en un 97% de pacientes con disminución de la incidencia de la fibrilación auricular de un 42,3% a un 20,6%; disminución en la incidencia de bajo gasto postoperatorio en pacientes intervenidos de válvula aórtica de 27(50%) a 9(12,5%) en los años descritos; y de un 9,7% en pacientes de alto riesgo vs 43,6% de una cohorte histórica sin preacondicionamiento. Todo ello ha supuesto una incidencia global de bajo gasto de 14,2%. Disminución de la mortalidad estandarizada (global/electiva) desde 2011 (1,39/1,38) hasta 3er trimestre de 2015 (0,84/0,48). El coste medio por estancia de hospitalización del proceso fue de 890, 798, 774 y 687 euros, y la estancia en UVI fue de 2059, 1950, 1797 y 1773 euros día de estancia (2011-14). A pesar del incremento del número de procedimientos se objetivó una disminución de las estancias de hospitalización de 4018, 3054, 3568 y 3773, así como de las estancias de UVI de 1926, 1182, 1351 y 1473 del 2011 al 2014; con una tasa de reingreso similar (3,7% en 2011-3,9% en 2014). Esto ha supuesto un ahorro de 5.127.045 de euros respecto del año de referencia si hubiéramos contabilizado el coste por proceso interanual de forma fija (2011).

Conclusión

El aumento de la seguridad en la atención de los pacientes basado en la homogeneización asistencial, detección de áreas de mejora e implementación de medidas por objetivos conlleva una mejora de la eficiencia del proceso.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 61

TÍTULO: SATISFACCION DEL PACIENTE, LA BASE DE UN HOSPITAL

AUTORES: LOPEZ MUÑOZ, JOSE JAVIER.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La satisfacción del paciente es pieza clave para hacer que el paciente se sienta agusto, valorado, y para un hospital privado como el nuestro, que vuelva. Es por esto que para conseguir una excelencia óptica es una de las bases de QuironSalud.

Estudiar la Satisfacción del paciente desde diversas encuestas y datos:

- Conseguir Reducir el número de detractores.
- Ampliar el número de promotores
- Aumentar el número de pacientes que nos recomendarían.
- Aumentar la satisfacción del paciente.
- Conseguir una fidelización de nuestro paciente

El estudio se ha llevado a cabo en base a 3 encuestas:

- Likeik: Encuesta que arroja datos de urgencias y cafetería, valorando:

Si el paciente nos recomendaría / si el paciente no nos recomendaría, en base a la cual elige el aspecto a mejorar (trato, sala de espera, tiempo de espera, etc)

- Encuestas directas: donde el paciente valora el estado general del hospital, médicos, enfermeras, auxiliares, comida, instalaciones, etc.
- Encuestas NPS, estas encuestas arrojan:
 - Detractores (pacientes que nos evalúan de 0 a 6)
 - Pasivos (Pacientes que nos evalúan entre 7 y 8)
 - Promotores (Pacientes que nos evalúan entre 9 y 10)

Con estas encuestas se han conseguido extraer muchísimos datos, en los cuales los Comités de Dirección y el de Calidad percibida han tomado acciones de mejora para en algunos casos aumentar la satisfacción del paciente

- Con las encuestas de Likeik se han introducido mejoras en el área de urgencias, se miden los resultados de forma semanal, en conjunto con las encuestas de NPS, de ahí sacamos datos, tiempos de espera, ya sea de triaje o de atención, etc que nos han ayudado

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 63

TÍTULO: ANÁLISIS PARA LA MEJORA DE LA EFICIENCIA EN UN CENTRO HOSPITALARIO

AUTORES: POLITE DELFA, SERGIO.; HERCE MUÑOZ, A.; ARLANDI SANCHEZ, P.; HERNANDEZ VELASCO, C.; ROMERO PANDO, N.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Eficiencia es el empleo de los recursos disponibles de la manera más adecuada para obtener el máximo beneficio. Para analizarla se suele usar un Análisis Envolvente de Datos que es costoso y complejo de aplicar. Este trabajo describe otra metodología sencilla para realizar un análisis encaminado a aumentar la eficiencia de un hospital.

Analizar cómo mejorar la eficiencia del hospital con una metodología sencilla, basada en la ocupación del bloque quirúrgico, la presión de urgencias y la gestión de camas.

Para comenzar se realizó la extracción de datos. Se realizó un análisis estadístico cuantitativo y retrospectivo de los datos básicos de actividad. Tras ello, se plantearon acciones para mejorar la eficiencia.

Primero se agruparon y analizaron las ocupaciones del bloque quirúrgico de 3 meses. Se calculó la ocupación total del bloque, de cada quirófano y de cada especialidad quirúrgica. Después se aumentó el análisis y se calculó la hora de comienzo de cada quirófano, calculándose también la desviación estándar y la moda.

Se analizaron las urgencias que precisaron ingreso en hospitalización durante 3 meses y el porcentaje que esos ingresos suponían sobre el total de urgencias atendidas. También se obtuvo la media de ingresos diarios. Posteriormente se calculó la media de ingresos para cada día de la semana junto con el número máximo y mínimo de ingresos por día.

El tercer análisis se realizó con los datos de ocupación de hospitalización (estancias) de 3 meses. Tras eso, se analizaron las horas de alta de los pacientes y se agruparon por horas de alta.

La ocupación promedio del bloque quirúrgico se evidenció como mejorable al ser del 67%. Además se observó un comienzo de sesiones con 1 hora de retraso promedio.

En los 3 meses estudiados el porcentaje de urgencias ingresadas fue similar (3.8%-4.1%-4.3%). La media de ingresos diarios fue la misma para todos los meses, coincidiendo también la mediana, la moda y la desviación estándar. El número de ingresos diario era relativamente estable con unos 13 ingresos de media indistintamente del día de la semana.

Se observó una ocupación de hospitalización con capacidad de mejora al ser del 75%. Se observó el grueso de altas entre las 11 y las 13h.

En base a estos resultados se propusieron las siguientes mejoras:

Adelanto hora inicio de intervenciones.

Profundizar en el análisis de ocupación del Bloque Quirúrgico.

Uso del programa informático de gestión quirúrgica.

Solicitud de días de estancia previstos para cada paciente a los cirujanos.

Revisión de las intervenciones fomentando la ambulatorización.

Reserva de un cupo mínimo de habitaciones para ingresos urgentes.

Uso de la herramienta informática realizando preasignación de cama.

Adelantar la hora de entrega del alta al paciente.

CONCLUSIONES

Un análisis sencillo, basado en datos reales y trabajado con una metodología científica puede mostrar mejoras para aumentar la eficiencia de un hospital.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 64

TÍTULO: CAUSAS DE LAS INASISTENCIAS A LAS CONSULTAS DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL Y PROPUESTAS DE MEJORA

AUTORES: SÁNCHEZ BERNAL, RAFAEL.; LLOVES MASIF, P.; DEZA CARRILLO, JL.; MURUA NAVARRO, F.; MOSQUERA ULLOA, F.; DE MIGUEL AGUIRRE, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las Inasistencias a las citas para consultas es un problema que origina una importante ineficacia, pérdida de recursos e incremento de la demora, además de impedir que personas que lo necesitan puedan ser atendidas. Las Consultas de Acogida en los Centros de Salud mental de Álava las hacen Enfermeras Especialistas en Salud Mental y las Primeras los Psiquiatras y Psicólogos

1. Conocer las causas de la inasistencia a las citas para Consultas de Acogida y Primeras Consultas en todos los Centros de Salud Mental de Álava y Estructuras Intermedias. 2. Proponer actuaciones que puedan ser de utilidad para disminuir el riesgo de inasistencia en las consultas externas.

Se realiza un estudio observacional, de prevalencia descriptivo en 1806 pacientes que tuvieron una Consulta de Acogida y una Primera Consulta en las Consultas Externas en los meses de Enero y Febrero de 2016.

Se ha llevado a cabo una encuesta telefónica en los 199 pacientes que no acudieron a su cita.

1. Hemos localizado a 162 pacientes de un total de 199, el 81,47%. 2. La 1ª causa de las inasistencias ha sido que se les olvidó al 29,63%. A continuación tenemos que el 14,81% refiere estar enfermo. El 8,64% estaba trabajando. Otro 8,64% no quiso ir. Tan solo el 6,79% refiere que avisó. El 6,17% se equivocó de fecha. El 5,56% refiere vivir fuera. El 3,70% llegó tarde. El 3,09% no pudo llamar. Al 1,85% se le pasó el problema por el que fue derivado y otro 1,85% no quería que le viese una enfermera. El 1,23% estaba esperando a ser llamado, y otro 1,23% tenía un viaje. Un 0,62% se echó atrás por vergüenza, otro 0,62% manifestó tener problemas de transporte, el mismo 0,62% tenía cita en el juzgado, el mismo % del 0,62% tenía exámenes, idéntico % solo quería con su médico habitual (estaba de baja y no quería el sustituto), y por último, otro 0,62% dijo desconocer la dirección del Centro de Salud Mental.

3. No existen diferencias significativas en cuanto a la edad, días demora, día de la semana o Médico de Familia / Pediatra derivante.

Como conclusión hemos establecido una serie de propuestas de que entre otras serían: 1ª: Dar una hoja a los pacientes junto a la de Cita, donde se le informe de la importancia que tiene comunicar la inasistencia en caso de que no pueda acudir a la cita prevista, y que incluya el teléfono y el email donde llamar o enviar dicho correo electrónico. 2ª: En caso de inasistencia y petición de nueva cita, considerar la demora 0 días pues es imputable al paciente.

3ª: Llamar 3 días antes a los pacientes citados a una Consulta de Acogida y Primera Consulta, para recordarles la cita, y preguntarles si van a acudir o no a dicha consulta. 4ª: Estudiar el coste de enviar un Sms recordatorio de recuerdo 48 horas de la cita. 5ª: Pedirles a los médicos derivantes colaboración para que animen a los pacientes a acudir a las citas. 6ª: Actualizar los teléfonos de los pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 65

TÍTULO: QUIZÁ. UNA APP PARA IMPLICAR A LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL EN SU TRATAMIENTO FAVORECIENDO SU RELAJACIÓN

AUTORES: ZUAZO ARSUAGA, JOSE IGNACIO.; ETXEBESTE ANTON, A.; DE MIGUEL AGUIRRE, E.; MURUA NAVARRO, F.; MOSQUERA ULLOA, F.; SÁNCHEZ BERNAL, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Estamos convencidos que en las consultas de Psiquiatras, Psicólogos y Enfermería de Salud Mental, se deben prescribir o recomendar, además del uso de las medidas terapéuticas más apropiadas a cada caso, los entornos informativos online más fiables y reputados, y por ello queremos validar la utilidad para los pacientes del Proyecto QUIZÁ, un juego que quizá no lo sea tanto, primera App creada por nuestra Organización en su estrategia de Movilidad mHealth.

1. Validar una APP que suponga una ayuda complementaria que favorezca y facilite una relajación y la autocrítica a los pacientes fuera de la consulta
2. Conseguir relativizar emociones y cogniciones al aptar la ambigüedad de las posiciones del paciente a través de las lecturas sugeridas.
3. Implicar y corresponsabilizar al paciente, haciéndole más activo, fomentando la prevención, el autocuidado y ayudándole a afrontar los síntomas a través de ejercicios de relajación.

Diseño: Crear una APP disponible en Google Play y App Store, útil, intuitiva y de muy fácil manejo. **Ámbito de estudio:** Todos los pacientes de la Red de Salud Mental de Álava que precisen una terapia de relajación. **Sujetos:** Pacientes con Ansiedad y Sensaciones Corporales, Miedo, Cobardía, Humillación, Vergüenza, Ira, Rabia, Odio, Agresividad, Desesperanza, Sensación de Fracaso, Impulsividad y aquellos otros a los que se les prescriban ejercicios de relajación. **Limitaciones:** No existen limitaciones reseñables que impidan la viabilidad del Proyecto

La Aplicación consta de 5 partes. 1ª: Se trata de iniciar los ejercicios inspirando y expirando concentrándose en el pecho y en el vientre, también en la nariz y en la boca, contando un nº de veces predeterminado y repitiendo 5 veces el ciclo de inspiración/expiración. 2ª: Se mira con atención palabras que pasan con series irregulares con los términos blancos y negros, y después se contesta el número de veces que han pasado, informando la aplicación si es acertado o erróneo lo respondido. 3ª: Lectura de narraciones como Poesías, narraciones de Montaigne – cuyo objetivo es el conocimiento de uno mismo- y Ciorán, que es un pensador que hace pensar a la gente al leer sus obras, Fábulas y Lecturas Clásicas griegas y romanas, (Séneca, Epicteto, Epicureo, Antífote, Marco Aurelio) etc., de forma que cada grupo de síntomas como la Ansiedad, la Ira, etc., tiene 10 ejercicios cada una de ellas, y en cada ejercicio hay que leer un total de 8 narraciones. 4ª: Repetir lo reseñado en la parte 2ª, añadiendo los colores gris y azul. 5ª:- Antes de despedirse, concentrarse unos segundos e intentar relajarse, primero los hombros, luego la nuca y finalmente la frente, y hasta un próximo encuentro

Es una iniciativa aplicable a todos los pacientes en otras organizaciones de servicio sanitarias del resto de España, pues será gratuita y el ciudadano solo tendrá que descargársela de la APP Store o Google Play.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 66

TÍTULO: POTENCIANDO LA ATENCIÓN COMUNITARIA

AUTORES: ALUM BOU, ALBERT.; BOU MIAS, C.; FAGES MASMIQUEL, E.; FORCADA ARCARONS, A.; MEDINA MOLINA, C.; SAGARRA CASTRO, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El plan de salud de Cataluña 2016-2020 define los objetivos y prioridades en salud y enmarca dentro de los 5 pilares fundamentales "Las personas, su salud y el sistema sanitario". Con la base de la colaboración intersectorial y teniendo claro que el ciudadano está en el centro del sistema, hemos iniciado un proyecto para llegar desde la atención primaria de salud al máximo de ciudadanos y captar sus necesidades.

La falta de coordinación en relación a las actividades comunitarias, con desconocimiento de las actividades realizadas por todas las partes que participan se da habitualmente por falta de difusión, a pesar de los canales ya existentes.

Esta falta de coordinación comporta una realización de tareas contrapuestas o reiterativas por parte de los equipos de atención primaria (EAP) y de la administración y entidades locales que conlleva un mal uso de los recursos públicos dedicados a la salud.

El objetivo final es mejorar la percepción de salud de la comunidad, a través de la mejora de la coordinación entre Ayuntamientos y EAP.

Los objetivos secundarios son lograr una mayor presencia y visibilidad en la comunidad: hacernos presentes en la comunidad y visibles para todos los agentes de salud que puedan existir en el territorio.

Hemos planteado un proyecto a 8 semanas vista, centrado en la relación con los Ayuntamientos.

Llevando a cabo una lluvia de ideas estructurada (SCAMPER), que hemos trasladado y transformado con la herramienta del modelo de negocios CANVAS como herramienta básica de trabajo.

El alcance del proyecto abarca una población aproximada de 240.000 habitantes, que representa un 3.5% de la población de Cataluña.

La herramienta común de trabajo para mejorar la salud de la comunidad a través de la mejora de la comunicación entre el Ayuntamiento y el EAP ha sido una entrevista estructurada, con el siguiente contenido básico: explorar necesidades mutuas, explicar el Plan de colaboración EAP – Ayuntamiento (proyectos iniciados, proyectos nuevos y cronograma), otras aportaciones, conclusiones y fecha de la siguiente reunión.

Los recursos necesarios y coste del proyecto, serán principalmente el tiempo de las personas dedicadas a mantener las reuniones, programar y diseñar las actividades y llevarlas a cabo; los espacios donde deben llevarse a cabo las reuniones y las actividades; y el dinero invertido en material.

En este período de 8 semanas hemos realizado 16 primeras entrevistas (100% de las programadas) con 100% de cronogramas establecidos para seguir trabajando.

Esta iniciativa ha sido muy bien acogida por los Ayuntamientos, con una satisfacción percibida muy alta, pendiente de corroborar mediante una encuesta de satisfacción ya elaborada.

En algunos Ayuntamientos se han empezado a elaborar los estatutos de un Consejo Municipal de Salud y también se han empezado a coordinar las actividades 2016.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 67

TÍTULO: EFICACIA EN EL MANEJO DEL DOLOR EN URGENCIAS

AUTORES: MILLAN AYALA, MARIA JOSE.; SOLIS MARTIN, MM.; BORRALLO PEREZ, FJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En los servicios de urgencias, el dolor es uno de los motivos más frecuentes de consulta (alrededor del 50 %) y es uno de los síntomas que más sensación de urgencia genera, siendo fundamental una adecuada valoración del mismo.

La Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) determinó la consideración de la valoración del dolor como quinta constante vital, siendo incorporada en nuestro servicio de urgencias, por el equipo de profesionales que pertenecen al grupo del dolor.

En la práctica, puede haber una baja calidad asistencial en el tratamiento del dolor, debido entre otras causas a falta de tiempo, falta de motivación, complejidad en el manejo, dificultad para medir el dolor, en general, del tratamiento global del dolor.

Por tanto, un tratamiento eficaz del dolor, además de disminuir los costes, mejora la calidad asistencial, disminuye las complicaciones secundarias y proporciona mayor confort, algo que cada día demanda más el paciente y la sociedad en general.

OBJETIVO GENERAL:

Unificar criterios para la valoración y manejo del dolor del paciente proporcionando recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible, dirigidas tanto a

profesionales sanitarios, no sanitarios, pacientes, familiares y/o cuidadores.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Concienciar a los profesionales sanitarios de la importancia de priorizar el alivio del dolor.

Describir las intervenciones de enfermería para el control y tratamiento del dolor.

Poner en conocimiento de los profesionales de enfermería las distintas escalas de valoración (EVA...)

Introducir la valoración del dolor como quinta constante vital en la consulta de RAC.

Se realizaron sesiones clínicas para proporcionar los conocimientos y habilidades necesarias para una valoración adecuada del dolor en urgencias.

Se crearon folletos de recomendaciones para pacientes.

Se elaboraron informes de continuidad de cuidados en pacientes con EVA mayor de 7 para su posterior valoración desde Atención Primaria.

Se estableció un acuerdo con la Fundación Grünenthal para impartir cursos al personal sobre el dolor de manera on line.

SE ha creado un grupo de trabajo sobre el dolor para enseñar a los usuarios como manejar el dolor y las medidas que deben adoptar.

En el servicio de urgencias, un adecuado control y manejo del dolor de los usuarios es importante para poder desarrollar el trabajo de la forma más efectiva posible.

Enfermería realiza una primera valoración del dolor desde la consulta de RAC y una evaluación periódica posterior que se lleva a cabo durante la estancia hospitalaria del usuario.

Con estas intervenciones se puede reducir los tiempos de espera, se aumenta el nivel de confort a la vez que se disminuye el malestar de los usuarios generado por el propio dolor llevando todo ello a una mejora de la calidad de la asistencia sanitaria.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 68

TÍTULO: PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y DESFIBRILADORES EXTERNOS SEMIAUTOMÁTICOS EN ANDALUCÍA

AUTORES: RODRIGUEZ MORCILLO, RAQUEL.; RODRIGUEZ MORCILLO, AL.; RODRIGUEZ LIEBANA, JO.; MORCILLO NIETO, M^a.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La parada cardio respiratoria se caracteriza por la pérdida brusca de consciencia, ausencia de pulso detectable, apnea, y es potencialmente reversible. La mayoría de personas carecen de síntomas previos y no presentan factores que la identifiquen como poblaciones de alto riesgo. Los sistemas de resucitación extra-hospitalaria consiguen la supervivencia por la rápida actuación del personal formado para el uso de estos aparatos. El uso de estos aparatos y la rapidez de actuación, hace posible el proceso de resucitación.

Conocer la importancia y ventajas que puede tener en las empresas tener instalado un desfibrilador externo semiautomático (DESA) y disponer de personal formado en su uso.

MÉTODO Revisión bibliográfica de las publicaciones oficiales.

El DESA es un aparato electrónico automatizado con capacidad de analizar los ritmos cardíacos y proporcionar una descarga eléctrica de intensidad variable de corta duración en el músculo cardíaco para revertir la arritmia.

El Decreto 200/2001 (11/11/2001) regula el uso de DESA por personal no médico en la Comunidad Autónoma de Andalucía

La Orden 7/05/2002, Consejería de Salud (BOJA 57,16/05/2002) determina el centro e institución que coordinará los programas de formación inicial y continuada en resucitación cardiopulmonar básica y uso de DESA, estableciendo el procedimiento de autorización a centros e instituciones para impartir cursos, y determina que la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES) coordine y verifique la formación inicial y continuada.

El Decreto 22/2012 (14/02/2012) regula el uso de DESA fuera del ámbito sanitario y crea su Registro, dispone (artículo 6) que las Administraciones Sanitarias de Andalucía, en el ámbito de sus competencias, promoverán y recomendarán la instalación y uso de los desfibriladores fuera del ámbito sanitario en lugares y espacios donde, aún no estando obligados a ello, pueda considerarse pertinente su instalación. Igualmente se impulsará la formación con contenidos en soporte vital básico y manejo del desfibrilador.

Orden 4 de junio 2013, Consejería de Salud y Bienestar Social, determina la formación necesaria para el uso de DESA fuera del ámbito sanitario. BOJA 113.

DISCUSIÓN Las personas estamos una media de 8 horas diarias en el centro de trabajo, donde realizamos nuestra actividad productiva.

A lo largo de nuestra vida laboral desarrollamos episodios de estrés laboral que puede desencadenar una parada cardio respiratoria con fatales consecuencias.

Las empresas dentro de su política de prevención de riesgos laborales deben disponer de un DESA y personal formado en su uso.

CONCLUSIONES

El DESA es un dispositivo que salva vidas. La desfibrilación precoz en pacientes que han presentado una parada cardio respiratoria es fundamental para la reanimación y supervivencia.

Es recomendable que en los centros de trabajo exista un DESA, así como una persona encargada debidamente formada para su uso. Puede ser cualquier persona o el delegado de prevención.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 69

TÍTULO: PREVALENCIA DEL USO DE FILTROS SOLARES EN LAS PISCINAS

AUTORES: RODRIGUEZ MORCILLO, RAQUEL.; RODRIGUEZ MORCILLO, AL.; RODRIGUEZ LIEBANA, JO.; MORCILLO NIETO, M^a.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los filtros solares son sustancias que, aplicadas sobre la piel, ejercen una función protectora frente a la acción de los rayos del sol. Las cremas, geles y aceites con filtros solares son un elemento de protección contra los rayos UV; aunque por sí solos no garantizan la acción nociva del sol sobre la piel.

El uso de fotoprotectores o filtros solares debe hacerse como coadyuvantes de las medidas físicas, tales como sombreros, sombrillas, gafas de sol, entre otros.

Es recomendable el uso de fotoprotectores con factor de protección mayor o igual a 15, aunque el ideal dependerá de las características de la piel y el tiempo de exposición. Deben aplicarse unos 30 minutos antes de la exposición solar y volver a aplicarlos periódicamente, según la hora del día, actividad, tipo de piel e intensidad del sol.

Hay que tener en cuenta que ningún protector solar proporciona protección completa, no suelen producir efectos secundarios y no alteran la absorción de la vitamina D.

Conocer la prevalencia del tiempo con que se aplican los bañistas fotoprotectores solares.

Estudio de corte transversal con preguntas cerradas. Realizado coincidiendo con el periodo de verano y la apertura de las piscinas municipales. Han sido entrevistados todos los bañistas que han acudido a la enfermería para cualquier consulta o percance.

Han sido encuestadas un total de 230 personas, todas ellas conocían alguna medida de protección primaria. Edad media 23,6 años.

Promedio de estancia en la piscina por persona 6,20 horas.

Frecuencia media con que se pone crema por persona, cada 2.03 horas.

Ninguna persona se pone fotoprotector 30 minutos antes de exponerse al sol.

Un 30 % no se ponen nada.

El 3.04% se ponen fotoprotector cada hora, un 4.78% cada hora y media, un 10.43% cada 2 horas, un 3.48% cada 2 horas y media, un 22.61% cada 3 horas, un 15.22% cada 4 horas y un 10.43% más de 4 horas.

Conclusiones:

Es necesario conocer la importancia de protegerse de las radiaciones UV.

Cada persona debe conocer el tipo de piel que posee y con respecto a ello utilizar el fotoprotector adecuado.

La correcta utilización de los protectores solares reduce la probabilidad de aparición de quemaduras solares.

En general la población encuestada no se protege de manera adecuada con fotoprotectores antes y durante la exposición al sol.

Enfermería puede formar y dar a conocer a la población que acude a las piscinas los tipos de piel y los fotoprotectores adecuados a cada una.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 70

TÍTULO: UNE-EN ISO 14971. APLICACIÓN DE LA GESTIÓN DE RIESGOS A LOS PRODUCTOS SANITARIOS

AUTORES: RODRIGUEZ MORCILLO, RAQUEL.; RODRIGUEZ MORCILLO, AL.; RODRIGUEZ LIEBANA, JO.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los productos sanitarios son aquellos que se emplean en el entorno médico-sanitario estando regulados por directivas europeas. Estos productos conllevan un riesgo según el uso previsto lo que implica la necesaria identificación de los peligros y la estimación de los riesgos para cada situación, y la gestión del riesgo conlleva un análisis, una evaluación y un control.

Conocer la importancia y las ventajas que pueden alcanzarse al implantar esta norma los fabricantes de productos sanitarios.

Revisión bibliográfica y evolutiva de la Norma (años 2007, 2009, 2012), para identificar las ventajas competitivas y de seguridad que ofrece a los fabricantes de productos sanitarios.

La UNE en ISO 14971 es una norma específica para el fabricante que le sirve para identificar los peligros asociados con los dispositivos que fabrica, así como estimar, evaluar y controlar los riesgos asociados a los productos fabricados, ayudando a evaluar la eficacia de los controles establecidos.

Implica la gestión de los riesgos asociados a los productos sanitarios y es aplicable en todo el ciclo de vida del producto, y como afecta al paciente, al operador, a otras personas, a otros equipos y al ambiente.

Debe aplicarse a los productos sanitarios pues así está establecido en la ISO 13485 (sistema de gestión de la calidad). Está desarrollada específicamente para los fabricantes de productos/sistemas sanitarios; otros fabricantes pueden adoptarla en la gestión de riesgos, pero de forma orientativa.

Es una norma internacional de fabricación que permite la evaluación continua, la obtención de datos y su comparación, en un procedimiento de mejora continua durante toda la vida del producto.

El riesgo tiene dos componentes: la probabilidad que ocurra un daño, y las consecuencias del daño, su severidad.

DISCUSIÓN: Es una norma desarrollada específicamente para todos los fabricantes de productos/sistemas sanitarios utilizando principios establecidos de gestión de los riesgos ya que la utilización de un producto sanitario entraña algún grado de riesgo. Para otros fabricantes (industrias de asistencia sanitaria) puede utilizarse como orientación informativa para desarrollar y mantener un sistema y un proceso de gestión de riesgos.

Para los productos sanitarios, la gestión de riesgos afecta a una gran variedad de personas implicadas, organizaciones de asistencia sanitaria, industria, personal sanitario y no sanitario, y pacientes.

CONCLUSIONES

La UNE en ISO 14971, permite a los fabricantes identificar los peligros y establecer y mantener en evaluación permanente los productos fabricados.

Es una norma internacional que implica una mejora continua en la identificación y gestión de los riesgos.

Está enfocada a la seguridad.

Puede aplicarse en cualquier etapa de la vida del producto.

La gestión de riesgos puede ser una parte integrante del sistema de gestión de calidad de la empresa.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 71

TÍTULO: CONCILIACION DE LA MEDICACION: IMPLANTACION DE AREAS DE MEJORA EN LA UGC DE OTORRINOLARINGOLOGIA DEL HUV.MACARENA.

AUTORES: GOMEZ DE GARAY, MIGUEL.; MARINA LABRADOR, D.; TENA GARCIA, B.; GAMARRO TOLEDO, B.; OCAÑA CUEVAS, M.; DIAZ DEL RIO, S.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los errores de conciliación constituyen, un problema de seguridad y han sido señalados por organismos como la OMS, NICE, Institute for Healthcare Improvement (IHI) o Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) como un asunto prioritario dentro de la estrategia de seguridad del paciente, que requiere un abordaje sistemático dentro de las organizaciones

-Evitar errores en administración de medicación.

-Identificar aspectos susceptibles de mejora.

-Población identificada: Pacientes de la Unidad de Gestión Clínica de ORL ingresados entre Marzo y Abril de 2015.

-Método de Selección: Aleatorio.

-Contexto de Recogida de información: UGC ORL HUVM.

-Definición Tipo de estudio: Cuantitativo de elección

Indicador 1: 60%.

Indicador 2: 93.33%.

Indicador 3: 46.66%.

Indicador 4: 86.66%

-Áreas de Mejora:

1. Realizar la recopilación de medicamentos domiciliaria al ingreso (Especificar dosis, pauta, vía de administración, duración del tratamiento)
 2. Registrar en historia clínica y en documento enfermero correspondiente.
 3. Solventar cualquier duda en el paciente acerca de la conciliación de la medicación.
 4. Registrar al alta el tratamiento domiciliario a seguir por el paciente de forma detallada.
 5. Reforzar formación interna, difusión de procedimientos de conciliación de medicación, y auto-auditorias.
- Aportación a la seguridad del paciente.

-Evita errores en medicación, como incorrectas interrupciones de tratamiento, interacciones o incompatibilidades medicamentosas.

-Garantiza la continuidad y pertinencia del tratamiento.

- Líneas de Investigación:

-Formatos de recogida de información y registro.

-Modelos de notificación de incidencias.

-Satisfacción del usuario en el proceso.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 72

TÍTULO: UNIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO: FLUJO DE PACIENTES. CONTINUIDAD ASISTENCIAL

AUTORES: GOMEZ DE GARAY, MIGUEL.; TENA GARCIA, B.; PANTION MISA, A.; MARINA LABRADOR, D.; DIAZ DEL RIO, S.; CASTRO VELILLA, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La novedad que supone en el panorama sanitario nacional la creación de una Unidad de atención al paciente con Traqueotomía hace que no se pueda disponer de experiencias que actúen de benchmarking para guiar el desarrollo de las actuaciones de esta Unidad de Traqueotomía. Por ello, tras su implementación se deberá crear un Grupo de Trabajo Multidisciplinario que elabore el Proceso Asistencial Integrado de Traqueotomía, al menos en el ámbito local de nuestro hospital.

El objetivo para facilitar el flujo de pacientes y su continuidad asistencial determinar de forma sencilla pero precisa y detallada el circuito a seguir por los pacientes candidatos a nuestra unidad

Hemos elaborado un algoritmo según la metodología IDEF para la identificación del flujo de pacientes en la atención de los pacientes traqueotomizados y que garantice la continuidad asistencial. Para ello nos hemos basado en los algoritmos para el manejo de las emergencias en los pacientes traqueotomizados tomados de la página web sobre traqueotomías del Reino Unido, cuya traslación a nuestro entorno sanitario sería una de las primeras actuaciones de la Unidad de Traqueotomía.

Los resultados obtenidos de pacientes intervenidos en el segundo semestre del año 2015, en nuestra Unidad de atención al paciente traqueostomizado, siguiendo nuestro algoritmo han sido:

LARINGECTOMIZADOS: 13

TRAQUEOSTOMIZADOS: 56

ESPECILDADES DE ORIGEN: UCI; Oncología, Medicina Interna, máxilofacial, Traumatología.

DERIVADOS A C. AMBULATORIA: 69

DECANULADOS: 8(UCI), 2 (MAXILOFACIAL), 1(NEUMOLOGIA), 4(ORL)= 15

La Unidad de Traqueotomía de la UGC ORL del Hospital Virgen Macarena de Sevilla, referente en el cuidado del paciente traqueostomizado:

-Aumenta la seguridad del paciente y la calidad asistencial

-Es costo-efectiva

-Favorece la colaboración interprofesional

-Asegura la continuidad asistencial

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 73

TÍTULO: IMPORTANCIA DE LA PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES EN LA INSERCIÓN DE LOS CATÉTERES

AUTORES: CANTERO CANO, MONTSERRAT.; GARCIA-PENCHE SANCHEZ, R.; HERNANDEZ RODRÍGUEZ, M.; ALBERTO SANCHEZ ARANDA, A.; CRUZ OLIVERAS, A.; REGAÑA VELAZQUEZ, D.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La seguridad del paciente tiene que ser la medida más importante a tener en cuenta en su cuidado, reduciendo el riesgo asociado a la asistencia sanitaria (AS) y por ello se ha de informar y hacerle participe de aquellos aspectos relacionados con su seguridad. Ha de asumir un papel más activo en la AS y contribuir por parte de los profesionales a la prevención de los eventos adversos asociados a la AS. Se ha de tener en cuenta la importancia de la valoración que tienen los pacientes en la inserción, cuidado y mantenimiento de los catéteres y en qué medida se puede implicar su participación en el cuidado de los mismos mediante la percepción que tienen desde el inicio de la vía venosa (VV) hasta su finalización. Existe un aumento en la utilización de pacientes portadores de VV.

1-Evaluar la percepción que tiene el paciente del cuidado de la VV para disminuir su ansiedad y facilitar su colaboración 2-Evaluar el número de veces que se pincha a los pacientes durante un ingreso 3- Evaluar el registro de Enfermería en cuanto a la inserción de los catéteres

Desde 2011 se realizan cortes observacionales revisando HC e in situ, de los catéteres insertados a los pacientes ingresados en el hospital a través de un estudio multimodal para la prevención de las complicaciones. Realizado por 3 enfermeras. Se recogieron datos basados en 16 ítems referentes al cuidado y complicaciones del catéter. Desde el último trimestre de 2015 hasta la actualidad se incluye el ítem de la percepción que tiene el paciente sobre el cuidado de la vía venosa (del 1 al 10, siendo 1: mala percepción y 10 muy buena percepción y no puede responder) se incluye en la percepción: dolor en el momento de la inserción, cuidado mantenimiento de la vía, los intentos y dificultad en la inserción de los catéteres.

En cuanto a la percepción del paciente de un total de 383: buena 27,93%, mala 18,01% y no pueden contestar el 54,04%. El total de catéteres es de 19856 de 9567 pacientes con una media de catéter de 2,07 de los cuales el 77,73% no está registrado el nº de intentos y en el 67,58% no está registrada la dificultad de punción. El total de intentos por paciente, teniendo en cuenta que al menos se ha pinchado 1 vez es de 1,06 punciones. De los que están registrados la media de intentos es de 1,34 veces. 1- La mitad de los pacientes no pueden responder a la percepción del catéter por su estado de salud, valorando positivamente los que tienen una buena percepción. 2- Debido a la fragilidad de las venas de los pacientes ingresados de avanzada edad dificulta canalizar la vía en un primer intento. 3- Debido a la nueva implantación del ítem de intentos en el sistema informático se ha de fomentar la importancia que tiene registrar el nº de veces que se necesita para canalizar una vía venosa y así disminuir el nº de punciones 4- El nº de intentos crea una gran insatisfacción entre los pacientes por las molestias y el dolor causado y genera frustración al profesional que realiza la técnica y sus complicaciones.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 74

TÍTULO: CONCORDANCIA DE LOS VALORES ÉTICOS ENTRE PACIENTES Y PROFESIONALES EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

AUTORES: CANTERO SANDOVAL, ANTONIA.; MARÍN MARTÍNEZ, JM.; ROJAS LUÁN, R.; TORRES MARÍN, ME.; ALMIRA PÉREZ, ML.; LÓPEZ PÉREZ, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los valores éticos son unos referentes de calidad profesionalidad y asistencial para todos los médicos en su trabajo diario, dado que han sido elaborados por los organismos colegiales pertinentes, sin embargo, no se ha tenido en cuenta la opinión que los pacientes tienen sobre dichos valores para su asistencia sanitaria.

Un indicador actual de una adecuada práctica sanitaria es tener en cuenta la opinión de los pacientes en su asistencia, de ahí que nos planteemos la realización en el área de urgencias extrahospitalaria de un estudio para ver si consideran obligados los valores éticos los pacientes, y el grado de importancia que le dan a los mismos

Estudiar la concordancia en la obligatoriedad y el grado de importancia de los valores éticos entre pacientes y profesionales en urgencias extrahospitalarias

Estudio multicéntrico prospectivo observacional transversal descriptivo.

Emplazamiento: 27 Servicios Especiales de Urgencias extrahospitalarias (SUEs).

Muestra: Médicos (M), Enfermeros (E) y Pacientes (P) mayores de edad. Pacientes no psiquiátricos, sin barrera idiomática y orientados en las tres esferas, con nivel de triaje 3, 4 y 5.

Encuesta auto-administrada: 30 valores deontológicos (adaptada Galán González-Serna Cuadernos de Bioética 2013). Preguntas: Obligatoriedad del valor (respuesta sí ó no) y grado de importancia (respuesta Likert 1-7)

Realizada: octubre 2014-julio 2015

Análisis estadístico: paquete SPSS, significativo $p < 0,05$

RESULTADOS

Participan 81,48% de los centros

Médicos 84 Edad 44,56 (8,6) Hombres 49,6% Tasa de respuesta 65,6%

Enfermeros 86 Edad 44,84 (9) Hombres 63,7% Tasa de respuesta 67,18%

Pacientes 263 Edad 42,58 (15,5) Hombres 55,3%

• Obligatoriedad

Los valores son considerados obligatorios para más del 63% de los médicos, 59,3% de los enfermeros y 75% de los pacientes, excepto abnegación

Diferencias:

-Altruismo E59,3% P75%

-Cercanía E78,3% P90,2%

-Empatía M64,9% E69,1% P83,2%

-Abnegación M23,4% E21,3% P47,9%

-Sinceridad M77,9% E76,3% P90,8%

• Grado de importancia

o Mayor pacientes

-Altruismo M4,6 (0,17) E4,7 (0,17) P5,1 (0,1)

-Abnegación M3,8 (0,21) E3,6 (0,22) P4,5(0,13)

-Sinceridad M5,5(0,14) E5,4 (0,14) P5,8 (0,08)

-Cuidado M5,5 (0,13) P5,9 (0,07)

o Mayor profesionales

-Compañerismo M6,2 (0,14) E6,3 (0,14) P5,6 (0,08)

-Honestidad M6,2 (0,12) P5,8 (0,07)

-Respeto a la vida M6,6 (0,11) P6,2 (0,07)

-Autonomía profesional E5,7 (0,16) P5,2 (0,01)

CONCLUSIONES

• Todos los valores deontológicos son considerados obligatorios y de gran importancia para los profesionales y los pacientes, excepto la abnegación para los profesionales.

• Los pacientes consideran globalmente más obligados los valores, si bien les otorgan menos importancia.

• Los profesionales no consideran de gran importancia ni obligada la abnegación y valoran menos el altruismo, en probable relación con una auto-protección del «burnout»

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 75

TÍTULO: AUTOTRASFUSIÓN AUTÓLOGA CON PREDEPÓSITO: EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERIA

AUTORES: ARRANZ DE ANDRÉS, MARÍA ELENA.; GAGO GÓMEZ, MC.; LILLO RUBIO, MP.; PAGE HIGUERAS, M.; GIL GABARRÓN, MS.; CANO SANZ, AM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La autotransfusión autóloga con predepósito (AACP) consiste en extraer una o varias bolsas de sangre para conservarla y reinfundirla al paciente (PAC) si precisa. En algunas cirugías programadas puede haber pérdida hemática importante, que precise transfusión de sangre o alguna de sus partes, estos PAC se pueden beneficiar de la AACP. Ventajas: disminuye complicaciones (COMP) y da tranquilidad psicológica PAC. Limitaciones: requiere adecuada programación quirúrgica y la coordinación de los diversos equipos hospitalarios. COMP: shock vaso-vagal, problemas punción. La técnica AACP requiere: tiempo y personal entrenado, para asegurar su calidad y con ello la seguridad del PAC

1. Valorar COMP durante extracción bolsa AACP.
2. Valorar COMP procesado bolsas AACP.
3. Valorar protocolo ENF AACP

La AACP la realizan ENF de extracciones entrenadas. RRHH: hematólogo, dos ENF. El hematólogo incluya al PAC programa AACP. Actividades ENF :ENF 1: Recepción e identificación PAC, comprobar alergias, ACO o antiagregantes, explicar técnica tranquilizando y preservando intimidad, toma TA y Fc, medición hemoglobina (Hb) ,colocar PAC posición adecuada para AACP, valorar zona punción, realizar técnica extracción bolsa AACP, colocar apósito compresivo, vigilar COMP y tolerancia oral. ENF 2: preparar material general y específico AACP, identificar y preparar bolsa AACP pre extracción, procesar post extracción para envío a laboratorio, entrega hoja recomendaciones ENF. Registro informático. Ambas ENF colaboran ante cualquier COMP asegurando a PAC y muestra una atención adecuada y de calidad. Realizamos un estudio retrospectivo observacional del 15/05/20014 al 31/03/2016, en un hospital de tercer nivel. Datos registrados: edad media, sexo, número total de bolsas AACP extraídas, porcentaje bolsas AACP según Dx, TA, FC, Hb, volumen bolsa AACP, porcentaje PAC con EPO y/o hierro oral, Dx inclusión programa AACP, COMP PAC y COMP muestra. Los datos se registraron en una tabla excell.

Se estudiaron 35 PAC de cirugía programada, con criterios inclusión programa AACP. Se extrajeron 86 bolsas a 34 PAC. Mujeres: 82.35%. Edad media: 45.5a. Media: TA pre:124/83, Fc pre:76 . TA post:114/73, Fc post:71.Dx inclusión AACP: prótesis cadera(PTC):50%, artrodesis(AR):41.17%. Porcentaje bolsas extraídas según Dx: PTC: 41.86%, AR: 44.18%. Volumen medio bolsas AACP: 429 ml. La Hb:13.39 mg/dl. Hb media según sexo: varón: 13.1mg/dl, mujeres:13.26 mg/dl. PAC con EPO: 55.8%. Dosis media EPO/PAC: 96.315 u. PAC hierro oral: 100%. COMP: 5.88 % PAC. Shock vaso-vagal: 2.32%, problemas punción: 1.16%. COMP muestra: 1.16%.

Conclusiones: Las COMP AACP son escasas y leves. La presencia de ENF entrenadas reduce COMP. Aunque las COMP al procesar la muestra son pocas, nos parecen de gran importancia ya que supusieron la pérdida de la bolsa de AACP. Por ello revisaremos nuestro protocolo, implementando medidas que las eviten y realizando a posteriori una nueva evaluación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 76

TÍTULO: IMPLANTACION 5S FISICAS EN EL AREA SANITARIA: GESTIÓN DE TIEMPO, ESPACIOS Y MATERIALES EN SERVICIOS CLÍNICOS

AUTORES: MARINO ISIDRO, CRISTINA.; OLEA GOIRI, G.; BODON MAYOR, M.; ULIBARRENA SÁINZ, M.; ECHENAGUSIA CAPELASTEGUI, V.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

5S es una práctica de Calidad referida al "Mantenimiento Integral" de la empresa, no sólo de maquinaria, equipo e infraestructura sino del entorno de trabajo, con objeto de conseguir mejoras duraderas en el nivel de organización, orden y limpieza; y aumentar la motivación y satisfacción del personal. Se basan en el trabajo en equipo y pretenden: (1) Mejorar las condiciones de trabajo y la moral del personal, (2) hacer más agradable y seguro trabajar en un sitio limpio y ordenado, (3) reducir gastos de tiempo y energía, (4) reducir riesgos de accidentes o sanitarios y (5) mejorar la calidad de la producción. Además permite establecer un sólido cimiento sobre el que la organización puede progresar, involucrando y haciendo partícipes del proyecto a las personas. Es una herramienta eficaz de carácter transversal que se adapta al contexto actual de nuestro modelo de Gestión avanzada.

Describir el proceso gradual de implantación 5S dentro de nuestra organización y mostrar el cambio cultural que ha supuesto en la adquisición de nuevos hábitos de trabajo. Describimos las distintas etapas y la mejora continua evidenciada mediante auditorías e indicadores.

Desde 2009, por iniciativa de la Dirección se ha ido implantando en 12 áreas sanitarias. La primera fase es la formación de las personas en esta herramienta. Las áreas son: (1) Servicios de RHB de Araba, Gipuzkoa y Bizkaia, (2) Dirección Asistencial de Araba y Bizkaia, (3) Archivo y Documentación Clínica de Araba, (4) Urgencias de Clínica Ercilla, (5) Consultas Atención Primaria de Clínica Ercilla y Vitoria, (6) Departamento de ITCC, (7) Hospitalización Clínica Pakea y (8) Quirófano Clínica Pakea. Se eligieron por ser representativas, complejas y con gran cantidad de material. En cada Área hay una persona facilitadora que lidera la implantación del proyecto. Sus funciones son: formar a los miembros del equipo, ayudar a la Dirección en la planificación, asegurar la disponibilidad de los medios logísticos, establecer la eficacia de las reuniones, coordinar la ejecución de tareas y revisar el ritmo de ejecución. Se realizan 3 auditorías al año y se redactan informes de las áreas auditadas, recogiendo las desviaciones detectadas y las acciones correctoras llevadas a cabo, datos que sirven como indicadores de mejora.

El principal beneficio obtenido es la motivación e implicación de todas las personas participantes en el proyecto. Ahora se cuida y se mima el puesto de trabajo. Mejoran las condiciones de trabajo, de seguridad y el clima laboral. Ayuda a consensuar, respetar opiniones, mantener compromisos y establecer sinergias. De momento han recibido reconocimiento externo (Euskalit) 6 de las 12 áreas, y están previsto que 2 más lo obtengan en breve. Estas experiencias se comparten en jornadas, páginas web y formaciones, de esta manera se refuerza y actualiza el aprendizaje.

En el momento actual estamos extendiendo esta práctica a más áreas clínicas y también al ámbito de los datos informáticos (5S Digitales).

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 77

TÍTULO: ELABORACIÓN DE UN MAPA DE RIESGOS EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA (UGC) DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL (COMF)

AUTORES: SÁNCHEZ LÓPEZ, JOSÉ DARIÓ.; VILLEGAS CALVO, M.; TOLEDO PÁEZ, MA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La UGC de COMF persigue como acción prioritaria proponer acciones para la mejora en materia de seguridad de sus pacientes, priorizando los riesgos potenciales de forma prospectiva e identificando acciones preventivas para facilitar la prevención de Eventos Adversos (EA).

2.1.-Objetivo principal: Puesta en marcha de acciones preventivas encaminadas a la mejora de la Seguridad del paciente de COMF

2.2.-Objetivos secundarios: Descripción del proceso del paciente en una UGC de COMF, identificación de los EA más frecuentes, elaboración de un catálogo de EA, analizar la Priorización de los Riesgos, identificación de las distintas acciones preventivas que los minimicen y elaboración de un Mapa de riesgos (MR).

De forma muy sistematizada podemos establecer dos fases:

1.-Creación y formación de un equipo de trabajo interdisciplinar.

2.-Establecimiento de un Cronograma de reuniones y actividades a desarrollar, que resumimos en: Análisis de la situación actual (Metodología DAFO y PITELO), elaboración del Proceso de Atención y descripción metodológica (AMFE), elaboración de un catálogo de posibles EA, fallos y causas, aprobación de EA identificados, cálculo de variables de ponderación y de Índice de prioridad de riesgo (IPR), diseño de un plan de acciones preventivas para disminuir los riesgos y elaboración de un Mapa de Riesgos

Del total de 33 EA identificados en el Catálogo, se han desglosados en las diferentes áreas: Urgencias (14 EA), Consultas Externas (14 EA), Admisión Programada (4 EA), Area de Hospitalización (18 EA), Area Quirúrgica (19 EA), Area de Reanimación (19 EA) y Alta Hospitalaria (8 EA).

Posteriormente hemos analizado los distintos EA en función de su Gravedad (G), Frecuencia (F) y Detectabilidad (D), identificados los distintos EA Críticos (10 EA), análisis del $IPR = F \times G \times D$ y elaborado un plan de acciones preventivas y de mejora en aquellos EA considerados como críticos y en aquellos con un $IPR > 100$ (detectando un total de 4 EA), agrupando las distintas acciones preventivas, definiendo las mismas y asignando responsabilidades.

Los resultados de nuestro estudio ponen de manifiesto la necesidad de implementación de un catálogo de EA e identificación de acciones preventivas, la necesidad de formación y concienciación en seguridad de los distintos profesionales, la elaboración de un flujograma del paciente de COMF que permita identificar los fallos de procedimiento y protocolos de la Unidad, con el fin de reducir la variabilidad en la práctica clínica.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 79

TÍTULO: IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE ACCIONES FORMATIVAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN ÁREA QUIRÚRGICA

AUTORES: SÁNCHEZ LÓPEZ, JOSÉ DARÍO.; VILLEGAS CALVO, M.; TOLEDO PÁEZ, MA.; LUQUE MARTÍNEZ, FM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La actual situación del Sistema Sanitario, la complejidad tecnológica, la fragmentación de los procesos y la incomunicación suponen representan un desafío en la garantía de la seguridad del paciente.

2.1.-Formación del personal sanitario en aquellas técnicas que permitan un aumento de la seguridad del paciente.

2.2.-Descripción y puesta en marcha de las mismas.

Se fundamenta en cuatro pasos:

3.1.-Creación de un equipo de trabajo interdisciplinar.

3.2.-Apoyo de la administración.

3.3.-Formación del equipo.

3.4.-Plan de trabajo mediante la elaboración de un Cronograma de actividades..

Los resultados obtenidos fueron:

4.1.-Selección de un equipo de trabajo integrado por aquellos representantes con responsabilidad en materia de seguridad asistencial.

4.2.-Implicación de las direcciones sanitarias en su puesta en marcha.

4.3.-Formación del equipo a través de distintos procedimientos: brain storming, DAFO, PITELo.

4.4.-Metodología de trabajo según un Cronograma que incluya:Elaboración de procesos de atención sanitaria, descripción metodológica, identificación de Eventos Adversos (EA) y elaboración de acciones preventivas.

En conclusión, la implicación y formación del personal sanitario resulta clave en una asistencia sanitaria más eficaz y segura.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 80

TÍTULO: OPORTUNIDAD PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DE UN HOSPITAL MEDIO

AUTORES: TORIJANO CASALENGUA, MARÍA LUISA.; GRANADO SAN MIGUEL, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Durante el año 2016 y dentro de una nueva estrategia de la Comunidad Autónoma, se decide impulsar la atención al parto mínimamente intervenido en el hospital.

Con esta finalidad, se han llevado a cabo cambios en las infraestructuras del centro hospitalario y la modificación del circuito habitual del parto vaginal normal.

Los eventos adversos son poco frecuentes en obstetricia, sin embargo las repercusiones para la madre y el recién nacido son objeto de preocupación para los profesionales. Además, la posibilidad de prevención es elevada.

La resistencia al cambio por los potenciales riesgos adicionales ante la implantación de la nueva estrategia y las elevadas expectativas de éxito en las mujeres que acceden para dar a luz ha supuesto una oportunidad para valorar la seguridad de las pacientes y las áreas de mejora existentes en este proceso.

General: Mejorar la seguridad de la paciente en el parto vía vaginal en el hospital.

Específicos:

1. Conocer, ante la introducción de cambios en la infraestructura y recursos en la realización de los partos vaginales en nuestro hospital, los potenciales riesgos existentes en este proceso.
2. Comparar los riesgos existentes con el proceso anterior y con el rediseño del mismo con la actual estrategia.
3. Localizar y priorizar las áreas de mejora existentes.

Se efectúa un Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). Se ha realizado la identificación de riesgos para la situación previa y la actual y se calculan los NPR (números de priorización de riesgo), antes y también después de la interposición de barreras.

Se muestran los resultados finales tras cuatro reuniones del grupo de trabajo. Se somborean aquellos NPR que superan los 400 puntos, mostrándose también los resultados en un diagrama de barras para presentarlos, de la forma más comprensible, a los profesionales en el Servicio.

A excepción de los riesgos relacionados con los traslados de la paciente (mayores con el anterior circuito que con el actual), el resto son similares (solo ha sido detectado un riesgo ínfimo en la nueva dilatación debido a un foco portátil).

Una vez establecidas las barreras, los NPR varían de forma ostensible en el caso de todas las acciones relacionadas con situaciones de urgencia y emergencia tales como la revisión del carro de parada y de la medicación así como el establecimiento de distintos protocolos de actuación y coordinación ante tales casos que quedaría de este modo priorizado para su abordaje a continuación.

Conclusión:

A pesar de ser a priori un proceso de bajo riesgo, se han encontrado áreas de mejora cuya implementación redundará en la mejora de la seguridad de las pacientes de nuestro área sanitaria.

Tras su uso, el AMFE ha sido reconocido por el grupo de trabajo como una herramienta útil y facilitadora en la gestión de riesgos de forma proactiva.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 81

TÍTULO: LA SEDACION CON SEVOFLURANO INHALADO FUERA DE LOS QUIROFANOS: ADAPTACION Y SOLUCION DE PROBLEMAS EN LA UCI PEDIATRICA.

AUTORES: MONTOSA GARCIA, RAQUEL.; MARIN YAGO, A.; RIQUELME VALVERDE, L.; PEÑALVER MANZANO, A.; MUSSO MUÑOZ, P.; MONTES DIAZ, D.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los sedantes intravenosos tradicionales usados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCIS) presentan efectos adversos, lo cual ha derivado en la búsqueda de otras alternativas de sedación. En este contexto se produce el paso de la sedación inhalatoria desde los Quirófanos hacia otros Servicios como el nuestro, lo que supone un cambio no exento de problemas de seguridad.

Presentar nuestra experiencia en la implementación de sistema de sedación inhalatoria en UCI pediátrica

Describir los problemas de Seguridad y su resolución

Estudio de casos entre Septiembre de 2014 y Febrero de 2016 en los que usó sevoflurano mediante Dispositivo de Conservación Anestésica (AnaConDa).

Se monitorizó la concentración del gas espirado Sev Et(%).

El grado de sedación se monitorizó con escala validadas para pacientes intubados y sometidos a ventilación mecánica invasiva (escala Comfort) y con el índice de sedación bispectral (BIS).

Informe Técnico de Prevención de Riesgos Laborales.

RESULTADOS

Todos los pacientes eran lactantes lo que modificó la colocación del dispositivo respecto al adulto para minimizar el espacio muerto.

En el primer paciente se produjo una fuga al no estar completo el circuito de recogida del gas y en el tercero se intoxicaron dos trabajadores al abrir el sistema para aspirar. Se suspendió la terapia para evaluar y aplicar medidas correctoras.

Intervenciones y modificaciones del protocolo:

1. Administración exclusiva en habitaciones con ventana.
2. Administración a pacientes con tubo endotraqueal o cánula de traqueostomía balonados.
3. Uso de sistema de aspiración cerrado
4. Colocación del respirador en modalidad que no autocicle cuando el sistema se abra.
5. Limitación de bolos sedatorios
6. Lista de comprobación cada 4 horas
7. Solicitud de consentimiento informado

El servicio de Prevención de Riesgos Laborales programó muestreo de medición de gases al reiniciar terapia. La exposición diaria fue inferior al valor límite.

Se reanudaron las sedaciones y fue aplicado en 4 niños más, todos ellos de difícil manejo con sedación intravenosa: previamente a AnaCoDa combinaban 3 o 4 sedantes y/o relajante y al iniciarse se retiraron 2 o 3 sedantes y los que quedaron disminuyeron su dosis a menos de la mitad.

BIS: 40-60. Escala Comfort: 10-17. Sev Et (%) menores 1%

Conclusiones

La administración de sevoflurano inhalado con dispositivo AnaConDa representa una alternativa efectiva a la sedación convencional en la UCI pediátrica.

Las características de la ventilación en los niños no permiten la mayoría de las ocasiones la colocación de este dispositivo en la misma posición que en los adultos y esto repercute en su funcionamiento.

Las medidas de seguridad aplicadas en adultos no son suficientes en niños debido a las diferencias en el montaje del circuito

En nuestra Unidad se realizaron las primeras mediciones de nuestro país a un paciente pediátrico fuera de quirófano.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 82

TÍTULO: IMPACTO DEL SINASP SOBRE LA TRANSPARENCIA EN LA GESTIÓN

AUTORES: CANDIA BOUSO, BERTA.; LÓPEZ RAMOS, P.; LOUSA GARCÍA, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En la XXIAC disponemos de un Sistema de Notificación de Incidentes y Eventos Adversos para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Cada año recibimos más de 300 notificaciones de los profesionales que permiten establecer mejoras a partir de sus propias recomendaciones. Esto significa que de forma indirecta, los profesionales tienen una herramienta para participar en la gestión, y aumentar la transparencia y visibilidad de las actuaciones de mejora en nuestro centro. En concreto, describimos cómo a través de las notificaciones del bloque quirúrgico hemos conseguido el consenso de los profesionales para la implantación del checklist en todos los quirófanos, así como nuevas medidas para la mejora en la gestión de las compras y materiales, y la trazabilidad de muestras quirúrgicas.

Describir el impacto de las notificaciones del SiNASP sobre la mejora del funcionamiento en el bloque quirúrgico.

Se reciben durante el primer trimestre de 2016 más de 20 notificaciones del SiNASP. A partir de estas notificaciones se constituye un grupo de trabajo multidisciplinar para la realización de un análisis causa raíz (ACR), con representación de la dirección asistencial, subdirección de calidad, unidad de calidad, y jefes de servicios del área quirúrgica, así como representación de servicios generales. Se identifican y clasifican las causas, y con la técnica de Grupo nominal se priorizan las actuaciones. Se acuerda priorizar tres medidas y planificar su implantación: implantación del checklist en todos los quirófanos, difundir el circuito de identificación y trazabilidad de muestras de quirófano y, consensuar el stock mínimo para el material implantable en quirófano.

A partir de esta sesión de ACR, se convocan equipos de trabajo multidisciplinarios para impulsar cada una de las mejoras propuestas. Se establecen y planifican las actividades y se consigue el consenso de implantación del checklist en todos los quirófanos de los centros hospitalarios de la XXIAC, en el plazo de un mes. Se diseña la estrategia de implantación y se lleva a cabo en todos los quirófanos de los centros hospitalarios.

CONCLUSIONES

Las notificaciones en SiNASP evidencian el interés y el compromiso de los profesionales para la mejora en el funcionamiento del bloque quirúrgico. Un proyecto como el checklist que había sido impulsado por la dirección en al menos dos ocasiones, ha conseguido implantarse con el compromiso de la dirección bajo el impulso de los profesionales.

Nuevos cambios están por llegar en cuanto a la gestión del material y trazabilidad de muestras, cambios que vemos como un horizonte de éxito para los pacientes, para los profesionales, y para la organización.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 83

TÍTULO: ESTUDIO SOBRE LOS VALORES ÉTICOS Y LA ASERTIVIDAD DE LOS PROFESIONALES DE LAS UNIDADES MEDICALIZADAS DE LA REGIÓN

AUTORES: CANTERO SANDOVAL, ANTONIA.; MARÍN MARTÍNEZ, JM.; ROJAS LUÁN, R.; TORRES MARÍN, ME.; FERNÁNDEZ GARCÍA, A.; SOTO BERNAL, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los profesionales que trabajan en las unidades medicalizadas de emergencias desarrollan su actividad en situaciones de gran stress (laboral y de pacientes y familiares). Ello hace que sea necesario que desarrollen grandes habilidades tanto técnicas como comunicativas para conseguir una asistencia de calidad.

Planteamos un estudio para ver qué referentes en valores éticos tienen estos profesionales así como qué nivel de asertividad son capaces de desarrollar (habilidad social adquirida necesaria para la negociación y el saber expresar límites)

Estudiar los valores éticos y la asertividad de los profesionales de las unidades medicalizadas (UMEs) de la región

Estudio aleatorio simple, multicéntrico prospectivo observacional transversal descriptivo.

Muestra: Médicos (M) y Enfermeros (E) de las 17 UMEs de la región.

Instrumentos

-Encuesta auto-administrada: 30 valores deontológicos (adaptada Galán González-Serna Cuadernos de Bioética 2013). Preguntas: Obligatoriedad del valor, respuesta: sí o no, y grado de importancia, respuesta tipo Likert (1-7).

-"Escala Multidimensional de Asertividad (EMA)" - Flores y Díaz-Loving (2004). Editada por Manual Moderno (Pearson en España). Consta de 45 ítems con respuesta Likert 1-5, con tres dimensiones: asertividad indirecta, no asertividad y asertividad.

Realizada: octubre 2014-julio 2015

Análisis estadístico: paquete estadístico SPSS, significativo $p < 0,05$.

RESULTADOS

Participan 88,2%. Tasa de respuesta 68,62 %

Médicos: 37 Edad media 46,6 (7,6) años. Hombres 41,3%

Enfermeros: 38 Edad media 45,06 (6,3) años. Hombres 68,4%

Valores éticos

Todos los valores se consideran obligados y de gran importancia para ambos profesionales, excepto abnegación u olvido de uno mismo.

M 17,1% M 3,62 (2,27)

E 16,2% E 3,81 (2,25)

Encontramos diferencias en la obligatoriedad en Acogida M 100% E 89,2%.

Médicos consideran obligados 100%: Acogida, Calidad científica, Confidencialidad, Conocimiento científico y Responsabilidad.

Encontramos diferencias en el grado de importancia: Calidad científica M 6,67 (0,3); E 6,27 (0,4), Sinceridad M 5,76 (1,01); E 5,11 (1,43)

Asertividad

No encontramos diferencias significativas

No asertividad alta: 0%

No asertividad baja: 75,3%

Asertividad alta: 45,9% Media 54,1 Baja 0 %

Asertividad indirecta: Alta 8,1 %, Baja el 73%

Predomina la conducta asertiva con 54,5 y 8,18 en ambos profesionales

CONCLUSIONES

Los profesionales que actúan en primer lugar en las emergencias médicas dan alto valor y gran importancia a todos los valores éticos.

Presentan la habilidad social de la asertividad necesaria para la negociación y para una comunicación adecuada en situaciones de stress, muy habitual para ellos.

No hay ningún profesional inhábil para desarrollar la asertividad.

Son profesionales con una gran sensibilidad en su trabajo, que habitualmente se realiza en un ambiente no controlable y estresante.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 84

TÍTULO: SENSIBILIZACIÓN ANTE EL RUIDO AMBIENTAL HOSPITALARIO

AUTORES: GARCÍA DEL ROSARIO, CRISTINA.; COBIÁN MARTÍNEZ, J.; VEGA MORENO, A.; GONZÁLEZ SANTANA, MD.; HERNÁNDEZ SANTANA, A.; PEÑATE RODRÍGUEZ, MM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El ruido se define como cualquier sonido no deseado que puede interferir en la comunicación entre las personas o en sus actividades. Así, el ruido acústico es aquel ruido (entendido como sonido molesto) producido por la mezcla de ondas sonoras de distintas frecuencias y amplitudes.

Se deduce que el ruido es una forma de sonido y se compone de una parte subjetiva que es la molestia y una parte objetiva que puede cuantificarse, que es el sonido propiamente dicho.

El ruido afecta a la calidad de vida de los pacientes y es un aspecto ambiental que no ha sido considerado como problema en el ámbito sanitario.

Los centros sanitarios son un foco enorme de ruido, que influye de manera directa en la recuperación de la salud del paciente y favorece el agravamiento de ciertas patologías.

Por tanto, es importante concienciar a los profesionales y usuarios de minimizar el ruido en el entorno hospitalario.

-Sensibilizar a los profesionales de los efectos nocivos del ruido ambiental en los pacientes hospitalizados.

-Dar a conocer a los pacientes y usuarios las normas de respeto y los efectos nocivos del ruido en un recinto hospitalario.

Se realizaron mediciones del ruido en áreas determinadas (sala de espera de Consultas Externas, control de enfermería y habitaciones de Hospitalización y Medicina Intensiva, control de enfermería de Unidad de Despertar) con un sonómetro, en febrero de 2015.

Las mediciones incluyen: área a medir, fecha, hora, valor en decibelios y observaciones.

Se implantó una campaña de sensibilización del ruido ambiental destinada a profesionales, pacientes y usuarios, y se realizó una nueva medición en las mismas zonas en febrero de 2016, analizando las variaciones obtenidas y valorando la eficacia de la campaña.

El mayor impacto de esta campaña lo encontramos en el área de Hospitalización, tanto en las habitaciones como control de enfermería, y en el área de Despertar. En concreto se objetivó en las habitaciones de hospitalización y medicina intensiva una disminución del ruido promedio de 24,1 dB y 24,9 dB, respectivamente. En cuanto a los controles de enfermería se obtuvo una mejoría aceptable en la disminución del ruido promedio de 15,9 dB, 16,2 dB y 25,2 dB en medicina intensiva, hospitalización y despertar, respectivamente.

En consultas externas se mantienen prácticamente constantes los valores del ruido antes y después de la campaña de sensibilización, si bien aumenta mínimamente en el valor promedio. Se objetivó un aumento de 2 dB el valor de máximo ruido, y disminución de 3 dB el valor del mínimo ruido. Esta mínima variación podría estar causada por ser un área de máxima afluencia de personas con una rotación de las mismas muy alta.

Por tanto, el efecto de la campaña de sensibilización contra el ruido, mediante información, charlas y publicidad ha concienciado de esta problemática al personal y sensibilizado a los pacientes y usuarios; por lo que podemos afirmar que la campaña ha sido eficaz en los hospitales estudiados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 85

TÍTULO: RECLAMACIONES: LA VOZ DE LOS USUARIOS EN LA GESTIÓN CLÍNICA. ANÁLISIS 2014-2015

AUTORES: MUÑOZ SÁNCHEZ, MANUELA.; LÓPEZ MONTESINOS, MJ.; FERNÁNDEZ MONTOYA, FJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los actuales tiempos de crisis requieren de soluciones imaginativas para responder a las necesidades de los pacientes. La gestión clínica es una forma de gestionar las unidades asistenciales basada, en la participación activa y responsable de los profesionales para la consecución de los objetivos definidos, pero si tenemos en cuenta que la asistencia sanitaria debe basarse en responder a las necesidades y expectativas de los pacientes, y son ellos quienes deben tomar las decisiones, no es nada aventurado tomar en consideración las reclamaciones de nuestros usuarios, para tener claros los objetivos que hemos de conseguir.

Determinar los motivos de queja de nuestros usuarios en 2014 y en 2015

Comparar los principales motivos de reclamación en ambos años

Identificar las quejas y reclamaciones relacionadas con enfermería y con los demás colectivos.

Identificar si existe asociación significativa con la variable género.

Análisis de las reclamaciones presentadas en 2014 y 2015.

Análisis de las reclamaciones presentadas en 2014 y 2015.

Tipo de estudio: Transversal, descriptivo y observacional.

Muestra: Totalidad de quejas y/o reclamaciones formuladas por pacientes y usuarios de un hospital comarcal del SMS, desde 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2014 y de 2015.

Fuentes de datos: Base de Datos SUGESAN, con volcado a Excel 2007 y codificación de datos.

Procesamiento de datos: SPSS 22.

Se analizarán las reclamaciones recibidas en ambos años en este hospital, utilizando la misma metodología, y se compararán los resultados para obtener las conclusiones pertinentes y proponer acciones de mejora.

La tasa de reclamaciones en 2015 (5,8 ‰ se ha duplicado con respecto al 2014 (2,8‰)

En ambos años en más del 75% de las reclamaciones no especifican que haya personal implicado y cuando lo hay este es el médico con los motivos de disconformidad con el diagnóstico y/o tratamiento y trato. Enfermería recibe menos del 2% de las reclamaciones, la mayoría de ellas por trato.

Los principales motivos de reclamación están relacionados con la gestión de la asistencia: lista de espera, demora en la asistencia y planificación, organización y coordinación, disconformidad con el diagnóstico y/o tratamiento, y trato.

Conclusiones. No hay asociación significativa entre la variable de género y las reclamaciones. Hombres y mujeres reclaman por igual.

Reclaman igual hombres y mujeres, las reclamaciones se han duplicado de 2014 a 2015, no suele haber personal implicado en los motivos de reclamación y cuando lo hay es el médico. Los motivos de reclamación está, directamente relacionados con la gestión clínica y nuestros pacientes están manifiestamente insatisfechos con cómo organizamos esta institución sanitaria y el servicio que les damos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 86

TÍTULO: ADECUACIÓN DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN APENDICECTOMÍA E INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO: ESTUDIO DE COHORTES PROSPECTIVO

AUTORES: DEL MORAL LUQUE, JUAN ANTONIO.; GIL YONTE, PL.; HIJAS GÓMEZ, AI.; DÍAZ MARTÍN, M.; ARREDONDO PROVECHO, AB.; RODRÍGUEZ CARAVACA, G.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La infección de sitio quirúrgico (ISQ) es ya la primera causa de infección nosocomial en España. Su incidencia depende del grado de contaminación de la técnica quirúrgica y de determinados factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos al paciente, pudiendo variar desde el 1% en cirugía limpia hasta el 20% o más en ciertos tipos de cirugía sucia. La profilaxis antibiótica es una de las herramientas más adecuadas para prevenir la infección de la herida quirúrgica.

Evaluar el cumplimiento de la profilaxis antibiótica en la cirugía de apendicitis aguda y el efecto de su adecuación en la incidencia de ISQ.

Se realizó un estudio de cohortes prospectivo, del 1 de julio de 2007 al 30 de junio de 2015. Se evaluó el grado de cumplimiento de la profilaxis antibiótica, así como las causas de incumplimiento. Se estudió la incidencia de ISQ después de un período máximo de incubación de 30 días. El tamaño de la muestra se calculó según un nivel de confianza del 80%, una potencia del 80%, una incidencia de infección del 2% en el grupo con profilaxis adecuada y del 5% en el grupo con profilaxis inadecuada. Para evaluar el efecto del incumplimiento de la profilaxis sobre la infección de sitio quirúrgico se utilizó el riesgo relativo (RR) ajustado con un modelo de regresión logística.

El estudio incluyó un total de 930 pacientes, 416 mujeres (44,7%) y 514 hombres (55,2%). La edad media global fue de 32,9 años (DE=21); 35,6 años (DE=12) para las mujeres y 30,9 años (DE=14) para los hombres. La duración media de la intervención fue de 60,3 minutos (DE=38). El tipo de procedimiento realizado mayoritariamente fue la apendicectomía abierta (89%), seguido de la apendicectomía laparoscópica (10%) y del drenaje de absceso apendicular (1%). La incidencia acumulada de ISQ fue del 4,6%. Los microorganismos (n=56) más frecuentes implicados en las infecciones quirúrgicas fueron *Escherichia coli* (43%) y *Pseudomona aeruginosa* (29%); el 11,6% de los pacientes con ISQ tuvieron infecciones polimicrobianas. Se encontraron los siguientes factores de riesgo de comorbilidad: diabetes mellitus (2,6%), obesidad (2,6%), neoplasia (1,9%), insuficiencia renal (1,5%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (0,8%) y cirrosis (0,4%). La profilaxis antibiótica estaba indicada en todos los pacientes y se administró en el 71,3% de los casos (664 pacientes), con un cumplimiento general del protocolo de un 86,1%. Los antibióticos administrados fueron amoxicilina-clavulánico (93,5%), metronidazol-gentamicina (1,5%), ceftriaxona (2%) y cefazolina con o sin metronidazol (3%). La causa principal de incumplimiento fue la hora de inicio. No se encontró relación entre la adecuación de la profilaxis y la ISQ (RR=0,5; IC95%: 0,1-1,9) ($p > 0,05$). El cumplimiento de la profilaxis antibiótica fue alto, pero susceptible de ser mejorado. No se encontró relación estadísticamente significativa entre la incidencia de ISQ y la no administración de profilaxis antibiótica, ni en aquellos casos en los que fue inadecuada.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 87

TÍTULO: CICLO DE MEJORA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA QUE ATIENDE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS: INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS

AUTORES: GAMBOA ANTIÑOLO, FERNANDO MIGUEL.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La definición de pacientes pluripatológicos (PPP) identifica a aquellos individuos con dos o más enfermedades crónicas no curables que generan deterioro progresivo y pérdida gradual de la autonomía funcional, ocasionando importantes repercusiones sociales y económicas. La mayoría de los PPP están sometidos a la prescripción simultánea de cinco o más fármacos, con un riesgo inherente de aparición de interacciones medicamentosas (causa fundamental y prevenible de eventos adversos a medicamentos)

Presentar un ciclo de mejora para disminuir las interacciones farmacológicas en PPP ingresados en una Unidad de Medicina Interna que fue realizado entre Marzo y Diciembre de 2014

Se abordó este problema ya que puede afectar a muchos pacientes, supone un riesgo grave para la salud, es factible su mejora y depende básicamente de la organización interna de la unidad.

Para identificar, clasificar y priorizar las causas se realizó un diagrama causa-efecto y tras un análisis del problema se identificaron las causas potenciales.

Tras la revisión de la bibliografía se elaboró una selección de criterios de calidad.

Antes de generalizar los criterios se realizó un pilotaje.

Se establecieron cinco criterios de proceso y uno de resultados

Tras la evaluación se plantearon las actividades de mejora que se definen en el diagrama de afinidades centradas en mejoras en la formación (revisión bibliográfica y análisis de casos), modificaciones en la organización del trabajo (establecer grupo de seguridad, uso de tarjetas amarillas ante sospechas de interacciones y mejoras en el cambio de guardia) y se modificó el sistema de registro (registro específico del aclaramiento de creatinina y de RAM en la historia, recordatorios en la hoja de prescripción electrónica de fármacos de riesgo). Estas mejoras se programaron conforme al diagrama de Gantt con asignación de personas responsables y cronograma de ejecución.

En una primera evaluación en una muestra aleatoria (60 pacientes), el número total de incumplimientos de los criterios de proceso fue de 120 (40%). No se detectó ninguna interacción farmacológica significativa en el periodo estudiado.

El mayor porcentaje de incumplimientos correspondió a los criterios relativos a la toma de medidas especiales en pacientes con deterioro de la función renal y con fármacos de margen terapéutico estrecho.

Esta pendiente de realizar la reevaluación con los mismos criterios

Parece útil realizar ciclos de mejora en relación a las interacciones farmacológicas incidiendo en las actividades de formación, modificando los registros e implicando a los profesionales en el análisis de los problemas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 88

TÍTULO: LA CALIDAD PERCIBIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A REHABILITACIÓN CARDIACA

AUTORES: NÚÑEZ CORTÉS, MARÍA ARÁNZAZU.; ASARO, LE.; FARIZA SANCHO, V.; LÓPEZ CABARCOS, B.; VILLELABEITIA JAUREGUIZAR, K.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La satisfacción de los pacientes se ha convertido en uno de los principales retos de las instituciones sanitarias. Éstos han pasado de ser meros destinatarios de sus servicios a convertirse en auténticos evaluadores y jueces de su gestión. La peculiaridad de los programas de Rehabilitación Cardíaca, por su acción multifactorial y su carácter multidisciplinar, hacen que los pacientes sometidos a éstos, puedan evaluar la atención recibida por las diferentes categorías profesionales y Servicios implicados en el programa. De ahí, el interés añadido en la valoración de la calidad percibida por estos pacientes.

Valorar la calidad percibida por los pacientes sometidos al programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Universitario Infanta Elena desde la apertura del Servicio hasta el año 2012, con el fin de conocer los aspectos que generan menor grado de satisfacción e identificar posibles oportunidades de mejora.

Estudio descriptivo y transversal sobre la calidad percibida por los pacientes sometidos al programa de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Universitario Infanta Elena. Para la valoración se realizó: estudio de quejas y reclamaciones y cuestionario de satisfacción realizado de forma aleatoria a pacientes sometidos al programa de Rehabilitación Cardíaca desde su apertura hasta la fecha del estudio. Se incluyeron aspectos sobre accesibilidad, calidad de las instalaciones, información, trato personal, competencia profesional, continuidad asistencial, atención psico-social e impacto del programa en el paciente. El método de recogida de datos se llevó a cabo mediante entrega de cuestionarios distribuidos por el personal de enfermería y fisioterapia del Servicio para su cumplimentación de forma anónima.

El nivel de satisfacción global de los pacientes con respecto al Servicio es alto (9,28 puntos sobre 10), siendo la atención personalizada, la preparación técnica, el trato prestado por el personal y la información prestada al paciente durante el programa, los aspectos mejor valorados en las encuestas.

El aspecto peor valorado fue la accesibilidad al programa, en cuanto al tiempo de espera, la facilidad ofrecida y los horarios se refiere.

Las sugerencias de mejora, expresadas en pequeños porcentajes aunque no por ello desestimables, se refieren a la dotación de las instalaciones, la duración del programa y la continuidad asistencial.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 90

TÍTULO: POKER DE ASEES CON COMODIN: MAYOR EFICIENCIA CON PLANTILLA ADECUADA

AUTORES: DEL CAMPO MOLINA, EMILIO.; DEL CAMPO MOLINA, MC.; PÉREZ VALENZUELA, J.; LÓPEZ OBISPO, M.; GUZMAN PÉREZ, JA.; GARCÍA DELGADO, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La necesidad de tener una UCI en un hospital comarcal es indiscutible, Las UCIs de los hospitales comarcales se basan en plantillas cortas, que pueden ser suficientes en el trabajo matutino diario al ser pocos los pacientes ingresados en la UCI. Esta plantilla mínima, ocasiona una sobrecarga de trabajo por el excesivo número de guardias mensuales y anuales, sobre todo en época vacacional o bajas laborales. El coste de una plantilla adecuada es alto, por lo que habría que cambiar la organización de nuestras UCIs y adaptarlas para lograr ser más eficientes y conseguir una plantilla adecuada y necesaria. Nuestro Hospital decidió crear una plantilla adecuada, y nosotros ampliamos la cartera de servicio de nuestra UCI.

Analizar el trabajo que realiza nuestra UCI y que no se encuentra en la cartera de servicio de una UCI tradicional. Valorar si los intensivistas podemos servir de comodín en tareas no habituales de una UCI, en determinadas circunstancias, y si dan valor al Hospital.

UCI creada en Septiembre de 2004. Plantilla: 6 intensivistas (Actualmente 7). Unidad de 18 camas monitorizada. Pacientes ingresados (Año 05-15): 3233 pacientes. Base de datos de pacientes ingresados. Se extrae la actividad realizada extraUCI:

- Traumatismos torácicos sin criterios de gravedad.
- Neumotorax/Hemotorax espontáneos o traumáticos no graves.
- Unidad de Ventilación no invasiva
- Colocación de vías centrales en pacientes de otras especialidades
- Reanimación de pacientes con factores de riesgo no graves.
- Arritmias: Bloqueos sin necesidad de marcapasos
- Síndrome coronario agudo (SCA) en la totalidad del proceso (Ingreso-Alta)
- Seguimiento del enfermo en planta hasta alta hospitalaria.
- Sedaciones en digestivo, cardio y neumología: Cardioversiones
- Altas a domicilio y altas hospitalarias.

Altas a domicilio: 27% . Altas hospitalarias: 66,4%. Traslados a otra UCI: 2,58%. Altas hospitalarias en el proceso SCA: 94%. Pacientes evolucionados en planta: 480 pacientes 14,85% (SCA/Dolor torácico: 75,83%, EPOC 6,25% , EAP 5,63%, Neumo-hemotorax: 4,59%). Realización de Sedaciones digestivo/ Neumo/cardiología: 758, Cardioversiones: 186 (Años 08-15). 1 reclamación en 10 años.

Conclusiones

1. En nuestra Unidad además del paciente crítico, tenemos una cartera de servicios más amplia que otros servicios de UCI tradicional, asumiendo patologías que no son subsidiarias de UCI (por la gravedad), y hemos adaptado la organización para ello.
2. Generamos un alto porcentaje de altas hospitalarias y altas a domicilio.
3. Realizamos el proceso completo en el SCA.
4. Realizamos la evolución del paciente en planta hasta el alta hospitalaria
5. El papel de intensivistas en nuestro Hospital es muy amplio y adapta el papel de comodín de especialidades no existentes en el Hospital, obviando traslados innecesarios, y realizando una labor eficiente.
6. Creemos que el trabajo realizado da valor al Hospital.
7. Todo ello es posible con una plantilla adecuada

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 91

TÍTULO: PROCEDIMIENTO GENERAL DE GESTIÓN DE ALOINJERTO OSTEO/TENDINOSO EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

AUTORES: MONTERO DÍAZ, MARGARITA.; POLO PARADA, A.; GÓMEZ DE MERODIO SARRI, R.; ABRIL MARTIN, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los eventos adversos en el Área Quirúrgica de Cirugía Ortopédica y Traumatología pueden tener consecuencias devastadoras. La implantación de un Procedimiento General de gestión de aloinjerto osteo/ tendinoso puede ayudar a disminuir esos sucesos.

- 1-Desarrollar e implantar un Procedimiento General de gestión en intervenciones programadas en el Área Quirúrgica de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
- 2-Seleccionar los indicadores más adecuados en función del objetivo que se quiere conseguir diseñando la documentación de los indicadores seleccionados.
- 3-Conocer los factores críticos de éxito e incorporar indicadores a los procesos.
- 4-Analizar las variables descriptivas del objeto de gestión

Se desarrolló en el marco de la metodología de Sistema Documental de Gestión de la Calidad, un Procedimiento General de gestión de aloinjerto osteotendinoso, se definieron indicadores, se implantaron según norma UNE 66175: 2003 y se analizó de modo retrospectivo un periodo anual pre-implantación. Se analizaron las variables descriptivas del objeto de gestión con el software spss

Resultados:

Un Procedimiento General de gestión comprendiendo Protocolos Normalizados de Trabajo ,expresado en un flujograma, con indicadores de indicación, aceptación, reprogramación, implantación, y trazabilidad, en ficha con código, objeto de la medición, fecha de emisión, fecha de su próxima revisión, método de obtención, unidad de medida, frecuencia de la medida, forma de representación, definición de objetivos y umbrales, responsable de llevar a cabo la medición, certeza de que ha sido revisado y el responsable de su revisión e incorporados al proceso con características de trascendencia, economía, oportunidad, precisión, fiabilidad. Se identificaron los factores críticos de éxito y se diseñaron planes de contingencia.

De modo retrospectivo, se analizaron las variables la edad, indicación quirúrgica, cirugías reprogramadas, tipo de injerto, banco proveedor, número de injertos implantados y número de devueltos a banco, con el objetivo de comparar el periodo previo a la implantación con un periodo similar postimplantación del procedimiento.

Conclusion:

La normalización del procedimiento de gestión teniendo en cuenta el desarrollo tecnológico actual y los datos de los que se dispone , el acuerdo de su creación mediante el consenso de las partes implicadas, y conteniendo especificaciones técnicas de aplicación de modo que los usuarios que lo deseen puedan consultarlas, garantiza que se cumplen los criterios de seguridad y aptitud de la función

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 92

TÍTULO: SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: IGLESIAS CASAS, GREGORIO CÉSAR.; GONZÁLEZ VÁZQUEZ, A.; GÓMEZ FANDIÑO, Y.; ALONSO REIGADA, M.; GONZÁLEZ PÉREZ, S.; GONZÁLEZ PALANCA, S.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En 2012 la Subdirección General de Calidad (SGC) realizó una auditoría de seguridad del paciente (SP) en los diferentes hospitales del Servicio Gallego de Salud (SERGAS). Posteriormente, en nuestra Estructura Organizativa de Gestión Integrada (EOXI), los responsables de calidad y seguridad decidimos replicar periódicamente estas auditorías en nuestros 3 hospitales, incluyendo modificaciones sobre los indicadores inicialmente evaluados. En el año 2016 decidimos ampliar esta experiencia al ámbito de la Atención Primaria (AP).

Evaluar la aplicabilidad de las auditorías de Seguridad del Paciente en AP.

Conocer el grado de cumplimiento de los indicadores planteados.

Implementar medidas de mejora en función de los resultados obtenidos.

Los responsables de seguridad de la EOXI elaboraron una plantilla de 7 indicadores observacionales, todos ellos contemplados en las estrategias del Plan de Calidad del Sergas y Sistema de Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos: señalización del centro, maletines/carros de parada, carros de curas, stock de material fungible, stock de medicación, accesibilidad y asignación de turnos de atención.

Se adoptaron indicadores ya revisados en el ámbito hospitalario y algunos específicos para AP.

La auditoría observacional se llevó a cabo por los responsables de SP de forma cruzada en 3 centros de salud de la EOXI, todos ellos cabecera de comarca, con características socio-demográficas similares.

Para la evaluación de los indicadores se puntuó con un 100% el cumplimiento total del mismo, con un 50% su cumplimiento parcial y con 0% el no cumplimiento. En dicha evaluación se descartó el incluir el indicador referente a accesibilidad del centro pues se consideró meramente informativo y con acciones de mejora difícilmente abordables por el Núcleo de Seguridad.

RESULTADOS:

La media global de cumplimiento de los indicadores auditados ha sido del 60%, siendo el indicador con mejor resultado el de condiciones de accesibilidad del centro de salud, valorándose solamente si existían barreras arquitectónicas de acceso al mismo, y los indicadores con mayor margen de mejora los referentes a caducidades de material fungible y medicación.

Por centros de salud, el que alcanza mejores resultados es C3, donde se cumplen la totalidad de indicadores auditados. En C1, alcanzan un 75% de cumplimiento y en C2 un 50%.

CONCLUSIÓN:

El realizar auditorías internas de SP e el ámbito de AP nos ha permitido, al equipo directivo y a los responsables de seguridad, detectar áreas de mejora para diseñar e implementar medidas correctoras: estandarizar el contenido de maletines de parada y su revisión, elaborar instrucción sobre conservación de antisépticos y establecer circuito de recogida de medicación y material fungible caducado.

Se ampliará la realización de auditorías a otros centros con características socio-demográficas distintas a las de los auditados, con el fin de discriminar la influencia de estas características en los ítems auditados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 93

TÍTULO: ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN DE LAS DETERMINACIONES FARMACOCINÉTICAS EN UN HOSPITAL DE CRÓNICOS Y LARGA ESTANCIA

AUTORES: MERINO PLAZA, M^a JOSÉ.; HERNÁNDEZ LORENTE, E.; ESCOMS MORENO, MC.; MARTÍN MARTÍNEZ, P.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La determinación de niveles plasmáticos de medicamentos ha constituido una herramienta muy útil para optimizar los tratamientos con fármacos de estrecho margen terapéutico o toxicidad severa, entre otros.

Analizar la evolución de las determinaciones farmacocinéticas realizadas en un Hospital de Atención a Crónicos y Larga Estancia (HACLE) con objeto de detectar posibles oportunidades de mejora.

Estudio descriptivo, retrospectivo. Se revisaron las determinaciones farmacocinéticas realizadas entre 2011 al 2015 a partir de los registros del Servicio de Farmacia. Se recogieron: número total de determinaciones, número total de pacientes monitorizados, características demográficas (sexo y edad) e indicación de monitorización. Los datos se analizaron de forma global y anual para analizar su evolución.

Hubo 4.343 ingresos correspondientes a 240.073 estancias hospitalarias. Se realizaron 147 determinaciones correspondientes a 89 pacientes. Edad media de los pacientes $67,56 \pm 15$ (rango 27-94) años, un 51,7% eran varones. Los fármacos monitorizados fueron: amikacina 8 determinaciones (D)/3 pacientes (P), carbamazepina 5D/4P, ciclosporina 4D/1P, digoxina 68D/51P, fenitoína 15D/12P, fenobarbital 7D/6P, teofilina 5D/5P, ácido valproico 32D/16P, vancomicina 1D/1P. Las indicaciones de monitorización fueron: intoxicación 15.6%, infradosificación 10.9%, control periódico 70,8% y otras 2,7%. La distribución durante los años 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 fue de: 892, 946, 814, 809 y 882 ingresos/año, 20, 40, 27, 21, 39 determinaciones y 16, 27, 15, 12, 21 pacientes, respectivamente. La distribución de los fármacos más comúnmente monitorizados durante los años 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 fue de: 12/11, 19/18, 13/8, 8/4, 16/10 determinaciones/pacientes para digoxina y 4/3, 12/6, 10/4, 3/2, 3/2 determinaciones/pacientes para ácido valproico.

CONCLUSIONES:

- El número de monitorizaciones global y anual se considera bajo en relación al número de ingresos hospitalarios y las características demográficas de los pacientes.
- La implantación de acciones proactivas podría incrementar el grado de monitorización, mejorando la efectividad y seguridad de los tratamientos y la calidad de la atención.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 94

TÍTULO: ABORDAJE DEL DOLOR EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

AUTORES: LOPEZ ROMERO, ROSALIA.; JIMENEZ CASTILLA, A.; CONEJERO JURADO, MT.; CUEVAS ASENCIO, I.; BLAZQUEZ RUIZ, MV.; BERENGUER GARCIA, MJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Actualmente, la calidad asistencial ofrecida al paciente incluye el dolor como quinta constante. Ha de ser evaluado y tenido en cuenta para proporcionar el correcto tratamiento y la erradicación del mismo, dejando atrás la idea de que el dolor es algo normal en pacientes operados o con dolencias crónicas.

Todos los aspectos que conllevan la recuperación del paciente se ven claramente mermados si no existe un buen control del dolor influyendo negativamente en la evolución clínica.

Elaborar e implantar un protocolo de atención al dolor a todos los pacientes atendidos en la Unidad de Gestión clínica (UGC) de Cirugía Cardiovascular (CCV) a lo largo de todo el proceso de atención, evitando la compartimentación, y cuya finalidad es ser una Unidad libre de dolor haciendo posible así la pronta recuperación del paciente y la influencia positiva en su calidad de vida.

El protocolo ha sido elaborado por un equipo multidisciplinar formado por: facultativos de la UGC de Anestesiología y Reanimación, Calidad y Documentación Clínica, Cirugía Cardiovascular, Cuidados Intensivos, Farmacia, y enfermeras del Servicio de Calidad y Documentación Clínica y de la UGC de CCV.

Se han organizado diez sesiones de trabajo con una periodicidad mensual, en las que se ha consensuado este procedimiento por todos los profesionales que lo integran,

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica para tener en cuenta la mejor evidencia disponible.

En el protocolo el tratamiento analgésico se ha clasificado en siete pautas en función de la intensidad y la etiología del dolor, siendo la pauta de analgesia A para dolor severo y la pauta de analgesia F para dolor leve, así como una pauta de analgesia domiciliaria para la continuidad del tratamiento al alta, utilizando para ello la prescripción a través del programa informático de farmacia

La valoración y registro de la intensidad del dolor lo realiza el personal de enfermería en la historia del paciente DAH, por turnos y siguiendo la escala EVA, y en función de ésta el facultativo prescribe la pauta de analgesia adecuada.

Para la implantación del protocolo se ha desarrollado un plan de comunicación destinado a los profesionales de la unidad de CCV.

El método empleado para la evaluación de la implantación es la revisión de historias clínicas.

En el primer mes de implantación el protocolo se ha aplicado en un 9.05% de pacientes comenzando con un 0% en la primera semana, siguiendo una evolución exponencial alcanzando un 20% en la cuarta semana.

En el congreso se expondrán los resultados de 6 meses de instauración.

Este protocolo, al ser elaborado e implantado por un equipo multidisciplinar, hace posible abordar el dolor desde diversas perspectivas, y al tratarse del primer protocolo con estas características, servir de referencia para su adaptación a otras unidades.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 95

TÍTULO: DISEÑO DE UN CUADRO DE MANDO PARA UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA)

AUTORES: BILBAO AGUIRREGOMEZCORTA, JAIONE.; MARTIN GONZALEZ, V.; SANJUAN LOPEZ, AZ.; UGALDE ESPIÑEIRA, J.; FLORISTAN IMIZCOZ, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En el año 2013 se creó un equipo multidisciplinar integrado por farmacéuticos hospitalarios, médicos especialistas de medicina interna-infecciosas, medicina preventiva y microbiología. El objetivo era la aplicación y el desarrollo de un programa de optimización de uso de antimicrobianos (PROA) adaptado a las características del hospital y a los recursos materiales y humanos disponibles en los pacientes hospitalizados con patología infecciosa. Con la intención de mejorar sus resultados clínicos, minimizar los efectos adversos (incluyendo las resistencias) y garantizar tratamientos costo-efectivos.

En el año 2014, el equipo PROA consideró que era necesario el diseño de un cuadro de mando como herramienta que nos permitiera monitorizar y evaluar la evolución del programa, orientado a la mejora del mismo.

El equipo PROA contactó con la unidad de calidad del centro requiriendo su colaboración para la elaboración del cuadro de mando. Se revisó la bibliografía relacionada existente, adaptando los indicadores recomendados en el documento de consenso "Programas de optimización de uso de antimicrobianos en los hospitales españoles" elaborado por diferentes sociedades científicas (GEIH-SEIMC, SEFH y SEMPSPH).

Se instauró en el año 2015 con la aprobación de la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica, así como de la Dirección del centro. Los indicadores desarrollados han sido tanto de proceso como de resultado. Como indicador clínico de proceso se ha seleccionado el porcentaje de pacientes con bacteriemia por *S.aureus* sensible a meticilina tratados con cloxacilina, ya que este antibiótico es considerado el fármaco de elección. Los indicadores clínicos de resultado, son tanto de mortalidad (global por bacteriemia, global por infección quirúrgica, por sepsis), como de estancia (estancia media por bacteriemia, por infección quirúrgica). Además se consideró que era necesario un indicador clínico de resultado asociado al efecto adverso causado por la sobreutilización de antimicrobianos que fue el número de casos de enteritis por *C. difficile*. Para el seguimiento de las resistencias se han establecido como indicadores el porcentaje de resistencias de los microorganismos considerados a monitorizar en el documento de consenso. Así mismo se han desarrollado indicadores tanto económicos (diferenciado el coste económico de las unidades de hospitalización y de la unidad de cuidados especiales), como de consumo de antimicrobianos (expresado en DDD/100 estancias, tanto de las unidades de hospitalización como de la unidad de cuidados especiales).

Conclusión: El cuadro de mando elaborado es una herramienta útil para la gestión de este proceso, permite obtener una visión global de la gestión del mismo, integrando los resultados de indicadores individuales en el análisis y mejora de las actuaciones puestas en marcha en el programa.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 96

TÍTULO: FUNCIONES, COMPETENCIAS Y RESPONSABILIDADES DE LA DIRECCION Y LINEA EJECUTIVA

AUTORES: GONZALVO MAILLO, LAURA.; ARRIETA SEGURA, M.; GAMELL ALVAREZ, LL.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

- La importancia de la participación directiva en el proceso de descripción de puestos de trabajo, sobre todo en la de los mandos intermedios.
- Lo importante que es que todos los directivos conozcan sus responsabilidades, funciones y competencias para poder ser evaluados.
- El modelo competencial permite homogeneizar el perfil de mando intermedio de nuestra institución, alineándolo con la estrategia de la empresa.

El objetivo fundamental del proceso es que todos los cargos con responsabilidad orgánica dentro de la organización tengan claramente definidas sus funciones, competencias y responsabilidades, y que a la vez sean conocidas por sus colaboradores y por todos los miembros de la organización

La metodología utilizada para elaborar el documento fue la siguiente:

1. Aprobación de los organigramas por el Patronato/Comité de dirección
2. Elaboración del mapa de competencias directivas, que también fue aprobado por el Patronato/Comité de dirección.
3. Descripción de los puestos de trabajo de los mandos:
 - Auto descripción del puesto de trabajo
 - Puesta en común con el jefe inmediato
4. Aprobación del Patronato/Comité de dirección para la publicación de dicho documento

El documento original se realizó en Abril del 2013 formando parte del plan de RRHH dentro del proceso de acreditación. En este primer documento se recogen un total de 42 descripciones de puestos de trabajo distribuidos en 8 Direcciones

Durante estos 3 años la organización ha sufrido cambios organizacionales y funcionales, los organigramas se han tenido que ir adaptando y han surgido nuevos puestos de trabajo a describir. En el 2016 tenemos un total de 55 descripciones de puestos de trabajo, lo que supone un incremento de un 31%.

Si hacemos un análisis de la competencias directivas de nuestros mandos encontramos 5 competencias que destacan sobre el resto: Orientación al logro (59%), gestión de recursos (66%), liderazgo y dirección de personas (57%), planificación y organización (61%) y comunicación y relaciones (61%).

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 97

TÍTULO: ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN Y EL CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE OURENSE SOBRE LA UNIDAD DE CALIDAD Y SUS PROGRAMAS

AUTORES: LOJO RODRÍGUEZ, JUAN.; GONZÁLEZ VÁZQUEZ, A.; IGLESIAS CASAS, GC.; MORI GAMARRA, FC.; HERRANZ URBASOS, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Tras 4 años de rodaje de la unidad de calidad en la EOXI de Ourense, Verín y Valdeorras, nos planteamos explorar el conocimiento que los profesionales de nuestra EOXI tienen de los programas de Seguridad del Paciente (SP) que desarrollamos, a la vez que su valoración global del apoyo que reciben de la UC en su trabajo diario.

Conocer el grado de conocimiento de nuestros profesionales sanitarios respecto a los programas de SP que se desarrollan en nuestros hospitales.

Conocer la percepción que tienen sobre la UC.

Detectar áreas susceptibles de mejora.

Se diseñó una encuesta con cuestionario de elaboración propia, que se envió a todos los profesionales sanitarios de los 3 hospitales de la EOXI mediante e-mail. Se estableció un plazo de 2 semanas para el envío de las contestaciones.

La encuesta consta de 16 preguntas, orientadas a explorar el conocimiento y opinión de los profesionales sobre 7 Programas de SP que se desarrollan en nuestros hospitales, además de 5 ítems que pretenden recoger el conocimiento y valoración directa que estos hacen de la UC.

Para el análisis de los datos se empleó el paquete estadístico SPSS 15.0

Se recogieron 87 encuestas. El 63,4% fueron contestadas por enfermería y el 26,4% por facultativos. Los profesionales del CHUO representan el 79,3% de la muestra, Barco el 17% y Verín el 3,7%.

Programas de Seguridad:

El 92,7% de los encuestados responde correctamente sobre qué se puede notificar en SINASP y un 56,3% afirman haberlo empleado en alguna ocasión.

El 70% de los profesionales consideran que las auditorías de SP mejoran la seguridad, apreciándose diferencias por categoría profesional al responder sobre el feed-back de las mismas, enfermería afirma recibirlo en un 78,8% y los facultativos en un 30,4% ($p < 0,05$).

Enfermería conoce mejor que los facultativos la composición y distribución de carros de paradas, 88,5% frente a 47,5% ($p < 0,05$). El 44,8% de los encuestados no conocen el teléfono de actuación ante parada.

El 76,9% consideran que la seguridad mejora con el checklist quirúrgico y un 73% la comunicación interdisciplinar. El 42,3% de la enfermería piensa que el checklist no se adapta a la realidad de su servicio.

La mitad de los encuestados afirma conocer los programas zero y saben donde aplicarlo.

El 85% conocen la existencia de un protocolo de caídas en la EOXI.

El 70% de los profesionales consideran que el programa Úlceras Fora ha mejorado el manejo de las úlceras y un 56,1% ha solicitado asesoría al referente en su área.

La valoración global obtenida por la unidad de calidad, en una escala de 1 a 5, fue de media 4,47 IC95% (4,24; 4,70).

Conclusiones:

La realización de la encuesta nos ha permitido detectar áreas de mejora relacionadas con el conocimiento de los programas de SP.

La valoración global de la unidad de calidad ha sido muy satisfactoria, pero se debe aumentar el tamaño muestral para obtener conclusiones más fiables.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 98

TÍTULO: PROTOCOLO PARA REVISIÓN DE PACIENTES POLIMEDICADOS COMO HERRAMIENTA DE SOPORTE AL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: RIOS VALLES, LIDIA.; CERVERA MARTINEZ, M.; GIL GOMEZ, P.; PRIETO PERDIGON, D.; NOVILLO SANTOS, M.; MARCELLINO, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La revisión sistemática de farmacoterapia en pacientes polimedcados (PP) debe ser prioridad compartida entre todos los profesionales sanitarios. El abordaje multidisciplinar de estos pacientes resulta necesario y fundamental para lograr un uso adecuado del medicamento.

Diseñar un protocolo para la revisión ágil de la farmacoterapia de PP, e integrarlo en la estación clínica de trabajo.

Comprobar grado de utilización explotando las revisiones realizadas, cambios registrados y soluciones adoptadas en los pacientes revisados para mejorar la adherencia a los tratamientos.

Valorar la utilidad que supone para los profesionales sanitarios.

Protocolo para la revisión de PP, de elaboración propia y parametrizable. Se definen las variables a revisar que generan incidencias evitables en nuestro entorno: indicación de inhibidores de la bomba de protones (IBPs), indicación de benzodiazepinas (BZD), de antiinflamatorios no esteroideos (AINES), fármacos de poco valor intrínseco (VINE), uso de fármacos desaconsejados en geriatría (GER), estatinas como prevención primaria en pacientes > 80 años (EST). Así mismo, el protocolo contiene un test de adherencia terapéutica (Morinsky Green) y posibles intervenciones.

Listados de PP por profesional.

En nuestro centro tenemos 732 PP (2.81% de población adscrita). En dos meses, el 99.8% de médicos han utilizado el protocolo, el 22.68 % de PP ya han sido revisados.

Hemos detectado que el 46,48% llevan IBP (68,6% de forma justificada), 21,6% llevan BDZ más de 6 meses (82,61 justificadas), AINES el 7.98% (76,47% justificados) EST en mayores de 80 años el 14.09 % (73.33% justificadas). Solo un 7,52% llevan VINE y un 10,33% llevan GER.

Se registraron los cambios para adecuar la prescripción destacando la retirada del 50% de fármacos VINE y del 54,5% de fármacos desaconsejados en geriatría; en el resto de revisiones, se ha retirado el 26.67 % de EST, el 12,5% de IBP, el 5,88% de AINES y un 10,87% de BDZ han sido substituidas por otros fármacos.

Se les hizo el Test de Morinsky-Green y el 70.42% resultaron no adherentes, si bien, el mayor porcentaje corresponde al no cumplimiento del horario de las tomas (45%). Como intervenciones para mejorar la adherencia, se hizo refuerzo de la comprensión de la enfermedad y la importancia de la medicación al 21.13%, al 8.92% un plan personalizado, enfermería sugirió al médico la revisión exhaustiva de medicación al 3.78% y en un 2.82% fue imposible la intervención.

Conclusion: protocolo para PP ágil, sencillo y consensuado, ha tenido gran aceptación entre los profesionales, como demuestra el elevado grado de utilización, y es una buena herramienta para facilitar la revisión de la farmacoterapia de los PP.

Se ha retirado medicación no adecuada y se ha mantenido el resto, anotando en el registro los motivos, información que será muy útil en próximas revisiones. El cumplimiento horario de las tomas influye notablemente en la valoración de la adherencia.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 99

TÍTULO: ISESSIONS UNA HERRAMIENTA TIC PAR COMPARTIR INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO ENTRE PROFESIONALES

AUTORES: AYALA MÁRQUEZ, BARTOMEU.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Pero actualmente hay una falta de sistemas prácticos que registren el conocimiento tácito y lo conviertan en explícito. Los profesionales sanitarios son posiblemente el activo más fiable que existen actualmente en las organizaciones clínicas, debido principalmente a su experiencia y conocimiento de cada especialidad médica. Mediante los nuevos diseños de aplicaciones específicas, se describe un nuevo sistema que garantiza la adquisición de conocimiento tácito, a través de grabaciones y análisis de las sesiones médicas, y de la transformación de ésta en conocimiento explícito. Esta interfaz se presenta como una herramienta educativa de aprendizaje, y que sirva también para mejorar el intercambio de información de temas médicos, de las técnicas, diferentes tratamientos según las patologías, diagnósticos, y de las intervenciones derivadas de la práctica quirúrgica.

GENERAL

Dar a conocer la herramienta isessions elaborada por nuestro hospital, como herramienta que facilita el intercambio de información y facilita el aprendizaje entre profesionales de la misma organización, con la finalidad de mejorar la eficacia y eficiencia.

ESPECIFICOS Facilitar la transmisión del conocimiento entre profesionales del mismo servicio o unidad , y profesionales externos. Facilitar la información relevante en tema de seguridad de pacientes y implantación de documentación: protocolos, guías clínicas, etc..

. Recogida de materiales de las sesiones durante el periodo enero - mayo 2016 (grabaciones de las sesiones clínicas, contenido de la presentación, artículos revisados asociados a las sesiones medicas del servicio de Medicina Interna.Introducción en la aplicación 'isessions' el contenido.

Publicación en sistema android i IOS.

Difusión del contenido durante el mes de abril y mayo de 2016.Recogida de los resultados de la evaluación (aportaciones de contenido y de valoración de la sesión y de la aplicación). Recogida de los resultados de evaluación sobre la funcionalidad de la aplicación (valoración de 0 a 4). Análisis de los resultados obtenidos para la mejora de la aplicación.

Se subieron para compartir 9 sesiones de medicina clínica, con un total de participación en global de 576 participantes (promedio de 80 participantes por sesión). La participación en la interacción de hacer preguntas o comentarios por la aplicación fue de 357 usuario (total 62%). Consultas de la aplicación registradas fue del 100%. Grado satisfacción de la interface y funcionamiento de la aplicación del 94%

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 100

TÍTULO: EL RUIDO SE PUEDE CONTROLAR EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

AUTORES: LORENZO TORRENT, ROSA MARÍA.; GARCÍA DEL ROSARIO, C.; VEGA MORENO, A.; DÉNIZ RODRÍGUEZ, MJ.; COBIÁN MARTÍNEZ, JL.; SANTANA CABRERA, JL.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los niveles altos de ruido en los Servicios de Medicina Intensiva favorecen la aparición de síntomas relacionados con estrés tanto en los pacientes ingresados como en el personal asistencial.

El ruido en los Servicios de Medicina Intensiva, en general, viene implícito a la actividad asistencial que se presta, el uso de monitores, alarmas del equipamiento médico, teléfonos, situaciones de emergencia, pero también puede verse incrementado por el uso elevado de la voz, cierre de puertas, movilización del mobiliario.

Hay que añadir que para descansar apropiadamente en general, el nivel de sonido no debe exceder de 30 dB para el ruido continuo de fondo y se debe evitar el ruido individual por encima de 45 dB. En un medio como un Hospital los pacientes ingresados además son más vulnerables, debido a que las personas enfermas tienen menor capacidad para enfrentar el estrés, en este caso el nivel de ruido no debe ser mayor de 35 dB.

1. Determinar el nivel de ruido en nuestro Servicio de Medicina Intensiva y establecer áreas de mejora.
2. Implantar la campaña de sensibilización de la Organización y realizar un seguimiento y medición de la misma en nuestro Servicio.
3. Disminuir el ruido en el Servicio de Medicina Intensiva, concienciando al personal y sensibilizando a los pacientes y familiares.

Se realizaron mediciones del ruido en áreas determinadas en el Servicio de Medicina Intensiva, con un sonómetro, en febrero de 2015. En varios Módulos de Enfermería y en los Box de los pacientes.

Las mediciones incluyen: área a medir, fecha, hora, valor en decibelios y observaciones.

Tras los datos obtenidos se implanta la campaña de sensibilización del ruido ambiental destinada a profesionales, pacientes y usuarios, de la Organización y se realizó una nueva medición en las mismas zonas en febrero de 2016, analizando las variaciones obtenidas y valorando la eficacia de la campaña.

De los datos obtenidos en 2015 se observa que en ambas ubicaciones se supera de forma importante los límites recomendados, se decide implantar la campaña de sensibilización mediante información, charlas y publicidad para la concienciación del personal y sensibilización de los pacientes y usuarios. Tras un año de campaña se realiza una nueva medición, observándose una disminución importante en todas las áreas. En los módulos de enfermería se objetivó una disminución del ruido promedio de 68,8 a 50,7 dB así como el máximo y mínimo ruido 62,6 y 34,3 dB respectivamente. En cuanto a los box de pacientes, se constató una disminución del ruido promedio de 67,9 a 43,8 dB así como el máximo y mínimo ruido 56,3 y 37,5 dB respectivamente.

Por tanto, el efecto de la campaña de sensibilización contra el ruido, ha concienciado de la importancia del control del ruido al personal y sensibilizado a los pacientes y usuarios; y ha conseguido disminuir considerablemente el ruido en el Servicio .

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 101

TÍTULO: RENDIMIENTO DEL USO DE LAS NUEVAS TIC EN LA CONSULTA DEL PEDIATRA DE ATENCION PRIMARIA

AUTORES: NAVARRO QUESADA, FRANCISCO JAVIER.; MONTES MONTES, RO.; MENDEZ SERRANO, BE.; PRADOS CASTILLEJO, JO.; REDONDO SANCHEZ, JU.; ESCUDER EGEA, RA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Entre las 10 prioridades mas importantes de los pacientes europeos se encuentran el poder comunicarse con su profesional de referencia por otras vías que no sean la consulta presencial y el poder asesorarse en buscar y/o recibir información de calidad en temas de salud en la red. Presentamos la evaluación del proyecto de comunicacion on line tras 6 años de desarrollo centrándonos en la población infantil asignada a un cupo pediátrico

1. Evaluar intensidad de uso de las TIC. 2. Evaluar el impacto del uso de las nuevas tecnologías en la gestión de la demanda y en el trabajo con la comunidad. 3. Evaluar la satisfacción de la población pediátrica con el proyecto

Proyecto LLSA. Becado (FIBICO). Acceso abierto internet Wifi propia. Ipad 16GB 4G MD366TY/A Wi-Fi Black propia para cada profesional. Web del propio centro. Periodo evaluado: 28.9.2010 a 17.5.2016. Consulta valorada: Pediatría nº5 UGC . Servicios ofertados: Web, correo electrónico, Skype (Videoconferencia y Chat), Twitter, Facebook, Facebook Messenger, Second Life. Servicios publicitados mediante cartelera en el centro y en consultas. Consentimiento firmado para utilización de Servicios online

Solicitudes de servicios Lucano on line: 349 de 940 asignaciones (37,2% usuarios del cupo). Incremento de un 42% desde 2014 a 2016 (202 a 349 usuarios); Intensidad de uso periodo global (6 años): 100%; Intensidad de uso periodo 2015/2016:178/349:51%; uso global (Correo + Facebook Messenger + Skype): 3.526; e-correos realizados: 3.799 (9,52 ± 10) (104-1); nº consultas presenciales en el periodo estudiado: 37.352; nº consultas realizadas e-correo: 4.028 (10,8%. Incremento de un 4,8% desde diciembre 2014 (6% del total de consultas); nº consultas no resueltas e-correo: 143/4028 (3,5%); Tipo consultas e-correo: 37,4% clínico-patologicas; Administrativas: 12,1%; Pluriconsultas: 6%; Skype: 11 consultas (5 videoconferencias y 6 chats). Twitter: 173 twits con 196 seguidores. Uso de la Web: 8183 usuarios. Nº visitas:9.963. 2.800 fotos clínicas y 19 videos. 10 consultas teledermatologia; Satisfaccion de los usuarios encuesta Google drive: Valoracion Global: Excelente servicio. CONCLUSIONES: 1.Intensidad de uso: muy alta y en aumento. Los viejos clientes hacen menos uso. 2. La herramienta mas utilizada ha sido la consulta por correo electrónico 3. La capacidad de resolución de la consulta online evitando la presencial ha sido muy alta 4. Grado satisfacción de usuarios: excelente 3. Impacto moderado sobre la presión asistencial y alta sobre la frecuentación. 5. Areas de Mejora: Desarrollo de Facebook y twitter. Ampliar oferta al resto de población asignada

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 102

TÍTULO: LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL RIESGO DE EMPEORAMIENTO PACIENTE PEDIÁTRICO INGRESADO, ASPECTO CLAVE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES: AMAR DEVILLENEUVE, EMILIEN.; HEREDERO ARRANZ, MP.; LOPEZ ANDURELL, M.; CARRASCO TURMO, E.; LEÓN GONZÁLEZ, D.; SECANELL ESPLUGA, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los pacientes en edad pediátrica ingresados pueden presentar complicaciones a lo largo de su proceso por lo que es necesaria una adecuada monitorización y comunicación efectiva entre los profesionales del equipo asistencial. Existe gran variabilidad en la práctica en cuanto a qué criterios utilizar en la detección del empeoramiento y mecanismos de alerta. En septiembre 2015, un hospital monográfico se adhirió a un proyecto de la red europea para la seguridad del paciente y la calidad asistencial (PASQ) que consiste en la adaptación e implantación del instrumento validado de detección temprana de riesgo de empeoramiento en el paciente pediátrico, Patient Early Warning Score (PEWS). (2012 del NHS Institute for Innovation and Improvement).

Adaptar y aplicar el instrumento validado PEWS

Evaluar su utilidad clínica

Mejorar la transferencia de información entre profesionales

Creación de un grupo de trabajo formado por médicos, enfermeras y el área de calidad del hospital.

Revisión del contenido, traducción, elaboración de material formativo y definición de 5 indicadores de evaluación.

Realización de sesiones formativas a profesionales. Pilotaje durante una semana. La versión final se implementó en formato papel.

El sistema de puntuación PEWS incluye 6 ítems: Frecuencia Respiratoria, Distres respiratorio, Oxigenoterapia, Frecuencia cardíaca, nivel de conciencia, preocupación por parte del profesionales/familia. La puntuación del riesgo de deterioro oscila entre 0 y 6 puntos. Para cada ítem el valor fuera del rango aceptable, según la edad, del paciente, es de un punto. Las puntuaciones con valor superior/igual a 3 requieren valoración del paciente por parte del médico.

Se incluyó una guía para sistematizar la transferencia de información y un registro de seguimiento de los avisos y acciones a realizar.

PEWS se aplica a todos los pacientes ingresados menores de 18 años desde octubre 2015.

Durante el periodo analizado de 5 meses desde su puesta en marcha, se ha realizado 593 valoraciones a 8 pacientes ingresados más de 24 horas.

El 99,8% de las valoraciones estuvieron por debajo de 3 puntos. Se detectó una valoración ≥ 3 . Este paciente fue valorado por el médico antes de 5 minutos des del aviso y se anotó el plan de actuación en el registro. Todos los pacientes se mantuvieron estables durante el periodo evaluado.

Ninguno de los pacientes incluidos presentó deterioro o complicaciones durante el ingreso. Sin embargo, será necesario obtener un número mayor de casos para conocer la efectividad del sistema de avisos.

PEWS ha contribuido a sistematizar la práctica de la monitorización del paciente, estandarizar los límites normales según los rangos de edad en la toma de constantes.

Está previsto informatizar el instrumento, automatizar los avisos en la historia clínica y estudiar la aplicabilidad de un instrumento similar para la población adulta.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 103

TÍTULO: CONSOLIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO ENFERMERO DEL RIESGO DE ASPIRACIÓN EN LA PRÁCTICA DIARIA DE LOS CUIDADOS EN LA FSM

AUTORES: JIMENEZ AVELLANEDA, CARLOS.; FONT CASTILLO, J.; LORA LOPEZ, C.; SERRANO CAÑADAS, D.; ULLOA MARIN, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El aumento de defunciones por broncoaspiración en la FSM en el 2014 nos obliga a continuar con la ejecución del proceso enfermero y a difundirlo entre los profesionales de la salud. Durante el 2015 hemos observado, mediante los cortes de prevalencia, el aumento del seguimiento del proceso enfermero por parte del personal sanitario. Dicho aumento nos ha permitido disminuir un 20% las muertes por broncoaspiración en nuestro centro.

Por otra parte, el análisis de datos nos alerta de un aumento significativo en las defunciones por broncoaspiración extrahospitalarias (domicilio/residencia) y la mayoría de estas suceden durante la ingesta.

Uno de los motivos del aumento de las broncoaspiraciones extrahospitalarias es la escasa preparación /información del cuidador principal sobre la identificación del riesgo de aspiración y las medidas preventivas para evitarlo. Es de vital importancia poder identificar al cuidador principal de manera precoz para poder dar soporte y educación, acerca de las medidas a adoptar para preservar la seguridad de la persona.

-Empoderar a las personas, facilitando las herramientas y educación sanitaria adecuada, para prevenir una broncoaspiración.

-Garantizar que la persona atendida no sufra una broncoaspiración durante su estancia hospitalaria.

-Identificar los factores de

Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal y de prevalencia. Muestro no probabilístico accidental. A través de la base de datos recogida por la comisión de mortalidad del centro, se filtran las muertes por broncoaspiración del 2014 y del 2015, revisando un total de 153 historias clínicas. De estas historias se evalúan varios datos como: plan de cuidados enfermero, detección del riesgo en la valoración enfermera, realización del test, origen de la broncoaspiración, y comparativa de los resultados de ambos años.

En el año 2014 la procedencia de las muertes por broncoaspiración se repartían al 50% extra e intrahospitalarias. En el año 2015 un 68% de muertes por broncoaspiración han sido extrahospitalarias, la mayoría por ingesta alimentaria. Se ha detectado una disminución en las muertes intrahospitalarias durante el 2015, sobre todo en el área sociosanitaria demostrando la efectividad de las intervenciones enfermeras. Se ha producido un aumento importante en la activación del diagnóstico enfermero del riesgo de aspiración respecto al 2014. En un 49% de las muertes por broncoaspiración, se había realizado el test de deglución. El uso del proceso enfermero nos permite mejorar la seguridad de la persona, evitando graves complicaciones. La identificación del riesgo de aspiración, la activación del diagnóstico enfermero y el cribaje de la disfagia, mediante el test de deglución, producen un descenso significativo en las defunciones por broncoaspiración.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 104

TÍTULO: INTEGRACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA HOSPITALARIA EN LA APLICACIÓN PARA DISPOSITIVOS MÓVILES RECUERDAMED

AUTORES: DOMINGUEZ CANTERO, MARCELO.; SALGUERO OLID, A.; DOMÍNGUEZ LÓPEZ, M.; FERRERO ÁLVAREZ-REMENTERÍA, J.; PACHECO MERA, ME.; SANTANA LÓPEZ, V.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los errores de medicación (EM) ocurren de forma más frecuentemente en la transición del paciente entre los distintos niveles del sistema sanitario detectándose un 66% de EM en el momento del alta hospitalaria. Un área de trabajo prioritaria, es la elaboración de un informe al alta hospitalaria claro, de fácil acceso, preferentemente en formato electrónico que evite potenciales EM.

Describir el nivel de automatización del proceso de integración entre la orden médica electrónica (OME) y la aplicación RecuerdaMed

Desarrollamos la integración entre la aplicación para dispositivos móviles RecuerdaMed® v.3.0.1 y el programa de prescripción electrónica corporativo APD ATHOS-Prisma® v.14.302.02g. La información contenida en la OME se almacena en una página web creada por el Observatorio Para la Seguridad del Paciente en la que se genera un código Quick Response (QR) por paciente. La prescripción se integra en la aplicación RecuerdaMed realizando la lectura de dicho código con un dispositivo móvil.

Estudio descriptivo transversal. Grado de automatización: mediante la comparación entre las líneas de prescripción electrónica (descripción del medicamento, dosis, vía de administración, pauta) y la información recogida en RecuerdaMed tras la integración.

Variables del estudio:

-Automatización: líneas de OME integradas. Evaluada como % automatización en la integración (líneas integradas/total líneas OME)x100.

-Necesidad de modificación manual de las líneas integradas: líneas integradas en la aplicación que requieren modificación manual. Medido como % de modificación manual (líneas que necesitan modificación/líneas integradas)x100.

Otras variables: unidad de hospitalización, error de lectura del código QR, errores de líneas integradas.

329 líneas en la OME, correspondientes a 30 pacientes ingresados. Media 10,97 líneas de prescripción por paciente. En ningún caso hubo errores de lectura del código QR.

Unidades con mayor número de pacientes: 16,7% rehabilitación, 13,3% cuidados paliativos y el 6,7% cirugía vascular.

Nivel de automatización del 95,75%. Causas de error: frecuencia prescrita "pauta libre" (88,46%) y el resto, códigos nacionales ficticios que no fueron reconocidos por la aplicación.

En el 39,4%, fue necesaria la modificación manual. 68,4% por errores en las unidades de dosificación, pautas incorrectas o descripción inadecuada 32,25%, 20,96% errores en vías de administración y 2,41% descripción del principio activo. Dentro de cada categoría el motivo de error era constante.

Se trata de la primera experiencia de integración con programas corporativos en el sistema sanitario público andaluz con un elevado grado de automatización.

La corrección de los errores sistemáticos detectados en líneas de prescripción incorporadas reduciría el porcentaje de modificaciones manuales, agilizando el proceso de integración.

La integración permitirá la movilidad de la prescripción electrónica hospitalaria en un dispositivo móvil al alta hospitalaria.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 105

TÍTULO: SISTEMA DE TRABAJO PARA PRIORIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO NEONATAL EN UN HOSPITAL MADRILEÑO DE TERCER NIVEL

AUTORES: DELGADO SAN MARTÍN, MÓNICA.; ARAGÓN GÓMEZ, I.; RUIZ GARCIA, N.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El desarrollo científico ha incrementado la sofisticación de las unidades neonatales y de los recursos terapéuticos. Los medicamentos se han convertido en elementos de primer orden para mitigar el sufrimiento humano, prolongando la vida e impidiendo o retardando la aparición de complicaciones. El sistema actual tiene como desafío la prestación de un cuidado seguro, oportuno e individualizado, en contextos clínicos cada vez más complejos.

En el neonato, la posibilidad de errores terapéuticos es muy grande, principalmente de terapia medicamentosa. En situación de riesgo, los neonatos demandan la aplicación de alta tecnología, junto a una prescripción médica individualizada, basada en su peso corporal y en las peculiaridades específicas de nuestro pequeño paciente.

Objetivo general:

Priorizar la seguridad del paciente y evitar efectos adversos derivados de diferentes maneras de trabajar que conlleven más posibilidades de error de cálculo y/o preparación.

Objetivos específicos:

Regular la prescripción estableciendo un criterio médico unificado.

Crear un sistema único para enfermería de preparación y administración de medicación urgente.

Estandarizar la identificación de las jeringas de medicación mediante códigos de colores.

1. Diseño de tabla unificada de prescripción, dilución y concentración.

2. Sistemática de preparación: Se preparan las soluciones madre siempre en jeringas de 10 ml y de esa dilución se cargan los bolos necesarios de la siguiente manera:

Identificación de jeringas:

SOLUCIONES MADRE: Se identifican las jeringas con la pegatina de color correspondiente a la medicación, escribiendo día de preparación y concentración. Se dejan en el control de enfermería. Estas jeringas NO salen del control. No debe haber soluciones madre en el box del paciente

BOLOS: se identifican con la pegatina de color correspondiente a la medicación y la dosis del bolo correspondiente. Estas jeringas se dejan a pie de cama de paciente en las bateas individuales.

3. Doble confirmación: Como filtro añadido para evitar errores, una 2ª enfermera revisa la medicación preparada tanto soluciones madre como bolos y realiza de nuevo el cálculo matemático y la interpretación de los resultados así como la preparación de la medicación. Es recomendable que esta 2ª enfermera esté fuera del contexto de la urgencia.

Enfermería tiene una gran responsabilidad en este contexto. Actúa directamente en todos los procesos del sistema de medicación. La responsabilidad ética y los avances tecnológicos imponen a los profesionales de enfermería la búsqueda constante de conocimientos específicos y actualizados.

Con esta forma de trabajar, nos aseguramos una sistemática de trabajo que nos aporte seguridad a la hora de calcular, preparar y administrar la medicación. El trabajo protocolizado es el camino para la construcción de un sistema de salud más seguro y de calidad

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 106

TÍTULO: ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS: OTRO PASO MÁS EN LAS COMPETÊNCIAS DEL MÈDICO DE FAMILIA

AUTORES: MARTINEZ MARTINEZ, NEUS.; ROMERO RUIZ, M.; ESCORCIA CHAFER, J.; RIOS VALLÉS, L.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En nuestro centro de Atención Primaria (AP), venimos realizando ecografías abdominales desde hace 7 años, con buenos resultados en el incremento de nuestra capacidad de resolución, pero en cambio, hemos detectado la necesidad de utilizar también la ecografía como método diagnóstico en lesiones músculo esqueléticas, que además de una gran prevalencia en las consultas de AP, suponen un gran numero de derivaciones y pruebas complementarias.

Incrementar el grado de resolución de la AP en el diagnostico de lesiones músculo-esqueléticas.

Dotar de las competencias adecuadas a los profesionales de AP.

En primer lugar iniciamos la formación específica, reglada y acreditada, en Ecografía Músculo-esquelética, de 2 médicos de familia (MF) interesados en el tema, que ya tenían competencias en ecografía abdominal.

Definimos un procedimiento de actuación que incluye:

- 1.- tipo de patología a derivar (sospechas de tendinitis, roturas fibrilares, lipomas, hernias,..)
- 2.- un circuito de citación por los propios médicos de familia en una franja horaria incluida en la agenda habitual de los 2 MF que las realizan.
- 3.- diseño del informe de la ecografía que realizarían dichos MF expertos y que se incluiría en la historia clínica.
- 4.- definir los diferentes circuitos de derivación posterior al diagnostico ecográfico.

Se han realizado un total de 480 ecografías músculo-esqueléticas en un año.

El tiempo medio de espera ha sido de 16 días (IC 95% +/- 7días).

El motivo más frecuente de solicitud ha sido por dolor de hombro (60%), seguido de lesiones de partes blandas (19%), 5% por sospecha de hernia, 5% patología de codo y un 10% por otros motivos.

Un 54% no precisaron ninguna acción posterior y fueron remitidos a su medico de familia para su seguimiento, un 18% se derivaron a rehabilitación, un 10% fueron derivadas para infiltraciones, un 9% fueron derivados a traumatología y un 2% a cirugía menor para valorar exéresis.

Como conclusión, la adquisición de competencias en ecografía músculo esquelética por parte de los MF, supone una mejora de la gestión clínica pues reduce derivaciones a especialistas, el tiempo de espera de la prueba y disminuye el numero de radiografías solicitadas con un menor coste del proceso y riesgo para el paciente.

Se han de definir circuitos ágiles interniveles Atención Primaria –Especializada, centrados en el paciente para mejorar nuestro sistema de salud.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 107

TÍTULO: ESTUDIO SOBRE LOS VALORES ÉTICOS EN LOS USUARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA REGIÓN

AUTORES: CANTERO SANDOVAL, ANTONIA.; MARÍN MARTÍNEZ, JM.; ROJAS LUÁN, R.; TORRES MARÍN, ME.; LUQUÍN MARTÍNEZ, R.; BROTONS ROMÁN, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La transición actual de la relación médico-paciente hacia un modelo centrado en la persona implica tener en cuenta la opinión de los usuarios en todo el proceso de su enfermedad, incluyéndose dentro de una actividad asistencial de calidad y de seguridad para el paciente la basada en unos correctos valores éticos. Dichas características morales del código deontológico profesional no han sido comparados con los valores de buena conducta que esperan los pacientes de los facultativos de Atención Primaria. En este trabajo estudiamos qué importancia dan los usuarios a los distintos valores deontológicos para adecuar la práctica clínica habitual a los modelos actuales de calidad asistencial.

Estudiar la obligatoriedad y el grado de importancia de los valores éticos en pacientes y familiares de Atención Primaria.

Estudio multicéntrico prospectivo observacional transversal descriptivo.

Emplazamiento: 82 Centros de Salud (CS)

Muestra: Pacientes (P) y familiares (F) de CS de la Región. Mayores de edad, no psiquiátricos, sin barrera idiomática y orientados en las tres esferas.

Encuesta auto-administrada: 30 valores deontológicos (adaptada Galán González-Serna Cuadernos de Bioética 2013). Preguntas: Obligatoriedad del valor (respuesta sí ó no) y grado de importancia (respuesta Likert 1-7)

Realizada: octubre 2014-julio 2015

Análisis estadístico: paquete SPSS, significativo $p < 0,05$

RESULTADOS

Participan 58 CS. Tasa de respuesta 70,73%

Encuestas válidas: 1370. P 991, F 379

Pacientes 50,3  16,5 años. Hombres 60,1% Mujeres 39,9%

Familiares 46,4  14,5 años. Hombres 64,7% Mujeres 35,7%

• Obligatoriedad: Existen diferencias significativas en:

-Empatía P 96,9% F 94,3%

-Prudencia P 98,4% F 96,4%

-Sencillez P 91,6% F 88%

• Grado de importancia

-Atención personalizada P 5,77 (0,53) F 5,56 (0,82)

-Calidad Científica P 6,31 (0,04) F 6,07 (0,06)

-Cercanía P 6,13 (0,04) F 6,07 (0,06)

-Honestidad P 6,25 (0,04) F 6,05 (0,07)

-Olvido de sí mismo P 5,01 (0,06) F 4,76 (0,1)

-Sencillez P 5,86 (0,05) F 5,67 (0,08)

-Tolerancia P 6,03 (0,05) F 5,81 (0,08)

CONCLUSIONES:

-Todos los valores éticos son considerados obligados y de gran importancia por pacientes y familiares para conseguir una relación médico-paciente de calidad.

-La sencillez es el único valor en el que encontramos diferencias en la obligatoriedad y en el grado de importancia entre pacientes y familiares.

Encontramos diferencias en obligatoriedad o grado de importancia en: Empatía, Prudencia, Atención personalizada, Cercanía, Honestidad, Olvido de sí mismo y Tolerancia (más obligados o importantes para los pacientes).

-Para conseguir una adecuada calidad asistencial en Atención Primaria, los profesionales hemos de tener en cuenta las diferencias existentes entre los pacientes y sus familiares en cuanto a la importancia de los distintos valores éticos, sobre todo cuando tomamos decisiones terapéuticas con la información exclusiva de los familiares.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 111

TÍTULO: ENFERMERA GESTORA DE CASOS PEDIÁTRICA: HISTORIA DE UNA FAMILIA.

AUTORES: CABRERA PALOMO, LOURDES.; JAEN TORO, M.; LÓPEZ JIMENEZ, E.; MARTINEZ REPISO, E.; FERNANDEZ SANCHEZ, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La familia es el recurso fundamental del paciente con necesidades especiales y principal proveedora de cuidados. Para el desempeño correcto de esta función es necesaria una buena salud mental por parte de los padres. Se analiza a la familia como un sistema integral. Lo que sucede a uno afecta al núcleo familiar.

La enfermera gestora de casos pediátrica aborda el caso con implicación de familia en autocuidado para aceptación de la enfermedad, adherencia al tratamiento y seguridad.

Caso clínico: dos hermanos con Síndrome Galloway-Mowat, niño diagnosticado con 2 años y niña con 11 meses.

2006 derivados a enfermera gestora de casos pediátrica por incumplimiento del tratamiento.

Padre con trasplante renal y paraplejía.

Familia de alto riesgo, incapaces de mantener un entorno óptimo para crecimiento y desarrollo de los niños, dificultad en comunicación, limitación cognitiva y bajo nivel educacional.

La familia resiliente a pesar de la adversidad sigue creciendo y afrontando la situación.

Mantener unidad familiar potenciando resiliencia de madre con abordaje óptimo de la situación de salud familiar.

Planificar cuidados con padres, centro de salud, profesoras y monitores.

Diagnósticos enfermeros:

Afrontamiento familiar comprometido

Deterioro parental

Conducta desorganizada de los niños

Resultados:

Preparación del cuidador familiar domiciliario

Salud emocional

Conocimiento del régimen terapéutico

Intervenciones:

Apoyo: cuidador principal, familia

Aumentar los sistemas de apoyo

Asesoramiento

Fomentar la paternidad

Fomentar el desarrollo del niño

Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención

Enseñanza: seguridad infantil, procedimiento, medicamentos prescritos, individual

Seguimiento y consulta por teléfono

Vigilancia

La madre es la cuidadora familiar, con el apoyo de la enfermera gestora de casos pediátrica.

Fomento de habilidades de resolución de problemas.

Coordinación con instituciones sanitarias, educativas y sociales.

Control de la situación de salud y coordinación de las citas.

Con los profesores y los educadores se ha trabajado el aprendizaje del procedimiento y tratamiento del proceso.

Evitados los ingresos desde 2006 a pesar de recaídas.

Evitados desplazamientos al hospital, absentismo escolar y disminuyendo gasto económico de familia y mejorando coste-efectividad de asistencia sanitaria.

Al mejorar su resiliencia promueve el desarrollo y crecimiento óptimo de sus hijos, maneja la medicación con el seguimiento telefónico y mantiene la unidad familiar.

Garantizada continuidad asistencial y cumplimiento del tratamiento.

Los padres autorizan la exposición del caso.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 112

TÍTULO: EVOLUCIÓN DE LAS RECLAMACIONES DE LOS USUARIOS SANITARIOS DE UN COMPLEJO HOSPITALARIO. PERIODO 2005 – 2014

AUTORES: GARCÍA DEL ROSARIO, CRISTINA.; RAMÍREZ LORENZO, TR.; MORA LOURIDO, CJ.; ALONSO SANTANA, ML.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Ley 11/1994, Ordenación Sanitaria de Canarias, Capítulo II. Derechos y deberes de los ciudadanos en el Sistema Canario de la Salud, Artículo 6. Derechos de los ciudadanos, apartado c) A la formulación de sugerencias y reclamaciones. Las Reclamaciones son mecanismos de participación comunitaria con el sistema sanitario, que permiten aumentar la satisfacción de sus clientes, así como el adecuado tratamiento de las quejas y reclamaciones supone un valor añadido para el sistema de gestión de la calidad.

La SEAUS, "la opinión no satisfactoria de un ciudadano en relación con un acto o proceso, asistencial o administrativo. En este marco asistencial o administrativo, con la propia asistencia, las relaciones interpersonales, la información, la organización que le atiende o le presta servicio, las condiciones de accesibilidad, estructura, alojamiento y confort, documentación u otros aspectos similares relativos a los servicios, prestaciones, centros y establecimientos del sistema de salud".

Las reclamaciones de los servicios por parte de los usuarios, aporta una importante información a los gestores para poder diseñar programas que cubran las expectativas no alcanzadas con el servicio prestado, para programas sólidos de mejora de calidad.

Analizar la percepción del usuario sanitario de la asistencia recibida a través de las reclamaciones presentadas entre los años 2005 – 2014

Específicos: Conocer los motivos por los que reclaman los usuarios sanitarios Determinar las reclamaciones interpuestas a las Unidades Asistenciales Médicas y de Enfermería

estudio descriptivo, retrospectivo.

Participantes: reclamaciones, en los SAU como unidades gestoras de las mismas durante el periodo comprendido entre los años 2005 – 2014, un total de 49.335 reclamaciones.

Análisis Estadístico: Las variables se han resumido mediante frecuencias absolutas y porcentajes relativos. Los resultados se han analizado utilizando los recursos de Microsoft Office Excel 2010

Se presentaron un total de 49.335 reclamaciones. A los Servicios de Enfermería, 1.293. Las reclamaciones presentadas por Motivos Asistenciales 10.4% , un 7.9% por Servicios Médicos y el 0.8% por Servicios Enfermería. El 2.8% corresponden al Motivo Trato, siendo el 1.3% correspondiente a los Servicios Médicos y un 0.9% a los de Enfermería. El Motivo Información, 2.5% los Servicios Médicos y el 0.1% a los de Enfermería. Por Organización, Listas de Espera alcanza un total de 31.443. Los motivos Hostelería/Habitabilidad y Confort pasa de 188 reclamaciones a 62.

Conclusiones

1. Los usuarios reclaman por Organización seguido por Información, Asistencial, Trato, Hostelería / Habitabilidad / Confort y Otros/ Sin determinar. El mayor concepto de las Listas de Espera.
2. En los Servicios Médicos: Organización, Asistencial , Información, Trato y Hostelería /Habitabilidad/ Confort . En los Servicio de Enfermería: Trato, Asistencial, Organización, Hostelería/Habitabilidad/Confort e Información

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 113

TÍTULO: MEJORA DE LA EFICIENCIA DEL SISTEMA SANITARIO A TRAVÉS DE LA MEJORA EN LA COMUNICACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

AUTORES: SANCHEZ MENAN, MARTA.; PASCUAL MARTINEZ, A.; DODERO SOLANO, J.; GOMEZ MARTIN, O.; VILA PASO, H.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Conscientes de la necesidad de un cambio del modelo asistencial con el objetivo de buscar una mayor eficiencia encaminada a la sostenibilidad del sistema sanitario y utilizando las nuevas tecnologías, hemos desarrollado una herramienta de comunicación entre profesionales de atención primaria de nuestro área de referencia y los especialistas del hospital, totalmente integrada en la HC de ambos.

Este sistema llamado e- consulta permite una comunicación rápida y eficaz entre los profesionales de ambos niveles sobre pacientes concretos; serían "interconsultas entre niveles".

Los objetivos de esta nueva vía de comunicación son,

- agilizar la comunicación entre profesionales con un nuevo canal

- consulta on-line de dudas o aspectos de un paciente al especialista que en muchos casos pueden ser resueltos por esta vía, evitando desplazamientos innecesarios del paciente al hospital.

Se ha pactado un tiempo máximo de respuesta de 48h por parte de los especialistas (excepto en caso emitirse en jueves o viernes, en los al estar el fin de semana por medio el plazo de amplia hasta 96h).

La información de ambos profesionales queda integrada en la HC del paciente, tanto en la de Atención Primaria como en la del hospital.

El sistema se ha puesto en marcha en el hospital hace 7 meses en todas las especialidades, con muy buena aceptación por parte de los profesionales que lo han utilizado

El sistema se ha puesto en marcha en el hospital hace 7 meses en todas las especialidades.

La información de ambos profesionales queda integrada en la HC del paciente, tanto en la de Atención Primaria como en la del hospital.

Se ha pactado un tiempo máximo de respuesta de 48h por parte de los especialistas (excepto en caso emitirse en jueves o viernes, en los al estar el fin de semana por medio el plazo de amplia hasta 96h).

En estos 7 meses se han realizado un total de 610 e- consultas. Los servicios en los que mas se ha utilizado han sido: radiodiagnóstico con 230 en todos los casos para solicitar informe solicitando informe radiológico de radiografías simples y geriatría (97), como medio de comunicación de dudas de pacientes de residencias sociosanitarias en el 85% de los casos

El tiempo medio de respuesta ha sido de 2.07 días

En 201 (32.95%) ,de los casos se ha evitado una consulta con el especialista, y en 30 (4.9%) el especialista ha gestionado directamente por esta vía una cita preferente para el paciente, en algún caso en 24h. En un caso se ha gestionado un ingreso urgente en el mismo día

CONCLUSIONES

Constituye una nueva herramienta de comunicación ágil y rápida entre profesionales.

Contribuye a la mejora de la eficiencia del sistema sanitario, evitando en un alto porcentaje de los casos derivaciones al especialista y por tanto traslados al paciente al hospital, lo que aumenta la calidad de la atención que recibe el paciente así como su satisfacción con los servicios prestados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 114

TÍTULO: EL SISTEMA DE INFORMACIÓN HOSPITALARIO COMO HERRAMIENTA PARA GESTIONAR LA DOTACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS

AUTORES: MONTILLA RIVAS, CRISTOBAL.; MARTINEZ FERRER, JR.; ESTELLES BARROT, M.; SANCHEZ GONZALEZ, O.; MARTINEZ FERNANDEZ, D.; LOPEZ BLANCO, I.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La gestión de la dotación de personal de enfermería en un Servicio de Urgencias supone un problema recurrente, relacionado con la imprevisible frecuentación y con la intensidad de cuidados de enfermería que se precisará. El conocimiento y análisis de la actividad previa ha de ser un factor determinante a la hora de llevar a cabo esa gestión. Por otro lado la tendencia a la rigidez de los turnos de trabajo establecidos se puede comportar como una resistencia a cualquier acción de mejora que se emprenda.

Adecuar la dotación de enfermería en base al conocimiento de la actividad previa del Servicio de Urgencias

Estudio retrospectivo de la actividad registrada en el Sistema de Información Hospitalario SINCRHOS (STS) durante el periodo de enero de 2012 a diciembre de 2015, y análisis posterior mediante el programa SPSS 21. Se analizaron un total de 62.629 registros con 59 variables, constituyendo una base con 3.695.111 datos. A parte de variables demográficas se estudiaron variables como número de urgencias, nivel de triaje, tiempo de inicio de triaje, tiempo de inicio de la atención, procedencia de otros dispositivos asistenciales, número de pacientes crónicos complejos (PCC), número de pacientes con enfermedad crónica avanzada (MACA), destino al alta, tiempo de estancia, tiempos de espera, diagnósticos principales y secundarios, procedimientos, demora en los ingresos...

El análisis de los datos evidenció una distribución horaria característica a lo largo de los 4 años estudiados. Se evidenciaron dos franjas horarias comprendidas una entre las 11:00 y las 14:00 y otra entre las 18:00 y las 21:00, en las que la frecuentación aumentaba significativamente. Se evidenció también un aumento significativo del número de urgencias entre los meses de noviembre a abril. El perfil de frecuentación de los diferentes niveles de triaje sigue el mismo patrón a lo largo de las diferentes franjas horarias. Se aprecia un descenso significativo en el número de urgencias de los sábados y domingos. Así mismo durante las franjas horarias de mayor afluencia se observó que la demanda estaba compuesta mayoritariamente por pacientes con triaje 3 del Sistema Español de Triage (programa web e_Pat v 4.5), mayores de 75 años y pluripatológicos, lo cual conllevaba un aumento en la intensidad de curas de enfermería. En base a toda esta información se decidió modificar la dotación de enfermería del servicio, organizándola en unos turnos de trabajos diferentes y novedosos respecto a los existentes previamente tanto en el Servicio de Urgencias como en el resto del Hospital. La actual coyuntura económica obliga a la optimización de los recursos disponibles. Las organizaciones sanitarias han de identificar sus necesidades tanto actuales como futuras y poder planificar los recursos humanos requeridos asegurando la calidad asistencial y en equilibrio con la sostenibilidad económica de la organización.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 115

TÍTULO: IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN DE UN GERIATRA EN LA PRESCRIPCIÓN DEL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO: PROYECTO PILOTO

AUTORES: RIOS VALLES, LIDIA.; CERVERA MARTINEZ, M.; ROQUER FANLO, E.; MARTINEZ MARTINEZ, N.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La polifarmacia es un problema en aumento en la población de edad avanzada, condicionando importantes efectos nocivos tanto a nivel clínico como por un aumento de los costes económicos sanitarios.

Los motivos principales de polimedicación son el incremento en la esperanza de vida (estimada en nuestro país en 83,3 años), la pluripatología asociada a este aumento de la supervivencia y a la progresiva implementación de guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica.

Mejorar el uso de los medicamentos, minimizando la prescripción inadecuada y los riesgos asociados a la misma, así como optimizar y mejorar la eficiencia de la prescripción farmacológica.

Se trata de un estudio, antes después, de la prescripción de dos residencias geriátricas de 52 plazas (RG1) y 142 plazas (RG2), tras una intervención basada en la coordinación multidisciplinar de diferentes niveles asistenciales: geriatra hospitalario, farmacéutico y médico responsable de residencia, para la valoración de los pacientes y su tratamiento. Se lleva a cabo:

- Valoración geriátrica integral de todos los pacientes.
- Revisión exhaustiva de la medicación mediante receta electrónica y acceso a las historias clínicas.
- Uso de la guía farmacoterapéutica de referencia para la selección de fármacos y del índice de la calidad de prescripción que se utiliza en nuestro entorno.

Se ha valorado un total de 194 pacientes y comparado los resultados antes y después de la intervención, en la RG1 hubo una disminución de los fármacos no recomendados por nuestra guía de referencia del 35,5% y en la RG2 del 27,7%.

Analizando los grupos farmacológicos, destaca una disminución en el uso de IECAS de un 59% en la RG1 en pacientes hipotensos evitando los riesgos que conlleva. Así mismo, destaca la disminución de un 30% en el uso de antiulcerosos en la RG1 y de un 80% en la RG2, por falta de indicación, evitando así los riesgos asociados al uso a largo plazo. En cuanto a los antidepresivos, se han retirado el 66,7% en la RG2 y un 18,2% en la RG1, por tratarse de antidepresivos no recomendados en ancianos.

En cuanto a la eficiencia, en ambas residencias se ha producido una disminución del gasto de farmacia, se disminuyó el gasto en fármacos en un 24,5% en la RG1 (4.713€) y en un 12,5% en la RG2 (12.548€) pues tiene mayor número de residentes.

DISCUSIÓN:

El objetivo a largo plazo es disminuir la prescripción inadecuada, con una potencial mejoría de la situación clínica de los pacientes (reducción de reacciones adversas medicamentosas, mejoría situación cognitiva y funcional) que comportará una disminución potencial de las consultas y visitas a urgencias y/o ingresos hospitalarios. Esta prueba se aplicará en las otras residencias que tenemos adscritas a nuestro centro de salud.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 117

TÍTULO: INNOVANDO PARA MEJORAR: IMPACTO DE UN PROGRAMA FORMATIVO PARA EL REGISTRO DE LA PRESTACIÓN DE CUIDADOS PRIMERA FASE

AUTORES: BERENGUER-POBLET, MARTA.; CUEVAS BATICÓN, B.; ANDREU MIRÓ, MJ.; BENEDICTO GALIANA, M.; BRULL GISBERT, LL.; PIÑOL SEGURA, S.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los registros de enfermería son actualmente más importantes que nunca. Como ya sabemos, favorecen la comunicación entre los componentes del equipo multidisciplinar, se utilizan como fuente de información para la toma de decisiones, son indispensables ante situaciones legales y posibilitan realizar análisis estadísticos y de investigación que nos permiten avanzar en la disciplina enfermera.

Un registro adecuado, además de contribuir a la calidad de los cuidados, hace visible el trabajo que enfermería realiza, favorece el desarrollo de la disciplina enfermera y refuerza su rol independiente. Registrar las intervenciones enfermeras garantiza la continuidad de los cuidados para poder proporcionar una atención de calidad, es decir, cuidados eficaces, eficientes y adecuados.

Para ello, los profesionales deben estar formados en metodología. Este estudio presenta el diseño de un programa de intervención y el impacto del mismo para mejorar la prestación de cuidados.

Promover una mejor utilización de los sistemas de registros en las unidades de hospitalización.

Detectar áreas de mejora para aumentar la calidad de los cuidados.

El año 2015 iniciamos un proyecto de innovación para fomentar el cambio y mejorar la calidad asistencial y la gestión sanitaria.

El primer paso fue incorporar el cuadro de mandos del centro en todo el proceso y fomentar la implicación de profesionales asistenciales expertos especializados. A partir de aquí se empezó a trabajar de forma específica en dos líneas: por una parte el apoyo y la formación de los nuevos profesionales con un programa formativo de iniciación y, por otra parte, el refuerzo de los conocimientos ya integrados de los profesionales experimentados, a través de la implantación del nuevo proyecto que presentamos.

Ante esta necesidad, hemos diseñado un programa de formación específico que permita a los profesionales desarrollar el pensamiento crítico y metodológico. Se han organizado las sesiones de entrenamiento en grupos reducidos, por unidades de hospitalización, categoría profesional y nivel de aprendizaje de los profesionales.

La evaluación del impacto del programa formativo se realizará mediante una comparativa de los resultados extraídos del modelo de prestación de curas enfermeras, una vez haya finalizado la formación.

Algunos de los resultados preliminares obtenidos muestran una mejor utilización de los sistemas de registros en las unidades de hospitalización destacando los indicadores: Registro simultáneo 5 signos vitales básicos, Control sistematizado de la FR, Dolor EVA superior 3, Curas postmortem, Lesiones por presión_intraunidad, Riesgo claudicación familiar. Así pues podemos avanzar que, hasta el momento, los indicadores de resultados son positivos y ponen de manifiesto la buena aceptación de la formación entre los profesionales además de la mejora de los datos de la prestación de cuidados enfermeros. No obstante, esperamos poder confirmar la efectividad del programa con resultados más robustos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 118

TÍTULO: NECESIDAD DE UN CUADRO DE MANDOS COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

AUTORES: MORADO QUIÑOÁ, MARÍA PURIFICACIÓN.; ROCA BERGANTIÑOS, MO.; BALTAR BOILEVE, DM.; CANDAL COMBA, C.; SUEIRAS PASCUAL, S.; ALVAREZ VAZQUEZ, JC.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El cuadro de mandos denominado 'Casandra', ha sido desarrollado para la gestión de los indicadores de calidad y seguridad del paciente en Enfermería en la Xerencia de Xestión Integrada de Lugo, Cervo e Monforte.

Se ha diseñado para que los usuarios con diferentes niveles de acceso (Calidad, Dirección y Mandos intermedios) puedan conocer en tiempo real y de una manera ágil sus indicadores, de cara a la permanente mejora de calidad asistencial.

El objetivo de Casandra es la medición del cumplimiento de los indicadores de Calidad y Seguridad del Paciente en las unidades de Enfermería del EOXI de Lugo, Cervo e Monforte.

Estos indicadores han sido establecidos por la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia y se aplican en todos los hospitales públicos gallegos.

La mejora continua de la calidad asistencial se basa en disponer de información de los indicadores en tiempo real para poder establecer las acciones mejora y/o correctivas que sean procedan.

Disponer de un sistema de seguimiento de los indicadores posibilita realizar una evaluación continua por parte de Calidad y Dirección, y al mismo tiempo esa información está disponible para el autoanálisis por parte de cada Unidad de Enfermería., además de mejorar el feedback con el personal.

Hasta el 2008 se realizaban cortes observacionales periódicos para la recogida de datos y obtener información sobre la evolución de los indicadores. A partir de ese momento, y coincidiendo con el final de la implantación del registro informatizado de la actividad enfermera, se empezó a recoger los datos procedentes de GACELA, incorporándolos a una Excel.

La idea de desarrollar un cuadro de mando dinámico surge en el 2012, aunque su implantación no se completa hasta 2014.

Esta herramienta se desarrolla en un entorno web mediante herramientas Opensource, y esto facilita la consulta en todo el entorno de la Organización.

La información que proporciona se presenta de dos formas: resultados numéricos de los indicadores y gráficas de la evolución de calidad asistencial por Unidades.

Casandra se conecta a las Bases de Datos de Gacela e Historia Clínica para recibir datos de los cuidados prestados a los pacientes ingresados de manera que se ofrezcan resultados agregados en una serie de indicadores.

Además se muestra la información referente a los parámetros de ocupación y cargas de trabajo de cada Unidad, como sería el número de personas ingresadas, índice de ocupación y días de ingreso.

En el periodo de cuadro de mandos estático se constataba un cumplimiento de los indicadores entorno a un 20% -30%.

Desde el inicio se logró mejorar la calidad de atención al paciente en un 40%, pasando el grado de cumplimiento de objetivos de calidad a un 70% en global.

En una segunda fase, de incorporación al sistema de las Supervisoras, se ha logrado aumentar hasta un 85% - 90%.

El Cuadro de Mandos Casandra ha representado un cambio cualitativo total en la gestión de calidad y seguridad del paciente en enfermería del Área.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 119

TÍTULO: INFLUENCIA DE LA IMPLANTACION DEL PAI EN LOS RESULTADOS DE LA UGC DE NEFROLOGIA. ANALISIS DE LOS ACCESOS VASCULARES

AUTORES: SORIANO CABRERA, MARIA SAGRARIO.; CRESPO MONTERO, R.; ALVAREZ DE LARA SANCHEZ, MA.; MARTIN MALO, A.; ALJAMA GARCIA, P.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La realización del acceso vascular definitivo para diálisis es un criterio de calidad específico de los acuerdos de gestión de la UGC de Nefrología derivado de la aplicación del Proceso Asistencial Integrado de IRC (PAI). Un indicador del PAI, recomendado en su primera edición, es que el acceso vascular para hemodiálisis (HD) se realice tres meses antes del comienzo de la misma, debido a que el comienzo de la HD a través de un catéter se asocia con una elevada morbimortalidad. Igualmente se recomienda que el acceso definitivo sea la fistula arteriovenosa (FAVI) en un porcentaje superior al 80% .

Evaluar la influencia de la puesta en marcha de una serie de medidas encaminadas a cumplir la recomendación del PAI sobre el porcentaje de pacientes que inician HD con FAVI funcionante.

Los responsables de la UGC y de la Consulta de ERCA adoptaron las siguientes medidas: 1) Implementación del PAI en el año 2005 y creación de una comisión de seguimiento de todos los indicadores del mismo en la UGC de Nefrología; 2) Inclusión de este criterio del PAI en los Acuerdos Específicos de Gestión de la UGC; 3) Reuniones Periódicas con la UGC de Cirugía Cardiovascular (CCV): se adjudica un quirófano semanal, cirujano experto, valoración de pacientes complejos en Consultas antes de programar; 4) Remisión precoz del paciente a Consulta de ERCA; 5) Remisión precoz del paciente a CCV; y 6) Gestión individualizada de la prioridad de cada paciente según progresión de la ERC y comorbilidad asociada.

Los métodos utilizados fueron la explotación de la base de datos de la UGC de Nefrología y los Informes publicados anualmente por el Sistema de Información de la Coordinación Autonómica de trasplantes de Andalucía (SICATA)

Se presentan los resultados de los pacientes que fueron seguidos en la consulta de ERCA durante al menos 6 meses. En el año 2005 el porcentaje de pacientes que iniciaron hemodiálisis a través de FAVI en Córdoba fue de un 57% (Media en Andalucía del 62%). Con el transcurso de los años, y tras implementar las medidas comentadas anteriormente, hemos ido logrando una mejora en este %, siendo del 71% en el año 2007, 82% en los años 2010 y 2012, y 86% en el año 2014 situándonos como primera provincia en el % de fistulas de Andalucía (Media en Andalucía del 55%).

En conclusión, las medidas implementadas, han supuesto una mejora sustancial en la atención a los pacientes que inician HD y han permitido que se cumplan tanto las recomendaciones del PAI como los Acuerdos Específicos de Gestión de la UGC. Estas medidas han resultado eficaces para disminuir la utilización de catéteres para diálisis, minimizando sus complicaciones asociadas: infecciones, ingresos hospitalarios y morbimortalidad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 120

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UNA NUEVA HERRAMIENTA ELECTRÓNICA

AUTORES: CIDONCHA MORENO, M^a ANGELES.; LANDALUZE OKERANTZA, MG.; GAGO ALONSO, I.; CHUECA AJURIA, AM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los registros de enfermería son documentos con base jurídico-legal y constituyen un elemento clave de la atención sanitaria posibilitando el trabajo en equipo, la continuidad en los cuidados y la atención personalizada. Éticamente, constituyen una prueba documental de la alineación de los aspectos humanos, éticos y científicos en las intervenciones que se han planificado.

Describir cómo se están realizando los registros de enfermería intentando identificar puntos fuertes así como las áreas de mejora para establecer estrategias que faciliten realizar un mejor registro del proceso de enfermería.

Este proyecto se ha realizado en varias fases:

- 1. Fase: Creación de los aspectos a valorar (Subdirección de Enfermería + referentes en los registros de enfermería de las organizaciones de Osakidetza). Este proceso se realiza realizando trabajo en grupo, búsquedas bibliográficas y consenso de referentes, intentando crear una evaluación integral de los registros.
- 2. Fase: Formación de los evaluadores y recomendaciones a los referentes de todas las organizaciones
- 3. Fase: Evaluación de los registros en toda la Organización

Se realiza un análisis de la adecuación de los registros del proceso de enfermería observando entre otras cosas: el registro de los dominios NANDA, concordancia del plan de cuidados con otros registros de la historia, etc.; además se realiza un análisis de los puntos fuertes detectados.

Las áreas de mejora más destacables en comunitaria han sido: el fomento del uso de Osanaia (ya que se observa registro escaso y desigual) observándose que el 84,52% de la valoración enfermera por dominios no cumple con los criterios establecidos; y la adecuación de la firma de las actividades realizadas ya que se observa que el 50% de los registros evaluados no tienen la firma enfermera de forma adecuada. En atención hospitalaria fueron: la mejora en la valoración tanto de dominios como dispositivos y heridas (se observó que el 31,11% de los registros de dispositivos y heridas evaluados no se habían realizado correctamente al ingreso y en el 85,56% de los registros de los dominios durante el ingreso era mejorable) y la adecuación del contenido del informe de enfermería (en el 40% de los registros evaluados se encontró que no se reflejaban las causas que motivan la actuación enfermera durante el ingreso)

Este proceso está reforzando la importancia de los registros en enfermería y que cada enfermera, ante cada paciente, debe usar el razonamiento crítico en la aplicación del proceso de enfermería, realizando un juicio clínico y registros adecuados.

Los procesos de evaluación pueden ayudar a las organizaciones y referentes a conocer áreas de mejora en las que incidir para mejorar el registro del cuidado.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 121

TÍTULO: OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS EN EL DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN UN ÁREA SANITARIA.

AUTORES: GIL RUIZ, M.; BETETA LÓPEZ, A.; JIMÉNEZ LOBO, M.; GÓMEZ-CHACÓN GALÁN, L.; MARTÍNEZ HUEDO, S.; VEGA PRADO, L.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El diagnóstico rápido de la Infección por *C. difficile* es fundamental sobre todo en el ámbito hospitalario, donde estas infecciones son especialmente relevantes debido al uso de antibioterapia en pacientes ingresados. Además de los síntomas diarreicos, la enfermedad puede derivar en colitis pseudomembranosa (CPM) que necesita urgentemente un tratamiento con antibióticos eficaces frente a *C. difficile* (metronidazol, vancomicina), ya que puede llegar a comprometer la vida del individuo. La mortalidad asociada a esta infección puede ir desde 6% hasta el 30%, sobre todo si el paciente sufre de CPM.

A pesar de la evidente mejora de la calidad de las técnicas diagnósticas de esta infección, en esta última década no existe una única prueba que por sí misma, pueda ser lo suficientemente útil como para poder ser utilizada en el momento actual para el diagnóstico rápido de la infección por *C. difficile*. Esta falta de métodos suficientemente coste-eficaces para el diagnóstico de esta infección, hace que nos planteemos en nuestro laboratorio, el análisis de la eficiencia de los diferentes algoritmos diagnósticos aplicados a esta infección, buscando la opción más beneficiosa para nuestra área sanitaria.

Se ha comparado en nuestro laboratorio el coste de tres posibles algoritmos diagnósticos para la detección de *C. difficile*. El estudio se ha planteado en las 500 muestras de heces que en un año son estudiadas en nuestra área sanitaria por una posible infección por *C. difficile*. Por un lado, la posibilidad que en el momento actual hay establecida en el laboratorio, que resulta de combinar un test inmunológico que detecta la enzima GDH de *C. difficile* con la producción de toxinas, y en el caso de resultar positivo, se realiza la confirmación por técnicas moleculares (PCR); por otro lado, el algoritmo diagnóstico que combina la detección inmunológica de GDH y en el caso de ser positiva, la confirmación con PCR; y por último, la opción de sólo emplear técnicas de biología molecular (PCR).

Del análisis planteado, obtuvimos los siguientes resultados:

- En el primer caso, se empleaban 4.500 euros en las 500 muestras de heces estudiadas con un test inmunológico GDH + toxina, y confirmación por PCR de 20 muestras (aproximadamente hay un 5% de positivos en nuestra área) que resultan positivas con el primer test.
- En el segundo caso, se empleaba un total 1.750 euros en realizar la detección de GDH en las 500 muestras de heces, y posteriormente unos 900 euros en confirmar las 20 muestras que resultaban positivas con el primer paso, lo que ocasionaba un coste total de 2.650 euros.
- Por último, la aplicación de sólo métodos moleculares (PCR), ocasionaba un coste de 22.500 euros en el caso de ser aplicado este algoritmo.

De todo ello, se pudo concluir que la segunda opción es la propuesta más coste-eficaz en nuestra área sanitaria, y ha sido la que definitivamente hemos implantado.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 122

TÍTULO: CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN DIFERENTES TRANSICIONES ASISTENCIALES

AUTORES: GONZALEZ MARTÍN, UNAI.; ARANA OSINAGA, A.; PRIETO PERAITA, M.; CORCÓSTEGUI SANTIAGO, B.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los pacientes atendidos en los hospitales psiquiátricos acostumbran a tener estancias prolongadas con un elevado número de transiciones asistenciales. Esta realidad nos lleva a la necesidad de realizar una conciliación de la medicación de forma continuada (en los ingresos, en las altas y en la derivación a hospitales generales).

Conciliar la medicación de los pacientes ingresados en tres hospitales psiquiátricos y analizar el número y el tipo de discrepancias encontradas.

Se concilia la medicación de los pacientes ingresados durante el año 2015 en cada transición asistencial.

Para ello se revisa la prescripción de medicamentos del paciente tras obtener la información de la Mejor Historia Farmacoterapéutica Posible que se obtiene tras revisar:

- la historia clínica electrónica del paciente teniendo en cuenta la procedencia (hospital general, derivación desde centro de salud mental, desde domicilio, desde otro hospital psiquiátrico...).

-medicamentos prescritos en el programa de receta electrónica.

-revisión de los evolutivos de atención primaria y de las especialidades que atienden al paciente.

Una vez revisadas estas fuentes, se compara con los medicamentos prescritos y se comunican las discrepancias encontradas al personal médico responsable para su aclaración.

Se recoge en una base de datos todas las discrepancias detectadas y se identifican, según el Documento De Consenso De Conciliación de la SEFH, en justificadas clínicamente a la nueva situación del paciente y no justificadas, clasificando estas últimas en: omisión de medicamento, diferente dosis, vía o frecuencia, prescripción incompleta, medicamento equivocado e inicio de medicación (discrepancia de comisión) y considerándolas como errores evitados.

De un total de 17.199 medicamentos conciliados se encontraron 1.228 discrepancias de las cuales 794 no se justificaron clínicamente, identificando 372 errores evitados al ingreso que representó el 3.82% de los medicamentos conciliados en dicha transición, 348 al alta (5.64%) y 83 en las derivaciones hospitalarias (6.42%)

Los errores evitados se clasificaron en omisiones (42.82%), seguido de un 34.89% de cambio de dosis, vía o frecuencia y 12.09% de comisiones. En menor proporción, se detectaron un 7.93% de prescripciones incompletas y un 0.25% de medicamentos equivocados.

Los resultados de este estudio confirman la importancia de la conciliación de los medicamentos en todas las transiciones asistenciales prestando especial atención a las derivaciones interhospitalarias donde hemos detectado un área de mejora.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 123

TÍTULO: FALLOS DE SEGURIDAD: EVALUACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN HEMODIÁLISIS

AUTORES: ALVAREZ DE LARA SÁNCHEZ, M ANTONIA.; CRESPO MONTERO, R.; RODRÍGUEZ BENOT, A.; BERENGUER GARCÍA, MJ.; TEJEDOR FERNÁNDEZ, M.; ALJAMA GARCÍA, P.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los errores médicos son fallos del proceso asistencial que pueden llegar a provocar un daño en el paciente. En EEUU, se produce un millón de lesiones y entre 44.000 y 98.000 muertes al año por eventos adversos que en su mayoría se pueden prevenir. Solo el 20% de los eventos adversos (EA) que ocurren como consecuencia de la asistencia se reportan y de ellos, el 40-70% son evitables.

Apenas hay información en la literatura médica sobre los eventos adversos que ocurren en Nefrología, y menos aún en España. Un estudio muy reciente mostró que en pacientes con enfermedad renal crónica el riesgo de padecer un EA es entre un 20% y un 80% más alto que en pacientes con función renal normal y que la probabilidad de sufrir un EA es proporcional al grado de severidad de la insuficiencia renal. Sin embargo, no hay datos en la literatura sobre la incidencia de EA en pacientes en hemodiálisis, sometidos a una circulación extracorpórea tres veces por semana.

Analizar los fallos de seguridad considerados como la aparición de EA que ocurren en la Unidad de Hemodiálisis (HD) de un hospital universitario.

Estudio retrospectivo y descriptivo consistente en un análisis semiestructurado de las historias clínicas de los pacientes atendidos en la Unidad de HD en los días elegidos para la evaluación. Evaluación mediante método del Global Trigger Tools (IHI) / MIDEA (Medición de la Incidencia de efectos adversos). Periodo de estudio: noviembre 2015 a febrero de 2016

Se definió Evento Adverso como "daño no intencionado causado como consecuencia de la asistencia sanitaria (profilaxis, diagnósticos, tratamientos, cuidados)". En este análisis sólo se consideró el daño de tipo físico que requiere alguna intervención adicional (monitorización, tratamiento, hospitalización) o que causa la muerte. La severidad de los EA se categorizó según la NCC MERP y de los 9 niveles (de A a I) se recogieron sólo los 5 que producen daño y son más graves (de E a I).

Número de historias analizadas: de 21 pacientes en HD, se evaluaron las 3 últimas sesiones de HD, total 63 sesiones.

Resultados

Pacientes: 14 varones y 7 mujeres. Rango edad: 35-88 años. Diabéticos 42,3%, deambulan 90,5%. Se detectaron 11 EA en 7 pacientes (0,52 EA/paciente) lo que supone una tasa de EA del 17,4% de las sesiones de HD y del 33,3% de los pacientes dializados en ese período. Los EA detectados fueron: 4 coagulaciones del circuito extracorpóreo completo, 2 líneas venosas coaguladas, 4 hipotensiones sintomáticas y 1 calambres. Los 11 casos (100%) fueron de gravedad leve (E = daño temporal del paciente que requiere intervención). 4 pacientes tuvieron 1 EA, 2 tuvieron 2 EA y 1 tuvo 3 EA.

Conclusiones

Los Eventos Adversos en hemodiálisis son frecuentes (ocurren en más del 30% de los pacientes) aunque en su mayoría son leves. Es necesario implantar herramientas para su detección y así plantear estrategias dirigidas a reducirlos y mejorar la seguridad del paciente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 124

TÍTULO: ADMINISTRACIÓN PARENTERAL DE FÁRMACOS EN NEONATOLOGÍA

AUTORES: FLORES CARABALLO, JESUS MARIA.; CAMPOS SUERO, EM.; GARCÉS AGUILAR, JI.; RUIZ PÉREZ, M.; PÉREZ PÉREZ, MP; TEJADA MONASTERIO, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La administración parenteral de fármacos en neonatología constituye unos de los pilares básicos en la labor del equipo de enfermería en el cuidado del recién nacido. Por ello es importante tener una adecuada conciencia de todos aquellos aspectos que rodean a la administración correcta de fármacos, en cuanto a formas de administración (directa, intermitente, continua), incompatibilidades, estabilidad, así como otras observaciones que pudieran ser interesantes para el profesional de enfermería encargado de administrar dicho fármaco.

Con este trabajo pretendemos que el profesional de enfermería, ya sea experto o no en los cuidados del neonato, tenga a su disposición una guía o herramienta, que pueda consultar en su labor diaria, con el fin de que exista una referencia útil y veraz, acerca de la administración correcta de los fármacos más habituales usados en nuestra unidad, y que de forma unánime exista una misma actuación con respecto a la administración de un fármaco en concreto.

- Crear guía de referencia para profesionales de enfermería expertos y no expertos en la administración correcta de fármacos de nuestra unidad
- Unificar criterios en la administración correcta de fármacos más habituales en neonatología
- Facilitar y simplificar la labor del equipo de enfermería

Se realizó una búsqueda en Internet de otras guías de administración de fármacos en neonatología. En base a ello se extrapolaron solamente los fármacos que se usan en nuestra unidad más frecuentemente, desechando el resto de fármacos. A continuación, se establecieron características asociadas de cada fármaco como formas de administración (directa, intermitente, continua), incompatibilidad, estabilidad y observaciones, estableciendo una concentración recomendada en caso de perfusión intermitente y fijando una dilución concreta para perfusiones continuas.

Con todos los datos se elaboró una guía de referencia, en forma de tabla, de administración correcta de fármacos propia de nuestra unidad de neonatología. Dicha guía está disponible en la unidad de neonatología para cualquier profesional que tenga que consultar cualquier aspecto en la administración de fármacos más comunes en neonatología.

Con esta guía pretendemos conseguir una unificación de criterios en la administración parenteral de fármacos facilitando de este modo nuestra labor de enfermería, permitiendo que un fármaco en cuestión sea administrado eficazmente y según una pauta establecida.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 125

TÍTULO: AUDITORIA CLÍNICA (AC) PARA MEDIR LA VARIABILIDAD CLÍNICA DEL PROCESO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

AUTORES: TORRAS BOATELLA, MARIA GLÒRIA.; CANALS SUBIRATS, E.; BOLADERAS INGLADA, AM.; MARÍN BORRAS, S.; JOVÉ TEIXIDÓ, J.; GUEDEA EDO, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Disminuir la variabilidad de la práctica clínica es uno de los retos que estamos abordando en nuestra institución, multicéntrica y monográfica de atención al cáncer, que da cobertura a un 40% de la población en Cataluña. Diferentes estudios muestran la utilidad de la AC como instrumento de evaluación y este es el propósito para aplicar en el proceso de oncología radioterápica, en cada uno de nuestros 3 centros

1. Medir la variabilidad de la práctica clínica mediante una auditoria clínica
2. Identificar las áreas de mejorar
3. Implantar un plan de acción para conseguir la mejora del proceso

El proyecto se inicia a finales del año 2014, con la constitución de un grupo de expertos compuesto mayoritariamente por físicos médicos y oncólogos radioterapeutas de los 3 centros, entre los cuales los referentes de las 4 patologías priorizadas: cáncer de pulmón, cérvix, recto y próstata. Este grupo recibe el encargo de diseñar la auditoria, analizar los resultados y definir el plan de mejora a aplicar en 2016. Auditores externos a los servicios implicados, revisaron 580 historias clínicas (HC) para obtener 40 por patología y centro que cumplieren criterios de inclusión (intención curativa y tratamiento con radioterapia iniciado en 2013). La base de datos incluyó unas 100 variables para cada patología, y se definieron más de 50 indicadores para medir las dimensiones clave de cada fase del proceso (diagnóstica, terapéutica, seguimiento): adecuación del tratamiento, accesibilidad, seguridad clínica...

En base a los resultados obtenidos se ha definido un plan de mejora a implantar en 2016. Una nueva AC deberá realizarse posteriormente

Los resultados se disponen para cada patología y centro. Destacando los siguientes de forma agregada, por haber derivado en acciones de mejora:

Fase diagnóstica: % de pacientes valorados en un comité multidisciplinar (consta en la HC): 31%. Fase terapéutica: % de pacientes que han recibido el tratamiento planificado: 45,5% (dosis: 98%; duración: 45,5%); Motivos de alargar el tratamiento: incidencias técnicas y festivos intersemanales. % de pacientes con efectos adversos (EA) (grado III o superior): 12%. Se evidencia una mala calidad del registro de EA. % de sesiones de RT con control de imagen: Media 52,5 (DE: 35,7). Días entre la 1ª. Visita y el inicio del tratamiento: Media 24,8 (DE: 18,7). El plan de mejora incluye acciones específicas para cada patología y/ò centro y otras generales de las que destaca: Fomentar la toma de decisiones multidisciplinar, elaborar procedimiento de interrupciones de tratamiento i otro de control de imagen i aplicarlos, homogeneizar registro de efectos adversos

Conclusión: Se constata variabilidad entre los 3 centros. Tenemos un plan de acción en relación a las áreas de mejora identificadas cuya implantación requiere del compromiso de toda la organización. Con esta experiencia esperamos seguir avanzando en la cultura de la evaluación clínica y la mejora continua, en beneficio de nuestros pacientes

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 126

TÍTULO: EL MARCADOR POA (PRESENT ON ADMISSION) COMO INDICADOR DE RESULTADOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL

AUTORES: LATORRE GUIASOLA, MIGUEL.; RODRIGUEZ TEJEDOR, S.; ANSO BORDA, I.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Durante los últimos 20 años, los investigadores de los servicios de salud han destacado la importancia de diferenciar entre diagnósticos que están presentes al ingreso (Present On Admission –POA-) de aquellos que surgen durante la estancia en el hospital. La posibilidad de identificar si una condición ya está presente al ingreso (o al inicio del contacto hospitalario) o si, por el contrario, debuta durante el episodio asistencial aportará beneficios potenciales. Entre ellos: 1. Precisión clínica a la codificación al distinguir entre comorbilidades y complicaciones. 2. Eficiencia a las actividades de programas de seguridad de pacientes basadas en CIE-9-MC al disminuir los falsos positivos (diagnósticos y causas externas presentes al ingreso) en la identificación de casos. 3. Exactitud a indicadores de calidad asistencial y seguridad de pacientes y de los análisis derivados de ellos. El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) incorpora este marcador entre los datos a extraer de las historias clínicas de los pacientes ingresados en cada episodio asistencial (ingreso - alta). Consideramos que esta información es de interés para la investigación y la evaluación de la calidad en unidades y servicios en el proceso de Hospitalización.

Conocer si se puede establecer la información de diagnósticos que NO están presentes al ingreso como un sistema de monitorizar los daños ocasionados durante la hospitalización y la posibilidad de introducir medidas para evitarlos.

Criterio de inclusión y Periodo de estudio: se revisan todos los episodios incluidos en el CMBD de hospitalización de los años 2014 y 2015.

Indicador: % de episodios con posible daño. Fórmula: N° de episodios con ≥ 1 POA 'NO' x 100 / N° de episodios de hospitalización.

Explicación del indicador: Desde el punto de vista de seguridad del paciente, este indicador monitoriza el daño ocasionado a los pacientes durante su estancia en una unidad del Hospital. Se analiza la variación de la tendencia lineal del indicador. Los criterios de valoración utilizados son:

1. Cambio discreto (< 1% de variación); 2. Cambio moderado (1% – 5% de variación) y 3. Cambio importante (>5% de variación).

Del estudio se destacan los siguientes resultados: 1. A nivel global del hospital, hay aumento discreto de tendencia (< 1%). 2. Del análisis de los diagnósticos de los servicios que presentan un grado de POA "N" igual o superior a la media del hospital se concluye que, en la mayoría de ellos (75%), aumenta el porcentaje de episodios con algún diagnóstico que no estaba presente al ingreso del paciente.

Conclusiones: 1. La medición periódica del indicador POA "N" es útil para conocer la frecuencia de daños (complicaciones y efectos adversos) ocasionados a los pacientes durante su estancia en una unidad de hospitalización. 2. En todos los servicios se puede utilizar además para identificar daños prevenibles y diseñar así proyectos que minimicen los riesgos de ocasionarlos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 128

TÍTULO: ALGORITMO DE CUIDADOS EN HIPOTERMIA NEONATAL INDUCIDA

AUTORES: FLORES CARABALLO, JESUS MARIA.; CAMPOS SUERO, EM.; GARCÉS AGUILAR, JI.; RUIZ PÉREZ, M.; PÉREZ PÉREZ, MP; TEJADA MONASTERIO, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La hipotermia neonatal inducida es un recurso terapéutico utilizado en las unidades de cuidados intensivos de neonatología en pacientes con afectación hipóxico-isquémica tras el parto. El conocimiento de esta técnica por parte del personal de enfermería es fundamental para el buen control y desarrollo de ésta.

1. Ofrecer al profesional de enfermería un sistema o guía de referencia para facilitar el trabajo a realizar en el paciente sometido a hipotermia.
2. Destacar aquellos puntos más importantes y fundamentales en el manejo de la técnica.

Realización de una búsqueda de contenidos en Internet, que tienen relación con actuaciones en el manejo de la hipotermia en neonatos, realizando una recopilación de cuidados fundamentales, con el fin de mejorar la calidad asistencial del paciente que se ha sometido a hipotermia, ya sea pasiva o activa.

Se presenta un algoritmo de cuidados donde el profesional de enfermería tendrá conocimiento de aquellas consideraciones a tener en cuenta en el paciente sometido a hipotermia, según las distintas fases en la que se encuentra: pautas generales, criterios de inclusión, hipotermia pasiva, cuidados de enfermería en fase de enfriamiento, mantenimiento y calentamiento.

Por tanto dicho algoritmo persigue que el profesional de enfermería, ya esté familiarizado o no con la técnica, disponga de una guía o referencia acerca de los distintos niveles por los que pasará el paciente y algunas de las consideraciones más importantes a tener en cuenta según el estadio en el que se encuentre, permitiendo una unificación de criterios para un adecuado manejo del paciente sometido a hipotermia inducida.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 129

TÍTULO: PAPEL DE LA ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ASMA GRAVE

AUTORES: AMARO GOMEZ, BEATRIZ.; MARTIN SOPEÑA, E.; RUIZ HORNILLOS, FJ.; HENRIQUEZ SANTANA, A.; SEOANE RODRIGUEZ, M.; SEGOVIA NORIEGA, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El asma es una enfermedad crónica prevalente que afecta a 300 millones de personas en el mundo. Según la OMS, el asma supone el 1% de gasto de los recursos sanitarios mundiales produciendo un gran impacto a nivel económico y social. El 70% de estos gastos derivan del mal control de la enfermedad.

El Asma Grave se caracteriza por ser particularmente agresiva y mal controlada a pesar de seguir una estrategia terapéutica apropiada y ajustada al nivel de gravedad clínico. Supone el 5% de los casos de asma y consume el 50% de los recursos sanitarios destinados a esta enfermedad.

Un correcto abordaje requiere consultas Especializadas con circuitos y competencias definidas como: Neumología, Alergología, Otorrinolaringología, Endocrinología, Psiquiatría, Digestivo y el Equipo de Enfermería de alergología.

La educación sanitaria es esencial y ayuda a alcanzar un tratamiento eficaz. Es imprescindible obtener la máxima implicación del paciente favoreciendo el autocontrol de la enfermedad, su tratamiento y la mejora de su calidad de vida.

Creación y mantenimiento de una Unidad asistencial donde formar y educar a los pacientes y familiares, consiguiendo una óptima calidad de vida y una formación suficiente para autogestionar el asma. El proceso educativo debe ser individualizado, continuo, progresivo, dinámico y secuencial.

Se desarrolló la Unidad Asma Grave (UAG) donde participan de forma conjunta varias especialidades médicas y Enfermería.

El proceso educativo conduce a la adquisición de conocimientos y habilidades y a un cambio de actitudes y creencias. Es necesario proveer al paciente de un plan de acción por escrito e individualizado, basado en síntomas y/o flujo espiratorio máximo (FEM). Debe estar ligado siempre a revisiones periódicas. El Equipo de Enfermería resulta fundamental en el abordaje diagnóstico y terapéutico de los pacientes.

Partiendo del nivel de desarrollo del paciente, se le enseñan los conceptos básicos sobre el asma y su tratamiento, el reconocimiento de los signos y síntomas de la enfermedad, los distintos factores predisponentes, las medidas de evitación y los hábitos de prevención. El paciente debe aprender a identificar los tipos de medicación, sus ventajas y sus inconvenientes así como su pauta de administración. Se entrena y repasa la técnica de inhalación del dispositivo adecuado, valorando la necesidad de mantener el inhalador o cambiarlo por otro asegurando así un correcto uso en domicilio.

Un correcto plan de acción en un paciente con Asma Grave permite, dentro de un proceso dinámico, resolutivo y eficiente, mejorar la calidad de vida y el grado de satisfacción de los pacientes, consiguiendo reducir ingresos hospitalarios y visitas a urgencias.

Todo ello permite el Desarrollo profesional de la Enfermera de la UAG, la cual ha sido acreditada como UAG de excelencia.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 131

TÍTULO: PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DE UN PROGRAMA DE ANTICOAGULACIÓN ORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: ORTIZ FERRER, HERMINIA.; PINILLA ALEMÁN, JM.; ESCOLAR REINA, P.; JOFRESA ISERTE, S.; IBARRA SANCHEZ, JM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La enfermedad tromboembólica es una de las principales causas de muerte en nuestro medio. El tratamiento más eficaz para prevenirla es la anticoagulación. Actualmente más del 1% de la población está en tratamiento con anticoagulantes orales, con un incremento anual del 20%. Este es un tratamiento muy delicado en el sentido de que es muy importante mantener unos niveles terapéuticos estrechos para evitar hemorragias por sobre dosificación o embolias por baja dosis. Hace dos años que se ha puesto en marcha un nuevo programa de control de anticoagulación en nuestro departamento de salud.

Aplicar un plan de mejora de la calidad al protocolo de anticoagulación de nuestro centro de salud para mejorar la efectividad del mismo.

El marco muestral son los pacientes anticoagulados de nuestro centro de salud, el cual atiende a una población de casi 12.000 usuarios. Hemos diseñado los indicadores o criterios de calidad, evaluado el programa de anticoagulación antes y después de aplicar un plan de mejora y hemos comparado estos resultados para conocer la eficacia del mismo. El plan de mejora consiste en una charla que recuerda los conceptos básicos de la anticoagulación oral y repasa detalladamente el proceso y la actividad del personal, tanto médico como de enfermería, haciendo hincapié en los defectos detectados.

Resultados: Observamos una mejoría tras la aplicación del plan de mejora: *28% Complimentación correcta de la historia clínica, *17% Asistencia a cita de anticoagulación y *10% Registro de incidencias cuando el INR está fuera de rango, 1% Controles de INR en rango, 5% Pacientes con INR en rango, 3% Reducción de hemorragia mayor y 6% reducción de embolias (*: $p < 0.05$). Sólo un indicador muestra disminución tras la intervención: -2% Reducción de hemorragia menor. Discusión: El plan de mejora de la calidad aplicado al programa de anticoagulación ha conseguido mejorar los indicadores del programa. Esta mejora ha sido significativa estadísticamente en los indicadores de proceso y no así en los de resultado. Esto puede ser debido a que estos indicadores de resultado posiblemente necesiten más tiempo de latencia para que se aprecien los efectos beneficiosos del plan aplicado. Conclusiones: El plan diseñado y aplicado al programa de anticoagulación oral en nuestro centro de salud se ha mostrado eficaz para mejorar los indicadores de calidad del mismo. Para demostrar la mejora de la eficacia del programa de anticoagulación, posiblemente, será preciso realizar las observaciones durante un periodo más largo de tiempo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 132

TÍTULO: GESTIÓN DE LA DEMANDA ANALÍTICA APLICADA AL PROCESO DE ATENCIÓN AL EMBARAZO NORMAL Y PUERPERIO.

AUTORES: GIL RUIZ, MARIA TERESA.; VEGA PRADO, L.; JIMÉNEZ LOBO, MC.; GÓMEZ-CHACÓN GALÁN, L.; MARTÍNEZ HUEDO, S.; BETETA LÓPEZ, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La atención al embarazo constituye una actividad fundamental de los programas de Salud Materno-Infantil. Dada la necesidad de una integración adecuada de Atención Primaria y Hospitalaria, se realiza un documento en el área sanitaria para optimizar el acompañamiento de la mujer durante el embarazo normal y el puerperio, de manera que pueda llegar a la conclusión de su estado de manera satisfactoria y con toda la información posible. Se busca de esta forma el aprovechamiento máximo no solo de los recursos sanitarios disponibles, sino también la total implicación de la embarazada y su familia en su estado, así como del equipo multidisciplinar que presta sus servicios a la mujer gestante y a su entorno.

Optimizar los recursos empleados desde el Laboratorio Clínico en la atención del embarazo normal y puerperio.

Durante el año 2015 hemos realizado en nuestra área sanitaria y se ha puesto en marcha en toda la Comunidad Autónoma un documento titulado "Atención al embarazo normal y puerperio", unificando todas las actuaciones, visitas y en definitiva, recursos que se emplean en el correcto seguimiento y atención de la mujer con un embarazo normal. Según los últimos datos disponibles del Instituto Nacional de Estadística (INE) durante el 2012 nacieron en España 453.638 niños, correspondiendo a nuestra comunidad el 4,5% (unos 20.274). Por tanto, el seguimiento y control del embarazo, la atención al parto y al puerperio son por actividades de alta relevancia para el sistema sanitario, no solo por su magnitud sino también porque requiere una supervisión continua. Por otro lado, la gestión de la demanda analítica es hoy una de las tareas dentro de un Servicio de Análisis Clínicos que busque conjugar la eficiencia con la calidad asistencial. Según diversos autores, existe un uso excesivo del Laboratorio Clínico, que no aporta valor añadido a la historia clínica de un paciente, publicándose tasas de crecimiento anual de aumento de utilización de las pruebas del Laboratorio de un 16,5%.

En la implantación de este proceso en el área sanitaria, hemos detectado desde el Laboratorio de Análisis Clínicos, que a la hora de realizar la petición analítica del tercer trimestre de gestación desde Atención Primaria, se nos solicitaba la serología de VIH. Se informó a Servicio Centrales de la posibilidad de que hubiera configurado en el perfil serológico del tercer trimestre de un embarazo normal, el análisis de los anticuerpos VIH, aun cuando según la Guía de Práctica Clínica de atención al embarazo normal y puerperio del Ministerio de Sanidad de 2014, sólo se recomienda repetir dicha determinación en el tercer trimestre de gestación en mujeres con riesgo para dicha infección, y no en el caso de mujeres con un embarazo normal. Se concluyó poniendo un comentario a dichas solicitudes informando de la no indicación de esta prueba, y finalmente eliminando del perfil configurado desde el software de petición electrónica de At. Primaria dicha prueba.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 133

TÍTULO: PILOTAJE DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA SALA DE ENDOSCOPIA.

AUTORES: TORRES GÓMEZ, AMELIA.; CRUCES RÓLDAN, S.; TACÓN REINA, F.; MARTÍNEZ MENDOZA, D.; RUBIO GUTIERREZ, G.; RUÍZ SIERRA, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Tras implantar sedación profunda en Sala Endoscopia, planteamos la necesidad de establecer programa de seguridad del paciente que fortalezca la implementación de barreras que disminuyan la probabilidad de eventos adversos en los pacientes. Teniendo como marco de referencia la OMS se ha elaborado un Listado de Verificación de Seguridad (LVS) adaptado a la práctica asistencial, orientado a eliminar, reducir y mitigar resultados adversos evitables.

Valorar la efectividad del LVS en la sala de endoscopia, conocer la adherencia de los profesionales al uso del LVS propuesto y valorar las áreas de mejoras en la sala de endoscopia.

Se propone a la Comisión de Seguridad del Paciente implantar un LVS que implica el check-list de unos ítems definidos para garantizar que se realizan todos los pasos, dividido en tres fases: recepción del paciente (entrada), antes de endoscopia (pausa) y después de endoscopia (salida). Como estrategia de comunicación, se realiza una sesión clínica para dar a conocer el diseño y su modo de uso. Para el análisis estadístico se valorarán el 100% de los episodios de endoscopias en los próximos seis meses. Los resultados se medirán mediante los siguientes indicadores: 1: Porcentaje de endoscopias con LVS. N° endoscopias con LVS $\times 100 / N^{\circ}$ total de endoscopias realizadas. 2: Porcentaje de LVS que contienen las firmas de todos los profesionales. N° LVS con las firmas de los tres componentes $\times 100 / N^{\circ}$ de LSV totales. 3: Porcentaje de LVS con ítems de ENTRADA cumplimentados correctamente. N° LVS con datos de verificación verbal de identidad con el paciente, alergias y de preparación previa realizada correctamente $\times 100 / N^{\circ}$ total de LVS realizados. 4: Porcentaje de LVS con ítems de PAUSA cumplimentado correctamente. N° LVS con ítem de confirmación verbal de paciente, posición correcta para la prueba, monitorización correcta (pulsioximetría), confirmación de equipos correctamente $\times 100 / N^{\circ}$ total de LVS. 5: Porcentaje de LVS con ítems de SALIDA cumplimentado correctamente. N° LVS con todos los ítem de salida realizados $\times 100 / N^{\circ}$ total de LVS. 6: Porcentaje de eventos adversos detectados durante la realización del check list en cualquiera de sus momentos. N° eventos adversos evitados durante la realización del LVS $\times 100 / N^{\circ}$ total de LVS.

Puesto que la implantación del LVS ha sido con fecha 9 de Mayo 2016, hasta Octubre no tenemos suficientes datos para valorar los resultados en función de los criterios establecidos. Es entonces cuando podremos detectar las áreas de mejora que permitan una mayor seguridad en el entorno del paciente sometido a endoscopia, reduciendo la aparición de eventos adversos y mejorando de esta manera la calidad asistencial. Valoraremos si durante la implantación del LVS se han detectado incidentes de seguridad del paciente que no han podido ser evitados con el LVS propuesto. Así detectaremos si el LVS se ajusta a los objetivos establecidos o es necesario realizar alguna modificación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 134

TÍTULO: GESTIÓN DE LOS FÁRMACOS TERMOLÁBILES. CONTROLAMOS LA CADENA DEL FRÍO?

AUTORES: PALACIOS LLAMAZARES, LAURA.; FERNÁNDEZ PAGES, Y.; PIÑOL USÓN, C.; SOLÍS NARVAEZ, R.; MARTINEZ BLESA, T.; FERNÁNDEZ PICO, D.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En los Centros de AP disponemos de depósitos de medicamentos, que precisan unas condiciones determinadas de almacenamiento, temperatura, protección de la luz, para la conservación adecuada de los principios activos. Los fármacos termolábiles, necesitan un traslado y almacenaje que asegure el mantenimiento de la temperatura. La conservación de la cadena del frío es punto "crítico". Durante años realizamos controles de temperaturas de neveras de manera sistemática, pero sin un registro preciso. Al iniciar un proceso de Acreditación de Calidad, según modelo del Departamento de Salud, elaboramos un procedimiento común consensuado que establece: Metodología de conservación de fármacos termolábiles, lugar de localización de neveras en los centros, circuito de entrada y almacenamiento, normas de conservación, control y medida de temperaturas, pautas de actuación en caso de rotura de cadena del frío y circuito de eliminación de productos afectados.

Garantizar el uso seguro y eficaz de los fármacos termolábiles que administramos a nuestros pacientes.

En nuestro CAP disponemos de tres neveras el procedimiento consensuado requiere que todas dispongan de un termómetro de máximos y mínimos, con un sistema de registro digital continuo de la Tª. Enfermería realiza registro diario mañana y tarde, Un responsable de proceso realiza descarga de registros semanal, Disponemos de una aplicación informática, para programar las plantillas de actividades de registro de Tª anualmente. El responsable supervisa las actividades, recibe aviso si se detecta alguna incidencia, para establecer las medidas correctoras según normas de actuación establecidas: Inmovilización de las vacunas. Envío del registro de vacunas, nombre, lotes, nº de dosis, al responsable del centro vacunal. Se anexa registro de lecturas de Tª horarias. Se espera respuesta del responsable.

Durante el año 2015 se han realizado el 95% de controles diarios programados y el 100% de descargas semanales.

Detectamos tres incidentes de rotura de cadena de frío. Ocurrieron en fin de semana, mientras el centro permanecía cerrado. En cada uno se siguieron las normas de actuación establecidas en el procedimiento. 1. Incidente nevera 1, 21 horas Tª superior a 9°C, afectó 48 vacunas, coste económico 1133,27€, Desechamos 6 vacunas (13%), coste 287,60€ (25%) 2. Incidente nevera 2, 11 horas Tª superior a 9°C, afectó 10 vacunas, coste de 227,95€, 5 desechadas (50%) coste 87,92€ (38,5%). 3. Incidente nevera 1, 24 horas Tª superior a 9°C, afectó 112 vacunas y 20 dosis Tuberculina, coste de 1272,11€, desecharon 20 Tuberculina y 20 vacunas (30%), coste 413,48€ (32,50%)

Tras análisis de incidentes, aplicamos medidas correctoras. Posteriormente ningún incidente.

Conclusiones: Los procedimientos de control de cadena del frío con sistemas de registro digitales, aseguran la conservación y aumentan la seguridad. Proporciona información exacta del incidente, ayuda a identificar los fármacos afectados evitando su administración.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 135

TÍTULO: DOLOR: UNA PREOCUPACIÓN PARA LOS PACIENTES POSTOPERADOS DE CIRUGÍA CARDÍACA.

AUTORES: PIÑERO SAEZ, SONIA.; CABALLERO GARCIA, M.J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La International Association for the Study of Pain(IASP) define el dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial, o descrita en términos de tal lesión". En consecuencia, el dolor es una experiencia subjetiva que sólo puede evaluarse por declaración de quien lo sufre, utilizando instrumentos validados y adecuados a la situación de cada persona. El dolor postoperatorio constituye una de las principales preocupaciones en los pacientes recién operados y, en los últimos años, la valoración y manejo del dolor se toman en consideración de forma muy especial. Por lo tanto, debe ser uno de los principales objetivos de enfermería el conseguir el bienestar postquirúrgico del paciente con un control adecuado del dolor.

Conocer las características del dolor en nuestro servicio y las posibles complicaciones derivadas del dolor en el postoperatorio de cirugía cardíaca. Unificar criterios para la valoración y manejo del dolor en el servicio de UCI tras cirugía cardíaca. Proporcionar recomendaciones dirigidas tanto a profesionales, pacientes y cuidadores.

Revisión bibliográfica para valorar la prevalencia, medición y manejo del dolor y las posibles complicaciones. Consenso con el equipo multidisciplinar del centro. El dolor será evaluado mediante la escala visual analógica (EVA) como quinta constante vital.

Numerosos estudios consideran que el dolor tras cirugía cardíaca es de moderado a severo y que el máximo grado de dolor se percibe durante los 2 primeros días del postoperatorio. Coinciden en que el dolor en el postoperatorio se relaciona con la aparición de complicaciones.

En el período postoperatorio precoz los estímulos nociceptivos proceden de la intubación orotraqueal, de los drenajes mediastínicos y/o pleurales y de la incisión quirúrgica. A medida que disminuye el dolor relacionado con la incisión quirúrgica en el período postoperatorio tardío, aumenta el dolor de características osteomusculares; contracturas musculares dorsales relacionadas con la retracción esternal y con la posición durante la cirugía.

El adecuado control del dolor postoperatorio es esencial en los cuidados de enfermería, ya que según los estudios revisados, el control eficaz del mismo contribuye a disminuir la morbilidad postoperatoria y la estancia hospitalaria. Unificar y sistematizar la valoración y manejo del dolor facilitará la toma de decisiones, lo que redundará en un mejor control del dolor del paciente. Los avances de los últimos años han hecho que dispongamos de diferentes herramientas para valorar, escalas para cuantificarlo (EVA), nuevos fármacos y técnicas para tratarlo. Las ventajas que ofrece el estricto control del dolor postoperatorio tras la cirugía cardíaca obliga a tenerlo cada vez más en cuenta y perseguirlo como uno de los objetivos primordiales del período postoperatorio.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 137

TÍTULO: TRASFORMACIÓN DEL MODELO SANITARIO CON LA IMPLANTACIÓN DE SERVICIOS NO PRESENCIALES

AUTORES: PASCUAL MATINEZ, ADRIANA.; LLAMAS SILLERO, P.; SANCHEZ MENAN, M.; RODRIGUEZ MENDEZ, JM.; VILA DEL PASO, H.; GARCIA LORENZO, JA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El hospital ha apostado por la gestión y el servicio centrado en el paciente, y las TICs como herramienta y elemento facilitador para poner en marcha servicios de atención no presencial.

Establecer proyectos de atención no presencial, innovadores y eficientes para conseguir la optimización de los circuitos y recursos. Implantar las herramientas necesarias para conseguir una transformación del modelo de atención presencial convencional a un modelo sanitario multicanal

En 2015 se implantó la historia clínica electrónica integrada (Casiopea 2.0) que permite coordinar circuitos, automatizar procesos y posibilita la autogestión del paciente a través de la plataforma del Portal del Paciente. El Portal del Paciente es una aplicación informática segura que permite a los pacientes acceder a sus informes clínicos y resultados de forma online a través de cualquier dispositivo con acceso a internet. Permite gestiones administrativas y su función diferencial es la posibilidad de comunicación entre paciente y médico o enfermera para hacer seguimiento estrecho y personalizado sin necesidad de desplazarse al hospital.

Cada servicio ha seleccionado qué tipo de patología y a qué tipo de pacientes se le puede ofrecer este tipo de asistencia. Los profesionales han desarrollado los formularios que asignan al paciente para que desde el portal transmita la información necesaria para posteriormente ser valorado.

Modalidades de servicio no presencial

Preparación de primera consulta. Con la información que envía el paciente se valora y se le asocian pruebas para hacer el circuito más eficaz (puesto en marcha obesidad mórbida, VHC, FIV)

Seguimiento no presencial de patologías crónicas cumplimentación de formularios del Portal asociado a pruebas complementarias (puestos en marcha en alergia, endocrino, hematología, neurología)

Valoración no presencial tras intervenciones menores de cirugía maxilofacial, traumatología

Circuitos eficaces: consiste en la comunicación de resultado de pruebas con un informe médico sin requerir la visita del paciente para su recogida (Dermatología)

Desde 2015 se ha empezado el despliegue de estos proyectos con buena adherencia y satisfacción de los pacientes. El éxito recae en que el proceso asistencial sea el adecuado y que los pacientes sean activos en el proceso. Se han realizado más de 2000 circuitos eficaces, 211 preparaciones de consulta y 1264 seguimientos.

Las TICs han irrumpido en todos los sectores y en la salud tienen que ser palanca de cambio para mejorar atención, conseguir un paciente mejor informado, formado y activo en su cuidado.

Estos proyectos aportan seguridad y comodidad en los procesos, evitando visitas innecesarias y reduciendo desplazamientos y costes.

Los profesionales amplían posibilidades de atención y seguimiento, optimizando los recursos y ampliando los canales de comunicación

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 138

TÍTULO: BLOG: "APRENDIENDO A CUIDAR". UN EJEMPLO DE TIC, QUE MEJORA LA EFICIENCIA DEL SSPA

AUTORES: GARCÍA GALLARDO, NICOLASA.; ZAMORA RUIZ, C.; ARIZA BAENA, A.; LEYVA GRANDE, M.; TIRADO MIRANDA, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El envejecimiento de la población, la baja natalidad y el incremento de la esperanza de vida, hacen que el número de personas en situación de dependencia sea cada vez mayor.

La percepción de falta de información y educación sanitaria para el cuidado domiciliario de estas personas en nuestro entorno, unido al análisis meticuloso de las posibles áreas de mejora en este sentido, constituyen la base de esta iniciativa.

GENERAL: Mejorar el cuidado integral de la persona dependiente en su domicilio.

ESPECÍFICOS:

- Educar y formar al cuidador en conocimientos y habilidades que le permitan desarrollar con independencia y seguridad las técnicas necesarias para un cuidado idóneo de la persona que atiende.
- Ofrecer un servicio interactivo donde responder las inquietudes, dudas, sugerencias, problemas, etc., que puedan surgir derivados de la atención al paciente dependiente.
- Divulgar la existencia de esta iniciativa para mejorar la calidad de la asistencia en el propio domicilio y, reducir la carga asistencial hospitalaria.

La herramienta se basa en el papel de las TIC como elementos de mejora de la eficiencia del sector sanitario.

Así pues, hemos creado un blog conformado en dos partes, una estática, que ofrece información escrita, imágenes y vídeos, sobre la atención a personas dependientes, de fácil acceso y muy intuitiva; y otra parte, más dinámica, donde contactar con el profesional sanitario y estar al día de las últimas novedades, cursos, talleres, enlaces, etc., relacionados con LA SALUD.

Esperamos de esta herramienta incremento del número de cuidadores que demanda información y formación para mejorar conocimientos y habilidades en las técnicas asistenciales básicas. Una mayor demanda de asistencia a talleres de información, formación y apoyo. Un incipiente número de consultas y resolución de dudas, y por tanto, la consolidación de conocimientos y mejora de la autonomía y de la calidad de vida de las personas dependientes y sus cuidadores./Esta Práctica Avanzada de Enfermería constituye una intervención para desarrollar proyectos de educación y difusión de conocimientos sanitarios, que capacita a la población en el cuidado de pacientes dependientes en su hogar. Es una práctica que aporta calidad en los cuidados de dichas personas, aumento de su calidad de vida; ayuda física y psicológica para los cuidadores, y mejora en su calidad de vida; disminución del número de ingresos y de reingresos. Se requiere ayuda en la divulgación de estas herramientas en un momento socioeconómico en el que cualquier iniciativa requiere esfuerzo y apoyo económico.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 139

TÍTULO: IMPLICACIÓN Y COMPETENCIAS DE FISIOTERAPIA EN LA PREVENCIÓN TRAS LA CIRUGÍA DE MAMA CON LINFADENECTOMÍA

AUTORES: BERNAL MARQUEZ, MANUELA.; CUEVAS GONZALEZ, C.; PEREZ MOREIRA, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Prevención en linfedema evita complicaciones precoces como tardías. La unidad de linfedema utiliza criterios de calidad implantando organigramas de actuación. Nos proponemos identificar como hacer las buenas prácticas y concretar como debemos actuar (escalas, técnicas) y poner en relieve lo que fácilmente se puede mejorar y reforzar. Completamos la atención según el momento asistencial, desarrollando competencias profesionales, especificando la práctica diaria, definiendo las actuaciones como requisito de calidad. El linfedema es la complicación crónica más importante. Su prevención es fundamental porque una vez instaurado se convierte en un problema que debe cuidar de por vida y no existe tratamiento curativo.

General es evaluar la eficacia del programa de fisioterapia precoz: Si tiene efecto protector sobre el miembro superior implicado, si disminuyen las complicaciones, si reduce la aparición de linfedema.

La especificidad de la fisioterapia se basa en la atención temprana a las 24 horas de intervención, manteniendo la autonomía funcional, actuando con anticipación para evitar sucesos adversos, establecer características clínicas después de la intervención, identificar secuelas derivados de tratamientos oncológicos, calidad de vida, afrontamiento de la enfermedad e incidir en su abordaje, seguimiento y continuidad asistencial. Material: protocolos post-intervención (PAI cáncer de mama). Variables: edad, masa corporal, movilidad del hombro, dolor. Comorbilidades: linfedema, dolor post-mastectomía, trombosis linfática superficial, seromas. Se realiza un ensayo clínico, estudio longitudinal donde se interviene sobre un grupo de fisioterapia precoz y otro control. El número en cada grupo es de 25. Se seleccionaron mismas condiciones: edad, peso, tipo de cáncer de mama (in situ) y con linfadenectomía parcial. Grupo precoz se actúa valorando después intervención del 2º al 5º día. Seguimiento al mes, tres meses y seis meses. Recibe un programa educativo en medidas de prevención, auto actuación, capacitación, evitar sucesos adversos. Sobre el grupo control han recibido el mismo programa educativo un año antes y se compara los factores que han podido influir en la aparición o no de linfedema.

Resultados: En el 75% la capacitación del hombro ha sido favorable en la prevención de linfedema. 2% ha tenido problemas de cicatrización y adherencias incidiendo en la aparición de edemas en pectoral. 10% padecen dolores en brazo y zonas regionales, dolor neuropático. 4% aparecieron seromas localizados post-quirúrgicos que se mantuvieron en el tiempo. El tratamiento de quimioterapia y radioterapia parecen influir, aparece linfedema en 1% después de la quimioterapia y un 2% después de la radioterapia para el grupo precoz. En el grupo control la aparición de linfedema se da en un 4% después de radioterapia.

Conclusiones: La intervención de la fisioterapia parece ser positivo en la prevención. Se puede generalizar la no aparición de linfedema con prevención

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 140

TÍTULO: ENTREVISTA PREQUIRÚRGICA.LA INFORMACIÓN COMO ELEMENTO PARA AUMENTAR LA SEGURIDAD Y DISMINUIR LA ANSIEDAD.

AUTORES: LOPEZ MORALEDA, PEDRO.; PAREJO ROMERO, MJ.; BRUQUE JIMÉNEZ, MC.; GARCIA FIGUEROA, MJ.; SÁNCHEZ MARCHENA, MJ.; GONZALEZ PACHECO, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Cuando un individuo ingresa en cualquier sistema ajeno a él, nuevo y desconocido provoca en él, en mayor o menor medida, una serie de reacciones y manifestaciones (inseguridad, miedo, ansiedad, etc.). Estas se producen ante situaciones de la vida diaria, pero se presentan con mayor intensidad en el caso de que la situación a afrontar sea el ingreso en un Centro Hospitalario.

Nuestro programa de Entrevista Prequirúrgica de Enfermería nace como consecuencia de la creación de una Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio (UDAP), que asume el personal de enfermería de la UDAP. Al comenzar a valorar y a tratar el dolor agudo en nuestros pacientes, con otro enfoque, y colocarle, en muchos casos, dispositivos de PCA (Analgésia controlada por el paciente), nos vimos en la necesidad de informar y formar al paciente/familia sobre este tema. Nos dimos cuenta entonces de la demanda del paciente acerca de información de todo el circuito perioperatorio, de su grado de ansiedad, etc

Cuando este ingreso es para una intervención quirúrgica programada, se pueden presentar en el paciente/familia una serie de Diagnósticos de Enfermería, siendo los más prevalentes:

014 Ansiedad / 0148 Temor.

0126 Conocimientos deficientes.

Conseguir mediante el diseño e implantación del Programa de Entrevista Preoperatoria Analgésica :

Aumentar la satisfacción/seguridad del paciente y su familia con el proceso quirúrgico

Disminuir el nivel de ansiedad preoperatorio

Disminuir el grado de dolor postoperatorio.

Dar a conocer al enfermo y la familia el circuito de información en el postoperatorio inmediato.

Informar sobre su derecho a no padecer dolor innecesariamente, sobre los mecanismos para el control de dolor que vamos a utilizar con él, presentarle los infusores analgésicos a demanda (bombas PCA) para su correcto manejo y que no se "asusten" al verlos.

Se realiza una primera sesión en grupo en la que se lleva a cabo la proyección de una filmación en formato DVD, de 12 minutos de duración conteniendo información adaptada al nivel sociocultural medio de los usuarios de nuestra área, sobre el ingreso, circuito quirúrgico y postquirúrgico, métodos de control del dolor, sistemas de bombas, etc.

Se han realizado en este año un total de 262 entrevistas.

Respecto al incremento de conocimientos y de INFORMACIÓN, fue del 81,4%.

Respecto a la ANSIEDAD se redujo en 0.85 puntos (escala 1- 5 puntos):

- Aumentó en un 38% el porcentaje de pacientes que tras nuestra entrevista refirieron sentirse "tranquilos" al entrar en quirófano.

- Disminuyó en un 12,2% el porcentaje de pacientes "muy asustados".

La SATISFACCIÓN media fue de 4,17 puntos (escala 1- 5 puntos).

El DOLOR medio fue de 2,4 puntos (escala 0-10)

El 96,1% de pacientes contestaron que dicha entrevista "les sirvió para algo", siendo las contestaciones más frecuentes: "para llegar a quirófanos más tranquilo", "tener más información", "tener más seguridad" y "conocer mejor las PCA".

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 141

TÍTULO: EXPERIENCIA Y RESULTADOS DEL GRUPO DE EXPERTOS EN IDENTIFICACIÓN ACTIVA A LAS PERSONAS ATENDIDAS EN LA FSM EN EL 2015

AUTORES: MEDINA YLLERAS, OLGA.; SANTAMARIA, P.; ALCALA, E.; RODRIGUEZ, A.; MOBILLA, F.; AUGÉ, N.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Todos las personas ingresadas han de ser identificadas adecuadamente en el primer contacto con el centro hospitalario mediante un sistema de identificación que tendrán que llevar en todo momento durante su estancia hospitalaria.

El personal de la fundación ha de verificar la identidad de la persona antes de proporcionarle cualquier servicio, realizar un procedimiento médico o quirúrgico i/o movilizarlo a otro servicio. Las situaciones de urgencia, en las que un retraso pusiera en peligro a seguridad de la persona, serian una excepción.

Es una importante labor de enfermería realizar estas acciones de seguridad para poder atender a las personas en un entorno seguro y minimizar las situaciones de riesgo.

-Promover la identificación activa de los pacientes en todas las situaciones y sobre todo en situaciones de riesgo.

-Implementación y adaptación del protocolo 'Identificación inequívoca de la persona atendida en el hospital socio sanitario.

Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo. A través de la observación y valoración de situaciones de riesgo de identificación activa de las personas utilizando el registro facilitado por la fundación AvedisDonabedian(. FAD)

Se han realizado dos cortes de prevalencia en todos los servicios del hospital y en las unidades del socio.

Realizamos comparativa entre los dos cortes.

En hospitalización aumentan en un 5% la activación activa parcial y seguimos sin realizar la total.

Tenemos un margen de mejora del 11% en la colocación de la pulsera.

100% de activación activa total garantizando la seguridad en la identificación de los recién nacidos.

En diagnóstico por la imagen se ha pasado de un 100% de identificación pasiva a un 30% y se ha aumentado en un 57% la identificación activa parcial.

Urgencias ha aumentado un 20% la identificación pasiva, a reducido en un 12% la identificación activa parcial y ha mejorado en la identificación activa total hasta obtener un 22% del total.

El socio sanitario continua adherido a la identificación pasiva

Laboratorio está en la situación de cambio de la pasiva a la activa ganando esta última con un 60%.

Hay una tendencia clara de cambio de la identificación pasiva a la activa.

Manteniendo unos tantos por ciento elevados, al rededor de 90%, en la colocación de la pulsera.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 142

TÍTULO: ADECUACION DEL USO DE ABSORBENTES EN UN AGS

AUTORES: LOPEZ RAMIREZ, EDUARDO.; CANDELA FUSTER, M.; SANTOS RAMOS, B.; SABORIDO CANSINO, MC.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En el eje de los recursos públicos, los responsables de su gestión tenemos la obligación moral, ética y profesional de garantizar un uso eficiente de los recursos sanitarios con el fin de garantizar los principios de equidad y accesibilidad para todos los usuarios que lo necesiten.

Mantener esta situación de equidad y accesibilidad requiere por parte de los gestores un análisis riguroso de los criterios de asignación de los recursos y de valorar si las indicaciones de los mismos se adecuan a los criterios marcados.

Tras el análisis inicial, los datos que se obtienen son que el gasto de absorbentes en el área asciende a un total de 5 millones de euros con una tasa de uso de absorbentes por alejada de los objetivos mínimo marcados en el contrato programa.

Se analizan los criterios de indicación de absorbentes y objetiviza que los pacientes incontinentes no están valorados de su incontinencia, que la posología en la indicación de absorbentes no cumplen en la mayoría de los casos las tablas de adecuación y que las revisiones de las indicaciones son mínimas.

Por ello, el abordaje integral de la indicación del uso de absorbentes se convierte en un área estratégica de mejora. Incluyendo por supuesto el uso de absorbentes en residencias de mayores.

Objetivo General : Garantizar que todos los pacientes incontinentes que necesiten absorbentes puedan acceder a ellos con una indicación correcta y revisión adecuada de su estado de incontinencia.

Objetivos Específicos:

- Formar a los profesionales implicados en el manejo de la incontinencia y la prescripción de absorbentes
- Incrementar el porcentaje del restricciones de absorbentes realizadas por Enfermería
- Desarrollar líneas de colaboración con las residencias para mejorar el uso de los absorbentes

Se elabora un cuadro de mando mensual que permite valorar el estado de las indicaciones de absorbentes, filtrando los datos por UGC, por profesional, y categoría prescriptora.

Se establecen líneas de trabajo.

- Creación de la Comisión de Adecuación de Absorbentes.
- Revisión de los protocolos y criterios de indicación .
- Difusión de los nuevos protocolos.

Primera actuación que la prescripción de absorbentes debe ser una actividad Enfermera que incluye de manera obligatoria la Valoración integral del paciente y el manejo de su incontinencia antes de realizar la indicación de absorbentes.

Se desarrolla un plan formativo para enfermería que consiste en mejorar los conocimientos en el manejo de la prescripción y profundizar en el manejo de las incontinencias.

Una vez asumida esta competencia por enfermería , se revisan todos los pacientes incontinentes del área, se valora su incontinencia y se adecua la indicación de absorbentes.

Se aborda la situación de las residencias.

Se produce en los primeros 6 meses un descenso de las tasas.

Tras un año de trabajo las tasas de absorbentes han descendido 10 puntos.

La indicación de absorbentes por Enfermeros disminuye el consumo de absorbentes y mejora las indicaciones.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 143

TÍTULO: HÁBITOS DE HIGIENE ORAL Y ESTADO DE SALUD ORAL EN EL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO

AUTORES: GARCÍA PALMA, ALFONSO.; BEJARANO ÁVILA, G.; REYES GILBERT, E.; LUQUE ROMERO, LG.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los ancianos tienen mala salud oral debido a una mayor prevalencia de condiciones de pluripatología y/o polimedición, discapacidad física, deterioro cognitivo o mayores barreras para el desempeño y/o acceso al cuidado dental. El envejecimiento en sí no incrementa la patología oral, aunque sí la susceptibilidad a padecerla. Además, muchos estudios han encontrado una asociación bidireccional entre algunas enfermedades orales y sistémicas crónicas.

Uno de los efectos orales más frecuentes de la polimedición es la hipofunción de las glándulas salivales, contribuyendo a padecer xerostomía, dolor, caries dental, úlceras traumáticas, candidiasis, etc. que contribuye a una baja calidad de vida en el anciano y un impacto negativo en la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público.

En Andalucía, apenas existen estudios recientes de la descripción del estado de salud oral y valoración de sus hábitos de higiene oral en ancianos. Por ello, resulta imprescindible realizar una evaluación de este colectivo en nuestra área.

El objetivo general es determinar la prevalencia de lesiones en la mucosa oral (LMO) y otras patologías orales en la población independiente de 65 a 74 años polimedificada.

En los específicos, comparar la prevalencia de lesiones mucosas y otras patologías orales en pacientes de 65-74 años polimedificados con y sin fármacos de patología oral; determinar si existe asociación con otros factores; definir las necesidades de tratamiento oral y valorar la calidad de vida oral.

Realizaremos un estudio de descriptivo transversal multicéntrico en Atención Primaria con pacientes de 65 a 74 años polimedificados y excluyendo los dependientes. La muestra se tomará de 7716 personas de ambos sexos de 65-74 años de edad. De ellos, 2371 (30,7%) son pacientes polimedificados. Teniendo en cuenta una proporción de LMO del 54,5%, calculamos para un intervalo de confianza (IC) del 95% y error beta de 7 una muestra de 180 pacientes. Contando pérdidas del 10% incluiremos a 200 pacientes polimedificados mediante muestreo consecutivo.

Se realizará un estudio descriptivo de las variables. Estudio inferencial, para variables cualitativas y cuantitativas. Significación estadística $p < 0,05$. IC al 95%. SPSS versión 18.

Variables: Dependientes: caries, periodontitis, LMO, xerostomía, hiposalivación y encuesta calidad de vida oral. Independientes: sexo, edad, población, pluripatología, comorbilidad, polimedición, depresión, ansiedad, índice cariogénico de la dieta, higiene oral declarada y objetiva, higiene de la prótesis removible objetiva, estado de la prótesis y parafunciones.

Se espera una asociación entre la medicación del paciente y efectos adversos en la cavidad oral de los pacientes mayores todo ello favorecido por la fragilidad de los tejidos bucales debido al envejecimiento fisiológico. A medida que aumenta el número de medicamentos, se produce un riesgo exponencial de reacciones adversas farmacológicas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 144

TÍTULO: FLEXIBILIDAD PARA EL ÉXITO: FORMACIÓN EN COMUNICACIÓN 3.0 Y REDES SOCIALES

AUTORES: CANDIA BOUSO, ELADIO.; CANDIA BOUSO, B.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La transformación digital en la formación virtual contempla la agilidad de los procesos en la gestión de la actividad formativa. Ensayamos este modelo con una actividad formativa sobre Comunicación 3.0 y Redes Sociales, formación de contenido transversal que supone la participación de alumnos con variabilidad del nivel de conocimientos, por lo que será necesario disponer de un modelo de formación virtual, con requisitos de la norma UNE 66181:2012 de Gestión de la calidad, que facilite el diseño de actividades que sean suficientemente flexibles para adaptar los contenidos a las necesidades expresadas por los alumnos.

Describir la aplicación de un modelo flexible en la formación virtual, con requisitos de la norma UNE 66181:2012, en una experiencia formativa de Comunicación 3.0 y Redes Sociales, que permite adaptar los contenidos del curso a las necesidades detectadas en los profesionales sanitarios y facilita la adquisición de habilidades y competencias.

Se presenta una experiencia de formación en Comunicación 3.0 y redes sociales dirigida a profesionales sanitarios. Se programa con 4 Módulos y tutorización estrecha, documentos gráficos, píldoras de vídeo y webinars. Inicialmente se dispone de un cuestionario anónimo para valoración de conocimientos de los alumnos. Desde el inicio se plantea adaptar los contenidos, según una gestión avanzada de la formación digital, según las necesidades de los alumnos, de modo que todos puedan beneficiarse y conseguir sus expectativas.

Se detectan dos grupos diferenciados de alumnos en el nivel de conocimientos sobre Redes Sociales. En principio podría repercutir en el desarrollo y el éxito de la actividad formativa. Incorporamos una gestión ágil de los contenidos para adaptarlos a las necesidades de los alumnos. Semanalmente se abrió un Módulo y su Foro de debate, un caso práctico y test online con corrección automatizada. Se impartió una videoconferencia semanal, con presentación de los aspectos más relevantes. Asisten 7-10 alumnos durante 1 hora. Se celebraron 4 videoconferencias. En respuesta a las necesidades detectadas, además de las videoconferencias se grabaron 4h y 20 minutos de píldoras de vídeos sobre contenidos con más dudas o inquietudes. De los 30 alumnos inscritos, 27 participan con asiduidad. La calificación media en test de conocimientos fue de 7,5 puntos.

Como conclusión señalamos que la formación e-learning, con flexibilidad en la gestión de los contenidos, puede convertirse en una herramienta facilitadora para la adquisición de conocimientos especialmente en áreas de formación transversal, como puede ser la comunicación, y en las que la variabilidad del nivel de conocimientos entre alumnos pueda ser muy dispar. La oportunidad de dar respuesta a las necesidades de los alumnos durante el desarrollo de la actividad formativa puede convertirse en una motivación para el éxito en el aprendizaje.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 145

TÍTULO: COMISIÓN CENTRAL DE CALIDAD. EL CAMINO HACIA LA EFICIENCIA HOSPITALARIA

AUTORES: EGIDO AMBROSY, JOSÉ JULIO.; OLIVER VELA, MM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Dirección Asistencial necesita herramientas eficaces que le permitan, conocer y gobernar los principales procesos en los que está implicado el Centro Hospitalario, la creación de una Comisión Central de Calidad es una necesidad. Con reuniones periódicas donde las diferentes comisiones, sub-comisiones y comités puedan exponer sus diferentes avances y plantear nuevas ideas organizativas

Creación y ordenamiento de una Comisión Central de Calidad eficaz que permita al Centro Hospitalario seguir de cerca la actividad del hospital, buscando siempre la calidad y la consecución y revisión de los casos clínicos desde diferentes perspectivas, emitiendo informes exhaustivos de revisión y cumplimiento de los objetivos del Contrato Programa del Centro.

Estudio realizado en el Hospital Puerto Real, centro de especialidades que atiende a una población de 320.000 habitantes, dispone de 300 camas. Creación de una Comisión Central de Calidad dirigida por un FEA delegado por la Dirección Médica, con una organización eficaz, con reuniones periódicas trimestrales y a demanda, con la implementación de un apartado dinámico en la web del hospital, donde se va colgando toda la información a dos niveles. Una parte solo visualizable por los componentes de las comisiones y el presidente, y otra parte que tras revisión adecuada puede ser visualizada y descargada por el resto del hospital; procesos, protocolos y guías. Además en las reuniones periódicas se muestran los progresos de las diferentes comisiones, se producen revisiones sistemáticas de casos del hospital, documentación, morbimortalidad, enfermedades infecciosas, comisión quirúrgica, etc..

Desde su puesta en marcha hace varios años, se ha ido actualizando con nuevas comisiones, comités, nuevos circuitos y encuentros periódicos. La creación de un espacio virtual compartido ha aportado dinamismo, ha permitido la intercomunicación entre las comisiones y su Presidente, y ha mejorado la información y retroalimentación a la Dirección Asistencial. Ha permitido la emisión de informes y revisiones adecuadas y actualizadas. Esta aportando la información necesaria para el cumplimiento de muchos objetivos de los nuevos contratos programas, que permiten que cada año seamos más eficientes, en un marco de calidad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 146

TÍTULO: LAS TIC EN LA MEJORA DE LAS COBERTURAS VACUNALES

AUTORES: LOPEZ RAMIREZ, EDUARDO.; CANDELA FUSTER, M.; ARANTAVE CARAVACA, I.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La dificultad para garantizar las coberturas vacunales están determinadas por factores sociodemográficos en el AGS sur de Sevilla.

La movilidad de la población dificulta garantizar las coberturas adecuadas en las vacunas infantiles.

Tras la reflexión oportuna se pone de manifiesto la necesidad de desarrollar una batería de medidas para garantizar este derecho fundamental.

La captación de los niños mal vacunados se viene haciendo como norma mediante captación telefónica por parte del personal de enfermería. Esta práctica habitual genera un gasto importante de horas de trabajo enfermero que se resta de la atención clínica y directa a los pacientes.

Objetivo General : Garantizar las coberturas vacunales del AGS Sur de Sevilla.

- Hacer eficiente el trabajo del personal de Enfermería de los centros.
- Facilitar la información sobre el estado vacunal a los usuarios de una forma fácil y segura

Se marca como línea estratégica del área hacer un análisis de la situación de las coberturas vacunales y desarrollar un plan de mejora para garantizar su cumplimiento.

Es conocido la dedicación de tiempo enfermero a la localización vía telefónica de usuarios que no acuden a la vacunación.

Frente a ello se desarrolla una herramienta de envío masivo de sms que de forma eficiente hace llegar la información a los padres y tutores de que a su hijo puede faltarle alguna vacuna y se le invita a pedir cita en su centro de salud.

Mensualmente se envía a los centros los listados de niños que aparecen como mal vacunados para su revisión. Cada centro de salud, una vez finalizada la revisión, facilita un listado con los NUHSA de los usuarios que puede faltarle alguna vacuna. Desde el Área se da formato a ese listado y se envía de forma masiva sms a cada madre, padre o tutor con un mensaje que recomienda acudir al centro de salud para revisar el calendario vacunas.

El envío de los listados se puede hacer a petición de cada centro de salud o de forma centralizada desde el Área .

Tras seis meses de puesta en marcha de esta herramienta.

Los resultados encontrados ha sido una mejora objetiva en la captación de niños mal vacunados, se ha reducido al mínimo el tiempo de enfermería dedicado a la localización telefónica de los niños mal vacunados.

Es una medida que no genera ningún coste al usuario

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 148

TÍTULO: EJEMPLO DE GESTION EFICIENTE: UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE HERIDAS CRONICAS DEL HOSPITAL PUERTA DE HIERRO DE MADRID

AUTORES: PALACIOS CRISTOBAL, MARIA JOSE.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las Heridas Crónicas son un importante problema sanitario, generan graves consecuencias en la calidad de vida de los pacientes y familias, y en la utilización de recursos materiales, sanitarios y sociales.

Las úlceras vasculares presentan una incidencia de 800.000 casos en España y un índice elevado de recidivas (en torno a un 70%).

Las úlceras por presión (UPP) son un importante problema de salud.

El pie diabético, complicación que aparece entre el 15% -25% de los pacientes diabéticos. El 85 % de las amputaciones no traumáticas se ocasionan por complicaciones del pie diabético.

En la Unidad de Heridas, se atiende cualquier tipo de herida que requiera una atención más especializada como pueden ser: Heridas quirúrgicas abiertas que precisen un cierre por segunda intención, hematomas, Úlceras crónicas de baja prevalencia (calciflaxia, epidermolisis bullosa, lesiones neoplásicas, radiodermatitis...), Heridas quirúrgicas cronicadas, Quemaduras de evolución crónica,...

- Conseguir la curación y resolución de cualquier tipo de heridas que presenten los pacientes ofreciendo una atención integral a la persona.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes que presentan heridas crónicas de larga evolución, curarlas y prevenir su aparición.
- Optimizar la disponibilidad de consultas a cargo de un profesional especializado.
- Evitar desplazamientos innecesarios.
- Facilitar el intercambio de conocimiento.
- Mejorar la confianza del paciente / familia
- Aumentar la confianza de los profesionales implicados

La Unidad Multidisciplinar de Heridas del Hospital Puerta de Hierro de Madrid es una consulta especializada en el tratamiento de heridas de larga evolución o de alta complejidad gestionada y coordinada por enfermería que proporciona una atención individualizada y personalizada a los pacientes. Gracias al trabajo en equipo de diferentes especialidades médicas, se promueve el desarrollo de acciones conjuntas utilizando los diferentes recursos asistenciales (diagnósticos, terapéuticos y preventivos) de los que dispone el hospital para prestar una atención eficiente usando los recursos públicos que tenemos asignados de manera adecuada. Se atiende a pacientes derivados de cualquier nivel asistencial (Atención Primaria, Especializada o Sociosanitaria)

La Unidad está compuesta por: 3 enfermeras, 1 aux. enfermería, un dermatólogo, un especialista en Medicina Interna e Infecciones, un cirujano General, un equipo de especialistas en Angiología y Cirugía Vasculat.

Servicios de apoyo: Laboratorio de Microbiología y Microbiólogo. Servicio de Radiología Intervencionista. Unidad de Dolor Crónico. Un equipo médico especialista en Cirugía Plástica.

Se exponen los datos asistenciales del año 2015, el número de visitas realizadas (en la consulta y en hospitalización), las interconsultas solicitadas por servicios en el hospital

La curación de heridas se resuelven más precozmente, acortando la estancia hospitalaria y mejorando la calidad de vida de los pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 149

TÍTULO: MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD Y CUIDADOS ENFERMEROS EN UNA UCI DE TERCER NIVEL.

AUTORES: GONZÁLEZ DELGADO, M^a. CARMEN.; GONZÁLEZ CARO, MD.; NÚÑEZ LÓPEZ, R.; MIGUEZ CRESPO, MR.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La monitorización de la calidad y de los cuidados enfermeros, se hacen necesarios para mejorar de forma constante los cuidados que reciben nuestros pacientes críticos. Para ello usamos de forma sistemática las auditorías internas, así como la observación directa.

-Obtener la mayor información posible.

-Analizar los datos obtenidos.

-Realizar propuestas de mejora, llevarlas a cabo, y someterlas de nuevo a evaluación.

-Para de este modo mejorar de forma constante y dinámica los cuidados de nuestros pacientes y da

La supervisora o el coordinadora de enfermería revisan todos los pacientes ingresados, así como sus gráficas y anotaciones de enfermería, siguiendo un cuestionario (parrilla auditora), cuyos ítems se basan en las estrategias de seguridad de paciente y la garantía de cuidados de calidad, entre otros, bacteriemia y neumonía zero, prevención UPP.....

Todos nuestros datos, son empleados como feed-back para establecer criterios de mejora en nuestra unidad.

-La auditoría permite comprobar el estado de la calidad de los cuidados enfermeros, detectando pautas de trabajo (positivas o no), tanto de manera individual como generalizada dentro del Servicio.

-Cuando se realiza de forma periódica permite ver hábit

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 150

TÍTULO: CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO AL PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO DE CARACTERÍSTICAS CARDÍACAS EN UN HARE.

AUTORES: MONTILLA MARTÍNEZ, JOSE MARÍA.; ARCHILLA JIMÉNEZ, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las cardiopatías isquémicas coronarias (CIC), constituyen un problema de salud pública a nivel mundial, debido al gran impacto que presentan en la morbimortalidad. A pesar de los avances experimentados continúan siendo la primera causa de mortalidad en los países desarrollados. Su principal manifestación es el dolor torácico (DT). Se dispone de suficiente evidencia científica para su manejo efectivo, pero ello, no garantiza su implementación en la práctica clínica por lo que, es necesario, desarrollar métodos, como la auditoría y los indicadores de calidad, que informen del grado de utilización y del nivel de calidad de su aplicación en la práctica diaria.

Son escasos los estudios publicados relacionados con la calidad del cuidado enfermero al paciente con dolor torácico de características cardíacas a través de indicadores sensibles a la práctica enfermera. Por lo que se plantea llevar a cabo una investigación para conocer la calidad del cuidado enfermero al paciente de estas características.

Conocer la calidad del cuidado enfermero al paciente con dolor torácico de características cardíacas a través de una batería de indicadores de proceso sensibles a intervenciones dependientes de enfermería.

Se ha llevado a cabo un estudio observacional, retrospectivo mediante la auditoría de historias clínicas. La población objeto de estudio, fueron todos los pacientes atendidos en un Hospital de Alta Resolución por motivo de consulta dolor torácico de características cardíacas entre el 01/07/2009 y el 31/12/2013 y que precisaron ingreso hospitalario. La muestra ha sido el total de población posible: 102 pacientes.

El desarrollo metodológico se ha llevado a cabo progresivamente en cinco etapas:

- 1.- Búsqueda bibliográfica, consulta a Instituciones, Sociedades y Agencias.
- 2.- Consulta, de indicadores propuestos, a Comité de Expertos (profesionales sanitarios que lideraban el proyecto de acreditación de Centros Contra el Dolor en Urgencias y Emergencias en la La Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Costa del Sol; Alto Guadalquivir; Bajo Guadalquivir y Hospital de Poniente). Mediante Técnica Delphi.
- 3.- Pilotaje de indicadores sobre un porcentaje de la muestra.
- 4.- Auditoría sobre el total de la muestra por dos investigadores.
- 5.- Análisis estadístico de los datos resultado del consenso interobservadores.

La auditoría de los registros enfermos, y su explotación a través de los indicadores propuestos, han ofrecido información sobre la calidad del cuidado al paciente con dolor torácico, atendido en un HARE.

Sería recomendable desarrollar nuevos estudios que ayudasen a definir indicadores sensibles a la práctica enfermera así como criterios de cumplimiento.

La medida del impacto de las intervenciones de los diferentes profesionales sanitarios en la calidad se ha convertido en un elemento clave; máxime en aquellos procesos asistenciales considerados relevantes entre los que se encuentra el dolor torácico.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 151

TÍTULO: COMO MEJORAR LA ASISTENCIA A LA PARADA CARDÍACA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE NUEVA CREACIÓN.

AUTORES: MOSQUERA RODRÍGUEZ, DAVID.; VILA FERNANDEZ, D.; CARBALLO FERNÁNDEZ, C.; MURIAS TABOADA, E.; DOMINGUEZ PEREIRA, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La incidencia de paradas cardiorrespiratorias es de 4-20 casos por cada 1.000 enfermos. El 50% se producen fuera de las áreas de críticos y, sólo 1 de cada 6 pacientes sobrevive y es dado de alta.

Existe la evidencia de que puede reducirse la mortalidad y las secuelas que causan las PCR en el hospital, si se mejora la respuesta asistencial. Superados los primeros 3 minutos, la parada provoca:

Incremento de secuelas permanentes.

Carga importante para el entorno del paciente y para el sistema socio-sanitario.

El Álvaro Cunqueiro es un hospital de nueva creación puesto en marcha en septiembre 2015 para dar servicio a una población de 438.000 habitantes de Vigo y alrededores. En algunas patologías esta población atendida se ve incrementada por ser hospital de referencia para Pontevedra y parte de la provincia de Ourense.

La distribución física del hospital requiere tiempos de desplazamiento que pueden superar los 8 minutos.

Definición y puesta en marcha de acciones que permitan prevenir las paradas evitables y mejorar, según las recomendaciones internacionales, la atención de las inevitables. Es decir:

- Promover medidas de prevención e intervención precoz destinadas a tratar de evitar la parada si es posible.
- Identificar los pacientes y las áreas hospitalarias de mayor riesgo de sufrir una PCR.
- Desarrollar un programa de formación y entrenamiento periódico para el personal sanitario y no sanitario del Hospital.
- Implantar un protocolo común para todo el hospital que de respuesta a la parada cardiorrespiratoria de acuerdo con las recomendaciones internacionales vigentes.

Se llevó a cabo mediante un proyecto de una semana, basándose en la metodología Gemba Kaizen, apoyándose en algunas de las herramientas fundamentales de Lean Healthcare. Se inicia un análisis de la situación mediante los 5 por qué, y en base a estos, se crea un plan de acción basado en Prevención+Formación+Protocolización.

Prevención:

- Recopilación de datos: definición de una hoja de recogida de datos para su análisis y tratamiento estadístico, establecimiento del procedimiento asociado y su puesta en marcha.
- Identificación de criterios críticos para una parada y su comunicación a la organización.

Formación:

- Categorización de las áreas del Hospital por nivel de riesgo.
- Definición de un plan de formación (objetivos, contenidos, colectivos a formar, canales utilizados y tiempos de formación)

Protocolización:

- Revisión del número de llamada a Soporte Vital Avanzado.
- Revisión e identificación de las ubicaciones de los Carros de parada y DESA.

Se ha conseguido:

Definir y crear una hoja de recogida de datos de las Paradas Cardiacas para su análisis y tratamiento estadístico.

Creación de un cartel de cómo facilitar a los profesionales la identificación de los signos que puedan ser precursores de una parada.

Categorización de las áreas del Hospital por nivel de riesgo.

Queda definido un plan de formación en RCP para todo el personal sanitario.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 153

TÍTULO: DESARROLLO DE UNA MEDIDA TIPO PROM (PATIENT REPORT OUTCOME) EN PANCREATITIS

AUTORES: MIRA SOLVES, JOSÉ JOAQUÍN.; DE MADARIA PASCUAL, E.; SÁNCHEZ MARIN, C.; CARRILLO MURCIA, I.; CÁRDENAS JAÉN, K.; GUILABERT MORA, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Hasta ahora apenas se han estudiado los resultados del tratamiento de la pancreatitis aguda desde el punto de vista del paciente.

Identificar los síntomas y miedos que más preocupan a los pacientes con pancreatitis aguda para diseñar una escala PROM (Patient Report Outcome Measure) en pancreatitis.

Estudio cualitativo en el que se condujeron tres grupos nominales, dos con pacientes que habían sido tratados de pancreatitis aguda en hospitales de Alicante (n = 6) y Valencia (n = 8) y otro con profesionales especialistas en esta patología de la provincia de Alicante (n = 8). Para identificar los puntos de vista de los participantes acerca de los criterios de calidad del tratamiento de la pancreatitis aguda se les preguntó por los síntomas que más malestar y preocupación generaban en los pacientes en tres momentos concretos: antes, durante y después del tratamiento (frecuencia en que se reporta como problema por los participantes y media en escala de 1 a 5). Se compararon las perspectivas de pacientes y profesionales. A partir de la información recogida en los grupos nominales se elaboró un cuestionario online para determinar hasta qué punto estas experiencias eran compartidas en frecuencia e intensidad por un grupo de 9 profesionales de Alemania, EE.UU, India y Turquía.

Pacientes y profesionales coincidieron en identificar el dolor (abdomen, pecho y espalda) (100% de coincidencias, media = 5,0), la distensión abdominal (87,5%, 3,8) y las náuseas (con o sin vómitos) (83,3%, 3,7) como los síntomas más frecuentes e intensos antes del tratamiento. La sed intensa (87,5%, 4,3) durante el ingreso junto con el miedo a comer (50%, 3,3) y el cansancio (75%, 4,1), tanto durante como al alta, también fueron ideas compartidas por pacientes y profesionales. Entre los pacientes existió mayor variabilidad en cuanto a la sensación de hambre durante el tratamiento (4,0 vs 1,0). Los profesionales identificaron el miedo a morir (4,0) y a la repetición del cuadro (4,1) como preocupaciones frecuentes sin embargo, los pacientes no las mencionaron. En la línea de estos resultados, los profesionales de otros países identificaron como preocupaciones y síntomas más frecuentes e intensos: dolor (100%, 4,4), náuseas (75%, 3,4), repetición del dolor (77,8%, 3,6) y miedo (66,7%, 3,8) y dificultad para comer (66,7%, 3,3).

La valoración por los pacientes con pancreatitis aguda del éxito de su tratamiento puede ayudar a re-enfocar la intervención terapéutica. Estos resultados resultar útiles como medidas de resultado durante los ensayos clínicos, contribuyendo a la calidad del resultado.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 154

TÍTULO: MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA POR EXPLOTACIÓN INFORMÁTICA DE DATOS DE LA HISTORÍA CLÍNICA

AUTORES: MEROÑO RIVERA, MARÍA DOLORES.; LÓPEZ LACOMA, JC.; RODRÍGUEZ TELLO, J.; ROLDÁN CHICANO, MT.; GARCÍA LÓPEZ, MM.; CAYUELA GARCÍA, AM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La medición de la Calidad de los Cuidados de Enfermería, debe realizarse con indicadores válidos y fiables, tanto de estructura, como de proceso y resultado. La evaluación de estos indicadores nos informa del nivel de calidad de los Cuidados de Enfermería, ya sea por comparación con estándares preestablecidos, o con nuestras evaluaciones previas.

La monitorización de la Calidad no es un proceso sencillo. Es necesario un plan de monitoreo que contemple la periodicidad, el mecanismo de recogida de datos, y los métodos de interpretación de los mismos. Nuestro Servicio de Salud ha establecido, con consenso de un grupo de expertos en Calidad, indicadores para evaluar la Calidad de los Cuidados de Enfermería en cada hospital. Se evalúan 7 indicadores, compuestos y simples: Atención al ingreso, Valoración del dolor, Cuidados al paciente con sonda vesical, Valoración temprana de desnutrición, Cuidados del paciente portador de catéter venoso, Úlceras por presión y Prevención de caídas, estableciendo una periodicidad mínima cuatrimestral para la evaluación transversal (corte de 1 día) de estos indicadores en una muestra de, al menos, 60 casos. Desde el Área de Calidad de nuestro hospital, se consideró factible realizar una evaluación del total de los casos, sin recurrir a una muestra, utilizando una herramienta informática que permitiera la explotación directa de los registros de la historia clínica electrónica.

Desarrollar un sistema que permita evaluar los indicadores de calidad a tiempo real, de forma rápida y con los datos de todos los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización.

Establecer un proceso de monitorización continua que permita detectar calidad deficiente en los Cuidados de Enfermería, para poder actuar de forma precoz.

Desarrollo de un plan de monitorización de la calidad.

Partiendo de los indicadores establecidos, y con los informáticos, se determinó qué registros de la historia clínica permitían evaluar cada indicador, lo que permitió realizar una explotación a tiempo real, mediante un informe autogenerado. El informe se exporta a un documento de Excel, donde se introducen, además, los resultados de la evaluación de los indicadores que precisan observación directa, y realiza automáticamente los cálculos, informando del valor de los indicadores, tanto simples como compuestos, así como mediante un código de colores, refleja si los valores se encuentran en el rango de cumplimiento o de incumplimiento.

Se disminuyó a semanal la periodicidad de medición de los indicadores que no requieren observación directa, evaluando éstos últimos cada 4 meses por 2 enfermeros del Área de Calidad y Seguridad del Paciente.

Los datos se envían semanalmente a los supervisores de enfermería de cada una de las unidades para mantenerles informados de forma continua sobre los indicadores de Calidad de su servicio, fomentando, con la ayuda del Área de Calidad, que puedan implantar intervenciones de mejora efectivas en caso de detectar calidad deficiente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 155

TÍTULO: GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA. UN ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR

AUTORES: ALVAREZ FERNANDEZ, ROSA MARIA.; DEL NOZAL NALDA, M.; RAMOS ULGAR, MC.; ROMERO LOPEZ, P.; GIL ANDUJAR, N.; GALISTEO DOMINGUEZ, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En Andalucía, a los pacientes pendientes de intervención quirúrgica, de acuerdo con los procedimientos a realizar, tienen derechos consolidados que están marcados por los decretos de garantía de plazo de respuesta. Si bien la responsabilidad última de la gestión es de las Unidades de Gestión Clínica (UGC), el personal administrativo como colaboradores, tienen un papel relevante en garantizar los derechos de la ciudadanía

Presentar la sistemática de trabajo que permite avanzar en una gestión óptima de la lista de espera quirúrgica (LEQ) de forma coordinada desde las UGC quirúrgicas y el personal de LEQ

Entre las tareas a desarrollar por los profesionales de LEQ están, garantizar que la inscripción del registro en la agenda de gestión de la demanda (AGD), cumple los plazos estipulados en el Contrato Programa, la gestión de las consultas de preanestesia, la información telefónica de las citas previstas, así como de cualquier información que deban conocer antes de la intervención. Por indicación de los cirujanos programadores configuran los partes quirúrgicos e informan a los pacientes del día de la intervención. Después de la intervención garantizan la baja del paciente de AGD o en caso de no haber sido intervenido se recupera su seguimiento, así como el de los pacientes en situación "transitoriamente no programable" (TNP). También asumen la gestión de las reclamaciones de usuarios y participan en la normalización de circuitos, documentando a través de procedimientos la gestión de la LEQ. Un profesional de LEQ participa en las reuniones de la Comisión Quirúrgica semanal en la que participan los Directores y Coordinadores de Cuidados de las UGC quirúrgica, en el seno de la cual se analiza la situación de la LEQ. El personal administrativo adscrito a la Unidad de LEQ desde hace dos años participa en un porcentaje en la UGC quirúrgica de la que se encarga de la gestión.

La información se actualiza semanalmente, priorizando la programación quirúrgica en función de la antigüedad y por la situación clínica de los pacientes. El porcentaje de pacientes en situación TNP es inferior al 5% y no se constatan suspensiones quirúrgicas por inadecuada preparación, ni por falta de información. Este trabajo multidisciplinar aporta un valor añadido a los ciudadanos, facilitando referentes a los que consultar dudas y aportando información sobre su proceso, adaptada a sus necesidades, favoreciendo la accesibilidad y la calidad de la asistencia. Por otra parte este trabajo colaborativo con las direcciones de las UGC quirúrgicas, contribuye a garantizar un trabajo en equipo orientado a dar respuesta a las expectativas de los usuarios. Necesitamos seguir avanzando en la protocolización de los procedimientos y en el registro de las actividades, en aras a garantizar la reducción de la variabilidad y la seguridad en la gestión.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 156

TÍTULO: DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE PAPEL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS CON LA INTRODUCCIÓN DE UNA NUEVA HERRAMIENTA INFORMÁTICA

AUTORES: MARTÍN RODRÍGUEZ, LUIS MARÍA.; AMOR VALERO, J.; MIKENBERG MIKENBERG, L.; MULLER GARCÍA, L.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La producción de papel requiere un consumo de materiales y de energía con un considerable impacto sobre nuestro entorno. En los hospitales se consume gran volumen de papel, suponiendo, además de impacto ambiental, un considerable gasto económico. El uso de nuevas herramientas informáticas que no precisen uso de papel puede suponer un considerable ahorro económico y una disminución del impacto ambiental.

Demostrar la disminución en el consumo de papel en el servicio de Urgencias desde la introducción, en febrero de 2015, con mejoras posteriores, de un nuevo sistema informático.

Se han analizado los datos de consumo de papel en el servicio de Urgencias, a través de los pedidos realizados, desde 2013 hasta la actualidad, así como el número de atenciones prestadas en el servicio de Urgencias.

En 2013 se consumieron un total de 487.500 unidades de papel, para un total de 86.198 visitas a Urgencias, lo que supone un consumo de 5,67 unidades de papel por cada visita a Urgencias

En 2014 se consumieron un total de 497.500 unidades (+2%), para un total de 88.467 visitas a Urgencias (+2,9%), con un consumo de 5,62 unidades por cada visita a Urgencias.

En 2015, coincidiendo con el inicio de la nueva aplicación informática, el consumo en 2015 fue de 465.000 unidades (-6,4%), con un aumento de las visitas a Urgencias del 9,4% (96.849 visitas), con un consumo medio de 4,80 unidades por cada visita a Urgencias.

En julio de 2015 se realizó una actualización del sistema informático, que permitió no imprimir los documentos de petición de pruebas complementarias. Se observa que, mientras en el primer semestre se consumieron un total de 250.000 unidades (5,06 unidades por visita a Urgencias), en el segundo semestre se consumieron únicamente 215.000 unidades, para un índice de 4,53 unidades por cada visita a Urgencias.

En el primer trimestre de 2016 se han consumido 115.000 unidades, para un total de 27.518 visitas a Urgencias, lo que supone un consumo medio de 4,18 unidades por visita a Urgencias.

En el segundo trimestre de 2016 se ha realizado una nueva actualización del sistema informático, que está permitiendo disminuir aún más el consumo de papel, al no imprimirse los documentos de triaje ni prescripciones farmacológicas. Durante el mes de Abril se han consumido un total de 27.500 unidades, para un total de 8.739 visitas a Urgencias, lo que supuso un consumo de 3,15 unidades por cada visita a Urgencias.

Es necesario remarcar que al 100% de los usuarios atendidos en el servicio de Urgencias se les entrega el correspondiente informe de alta, que tiene una extensión media de 3 páginas.

El uso de herramientas informáticas adecuadamente diseñadas permite disminuir de forma notable el consumo de papel en los servicios de Urgencias y, con ello, conseguir un ahorro económico significativo y disminuir la huella ecológica de nuestra actividad asistencial.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 157

TÍTULO: UTILIDAD DE UN CUADRO DE MANDO DE INDICADORES DE ACTIVIDAD Y CALIDAD PARA IDENTIFICAR OPORTUNIDADES DE MEJORA

AUTORES: DEL NOZAL NALDA, MARTA.; ECHEVARRÍA MORENO, M.; ANGULO GUTIERREZ, J.; MARIN MORALES, JA.; MARTINEZ GARCÍA, P.; GALISTEO DOMINGUEZ, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Durante los últimos años se ha producido un incremento de la actividad quirúrgica lo que obliga a implementar medidas para incrementar la efectividad en el uso de los recursos ya que tanto los estructurales como los humanos son limitados. Para ello es importante disponer de información de la actividad realizada, así como de la implicación de los profesionales en la identificación e implantación de planes de mejora

Describir el proceso de implementación del cuadro de mando de indicadores de actividad y calidad y el proceso de detección y abordaje de áreas de mejora en función de los resultados.

A finales del año 2014 se constituyó la Comisión de Calidad del Bloque Quirúrgico (CCBQ) con composición multidisciplinar cuya misión es promover la calidad en la asistencia sanitaria en el proceso quirúrgico y entre sus funciones se recoge implementar y mantener actualizado un cuadro de mando de indicadores de calidad dirigido a identificar aspectos susceptibles de mejora. Durante el año 2015 se desarrolló el cuadro de mando y la sistemática de evaluación de cada uno de los indicadores propuestos. Mensualmente se presentan en la CCBQ y se proponen acciones de mejora, mensual, o anualmente en función del indicador propuesto. Los indicadores propuestos son: número total de intervenciones mensuales por especialidad global y desagregado en el Hospital de Valme y en el Hospital El Tomillar, media mensual del número de intervenciones por parte desagregada en ambos hospitales, evaluación mensual del % de ocupación de quirófanos y evaluación mensual de las suspensiones y prolongaciones. También se ha implementado una encuesta de satisfacción de cliente interno y otra de cliente externo.

La CCBQ se reúne mensualmente excepto en los meses de verano y en las reuniones, se evalúan los resultados de los indicadores propuestos. El promedio de intervenciones quirúrgicas global y por sesión, realizadas en el Hospital de Valme y el Hospital del Tomillar se mantiene estable. Si bien este análisis nos ha permitido insistir en la adecuación de los partes quirúrgicos en horario de tarde y sobre todo de la necesidad de registrar de forma correcta las horas de inicio y fin de cada intervención. El porcentaje global de ocupación de quirófanos está próximo al 75% (nivel óptimo). El % de suspensiones quirúrgicas es inferior al 4% establecido como valor de referencia y se controlan las prolongaciones por especialidad, como un posible indicador de mejora en la configuración de los partes quirúrgicos. Las encuestas de satisfacción de clientes externos han permitido identificar mejoras sobre la ubicación para facilitar la información a familiares, siendo el porcentaje global de satisfacción en el circuito quirúrgico en el año 2015 superior al 85%. La encuesta de satisfacción de cliente interno, ha identificado como área de mejora los tiempos muertos entre intervenciones quirúrgicas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 158

TÍTULO: AUDIT DE HISTORIAS CLÍNICAS EN UNA MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL. COMPARATIVA 2014 Y 2015.

AUTORES: ORTNER SANCHO, JORDI.; GRAU BALCELLS, N.; MONSERRAT MONSERRAT, C.; GRAN RAMOS, A.; VIVES JULINES, A.; MOYA ALCOCER, D.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En MC MUTUAL anualmente se auditan las historias clínicas (audits) con el objetivo de valorar su calidad y proponer acciones de mejora

Evaluar tras las acciones de mejora propuestas si se ha producido un cambio en la calidad del registro en la historia clínica en 2015 frente 2014.

El estudio se realiza en MC MUTUAL, una mutua colaboradora con la seguridad social que protege la contingencia profesional de más de un millón de trabajadores (año 2015). Está integrada por más de 300 profesionales 87 centros asistenciales de España. Se han realizado 1.470 audits de historias médicas (10 por profesional) y 820 audits de historias de enfermería (5 por profesional). Se analizan historias clínicas anteriores a tres meses antes de la realización del audit. El audit contiene 15 ítems de valoración médica y 7 y 9 de enfermería, en 2014 y 2015 respectivamente. Cada ítem se codifica como correcto, incorrecto o no valorable de acuerdo a que su registro en el sistema electrónico se realice tal como establece el protocolo interno de registro de la historia clínica ambulatoria.

Resultados:

A nivel médico los ítems que en 2014 tenían un cumplimiento 'correcto' en más del 95% de las historias clínicas auditadas, presentan valores similares en 2015, con una variación interanual de los porcentajes que oscilan entre 0,1 y 1,7 puntos según ítem.

Los ítems médicos 'Antecedentes laborales' y 'Resumen historia clínica' fueron los que presentaron menor grado de cumplimiento en 2014 (cercano al 70%). En 2015 han mejorado en 9,7 y 21,7 puntos respectivamente.

A nivel de enfermería, todos los ítems se situaban por encima del estándar (70%) en 2014. Se detecta una mejora global en todos ellos, destacando, específicamente el incremento de más de 10 puntos en los ítems: "Descripción de la Lesión", "Zona de Punción.Eventos Adversos" y "Registro Administración Tratamiento Prescrito".

Conclusiones:

A nivel médico los ítems de menor cumplimiento en el 2014 han mejorado en el 2015 y los de mayor cumplimiento se mantienen con porcentajes similares. A nivel de enfermería se evidencia una mejora global en la totalidad de los ítems en 2015 respecto 2014.

El audit de la historia clínica permite identificar aspectos de mejora, tras lo que se proponen acciones orientadas a mejorar la calidad del registro (ciclo de mejora continua). Es una herramienta útil para mejorar la calidad del registro contribuyendo por tanto a la mejora de la calidad de la asistencia que se presta.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 159

TÍTULO: MARCO EVALUATIVO PARA ORGANIZACIONES INTEGRADAS: LA EXPERIENCIA DE LA RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA (RSMB)

AUTORES: PEREIRA RODRIGUEZ, CARLOS.; LANDALUCE LAUZURICA, JI.; RODRIGUEZ ITURRIZAR, AI.; URIARTE URIARTE, JJ.; LOPEZ ORTIZ, M.; LARRINAGA VELEZ, MA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En Febrero del 2010, Osakidetza crea la RSMB que integra 3 Hospitales Psiquiátricos y la Organización de Servicios Extrahospitalaria de Salud Mental. La Atención Integrada deberá garantizar: Mejora de la salud, mayor calidad de la atención, mayor eficiencia en el uso de los recursos, mayor satisfacción de pacientes y profesionales.

La RSMB apuesta por desarrollar un modelo asistencial basado en el equilibrio entre los servicios hospitalarios y los servicios comunitarios con una intensa coordinación con los servicios sociosanitarios.

Se consideran factores de éxito: el liderazgo clínico, visión de sistema, enfoque poblacional, atención centrada en el paciente y un marco evolutivo robusto

La RSMB ha utilizado diferentes herramientas para evaluar los avances en la integración asistencial de las 4 Organizaciones que la conforman: D'amour (opinión de los profesionales sobre la cultura colaborativa de la organización), IEMAC (avances en la estrategia de la Cronicidad), IEXPAC (experiencia del paciente sobre la atención recibida) y el Marco Evaluativo de Organizaciones Integradas diseñado por BIOEF (Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias)

Evaluar los avances en integración de la nueva organización (con indicadores asociados a Estructura y Procesos), así como su impacto en los Resultados

Se utiliza como herramienta de autoevaluación el Marco Evaluativo para Organizaciones Integradas, adaptado para salud mental.

Hasta la actualidad, se han realizado 5 autoevaluaciones, estableciéndose áreas de mejora en función del resultado obtenido en los indicadores asociados a los diferentes criterios

En las autoevaluaciones se han ido incorporados de forma paulatina los diferentes líderes tanto asistenciales como de otras áreas (Económica, Gestión de Personas, Sistemas, Servicios Generales, etc.), impulsándose equipos multidisciplinares desde la Subdirección de Innovación de RSMB.

La integración asistencial es una tendencia global con el objetivo de paliar los problemas de fragmentación y descoordinación entre los diferentes niveles de los sistemas sanitarios. La herramienta utilizada nos ha permitido una evaluación de todos los elementos implicados en la integración, identificando áreas de mejora que hemos ido incorporando a los Planes de Gestión Anuales, donde desplegamos las Líneas Estratégicas de la RSMB.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 160

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR CÓDIGO DE BARRAS EN UN HOSPITAL DE DÍA

AUTORES: MACÍAS MAROTO, MARTA.; BALDOMINOS UTRILLA, G.; BERNABEU ANDREU, F.; PÉREZ PÉREZ, D.; ARRANZ COBO, J.; PANIAGUA CRUZ, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El dispositivo de administración de medicamentos por código de barras (AMCB) es el recomendado para la prevención de errores en la administración de los medicamentos. Este sistema permite confirmar mediante un sistema de doble chequeo los denominados 5 correctos de la medicación. En el Hospital de Día Oncohematológico se administran una media de 30.000 medicamentos al año, de los cuales los antineoplásicos son medicamentos considerados de alto riesgo, lo cual justifica la priorización de esta intervención.

1- Identificar los aspectos clave en el proceso de implementación y mantenimiento de la tecnología de AMCB.

2- Conocer el grado de implementación de la AMCB en las diferentes fases del proyecto.

La implantación de la AMCB comenzó en 2011 en el Hospital de Día Oncohematológico como un proyecto de mejora de seguridad del paciente. Se creó un equipo multidisciplinar para la implementación del mismo, la cual se dividió en 4 fases:

1- Valoración y selección del material adecuado según las necesidades de la unidad y los recursos existentes.

2- Evaluación del proceso de administración de la medicación estableciendo las acciones necesarias para instaurar el nuevo sistema.

3- Instalación de un sistema de comunicación sin cables en el área de trabajo de la unidad y la implementación del software del programa de administración positiva.

4.- Seguimiento. Detección de áreas de mejora a través de reuniones del equipo y medición del porcentaje de utilización de la AMCB mediante el programa de prescripción, preparación, dispensación y administración Farmatools®.

Los aspectos claves identificados para el éxito de la implantación y mantenimiento de la AMCB son los siguientes:

- Identificar el equipo multidisciplinar con los profesionales implicados en el proceso incluyendo a la Dirección del centro.

- Conocer la cultura de seguridad existente en la unidad antes de comenzar con la implantación.

- Implantar la prescripción electrónica asistida con protocolos.

- Implantar la dispensación de adyuvantes y antineoplásicos identificados con etiquetas de código de barras.

- Seleccionar y adquirir el equipamiento (sistema wi-fi, ordenadores, lectores de código de barras).

- Tener un contrato de mantenimiento adecuado del hardware y software.

- Analizar los cambios a realizar en el circuito de utilización de los medicamentos previamente a la implantación y planificar su puesta en marcha para prevenir los problemas en su aplicación.

- Establecer acciones para el manejo de la percepción del profesional de aumento de carga de trabajo por el doble chequeo que implica la administración de cada medicamento.

El grado de implementación de la AMCB en la unidad medido con estudios de prevalencia fue el siguiente: inicios (año 2011) de un 49%; 2012 de un 65%; 2014 de un 95% y periodo actual de un 66%.

En la implantación de una nueva tecnología han de incluirse al menos todos los aspectos clave identificados para poder asegurar en el tiempo un mantenimiento de la misma.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 161

TÍTULO: EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

AUTORES: SAIZ LADERA, GEMA MARIA.; JIMÉNEZ MUÑOZ, AB.; MARTÍNEZ MONDÉJAR, B.; PANIAGUA ALCARAZ, C.; OJEDA RUIZ, E.; GOMEZ MUÑOZ-TORRERO, RM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La OMS estima que en el año 2012 murieron por Enfermedades cardiovasculares 17,5 millones de personas en el mundo (31%), y de estas muertes, 7,4 millones fueron debidas a enfermedad coronaria, siendo ésta, la causa más frecuente de mortalidad a nivel individual en todos los países. Diferentes intervenciones (farmacológicas y no farmacológicas) han mostrado su efectividad en el manejo de los pacientes con síndrome coronario agudo, incorporándose a las recomendaciones establecidas por diferentes sociedades científicas.

Evaluar el cumplimiento de los indicadores de calidad en el tratamiento de pacientes diagnosticados de IAM tras el alta, en un hospital público de la Comunidad de Madrid.

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, con componentes analíticos, en el que se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico principal de IAM (según código CIE-9), dados de alta en el Hospital Universitario Severo Ochoa del 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2014. Fuente de datos CMBD.

Número total de pacientes incluidos en el estudio 572, mayoritariamente hombres (68.2%), con una media de edad de 69,24 años (DE 13,37). La presentación clínica predominante fue el IAM sin elevación del segmento ST (IAMSEST) (48,6%). Respecto a la adherencia a las recomendaciones farmacológicas, los porcentajes de prescripción adecuada fueron: betabloqueantes (94,6%), antiagregantes (98,1%), IECAs o ARA II (77,9%), estatinas (94%) e indicación de nitroglicerina sublingual (53,6%). Respecto a recomendaciones sobre estilos de vida se ofreció consejo sobre: dieta o peso (96,1%), reanudación de las actividades al alta (actividad física, actividad laboral o de otro tipo) en un 88,3%, consumo de tabaco (50,4%), consumo adecuado de alcohol (47,4%), y derivación a un programa de rehabilitación cardíaca (2,7%). Hubo una mayor tendencia a recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas en hombres, frente a mujeres (antiagregantes, IECAs/ARA II, y consejos sobre estilo de vida). Se ofrecieron más recomendaciones a pacientes con menor edad, comorbilidad y estancia, frente a sujetos con mayor edad, comorbilidad y estancia, en lo que respecta a recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas (mayor prescripción de betabloqueantes, estatinas, consejo antitabaco o sobre estilos de vida). Siendo todas las diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: La adecuación de las prescripciones farmacológicas a las recomendaciones establecidas es elevada. Los indicadores farmacológicos que más se alejan de los estándares de calidad son la prescripción de IECAs y NTGsl. En relación con los estilos de vida, las recomendaciones no son homogéneas: hay una mayor presencia de consejo sobre dieta o ejercicio físico frente a recomendaciones sobre hábitos tóxicos. Se encontraron diferencias en la indicación de tratamiento en función del sexo, la edad, la comorbilidad o el tipo de infarto.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 162

TÍTULO: LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD Y LA METODOLOGÍA KANO PARA CONOCER LOS REQUISITOS DE PACIENTES EN UNA UNIDAD DE QUEMADOS

AUTORES: GONZÁLEZ REVALDERÍA, JOAQUÍN.; HOLGUÍN HOLGADO, P.; LUMBRERAS MARÍAN, EM.; NÚÑEZ LÓPEZ, GC.; FERNÁNDEZ LOBATO, RC.; FREIRE MAGARIÑOS, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La opinión de los pacientes es imprescindible para poder mejorar de forma continua ya que es una de las principales partes interesadas dentro de la actividad hospitalaria. Habitualmente, el contacto formal se realiza mediante encuestas cerradas con algún ítem abierto. Sin embargo, este tipo de aproximación tiene la limitación de que el paciente opina sobre lo que se pregunta, pudiendo quedar aspectos no tratados y que sean de importancia para él.

Incorporar las entrevistas en profundidad en pacientes grandes quemados que han estado ingresados para conocer aspectos que, habitualmente, les es difícil verbalizar. Aplicar la metodología Kano en un grupo más amplio de pacientes para indagar en los aspectos manifestados en la entrevista y conocer cómo los categorizan los pacientes en cuanto a su necesidad de implantación para lograr satisfacción.

En el estudio se han entrevistado pacientes hasta llegar al punto de saturación (11 pacientes), que podían estar acompañados, si lo deseaban. Las entrevistas las realizaron dos investigadores: uno de ellos, dirigía la entrevista y otro tomaba notas manuscritas literales de lo expresado por los pacientes. Las entrevistas se realizaron en el hospital en un despacho acogedor e íntimo. Tras recopilar las informaciones, se transformaron en requisitos del paciente, encontrando los elementos clave los cuales se agruparon con un diagrama de afinidad. Posteriormente, se realizó una encuesta Kano a 30 pacientes en los que cada requisito fue presentado en forma funcional y disfuncional. Tras analizar las encuestas, cada requisito fue clasificado como: "debe ser" (su presencia no causa satisfacción pero su ausencia causa insatisfacción), "unidimensional" (la satisfacción es proporcional a la funcionalidad del producto o servicio) "atractivo" (su presencia su presencia causa satisfacción pero su ausencia no causa insatisfacción) o "indiferentes".

Se obtuvieron 11 requisitos de los pacientes. De ellos, se clasificaron como "Debe ser": televisión gratuita y desconexión automática de la televisión a las 00 horas. Como "Atractivos": Mayor intimidad durante la hospitalización, Información previa del horario al que se van a realizar las curas para disminuir la ansiedad y Mantener un retén adicional de profesionales para contingencias. Los demás se clasificaron como indiferentes.

Aunque la encuesta se realizó en el hospital, se mantuvo en todo momento un ambiente agradable y el investigador principal fue independiente del servicio. El contenido de las entrevistas fue triangulado por un equipo de facultativos independiente al equipo investigador llegando a las mismas conclusiones.

Es necesario establecer planes de acción basados, primeramente en los "debe ser" para, posteriormente, abordar los requisitos atractivos en la medida de lo posible.

Con esta metodología se ha podido acceder a aspectos que no son habitualmente contemplados por las encuestas y que pueden ser muy decisivos en la satisfacción de los pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 163

TÍTULO: AUTOEVALUACIÓN DEL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL DOLOR EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

AUTORES: MARTÍN RODRÍGUEZ, M^a DOLORES.; GARCÍA CEPEDA, MB.; PAIS IGLESIAS, B.; RODRÍGUEZ PÉREZ, B.; FIUZA BARREIRO, B.; SOBRAL FERNÁNDEZ, Y.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El dolor es un problema sanitario y social de primera magnitud y uno de los trastornos que más afecta y preocupa a las personas, además de ser el síntoma acompañante que con mayor frecuencia motiva una consulta médica.

El dolor está presente en el transcurso de la vida de prácticamente todos los individuos y, cuando aparece, afecta de forma muy importante la calidad de vida de las personas que lo padecen, la de sus familias y además puede tener serias consecuencias sociales, e incluso económicas para el propio individuo y su familia, así como efectos adversos fisiopatológicos y psicoemocionales, aumento de la morbilidad y alargamiento de las estancias hospitalarias. El dolor incrementa por cinco la posibilidad de utilización de servicios sanitarios, lo que supone una importante carga social en costes directos e indirectos. Además es el motivo de consulta más frecuente en Atención Primaria.

Nuestra Comunidad lanzó la Estrategia de Atención Integral al Dolor en 2010 con el fin de mejorar la calidad de la atención a los pacientes que sufren dolor desde un enfoque de atención integral y multidisciplinar.

Evaluar la implementación de la Estrategia de Atención Integral al Dolor del SERGAS utilizando como herramienta de autoevaluación el Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS, publicado por el Ministerio de Sanidad en 2014.

Constitución de un grupo de trabajo para realizar la autoevaluación.

Elaboración herramienta Microsoft Excel con los criterios de evaluación.

El documento Marco está estructurado en 4 líneas estratégicas, que contienen objetivos que se despliegan en recomendaciones. El grupo evaluó la implementación por parte del SERGAS de las recomendaciones (59) incluidas en estos objetivos:

Línea 1: El dolor como elemento prioritario y transversal en el marco de las estrategias y políticas de salud del SNS: 4 objetivos con 18 recomendaciones.

Línea 2: Prevención y Atención sanitaria basada en la evidencia científica: 3 objetivos con 20 recomendaciones.

Línea 3: Tratamiento del dolor: 2 objetivos con 12 recomendaciones.

Línea 4: Coordinación y continuidad asistencial: 2 objetivos y 9 recomendaciones

Cumplimiento de 15 recomendaciones de la línea 1 (83,3%), Cumplimiento de 17 recomendaciones de la Línea 2 (85%), Cumplimiento de 11 recomendaciones de la Línea 3 (91,6%), Cumplimiento de 6 recomendaciones de la Línea 4 (66%). Del total de recomendaciones el SERGAS ha promovido la implantación de 49 (83%). Otras 3 recomendaciones se cumplen parcialmente.

La Estrategia del SERGAS ha implementado la mayoría de las recomendaciones que establece el Ministerio de Sanidad para la mejora del abordaje del dolor. En una segunda fase sería necesario evaluar el impacto de las mismas en la atención al paciente que sufre dolor, a través de la autoevaluación de los centros para identificar áreas de mejora y diseñar e implementar las acciones de mejora necesarias para garantizar una atención integral y de calidad al paciente que sufre dolor.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 164

TÍTULO: TRABAJO EN EQUIPO, MEJORA CUALITATIVA.

AUTORES: SABATE CINTAS, VICTORIA.; PERALLON SOLANS, N.; GOMEZ IPARRAGUIRRE, P.; VALVERDE CALZADO, R.; DEVESA MERIDA, R.; ARASANZ LOZANO, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los profesionales son una pieza indispensable de la organización y su implicación en el desarrollo de los objetivos y en la implantación de procesos es fundamental para conseguir un buen funcionamiento.

El objetivo es involucrar a todos el profesionales de nuestra Unidad de Gestión de Atención Primaria (UGAP) en grupos de mejora para aumentar el sentimiento de pertenencia y la implicación en cuanto a los objetivos de mejora.

Se decide crear grupos de mejora con todos los profesionales de los tres equipos que forman nuestra UGAP, un total de 105 trabajadores. Se forman 14 grupos multidisciplinarios y multicéntricos en función del objetivo de mejora que se quiere trabajar. Los grupos de mejora están formados por un responsable del proceso a analizar (experto) y un número adecuado de miembros (entre 3 y 8), también asiste a las reuniones de formar puntual un miembro del equipo directivo como apoyo. Los integrantes proceden de diferentes colectivos profesionales y de diferentes centros de trabajo en función de las necesidades del proceso a trabajar.

%Profesionales implicados en grupos de mejora/total profesionales=96%; %Problemas solucionados/total problemas comunicados año 2015= 93%; %Reuniones Equipos Mejora con acta/total nº reuniones año 2015= 98%; %Reuniones Comisión Calidad con dirección con acta/total nº reuniones año 2015= 100%; %Reuniones de calidad con acta/total nº reuniones año 2015=100%; %Profesionales formados en calidad / total profesionales= 90%

Durante el año 2015 los tres equipos que forman nuestra UGAP han realizado un gran esfuerzo para trabajar los Objetivos de mejora pautados a principios de año. Ha habido un gran trabajo en equipo y una mayor cohesión entre los profesionales de los centros gracias a la interacción dentro de los grupos de mejora y del contacto interdisciplinario y multicéntrico de las reuniones de trabajo. Los objetivos de mejora no se han podido lograr todos, pero sí ha habido una mejora continua y un fantástico trabajo de equipo con el despliegue de los grupos de mejora. Se ha trabajado con metodología de calidad y se ha formado a la mayoría de los profesionales en materia de calidad y seguridad del paciente. Esto nos ha permitido asentar las bases para continuar mejorando durante los próximos años. Durante el año 2016 tenemos previsto continuar con los mismos grupos de mejora que hasta ahora. Esperemos poder continuar con la participación de todo el equipo y que la calidad sea trabajada por todos los profesionales de nuestra UGAP. Poco a poco vamos tirando cultura

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 165

TÍTULO: ORDENAR LOS RESULTADOS DE LAS GUÍAS CLÍNICAS EN UN CUADRO DE MANDO PARA SU GESTIÓN CLÍNICA. UNA PROPUESTA

AUTORES: PÉREZ COMPANY, PILAR.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Para la implantación de guías clínicas del Programa Best Practice Spotlight Organization (BPSO) de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), que lleva cuatro años de desarrollo en España, coordinado por Investen iscii del Instituto de Salud Carlos III y por el Centro Colaborador Español Joanna Briggs, se evalúan una serie de indicadores propuestos por RNAO por cada una de las guías implantadas, en todos los centros adscritos al programa. Estos indicadores ofrecen un básico de datos que permite a los profesionales conocer el grado de implantación y el impacto en el paciente. Pero al ser una información básica no propone elementos de gestión. Aquí se presenta una propuesta para ordenar la información de forma que tanto los gestores como los profesionales puedan utilizarla, conocer donde están los problemas y compararse internamente y con otros centros.

Proponer un sistema de información de resultados, para la gestión de la implantación de guías clínicas.

La propuesta se compone de dos elementos. Base conceptual: Para soportar toda la elaboración se han utilizado los estudios, revisiones sistemáticas, que describen los factores influyentes para la calidad de cuidados, así como los modelos de relación lógica entre los factores y los resultados.

Base metodológica: Modelo de ordenación de la información según los resultados que queremos obtener. Elaboración de indicadores para los diferentes tipos de información.

Diseño del Cuadro de Mando par la gestión de la implantación

Se ha escogido como ejemplo, para realizar la propuesta, la guía clínica "Prevención de caídas y lesiones derivadas en personas mayores" (RNAO).

Se han elaborado tres tipos de información: 1. Resultados Generales o Macros con datos finalistas y comparativos inter-centros sobre tres entidades; pacientes, profesionales y sistema sanitario. 2. Resultados para el desarrollo de la implantación, relacionados mediante seis agrupadores; coste, severidad, competencia profesional, calidad, entorno y productividad, que permiten la toma de decisiones clínicas. 3. Resultados del impacto de las estrategias de implantación, que se basa en la "Herramienta de implantación de las guías de práctica clínica. RNAO/Investen.iscii. Adaptado.

Se han elaborado los indicadores correspondientes a estos tres tipos de información con sus descriptores. Se ha integrado esta información en una estructura de Sistema de Información con sus Cuadros de Mando.

La propuesta, ya conocida por los líderes de los centros adscritos al programa, ha tenido una buena aceptación, empezándose a estudiar la posibilidad de aplicarla en dos centros.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 166

TÍTULO: UNA NUEVA FORMA DE TRABAJO EN EQUIPO ENTRE SERVICIOS ASISTENCIALES Y NO ASISTENCIALES

AUTORES: MARTÍNEZ MONDÉJAR, BELÉN.; JIMÉNEZ MUÑOZ, AB.; SAIZ LADERA, GM.; MORENO ORTEGA-VILLAIZAN, ML.; OJEDA RUIZ, E.; PANIAGUA ALCARAZ, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Una oportunidad de mejora que AENOR reflejó en el informe final de la auditoría realizada en 2015, además de ser objeto de observaciones y de una no conformidad (NC), fue la de mejorar los canales de comunicación entre el Servicio de Mantenimiento y el resto de servicios, para mantener actualizado el listado unificado de equipos (LUE) y decidir sobre las necesidades de mantenimiento y control en función del uso de los equipos

Describir la acción de mejora realizada en el Hospital, para conseguir mejorar este aspecto

El Hospital tiene definido un Procedimiento específico para la gestión de los equipos. Para conseguir cumplir lo establecido en dicho procedimiento y conseguir el LUE, se creó a finales de 2015 en el directorio común del Hospital, una carpeta llamada ISO9001, y dentro de ella, 8 subcarpetas (una para cada servicio con equipos) a la que sólo podían acceder el profesional responsable del mantenimiento de equipos del servicio, el jefe de servicio, 3 miembros de la Unidad de Calidad, el Jefe de Servicio de Mantenimiento y el de Electromedicina. En cada carpeta se colgó la última versión del listado de equipos en un fichero en excel (que previamente había unificado la coordinadora de calidad). Se consensuó con la Dirección del Centro los ítems que debía contener este listado. En él se incluyeron además de ítems relacionados con el equipo (nombre, nº de serie, ...), ítems relacionados con el tipo de mantenimiento a realizar, responsables y periodicidad del mantenimiento establecido.

De los 10 servicios certificados por AENOR en el Hospital, 8 disponen de equipos y por tanto están sujetos a lo que establece el Procedimiento específico para la gestión de equipos.

De los más de 16 listados de equipos existentes antes de la unificación de listados, en los que no quedaba definido el tipo de mantenimiento a realizar ni la periodicidad del mismo, con la propuesta establecida desde la Unidad de Calidad, se ha conseguido disponer de un único listado de equipos por Servicio certificado, siendo el total de equipos incluidos en el listado de 993. Por servicios, A.Patológica dispone de 168 equipos, Bioquímica 181, Hematología 71, Microbiología 177, Pediatría 293, Urgencias Generales 38, Farmacia 59 y Suministros 6.

Conclusiones:

En el informe de la auditoría realizado por AENOR en Mayo de 2016, consta como punto fuerte, el esfuerzo realizado para resolver las observaciones y no conformidades del anterior informe de Auditoría sobre el mantenimiento y control de equipos. Habiéndose conseguido que todos los servicios certificados trabajen con un único listado de equipos, de forma coordinada con los Servicios de Mantenimiento y Electromedicina.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 167

TÍTULO: CUIDANDO DE LOS PACIENTES MÁS FRÁGILES

AUTORES: SABATE CINTAS, VICTORIA.; PERALLÓN SOLANS, N.; GOMEZ IPARRAGUIRRE, P.; VALVERDE CALZADO, R.; NOGUES CARBONELL, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El paciente crónico es una línea prioritaria del plan de salud que promueve la visión de un paciente crónico pluripatológico. Con la identificación del Paciente Crónico Complejo (PCC) y del paciente con enfermedad crónica avanzada (MACA) se pretende ordenar la tarea que proporcionará cada nivel asistencial y sistematizar un contacto más resolutivo evitando descompensaciones y aumentando la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

El Objetivo es realizar un Plan de Intervención Individualizado y Compartido (PIIC) para mejorar la atención a todos los niveles asistenciales. El PIIC es un documento dinámico que se sustenta en la HC3 (Historia Compartida), que recoge los datos de salud y sociales más importantes de una persona y la dispone en un entorno compartido de información

Se crea un grupo de mejora formado por los referentes de cronicidad del equipo: los médicos referentes de cronicidad y de residencias, las enfermeras que gestionan las residencias de la zona, las enfermeras encargadas de llevar a cabo la atención domiciliaria, la enfermera gestora de casos, los referentes de gestión de residencias dentro del personal de gestión y servicios, y los líderes clínicos de medicina y enfermería de la UGAP. Se llevan a cabo reuniones mensuales para analizar la evolución de los resultados, detectar dificultades y promover acciones de mejora de resultados. Se hacen reuniones de equipo para explicar la línea de cronicidad del plan de salud, la definición de PCC y MACA, como identificarlos en el sistema informático y, finalmente, que es y cómo se hace un PIIC. La gestora de casos realiza reuniones de formación grupales y consultorías individualizadas. Se planifica un calendario de liberación de agenda a los médicos para poder realizar visitas domiciliarias con el objetivo de hacer el seguimiento y consensuar con el paciente y su familia un PIIC de calidad.

Se evidencia una notable mejora en la identificación de los pacientes PCC y MACA de nuestro territorio. %Pacientes PCC con PIIC realizado: EAP 1=86.7%; EAP 2=86.8%; EAP 3=79,6%. %Pacientes MACA con PIIC realizado: EAP 1=88.9%; EAP 2=88.6%; EAP 3=80.4%.

Con esta actuación se mejoró la calidad asistencial a los pacientes PCC y MACA de nuestra área, mejorando la coordinación entre servicios asistenciales y la seguridad del paciente. Se ha conseguido respetar la voluntad de los pacientes de cómo quieren ser atendidos en caso de descompensación y en los últimos momentos de su vida, aumentando la satisfacción del paciente y su familia

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 168

TÍTULO: LA ENTREVISTA COMO INSTRUMENTO PARA CONOCER DE LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS EN LAS UNIDADES DE CIRUGÍA SIN INGRESO

AUTORES: FERNÁNDEZ LOBATO, ROSA CARMEN.; GONZÁLEZ REVALDERÍA, J.; FREIRE MAGARIÑOS, M.; CUESTA RODRÍGUEZ-TORICES, M.; ANDRÉS MOLINERO, MA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Conocer la opinión de los pacientes es imprescindible para poder mejorar de forma continua ya que es una de los grupos de interés dentro de la actividad hospitalaria.

Habitualmente, el contacto formal se realiza mediante encuestas. Sin embargo, estas tienen la limitación de que el paciente opina solo sobre lo que se pregunta.

La utilización de entrevistas permite obtener más información para la mejora de la asistencia. Posteriormente, la aplicación de la metodología Kano en un grupo más amplio de pacientes permite conocer cómo los categorizan los pacientes en cuanto a su necesidad de implantación para lograr satisfacción.

Incorporar las entrevistas en profundidad para obtener un mayor conocimiento de los requisitos de los pacientes.

Se han entrevistado a 18 pacientes, que podían estar acompañados si lo deseaban, y que habían sido sometidos el día de la entrevista a una intervención quirúrgica dentro de la Unidad de Cirugía sin Ingreso de nuestro centro.

Las entrevistas las realizaron dos investigadores: uno de ellos, dirigía la entrevista y otro tomaba notas manuscritas literales de lo expresado por los pacientes y sus familiares. Las entrevistas se realizaron en el hospital, manteniendo el máximo de intimidad.

Tras recopilar las informaciones, se transformaron en requisitos del paciente, encontrando los elementos clave los cuales se agruparon con un diagrama de afinidad. Posteriormente, se realizó una encuesta Kano a 30 pacientes en los que cada requisito fue presentado en forma funcional y disfuncional.

Tras analizar todas las encuestas recibidas, cada requisito fue clasificado como: "debe ser", "unidimensional", "atractivo" o "indiferente".

Se obtuvieron 10 requisitos de los pacientes. De ellos, no se encontró ningún "Debe ser". Como "Atractivos" se encontraron: Informar a los acompañantes del tiempo de estancia del paciente en Reanimación (y no solo el tiempo de la intervención), cumplir el compromiso de la fecha de intervención, aseos más cercanos a la sala de espera y recordar la fecha de intervención por SMS.

Como "unidimensional" se encontró el disponer de un espacio privado para la información médica. Los demás requisitos se clasificaron como indiferentes.

La no existencia de requisitos "debe ser" muestra una estructura básica aceptable del CSI por parte de los usuarios. En el caso del requisito de cumplir la fecha de intervención, puede estar relacionado con que se avisa a los pacientes de la fecha definitiva con muy escasa antelación.

A partir de este momento se comenzaron a establecer los planes de actuación para abordar estos aspectos y evaluar las medidas de mejora correspondientes.

La metodología de la entrevista en profundidad, nos ha permitido acceder a aspectos que no son habitualmente contemplados por las encuestas y que pueden ser muy decisivos en la satisfacción de los pacientes, constituyendo para nosotros una fuente insustituible de ideas para potenciar nuestra aspiración de mejora continua.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 169

TÍTULO: UNA NUEVA ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

AUTORES: MARTÍNEZ MONDÉJAR, BELÉN.; JIMÉNEZ MUÑOZ, AB.; SAIZ LADERA, GM.; PANIAGUA ALCARAZ, C.; OJEDA RUIZ, E.; GOMEZ MUÑOZ-TORRERO, RM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Dentro de los requisitos que la Norma ISO 9001 exige a los servicios certificados, consta la realización de una encuesta de satisfacción al cliente interno del servicio. Al igual que en años anteriores, el hospital en 2016 ha decidido realizar una única encuesta de satisfacción para 9 de los 10 Servicios certificados por AENOR, utilizando una nueva metodología.

Evaluar la satisfacción de 9 de los 10 servicios certificados en el Centro a través de una encuesta realizada vía on line

Con el objetivo de introducir cambios que pudieran contribuir a mejorar la participación de los profesionales, el Centro adquirió una herramienta: el Survey Monkey para realizar la encuesta vía on line y así facilitar su cumplimentación y análisis. Se diseñó una encuesta para el personal de enfermería y otra para el personal facultativo. El total de preguntas de la encuesta fue de 13 y 15 preguntas respectivamente (con 6 opciones de respuesta), relacionadas con la satisfacción en el plazo de entrega de resultados, con la fiabilidad de los resultados y con la satisfacción con la atención recibida por personal de servicio. La encuesta era anónima y voluntaria. Para su difusión se contó con la colaboración de la Dirección Médica y de Enfermería del Hospital, desde donde se envió el 11/03/16 a través del correo institucional un correo a todos los facultativos del hospital y supervisores de enfermería, con el enlace a la encuesta. La herramienta permite un análisis descriptivo inmediato tras la cumplimentación de la misma, y se estableció como periodo de contestación desde el 13/03/16 al 6/05/16

El total de encuestas cumplimentadas y analizadas fue de 114 (frente a 117 analizadas en 2015), el 54% correspondió a facultativos, el 29% a MIRes, y el 27% a personal de enfermería.

La satisfacción con el plazo de entrega de resultados fue bueno/muy bueno en más del 60%, en los Servicios de Hematología y Bioquímica y del 25% y 38% en los servicios de AP y Microbiología. La fiabilidad en todos los Servicios superaba el 60%. En relación a la satisfacción con la atención recibida, en casi todos los Servicios evaluados, al menos el 70% contestaron estar satisfechos/muy satisfechos.

Conclusiones:

El Centro ha conseguido unificar la encuesta de satisfacción al cliente interno para la mayoría de los servicios certificados en el Hospital. A pesar del cambio en la metodología no se ha conseguido aumentar el número de encuestas cumplimentadas y la muestra sigue sin ser representativa.

Se mantiene el compromiso por parte de la Unidad de Calidad de volver a revisar la metodología empleada para la realización de la encuesta, con el objetivo de introducir cambios que pudieran contribuir a mejorar la participación de los profesionales, y valorar de forma individual con cada uno de los servicios evaluados, los resultados obtenidos, con el fin de proponer acciones de mejora.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 170

TÍTULO: PLAN DE MEJORA DEL CAMBIO DE TURNO DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

AUTORES: PADILLA LLAMAS, CATALINA.; SAMPER SALDÉS, E.; BARTOLOMÉ ALONSO, N.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Joint Commission Internacional define la comunicación interprofesional durante el cambio de turno como: un proceso donde la información sobre el paciente/cliente/residente es comunicada de una manera precisa y continua, de un profesional de la salud a otro.

El propósito de este proceso es la transferencia de información relevante, preparando a la enfermera entrante para asumir la responsabilidad del cuidado del paciente.

Asegurar la continuidad del cuidado del paciente mediante una sistemática de comunicación a seguir en los cambios de turno (CT) para prevenir errores asociados a problemas de comunicación.

Proyecto de mejora del cambio de turno en las unidades de hospitalización 2014-2015

- Constitución del equipo del proyecto, formado por enfermeras y auxiliares de todos los turnos y liderado por la Dirección de Enfermería
- Observaciones estructuradas, se realizaron diez observaciones del CT en diferentes unidades y turnos, los criterios observados fueron: donde y como se realiza, quien participa, elementos de ayuda y otros aspectos relacionados con el personal (experiencia, falta de claridad en la comunicación verbal).
- Análisis de resultados, en todas las observaciones se detectó falta de estructura común, múltiples interrupciones y excesiva duración del cambio de turno.
- Redacción de una guía estandarizada, en la cual se definió: la metodología del cambio de turno, la información relevante y un listado de verificación, además se valoró que se debía integrar en los CT la metodología SAVR (situación, antecedentes, valoración y recomendaciones) como estrategia de comunicación clara, concisa y de uso sencillo

Se ha implantado en la dinámica de trabajo de las unidades la guía de actuación del intercambio de información entre turnos de enfermería, asimismo se ha incorporado en el monitor del paciente del Sap asistencial el aplicativo informático del cambio de turno como herramienta facilitadora.

La presentación de la guía se ha realizado en sesiones formativas a todos los turnos, durante la sesión y como estrategia de sensibilización se proyectaba un video en el cual se ponía de manifiesto los efectos adversos que ocasionan los problemas de comunicación durante los CT

Con esta guía se pretende dar soporte a las enfermeras en el CT, facilitar la continuidad de cuidados, aumentar la seguridad, disminuyendo la incidencia de errores y evitar la omisión de información relevante para el cuidado del paciente y a la vez adecuar el tiempo del cambio de turno.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 171

TÍTULO: UNA METODOLOGÍA DIFERENTE PARA MEJORAR CÓMO INFORMAR A NUESTROS PACIENTES

AUTORES: JIMÉNEZ MUÑOZ, ANA BELÉN.; SAIZ LADERA, GM.; MARTÍNEZ MONDÉJAR, B.; OJEDA RUIZ, E.; PANIAGUA ALCARAZ, C.; GOMEZ MUÑOZ-TORRERO, RM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La ley 41/2002 establece la importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales y cómo uno de esos derechos fundamentales es el de la información. Por otro lado se busca integrar la opinión de los pacientes en las organizaciones, como forma para mejorarlas

Conocer la opinión de los pacientes ingresados y de sus familiares, sobre la calidad de la información recibida por el personal sanitario, con la finalidad de desarrollar estrategias de mejora derivadas de los resultados obtenidos

Se utilizó la técnica de las entrevistas semiestructuradas, que es aquella en la que, se despliega una estrategia mixta, alternando preguntas estructuradas, con preguntas espontáneas. Las entrevistas fueron realizadas a pacientes y familiares por tres entrevistadores previamente entrenados. Posteriormente se realizó una transcripción literal de las respuestas y fueron analizadas

Se realizaron 41 entrevistas (correspondiente a 24 pacientes ingresados). De los pacientes entrevistados el 50% eran hombres, con una edad media 65,3 años. Los acompañantes eran mayoritariamente mujeres (65%), de edad media 53,1 años.

En relación a la información proporcionada por el médico: el 83,3% de los pacientes responden afirmativamente a que sí se presenta el médico. El 90% de los pacientes indican que se sienten satisfechos o muy satisfechos con la información. El 87,5% además dicen que les han entendido bien y que han podido realizar todas las preguntas que han necesitado. Parece que el punto más negativo es el de localizar al médico (sólo 78,9% de los pacientes indican que ha sido fácil). La visión de los familiares es algo peor que la de los pacientes.

En relación a la información proporcionada por enfermería, el aspecto más negativo indicado por los pacientes es el que se refiere a si el personal se presenta (sólo el 60,8%). El 86,9% de los pacientes indican que se les explican los cuidados que se les proporcionan y que han podido realizar todas las preguntas que han necesitado. El 91,3% manifiestan sentirse satisfechos o muy satisfechos con la información proporcionada. Además el 95,6% han indicado que es fácil localizar al personal de enfermería. Los familiares tienen una visión muy parecida.

En cuanto a las sugerencias, el 26,8% indica que se debe mejorar la información proporcionada por el médico, creando una figura que coordine a todos los posibles especialistas y un 26,8% piden más personal como vía para mejorar la información proporcionada.

Conclusión

A pesar de los esfuerzos realizados aún se requieren mejoras en cuanto al modo de proporcionar información a nuestros pacientes y familiares

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 172

TÍTULO: LLEGO EL FINAL: ¿ME PODEIS AYUDAR?

AUTORES: DEL CAMPO MOLINA, EMILIO.; ALHAMA LUCENA, C.; DOBLAS MIRANDA, C.; DEL CAMPO MOLINA, MC.; GALÁN DOVAL, C.; MORENO OSUNA, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Existe una tendencia actual donde los enfermos con enfermedades terminales acuden a urgencias en sus últimos días, en condiciones agónicas. La masificación y la no organización en las urgencias y sobre todo la lentitud de la salida de éste área para ingreso en cama, provocan frecuentemente que este tipo de paciente fallezca en el área de urgencias antes de ingresar. La zona de urgencias no es adecuada para morir, y el hecho de morir con sentimiento de abandono por sí sólo provoca, frecuentemente actitudes de cierta agresividad por parte de la familia. En el médico causa incapacidad y desesperación que quiere, y sabe que no es el sitio adecuado para morir, pero nada puede hacer si no hay organización e infraestructura previa. Además crea conflictos éticos tanto con la familia como con el personal sanitario. Hemos querido adaptar nuestra urgencia a esta situación, para no permitir la muerte en el área de urgencias, y trasladar de manera inmediata a una habitación apta para esos pacientes.

Proporcionar una muerte digna al paciente, evitando que muera sólo y en lugar no indicado para morir, agilizando el ingreso como si un paciente crítico se tratase. Descripción del procedimiento y resultados de casos registrados. Valoración de reclamaciones

2010: Elaboración de procedimiento de ingreso rápido para pacientes con muerte inminente (M.I.) y sin solución médica que ingresaban en urgencias. Definición de M.I. 2011: Divulgación a todo el personal de urgencias (médicos, enfermería, auxiliares y celadores), y elaboración de hoja de recogida de datos. 2012: Activación del procedimiento y habilitación de 1-2 habitaciones individuales para tal fin. 2014: Revisión del protocolo. 2016: Análisis de base de datos 2012-2015: 151 casos de MI.

Exitus totales: 90,07%. No éxitus en el hospital: 9,93% (Altas in extremis: 5,96%, Recuperación: 3,97%). Exitus en cama e ingresados: 93.33%. Exitus en urgencias: 6,67% (Exitus < 15 min: 4,7%). Exitus < 24 horas: 66,84% , Exitus >24 h: 33,11%. LET escrita en hoja de tratamiento: 62,91%. Sedación escrita: 23,17%. Ninguna reclamación acerca del procedimiento

Conclusiones:

1. Se ha creado un circuito específico para el paciente moribundo
2. Conseguimos que el 93,33% de los exitus inminentes fallezcan en una cama e ingresados
3. En el 6,67% de exitus registrados en urgencias fue por una muerte prácticamente en la entrada de urgencias (< 15 min) o PCR que no se reanimaron y no hubo tiempo material de ingreso.
4. Sólo el 33% de los casos no fallecen de manera inminente (< 24 h).
5. Con la activación del procedimiento hemos logrado la dignificación del fallecimiento del paciente: que descansa hasta su final en un área adecuada y con su familia
6. Creemos que es beneficioso para el personal de urgencias y planta el conocimiento de la sistemática de trabajo con este tipo de pacientes
7. No se han tenido ningún conflicto con la familia en el área de urgencias con este tipo de pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 173

TÍTULO: DIFICULTADES Y MEJORAS EN LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO

AUTORES: FERNÁNDEZ LOBATO, ROSA CARMEN.; GONZÁLEZ REVALDERÍA, J.; MARTÍNEZ CORTÉS, L.; GARCÍA MOLINA, C.; PÉREZ NAVARREDONDA, E.; PÉREZ LÓPEZ, JL.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Uno de los instrumentos de medida de la calidad de nuestras unidades es la certificación con la normas ISO 9001. El bloque quirúrgico (BQ) presenta una especial complejidad para este tipo de normalizaciones, al converger múltiples tipos de actividades en una ubicación física, con muchos profesionales, de diferentes estamentos, y con muy variadas tareas, que deben coincidir en tiempo y lugar.

Implantar y certificar un sistema de gestión de la calidad homogéneo en el BQ, tras haber realizado actividades de normalización y protocolización en múltiples tareas y actividades.

Se establecieron varias fases:

- 1) Formación del equipo para la mejora de la calidad y definición del proceso del BQ, con un responsable o líder que moderó las diferentes reuniones, el trabajo en equipo e individual.
- 2) Establecimiento de cronograma con reuniones del equipo para analizar los circuitos, desarrollarlos, y plasmarlos en documentos y registros.
- 3) Definición de cada uno de los subprocesos estableciendo indicadores y áreas de mejora.
- 4) Reuniones de revisión para adecuación del proceso a la norma ISO 9001 junto al Coordinador de Calidad.
- 5) Revisión por el Director Gerente junto al Responsable del proceso.
- 6) Auditoría Interna, que aportó puntos de mejora y se implementaron las acciones pertinentes.
- 7) Auditoría externa.

Se inicia el trabajo en 2014, con 9 meses de desarrollo.

Se definen y revisan los subprocesos que afectan a Anestesia, enfermería, cirujanos, circuitos internos, compras, análisis de incidentes de seguridad del paciente, mantenimiento de equipos, hostelería y limpieza, etc., por el responsable y el grupo de mejora. Se han tomado las medidas necesarias para implementar mejoras detectadas, entre ellas: redefinición de los espacios de almacenamiento de material, circuitos de mejora de la bioseguridad ambiental y el sistema de control de accesos al BQ, así como las acciones correctoras obtenidas en la auditoría interna.

Estas se aprueban formalmente en la reunión de revisión del sistema con el Gerente. Finalmente la Auditoría externa determinó la obtención de la Certificación ISO 9001.

El trabajo realizado se ha podido llevar a cabo gracias a la colaboración y cohesión del equipo y a la implicación de los diferentes estamentos que actúan en el BQ. Quizá haya sido este el punto principal en el desarrollo de este sistema de gestión de la calidad que tiene el objetivo de aportar una actividad quirúrgica de calidad y con seguridad a nuestros pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 174

TÍTULO: SISTEMATIZACIÓN EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL Y SU AREA, DE LA RAPIDA RESPUESTA ANTE ALERTAS SANITARIAS INFECCIOSAS

AUTORES: JIMÉNEZ MUÑOZ, ANA BELÉN.; SAIZ LADERA, GM.; PANIAGUA ALCARAZ, C.; OJEDA RUIZ, E.; DE MIGUEL PECIÑA, I.; MARTÍNEZ MONDÉJAR, B.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Debido a la globalización del tráfico de mercancías y de personas, cada vez se produce con mayor frecuencia, tanto la propagación internacional de enfermedades como la aparición de enfermedades graves e inusitadas, requiriéndose una rápida respuesta ante las alertas internacionales en salud pública

Organizar en un hospital de segundo nivel y su área de influencia la sistemática de trabajo para la detección y actuación (si procede) de alertas sanitarias infecciosas

Tras la experiencia vivida por la alerta generada con el Virus Ebola, la Dirección del centro pidió sistematizar la respuesta ante cualquier alerta infecciosa internacional. Se decidió crear una Subcomisión de enfermedades importadas y emergentes, dependiente de la Comisión para la mejora de la atención sanitaria en población inmigrante (ya que existían temas comunes), en la que se incluyeron representantes de la Dirección, Atención primaria (Medicina Familiar y Pediatría) y de los servicios del hospital: Medicina Preventiva, Microbiología, Pediatría y Urgencias. Además, cuenta con asesores expertos cuando el tema a tratar así lo requiera. Las líneas de actuación establecidas son:

- Actualización semanal de la información mundial disponible sobre enfermedades infecciosas importadas y emergentes.
- Establecimiento de canales de transmisión de la información en el ámbito del área de influencia.
- Elaboración de circuitos de rápida respuesta ante problemas específicos.
- Adaptación de protocolos específicos de actuación.
- Organización y colaboración de grupos de trabajo creados "ad hoc" ante determinadas alertas
- Elaboración y ejecución de planes de formación para las enfermedades infecciosas importadas y emergentes.

Mensualmente se realizan reuniones ordinarias y reuniones extraordinarias que se establecen en función de necesidades. Anualmente se realizará una memoria.

La subcomisión fue constituida en marzo del 2016. Ha elaborado unos Procedimientos Normalizados de Trabajo para organizarse. Semanalmente se revisa el estado de las alertas internacionales. Se está elaborando el protocolo sobre "Actuación ante fiebre- eosinofilia en población inmigrante y viajeros internacionales". Por otro lado, tras la alerta generada con el virus Zika, se ha realizado: elaboración de un circuito de rápida respuesta "ad hoc", protocolización de la actuación en el hospital y área de influencia, presentación en varias sesiones clínicas tanto para atención primaria como para especializada y redacción y difusión de un documento informativo para los profesionales.

CONCLUSIONES

Aunque la Subcomisión lleva muy poco tiempo constituida, ya ha demostrado su utilidad y su alto nivel de resolución ante problemas concretos. Creemos que se ha establecido una buena dinámica de trabajo que podría ser exportada a otras instituciones.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 175

TÍTULO: EVALUACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS POR FÁRMACOS DE RECIENTE COMERCIALIZACIÓN Y SEGUIMIENTO ADICIONAL

AUTORES: GRANERO LÓPEZ, MÓNICA.; LÓPEZ CORTIÑA, A.; ALBIÑANA PÉREZ, MS.; RODRÍGUEZ LEGAZPI, I.; RODRÍGUEZ PENÍN, I.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los fármacos de reciente comercialización (FRC) y seguimiento adicional (FSA) tienen un perfil de efectos adversos no del todo conocido.

Valorar la prevalencia y describir las reacciones adversas a medicamentos (RAM) por FRC (≤5 años) y FSA según el RD 577/2013.

Estudio descriptivo retrospectivo en un hospital de segundo nivel (2013-2015). El Servicio de Farmacia registra y notifica RAM, detectándolas espontáneamente o identificando pacientes a través del Conjunto Mínimo Básico de Datos. Se revisó la historia clínica electrónica (IANUS) recogiendo: edad, sexo, paciente polimedcado (5-9 medicamentos) o gran polimedcado (10 o más), medicamento implicado, tipo de RAM, ingreso por RAM y desenlace. Todas las RAM fueron comunicadas al Centro Autónomo de Farmacovigilancia.

Se detectaron 31 RAM (29 pacientes) con 18 FRC y 9 (8 pacientes) por 5 FSA. Prevalencia: 5,94 % sobre el total de RAM comunicadas entre 2013-2015 (673).

Grupo de FRC: 48% varones, edad media 59 años (rango 29-88), 38% polimedcados y 52% gran polimedcados. Descripción de RAM y agente causal (50% antineoplásicos, 22% anticuerpos monoclonales, 11% anticoagulantes orales, 17% otros): 5 neutropenias (lenalidomida, lapatinib, eribulina, nab-paclitaxel, bendamustina), 3 diarreas (ipilimumab, ibrutinib, lapatinib), 2 alteraciones de las transaminasas (everolimus, pitavastatina), 2 disfunciones eréctiles (sorafenib), 2 infecciones urinarias (tocilizumab), disnea (ticagrelor), aumento de la creatinina grado II (nivolumab), enteritis grado III (ipilimumab), equimosis (apixaban), fiebre (dabrafenib), celulitis (golimumab), melenas (dabigatran), lupus (golimumab), reacción cutánea (tocilizumab), síndrome palmo-plantar (lapatinib), trombocitopenia grado II (everolimus), vértigo (golimumab), emesis (nab-paclitaxel), hiponatremia (eslicarbazepina), pancitopenia (nab-paclitaxel), rabdiomiolisis (pitavastatina) y dolor en la zona de infusión (tocilizumab). FRC que causaron ingreso (11 pacientes): lenalidomida, eribulina, ipilimumab, ibrutinib, pitavastatina, ticagrelor, apixaban, dabrafenib, dabigatran, eslicarbazepina.

Grupo de FSA: 55% varones, edad media 70 años (rango 57-78), 62% gran polimedcados y 37% polimedcados. Descripción de RAM y agente causal (100% antineoplásicos): 3 neutropenias (2 lenalidomida y 1 imatinib), hipertensión (regorafenib), hiponatremia (regorafenib), insuficiencia cardíaca congestiva (abiraterona), necrosis epidérmica (abiraterona), rash cutáneo (regorafenib), trombocitopenia (panitumab). FSA que causaron ingreso (6 pacientes): lenalidomida, regorafenib, abiraterona, panitumab.

Todas las RAM estaban descritas en sus fichas técnicas. En ningún caso la RAM fue causa de exitus.

Conclusiones: Los antineoplásicos fueron el grupo más implicado en las RAM. A pesar de la baja prevalencia de RAM con este grupo de medicamentos, es importante su seguimiento ya que fueron causa de ingreso en un elevado número de casos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 176

TÍTULO: ESTRATEGIA DE LA GESTIÓN DEL RIESGO.UTILIZACIÓN DE LA METODOLOGÍA AMFE EN UNA MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL

AUTORES: GRAU BALCELLS, NORMA.; ORREGO VILLAGRAN, C.; VIVES JULINES, A.; MARTINEZ MARTINEZ, JM.; MOYA ALCOCER, DJ.; MANZANERA LOPEZ, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En el entorno socio-económico actual y con las previsiones de futuro existentes, es necesario que desde la calidad y la seguridad del paciente se contribuya a mejorar la eficiencia y se reduzcan los costes de la no-calidad y la no-seguridad en la atención sanitaria, incrementando la satisfacción de usuarios y profesionales.

El afrontamiento del riesgo forma parte de la cultura de la calidad asistencial y precisa que todos los profesionales se sientan implicados en la mejora de la seguridad del paciente en su proceso asistencial. Este compromiso de los profesionales y gestores sanitarios se traduce en la utilización de metodologías preventivas que realicen una gestión proactiva del riesgo. La metodología utilizada para este análisis se denomina AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos).

El objetivo de este trabajo es explicar la experiencia de la implementación de la gestión del riesgo en una mutua colaboradora con la seguridad social (MC Mutual) según diferentes abordajes de priorización del riesgo.

Se parte de un Mapa de Riesgos del Proceso de Atención Ambulatoria que han elaborado miembros de la comisión del Seguridad del Paciente. La priorización de los riesgos se realiza de tres maneras:

- 1.- Por parte de un grupo formado mayoritariamente por gestores, que conocen el proceso de atención ambulatoria pero desarrollan su trabajo en el ámbito de la gestión. Este grupo prioriza los riesgos de manera individual.
- 2.- Por parte de un grupo de profesionales clínicos que trabajan diariamente en la atención al paciente. También priorizan los riesgos de manera individual.
- 3.- Por parte del mismo grupo de profesionales clínicos que priorizan los riesgos de manera consensuada siguiendo los criterios de la metodología AMFE.

Resultados:

El análisis de los resultados obtenidos muestra la existencia de heterogeneidad cuando se priorizan los riesgos según el tipo de grupo (gestor o clínico) y la manera de realizar la priorización (individual o consensuada). El grupo gestor valora como prioritarios riesgos que los clínicos consideran de menor importancia. El grupo clínico consensuado obtiene unos índices de priorización de riesgos severos y extremos, inexistentes en el grupo clínico individual.

Conclusión:

El análisis de los resultados obtenidos muestra la existencia de heterogeneidad cuando se priorizan los riesgos según el tipo de grupo (gestor o clínico) y la manera de realizar la priorización (individual o consensuada). El grupo gestor valora como prioritarios riesgos que los clínicos consideran de menor importancia. El grupo clínico consensuado obtiene unos índices de priorización de riesgos severos y extremos, inexistentes en el grupo clínico individual.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 177

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE CON EL BANCO DE TEJIDOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE

AUTORES: GONZÁLEZ REVALDERÍA, JOAQUÍN.; CASARES SANTIAGO, C.; SÁNCHEZ MUÑOZ, I.; SÁNCHEZ TORIBIO, MR.; FERNÁNDEZ LOBATO, RC.; ANDRÉS MOLINERO, MA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Banco de Tejidos del hospital lleva funcionando desde 1996. Disponer de este Servicio en el hospital ha permitido satisfacer las necesidades de servicios como Traumatología, la Unidad de Quemados y Oftalmología de una manera rápida, eficaz y fiable. El Banco de Tejidos ha ido evolucionando a lo largo de los años, llegando a proporcionar tejidos a otros hospitales de la Comunidad de Madrid.

Conocer la opinión de los especialistas que trabajan con el producto final, las unidades peticionarias, para conseguir una mejora continua en los aspectos que son externos al Banco de Tejidos.

Para ello, se evalúa la satisfacción del cliente con el Banco de Tejidos del Hospital de Getafe durante los últimos cuatro años y su tendencia.

Se realiza, anualmente, una encuesta de satisfacción que se envía a un mínimo de 20 clientes habituales del Banco de Tejidos, indistintamente a la Unidad de Quemados de nuestro hospital, Servicios de Coordinación de Trasplantes, Servicios de Traumatología, Servicios de Oftalmología, de Hospitales públicos y privados de la Comunidad de Madrid y comunidades adyacentes.

Se analizan los siguientes ítems:

- Trámites burocráticos
- Capacidad de respuesta a las peticiones realizadas
- Calidad de la atención recibida
- Tipo de productos ofertados
- Calidad del producto
- Presentación del producto
- Información enviada junto al producto
- Satisfacción global

En cada ítem se realiza una valoración del 1 al 5, siendo:

- 1 - Muy insatisfecho
- 2 - Insatisfecho
- 3 - Regular
- 4 - Satisfecho
- 5 - Muy Satisfecho

En el año 2015 la satisfacción global ha sido valorada con un 4,8 de media. El resto de ítems se han valorado con una media de 4,9 excepto los ítems "tipo de productos ofertados" valorado con una media de 4,4 e "Información del producto" valorado con 4,6.

La media de satisfacción global se mantiene inalterada con una valoración media de 4,8 desde 2013.

En general, se aprecia un aumento de las valoraciones del año 2012 al 2013, especialmente en calidad del producto y presentación del producto, debido al cambio en el modo de empaquetar las piezas de tejido osteotendinoso de duquesas a bolsas con doble esterilidad.

Aún con una puntuación elevada, con respecto al ítem "tipo de productos ofertados", se observa que en todos los casos, las valoraciones más bajas se obtienen de los Servicios de Oftalmología, que consideran el déficit de tejido corneal el mayor problema del Banco. Por ello, como medida de mejora se ha implantado en el hospital un "Plan de Generación de Donantes de Córneas" para aumentar la cantidad de tejido corneal disponible para su trasplante.

La satisfacción de nuestros clientes (Unidades peticionarias) es elevada y se mantiene desde 2013. Sin embargo, encontramos un área de mejora sobre la cual se ha puesto en marcha un Plan de Acción para cubrir el déficit en tejido corneal.

Esta posibilidad de mejora no se habría detectado sin este mecanismo de evaluación de la satisfacción al cliente con el Banco de Tejidos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 178

TÍTULO: IMPACTO ECONÓMICO DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE LA DEMANDA ANALÍTICA EN UN LABORATORIO DE UN HOSPITAL DURANTE TRES AÑOS

AUTORES: GIL RUIZ, MARIA TERESA.; MARITNEZ HUEDO, S.; JIMÉNEZ LOBO, MC.; GÓMEZ-CHACÓN GALÁN, L.; VEGA PRADO, L.; BETETA LÓPEZ, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los laboratorios clínicos tienen que adaptarse positivamente al entorno actual, que exige contener y/o reducir costes, cambiar estructuras y funcionamiento, renovar tecnología y adecuar las actividades de los profesionales a esta nueva situación, que busca la eficiencia. Se trata de ser menos emisores de resultados para constituirse en suministradores de información coste/efectiva, entendiéndose como tal, la que es útil para la prevención, diagnóstico y seguimiento de las enfermedades y que se obtiene al menor coste posible.

Los resultados de las pruebas solicitadas al laboratorio influyen en el 60-70% de las decisiones médicas. Además, se ha publicado que existe un aumento en la utilización de las prestaciones del laboratorio clínico con una tasa de crecimiento anual del 16.5%, lo que es motivo de preocupación para los servicios de salud que generan un gasto sanitario cada vez mayor y tienen recursos limitados. Diversos estudios sugieren que esta demanda inadecuada produce un uso excesivo del laboratorio sin crear valor añadido, por lo que es necesario plantear como objetivo el uso eficiente del laboratorio.

Es necesario establecer estrategias en el Laboratorio Clínico para adecuar la demanda analítica a las necesidades clínicas (gestión de la demanda analítica).

Se definieron una serie de indicadores de "sobrecapacidad de pruebas de laboratorio", según criterios de medicina basada en la evidencia durante los años 2012, 2013 y 2014, para medir el uso excesivo del Laboratorio y se procedió a cuantificar, en términos de eficiencia (costes), el ahorro que suponía a la organización no realizar este grupo de pruebas innecesarias y, en algunos casos, redundantes.

El porcentaje de sobrecapacidad del Laboratorio en las distintas magnitudes estudiadas osciló de 9,2% al 95,6%, según distintas áreas de conocimiento en el Laboratorio, en el año 2012; entre 4,6 al 96% en 2013; y entre 3,3 y 96,8% en 2014. Esto ha generado un ahorro total de 93.007 euros en 2012, de 121.749 euros en el año 2013 y 116.298 euros en 2014. Destaca que un 8 y un 11,1% en 2013 y 2014, respectivamente, de los estudios genéticos solicitados correspondían a pacientes a los que ya se le había realizado dicha prueba; sin embargo sus resultados no habían sido consultados por los clínicos peticionarios.

Nuestra estrategia ha supuesto un importante ahorro económico para la organización y para el área sanitaria. El papel del facultativo del Laboratorio Clínico en la gestión de la demanda analítica (gestión clínica) para adecuar las solicitudes a la evidencia científica es hoy, clave en el ámbito sanitario, que busca más que nunca la optimización de los recursos y la eficiencia.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 179

TÍTULO: ¿SIRVEN LOS ANÁLISIS CAUSA RAÍZ PARA SOLUCIONAR PROBLEMAS ASISTENCIALES?

AUTORES: JIMÉNEZ MUÑOZ, ANA BELÉN.; SAIZ LADERA, GM.; MARTINEZ MELIAN, I.; GOMEZ MUÑOZ-TORRERO, RM.; DE MIGUEL PECIÑA, I.; MARTÍNEZ MONDÉJAR, B.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Análisis causa-raíz es una herramienta utilizada para el tratamiento reactivo de los riesgos asistenciales. La Unidad funcional de Gestión de Riesgos (UFGR) recibe una comunicación confidencial de un evento adverso relacionado con un problema con un bisturí eléctrico que tuvo graves consecuencias para el paciente. Se decide analizar los hechos con la intención de establecer medidas para evitar que en el futuro puedan volver a producirse eventos adversos parecidos

- Analizar el evento adverso producido en el quirófano de COT
- Identificar la causa raíz principal e implantar alguna medida para que no vuelva a producirse.

Siguiendo la metodología clásica del Causa- Raíz se realizaron los siguientes pasos:

- Selección del equipo de trabajo, incluyendo representantes de todos los servicios afectados y de las diferentes categorías profesionales. Coordinados por un metodólogo
- Establecimiento de mapa de los hechos
- Realización de un diagrama de Ishikawa
- Implantación de acciones de mejora

Paciente que ingresa tras sufrir caída casual. Se prepara al paciente con un campo quirúrgico cuyo material era transparente. Se utilizó un bisturí eléctrico modelo antiguo. Se colocó correctamente la placa (modelo de reciente adquisición). Se inició la cirugía a las 13:30h y se observó que el bisturí no tenía potencia de corte/coagulación adecuadas, por lo que la enfermera circulante cambió el modo de trabajo. Sigue sin funcionar bien y se decide aumentar la intensidad de corte. El cirujano sigue observando que el bisturí no cortaba adecuadamente, aunque no impedía el desarrollo de la cirugía. Se desconoce la hora en la que el equipo nota un olor extraño y observa a través del campo transparente un efecto de llama. Tras comprobar que se había producido una quemadura de tercer grado se anota el incidente (15:05h). A las 15:20 h salida de quirófano e información a familiares del evento adverso producido.

En el análisis de causas se encontraron:

- Factores organizativos: falta de formación en el área de prevenir y controlar incendios en quirófano.
- Factores individuales: defecto de celo en la utilización del aparataje.
- Factores de equipamiento: bisturí sin sistema de seguridad y alerta ante fallos de funcionamiento, placas nuevas, falta de pruebas de funcionamiento del equipo.
- Factores del paciente: paciente sedado, bajo anestesia epidural, con falta de sensibilidad suficiente como para percibir el dolor.

Se proponen las siguientes actuaciones: Establecer un programa de formación para todo el personal del bloque quirúrgico, en el área de prevención y control de incendios en quirófano; Adquisición de bisturís con sistemas de seguridad ante un fallo en su funcionamiento y Generalizar el uso de campos transparentes.

CONCLUSIONES

1. Se ha potenciado la cultura en seguridad del servicio
2. Se ha conseguido la implicación de la Dirección del Centro en la resolución de eventos adversos

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 180

TÍTULO: SISTEMAS DE INFORMACION COMO HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD PERCIBIDA DE PACIENTES Y FAMILIARES

AUTORES: SANCHEZ GOMEZ, GEMA.; SANCHEZ MENAN, M.; VILA DEL PASO, H.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Uno de nuestros principales objetivos es satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros pacientes en las diferentes áreas del Hospital, instaurando los SISTEMAS DE INFORMACION.

Mantener a los pacientes y familiares informados en todo momento, respetando la LOPD y utilizando las TICs disponibles

1. INFORMACION A FAMILIARES en Urgencias.

Sistema innovador, eficaz y moderno garantizando la información en tiempo y forma de la situación del paciente, a través de monitores y pantallas informativas.

Al ingreso del paciente en Urgencias, se facilita al familiar un número localizador identificativo por el que será llamado, a través de monitores, para ser informado periódicamente, guardando así nuestro compromiso con la confidencialidad de los datos

El número periódicamente lo puede introducir en un Kiosco informativo donde se informa de la situación del paciente en tiempo real.

En las salas de espera se dispone de pantallas informativas donde se visualiza también a tiempo real, la situación del Servicio de Urgencias a nivel global

La figura del "informador de la urgencia", profesionales que disponen de toda la información necesaria sobre todos los pacientes, de manera que pueda facilitarla siempre que el familiar lo solicite.

Disponemos de herramientas que nos informan periódicamente, de la situación actual de la urgencia. Con un reporte de gestión para los responsables del servicio

2. INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES de QX

Al paciente se le facilita un número de información a través del cual será llamado para entrar en quirófano y por el que sus familiares podrán consultar la situación en el bloque quirúrgico siempre que lo deseen. kiosco informativo y personal de información o "chaquetas verdes" a las que dirigirse en cualquier momento.

A todos los familiares se les remite SMS informativo al fin de la misma para que se personen y puedan ser informados personalmente por el facultativo.

3. INFORMACION DE CITAS

A través de diferentes sistemas, email, SMS, Portal Paciente, se les remite a todos los pacientes información sobre sus citas, reprogramaciones y mensajes recordatorios.

4. INFORMACION A FAMILIARES DE PACIENTES DE UCI

Sistema de información diario, a primera hora de la mañana, a familiares de pacientes en la UCI, a través de la Web del hospital, con objeto de reducir la incertidumbre sobre la situación clínica del familiar ingresado.

Estos sistemas han demostrado su eficacia, ya que el hecho de que el paciente y acompañante estén mejor informados incrementa la satisfacción de los mismos con todo su proceso asistencial. Tener acceso a la información tranquiliza al familiar y facilita las esperas, disminuyendo el nivel de incertidumbre. Esto queda reflejado en los resultados obtenidos en las encuestas de satisfacción que anualmente realiza la Consejería de Sanidad a los pacientes de los Hospitales de la Red Sanitaria de la Comunidad de Madrid. Hospital mejor valorado del Grupo 1 durante los últimos 3 años

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 181

TÍTULO: ANÁLISIS 2015 DE LOS PACIENTES QUE HAN RECIBIDO QUIMIOTERAPIA ENDOVENOSA 30 DÍAS ANTES DEL ÉXITUS

AUTORES: MONTOLIU-VALLS, ROSA M.; BATLLE-MASSANA, M.; ETXANIZ-ULAZIA, O.; RUBIÓ-CASADEVALL, J.; SERRANO-BERMÚDEZ, G.; VIDAL-MILLÀ, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Para dar respuesta a algunos de los objetivos del Plan de Calidad del Instituto Catalán de Oncología (ICO), se constituyó un grupo de trabajo con profesionales de los 3 centros ICO para analizar y mejorar algunos de los procesos clave de la institución.

Analizar los pacientes que han recibido quimioterapia endovenosa los 30 días antes del éxitus.

Cada dos meses se valoran los pacientes que cumplen los criterios antes definidos. Cada revisor analiza los casos de su centro y recoge las siguientes variables:

- Patología de base
- Tipo de quimioterapia (QT) diferenciando ensayo clínico, QT radical, QT no radical o en avanzado 1ª-2ª línea, QT no radical o en avanzado 3ª línea o sucesivas, uso compasivo autorizado
- Cumplimiento de los protocolos de la institución (icopraxis)
- Constancia del estado general del paciente en el curso clínico: Índice de Karnofsky, Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)
- Cese del tratamiento activo previo al ingreso en el que se produce el éxitus
- Muerte previsible al ingreso. Muerte justificable durante el ingreso. Muerte por toxicidad
- Interconsulta al servicio de cuidados paliativos
- Registro en la historia clínica del nivel de esfuerzo diagnóstico y terapéutico
- De enero a diciembre de 2015, el porcentaje "bruto" medio de éxitus con QT < 30d es de 3,4% oscilando entre 2,2% y 5,7% en función del centro.
- El 16,6% son pacientes con patología hematológica
- El 9% de los pacientes están incluidos en un ensayo clínico. Si se excluyen del cálculo para obtener una versión depurada del indicador, el % pasa a ser del 2,5-3,7% según el centro
- Aunque hay alguna sesión de QT en los 30 días anteriores al fallecimiento, el tratamiento ha sido parado en el 50,8% de los casos una media de 17 días antes de producirse el éxitus
- Un 59,8% de los pacientes están recibiendo quimioterapia no radical de 1ª o 2ª línea
- La muerte es atribuible a toxicidad en 15,6%
- La muerte era previsible al ingreso en el 51,8% de los casos y era justificable durante el ingreso en el 93,5%
- El estado general consta en el 94,5% de los casos
- Existe interconsulta a cuidados paliativos en el 54,8% y el nivel de intervención consta en el 68,3%
- Cerca del 50% de los casos son de patología de la que aún no se ha elaborado icopraxis

El cálculo de este indicador está aconsejado por la Sociedad Americana de Oncología Clínica dentro de su programa de calidad (Quality Oncology Practice Initiative –QOPI-). Aunque no existe un estándar establecido, nos sirve para hacer comparaciones entre los 3 centros y para compararnos en el tiempo.

Hay que ajustar el cálculo con las premisas siguientes: incorporar la QT oral, tener en cuenta la mortalidad global no únicamente la mortalidad ICO y la del hospital de referencia, y considerar aparte los pacientes incluidos en ensayo

Se propone modificar la aplicación de prescripción informatizada de citostáticos incorporando una escala de estado general y la línea de QT

Hay que calcular, también, este indicador en el caso de tratamiento con radioterapia.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 182

TÍTULO: PSIQUIATRÍA COMUNITARIA HOSPITALARIA EN LA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y DURADERA: DISPOSITIVOS PARA LA REINSERCIÓN SOCIAL

AUTORES: MUÑOZ GARCÍA, JUAN JESÚS.; FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, L.; RIEGO ESCAMILLA, MJ.; MANZANO CALLEJO, JM.; DE LA HERA CABERO, MI.; CONDE REINA, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La enfermedad mental grave y duradera (EMGD) como esquizofrenia u otras psicosis genera problemas clínicos y psicosociales.

Partiendo de un modelo de trabajo centrado en el individuo (paciente) se plantea ayudar a la integración en la comunidad de la discapacidad psiquiátrica con un trabajo centrado en el paciente (rehabilitación).

Se considera la creación de un dispositivo hospitalario llamado Hogar de Entrenamiento Intensivo -HEI- que provee a los usuarios con enfermedad mental de recursos necesarios para la vida en el medio natural. También se reformula el trabajo en pisos dependientes del hospital con tutelados socio-sanitarios llamados de integración comunitaria -PIC-. Se reinserta minimizando las desventajas generadas por su enfermedad mental.

En el HEI:

- Crear un módulo rehabilitador separado de la atención psiquiátrica hospitalaria prototípica.
- Facilitar el máximo desarrollo de la autonomía personal y social para permitir un funcionamiento integrado en el medio natural.
- Generar un marco óptimo de entrenamiento intensivo que atenúe el riesgo cronificador hospitalario.

En los 4 PICs:

- Proporcionar un hogar y/o alojamiento a personas aquejadas de EMGD con déficits de soporte social.
- Facilitar la integración de usuarios de alta vulnerabilidad en la comunidad buscando una mayor normalización de sus vidas.
- Implementar estrategias terapéuticas rehabilitadoras que prevengan posibles deterioros.
- Crear una plataforma de interconexión con recursos comunitarios relevantes.

El Hogar de Entrenamiento Intensivo (HEI) tiene una capacidad para 8 usuarios (4 habitaciones individuales y dos dobles). Hay dos fases de entrenamiento en las que va decreciendo la supervisión hasta ser mínima.

A su vez, el esquema de funcionamiento de los PICs (entre 4 y 6 plazas cada uno) es paralelo al de funcionamiento de los Pisos Supervisados (PS) para usuarios aquejados de EMGD de cualquier Comunidad Autónoma. Se plantea:

- Entrenamiento en actividades instrumentales.
- Absoluta independencia en toma de medicación y en cuidado y seguimiento de posibles afecciones somáticas.
- Se realizan actividades de ocio.

Al final, se ha generado modelo de trabajo antropocéntrico que pretende maximizar la calidad de vida en la EMGD.

El HEI y los PIC suponen dispositivos que facilitan la externalización al medio natural de personas afectadas por EMGD. Mediante estos dispositivos se ha logrado:

- Identificación de necesidades y diseño de programas personalizados de atención y soporte.
- Planteamiento de cuidados que garantizan una "normalización" en la atención.
- Mejor organización y optimización de los recursos humanos y estructurales hospitalarios.

En los últimos 4 años se han ido sucediendo diversas promociones de usuarios del HEI (unos 25 usuarios) que han dado pie a altas al medio natural, procesos de derivación a unidades residenciales o pisos tutelados de servicios sociales regionales y derivaciones a los PIC (actualmente hay 14 usuarios).

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 183

TÍTULO: PRÁCTICAS DE MEJORA EN LA GESTIÓN DE PERSONAS

AUTORES: SALAZAR DE LA GUERRA, ROSA.; BELTRAN GARCIA, R.; GONZALEZ DE LA ALEJA, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Plan Estratégico del Hospital establece como objetivo mayor visibilidad de las personas y potenciar su talento. Supone la elaboración de un Plan de Mejora de Gestión de Personas cuya base son encuestas de satisfacción y grupos focales, y como referencia el Modelo de excelencia EFQM.

El objetivo es desarrollar las capacidades de los trabajadores en un clima de confianza y transparencia, mejorar la gestión de personas para que se sientan integradas. Fomentamos una cultura que permita el desarrollo profesional, implantamos la integración y transparencia, el desarrollo del talento, mejora en la calidad del trabajo, agilizar los canales de comunicación, favorecer la innovación, velar por la seguridad en el trabajo y lograr que trabajadores se sientan implicados y responsables del éxito de la organización.

Establecemos premisas para conseguir la implicación: Comunicación+Formación+Participación en la gestión+Reconocimiento

Se elaboran métodos de trabajo centrados en la definición de puestos para conocer cuales son las necesidades, entrevistas, grupos focales y foros del trabajador, donde se presentan reclamaciones y sugerencias permitiendo elaborar la política de RRHH, acciones de mejora en las que trabajamos anualmente, seguimientos por los mandos intermedios, previamente formados, proporcionando las herramientas adecuadas para su desarrollo profesional. Planes de Acogida, informando desde el primer día al trabajador de sus funciones, cultura del hospital, formación, derechos y obligaciones, evaluación del desempeño mediante tutor para mejorar su incorporación y desarrollo. Plan de Formación Continuada, gestión curricular, dirigido al cumplimiento del Plan estratégico del hospital. Plan de comunicación que permite la atención a las demandas de los trabajadores desde un punto de vista general e individual. Flexibilidad: mediante promoción interna y externa, superior categoría, permisos y licencias, cambios de turno. Hospital saludable. Evaluación de competencias y descentralización de la gestión de personas, implicando a los trabajadores en los objetivos, proyectos y resultados, promoviendo la participación en la toma de decisiones. Fomentamos la autonomía y la productividad. Asignación de responsabilidades, alianzas. Consiguiendo la implicación de los profesionales en la gestión del hospital, participando en las decisiones que se toman relacionadas con el desempeño de su puesto de trabajo. Reconociendo los objetivos alcanzados y el esfuerzo realizado.

Mediante la realización de encuestas de clima laboral, grupos focales y los denominados foros de los trabajadores, hemos comprobado que el grado de satisfacción de los trabajadores ha incrementado. Percibiendo una mayor implicación en las actividades del centro e incluso más allá del trabajo ordinario y funcional, una mayor participación en congresos y demás acciones. Está dando resultados satisfactorios, permitiendo una asistencia de calidad y más profesionalizada, así como un clima laboral más óptimo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 184

TÍTULO: INCIDENCIA DE CAIDAS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LA GUIA DE BUENAS PRÁCTICAS REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO-RNAO

AUTORES: RODRIGUEZ SOBERADO, Mª PILAR.; SANCHEZ MUÑOZ, MT.; MARTÍN MONJAS, S.; PINO MORALES, E.; ENCINAS MIGUEL, MC.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las caídas en el entorno hospitalario, constituyen un importante problema de salud por su repercusión, tanto a nivel personal como en costes institucionales. La prevención de caídas hace referencia a todas intervenciones que las enfermeras deben planificar y aplicar para evitar o minimizar las consecuencias de una caída.

El Hospital de Medina del Campo (HMC) se ha unido al programa de implantación de Guías de Buenas Prácticas (GBP); siendo uno de los 8 Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (Programa BPSO®) con la implantación de la guía "Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores" desarrolladas por RNAO.

Conocer la incidencia, factores relacionados y consecuencias de las caídas sucedidas en HMC tras la implantación de la GBP para la prevención de caídas en pacientes ≥65 años.

Estudio cuasi-experimental sin grupo control, de los pacientes ≥18 años ingresados de Enero 2014 a Diciembre 2015 en el Hospital Medina del Campo tras la implantación de la GBP prevención de caídas

Variables: sexo, edad, circunstancias de la caída (hora, lugar, factores relacionados, consecuencias), valoración previa del riesgo, existencia de plan de cuidados para prevención de caídas.

Instrumentos: Escala Downton para valoración riesgo de caídas (≥3 alto riesgo).

Revisión de historia clínica. Análisis: descriptivo, comparación de medias y proporciones.

Pacientes incluidos: 9.526. Se produjeron 33 caídas. Incidencia de 0.6 caídas/mil días de estancia. El 87.8 % de las caídas ocurrió en pacientes ≥65 años, el 72.7% eran hombres. El 51.5 % ocurrieron en el turno de noche, 54.5 % en la habitación. En el 84.8 % de las caídas el paciente estaba solo, 45.5 % tuvieron lugar deambulando. La causa extrínseca más frecuentemente identificada fue resbalar (36.6%) y la intrínseca, mareo (15%). El paciente resultó ileso en el 66.6 %, el resto con lesiones leves. De los pacientes que sufrieron una caída el 88% habían sido valorados al ingreso del riesgo de caídas con escala Downton, identificándose como pacientes de alto riesgo el 55%.

CONCLUSIONES-La implantación de la GBP ha permitido la detección de un elevado número de pacientes susceptibles de caídas, mediante la escala de Downton.

La estandarización de intervenciones es eficaz en la prevención de caídas, y permiten unas buenas prácticas clínicas enfocadas a resultados de salud que se objetivan en una baja tasa de caídas, en comparación con los resultados de otros estudios.

Futuras líneas de acción deberían ir encaminadas a concienciar a los profesionales de la importancia de los registros, implantar medidas de mejora en las valoraciones de riesgo de caídas y valorar nuevas intervenciones que minimicen los factores de riesgo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 185

TÍTULO: IDENTIFICACIÓN Y ETIQUETADO DE MEDICAMENTOS CON MAYOR RIESGO DE CONFUSIÓN POR SU SIMILITUD EN SU NOMENCLATURA

AUTORES: AVILA CABRERA, FERMIN.; TORRES RODRIGUEZ, MC.; CASTRO VIDA, MA.; FERNANDEZ CARREÑO, V.; HIERRO PEDROSA, C.; JOFRE PERALTA, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Minimizar los errores de dispensación por confusión entre medicamentos con nombres similares. Tras la notificación de un reciente error de dispensación por confusión en la lectura de los mismos, se consideró oportuno revisar los puntos críticos que los propiciaron e implantar mejoras.

Revisar el estado de implantación del proyecto “letras mayúsculas resaltadas” del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP- España) en el área de Farmacia, y actualizarlo.

Se revisaron las recomendaciones para la prevención de errores causados por confusión en los nombres de medicamentos del ISMP-España. Se revisaron todos los medicamentos (por principios activos (p.a.)) incluidos en la guía farmacoterapéutica (GFT) del Hospital teniendo en cuenta la lista de p.a. del ISMP para identificar todos aquellos con nombres similares y organizarlos en pares o grupos. Se seleccionaron las letras que diferencian sus nombres para destacarlas. Se revisaron las etiquetas diseñadas en farmacia para identificación de medicamentos en los siguientes puntos del sistema de utilización de medicamentos del Hospital: sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitarias (SDMDU), dispensario, botiquines de hospitalización, bases de datos de la reenvasadora de dosis unitaria y del programa de prescripción electrónica asistida (PEA) (del cual se obtienen los listados de la dispensación de medicamentos y los listados/gráficas de administración de enfermería).

Se han identificado un total de 31 pares o grupos de medicamentos (74 p.a.) con nombres similares en la GFT para aplicación del proyecto, realizándose una lista en la que figura el nombre de los p.a. y se destaca en mayúsculas y negrita las letras que acentúan sus diferencias. En ella se incluyen 14 pares o grupos de medicamentos no identificados en la lista del ISMP. El proyecto se encontraba implantado en SDMDU y PEA en 9 pares o grupos de medicamentos (18 p.a.), 3 de ellos se introdujeron tras la notificación de 6 incidentes por errores de dispensación. Se han diseñado nuevas etiquetas con la grafía seleccionada para SDMDU, dispensario y botiquines de hospitalización, y se han modificado las letras de medicamentos en la base de datos de la reenvasadora. Con la implantación de prácticas para reducir errores por confusión minimizamos la posibilidad de errores de dispensación, administración, e incluso prescripción, añadiendo calidad al circuito de utilización de medicamentos en el hospital y favoreciendo la seguridad de nuestros pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 186

TÍTULO: COORDINACIÓN MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCIÓN A LA PARADA CARDIORESPIRATORIA

AUTORES: ARANTAVE CARAVACA, MARIA ISABEL.; LOPEZ GARRIDO, JM.; REVUELTA FERNANDEZ, D.; PAZ LEON, UJ.; CANADELA FUSTER, C.; LOPEZ RAMIREZ, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La atención a la parada cardiorespiratoria (PCR) requiere de una importante colaboración multidisciplinar, sustentada en protocolos normalizados y consensuados entre los profesionales de todos los ámbitos asistenciales. La atención a la PCR es un estándar de calidad que se incluye en todos los modelos de acreditación de calidad.

Describir la metodología utilizada y los resultados obtenidos en el trabajo de la adaptación local del procedimiento al contexto de un área de gestión sanitaria, basada en la evidencia científica disponible y minimizando los riesgos

Como punto de partida en el año 2015, integramos la visión de Atención Primaria en el grupo de trabajo consolidado del Hospital, constituyendo un grupo único del área de gestión. Inicialmente y tras el análisis de situación se hicieron subgrupos de trabajo que analizaron la necesidad de adecuación del protocolo existente en consultas externas y en AP, dar uniformidad al contenido de los carros de parada, garantizar la seguridad del contenido, y del uso de la medicación, dotando a los centros de AP de ampuleros, acompañados de una guía que justifica su composición y precintando los carros de parada en AH, se optimizó la disponibilidad de desfibriladores en función de área de riesgo y se dotó a los consultorios de maletines de urgencias con el material necesario para la atención a un soporte vital básico. Así mismo se está trabajando para que los profesionales que atienden urgencias fuera de los centros dispongan de mochilas con el material necesario no solo para la actuación ante una PCR si no ante cualquier emergencia.

La constitución del Área de Gestión Sanitaria nos ha dado una oportunidad para unificar la sistemática de trabajo en relación a la atención a una PCR. Desde el inicio de esta actividad hemos dotado a los 22 Centros de AP de ampuleros, los cuales están marcados con identificadores de colores que marcan la caducidad, se han precintado todos los carros de parada disponibles en el Hospital de Valme y El Tomillar y se ha actualizado el protocolo de actuación ante una PCR en El Tomillar. En el ámbito hospitalario se ha actualizado la disponibilidad de la etiqueta de * 33 (teléfono de activación de una aviso de PCR) en diferentes ámbitos asistenciales y no asistenciales. Se ha actualizado la dotación de desfibriladores y se ha implementado una sistemática de revisión desde el punto de vista asistencial de los mismos como garantía de seguridad, así como actualización de la cartelería que indica su ubicación. Como estrategia de difusión de todos los cambios a los profesionales, toda la documentación está disponible en la intranet para su consulta. Como complemento a esto se han establecido actuaciones de formación in situ en centros concretos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 187

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE REDUCCIÓN DE PACIENTES TRANSITORIAMENTE NO PROGRAMABLES.

AUTORES: SOMMER ÁLVAREZ, ENRIQUE.; NAVARRO DORBERT, M.; DIOS DEL VALLE, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Nuestro hospital en 2013 comenzó con la historia clínica electrónica y en 2014 trasladó su actividad a un nuevo edificio. Estos hitos generaron un gran impacto en el funcionamiento. El Servicio de Atención al Ciudadano(SAC) detecta en enero del 2014 unas cifras de pacientes “transitoriamente no programables (TNP)” en la lista de espera quirúrgica (LEQ) muy altos. En Asturias no hay legislación que regule la gestión de la lista de espera, siendo la referencia el Real Decreto 605/2003, el cual es ambiguo en muchos aspectos. En 2015 el SAC desarrolla un proyecto de mejora para reducir el número de pacientes transitoriamente no programables.

Reducir el número de pacientes TNP de LEQ.

1. Fase de elaboración: Se constituye un grupo de trabajo de profesionales del SAC con objetivo de analizar la situación en Enero de 2014; y diseñar el procedimiento de trabajo.
2. Fase de Implantación: Se inicia el procedimiento de revisión de la situación de los pacientes TNP de forma individual, y se ajusta su situación en la lista de espera a su situación actual. Fases: 1ª(Fase de choque): febrero a diciembre de 20. 2ª Fase (Consolidación): enero de 2015 a enero de 2016.
3. Fase de evaluación: Estudio descriptivo transversal. Ámbito: Hospital. Variables: número de pacientes en lista de espera quirúrgica mensualmente y la situación en la misma (el número de pacientes TNP y el número de pacientes con rechazo de derivación a otro centro, y número de pacientes estructurales) Período: Fase pre-intervención: Enero del 2014. Fase intervención: Febrero-Diciembre 2014. Fase mantenimiento: Enero 2015-enero 2016.

Enero 2014: 8544 pacientes LEQ, 1368 TNP(16.01%,IC95%:15.23-16.8)), 619(7.24%) rechazo otro centro. Diciembre 2014: 8057 totales, 602 TNP(7.47%;6.89-8.05), rechazo de centro 5.5%. Enero 2016: 7639 totales, 254 TNP(3.33%;2.91-3.73) y rechazan centro 6.34%. Reducción global: 79.2%(p< 0.001). Comparando con otro hospital de nuestra ciudad: enero 2014 (6.44% TNP) y enero 2016 (4.05%). Buscando otros centros (sólo dispone de información pública sobre TNP 3 de las 17 CC.AA.) nos encontramos en Madrid: Enero 2016, 6.04% y Murcia (2005) 6.13%. Conclusiones: El proyecto de mejora ha sido efectivo y el procedimiento está consolidado. Actualmente nos movemos en cifras comparables a otros centros. Sería necesario disponer de normativa autonómica que clarifique los criterios de gestión de la LEQ. El concepto TNP parece un concepto incómodo, muy pocas CC.AA. publican los datos. Un informe del defensor del pueblo (27/03/2013) pone el acento en los criterios para situar a un paciente como TNP. Parece imprescindible que los centros sanitarios vigilen estrechamente, no solo a los pacientes en LEQ estructural, sino también a los pacientes en otras situaciones para conseguir una gestión óptima de las demandas asistenciales. La transparencia es el camino para legitimar el contrato social entre ciudadanos y administraciones públicas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 188

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA BASADA EN LA EVIDENCIA: LACTANCIA MATERNA. NUESTRA EXPERIENCIA

AUTORES: RODRIGUEZ SOBERADO, M^a PILAR.; PINO MORALES, E.; MARTÍN MONJAS, S.; SANCHEZ MUÑOZ, MT.; ENCINAS MIGUEL, MC.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Una alimentación sana, correcta y equilibrada tiene su base en la lactancia materna exclusiva (LM) hasta los 6 meses de vida y con otros alimentos hasta los dos años, tal y como recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Es fundamental que las instituciones sanitarias y sus profesionales adopten un papel activo en la promoción y el apoyo de la LM como estrategia prioritaria en el ámbito de la salud. El Hospital de Medina del Campo se ha unido al programa de implantación de Guías de Buenas Prácticas (GBP); siendo uno de los 8 Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (Programa BPSO[®]) con la implantación de la guía "Lactancia Materna" de REGISTERED NURSES ASSOCIATION OF ONTARIO (RNAO).

Incrementar la tasa LM al alta hospitalaria

Facilitar la práctica clínica basada en la evidencia proporcionando a los profesionales una herramienta en la toma de decisiones.

Descripción de la Experiencia

En Diciembre 2014 se realiza una monitorización basal (t1) con el diccionario de indicadores BPSO.

Desde Febrero a Octubre 2015 se constituye un grupo de trabajo multidisciplinario "profesionales impulsores" teniendo como referencia la Herramienta de Implantación de GBP de RNAO; diseñan estructuras y el plan de implantación. Mediante sesiones de trabajo se analizan las 13 recomendaciones (R) de la GBP, comparándolas con la práctica diaria, identifican carencias, planifican y ejecutan actividades para adaptar cada R a las características del Centro. Se imparte formación en LM e implantación de GBP a los impulsores de la GBP.

Se elabora la historia de lactancia (HL), protocolos y materiales de información que promueven la LM. Los registros de la historia clínica son adaptados y consensados los contenidos de educación prenatal (EP) y el seguimiento telefónico a las 48 h.

Finalmente en Diciembre 2015 tiene lugar la implantación de la GBP y monitorización de indicadores (t2).

R1: Elaborada y difundida normativa de LM. Adecuación espacios

R2: Protocolos y plan de cuidados

R 3; R4 y R6: Entrevista y EP (t1 0%; t2 17.3%). Valoración-acogida madre-hijo y visita puerperal (t1 y t2 100%). Asesoramiento posparto. Valoración y registro de tomas. Documentos de promoción LM

R 5: Informe de continuidad de cuidados (t1 95%; t2 100%). Valoración de una toma antes del alta y seguimiento telefónico

R 8: Piel con piel (t1 22.7%; t2 madre 52.1%, padre 22.7%)

R 9: 89% profesionales formados en LM (20 h) y 100% en GBP (3.5 h)

R 11: LM 1ª toma (t1 18.8%; t2 47.8%); LM al alta (t1 45.5%; t2 48%)

R 13: Apoyo institucional

CONCLUSIONES -Las estrategias de implantación han demostrado su eficacia mediante los resultados obtenidos aunque estos deben ser valorados con cautela y comprobar si en sucesivas monitorizaciones la tasa LM al alta sigue incrementándose.

Mantener una buena tasa LM durante los primeros 6 meses requiere, indudablemente, de la expansión de la GBP a Atención Primaria para su implantación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 189

TÍTULO: GENERADOR AUTOMÁTICO DE CUADROS DE MANDO PARA GESTIÓN CLÍNICA

AUTORES: GÓMEZ VALENZUELA, CARMEN.; CASTILLO CARREÑO, J.; MONTOYA VERGEL, J.; RUIZ LUPION, B.; IBÁÑEZ FERNÁNDEZ, A.; PIQUERAS ROMERO, N.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Para conseguir una adecuada Gestión Clínica, en el marco de la cultura de mejora continua que caracteriza a nuestra organización, es imprescindible establecer métricas así como contar periódicamente con la evaluación de dichas métricas, de manera que se disponga de la información necesaria en el momento preciso, para una adecuada toma de decisiones que permita la consecución de las metas estratégicas. Para alcanzar este objetivo, son necesarios una elevada cantidad de datos e informaciones, obtenidos a partir de distintas fuentes de información independientes y, en muchos casos, no relacionadas.

Esta gran heterogeneidad en las fuentes de información así como en los formatos, había dificultado hasta ahora el proceso de mantener un sistema software en el que estuviera disponible toda la información necesaria, de forma organizada, jerarquizada, con una presentación visual atractiva. Además, la introducción de nuevas informaciones, cambios en la presentación de los datos o modificación en los gráficos, suponía un gran esfuerzo en términos de tiempo y esfuerzo, y a veces suponía un retraso no deseable en la disponibilidad de los datos. Es por esto que nos planteamos el objetivo de diseñar y construir un sistema que abstraiera el proceso de construir un Cuadro de Mandos.

Hemos diseñado y construido a medida una herramienta software compuesta por un módulo de extracción, transformación y carga (herramienta ETL implementada a medida), un generador interno de resultados asociados a indicadores, que incluye un lenguaje (también diseñado a medida) de definición de indicadores, tablas y gráficos, así como una herramienta web de visualización. Este generador permite construir un cuadro de mandos para cualquier área o actividad, asociada a cualquier jerarquía de entidades, y a partir de cualquier tipo de información previa disponible.

También resuelve el problema de mantener una visión global de las informaciones, sin perder la visión local de cada centro, ya que, una vez que se codifican los indicadores y se homogeneiza el cálculo de resultados, podemos visualizar estos datos de la manera que deseemos, para las entidades que seleccionemos y recuperar esta información desde múltiples sistemas de almacenamiento si así lo deseamos.

Además, no supone ningún coste añadido generar resultados e informes para cualquier tipo de jerarquía, por lo que, si disponemos de la información, no hay diferencia alguna entre generar un cuadro de mandos para una sola UGC junto con sus centros asociados, un Área de Gestión Sanitaria o Distrito, una provincia o incluso toda la comunidad autónoma, permitiendo bajar hasta el detalle en que la información esté disponible (por ejemplo, los datos asociados a un profesional o una clave médica).

Como resultado, contamos con una herramienta que nos ha permitido presentar al usuario final de manera ágil y flexible, todos los resultados necesarios para facilitar una adecuada Gestión Clínica.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 190

TÍTULO: EL CRIBADO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA... ¿TAREA DE MÉDICOS O ENFERMERAS?

AUTORES: RODRIGUEZ VILLA, SUSANA.; DIOS DEL VALLE, R.; SUÁREZ MUÑIZ, MT.; ALONSO ÁLVAREZ, CM.; CUESTA GARCÍA, M.; LLANEZA VELASCO, ME.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El cribado de la retinopatía diabética(RD) mediante teleoftalmología comenzó en 2010. El modelo actual consiste en una enfermera que realiza la retinografía digital en centros de salud, derivando la imagen al médico de primaria(MAP) que diagnostica y decide si deriva la imagen a Oftalmología. El paciente es captado por el MAP. Tras 5 años vemos una desigual cobertura en los diferentes centros, generando un problema de inequidad. Otros modelos son posibles, como la gestión de todo el programa por la enfermera de teleoftalmología(ETOF) (captación, realización de la prueba y evaluación). Hemos querido comparar la evaluación que hicieron los MAP de las retinografías, con la que podría hacer la ETOF y con la valoración de un oftalmólogo. Si el resultado fuera similar cabría plantearse cambiar el programa de cribado mejorando la cobertura sin perder calidad.

Comparar la evaluación de las retinografías realizada por MAP y ETOF con el S.Oftalmología.

Estudio descriptivo transversal. Se seleccionan una muestra representativa y aleatoria de 337 retinografías de las realizadas de 2010 a 2015. Se toma la valoración diagnóstica (retinopatía diabética si/no) y la orientación terapéutica (derivación si/no) que hizo el MAP responsable del paciente y son reevaluadas de forma independiente y sin conocer el resultado previo por la ETOF y por un Oftalmólogo(Gold estándar) del Hospital que reflejan si presenta RD y si cumple criterios de derivación. Se calcula la sensibilidad, especificidad, Valores predictivos y probabilidades post-test de ETOF y MAP.

N=337 retinografías. 13.4% tienen RD según Oftalmología, 22% según enfermería, 13.6% según MAP. 18% presentan criterios de derivación según Oftalmología, 28.7% según enfermería, 30.9% según MAP.

- Diagnóstico de RD: Enfermera: Sensibilidad: 0.96. Especificidad: 0.89. VPP: 0.58. VPN: 0.99. Índice Kappa: 0.67. Probabilidad Post-test (PPT)+:0.57; PPT-: 0.03. MAP: Sensibilidad: 0.98. Especificidad: 0.99. VPP: 0.96. VPN: 0.99. PPT+:0.94; PPT-: 0.02. Índice Kappa: 0.96.

- Derivación a Oftalmología: Enfermera: Sensibilidad: 0.83. Especificidad: 0.83. VPP: 0.51. VPN: 0.96. PPT+: 0.51; PPT-: 0.14 Índice Kappa: 0.53. MAP: Sensibilidad: 0.62. Especificidad: 0.76. VPP: 0.36. VPN: 0.90. PPT+: 0.36; PPT-: 0.29. Índice Kappa: 0.29.

CONCLUSIONES:La capacidad de detectar RD es excelente en MAP y buena en ETOF. La capacidad de detectar la necesidad de derivación es muy mala en ambos. Entendemos que la ETOF podría realizar el cribado poblacional de RD con la misma calidad que los MAP. Esto abriría la posibilidad de cambiar el modelo, permitiendo incrementar la cobertura y mejorando la equidad; y facilitaría mantener actualizados a los profesionales. Para garantizar el mantenimiento debe incorporarse otra enfermera. Es necesario un esfuerzo en formación de los criterios de derivación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 191

TÍTULO: ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN PARA LA MEJORA DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

AUTORES: CANDIA BOUSO, BERTA.; COROAS LÓPEZ, O.; UZAL SÁNCHEZ, E.; CHOUZA MATA, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La apertura de la nueva consulta de enfermería oncológica supone un reto para el equipo de enfermería del Hospital de Día. El objetivo es dar respuesta a las necesidades del paciente oncológico y a su familia e integrar los cuidados y necesidades del paciente en el entorno familiar, laboral, intelectual, afectivo y social. En la consulta se programa la asistencia de al menos 3 visitas del paciente: una antes de iniciar la quimioterapia, y dos sucesivas en la fecha que coincida el nuevo control en la consulta de oncología. Después de 6 meses de funcionamiento, la supervisora propone diseñar una evaluación.

Presentar una estrategia de evaluación en la consulta de enfermería oncológica que favorece la participación de los profesionales, con transparencia en la gestión, y que permite mejorar el impacto de esta consulta sobre los pacientes, sobre los profesionales y sobre la organización.

Se programa un grupo focal con pacientes de la consulta de enfermería oncológica, y una auditoría. A partir de los resultados, se diseña una estrategia de evaluación integral de la consulta que favorece la incorporación de mejoras. Esta estrategia contempla el impacto sobre el paciente: los cuidados y la satisfacción, así como sobre los profesionales y sobre la propia organización. Se diseñó y elaboran 5 cuestionarios que se validan en la consulta. Permiten evaluar y monitorizar la organización, el funcionamiento y los resultados de la consulta de enfermería oncológica.

Con el desarrollo de esta estrategia de evaluación se han conseguido implantar mejoras en el funcionamiento de la consulta y se ha diseñado un Cuadro de mando integral en el que participan los profesionales implicados, con transparencia en la gestión. Entre las mejoras, destacar que actualmente la enfermera dispone de un checklist en primera consulta, en consultas sucesivas y al alta (sobre: hábitos de alimentación, reducción de los riesgos de la medicación, cuidados de piel, uñas, pelo, control de síntomas: náuseas, etc); checklist que han sido validados por los profesionales de la consulta.

Se dispone además de un cuestionario que el paciente cumplimenta en la segunda cita, antes de entrar a consulta, en el que valora la información recibida y sus posibles dudas. Le facilita a la enfermera detectar aspectos críticos sobre cuidados y necesidades del paciente.

En la tercera y última cita, el paciente valora la consulta y la enfermera puntúa el nivel de conocimientos adquiridos por el paciente. Finalmente se valora por pares: paciente vs profesional el funcionamiento de la consulta y el impacto sobre los cuidados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 192

TÍTULO: CUADRO DE MANDO DE DERIVACION ASISTENCIAL PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN INTERNIVELES Y LA GESTIÓN CLÍNICA

AUTORES: BRU AMANTEGUI, SILVIA.; SÁNCHEZ ALVAREZ, MT.; TORREJON GUIJARRO, A.; DE LA PUERTA CALATAYUD, ML.; TORRES MACHO, J.; MINGO RODRIGUEZ, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Dentro del Documento Marco para el Desarrollo de la Continuidad Asistencial en la CM se establecen ocho líneas estratégicas, una de las cuales es la Adecuada gestión de las transiciones asistenciales y de la petición de pruebas diagnósticas

Dos de los aspectos claves en la gestión de pacientes con un área importante de mejora son las derivaciones interniveles (adecuación desde AP y accesibilidad) y la petición de pruebas diagnósticas, con criterios unificados y con un enfoque de seguridad y eficiencia. Para conseguir una adecuada gestión de las derivaciones es necesario conocer los patrones de referencia para poder realizar ajustes y mejorar la organización. El cuadro de mando permite el acceso a esta información

Establecer un canal de comunicación entre HU Infanta Cristina y los cinco centros de salud del área. Creación y difusión de un cuadro de mando que proporcione información sobre los patrones de derivación y permita la comparación entre los centros y con el año previo. Analizar las desviaciones para poder implantar acciones de mejora.

Desde enero del año 2015 la dirección de Continuidad Asistencial elabora un cuadro de mando en el que se refleja las tasas de derivación, solicitud de pruebas radiológicas, sospecha de malignidad y valoración previa por el especialista. Los datos son accesibles desde e-SOAP y DATA. Esta información se envía trimestralmente a los Directores de Centro y es difundida a todos los profesionales, permitiendo revisar los perfiles de derivación de cada uno de los centros y compararse entre sí y con años previos. Los Directores que lo deseen solicitan información adicional de las especialidades con alguna desviación. Se les proporcionan datos desagregados por CIAS y motivo de derivación.

Se han observado diferencias en los patrones de derivación entre los distintos centros de salud. Se ha facilitado información sobre aquellas especialidades en las que las diferencias intercentros son mayores, lo que ha permitido detectar 1) Centros con facultativos concretos que generan las desviación, 2) Patologías que generan un mayor número de derivaciones pudiendo ser la causa tanto la falta de acceso a pruebas diagnósticas como la ausencia de protocolos específicos, destacando la derivación por dolor. Se han establecido medidas como intervención individual a nivel del centro, actualización de protocolos como el de dispepsia y creación de la figura del especialista consultor en dolor. Si comparamos el primer trimestre de 2016 con el mismo periodo de 2015, excepto en digestivo, ginecología y traumatología, no ha habido un incremento significativo en las derivaciones y en un 39% ha habido una disminución. Tras el análisis se ha visto que en algunas especialidades hasta el 40 % de las derivaciones proceden del propio hospital, lo que supone un área de mejora.

El cuadro de mando se presenta como una herramienta para la gestión permitiendo obtener información para la toma de decisiones.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 193

TÍTULO: ANÁLISIS DE LAS FALLECIMIENTOS EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA: ¿SE MUEREN NUESTROS PACIENTES ESPERANDO?

AUTORES: SOMMER ÁLVAREZ, ENRIQUE.; DIOS DEL VALLE, R.; NAVARRO DORBERT, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La lista de espera quirúrgica (LEQ) es un reflejo de la accesibilidad del sistema sanitario. Puede generar problemas de equidad, y problemas de seguridad. Describir el perfil de los pacientes que salen de LEQ por fallecimiento y factores asociados.

Estudio descriptivo transversal. Población: Salidas de LEQ. Período: Octubre 2013-Febrero 2016. Muestra: se estudian todos los pacientes que salen por fallecimiento(n=250) y se compara con una muestra representativa y aleatoria de las salidas por otros motivos(n=196). Variables: Nº salidas, motivo, variables sociodemográficas, diagnóstico fallecimiento. Análisis estadístico: V. cuantitativas se describen con media y D.E. V. cualitativas con distribución porcentual de frecuencias. Se realiza un análisis bivariante con Chi-cuadrado, t de Student, ANOVA.

51.307 salidas. 250 por muerte (0.49%). Tasa muerte/1.000 salidas: 4.89. Servicios con tasas más altas: Cirugía Cardíaca (15.64); Dermatología(10.42). Bajas: Cirugía Infantil(0), Ginecología (0.33). Salidas por muerte: 70,4% varones. Edad:7,1. 20,8% derivados a otro centro. 60,8% cirugía con ingreso. 27,6% prioridad clínica de 0-30días. 58,4% murieron en Hospital. 22,12% hay relación entre el motivo de inclusión y la causa de muerte. Hay diferencias significativas entre salidas por fallecimiento frente al resto: sexo (70.4% varones en fallecidos vs 46.9% en resto; $p < 0.001$), edad (73.07 vs 56.34; $p < 0.001$), prioridad "permite demora" (38% vs 54.1%; $p < 0.001$) y "Cirugía con ingreso" (60.8% vs 44.9%; $p = 0.001$). Esperan más los que fallecieron (140,51 vs 124.30; $p = 0.108$). Dentro de los fallecidos vemos diferencias entre los que hay relación motivo-diagnóstico y los que no en: prioridad clínica "0-30días" (50% de los que concuerda vs 18.8%; $p < 0.001$), Cirugía con ingreso (98% vs 47.7%; $p < 0.001$), circuito preferencial (32% vs 2.3%, $p < 0.001$), derivación a otro centro (8% vs 24.4%, $p = 0.036$), edad (69.6 vs 74.05, $p = 0.047$), días de espera (91.84 vs 157.73, $p = 0.001$) y servicio (94.7% en Cirugía cardíaca vs 0% Oftalmología, $p < 0.001$). Al agrupar Neurocirugía+Cirugía Cardíaca y Oftalmología+Dermatología hay diferencias en la en la edad media (70.97 años vs 78.65; $p = 0.003$) y en coincidencia (74.2% vs 0%; $p < 0.001$).

Conclusión/Discusión

Los centros sanitarios prestan atención al proceso asistencial, analizando la eficiencia y calidad. Sin embargo, en muy pocas ocasiones se analiza lo que ocurre con los pacientes que están esperando asistencia. En nuestro estudio casi 5 de cada mil salidas de LEQ son por muerte, y que 2 de cada 10 de estos fallece por un proceso relacionado con el motivo de inclusión. Observamos comportamientos diferentes en función de si se relaciona o no el motivo de inclusión con el fallecimiento. Los sistemas sanitarios deberían analizar que ocurre con los pacientes que están en LEQ. Cada vez se hace más urgente comenzar a establecer LEQ por proceso clínico.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 194

TÍTULO: CALIDAD PERCIBIDA DEL SERVICIO COORDINADOR DE URGENCIAS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO (SUE)

AUTORES: COLOMER ROSAS, ASUNCIÓN.; MENDOZA ARITMENDI, C.; HUERTA ARROYO, A.; MARTÍNEZ GÓMEZ, J.; HERNÁNDEZ JARAS, MV.; BUSCA OSTOLAZA, P.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Conocer la percepción de pacientes y usuarios atendidos por el Servicio Coordinador de Urgencias (SCU) sobre los servicios que se les presta es determinante para asegurar que estos respondan a estándares de calidad adecuados, para establecer medidas que los mejoren.

Conocer la satisfacción con el servicio prestado de los usuarios atendidos por el SCU.

Observacional transversal. Población origen de muestra: personas atendidas telefónicamente por SCU del 21 al 27 de octubre de 2015. Muestreo aleatorio estratificado proporcional 359 encuestas efectivas: 236 sujetos con movilización de recursos (CMR) y 123 sin movilización de recursos (SMR) en su resolución. Error muestral: 5,0%; nivel de confianza: 95%. Entrevista telefónica: de 11 noviembre a 15 diciembre. Cuestionario: 12 preguntas cerradas, valoradas escala de 0 a 10. Valoración óptima: superior a 8. Análisis estadístico.

La valoración global del Servicio prestado por teléfono fue superior a 8 en el 74%, SMR y 77% CMR, y en este último el 39% dio una valoración de 10. La valoración del Servicio SUMMA 112 fue superior a 8 en el 77% SMR y en el 80% CMR, en este último el 48% dio una valoración 10.

La valoración del tiempo (tº) de espera para ser atendido tras llamada fue superior a 8 en el 77 % SMR y 70% CMR. El trato recibido por el operador tuvo una valoración superior a 8 en el 82% SMR y 81 % CMR. El tº transcurrido hasta que el médico (M) le atendió tuvo una valoración superior a 8 en el 50% SMR y 64%CMR. La valoración del trato recibido por el M fue superior a 8 en el 75% SMR y 81% CMR. La respuesta facilitada por el M tuvo una valoración superior a 8 en el 61% SMR y 78% CMR. El tº dedicado por el M tuvo una valoración superior a 8 en el 60% SMR y 80% CMR.

La valoración global del M fue superior a 8 en el 65% SMR y 79% CMR. El grado de satisfacción con la resolución de su problema fue superior a 8 en el 61% SMR y 80% CMR. Un 10% CMR y un 19% SMR valoró por debajo de un 5 el tiempo empleado entre la llamada y la atención del operador, y un 12% CMR y un 28% SMR valoró por debajo de 5 el tº de espera en la transferencia entre operador y médico. 12 pacientes SMR y 10 CMR no estuvieron de acuerdo con la respuesta del médico.

Las sugerencias más frecuentes fueron Agilizar avisos, agilizar la transmisión telefónica y aumentar el personal sanitario.

La valoración global del SUE y de la atención telefónica es satisfactoria, siendo mayor (80% vs 77%), cuando se movilizan recursos.

La encuesta nos revela información sobre las áreas en las que se debe centrar el esfuerzo para mejorar: el tiempo de transmisión telefónica, la agilización de avisos, y la comunicación telefónica.

En el momento actual se está en proceso de integración de dos plataformas informáticas para mejorar tiempo de transmisión telefónica y respuesta, y se han integrado otros recursos de emergencia con el SUE (municipal,...). Está pendiente de implementarse una nueva estrategia de comunicación telefónica.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 195

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA DE LA PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA: 'JUNTOS AVANZAMOS MÁS RÁPIDO'.

AUTORES: SOMMER ÁLVAREZ, ENRIQUE.; NAVARRO DORBERT, M.; DIOS DEL VALLE, R.; PÉREZ-HOLANDA FERNÁNDEZ, S.; RODRÍGUEZ GÓMEZ, MJ.; TREVIÑO SAENZ, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Actualmente los centros sanitarios se enfrentan a grandes retos. Los modelos tradicionales de gestión han mostrado signos de agotamiento al enfrentar esta nueva realidad. Se hacen necesarios nuevos modelos de dirección basados en la cooperación y confianza para garantizar el desarrollo de procesos de descentralización y autonomía en la gestión. Para avanzar en esta dirección precisamos crear espacios de diálogo donde directivos y profesionales cooperen en la consecución de los objetivos. Los Servicios de Atención al Ciudadano pueden constituir un elemento clave para el desarrollo de estos procesos de descentralización y autonomía, asesorando a los servicios clínicos en la gestión de la actividad.

Evaluar el proyecto de mejora de la programación quirúrgica implantado en 3 servicios hospitalarios.

Diseño: Se crea una comisión de programación quirúrgica por servicio (Urología, Traumatología, Neurocirugía). La comisión la conforma el Jefe de Servicio, el Subdirector de S. Quirúrgicos, el Servicio de Atención al Ciudadano. Se reúne semanalmente y se programan los quirófanos de la semana en base a la situación clínica y antigüedad en LEQ.

Implantación: Se inicia en Septiembre 2015 para Traumatología y Urología, y Noviembre para Neurocirugía.

Evaluación: Estudio descriptivo. Variables: Total pacientes LEQ, Pacientes > 6 meses, Demora Media(DM), Espera Media(EM), Índice de Entradas y Salidas(I E/S). Período: Evaluación pre-intervención: Agosto del 2015 para los Servicios de Traumatología y Urología, Octubre de 2015 para Neurocirugía. Evaluación post-intervención: Febrero 2016.

Traumatología: Pacientes LEQ reducción del 12.04% (de 1909 a 1679). Pacientes > 6 meses: reducción del 65.8% (412 a 141). DM reducción de 39,9 días (129,8 a 89,9). EM reducción de 53.4 días (de 245.7 a 192.3). Demora Máxima: (915 a 344). I E/S:1.07 a 0.81.

Neurocirugía: Pacientes LEQ: reducción del 14.53% (289 a 247), pacientes >6 meses: reducción del 58.82% (68 a 28). DM reducción de 52.4 días(141.3 a 88.9), EM reducción de 51.8 días (195.6 a 143.8). Demora Máxima: (808 a 300). I E/S:0.97 a 0.84.

Urología: N° total: incremento del 5.72% (646 a 683), pacientes >6 meses: incremento del 42.85% (84 a 120); DM: incremento de 0.6 días(96 a 96.6), EM: incremento de 32.5 días (115.4-147.9). Demora Máxima: (763 a 322). I E/S:1.08 a 1.01.

Conclusión:

El proyecto ha sido efectivo en 2 de 3 servicios. Crear un marco de encuentro basado en los principios del diálogo, la colaboración y la corresponsabilidad entre los diversos agentes con capacidad de decisión en la gestión de la LEQ se muestra como una herramienta útil para fomentar la accesibilidad y la equidad en el acceso. Debemos ser conscientes que no todos los problemas se resuelven con este método.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 196

TÍTULO: PADRES Y PROFESIONALES ANTE LOS PROCEDIMIENTOS INVASIVOS DE LA UCI PEDIÁTRICA: ¿QUÉ QUEREMOS HACER?

AUTORES: MONTOSA GARCIA, RAQUEL.; MARIN YAGO, A.; RIQUELME VALVERDE, L.; PEREDA MAS, A.; NAVARRO MINGORANCE, A.; MONTES DIAZ, DJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIs) de puertas abiertas 24h están en auge en España y con vigencia en nuestro hospital desde el año 2009. Pero la asignatura pendiente es la realización de procedimientos invasivos en presencia de los progenitores, por lo que éste es un aspecto en el que tenemos que profundizar y resolver.

Conocer las opiniones de profesionales y padres respecto a los procedimientos que se realizan en la UCI Pediátrica. Conocer los motivos principales que las justifican.

Encuesta anónima realizada al personal de la Unidad, asociando categoría profesional y tiempo trabajado y a los padres de niños ingresados añadiendo componentes demográficos.

RESULTADOS: PROFESIONALES: 39 encuestas (82% de la plantilla). Experiencia: mediana 7 años (R.I:2-12). Los profesionales permiten la presencia en procedimientos no invasivos siempre o casi siempre (s/cs): aseo 71% y alimentación 100%. En técnicas muy invasivas no lo permiten nunca o casi nunca (n/cn): 94% y de vía central 83%. El 71% tampoco considera beneficioso que los padres presencien maniobras de reanimación. En técnicas poco invasivas (sondajes, vía periférica y sedaciones) existe tendencia a no permitir aunque no presentan diferencias tan claras si se compara con técnicas más agresivas. Factores condicionantes: cronicidad del niño (89% lo permitirían en crónicos y 47% en agudos) y frecuencia en la técnica (80% no permite en técnicas infrecuentes). Motivos para permitir: tranquilizar al niño (si está consciente), que no se sienta solo, ayudar en contención mecánica y disminuir la ansiedad de los padres, y para la reanimación que adquieran consciencia de la gravedad para poder anticipar desenlace negativo y que sepan que 'se ha hecho todo lo posible'. **PADRES:** 82 encuestas. Quieren presenciar los procedimientos no invasivos: aseo (s/cs) 91% y alimentación (s/cs) 95%. Los muy invasivos: intubación (s/cs) 21% y (n/cn) 66%, vía central (s/cs) 33% y (n/cn) 51%. Y las técnicas poco invasivas (sondas y vías periféricas) también prefieren presenciarlas pero en una proporción más ajustada comparativamente con las anteriores. Las sedaciones el 61% (s/cs) frente al 21% (n/cn). El 76% de los padres no modificaría sus opiniones aunque el niño permaneciera inconsciente, el 47% piensa que su presencia puede beneficiar al niño. El 67% no encuentra ningún aspecto beneficioso en presenciar maniobras de reanimación, aunque el 12% cree que "está cumpliendo con su deber de padre" y el 20% cree positivo el contacto físico si el niño está consciente. **CONCLUSIONES:** Tanto para los profesionales como para los padres la presencia durante los procedimientos invasivos depende sobre todo del grado de invasividad del procedimiento. Otros condicionantes para los profesionales son el tipo de patología del niño, la frecuencia y destreza en la técnica. Presenciar las maniobras de reanimación ofrece pocos aspectos positivos tanto para los padres como para los profesionales.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 197

TÍTULO: CALIDAD PERCIBIDA DE LOS USUARIOS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS (SUAP/CUE)

AUTORES: COLOMER ROSAS, ASUNCIÓN.; VÁZQUEZ QUIROGA, B.; CERDEIRA VARELA, JC.; MEDRANO MARTÍNEZ, MJ.; HERNÁNDEZ JARAS, MV.; BUSCA OSTOLAZA, P.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Conocer la satisfacción de los pacientes y usuarios atendidos en los SUAP es clave para garantizar que la prestación del servicio responde a los estándares de calidad determinados e identificar las actuaciones más prioritarias y efectivas para mejorar la calidad integral de la atención que prestamos.

Conocer la satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios recibidos en los SUAP.

Observacional transversal. Población origen de muestra: personas atendidas en 38 SUAP/CUE del 21 al 11 de septiembre de 2015. Muestreo aleatorio estratificado proporcional 375 pacientes. Error muestral: 5,0%; Nivel de confianza: 95%. Entrevista telefónica: del 11 de noviembre al 15 de diciembre de 2015. Cuestionario: 27 preguntas, 1 abierta, incluidas variables de clasificación. Análisis estadístico descriptivo

El 37% había acudido al SUAP una vez; el 28%, más de tres veces. El 59% respondió que esperó menos de 15 minutos (m), y el 28% entre 15 y 30 m. Al 19% le pareció muy corto el tiempo de espera, al 26% Corto y al 6% Muy Largo. Para el 76% el tiempo de espera máximo aceptable depende de la urgencia, el 3% estima que debe ser menor de 5 minutos. Instalaciones: 50% valoró más de 8 sobre 10 su estado. El 85% considera que el centro está bien ubicado, comunicado y señalizado. Motivos de demanda sanitaria: 48%: Urgencia, 3%: estar cerca y el 3 4%: ser fin de semana. El 53% considera su patología poco grave; 41%: grave y 5%: muy grave. El 79% supo el profesional que le atendió. El 35% estuvo Muy Satisfecho con la atención y el 39% Bastante Satisfecho.

La valoración global médico fue superior a 8: 77%. Valoración del médico del trato, amabilidad, competencia y tiempo, y de la información que dio al paciente: superior a 8 para el 76%.

Valoración global enfermero superior a 8: 83%. Valoración del enfermero del trato, amabilidad, competencia, conocimientos y tiempo dedicado: superior a 8 para el 83%; y con respecto a la información al paciente fue superior a 8 para el 71%.

El 71% consideró resuelto su problema de salud. El 58% no tuvo dudas con informe. El 68% estuvo conforme con medicación prescrita. El 6% fue por su cuenta al hospital, en el 65% fue por persistir el problema de salud. Grado de satisfacción global con el SUAP fue superior a 8 en el 72%.

Conclusiones: La valoración global de los pacientes atendidos en el SUAP es muy buena. Los aspectos mejor valorados tienen que ver con la atención prestada por los profesionales sanitarios. Los problemas por los que acuden son catalogados en su mayoría de poco graves, en general se resuelven en el centro. Los tiempos analizados tienen muy buena valoración.

Las áreas de mejora identificadas tienen que ver con el tiempo de espera, la información clínica y de cuidados que se da al paciente por escrito y las técnicas de comunicación con relación a la conformidad del paciente con la resolución y su actuación posterior.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 199

TÍTULO: SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON EL TRASNPORTE SANITARIO URGENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO

AUTORES: COLOMER ROSAS, ASUNCIÓN.; FERNANDEZ CAMPOS, MJ.; MENCHACA ANDUAGA, A.; RODRIGUEZ RODIL, N.; MALLO PÉREZ, J.; BUSCA OSTOLAZA, P.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El transporte sanitario urgente (TSU) en ambulancia tiene como objeto el traslado de pacientes en situaciones de urgencia clínica por lo que su percepción es determinante en la percepción global de la calidad de la atención sanitaria. Conocer la satisfacción de pacientes y usuarios del TSU permite implementar acciones para garantizar que este cumpla estándares de calidad adecuados al servicio.

Conocer la satisfacción de los usuarios con el transporte sanitario urgente en ambulancias en nuestra Comunidad

Observacional transversal. Población origen de muestra: usuarios de servicios de TSU del 21 al 27 de septiembre de 2015. Muestreo aleatorio estratificado proporcional 350 personas entrevistadas. Error muestral: 5,0%; nivel de confianza: 95%. Entrevista telefónica: del 11 de noviembre al 15 de diciembre 2015. Cuestionario estructurado: 6 preguntas cerrado, valoradas según escala, y una pregunta abierta, de excelente a malo. Análisis estadístico.

El 35% de las encuestas fueron respondidas por el paciente, y el 56% por un familiar.

1. Valoración del tiempo (Tº) transcurrido desde la llamada a la llegada del recurso: 34%, consideran muy poco Tº espera, 30%: poco Tº, 16%: Indiferente; 8%: Bastante Tº de espera; 6%: Mucho Tº de espera; 5%: NS/NC
2. Valoración del trato del equipo que le atendió: 48%: excelente, 36%: Muy bueno; 12%: Bueno. 1%: Indiferente; 1% Malo; 0% muy malo y pésimo y 1% NS/NC.
3. Satisfacción con la profesionalidad del equipo: 68%: muy satisfecho. 17%: bastante satisfecho; 11%: Satisfecho; 1%: NS/NC.
4. Valoración de la atención durante trayecto entre domicilio y hospital: 29%: excelente; 39%: Muy bueno; 10%: Bueno; 1%: Mala; 20%: NS/NC
5. Valoración del Tº desde que llegó el recurso al domicilio hasta que llegó al hospital: 43%: Muy poco tiempo; 33%, poco tiempo; 7%: indiferente; 1%: Bastante Tº; 2%, mucho; y 15%: NS/NC
6. Valoración global de la atención prestada: 40%: Excelente; 39%: Muy buena; 17%: Buena; 1%: Mala; 0%: Muy mala, pésima y NS/NC
7. El 7% consideraba que su patología era Poco grave; un 58% que era Grave; un 33% Muy grave y un 2% NS/NC.
8. El 84% están conformes con el servicio y no hicieron sugerencias; un 10% propusieron que se agilizará el tiempo de llegada del recurso y un 2% que se mejorara la información y la empatía con el paciente.

Conclusiones: Más del 90% de los usuarios entrevistados estimaron que la patología por la que fueron atendidos era grave o muy grave, y que recibieron muy buena atención global, siendo los aspectos mejor valorados los relacionados con la competencia y atención prestada por los profesionales. Con relación a la atención en la ambulancia durante el trayecto hasta ser atendidos en los centros hospitalarios hay un elevado porcentaje de NS/NC debido al elevado número de entrevistados que no son pacientes.

Los resultados son globalmente satisfactorios, siendo los tiempos y la información al paciente las áreas en las que debemos seguir implantado mejoras.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 200

TÍTULO: CONTINUIDAD ASISTENCIAL ATENCION DOMICILIARIA PEDIÁTRICA-EQUIPOS DE EMERGENCIA 061: NUEVAS HERRAMIENTAS

AUTORES: MONTOSA GARCIA, RAQUEL.; MONTES DIAZ, DJ.; MATEO PEREA, G.; TROYA GIL, JA.; NAVARRO MINGORANCE, A.; PEREDA MAS, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las ventajas de la Hospitalización Domiciliaria Pediátrica (HDP) son incuestionables pero debido a que los recursos disponibles son limitados a veces no es posible que se realice de forma continuada. En esta situación para que los niños reciban una adecuada asistencia deben participar los Servicios de Emergencias. Debido a la complejidad, nivel tecnológico y particularidades que rodean a cada niño la comunicación y coordinación entre ambos niveles asistenciales debe optimizarse.

Mejorar la asistencia a los pacientes de Atención Domiciliaria Pediátrica atendidos por el 061 en situaciones de urgencia.

Sistema de Gestion de Llamadas del Servicio de Emergencias. Grupo Interdisciplinar de Expertos en Cuidados Paliativos Pediátricos Talleres Prácticos/ Simulación.

RESULTADOS: Se crea un Plan de "Avisos Especiales" dentro del Sistema de gestión de Llamadas Emergencias Control Holístico Operaciones (ECHO) del 061 en el que se incluyen órdenes concretas para cada paciente. Cuando un niño entra en el Programa se valora la complejidad y probabilidad de presentar situaciones urgentes, elaborando un resumen de la historia clínica y plan de cuidados que recoge medicación, técnicas y actitudes a aplicar en estas situaciones. Este informe se introduce en ECHO. Cuando uno de los padres llama al 112/061 el sistema carga automáticamente la dirección, datos y el informe/plan de actuación. El profesional que recibe la llamada traslada el plan de actuación al equipo que acudirá al domicilio. Actualización del Plan de Cuidados ante los cambios del paciente. Sesiones Formativas: durante el año 2016 se realizan 2 sesiones (Abril 2016) de 4 horas cada una impartidas por un médico y un enfermero de la UHDP a todos los miembros del equipo asistencial del 061. Estas sesiones son obligatorias y su objetivo es la adquisición de las nociones básicas y sensibilización respecto a los cuidados paliativos pediátricos. Reuniones del personal de la Unidad HDP con el de Emergencias que cubre el área del domicilio concreto: se programarán para reforzar cuidados específicos, conocer las peculiaridades del niño, los problemas que podría presentar y cómo deberían resolverse. Formación Teórico-Práctica: Talleres de Simulación con respiradores domiciliarios, punción de catéteres tunelizados con reservorio, cánulas de traqueostomía, sondas de gastrostomía, etc., impartidos por el personal de la Unidad HDP a todos los médicos y enfermeros de la base del 061 correspondiente al domicilio del niño ingresado. **CONCLUSIONES:** A lo largo de este año en nuestra Región se han llevado a cabo varias iniciativas para aumentar la calidad de los cuidados que reciben los niños que se encuentran en hospitalización domiciliaria, asumiendo que la relación entre la Unidad HDP y el Servicio de Emergencias 061 debe mantenerse y mejorarse en todo lo posible mientras ésta sea la única fórmula asistencial que mantenga la continuidad de los cuidados de estos niños en situación vulnerable.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 201

TÍTULO: CIRCUITO DE ATENCIÓN PRIORITARIA EN URGENCIAS A LOS PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

AUTORES: OLALLA MARTÍN, MARÍA VICTORIA.; GUARDIOLA VICENTE, JS.; CUESTA RODRÍGUEZ-TORICES, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La discapacidad intelectual implica una limitación en las habilidades que la persona aprende para manejarse en su vida diaria y que le permiten responder en distintas situaciones y contextos. Engloba a los trastornos del espectro de autismo, a la parálisis cerebral y otras.

Hay distintas características que afectan al acceso a los servicios de urgencias de este tipo de pacientes: la dificultad de comunicación, las barreras físicas, el escaso conocimiento de los problemas de base de estos pacientes y de su medicación, ... Entre ellos cabría destacar las alteraciones conductuales, sobre todo las que se exageran en lugares hostiles para el paciente como es la sala de espera de un hospital, asociado a las interacciones con el personal sanitario que es extraño al paciente, y a las técnicas de enfermería como la extracción de sangre.

En nuestro hospital, hay una población total de 7790 personas con discapacidad intelectual reconocida. Los motivos de consulta más frecuentes son los derivados de infecciones respiratoria, aspiración, las epilepsias y los traumatismos.

La mayoría de estos pacientes presentan discapacidad intelectual y motora severa que por su situación pasan directamente a la zona de boxes, con un nivel de clasificación de atención en menos de 1 o 2 horas, por lo que en éstos pacientes no existe problema a la hora de las esperas.

Pero existe un pequeño porcentaje de pacientes con movilidad conservada, con motivos de consulta que no precisan atención en boxes y cuya espera les ocasionaba estrés y, en consecuencia, alteraciones conductuales y/o agresividad lo que genera mal ambiente en la sala de espera general.

Elaborar un circuito de atención preferente a pacientes con discapacidad intelectual y del desarrollo, que por su situación clínica no es necesario que pasen a la zona de boxes y que el estar en la sala de espera les provoca estrés y como consecuencia agresividad y alteración del comportamiento.

El circuito comienza con el reconocimiento de un paciente con discapacidad intelectual o del desarrollo por parte de la enfermera de clasificación, lo cual activa el circuito. A partir de ese momento, la atención y la realización de pruebas (radiología, laboratorio,...) es prioritaria para ese paciente hasta el alta. Si ha de ingresar y está agitado, existe un box específico reservado en la Urgencia y se activa el circuito de ingreso preferente en planta.

El circuito se aprueba en noviembre de 2015 y se ha difundido a todos los servicios implicados, comenzando a funcionar en enero de 2016.

De febrero a abril se han atendido 49 pacientes discapacitados. En todos los casos se ha analizado la percepción de pacientes y acompañantes, así como de las asociaciones de estos pacientes, siendo positiva.

En el Hospital Universitario de Getafe se crea el circuito de atención preferente a éste tipo de pacientes dentro del Plan de Humanización de la Asistencia, mejorando la satisfacción del usuario y acortando los tiempos de espera.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 202

TÍTULO: ANÁLISI MODAL DE FALLOS Y EFECTOS (AMFE) APLICADO AL PROCESO DE TRIAJE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

AUTORES: GONZÁLEZ IGLESIAS, IGNACIO.; MOREIRA FUEYO, JM.; BARREIRO MARAÑÓN, RM.; GONZÁLEZ PRIETO, MJ.; RODRÍGUEZ COSTALES, S.; FERNANDEZ ÁLVAREZ, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

A raíz de la notificación de una serie de incidentes de seguridad relacionados con el triaje en el Servicio de Urgencias y ante la próxima remodelación de la estructura física de dicho servicio, el núcleo de seguridad del área sanitaria decidió realizar un análisis modal de fallos y efectos (AMFE) para analizar el proceso de triaje y priorizar las propuestas de mejora que se obtengan en dicho análisis.

Identificar los riesgos en el proceso del triaje en el Servicio de Urgencias de forma proactiva, priorizarlos y establecer medidas de mejora en la seguridad de los subprocesos del triaje.

Se utilizó la metodología "análisis modal de fallos y efectos". Un equipo multidisciplinar identificó los modos de fallo del proceso. Se estableció una definición del proceso de triaje. Se delimitó claramente el proceso y se describió cada uno de los subprocesos que lo integran.

Se analizaron de forma independiente cada uno de los subprocesos descritos. Para cada uno de ellos se identificaron los diferentes modos de fallo potenciales. Se identificaron las causas que podían originar los diferentes modos de fallo, así como los efectos que podrían tener en el paciente en el caso de producirse.

Para calcular el impacto asociado a cada modo de fallo potencial se utilizó el índice de priorización de riesgo (IPR). El IPR se obtiene mediante la siguiente fórmula:

$IPR = IG \times IA \times ID$ (Gravedad, Aparición, Detectabilidad)

Se establecieron propuestas de mejora para todos los modos de fallo identificados. Se consideraron críticos aquellos con un $IPR > 500$. Se calculó también el IPR final (teórico) que se obtendría con las propuestas de mejora.

Se identificaron un total de 24 modos de fallo. Para cada uno de ellos se consensuó el efecto, la causa potencial, si existía actualmente algún mecanismo de control de ese riesgo, el IPR inicial, las propuestas de mejora recomendadas y el IPR final teórico.

El IPR inicial acumulado fue de 22531 (rango: 4-729) y tras las propuestas de mejora el IPR final acumulado fue de 9930 (rango: 4-425).

Dentro de los 10 modos de fallo con mayor riesgo ($IPR > 450$), 3 correspondían a errores en la identificación inequívoca del paciente, 3 a la valoración del paciente, 2 a la espera de la visita, 1 a la asignación de nivel de triaje y 1 al inicio del triaje.

El modo de fallo considerado de mayor riesgo ($IPR = 729$) fue el de tiempo de triaje elevado, lo que podía producir una demora asistencial no adecuada, empeoramiento del estado basal del paciente, retraso diagnóstico terapéutico y aumento asociado de la morbi-mortalidad.

Se proponen las siguientes acciones para mitigar el riesgo: Separación de circuitos de adultos/pediatría, implantar un sistema de triaje específico para pediatría, circuito para obstetricia separado de urgencias generales, circuito independiente de urgencias para ingresos no urgentes, circuito independiente de urgencias para revisiones de oftalmología y otorrinolaringología.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 203

TÍTULO: PROCESO DE ATENCIÓN SOCIAL A LOS PACIENTES AGUDOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL DE PARLA

AUTORES: SÁNCHEZ ÁLVAREZ, MARÍA TERESA.; BARO SANTAMARTA, C.; BRU AMANTEGUI, S.; TORREJÓN GUIJARRO, A.; MINGO RODRIGUEZ, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Trabajador Social en un Servicio de Salud Mental realiza su actividad asistencial en un equipo multiprofesional, que interviene en procesos de atención en los distintos espacios asistenciales y en especial en los paciente con patología aguda, siendo el principal nexo de unión entre lo sanitario y lo social, potenciando la humanización y la atención integral, abordando y valorando los factores individuales, familiares y el contexto social de los procesos salud-enfermedad-atención de dichos pacientes. Por ello es necesario la estandarización de su actividad, aportando una visión global y favoreciendo la interrelación con otras unidades.

Realización del proceso de atención social a los pacientes agudos del Centro de Salud Mental de Parla

Sistematización de la actuación del trabajador social con los pacientes agudos del CSM

Identificación y medición de los indicadores para establecer una mejora continua del proceso

Conocer el coste del proceso de atención de dichos pacientes

Tras la realización de cursos de formación en procesos, se diseña el cuaderno propio, donde, a través de reuniones periódicas se define el tipo de proceso, la misión, los límites, la periodicidad del proceso en tiempo y frecuencia, los destinatarios, definiendo el cliente principal y secundario, así como las partes interesadas. Así mismo, se plantean las necesidades y expectativas de los pacientes y los familiares, tanto en información como en gestión, tramitación y facilitación de las vías administrativas para la resolución de las prestaciones socio-sanitarias. Se diseñan los indicadores del proceso, teniendo en cuenta que estos deben ser factibles, reproducibles, etc. Una vez terminado el bloque de datos generales, nos planteamos la planificación y gestión de las actividades, teniendo en cuenta los flujos de salida y los costes. Para ello definimos tres actividades, la primera la recopilación de la información y realizar la valoración para la elaboración del informe social, la segunda apoyar en la gestión y tramitación de prestaciones socio-sanitaria y por último la realización de entrevistas de seguimiento. Por último, se determina el coste de todo el proceso, desagregado por actividades

La realización de un cuaderno de procesos para el Trabajador Social del Centro de Salud Mental de Parla nos ha ofrecido una forma de estandarización de sus actuaciones, de forma que estas puedan ser medidas y evaluables con el objetivo principal de encontrar e implantar áreas de mejora en un servicio que no tenía cultura de procesos

De esta forma se ha promovido la mejora continua de los procesos, detectando ineficiencias, debilidades de la organización y errores de manera rápida y metódica, reduciendo los riesgos, implicando a sus principales actores y optimizando el uso de sus recursos

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 204

TÍTULO: FRAGILIDAD EN PERSONAS MAYORES EN TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA

AUTORES: CARABALLO CAMACHO, NURIA.; DE LA BANDA PALMAR, S.; SERRANO DE LA BANDA, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La fragilidad es un estado de pre-discapacidad, de riesgo de desarrollar nueva discapacidad desde una situación de limitación funcional incipiente, y su importancia es que se centra en la funcionalidad y no focaliza en el diagnóstico de enfermedad. La fragilidad es un buen predictor de eventos adversos de salud a corto, medio y largo plazo.

Determinar el riesgo de fragilidad que presentan los pacientes atendidos en una unidad de fisioterapia.

Describir el riesgo de fragilidad en función del diagnóstico por el que está siendo atendido el paciente.

Estudio descriptivo transversal realizado a pacientes mayores de 65 años que estaban recibiendo tratamiento en la unidad de fisioterapia del Hospital de Riotinto durante el mes de Abril de 2016. Las variables recogidas fueron:

Sexo.

Edad.

Diagnóstico:

Pacientes neurológicos.

Pacientes traumatológicos (cirugía ortopédica, endoprótesis articulares, fracturas y secuelas).

Amputaciones.

Síndromes dolorosos.

Valoración de la fragilidad mediante el test de Barber. Consta de nueve ítems con respuesta dicotómica. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. Una puntuación total de 1 ó más sugiere riesgo de dependencia.

Se recogieron datos de 44 pacientes atendidos en la sala de fisioterapia. 28 eran mujeres (63,64%) y 16 hombres (36,36%).

El rango de edad estaba comprendido entre 65 y 79 años con una media de 71,45 y una desviación típica de 4,84.

En cuanto al diagnóstico de los pacientes, el 41% presentaba síndromes dolorosos, el 18% eran pacientes neurológicos, el 32% eran pacientes neurológicos y un 9% presentaban amputaciones.

El test de Barber arrojó los siguientes resultados: un 36% de los pacientes obtuvo una puntuación de 0, el 45% obtuvo 1 punto, el 5% tuvo una puntuación de 2, el 9% obtuvo 3 puntos y un 5% tuvo una puntuación de 5.

El 64% de los pacientes atendidos en la unidad de fisioterapia presentaba riesgo de dependencia y de fragilidad.

De los pacientes con riesgo de fragilidad detectados el 42,85% eran pacientes traumatológicos, el 21,42% pacientes neurológicos, el 3% eran atendidos por un síndrome doloroso y el 2% eran amputados.

Por diagnóstico, un 33,33% de los pacientes atendidos por síndrome doloroso presentaban riesgo de dependencia frente a un 75% de los pacientes neurológicos, un 85,71% de los pacientes traumatológicos y un 100% de los pacientes amputados.

Conclusiones

Existe un porcentaje importante de pacientes que presentan riesgo de dependencia y fragilidad. Es importante determinar el grado de fragilidad ya que es un predictor muy eficaz para establecer criterios terapéuticos y de intervención en este grupo de población ya que presentan riesgo alto de caídas, pérdida de movilidad, disminución de capacidades funcionales, aumento de ingresos hospitalarios y de la mortalidad.

El test de Barber consigue integrar en una sola herramienta criterios de valoración multidimensionales para la detección de ancianos en riesgo de sufrir algún tipo de discapacidad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 205

TÍTULO: DE LA GUIA A LA VIA ASISTENCIAL

AUTORES: JORDÁN DE LUNA, CONSUELO.; AUTORES ICOPRAXIS, A.; CLOPÉS ESTELA, A.; FONTANALS MARTINEZ, S.; VIDAL MILLA, A.; GERMÀ LLUCH, JR.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La definición de las Guías de Práctica Clínica (GPC), que comúnmente podemos encontrar en la literatura científica, es la propuesta por el "Institute of Medicine" en 1990: "el conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, para ayudar a los clínicos y a los pacientes en el proceso de toma de decisiones sobre cuáles son las intervenciones más adecuadas para resolver un problema clínico, en unas circunstancias sanitarias específicas".

Las ICOPraxis son las GPC del Instituto Catalán de Oncología (ICO). Su finalidad consiste en ofrecer al clínico una serie de directrices con las cuales poder resolver, a través de la evidencia científica EC, los problemas que surgen diariamente con los pacientes. Disponer de un documento en el que se revisan las intervenciones de máxima evidencia consensuado por profesionales de distintos servicios y centros del ICO para disminuir la variabilidad en el tratamiento de nuestros pacientes.

La metodología de las ICOPraxis se basa en revisión de la EC por parte de un grupo de expertos del ICO y se presenta al resto del grupo en una serie de reuniones donde se elaboran unas recomendaciones justificando su grado de evidencia en base a los criterios de la ASCO. Una vez obtenido el borrador inicial del documento, la comisión de farmacia y terapéutica del ICO actúa de revisor interno. Posteriormente se envía el documento a 3 profesionales que no trabajen en el ICO y a profesionales ICO que no hayan participado en la elaboración de la guía. Con los comentarios obtenidos, se revisa en el grupo y se incorpora o se rebaten las sugerencias recibidas. Las recomendaciones emitidas son vinculantes y se incorporan al árbol de decisión del programa de prescripción electrónica de elaboración propia ESPOQ®. Finalmente, se realiza un proceso de revisión lingüística y maquetación y se publican las guías en la intranet de la institución y en la web de la Generalidad de Cataluña.

En los 10 años que lleva en marcha el proyecto se han elaborado 13 documentos de consenso de diferentes condiciones clínicas relacionadas con la onco-hematología:

Cáncer (Ca) de cabeza y cuello, Ca. colorrectal, Dolor oncológico, Factores estimulantes de colonias granulocíticas, Linfoma B difuso de célula grande, Ca. de mama, Mieloma Múltiple, Ca. de próstata, Ca de pulmón, Ca. de ovario epitelial, Ca gástrico y de unión gastroesofágica, Leucemia linfática crónica y Atención al final de la vida.

El desarrollo de las "ICOPraxis" permite disponer de un estándar de práctica clínica consensuada y basada en el análisis de la mejor EC disponible para todos los centros pertenecientes a nuestra institución en un marco tan cambiante como es el de la práctica asistencial onco-hematológica. Así mismo estas guías son publicadas por el Instituto Catalán de Oncología con acceso abierto, lo que constituye en sí mismo un ejercicio de transparencia.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 206

TÍTULO: DESPLIEGUE DEL MODELO DE ACREDITACIÓN DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CATALUNYA

AUTORES: SOLÀ MIRAVETE, M. ELENA.; GAVALDÀ ESPELTA, E.; DALMAU LLORCA, R.; GUARDIA SEGARRA, F.; MATAMOROS BELSUE, D.; PI COLL, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El DECRET 86/2014 de 10 de junio establece el sistema de acreditación de los equipos de Atención primaria en Cataluña. La acreditación es entendida como el proceso por el cual una organización se somete a una verificación externa que evalúa el nivel en el que se sitúa en relación a un conjunto de estándares ya establecidos y consensuados en el modelo, es una herramienta eficaz para incentivar en los centros la mejora continua de la calidad.

Implementar el modelo de acreditación en los equipos de atención primaria de la gerencia

Incentivar en los equipos de atención primaria la mejora progresiva de la calidad

Se diseñó una formación estratégica y operativa dirigida al equipo directivo y núcleos de calidad de cada EAP. Se estructuró en 9 sesiones teórico prácticas basadas en el contenido de los nueve criterios del modelo de acreditación (estructura EFQM, 347 estándares): criterio, agrupador, dimensiones de evaluación y contenido de cada estándar. Se realizó una autoevaluación previa y en cada sesión se explicaba contenido, plateaban las dudas y se definía la estrategia de cada equipo (plan de acción concreto). Al finalizar se planificó una autoevaluación final previa a la auditoría externa. Entre la primera autoevaluación, última y auditoría externa pasaron 7-8 meses.

Resultados:: La media en los 11 EAP Autoevaluación inicial/ final / auditoría externa en cada criterios fue: 1. Liderazgo 82%/96%/93%. 2.Politica y estrategia: 80%/100%/100%. 3.Personas: 76%/90%/93%. 4.Alianzas: 60%/100%/100%. 5.Procesos: 72%/97%/98%. 6.Resultados (R) clientes: 80%/100%/100%. 7. R personas: 72%/90%/94%. 8.R sociedad: 50%/60%/57%. 9.R clave: 76%/90%/97%. Todos los equipos elaboraron o actualizaron el plan estratégico, de comunicación, de formación, de calidad y seguridad del paciente. La media de estándares conseguidos (N=347) de todos los equipos fue de 95.26%.

Conclusión:El modelo de acreditación y estrategia adoptada en el territorio ha comportado la elaboración o actualización de los planes estratégico, de comunicación, de formación, de calidad y seguridad del paciente de cada EAP. Con este modelo se promueve la cultura de la mejora continua y la excelencia, ya que, una vez realizada la evaluación para la acreditación, los equipos deben presentar planes de mejora de los estándares no cumplidos, por lo que de forma directa se incide en la mejora de su calidad asistencial.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 207

TÍTULO: LA ACTIVACIÓN DE PACIENTES EN EL PROGRAMA DE FORMACION ENTRE IGUALES

AUTORES: DANET, ALINA.; PRIETO RODRÍGUEZ, MA.; VALCARCEL CABRERA, MC.; MARCH CERDÀ, JC.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La activación es la disposición de conocimiento, habilidades y confianza por parte del individuo para manejar su propia salud y atención sanitaria.

Desde la Escuela de Pacientes de la Consejería de Salud se realizan programas de formación entre iguales dirigidos a pacientes, familiares, cuidadores y ciudadanía en general, con el objetivo de facilitar la autogestión del/de la paciente respecto a su enfermedad crónica.

El objetivo de este trabajo es conocer el grado de activación de las personas formadoras participantes en la Escuela de Pacientes.

La población de estudio fue la totalidad de 167 personas que participaron como formadores en los talleres de la Escuela de pacientes durante el año 2015. El instrumento usado fue el cuestionario autoadministrado Patient Activation Measure (PAM) (Hibbard et al, 2004), que incluye 10 preguntas en escala Likert que miden: conocimientos, habilidades, relación con el personal sanitario y autoconfianza. El análisis estadístico de los datos se realizó con el software R e incluyó estudio descriptivo y comparación de medias.

Se recogieron 101 cuestionarios. El 65% de las personas participantes fueron mujeres. El 52% de las personas formadoras fueron pacientes-formadores, el 27% fueron profesionales formadores y el resto familiares y personas cuidadoras. Por situación laboral, el 43% se encontraban trabajando, el 34% en situación de jubilación, el 15% en situación de desempleo y el resto sumaron amas de casa, estudiantes y otras situaciones. Según nivel de estudios, el 50% tienen estudios superiores, el 33% estudios medios y el resto estudios primarios.

Los resultados muestran un alto nivel de activación entre las personas formadoras participantes. El 99% de las personas se sitúan en el tercer y cuarto nivel de activación: el 92% alcanzan el nivel máximo de activación, correspondiente a tener autoconfianza, así como conocimiento y habilidades suficientes para generar y mantener los cambios necesarios para los autocuidados. El 7% se encuentran en el tercer nivel de activación, donde se generan los cambios y se empieza a actuar desde la autoconfianza. Sólo un 1% de las personas se sitúan en el nivel 2, donde se empieza a ganar conocimiento y habilidades y ninguna persona formadora se sitúa en el primer nivel, donde se inicia la toma de conciencia sobre la importancia del rol del paciente en el automanejo de las enfermedades crónicas.

En función de las dimensiones del cuestionario, se observa un nivel de activación muy alto en: 1. conciencia sobre el papel activo en los cuidados de la propia salud y 2. seguridad para realizar los cuidados en casa. Por otra parte, las dimensiones con menos grado de activación son: 1. confianza para buscar soluciones ante nuevos problemas de salud, 2. seguridad en la comunicación con el personal sanitario y 3. confianza en mantener los cambios positivos en el estilo de vida en situaciones de estrés.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 208

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA ASISTENCIAL CON IEXPAC EN UNA POBLACIÓN CON TRASTORNO MENTAL GRAVE DE EVOLUCIÓN CRÓNICA

AUTORES: URIARTE URIARTE, JOSE JUAN.; LOPEZ ORTIZ, M.; GARAI AROSTEGI, MA.; LIZARRAGA SOBRINO, J.; OLIVAS GALLEGO, O.; CACHO BLANCO, ME.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las personas que padecen enfermedades mentales graves de evolución prolongada (especialmente psicosis como la esquizofrenia) sufren de manera especial las consecuencias de una atención fragmentada, tanto en el propio ámbito sanitario como el sociosanitario. Los prejuicios y las propias dificultades inherentes a la enfermedad mental han contribuido a no tomar en cuenta su experiencia como expertos en su enfermedad y como usuarios de nuestros servicios; la orientación a la recuperación de los servicios asistenciales exige opciones de participación y expresión de las personas afectadas.

Conocer la experiencia de atención de los servicios de la Red de Salud Mental de Bizkaia, específicamente la de pacientes con enfermedades mentales graves y de curso cónico atendidas en dispositivos de alta intensidad de tratamiento en la comunidad: los Hospitales de Día y los Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC)

Obtener información útil para la orientación de los servicios a las necesidades de las personas atendidas y mejorar su capacidad de participación.

Comprobar que IEXPAC, una herramienta diseñada para la evaluación de la experiencia asistencial de personas con enfermedades crónicas, es una herramienta adecuada para su uso en el ámbito de la salud mental

La encuesta IEXPAC fue distribuida por 14 Hospitales de Día y 4 equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario distribuidos en todo el territorio de Bizkaia, y que atienden a más de 600 personas con trastorno mental grave de evolución crónica y elevadas necesidades asistenciales. Se ofreció cumplimentar la encuesta de manera voluntaria y anónima, y en caso necesario se ayudó a los pacientes a cumplimentarla. Se recogieron asimismo comentarios subjetivos adicionales, incluyendo su opinión sobre la facilidad y pertinencia de la encuesta. Un total de 320 personas respondieron a la encuesta, con 312 resultados válidos.

Los resultados fueron introducidos en la herramienta online ofrecida por IEXPAC y organizados los resultados por los distintos dominios. La información fue segmentada por dispositivos (Hospitales de Día y equipos de TAC), pero no por otras variables, tales como edad, diagnóstico, sexo.

Los resultados obtenidos muestran que los dispositivos de TAC y Hospitales de Día ofrecen una experiencia asistencial altamente valorada por los pacientes y compatible con su condición de servicios comunitarios de elevada intensidad de cobertura y de alta implicación, con equipos profesionales multidisciplinares y compromiso con un modelo asistencial comunitario y de recuperación.

Muestran asimismo la baja accesibilidad y conocimientos de este grupo de pacientes a dispositivos tecnológicos o a sus funciones dirigidas a obtener información sobre su salud o interactuar con el sistema sanitario y/o social, una brecha tecnológica que puede limitar sus opciones de participación y decisión.

IEXPAC es una herramienta adecuada para su uso en ámbitos de cronicidad en salud mental.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 209

TÍTULO: RELACIONANDO LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CON LOS VALORES DE NUESTRA ORGANIZACIÓN.

AUTORES: SABATE CINTAS, VICTORIA.; BADIA PERICH, E.; MARTINEZ CANTARERO, C.; MARTINEZ NEJJEM, AS.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La mejora de la calidad es una responsabilidad que debe asumir, desde la Dirección hasta los profesionales del EAP, siguiendo las estrategias y los valores de la organización. Hemos desarrollado un proyecto de calidad que se ha convertido en una herramienta de apoyo a los equipos y les facilita estructura, orden y sistema.

El objetivo del estudio es evidenciar los cambios que se han producido hacia la cultura de calidad en nuestro territorio y relacionarlos con los valores esenciales de nuestra Organización.

Análisis de la situación actual del despliegue de la calidad en nuestro territorio en comité de Calidad y Seguridad del paciente, con todos los responsables de calidad de la zona. Se realizan aportaciones, sobre lo que implica en los equipos el trabajo en calidad, y se enlaza con los valores definidos por la organización: Innovación, equidad, sensibilidad, confianza, integridad, cooperación, respeto, implicación y compromiso. Hemos evaluado los valores midiendo las evidencias detectadas mediante indicadores de seguimiento.

%Equipos con difusión código ético:95,20%; %Procesos clave implantados por equipo:4,2/5; %EAP representación todos los colectivos en proceso de cronicidad:81%; %Directivos integrados en el programa de desarrollo:100%; Profesionales implicados en la definición de procesos clave:126; %Responsables de calidad docentes:81%; %Profesionales formados en calidad y seguridad del paciente:84%; Media de auditorías internas por año:3,4; %Directores con autoevaluación de liderazgo:91%; %EAP con encuesta MOSPS:71,40%; %Cumplimiento estándares gerenciales:93,30%; Media Acreditación :92,50%; %EAP con informes cualitativos:85%; %Entrevistas individuales con profesionales:74%; Media satisfacción de la población:8,3; Número objetivos alineados al plan estratégico:4; %Profesionales en grupos de trabajo:75%;Media grupos de trabajo por equipo:5; Media objetivos de mejora por equipo:5,3Número incidencias notificadas por año: 988; Numero notificaciones centinela por año:11.

El porcentaje de cumplimiento de todos los indicadores definidos para evidenciar la implantación de los valores de la organización ha superado el 80%. Existe una gran implicación de los profesionales en gestión de calidad con participación de todos los colectivos y desarrollo de los procesos clave en todos los centros. Existe un progresivo aumento del liderazgo de los responsables de calidad. Tenemos un elevado porcentaje de profesionales formados en calidad e implicados en grupos de mejora. El grado de cumplimiento de las acreditaciones supera el 92%. Estamos muy satisfechos con la evolución de la calidad a todo el territorio.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 210

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO ADQUIRIDO TRAS SESIÓN FORMATIVA SOBRE ANTIBIOTERAPIA EN PACIENTES ALÉRGICOS A BETALACTÁMICOS

AUTORES: EDO SOLSONA, MARÍA DOLORES.; FONT NOGUERA, I.; FERNANDEZ MEGÍA, MJ.; PERIS TORTAJADA, A.; POVEDA ANDRÉS, JL.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La formación continuada del profesional sanitario es objetivo prioritario de las estrategias de mejora de la seguridad del paciente. Dada la prevalencia de las alergias a los antibióticos betalactámicos y la gravedad de las mismas, la formación se considera clave para detectar y reducir la aparición de incidencias relacionadas con los betalactámicos en pacientes alérgicos.

Evaluar los conocimientos adquiridos por los profesionales del hospital antes y después de impartir una sesión formativa sobre antibióticos betalactámicos en un entorno de seguridad del paciente.

Ámbito: Hospital general terciario de 1.000 camas. Diseño: Observacional y prospectivo. Población: Profesionales sanitarios del hospital. Periodo: Las sesiones de formación se realizaron desde mayo de 2013 a noviembre de 2015. Sesiones: Se ofertaron por el Comité de Calidad y Seguridad del Medicamento como talleres cortos de 30 minutos durante los martes y jueves de los meses de abril y mayo y también como parte integrante del Curso de Calidad y Seguridad del Medicamento que se realiza cada noviembre en nuestro hospital. Procedimiento de la sesión: 1) Cumplimentación de un cuestionario donde se preguntó sobre la idoneidad de la administración de 17 antibióticos en paciente alérgico a betalactámicos. 2) Realización de una sesión formativa de 20 minutos y 3) Repetición del cuestionario. Variables: Número, titulación y procedencia de los profesionales asistentes; número de aciertos y porcentaje, en el cuestionario, antes y después de la sesión formativa y efectividad global de la herramienta formativa.

Asistieron 199 profesionales sanitarios a las diferentes sesiones realizadas. La mayoría fueron enfermeros (82%), seguidos de farmacéuticos (11%), auxiliares de enfermería (5%) y médicos (2%). Los asistentes procedieron fundamentalmente de: Hospital de día de adultos (40 asistentes), Farmacia (22), Pediatría < 4 años (16), Medicina Interna (12), Neumología (10) y REA (10). El número de aciertos obtenidos en el cuestionario mostró que la gran mayoría de asistentes (93%) mejoraron sus conocimientos, ya que la media de conocimientos ascendió de un 60,35 % (antes de la sesión) hasta un 87,96 % (tras la sesión). Ertapenem, tigeciclina y doxiciclina fueron los antibióticos con mayor desconocimiento por parte de los profesionales, mientras que bencilpenicilina, amoxicilina y ciprofloxacino fueron los que obtuvieron mayor número de respuestas correctas en cuanto a la administración segura en pacientes alérgicos a betalactámicos.

La formación activa con grupos reducidos de personas y la autoevaluación con cuestionarios se plantea como una herramienta efectiva para optimizar el uso de antibióticos en pacientes alérgicos a betalactámicos. Se requiere potenciar dicha formación activa al resto de profesionales con el apoyo del equipo directivo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 211

TÍTULO: EVALUACIÓN DE UNA ESTRATEGIA FORMATIVA ENTRE IGUALES PARA PACIENTES CON FIBROMIALGIA.

AUTORES: DANET, ALINA.; PRIETO RODRÍGUEZ, MA.; VALCARCEL CABRERA, MC.; MARCH CERDÀ, JC.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La fibromialgia es una enfermedad crónica altamente feminizada, que limita la calidad de vida de las personas enfermas y requiere mayor información para la salud, autonomía y autoeficiencia en el manejo de los cuidados.

El objetivo de este trabajo fue evaluar, desde una perspectiva de género, la estrategia formativa de pacientes con fibromialgia de la Escuela de Pacientes, basada en la formación 'entre iguales'.

Estudio cuantitativo pretest- posttest, con 600 pacientes y formadores con fibromialgia, participantes en un programa de formación entre iguales de la Escuela de Pacientes. El cuestionario adaptado del Programa de Paciente Experto de la Universidad de Stanford recogió las variables: salud autopercebida, estrés emocional, calidad y hábitos de vida, limitaciones, relación con el personal sanitario y autoeficiencia. Se realizó un análisis descriptivo, estudio bivariante y multivariante y análisis de ganancias netas pretest/posttest.

Las personas participantes en la formación (98% mujeres) describen un mal estado de salud, con altos niveles de cansancio, dolor y limitaciones para las actividades diarias, con diferencias significativas en función del perfil sociodemográfico. Tras la formación, mejora el estrés emocional y los hábitos de vida, se reducen las visitas médicas y aumenta la capacidad de automanejo de la enfermedad.

La formación entre iguales representa una estrategia eficiente de educación para la salud y un espacio óptimo para reforzar el compromiso y apoyo social, con resultados positivos para la salud emocional y autoconfianza de las mujeres con fibromialgia.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 212

TÍTULO: INTEGRACIÓN DE LA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS: EL PROCESO DE SELECCIÓN

AUTORES: ARRIETA SEGURA, M^a ISABEL.; GONZALVO MAILLO, LG.; GAMELL ALVAREZ, LG.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Dar valor añadido a la política de recursos humanos, alineándola a la estrategia del hospital.

El objetivo estratégico de la política de recursos humanos en el Hospital de Sant Pau es conseguir una integración de todos los procesos de recursos humanos, entre ellos el de selección.

Dentro del proceso de selección, se engloba tanto lo que es la selección interna (promoción), como la externa. El objetivo es desarrollar cómo se lleva a cabo la selección en aquellos puestos de trabajo singulares.

Una primera fase ha sido revisar y actualizar las descripciones del puesto de trabajo y en consecuencia, el directorio de competencias. Los puestos de trabajo se han clasificado en: estándar, específico y singulares, a efectos de selección.

El proceso de selección o de promoción interna, dependerá del tipo de puesto de trabajo. Si es estándar o específico, a través de una Comisión Evaluadora, se utilizarán unos baremos para determinar a la persona seleccionada.

En el caso de un puesto de trabajo singular, se elaborará un procedimiento de selección ad hoc que se diseñará conjuntamente entre la Dirección de Recursos Humanos y la Dirección correspondiente. Así mismo, se pueden incorporar los instrumentos de valoración que se consideren más adecuados para el proceso de selección (entrevistas, pruebas psicotécnicas, evaluación de conocimientos, simulaciones).

Una vez seleccionado el/la candidato/a, se diseñará un Plan de acogida e integración, que permita una mejor adaptación al puesto, tanto si es un candidato interno como externo.

Resultado: A día de hoy el total de descripciones de puesto de trabajo (DPT) es de 127. Algunos datos de la distribución de DPT's por direcciones: Dirección de Enfermería un total de 54; Dirección Asistencial 38; Servicios Generales 17; Dirección Economía y Finanzas 6; Dirección Sistemas de Información 7; Dirección Recursos Humanos 5. De la totalidad de las DPT's un 33% son puestos de trabajo singulares.

En el 2015 se convocaron 144 puestos y 12% de ellos fueron procesos de selección singulares.

Conclusión:

La revisión de las descripciones de puesto de trabajo permite ordenar y homogeneizar los criterios aplicados en cada uno de los procesos de selección, tanto a nivel de promoción interna como proceso de selección externo

El proceso de selección llevado a cabo en los puestos de trabajo singulares, es específico y a medida, de igual manera que las fuentes de reclutamiento utilizadas.

La implicación de la Dirección correspondiente a lo largo del proceso de selección (diseño, selección candidato y plan de acogida) es fundamental para el éxito del mismo.

Todo ello permite captar y retener el talento, ya que el proceso de selección permite una alta adecuación puesto vacante-candidato/a.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 213

TÍTULO: CONOCER EL USO DE LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS HOSPITALARIAS, UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA.

AUTORES: MULA DOMINGUEZ, MARIA JESUS.; MISA GALLERO, MC.; JIMENEZ MARMOL, JF.; DIAZ ABOLLADO, MJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Durante estos últimos años se viene observando un aumento progresivo del uso de los servicios de urgencias hospitalarios pediátricos. Este incremento corresponde principalmente a patología banal, estimado por algunos autores, entre uno y dos tercios del total de las consultas de urgencias. La consecuencia directa de ello es la saturación del servicio de urgencias hospitalario pediátrico con patología banal, que resta tiempo para la adecuada valoración y asistencia del paciente verdaderamente urgente. Ello repercute sobre la seguridad del paciente pediátrico pues se expone a la adquisición de otras infecciones.

-Conocer la situación real de demanda de las urgencias pediátricas de nuestro hospital para establecer medidas de mejora en la gestión de los recursos disponibles.

-Conocer si el funcionamiento de nuestro servicio de urgencias es adecuado y si los recursos

Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes que se atendieron en nuestro servicio de Urgencias Pediátricas durante los meses comprendidos entre octubre y febrero 2016. Con número total de individuos $n=12.633$ delimitándonos a los campos: Fecha de urgencia, hora de llegada al servicio de urgencias, motivo y tipo de consulta, si viene por iniciativa propia o derivado por pediatra de primaria, fecha de nacimiento, sexo, duración de la asistencia (tiempo que el paciente permaneció en el servicio de urgencias), diagnóstico y destino del paciente. Actualmente los datos están siendo analizados con el paquete estadístico SPSS versión 22.

Entre los resultados preliminares tenemos que solo el 6% de los casos son clasificados en triaje como urgentes, frente al 64% que se clasifica como no urgente y el 30% como estándar.

El 97,4% acuden a urgencias por enfermedad común.

Del total de los pacientes vistos en urgencias solo el 9,9 % pasan a observación y tan solo el 7,3% son ingresados.

El 90% de los pacientes dados de altas son derivados a su domicilio por mejoría. Actualmente se está haciendo un estudio más exhaustivo con los datos obtenidos.

Entre las conclusiones preliminares podemos decir que coincidiendo con la mayoría de la bibliografía revisada, se puede afirmar que la sala de urgencia pediátrica está muy a menudo colapsada con situaciones que no requieren asistencia urgente, lo que comporta una gran presión asistencial sobre el personal, impidiéndole una óptima atención a las situaciones realmente graves

Existe una clara necesidad de acciones de información y educación de la población. Deben ir dirigidas en varias direcciones, como es el autocuidado en cuadros limitados de enfermedad y en el uso correcto de los servicios, tanto en frecuencia o intensidad del uso, como en la utilización adecuada de los diferentes niveles de atención.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 214

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON NECESIDADES PALIATIVAS EN DOS ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS

AUTORES: LANZETA VICENTE, ITZIAR.; ARROSPIDE ELGARRESTA, A.; LARRAÑAGA URIBETXEBARRIA, I.; MILLAS ROS, J.; SOTO RUIZ DE GORDOA, M.; SAN VICENTE BLANCO, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Para cubrir las necesidades sanitarias y sociales de pacientes que precisan cuidados paliativos (CP) se utilizan rutas asistenciales basadas en la atención centrada en el paciente, la coordinación entre Atención Primaria (AP)-Especializada y la continuidad asistencial.

Detectar precozmente estos pacientes mejora la cobertura. En dos Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) se implantó un modelo de gestión de CP propio y se utilizó el código V66.7 de la CIE-9 para identificar el contacto con la organización para CP.

Evaluar y comparar la implementación de los modelos de CP en cada OSI.

Evaluar los resultados en actividad asistencial y costes de los modelos antes y después de su implantación.

Población diana: Fallecidos en 2012 y 2015 con criterios Mc Namara (antes y después de la intervención) en la población de cada OSI. Fuentes de información: bases de datos administrativas y clínicas.

Intervención: Implantación de rutas asistenciales con participación de AP, Hospitalización a domicilio y Medicina Interna. Y en uno de ellos se ha añadido un equipo específico compuesto por un médico y una enfermera de AP y un médico del hospital.

Variables: edad, sexo, diagnósticos, índice de Barthel, consumo de opiáceos, código V66.7, lugar de fallecimiento, consumo de recursos asistenciales en los últimos tres meses de vida, índice de Charlson, causa de muerte oncológica/no oncológica.

Se realizó un estudio descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas de la población diana.

Se evaluó la implementación de cada modelo comparando el porcentaje de marcados V66.7 en 2012 y 2015, mediante estadístico exacto de Fisher.

Se comparó el consumo de recursos antes y después con el estadístico de Chi-Cuadrado y las medianas de costes de cada modelo con el test no paramétrico de Mann-Whitney. Se realizó un análisis multivariante mediante modelos lineales generalizados.

Población diana: 2012: 1023 pacientes, edad media 84 años, 55,2% hombres; 2015: 1142 pacientes, edad media 81,6 años, 54,8% hombres.

Implementación: En una OSI se pasó de 13,4 a 25,3% identificados; en la otra de 12,9 a 25,3%. Aumentó la identificación sobretudo en no oncológicos. Aumentó el consumo de opiáceos y la realización del Barthel (más en independientes).

Consumo de recursos antes-después: en pacientes V66.7 aumentó el consumo de recursos, más en AP a costa de las visitas a domicilio de enfermería y las consultas telefónicas de los médicos; en no oncológicos participó más el médico. En hospitalización a domicilio aumentaron los ingresos. En pacientes no marcados no hay diferencias.

El coste medio por paciente aumentó en 562,24€.

Comparando los dos modelos: en una OSI aumentan fallecidos en hospital, excepto el oncológico marcado y en el otro fallecen más en casa, sobretudo el no oncológico marcado y además los marcados ingresan menos.

Estos resultados nos han permitido identificar los puntos fuertes de cada modelo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 215

TÍTULO: AUTONOMIA DE DECISION DE LOS PACIENTES-DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

AUTORES: GARCIA CEPEDA, B.; FIUZA BARREIRO, B.; MARTIN RODRIGUEZ, D.; PAIS IGLESIAS, B.; RODRIGUEZ PEREZ, B.; SOBRAL FERNANDEZ, Y.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Actualmente el 90% de la población llega al final de la vida tras una enfermedad crónica, lenta y progresiva, estas condiciones favorecen que los profesionales de la salud puedan establecer con ellos planes de futuro de cara a dejar constancia de sus deseos, intereses y valores con respecto a futuros tratamientos y decisiones vitales.

Aunque normativamente es un derecho reconocido en el ámbito de la salud desde 2002, con la entrada en vigor de la Ley de Autonomía del Paciente, el registro de estas últimas voluntades, testamento vital o instrucciones previas (según Comunidad) la cumplimentación de este registro es baja.

Menos de un 4% de los españoles y en nuestra Comunidad un 2% de gallegos, han redactado sus voluntades anticipadas, según los últimos datos del Ministerio de Sanidad en el mes abril.

Difundir entre la población el derecho a expresar y formalizar Instrucciones Previas.

Formar a los profesionales para que puedan hacer efectivo ese derecho de los pacientes.

Elaboración de un audiovisual sobre Instrucciones Previas.

Elaboración de un curso on line para profesionales sobre DERECHOS Y DEBERES SANITARIOS

Incorporar un acceso visible y de fácil acceso a las Instrucciones Previas en la HªCª electrónica y en la Plataforma É Saúde

El audiovisual sobre Instrucciones previas se puede ver en la web del SERGAS, en la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos, en la plataforma É saúde y en el canal You Tube.

Se envió a todos los profesionales, colegios oficiales de profesionales sanitarios, asociaciones de pacientes y red de escuelas de pacientes del Ministerio de Sanidad. Se presentó al Consejo Asesor de pacientes y en las Jornadas de calidad del SERGAS

Se realizan 2 cursos online sobre Derechos y Deberes sanitarios de 14 horas en el que han participado 60 profesionales sanitarios.

Se establece en la nueva HªCª el espacio que garantice la visibilidad de la información recogida en el Registro Gallego de Instrucciones Previas

Se incorpora un acceso visible y de fácil acceso como una funcionalidad de la Plataforma É Saúde

Se diseña un plan de formación para médicos, presentaciones en los centros de atención primaria, en el Comité Autonómico de Ética de la investigación, en las Sociedades Científicas, en la Universidad de verano de la USC y en los centros de mayores. Se resuelven dudas y consultas sobre las instrucciones previas a través de la web del SERGAS

Acciones encaminadas a facilitar a la ciudadanía gallega la capacidad de expresar preferencias sobre cuidados y tratamientos que desean recibir o no en el futuro si se encuentran en una determinada circunstancia, o sobre el destino de su cuerpo o sus órganos. Permiten al paciente influir en las futuras decisiones asistenciales, evitando la obstinación terapéutica, dentro de un marco legal. Facilitan a los profesionales la toma de decisiones respetuosas con la voluntad del enfermo cuando este no tiene ya capacidad para decidir por sí mismo

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 216

TÍTULO: DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN PLAN EVACUACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES: FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ, CARMEN.; FUENTES CEBADA, L.; BENDICHO LÓPEZ, MJ.; RUBIO QUIÑONES, J.; ARENILLA RODRIGUEZ, RM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las Unidades de Cuidados Intensivos son espacios asistenciales del hospital de una gran complejidad tanto por los cuidados que precisan los pacientes ingresados, como por el número de equipos tecnológicos necesarios para ello. Esto implica que ante una situación catastrófica, la evacuación de pacientes y profesionales adquiera una connotación dramática, lo que justifica el que exista un Plan de Autoprotección y Emergencia para la Unidad de Cuidados Intensivos, desarrollado por todo el personal implicado en dicha evacuación.

Diseñar e implantar un Plan de Autoprotección y Emergencia donde se recopilen los criterios/sistemática de evacuación de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Estudio retrospectivo y longitudinal con las siguientes fases secuenciales:

1. Creación de un grupo de mejora liderado por el director y los responsables de cuidados de la unidad de gestión clínica de cuidados intensivos y formado por médicos, enfermeros, auxiliares, celadores y técnicos en prevención de riesgos laborales.
2. Búsqueda bibliográfica.
3. Análisis de la estructura de la unidad, de sus unidades adyacentes y del resto de unidades del hospital con capacidad física para recepcionar pacientes en una evacuación.
4. Análisis del personal y material necesario para la evacuación de pacientes
5. Diseño de un sistema avanzado de triaje de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos
6. Diseño de los flujos de comunicación entre los profesionales implicados en la evacuación y estructuración jerárquica en la toma de decisiones.
7. Creación del Plan de Autoprotección y Emergencia para la Unidad de Cuidados Intensivos acorde con el general del hospital.
8. Diseño de un plan de formación en evacuación para todo el personal de la unidad de cuidados intensivos
9. Realización del plan de formación.
10. Evaluación

La gestión de calidad en la Unidad, centrada en mejorar la seguridad del paciente, ha permitido la realización e implantación de un Plan de Evacuación y Autoprotección en la UCI que permite llevar a cabo la evacuación de los pacientes mediante una sistemática bien establecida, conocido por el personal y actualizado mediante simulacros periódicos que se realizan previamente a la aparición de una posible catástrofe, es una necesidad ineludible dentro de un sistema sanitario de calidad. La realización de un sistema de triaje basado en la clasificación de los pacientes atendiendo a su nivel de supervivencia es un pilar básico ante una evacuación de la Unidad de Cuidados Intensivos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 217

TÍTULO: TRABAJANDO JUNTOS, EN CONTRA DEL RUIDO

AUTORES: TORRES OCAÑA, DANIEL.; LASTRAS PARDO, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El ruido se define comúnmente como un sonido no deseado o nocivo que causa molestia o es desagradable.

Nuestros oídos no tienen párpados como nuestros ojos y siempre están expuestos.

Los valores habituales de medición del ruido se encuentran entre 0db (umbral de audición de un oído sano) y 140db (el umbral de dolor).

Un estudio realizado por ingenieros acústicos de la Universidad John Kpkins reveló que, a nivel mundial, los niveles de ruido han aumentado en los hospitales durante los últimos cincuenta años de una media de 57 a 72db diurnos y 42 a 60db, duplicando lo establecido por la legislación.

Por lo tanto, y como consecuencia de este aumento, han aparecido una serie de problemas relacionados con el ruido.

Problemas en el sueño.

Existen evidencias de los efectos que tiene el ruido sobre la salud documentadas por organismos internacionales (OMS, EPA, IPCS) en cuanto a las alteraciones durante el periodo nocturno como: Perturbación del sueño, aumento de la PA y la FC, cambios en la respiración, aumento del movimiento corporal, y, al día siguiente, cambios de estados de ánimo, fatiga, bajo rendimiento laboral, problemas de memoria y concentración, ansiedad.

Problemas con el estrés y la concentración.

Ruidos a partir de 60-65db producen reacciones sobre la salud mental como, ansiedad, irritabilidad, náuseas, dolores de cabeza, inestabilidad emocional.

Problemas en la comunicación.

Solo es necesario un ruido superior a 40db para dificultar una conversación provocando así: Malentendidos, incertidumbre, irritabilidad, fatiga, reducción de la comprensión, accidentes derivados de la mala comprensión, reducción del rendimiento.

- Reducir el nivel del ruido del hospital.

Con lo que esto supone en calidad para el paciente:

* Se mejora el descanso.

* Se reduce el estrés.

* Se acelera la recuperación.

Y el personal del hospital:

* Elimina barreras para la comunicación.

* Redu

1. valoración del nivel del ruido del hospital mediante entrevistas a pacientes y profesionales sobre la percepción del ruido.

2. Recogida de datos obtenidos a través de las entrevistas.

3. Toma de mediciones del ruido.

4. Análisis de los datos.

Los datos obtenidos a día de hoy en las entrevistas a pacientes y profesionales indican que un alto porcentaje de ellos detectan un nivel de ruido excesivo.

Esto nos lleva a poner en marcha las primeras medidas de actuación, como introducir los terminales de los timbres dentro de los controles de enfermería, implantar el parte a pie de cama en enfermería, sustitución de teléfonos fijos por inalámbricos, entre otras; reduciéndose con las más mínimas medidas provisionales el ruido en gran medida.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 218

TÍTULO: PONER EN VALOR LA GESTIÓN Y ACOGIDA DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LA CAPTACIÓN DEL TALENTO

AUTORES: LÓPEZ BLANCO, INGRID.; MARTÍNEZ FERNÁNDEZ, D.; GALLARDO GONZÁLEZ, G.; MONTILLA RIVAS, C.; SÁNCHEZ GONZÁLEZ, O.; PIÑEYRO BOTTINELLI, S.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Varios son los motivos que suponen la gestión del talento de nueva incorporación en un hospital: el relevo generacional de la plantilla estructural, la gestión eficiente de las vacantes, los incrementos puntuales de la dotación en las unidades asistenciales, etc. En este contexto, la Dirección de Enfermería del centro precisa de la definición e implementación de una guía estructurada de acogida a nuevos profesionales con el fin de minimizar las dificultades y la complejidad que supone la incorporación laboral en un entorno hospitalario desconocido.

Asegurar una integración satisfactoria del profesional de la enfermería en el hospital.

Minimizar riesgos asociados al desconocimiento del entorno organizativo, unidades y procedimientos.

Favorecer la integración con el equipo de trabajo.

Estudio descriptivo. En el año 2014 la Dirección de Enfermería del hospital elaboró un documento de acogida a las nuevas incorporaciones del colectivo enfermero. Se definieron tres fases fundamentales:

Fase 1-día 1: presentación del hospital mediante soporte informático y visita guiada por las diferentes áreas del centro.

Fase 2-día 2: asignación tutor clínico (profesional experto) que lo acompañará en la unidad asignada.

Fase 3 -día 3: valoración. En esta fase un miembro del equipo de la Dirección de Enfermería y el tutor experto realizarán una valoración conjunta con un resultado satisfactorio o no que será comunicado a la Unidad de Desarrollo de Profesionales.

Estas fases se desarrollarán en turnos laborales diurnos, quedando excluida la nocturnidad.

La puesta en marcha de esta guía de acogida de profesionales de enfermería de nueva incorporación ha supuesto una mejora en la implicación de los profesionales de plantilla de la organización en el proceso de incorporación de personal.

En el 2015 se acogieron 66 profesionales, de los cuales el 89.40% se incorporaron a la plantilla suplente: 23 auxiliares de enfermería (39%), 18 enfermeras de hospitalización (30.50%), 11 enfermeras quirúrgicas (18.64%) y 7 enfermeras de cuidados intensivos y urgencias (11.86%). A Mayo de 2016, el 42.40% de los que superaron la acogida durante 2015 pertenecen a la bolsa de suplentes y/o han pasado a formar parte de la plantilla del hospital, asegurando de esta forma la captación de talento y el plan de sucesión de la organización.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 220

TÍTULO: MANTENER LA CALIDAD EN UNA UNIDAD DE PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO, MÁS DIFÍCIL QUE ALCANZARLA.

AUTORES: CAMPS SALAT, RAIMON.; PUIG VILAMALA, T.; CASARES ROMEVA, M.; ORTIZ RODRIGUEZ, M.; NOMDEDEU FABREGA, M.; ALTES CAPELLA, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La atención al paciente crónico cuando ingresa es uno de los problemas más importantes del sistema sanitario. Por este motivo mayo del 2014 se creó una unidad de Pacientes Crónicos Complejos (PCC), con objetivos de calidad y estándares de salud previamente definidos que fueron comparados con los definidos por el "Programa Prevenció i Atenció a la Cronicitat de Catalunya (PPAC)". Evaluamos su funcionamiento en el segundo año.

Evaluar el mantenimiento de la calidad de una unidad hospitalaria de Pacientes Crónicos Complejos, mediante estándares de calidad de atención previamente definidos y estándares de salud.

Se han realizado y registrado los siguientes estándares de calidad de la atención: Valoración geriátrica (VG), definición de la Intensidad Asistencial (IA), adecuación de catéter vesical (ACV), adecuación de vía venosa (AVV), prevención de estreñimiento (PE), revisión diaria de tratamiento por fármaco (RF), conciliación de medicación al alta (CM) y prevención de úlceras por presión (PUPP). Como valoración de resultados de salud se han registrado: Estancia media (EM), tasa de reingresos a los 30 días (TR) y destino al alta, diferenciándose éste entre retorno a domicilio o residencia como recurso previo (RDP), traslado a centro sociosanitario (SS), o éxitus (E). Los datos recogidos durante los primeros doce meses (1 mayo 2014 - 30 abril 2015) fueron comparados con los recogidos en el 2015, con el fin de ver si se mantenían los objetivos de calidad definidos y los estándares de salud. De forma sistemática en la reunión diaria multidisciplinar del PCC se realizó supervisión de los siguientes objetivos de calidad: VG, IA, ACV, AVV, PE, RF, CM, PUPP.

Durante los dos períodos del estudio hemos atendido, respectivamente, a 421 y 450 pacientes PCC con una edad media de 84.91 a. (DE 8.97) y 85 a. (DE 8.04) respectivamente; el 44 y 46 % eran hombres y 56 y 54% mujeres. Los estándares (ST) de calidad alcanzados en los dos períodos estudiados fueron respectivamente: VG 91 y 94%, IA 80 y 67%, ACV 86 y 81%, AVV 87 y 97%, PE 91 y 89%, RF 99 y 99%, CM 51 y 37%, PUPP 93 y 100%. Los estándares de salud alcanzados en los dos períodos fueron: EM 7 y 10 días (ST < 12), RP 68 y 64% (ST 70-80%), SS 11 y 13% (ST < 15%), éxitus 11 y 11% (ST < 10%).

Conclusiones: El cumplimiento de los objetivos de calidad se ha mantenido elevado en los dos períodos evaluados. Este alto cumplimiento se ha mantenido constante en aquellos objetivos que se revisan y actualizan diariamente en la reunión multidisciplinar. Cabe destacar que en el segundo período ha mejorado la valoración geriátrica. No obstante, ha disminuido el registro de la intensidad asistencial y la práctica de la conciliación de la medicación, que requiere un esfuerzo adicional. En relación a los objetivos de salud, el número de reingresos ha sido superior y el retorno a recurso previo ha sido inferior, aunque todos los estándares son mejores que los definidos por el PPAC.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 221

TÍTULO: APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ATENDIDAS EN LA UGC: UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

AUTORES: GONZÁLEZ PÉREZ, FRANCISCO.; RUIZ GÓMEZ, E.; SOLANO NAVAJAS, R.; CANO VILLEGAS, DA.; CARRETERO MUÑOZ, E.; RAYA ESPEJO, DL.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Aunque se trata de un concepto complejo que incluye tanto aspectos estructurales como funcionales, reales y cognitivos, y distintos niveles de análisis, entendemos el apoyo social como la influencia que se genera entre iguales y que posee consecuencias beneficiosas para la salud y el bienestar. La diferenciación de las diversas dimensiones del apoyo social puede ser muy relevante. Dentro del concepto se distingue el apoyo social percibido: es decir, la medición de la confianza de los individuos de que el apoyo social está disponible si se necesita. Las personas con trastorno mental suelen tener redes sociales de escaso tamaño, y el apoyo social está restringido a la familia o al propio sistema socio-sanitario. En la UGC de Salud Mental, encontramos a personas que consultan con una frecuencia muy elevada los servicios de salud, a pacientes ingresados con tiempos de hospitalización muy superiores a la media, y también a pacientes con recaídas frecuentes que necesitan reingresos hospitalarios, lo cual, tiene una importante repercusión en el gasto sanitario. Por ello, se plantea el siguiente proyecto de investigación entre profesionales de enfermería y trabajo social.

General: avanzar en el conocimiento sobre necesidades de atención y resultados de las intervenciones de apoyo social dirigidas a personas con problemas de salud mental, de cara a favorecer el proceso de recuperación.

Específico: evaluar el índice de apoyo social percibido por una muestra de personas con problemas de salud mental que son atendidas en los distintos dispositivos que pertenecen a la UGC de Salud Mental.

Estudio observacional descriptivo transversal con un periodo de tiempo de 6 meses.

Como instrumento de medida será utilizado el Cuestionario MOS de Apoyo Social (Sherbourne y cols. 1991). Validado en España por De la Revilla (2005) para su empleo en contextos clínicos, ha sido ampliamente utilizado para medir apoyo social en pacientes con enfermedad mental. La variable principal del estudio vendrá definida por la puntuación obtenida en el instrumento de medida; aún así, se recogerán las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, convivencia, nivel de estudios, situación laboral, situación económica, adherencia terapéutica, problema de salud mental, dispositivo del área de salud mental y número de ingresos en la unidad de hospitalización durante el último año.

El método es aplicable a distintas áreas de salud con similares características, lo que permitirá realizar posteriores estudios comparativos, dando una mayor profundidad y proyección a la cuestión a partir del estudio que nos ocupa, al igual que posibilita la realización de estudios de intervención en el futuro.

La información obtenida sobre el apoyo social percibido, los problemas y necesidades detectadas por las personas con trastorno mental, nos servirá para diseñar estrategias de intervención dirigidas a aumentar la calidad de la asistencia prestada en los dispositivos que componen la UGC de Salud Mental.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 222

TÍTULO: ANÁLISIS DEL GRADO DE SATISFACCIÓN Y NECESIDAD DE LA SESIÓN FORMATIVA "CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE LA INFUSIÓN DE PH"

AUTORES: ROMERO GARCÍA, LAURA MARÍA.; DE LA HABA GAVILÁN, V.; CABELLO MONTORO, FJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los cuidados de enfermería durante la infusión de Progenitores Hematopoyéticos son fundamentales para garantizar la integridad del producto a infundir y seguridad para el paciente previniendo posibles reacciones adversas. Es importante que todo el personal de Enfermería que trabaja en la unidad de Hematología conozca dichos cuidados para aplicarlos a los pacientes susceptibles de T.M.O. Es por esto que se dio una sesión formativa en la unidad sobre el POE de enfermería de la infusión de Progenitores Hematopoyéticos.

Analizar el grado de satisfacción y necesidad de la sesión formativa "Cuidados de Enfermería durante la infusión de Progenitores Hematopoyéticos" del Personal de Hematología del HURS.

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal mediante encuesta de 10 variables cualitativas. La valoración de cada pregunta de la encuesta podía ser de 1 a 10, siendo 1 el grado de menor satisfacción y 10 el de mayor. Se estratificó el estudio en: "MUY BAJO" 1-2, "BAJO" 3-4 "MEDIO" 5-6, "ALTO" 7-8, Y "MUY ALTO, 9-10.

La encuesta se entregó a los 18 asistentes a la sesión formativa 'Cuidados de Enfermería durante la infusión de Progenitores Hematopoyéticos'.

Cumplimentaron la encuesta 12 de los asistentes de forma voluntaria. El 11% llevaba menos de 2 años en la unidad de Hematología y el 89% restante habían trabajado más de 2 años en dicha unidad.

Para la mayoría de los asistentes a la sesión formativa, se cubrieron los objetivos, los contenidos desarrollados fueron útiles y de aplicabilidad directa a la práctica profesional y han adquirido nuevos conocimientos.

La metodología didáctica empleada y la participación de la docente han sido satisfactorias en grado muy alto también para casi todos los asistentes.

Se recomienda en el 100% de los casos esta sesión a personal de nueva incorporación.

Existe una gran oscilación en cuanto al conocimiento previo a la sesión, teniendo en cuenta que en estudio se incluye personal adscrito al servicio menos de 2 años.

Respecto al conocimiento posterior a la sesión ha aumentado considerablemente, por lo que se demuestra la utilidad de la misma.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 223

TÍTULO: OSAKIDETZA BUSSINES INTELLIGENCE, REAL WORLD DATA HECHO REALIDAD EN OSAKIDETZA

AUTORES: MADRID CONDE, MAITE.; OGUETA LANA, M.; SANCHEZ BERNAL, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Gracias a la integración de los sistemas de información y a la Historia Clínica unificada Osabide Global, disponemos de una gran cantidad de datos de salud de alta calidad y diferentes procedencias, que suponen un potencial muy importante para abrir nuevas líneas de investigación y obtener un mayor conocimiento sobre la salud de nuestra población

Diseñar una herramienta corporativa que permita explotar la información de datos estructurados y generar a su vez conocimiento para crear nuestro Real World Data (RWD). En base al conocimiento obtenido implementar medidas de mejora de la calidad de los procesos asistenciales

Se establece un Plan Estratégico de Bussines Intelligence de Osakidetza y se crea un "bussines Intelligence" de Oracle denominado OBI (Osakidetza Bussines Intelligence) que facilita la explotación de los datos, debidamente estructurados, recogidos en la historia clínica en cualquier área asistencial y nos ofrece información sobre actividad real. Cada profesional registra los datos relativos a su actividad y la suma de todos ellos ofrece gran potencialidad de análisis a OBI para la generación de conocimiento. Cruza datos de actividad asistencial, variables clínicas, formularios, laboratorio, anatomía patológica y radiología incluyendo información del historial dosimétrico. La información para su análisis se carga diariamente y facilita un cuadro de mando on-line con indicadores extraídos en tiempo real que garantizan la información actualizada de la situación general de todos los centros de Osakidetza. Los datos están disociados para mantener el anonimato de los pacientes

OBI permite obtener información y conocimiento de la actividad clínica diaria para la evaluación, monitorización y toma de decisiones. Los RWD en salud generan información y conocimiento sobre beneficios y daños de nuestras intervenciones y sobre comorbilidades en la práctica clínica real en nuestro ámbito. Permite integrar la información procedente de diferentes ámbitos o fuentes, ofrece autonomía al usuario en la consulta y análisis y garantiza la calidad de la información al ser fuente de datos única y contrastada. Facilita un conocimiento objetivo sobre la actividad asistencial en poblaciones diana como pluripatológicos o pacientes crónicos estratificados pudiendo ver la evolución de sus patologías y el consumo de recursos. Proporciona un mayor conocimiento del estado de salud de la población pudiendo detectar áreas de mejora y permite estudios observacionales de grandes dimensiones en cortos periodos de tiempo. Permite monitorizar estrategias de farmacia e impulsar sistemas de financiación basados en resultados en salud e indicadores de calidad. Supone un salto cualitativo en la evaluación de la actividad porque permite actuar en cada momento de la manera más adecuada para mejorar la calidad, seguridad y eficiencia, facilitando intervenciones orientadas a mejorar resultados en salud

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 225

TÍTULO: ¿ES ÚTIL EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE LA AHRQ PARA LA DETECCIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA?

AUTORES: DEL NOZAL NALDA, MARTA.; CAYUELA DOMINGUEZ, A.; GOMEZ ESTRELLA, GJ.; DIAZ GOMEZ, D.; MIRA ESCARI, JA.; EXPOSITO TIRADO, JA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En Andalucía anualmente se dispone de información que facilita el Servicio Andaluz de Salud (SAS) del resultado de los indicadores de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), desagregada y comparativa para todos los Hospitales y Distritos de Andalucía. En el Contrato Programa (CP) se fija un objetivo vinculado a la evaluación de resultados.

Describir el procedimiento de gestión de la evaluación de los indicadores propuestos por la AHRQ y la identificación de mejoras.

Los indicadores de la AHRQ se clasifican en indicadores de calidad en pacientes ingresados (IQI), Indicadores de seguridad (PSI) e indicadores de calidad preventivos (PQI). Para abordar el cumplimiento del objetivo del CP se realiza un análisis de los resultados obtenidos en cada uno de los indicadores con objeto de identificar los que están desviados en relación a las tasas del SAS. Una vez seleccionados los indicadores, los vinculados con mortalidad son trasladados a la Comisión de Mortalidad y el resto a la Comisión de Seguridad, salvo aquellos específicos de una Unidad de Gestión Clínica, los cuales son evaluados por la misma. Para evitar la variabilidad se han elaborado listados consensuados con la información a recoger en el análisis. Se realiza un análisis de cada caso y se elabora un informe con las conclusiones y el plan de mejora propuesto. En el caso de los PQI y en el contexto del área de gestión, se hace un análisis de los casos por parte de Atención Primaria (AP) y Hospitalaria (AH), identificando soluciones integrales e integradas en la asistencia de los pacientes. Se ha centrado el análisis en la mortalidad por accidente cerebrovascular (ACV) y los ingresos con insuficiencia cardiaca congestiva (ICC)

En los últimos años se ha mejorado la metodología, lo que esperamos se traduzca en la detección de nuevas oportunidades de mejora en el año 2016. De los análisis realizados, se han identificado como áreas de mejora generales la necesidad de mejorar la calidad de los informes de alta y la codificación de los episodios, promover la realización de autopsias clínicas para confirmar la causa final de la muerte, y la retroalimentación de los resultados a las UGC implicadas en la asistencia de los pacientes. Otras mejoras más específicas están relacionadas con la importancia de promover hábitos de vida saludables; el control de los factores de riesgo cardiovascular, el cumplimiento de los protocolos de anticoagulación y en general la disponibilidad de protocolos asistenciales basados en la evidencia, adaptados al entorno y cuyas recomendaciones sean aplicadas por los profesionales. Consideramos que una limitación es la evaluación de casos con demora (actualmente se analizan los de 2014) lo que dificulta la evaluación de efectividad de la implantación de las áreas de mejora. El abordaje de esta iniciativa en el contexto de un AGS aporta un valor añadido al evaluar la asistencia del paciente de forma única y coordinada entre AP y AH

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 226

TÍTULO: DESARROLLO DE UN CUADRO DE MANDOS PARA UNA UNIDAD DE GESTIÓN DE NEFROLOGÍA

AUTORES: LOPEZ ANDREU, MARIA.; CASTRO RUIZ, MJ.; NAVARRO CABELLO, MD.; CRESPO MONTERO, R.; MARTIN MALO, A.; ALJAMA GARCIA, P.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Una herramienta imprescindible en el modelo de Gestión Clínica basado en los acuerdos de Gestión Clínica es el diseño, desarrollo e implantación de un Cuadro de Mandos con un cronograma de implantación y evaluación periódica de los objetivos. Esta estrategia permite identificar las desviaciones producidas, así como las causas, permitiendo establecer los mecanismos de corrección y creación de áreas de mejora.

Desarrollar de un Cuadro de Mandos específico y aplicable a una Unidad de Nefrología, Diálisis y Trasplante Renal, con inclusión de los principales objetivos específicos y comunes aplicables a este tipo de Unidades

En las Unidades de Nefrología, se desarrolla actividad asistencial específica y difícilmente evaluable únicamente con los criterios de las Unidades de Hospitalización. Se hace necesario el desarrollo de objetivos específicos de Unidades de Diálisis y Trasplante, que queden incluidos en el cuadro de Mandos, sean incluidos en los objetivos específicos de los Acuerdos de Gestión, evaluándose así la actividad de la Unidad de manera global.

En nuestra Unidad tras el análisis de los datos hasta 2011 se identificaron objetivos y áreas de mejora en Diálisis y Trasplante, con creación de grupos de trabajo coordinados desde la dirección de la Unidad.

Área de Diálisis:

- Se ha detectado una desviación del número de técnicas de depuración renal (> 2000 sesiones/año) sesiones registradas en Nefrología frente a los datos de CMBD
- Bacteriemias y complicaciones de absceso vascular: Disminución del porcentaje de ingresos por Bacteriemias del catéter permanente desde 52% de ingresos en 2010 a 9,4% en 2015. Disminución de bacteriemias de catéteres temporales para hemodiálisis AHQR (Agency for Healthcare Research and Quality) con un resultado del 3,3% en 2015. Disminución del porcentaje de pacientes incidentes en Hemodiálisis con catéter permanente desde 25% en 2010 a 15% en 2015.
- Técnicas de depuración renal en Unidad de Cuidados Intensivos (>300 técnicas/año) de elevado gasto y de menor eficacia depurativa. Se realizaron reformas estructurales en la UCI, con lo que ha disminuido más de 70% el número de hemofiltraciones lográndose además una mayor eficacia de la técnica.

Área de Trasplante:

- Disminución número de donantes estándar en las últimas décadas, se creó grupo multidisciplinar para implantación de la donación en asistolia en 2014 con un total de 9 trasplantes en asistolia realizados a lo largo de 2015.
- Creación de grupo de trabajo conjunto con Inmunología para lograr un incremento en el número de trasplantes en pacientes hiperinmunizados, lográndose la realización de 12 trasplantes.

Conclusiones: El empleo del Cuadro de Mandos es una herramienta imprescindible y muy útil en la Gestión de las Unidades de Nefrología, permitiendo la identificación de áreas de mejora, así como el seguimiento y evaluación de los principales objetivos de la Unidad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 227

TÍTULO: FORMULARIOS UNIFICADOS Y COMPARTIDOS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

AUTORES: MADRID CONDE, MAITE.; SANCHEZ BERNAL, R.; OGUETA LANA, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Sistema Sanitario debe garantizar la continuidad asistencial a los pacientes. Para ello, tradicionalmente se han utilizado protocolos conjuntos difíciles de implantar y claramente insuficientes. Para la integración asistencial es necesario disponer de planes asistenciales únicos para cada paciente mediante estandarización de procesos que reduzcan la variabilidad clínica poniendo el conocimiento al servicio de todos los profesionales, facilitando la comunicación y la toma de decisiones

Facilitar la visión completa de la información relativa a la salud de los pacientes independientemente del ámbito o profesional. Garantizar una atención continuada mediante integración asistencial evitando barreras organizativas. Posibilitar el desarrollo de un único plan de atención al paciente. Gestionar de manera sistemática y estructurada la información relacionada con la actividad asistencial

Se incorporan dentro de la historia clínica única Osabide Global los formularios como herramientas que permiten la gestión integral del paciente, facilitando el registro de información estructurada. Los formularios son accesibles a todos los profesionales en todos los niveles y áreas asistenciales en todo el territorio del País Vasco, centros públicos, penitenciarios y residencias gerontológicas. Se crean formularios de tipo escala, de cribado, de indicación, de seguimiento, de posicionamiento terapéutico, de adherencia, de conciliación. La información se incorpora al ebook del paciente mediante volcado automático o mediante links interactivos que permiten integrarla en el relato asistencial del paciente. La información estructurada se incorpora a una base de datos única que posibilita su análisis y explotación y permite cruzar con datos administrativos, diagnósticos, procedimientos, CMBD hospitalario, variables clínicas, registros de farmacia o resultados analíticos

Los formularios permiten a todos los profesionales clínicos registrar su actividad diaria de forma estandarizada y facilitan el control y seguimiento de los pacientes durante todo el ciclo asistencial mediante procesos estructurados. Este registro compartido permite diseñar planes terapéuticos individualizados reduciendo la variabilidad clínica y obtener información sobre actividad real en nuestro medio facilitando una mejor gestión, planificación y desarrollo de indicadores válidos y fiables. A la Historia Clínica se incorporan escalas internacionales validadas y procesos como el Plan Individualizado de Atención al Paciente Paliativo, Registro del Cáncer de Próstata, Hepatitis C o Tratamiento con Hormona de Crecimiento. Desde su puesta en marcha en 2012, se han creado dentro de la historia clínica 496 formularios habiéndose realizado 900.159 registros. Los formularios facilitan el análisis de la información registrada y la identificación de áreas de mejora lo que a su vez revierte en una mejora del proceso asistencial

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 228

TÍTULO: GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA CONSULTA PREQUIRÚRGICA PARA PACIENTES GINECOLÓGICAS

AUTORES: DE LOS SANTOS LOPEZ, FRANCISCO JAVIER.; BENITEZ RAMOS, C.; UGIA CABRERA, MT.; ALVAREZ FERNANDEZ, RM.; DEL NOZAL NALDA, M.; RODRIGUEZ PEREZ, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El proceso quirúrgico es un proceso complejo que requiere la intervención de varios profesionales en diferentes momentos. Esta complejidad genera ansiedad en los pacientes y en las familias. Una baja estancia preoperatoria, en un buen indicador de la gestión de la actividad quirúrgica y aporta un valor añadido a los pacientes.

Describir el proceso administrativo implantado en el Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla para la gestión de las consultas prequirúrgicas en ginecología, uno de cuyos objetivos es reducir la estancia hospitalaria de los pacientes antes de la intervención

El personal de lista de espera quirúrgica (LEQ) gestiona la inclusión del registro de demanda quirúrgica (RDQ) en la agenda de gestión de la demanda (AGD). Por correo se envía a las pacientes un carta en la que se incluye una carta de información general sobre los próximos pasos: gestión de las pruebas complementarias y de la cita de anestesia para la valoración perianestésica. A esta hoja de información se le adjunta la cita de la consulta de preanestesia y las solicitudes de pruebas complementarias, generalmente analítica que el paciente se realiza en su centro de Atención Primaria, con la suficiente antelación (al menos una semana antes) para que los resultados estén disponibles el día de la consulta. Posteriormente y una vez confirmado la aptitud anestésica, y en coordinación con el cirujano programador se configura el parte quirúrgico y telefónicamente se informa a las pacientes de la cita para la consulta prequirúrgica que será antes de los 7 días previos a la fecha prevista para la intervención quirúrgica.

En el último año, de mayo del año 2015 al mes de abril del año 2016 se han gestionado un total de 393 citas en la consulta prequirúrgica con una estimación media semanal de 9 pacientes. Fruto de la asistencia de las pacientes en este consulta el ingreso se produce el mismo día de la intervención por lo que se reducen al menos 393 estancias preoperatorias. También la gestión de la analítica en los centros de salud, evita desplazamientos innecesarios a los pacientes al Hospital. Desde su implantación no se ha constatado la existencia de suspensiones quirúrgicas motivadas por una preparación inadecuada de los pacientes, lo que refleja una adecuada gestión de las consultas y la utilidad de esta iniciativa. Dese el punto de vista asistencial esta gestión ayuda a facilitar la información a las pacientes por parte de los profesionales sanitarios contribuyendo a garantizar su seguridad y la adecuada preparación. Consideramos de interés implantar una encuesta de satisfacción específica que nos permita identificar y desarrollar planes de mejora en los circuitos establecidos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 229

TÍTULO: EVOLUCIÓN DE LAS ACCIONES PARA PRESERVAR MEDICAMENTOS TERMOLÁBILES EN CENTROS DE URGENCIA EXTRAHOSPITALARIOS

AUTORES: HERNÁNDEZ JARAS, M^a VICTORIA.; PRIETO BARRIO, I.; COLOMER ROSAS, A.; MEDRANO MARTÍNEZ, MJ.; GUERRA PÉREZ, MT.; MALLO PÉREZ, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La correcta conservación de los medicamentos (M) es imprescindible para garantizar su efectividad y seguridad. Especial cuidado merecen los termolábiles. Hace 4 años se implementó una estrategia para controlar la temperatura (T) de las neveras de M desde el Servicio de Farmacia (SF) de la que derivaron distintas actuaciones farmacéuticas (AF).

Conocer la evolución cuali-cuantitativa de las AF realizadas para mejorar la conservación de los M termolábiles tras implementar una estrategia proactiva del SF en los centros de urgencia (CU) de un Servicio de Urgencia Extrahospitalario.

Estudio Observacional antes-después. Registro T de nevera de 39 CU realizado por enfermeros cada 12 horas. Registro diario del SF neveras con T fuera de rango. Clasificación de AF realizadas, registro y seguimiento. Análisis comparativo cuali-cuantitativo de AF en 2012 y 2015. Estadística descriptiva. Entre ambos años se realizaron 52 acciones formativas (cursos-talleres).

De 28.470 registros esperados al año, en 2012 estaban fuera de rango 3.671 (13%) y en 2015: 3.073 (11%). Total AF 2012: 632, 2015: 957 (+51%).

Las AF se clasifican en 12 tipos, se valora número y % de cada tipo en 2012 y 2015, y % de diferencia entre ambos años:

-Solicitud al CU de comprobación en nevera por T mínima:	36 (6%) vs 23 (2%) (-36%)
-Solicitud al CU de comprobación en nevera por T máxima:	9 (1%) vs 30 (3%) (223%)
-Dar recomendación para M por T mínima:	12 (2%) vs 14 (1%) (17%)
-Dar recomendación para M por T máxima:	19 (3%) vs 32 (3%) (68%)
-Dar recomendación para correcta lectura del termómetro:	29 (5%) vs 49 (5%) (69%)
-Indicar recolocación de sonda:	15 (2%) vs 19 (2%) (27%)
-Indicar descongelación:	38 (6%) vs 39 (4%) (3%)
-Avisar al técnico:	38 (6%) vs 34 (4%) (-11%),
-Indicar sustitución del termómetro:	3 (0.5%) vs 9 (1%) (200%)
-Fallo de corriente eléctrica:	12 (2%) vs 11 (1%) (-8%)
-Avisar de falta de registro:	306 (48%) vs 431 (45%) (41%)
-Vigilar T desde SF:	115 (18%) vs 266 (28%) (131%).

Se observa cambio cuantitativo en nº de AF, la mayoría debidas al mayor control del SF, con incremento de medidas (aumentar vigilancia y comprobaciones por T ligeramente desviadas) para evitar desviaciones importantes/prolongadas de T que deriven en actuaciones sobre los M. Persisten e incrementan las AF de recordar a los profesionales registrar T e indicar cómo hacer lectura correcta del termómetro. Esta última AF ha evolucionado: disminuyen fallos atribuibles a falta de conocimiento incrementándose los atribuibles a olvidos/despistes. En la AF Descongelar se evidencia aumento de implicación/aprendizaje de los enfermeros: 2012 todas realizadas por SF, en 2015 el 31% realizadas por enfermeros del CU. La valoración del impacto de las AF puede verse sesgada por los procesos de movilidad de personal producidos. Se concluye la necesidad de sinergias con otros servicios (Formación, Asistencial) para modificar comportamientos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 230

TÍTULO: EJERCICIO FÍSICO PARA PREVENIR LAS CAÍDAS EN PACIENTES FRÁGILES

AUTORES: MARTÍN LÓPEZ, CRISTINA.; CARABALLO CAMACHO, N.; ECHÁVARRI GONZÁLEZ, R.; MÁRQUEZ NAVARRO, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La fragilidad es un estado de pre-discapacidad, de riesgo de desarrollar nueva discapacidad desde una situación de limitación funcional incipiente. La actuación e investigación sobre envejecimiento y fragilidad es actualmente una prioridad en Europa.

Las caídas son una causa importante de discapacidad en las personas mayores y, a su vez, uno de los desenlaces adversos de la fragilidad. Las caídas presentan importantes consecuencias médicas (fracturas, esguinces, heridas, etc) y aumento de costes sanitarios.

Determinar la efectividad del ejercicio físico para prevenir las caídas en pacientes frágiles.

Definir el programa y tipo de ejercicio más apropiado para los pacientes frágiles.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos biomédicas (MEDLINE, EMBASE, PEDro y The Cochrane Library). Se emplearon los siguientes términos MESH: "accidental falls", "exercise", "safety management" y "accident prevention". También se identificaron otras publicaciones de interés mediante búsquedas de herramientas de prevención de caídas.

En la población clasificada como frágil se recomienda una intervención en forma de consejo, con recomendaciones sencillas para realizar un programa de ejercicio físico multicomponente (resistencia aeróbica, flexibilidad, caminar, equilibrio y fuerza muscular). Debe seguir las siguientes recomendaciones:

Incluir aumentos graduales de volumen, intensidad y complejidad en los ejercicios.

Entrenar un día a la semana la fuerza muscular y un día a la semana la resistencia cardiovascular para mejorar la fuerza, potencia y resistencia cardiovascular.

El entrenamiento de fuerza se debe realizar antes que el entrenamiento de resistencia cardiovascular, pues se observan mayores ganancias neuromusculares y cardiovasculares.

Programas de ejercicio físico para desarrollar la fuerza muscular deben ser supervisados por profesionales con conocimiento y formación específica.

En personas con bajo nivel de actividad física y sin práctica un volumen inicial bajo de entrenamiento puede facilitar la adherencia al programa.

En pacientes con alto riesgo de caída es necesario realizar una intervención basada en tres componentes: ejercicio físico, revisión de la medicación y de los riesgos del hogar.

La disminución de la fuerza muscular, la movilidad reducida y las alteraciones en la marcha son algunos de los factores de riesgo comunes para predecir las caídas. Estos pueden ser modificados por un programa de ejercicio prescrito por un fisioterapeuta.

Las intervenciones de multifactoriales con un componente de ejercicio físico son eficaces para reducir el número de caídas.

Los programas que engloban ejercicios dirigidos a desarrollar la resistencia, flexibilidad, equilibrio y la fuerza constituyen las intervenciones más efectivas en la mejoría de la condición física global y el estado de salud de los ancianos frágiles, así como en retrasar la discapacidad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 231

TÍTULO: SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROCESO DE INMUNIZACIÓN

AUTORES: ROMERO MUÑOZ, MARÍA JESÚS.; PALERO SANZ, LF.; AYORA TORRES, MP.; HERRERA TIERNO, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La seguridad de los pacientes constituye una prioridad en la gestión de calidad de cualquier servicio sanitario.

En el año 2013, la UGC de Medicina Preventiva y Salud Pública, elaboró un Plan de Seguridad para nuestros pacientes. En él se recogen los posibles efectos adversos (EA) genéricos ligados a la asistencia, así como los específicos que se derivan de los procesos asistenciales que llevamos a cabo en nuestro quehacer diario. El proceso de inmunización es uno de ellos.

Los programas de vacunación son una de las estrategias preventivas más beneficiosas en salud pública. Es importante conservar en la población la confianza en las vacunas

- Describir el proceso de elaboración e implementación de un plan de seguridad del paciente.
- Definir las acciones de enfermería emprendidas para un proceso seguro de inmunización.
- Identificar indicadores para la medición de resultados.
 - Constitución de un grupo de trabajo con profesionales expertos.
 - Revisión bibliográfica
 - Elaboración de un catálogo de EA
 - Priorización de E.A. Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE)
 - Plan de prevención.
 - Aplicación efectiva.

RESULTADOS

Acciones preventivas y/o correctivas adoptadas para el proceso de la vacunación.

1. Medidas para la mejora del almacenamiento de vacunas
2. Medidas para la mejora de la conservación de vacunas.
3. Medidas para la mejora en la administración de vacunas.

NIC 6530 Manejo de la inmunización/vacunación

NIC 8820 Control de enfermedades transmisibles

NIC 6540 Control de infecciones

NIC 5510 Educación sanitaria

Indicadores:

NOC 3010 Satisfacción paciente/usuario: seguridad

NOC 1902 Control del riesgo. Efectúa la vacunación adecuada 190212

4. Análisis y valoración de los registros de notificación de efectos adversos
5. Medidas para la mejora en el registro de vacunas.
6. Medidas para la mejora en la vigilancia y control de reacciones postvacunal.

CONCLUSIONES

El proceso de vacunación analizado en el contexto del Plan de Seguridad del paciente, permite identificar los puntos críticos e implantar acciones que aportan una mejora del mismo.

Utilizando los indicadores seleccionados podremos obtener resultados en seguridad y calidad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 232

TÍTULO: NUEVOS MODELOS DE GESTION EN LA SALUD PUBLICA DE ANDALUCÍA

AUTORES: MARTINEZ TORTOSA, ANTONIO.; VALLEJO GODOY, S.; MONCADA DIAZ, R.; DEL ÁGUILA GIMENEZ, MD.; MONTOYA VERGEL, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Gestión Clínica es un modelo muy consolidado en el SSPA que apuesta por la participación y la gobernanza de los profesionales tanto en la asistencia Primaria como Hospitalaria.

La Salud Pública tiene un carácter transversal y es un sistema de un trabajo cooperativo centrado en las formas de colaboración más convenientes entre personas o grupos de personas que deben realizar una tarea común en el seno de la organización administrativa.

En Andalucía existe una gran variedad de gestión de las distintas aéreas que la componen, por lo que en 2014 la SGSP encargó un pilotaje creando las Unidades de Gestión de Salud Pública abarcando las tres áreas del conocimiento: Promoción, Prevención y Vigilancia y Protección de la Salud.

Analizar y comparar este modelo de gestión integrador con los diferentes modelos actuales.

En 2014 se autorizan 4 USP en Andalucía como experiencias piloto:

- Distrito AP Bahía de Cádiz- La Janda
- Distrito A.P. Poniente de Almería
- Área de Gestión Sanitaria Serranía
- Distrito de A.P Sevilla

Las USP se caracterizan por: Estar definidas por sus contenidos y finalidad: La Salud Pública, estar ancladas en el territorio y Prestar sus servicios a la ciudadanía trabajando de forma coordinada con el resto de UGC para alcanzar los objetivos en Salud y trabajando directamente con la ciudadanía y operadores económicos.

El Acuerdo de Gestión es Instrumento que define la Unidad, su composición la cartera de servicios y fija los objetivos a priori cada año de forma clara y transparente

Su cartera de servicios es:

- Promoción de Estilos de Vida Saludables y Activos en Salud.
- Prevención de los problemas de salud y situaciones de riesgo.
- Vigilancia de la salud, el bienestar y sus determinantes. Intervención en alertas de Salud Pública.
- Atención a las desigualdades en salud.
- Protección de la salud.

Los Objetivos en el Acuerdo de Gestión están equilibrados y ponderados entre las tres áreas del conocimiento.

A finales de 2014 se realizó un análisis DAFO entre los profesionales de las 4 unidades pilotadas

Durante los meses de Marzo a mayo de 2016 se está llevando a cabo una estrategia de consultas a más del 50% de todos los profesionales implicados con objeto de recoger su opinión en torno a como debe ser el modelo de gestión más apropiado para la SP

En cuanto a la consecución de objetivos no ha habido ninguna diferencia significativa de las USP en el resto de unidades separadas (protección y PPV)

Del Análisis DAFO se desprende una acogida positiva de las 4 USP pese a las dificultades por la gran diversidad y diferencia entre los distintos profesionales, falta de estructura legal, etc.

Respecto a la consulta a los profesionales aun no tenemos datos para su evaluación.

En el Distrito Poniente de Almería históricamente se ha creído y apostado por este modelo de trabajo, por ello no ha supuesto ningún inconveniente ni resistencia para instaurar la Unidad de Salud Pública.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 235

TÍTULO: ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE AHORRO TRANSFUSIONAL EN UN HOSPITAL

AUTORES: JERICÓ ALBA, CARLOS.; BASSAS PARGA, E.; LAFUENTE MAQUEDA, R.; TEIXELL LÓPEZ, L.; VERICAT GARCÍA, J.; GIMENO RUBERTE, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La transfusión de componentes sanguíneos es necesaria para el tratamiento de muchos pacientes hospitalizados. Sin embargo, en múltiples ocasiones su indicación puede ser inapropiada o evitable, dadas las evidencias que demuestran su asociación a más riesgo de infecciones, mayor estancia hospitalaria e incluso más riesgo de muerte. Cabe recordar el coste de las actividades asociadas a la transfusión, además de ser un bien escaso que se obtiene de donaciones altruistas.

En los últimos años se ha desarrollado un conjunto de estrategias denominadas programas de ahorro transfusional (conocidas como PBM, acrónimo de Patient Blood Management) que incluyen diferentes acciones a nivel transversal y multidisciplinar, coordinadas desde la dirección clínica e implementadas por la comisión de hemoterapia, con el objetivo de minimizar o evitar las transfusiones innecesarias.

Describir las actuaciones realizadas por el grupo de trabajo de ahorro transfusional del centro entre 2013 y 2016, que incluyen la elaboración de protocolos basados en las guías clínicas disponibles, su difusión y auditoría periódica de resultados, así como la colaboración de sistemas de información para la integración en la historia clínica informatizada de la solicitud de los productos sanguíneos y control del acto transfusional, y del área de planificación para el desarrollo de una aplicación de análisis de datos para el seguimiento transfusional que permita definir indicadores, la autoevaluación y el análisis de coste-eficacia de las medidas implantadas.

En 2013, tras un audit de idoneidad transfusional en la actividad hospitalaria de un mes, se revisó el protocolo de indicaciones de transfusión y de tratamientos alternativos a esta, y se inició su difusión. En los meses siguientes se realizó la integración en el sistema informático de los actos transfusionales, añadiéndose posteriormente un sistema de ayuda a la prescripción de la transfusión para optimizar el uso de componentes sanguíneos. Finalmente se ha desarrollado mediante la plataforma QlikView® una aplicación para el seguimiento transfusional que permite evaluar los indicadores de transfusión requeridos por la administración sanitaria, la propuesta de nuevos indicadores según la situación clínica o nivel de hemoglobina pretransfusional, así como el seguimiento específico de patologías o procedimientos médicos o quirúrgicos con habitual requerimiento transfusional elevado.

Desde el inicio de las acciones del grupo de ahorro transfusional se ha constatado un progresivo descenso global de actos transfusionales, reducción que se confirma al ajustar por la actividad asistencial. Además, el sistema de análisis de datos permite obtener indicadores, monitorizar y auditar periódicamente la adherencia a los protocolos del centro y facilitar la información a los profesionales implicados en el proceso asistencial para su autoevaluación. Se espera poder disponer en el futuro próximo de análisis coste-beneficio de las medidas implementadas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 236

TÍTULO: LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA: J

AUTORES: SIMONI PEDRERA, RAFAELA.; CARMONA PRIEGO, P.; ARROYO MORON, F.; SALADO LEAL, A.; MONTES REDONDO, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La seguridad del paciente se puede definir "como el conjunto de actividades, que evitan o corrigen los eventos adversos que pueden derivar de la asistencia". Esto se consigue utilizando los medios necesarios para la reducción o mitigación de actos inseguros en la asistencia, así como el uso de buenas prácticas que han conducido a buenos resultados para el paciente.

Este objetivo se debe conseguir evaluándose el riesgo de forma exhaustiva, a través del control de las técnicas, poniendo un mayor énfasis en la prevención.

La prevención de los sucesos pretende:

Disminuir el riesgo de aparición.

Abordaje precoz para reducir su curso natural y mitigar las consecuencias.

Reducir la reaparición evitando el impacto negativo asociado.

Identificación de los problemas: Contando con medios, comunicación interdisciplinar y todos aquellos mecanismos que permitan detectar cualquier riesgo para el paciente.

Identificar y priorizar los puntos críticos: En materia de seguridad de paciente.

Identificar estrategias de intervención: En seguridad de paciente y gestión de riesgos sanitarios.

En el servicio de cardiología se han ido estableciendo una serie de mecanismos que tratan de incidir en la seguridad del paciente como son: al ingreso comprobar las pulseras identificativas para evitar el riesgo de error en la identificación del paciente y diariamente se comprueba que las portan, control diario del estado de las vías periféricas para evitar flebitis, a los enfermos que se trasplantan se les enseña el control de su medicación para que al alta se eviten errores en su automedicación en casa, se disponen de telemetrías que detectan cualquier evento producido a nivel cardiaco en el paciente, recomendaciones al alta al resto de los pacientes que permitirá abordar su enfermedad y reducir los efectos negativos de la misma, control de pulseras identificativas para la transfusión de hemoderivados, las historias clínicas se deberían guardar bajo llave para preservar los datos clínicos del paciente, etc.

Es prioridad de esta unidad ofrecer el mejor servicio posible al paciente que ingresa en la misma en donde la seguridad en la asistencia sanitaria es un objetivo prioritario pues sin seguridad no es posible que exista una asistencia de calidad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 237

TÍTULO: ACCIONES FORMATIVAS EN MANEJO DE ACCESOS VENOSOS CENTRALES SUBCUTÁNEOS EN RESPUESTA A NECESIDADES DE PORTADORES

AUTORES: ARIAS RUIZ, MARÍA JOSÉ.; RAMIREZ MORENO, JA.; GÓMEZ SOLÍS, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las técnicas de enfermería, así como el personal, van cambiando a lo largo del tiempo. Las enfermeras rotan por distintos Servicios, en cada uno de los cuales necesitan una formación específica continuada en Buenas Prácticas para proporcionarles nuevos conocimientos y perfeccionar su formación, mejorando así la práctica clínica.

A principios del año 2016 se crea una plataforma de pacientes portadores de accesos venosos centrales subcutáneos (AVCS). Esta plataforma reivindica una correcta atención y manejo de sus reservorios en todos los ámbitos de la asistencia sanitaria. Esta petición incluye una actualización y mejora de la formación de la Enfermería con respecto a sus catéteres implantados de larga duración (aproximadamente 5 años) y sobre todo a una mayor sensibilización de las necesidades particulares de este grupo de pacientes.

Tras mantener reunión con representantes de la plataforma, el equipo de Dirección de Enfermería junto con la Supervisora de la UGC Oncología, planifica una serie de acciones de mejora orientadas a la capacitación de los profesionales de enfermería que atienden a estos pacientes en unidades de soporte (Imagen para el Diagnóstico y Laboratorio) y asistenciales (Urgencias y Atención Primaria). Sin olvidar la participación de esta población.

- Capacitar a las enfermeras una práctica clínica diaria segura y de calidad, relacionada con los reservorios subcutáneos.

- Adaptación continua y eficiente a los cambios en las necesidades de los pacientes.

El material utilizado para la formación ha sido soporte audiovisual, documentación en papel. Material para entrenar la técnica en torso. El método a través de taller teórico práctico. Con exposición teórica mediante imágenes y posterior sesión de entrenamiento y visualización de la técnica con pacientes voluntarios. Ronda de preguntas y contacto para resolver dudas.

-Se han formado a 210 enfermeros de Urgencias, Laboratorio, Radiología y Atención Primaria.

-Se han aportado los conocimientos necesarios para capacitar a las enfermeras en una buena práctica clínica, obteniendo las competencias necesarias en AVCS, su ma

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 238

TÍTULO: DETECCIÓN DE ALTERACIONES EN EL “GENOMA” DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA MEDIANTE LA AUDITORIA DE HISTORIAS CLÍNICAS

AUTORES: GARCIA LEON, CARLOS.; MORENO PEREZ, AM.; SANDOVAL ARANDA, MA.; TORO CALVENTE, DO.; ALVAREZ GARCIA, RO.; FRANCO MORENO, JA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La historia clínica (HCS) es “EL DOCUMENTO” esencial en la estructura de la atención sanitaria. En la era de la biología molecular, describir las historias clínicas de nuestra población es indispensable para su correcta revisión, análisis y actividades de mejora.

Nuestra Unidad de Gestión Clínica (UGC) tiene un procedimiento de auditoría de Historias Clínicas por muestreo e indicadores fundamentales para llegar en profundidad a las claves de la atención diaria que precisan desarrollo, mejora o soporte.

No obstante, como todo muestreo, la potencia de sus conclusiones está limitada al número de HCS revisadas.

Conocer la HCS y encontrar los parámetros más adecuados para la explotación de los indicadores y desarrollo de mejoras.

Los resultados del muestreo deben tener información estructural de las HCS. Por tanto, los indicadores deberían ser equiparables en tendencias y relaciones.

Los indicadores obtenidos permitirán una fotografía instantánea de la UGC. Cuanto más amplio sea el grupo, más se aproximará a la realidad.

Todo ello nos permitirá un mejor abordaje de las necesidades y corregir las áreas de mejora necesarias en las HCS.

Las HCS deben estar cumplimentadas correctamente con datos clínicos. En nuestro procedimiento interno, se considera que debe tener un conjunto mínimo de datos: motivo de consulta, anamnesis, exploración, diagnóstico y plan de actuación. Así mismo debe tener hoja de problemas, registro de alergias y si tiene valoración enfermera.

Se eligen de modo aleatorio tres HCS por facultativo de las agendas del día anterior, posiciones 3, 11 y 14.

A través de los indicadores de auditoría de HCS obtenidos en el muestreo se establecieron los porcentajes de cumplimentación.

3 HCS analizadas por cupo en 28 agendas del día elegido. En total 84 HCS.

De ellas, el 88,09% fueron consultadas y se abrió motivo de consulta. El 12% restante fue por consulta de tipo administrativo, receta, parte, analítica o derivaciones.

La cumplimentación de la anamnesis fue del 61%, la exploración 51%, plan de tratamiento 66,6%, codificación CIE 30,9%, codificación no CIE 33,3, carácter no útil explotación 22,6%.

En cuanto a Hoja de Problemas Activa 88% y Alergias Actualizadas el porcentaje es del 78%.

El 86,9% tenía alguna valoración enfermera.

Por tanto nuestro ‘genoma’ en la HCS muestra que su uso es indispensable, que se abre en el 100%, aunque su consulta no se haga en el 12% de las valoradas

Ante estos resultados concluimos en la importancia de abrir en cada actuación la HCS con motivo de consulta legible y anotaciones precisas en anamnesis y exploración. En los diagnósticos evitar poner caracteres aislados.

La seguridad del paciente requiere que la hoja de problemas y sobre todo las alergias consultadas lleguen al 100%.

La HCS tiene una importancia trascendental y la explotación de sus indicadores constituye un paso esencial en la mejora de la atención al paciente, en la calidad de los procedimientos y en la seguridad en pasos esenciales.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 240

TÍTULO: HERRAMIENTAS PARA REFERENTES DE CALIDAD

AUTORES: BADIA PERICH, ESTHER.; SABATE CINTAS, V.; MARTINEZ NEJJEM, A.; MARTINEZ CANTARERO, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Para implantar un sistema de gestión de calidad en un ámbito territorial tan grande como el nuestro se requieren herramientas de apoyo que faciliten el despliegue en toda la organización. El cambio que promueve la mejora continua debe llegar hasta cada uno de los profesionales de los equipos. Queremos acompañar al cambio de la organización, potenciando la cultura de calidad y de seguridad del paciente en todos los procesos claves. Queremos potenciar la responsabilidad y el apoderamiento de los referentes de calidad de los equipos para integrar la mejora a la práctica asistencial.

El objetivo principal es crear una red de herramientas de apoyo a la actividad de los referentes de calidad.

Las herramientas de apoyo propuestas son:

Mapa de Proceso: Representación gráfica de nuestro sistema de gestión por procesos difundida en la Intranet de la Organización.

Portal documental: Integra toda la documentación de aplicación en la organización (Planes, Procedimientos, Registros y Anejas) orientada a los procesos definidos y visible por todos los profesionales.

Catálogo objetivos definidos: Catálogo para garantizar, definir, asignar, seguir y evaluar los objetivos de la Dirección de Atención Primaria.

Gestión por procesos: Aporta metodología para garantizar una buena definición, implantación y evaluación de los procesos. Facilita la integración de los estándares de seguridad al paciente.

Cuadro de Mando: Integra, indicadores de estructura, proceso y resultados.

Informes cualitativos: La toma de decisiones de la Dirección se promueve a partir de los resultados de indicadores de salud con la metodología establecida por los responsables de calidad.

Ficha objetivo de mejora: Aporta metodología que garantiza la trazabilidad desde la definición del objetivo, pasando por la justificación, situación de partida, planes de acción e indicadores de medida.

Gestor de incidencias (Geslin): Nuestro gestor de incidencias contempla una entrada única y se estructura por procesos.

%Unidades productivas con implantación Mapa de Proceso= 100%; %Documentos de aplicación actualizados= 91%; %Procesos claves definidos, implantados y evaluados= 80%; %Objetivos implantados alineados al Plan Estratégico= 80%; %EAP con informes cualitativos anuales= 85%; %EAP con fichas de objetivos de mejora= 100%; Numero notificación de incidencias anual en el territorio (media por equipo)=988 (15)

Las herramientas desarrolladas en nuestro territorio han llegado a todos los equipos y están siendo utilizadas por la mayoría de profesionales. Los referentes de calidad tienen un apoyo metodológico y documental excelente, y así lo muestra los porcentajes de cumplimiento de los indicadores establecidos. Estamos integrando la mejora continua en la práctica asistencial mediante un apoyo metodológico a todos los niveles. Como punto débil podemos destacar el bajo número de comunicación de incidencias en el territorio.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 241

TÍTULO: USO DE LA REALIDAD VIRTUAL EN LA LESION MEDULAR

AUTORES: ECHÁVARRI GONZÁLEZ, ROCÍO.; CARABALLO CAMACHO, N.; MARTÍN LÓPEZ, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En los últimos años el uso de la realidad virtual en rehabilitación ha vivido un auge importante. El objetivo de la misma es mejorar las capacidades funcionales.

La lesión medular (LM) se define como la pérdida o la alteración de la movilidad, la sensibilidad o la función autónoma debida a un trastorno de las estructuras nerviosas alojadas en el canal medular. La LM precisa de un tratamiento interdisciplinar para que el proceso rehabilitador sea lo más efectivo y las posibles complicaciones asociadas sean minimizadas al máximo.

Diseñar un programa de tratamiento rehabilitador para pacientes con lesión medular empleando la realidad virtual para mejorar el control de tronco, la fuerza y la movilidad de las extremidades superiores.

Planteamos el uso de la consola Wii y de los juegos Wii Fit plus y Wii Sports. Se incluyen pacientes con lesiones medulares entre los niveles C5 y T8.

Es necesario adaptar el entorno habitual que ofrece la consola Wii. Para el uso de la balance board colocamos al paciente en una superficie elevada con soporte para la sedestación, especialmente en los primeros momentos del tratamiento para evitar caídas y posibles complicaciones. En algunos casos será necesario una sujeción fija para evitar que este se caiga y modificar la velocidad de detección de los botones.

En la primera y segunda sesión se explica al usuario el funcionamiento de la consola, la balance board y el mando, de modo que la primera sesión se utiliza el juego Wii Fit plus y en la segunda se utilizará el juego Wii sports realizándose esta segunda sesión desde la silla de ruedas del paciente utilizando un soporte de apoyo y seguridad para el tronco.

En la sesión tercera se realizará una primera valoración por el juego Wii Fit Plus a través de la "edad Wii Fit", que se comparará con la que se realizará en la última sesión de tratamiento. Se realizarán sesiones alternas de ambos juegos y en la última sesión (la número 60) se efectuará una valoración de la "edad Wii Fit".

El uso de aplicaciones de realidad virtual como complemento a la terapia aporta importantes ventajas como la posibilidad de controlar de forma precisa cada una de las sesiones (graduando en intensidad y en la dificultad) y valorar el avance del paciente. Esto supone una motivación para la adherencia al tratamiento, pudiendo practicarlo en su domicilio con seguimiento online por el equipo terapéutico.

Los inconvenientes encontrados están relacionados con la escasa capacidad para realizar modificaciones en el software, lo que nos lleva a realizar adaptaciones poco estéticas.

Presenta resultados prometedores relacionados con la adquisición de estabilidad y control de tronco, así como una mejora en la movilidad de las extremidades superiores, especialmente de la dominante, de los segmentos de hombro, codo y muñeca. En contra, presenta dificultades para poder intervenir sobre aspectos de motricidad fina.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 244

TÍTULO: ANALISIS Y PLAN DE MEJORA DEL PROCESO DE COLONOSCOPIAS AMBULATORIAS

AUTORES: RIOS PEREZ, ANA.; DE LA TORRE GÁLVEZ, I.; VIÑAS VERA, C.; BUJALANCE OTEROS, M.; TEJEDOR VALCÁRCEL, P.; MANTECA GONZÁLEZ, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La colonoscopia es una prueba diagnóstica sensible en la detección de patologías colorrectales y que en estos últimos tiempos ha tomado especial relevancia motivado por la implantación del programa de cribado de cáncer de colon y recto desde el año 2015.

Las solicitudes generadas por este programa se suman al volumen de solicitudes de endoscopias que nuestro centro sanitario asume en su agenda. Los responsables de la gestión de este proceso han identificado un aumento de desprogramaciones por diversas causas que generaban huecos en la agenda y una carencia en la gestión de los recursos. Ante este hecho, se decide realizar un análisis del circuito del proceso de colonoscopias ambulatorias para identificar los puntos críticos organizativos en los que se pueda incidir para mejorar dicho proceso.

Analizar el mapa actual de proceso de colonoscopias ambulatorias

Identificar puntos débiles desde el punto de vista organizativo

Implantar acciones de mejora

Inicialmente se realizan una serie de reuniones entre los responsables de gestión del área hospitalaria y se diseña el circuito del proceso de colonoscopias mediante una arquitectura de nivel III. Se evalúa el circuito y se discuten los pasos del mismo de forma individual identificando líneas discontinuas dentro del proceso que dificultan su evolución de una manera fluida dentro del proceso. Una vez detectados los puntos de discontinuidad y detectando varios de ellos en el nivel de atención primaria, se contacta con responsables de este nivel asistencial para dar a conocer los resultados del análisis y hacerles partícipes del proceso.

Se decide el desarrollo de un mapa del proceso con un nivel de arquitectura IV en el que se detalle de forma más específica cada uno de los pasos del proceso, los profesionales implicados en cada nivel asistencial y las medidas a desarrollar cada uno de ellos dentro del proceso. Una vez establecido el nuevo circuito, se elabora un informe de evaluación del mismo en el que se identifican indicadores específicos de las áreas detectadas como distorsionantes. En este momento se está en fase de implantación y pilotaje de las medidas adoptadas.

Los resultados obtenidos hasta el momento son una disminución en las programaciones de la prueba por mala preparación/información del usuario. Seguimos trabajando en el pilotaje del mapa en puntos como accesibilidad en cuanto a tiempos de espera y recordatorio de la fecha de realización de la misma. El siguiente paso es ampliar el mapa al proceso de cáncer colorrectal para abarcar de forma integral este Proceso Asistencial. Las medidas adoptadas son extrapolables a otras pruebas endoscópicas, como gastroscopias, que se han visto beneficiadas tras este análisis y de las medidas adoptadas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 246

TÍTULO: RETRIAJE DE PACIENTES EN BOXES DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE 3º NIVEL. IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO PROTOCOLO.

AUTORES: GARCÉS SAN JOSE, ANA CRISTINA.; HERRER CASTEJON, A.; JAVIERRE LORIS, M.; GROS BAÑERES, B.; RECASENS FLORES, V.; BUSTAMANTE RODRIGUEZ, E..

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los Servicios de urgencia hospitalaria son una de las áreas con mayor demanda y frecuentación de pacientes, esto puede condicionar el funcionamiento general del hospital. El alto número de pacientes atendidos en nuestro servicio puede generar retrasos en la resolución de procesos y la sobrecarga del servicio puede ocasionar problemas de seguridad clínica.

Se planteó la implantación de un protocolo de reevaluación de pacientes, principalmente de los niveles de mayor gravedad, en los que los tiempos de demora son superiores a los deseados en un alto porcentaje de casos, pudiendo llevar a complicaciones en la evolución y tratamiento de los mismos.

En nuestro servicio, se atienden una media de 400 pacientes al día a los que el triaje asigna uno de los 5 niveles de asistencia establecidos, agrupando los niveles II y III el 75% de los pacientes.

Dependiendo de nivel de triaje se establece como indicador de calidad, un tiempo de asistencia recomendado, de los niveles II sólo el 21,5% de los casos se ajustaba a los estándares y de los niveles III el 51,5%.

Vistos los resultados se creyó necesaria la implantación de un protocolo de reevaluación de pacientes.

Se identificaron los riesgos y se hizo un análisis y evaluación de estos actuando sobre aquellos que podrían ser modificables. Además se tuvieron en cuenta factores relacionados con el paciente y con la falta de comunicación entre estamentos asistenciales, las condiciones de trabajo y los factores organizativos.

Se estableció una lista de acciones de mejora y unos planes de acción además de elaborar un algoritmo de actuación y unos indicadores de evaluación y control que a fecha de hoy están pendientes de un análisis específico por parte del grupo de seguridad clínica del servicio.

El cumplimiento de los tiempos de atención/asistencia, es una tarea difícil que genera retrasos en la atención de los pacientes con el consiguiente riesgo potencial de complicación de los mismos, por ello es imprescindible tener bien definidos los circuitos asistenciales y las áreas específicas para la atención de los diferentes niveles de urgencia asignados en el área de triaje.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 248

TÍTULO: CUMPLIMENTACION DE LOS INFORMES DE ALTA POR LOS RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO

AUTORES: ROJAS LUAN, ROXANA.; CANTERO SANDOVAL, A.; MARIN MARTINEZ, JM.; TORRES MARIN, ME.; MANZUR ROJAS, P.; QUERO MOTTO, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los informes de alta que son entregados a los pacientes tras culminar el proceso asistencial deben ser un resumen de la atención recibida. Dichos informes cumplen funciones muy importantes dentro de la seguridad del paciente como guía de actuación para éste, continuidad asistencial, investigación y gestión de recursos. Siendo responsabilidad de los médicos su correcta cumplimentación, por lo tanto es de suma importancia que los residentes sean formados en esta faceta.

Valorar la cumplimentación de los informes de alta realizados por los residentes de segundo año que hacen guardias en el servicio de urgencias.

Estudio observacional descriptivo retrospectivo.

Se utilizó como fuente de datos el sistema informático del hospital, "Selene".

Se revisaron 36 informes de alta escogidos de manera aleatoria, correspondientes a los 12 residentes de segundo año.

Se consideraron Informes de alta informatizados completos los que contenían los siguientes ítems:

- Motivo de consulta
- Antecedentes personales (alergias, enfermedades conocidas y tratamiento crónico)
- Exploración física (incluyendo exploración dirigida y 3 constantes mínimo)
- Diagnóstico principal al alta
- Tratamiento al alta
- Médico responsable
- Colegiatura médica o DNI
- Motivo de alta

Se revisaron 36 informes de alta correspondiendo 3 informes a cada residente de segundo año evidenciándose que solo el 25% de los informes de alta son completos.

Al valorar la cumplimentación de los ítems por separado podemos ver que:

100% para motivo de consulta, antecedentes personales, diagnóstico al alta y médico responsable.

69% exploración física (por falta de 3 constantes mínimo)

83.3% tratamiento al alta

27.7% colegiatura médica o DNI

72% motivo de alta

Al valorar los resultados nos podemos dar cuenta de la importancia de realizar estas revisiones periódicas y sobretodo de informar en sesiones los resultados y concienciar a los residentes de los ítems sobre los que más debemos trabajar como son exploración física anotando las constantes, tratamiento al alta, correcta identificación del médico responsable al colocar su colegiatura médica y señalar el motivo de alta.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 249

TÍTULO: HERRAMIENTAS ÁGILES DE GESTIÓN DE RIESGOS EN UNA CRISIS DE SALUD PÚBLICA POR EL BROTE DE ENFERMEDAD POR VIRUS ÉBOLA

AUTORES: VARELA RODRÍGUEZ, CAROLINA.; GARCÍA DEL CASTILLO PÉREZ MADRID, C.; MONZÓN FERRER, A.; ABDEL-HADI ALVAREZ., H.; CALVO GARCÍA, M.; SEGURA CEBOLLADA, P.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las crisis de salud pública generan gran alarma social y requieren respuestas ágiles de las autoridades y Administraciones Públicas. Implican un consumo imprevisto de recursos en un tiempo limitado derivado de una toma de decisiones rápida. La respuesta debe ser proporcionada al riesgo real y la alarma social debe ser atendida. La filosofía lean del zero waste propone eliminar de los procesos lo innecesario o superfluo, y propone validar los "productos mínimos viables" en el mercado objetivo de manera que "si vas a fallar falles pronto". En las crisis fallar rápido es un elemento de éxito ya que permite abandonar de forma temprana ideas o acciones inviábiles y dedicar recursos a ideas que sean factibles en la situación específica.

Optimizar los tiempos de respuesta ante una Crisis de Salud Pública debida a la enfermedad por virus Ébola. Uso de la metodología agile como apoyo a la toma de decisiones de gestión.

Se adaptaron ad hoc métodos cualitativos (tormentas de ideas, análisis DAFO/CAPA) y herramientas de seguridad del paciente (AMFE, matriz de priorización) simplificando su planificación e implementación. Y se diseñó un sistema ágil de toma de decisiones con tres pilares: la comunicación directa y transparente, la horizontalización del organigrama y el pivotaje de las ideas propuestas en cada iteración.

Uno de los motivos de deseconomía de escala son los costes burocrático-administrativos, el coste unitario de cada proceso se incrementa por el elevado número de pasos administrativos intermedios. Esto se produce en procesos de toma de decisiones que implican a varios profesionales y trabajadores de distintos niveles jerárquicos. Debido a la situación y necesidad de respuestas rápidas se aplicaron los principios de "Zero Waste" de la metodología "lean" para agilizar la toma de decisiones. Así la matriz de medidas elaborada en el grupo de trabajo, se priorizaba mediante un proceso de iteración y pivotaje de la siguiente manera: 1) se proponía una acción de mejora (mínimo producto viable); 2) se avalaba con evidencia científica accesible; 3) se aceptaba con un mínimo de consenso (sin a desaprobación de nadie); 4) se comunicaba inmediatamente a los directivos; 5) el equipo directivo tomaba una de las siguientes decisiones: 1) Se aceptaba y se implementaba; 2) Se aceptaba pero previo afinamiento (pivotaje); 3) Se enviaba al Comité EVE del día siguiente; 4) No se aceptaba de manera justificada.

Las decisiones fueron tomadas como máximo en un día y medio de retraso. La matriz actualizaba diariamente señalando si la medida se había aceptado, iniciado o estaba en proceso, se informaba a los profesionales de los motivos de aceptación o denegación. Así mismo las ideas partieran de donde partieran llegaban de forma inmediata y transparente a los directivos y técnicos que tomaban las decisiones. Eliminándose los excesos de burocratización y horizontalizándose el organigrama de la institución.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 250

TÍTULO: DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA POR ASPIRACIÓN EN ADULTOS

AUTORES: FLOREZ ALMONACID, CLARA INES.; RUIZ PEREZ, I.; LOPEZ URBANO, T.; LOPEZ ESPEJO, MD.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La aspiración, es un problema común entre los pacientes que requieren cuidados a largo plazo, es debida al paso del contenido orofaríngeo o gástrico hacia la laringe y vías respiratorias inferiores. Esto puede conducir a la neumonía por aspiración, y, posteriormente, a un aumento del riesgo en la morbilidad y la mortalidad. Aunque existen diversas guías de tratamiento para adultos con infecciones del tracto respiratorio inferior, un mayor énfasis en la prevención de la aspiración debe ser considerado para los adultos mayores, ya que la mortalidad asociada a este proceso de la enfermedad puede ser sorprendente en esta población vulnerable

Diseñar un programa de prevención de la neumonía por aspiración en adultos: valoración del riesgo, intervenciones durante la hospitalización y cuidados en el hogar para el paciente y familiares utilizando la tecnología de la información.

METODOLOGÍA:

Etapas: Revisión bibliográfica y opinión de las enfermeras de 6 unidades sobre los factores de riesgo de la neumonía por aspiración..

Etapas 2. Elaboración de la escala de evaluación del riesgo de la neumonía por aspiración en adultos. Elaborada la escala se realizó un pre-test, en el cual participaron 50 enfermeras de las unidades de gestión de medicina Interna, neurología y neurocirugía, se realizaron los ajustes pertinentes en la escala. Se realizó protocolo de investigación para validar la escala entre el 31 de mayo al 31 de julio del 2016. Aprobado por la comité de ética de la investigación, actualmente en fase de validación.

Etapas 3. Se definieron de las intervenciones de enfermería durante la hospitalización

Etapas 4 : Se diseño y creo una app (application) para móvil y tabletas sobre los Cuidados en el hogar para pacientes y familiares

RESULTADOS Los factores de riesgo incluidos en la escala fueron: edad, situación clínica, estado mental, grado de autonomía para actividades de la vida diaria, deterioro de la deglución, higiene bucal y medicamentos. Las intervenciones de enfermería seleccionadas fueron: Precauciones para evitar la aspiración. Monitorización neurológica. Cuidados de la sonda gastrointestinal. Ayuda con el autocuidado: alimentación. Higiene bucal. Medicación. Los Cuidados en el hogar en La app fueron lavado de manos, cuidados durante la alimentación ya sea por vía oral o nasogástrica, como administrar la medicación y la higiene bucal. **CONCLUSIONES:** Se diseño una herramienta nueva de fácil manejo para detectar precozmente el riesgo, las intervenciones para prevenirla en el hospital, una app para los cuidados en el hogar y con su aplicación disminuir la morbimortalidad por neumonía por aspiración.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 251

TÍTULO: ADAPTACIÓN DEL BUSINESS MODEL CANVAS (BMC) COMO HERRAMIENTA DE MICROGESTIÓN DE UN SERVICIO CLÍNICO ASISTENCIAL

AUTORES: SEGURA CEBOLLADA, PILAR.; VARELA RODRÍGUEZ, C.; BISQUERT MONCHO, MJ.; GONZALEZ YUSTE, P.; VALVERDE MANTECÓN, JM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La coyuntura de crisis económica, política y social requiere respuestas innovadoras para la gestión de los bienes públicos. Partiendo de la utilidad de las herramientas del mundo empresarial adaptadas ad hoc a las administraciones públicas y desde la filosofía zero waste de las metodologías ágiles, necesitamos una herramienta que nos permita analizar rápida y visualmente la microgestión de un servicio clínico-asistencial. El fin último es el apoyar la toma de decisiones de manera ágil para implementar acciones de mejora continua.

El BMC es una herramienta visual concebida para descubrir nuevos modelos de negocio y/o mejoras en el modelo en uso que permitan aumentar la eficiencia y rentabilidad del negocio. Por ello planteamos un experimento de validación del BMC como herramienta ágil para la microgestión clínica. Este trabajo detalla la adaptación de la herramienta al entorno clínico.

Valorar las ventajas e inconvenientes percibidos en el uso del BMC como herramienta de análisis para la optimización del Servicio de Anestesiología, Reanimación y Unidad del Dolor

Nuestro primer canvas se hizo en un folio A3 con post-it a lo largo de dos semanas. Tras este periodo hicimos una recopilación y estructuración de los datos e informatizamos el resultado. El coste de implantación del método fue muy bajo: un folio Din A3, dos tacos de post-it, dos reuniones de una hora para la toma y estructuración de datos y el trabajo a tiempo parcial (25%) durante dos semanas de una persona.

Los bloques del BMC se adaptaron a: Servicios clave, Recursos estratégicos, Actividades Clave, Proposición de Valor, Relación con los Pacientes, Canales de Llegada de los Pacientes, Tipos de Pacientes, Coste de Implantación, Resultados Esperados, Indicadores de Evaluación y Requisitos de Implantación. Entre las ventajas que encontramos destacaron: la multifuncionalidad con un análisis simultáneo desde distintas perspectivas; fácilmente adaptado a la orientación y competencia de cada una de las personas que aportan; siendo muy visual, fácil de entender; facilita el trabajo multidisciplinar independientemente de que exista un trabajo en equipo; favorece la comunicación y estructuración de ideas; estimula la creatividad y las ideas innovadoras; integra al paciente y sus circuitos; permite detectar dónde y cuándo se produce deseconomía de escala. Es, sin embargo, un modelo incompleto respecto a los cálculos financieros pero permite, optimizando la inversión en tiempo de los profesionales, un acercamiento con un alto grado de profundidad a las necesidades de gestión explicitando las debilidades y fortalezas del servicio analizado.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 252

TÍTULO: EL GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ANÁLISIS DE INCIDENTES: UNA PROPUESTA PARA INCREMENTAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

AUTORES: CABA BARRIENTOS, FERNANDO.; DEL NOZAL NALDA, M.; GALISTEO DOMÍNGUEZ, R.; ECHEVARRÍA MORENO, M.; RODRÍGUEZ MORILLO, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Estrategia de Seguridad de Paciente recomienda la gestión de los incidentes. En el entorno quirúrgico resulta especialmente necesaria su prevención y potenciar la cultura de seguridad. Habiéndose adherido la UGC de Anestesiología desde su implantación en 2009 a SENSAR con un grupo local de analizadores formado en el análisis de incidentes de Vincent, se propuso la creación de un grupo multidisciplinar de análisis de incidentes de seguridad en el paciente quirúrgico que fueran comunicados al sistema de notificación del Observatorio para la Seguridad del Paciente (OSP)

El objetivo de esta comunicación es describir el proceso de formación de este grupo, así como evaluar la actividad realizada durante el primer año tras su creación en marzo de 2015.

Miembros del grupo: dos facultativos de Anestesiología, dos enfermeras del área quirúrgica y un Jefe de Bloque, así como por otros tres facultativos de Cirugía, Ginecología y Oftalmología. Las dos primeras reuniones del grupo se destinaron a sesiones formativas. Se estimó realizar tres reuniones al mes en la misma área quirúrgica a las 8:00h para facilitar la rápida incorporación a la actividad asistencial

Durante este periodo se realizaron 20 reuniones y se analizaron 41 incidentes (el 61% de los notificados desde el centro).

QUIÉN NOTIFICA: Los facultativos duplicaron a la enfermería. Notificaron más de la mitad de ellos los facultativos de Anestesiología, seguidos por profesionales de la UGC de Cirugía General y Digestiva.

MOMENTO Y LUGAR DEL INCIDENTE: El preoperatorio fue el predominante, con más de la mitad de los incidentes, seguido del postoperatorio. La mayoría se produjeron en el área quirúrgica.

TIPOS DE INCIDENTES: Los más prevalentes los correspondientes al proceso asistencial, las caídas y el procedimiento administrativo.

ERRORES: Se identificó la presencia de algún error activo en el 80,5% de los incidentes.

FACTORES LATENTES: Se estimó una media de 2,3 factores por incidente. Los más representados afectaron al profesional y los menos, los relacionados con la tarea.

REPERCUSIÓN: La mayoría (el 73,2%) no produjo daño en el paciente. Ninguno produjo morbilidad mayor.

MEDIDAS: Como resultado del análisis de los incidentes notificados al OSP se emprendieron las siguientes acciones/recomendaciones:

- Reuniones/comunicaciones con responsables de las unidades
- Presentación de los casos en sesiones/reuniones de la Unidad
- Sesión clínica hospitalaria
- Notificaciones/reuniones con Farmacia
- Notificaciones/reuniones con Hematología
- Emisión de 7 alertas
- Acciones coordinadas con la Comisión de Seguridad
- Informes a los responsables con un análisis estructurado del incidente y recomendaciones a considerar
- Creación/actualización de protocolos/procedimientos

Creemos que la iniciativa ha sido viable y positiva, respondiendo a las expectativas que nos habíamos planteado inicialmente, con capacidad de expandir la cultura de seguridad

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 253

TÍTULO: HEMOVIGILANCIA

AUTORES: CAMACHO CEREZO, NIEVES.; RIVIAS RIVAS, M.; TORRICO INVERNON, D.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La hemovigilancia consiste en la detección, registro y análisis de la información relativa a los efectos adversos e inesperados de la transfusión sanguínea, todo ello para aumentar la calidad y la seguridad transfusional.

Informar, ayudar y poner en práctica medidas de mejora, para una correcta trazabilidad de la bolsa desde que es extraída al donante hasta que finaliza la transfusión

Analizar las causas responsables de algunas complicaciones de la transfusión e introducir las medidas correctoras o preventivas pertinentes. Cualquier suceso indeseable e inesperado antes, durante o después de la transfusión que podría estar relacionado con la administración de la misma. Puede ser el resultado de un error o un incidente, y puede o no, producir una reacción adversa en el paciente.

Conocer las necesidades y prioridades reales del proceso transfusional,

el área de enfermería y médica de hematología, en su labor de hemovigilancia, recogerán información sobre los efectos adversos de una forma completa, rigurosa y objetiva. teniendo en cuenta que en el Área Hospitalaria existe un Responsable de Hemovigilancia que debe informar de todas las reacciones a la comisión de transfusión y al sistema integrado de alertas sanitarias de la conserjería de salud.

Complementando esta labor, enfermería realiza auditorías de procesos transfusionales elegidos al azar y se desplaza hasta las unidades transfusoras para tener un contacto directo con el paciente transfundido, también el historial de paciente debe estar perfectamente documentado para la transfusión, con la copia de la solicitud, la indicación de la transfusión en el tratamiento médico y la firma del paciente en el consentimiento informado así como los Registros pre-post-transfusionales. y la Notificación de incidentes/reacciones adversas si hubieran existido,

En el banco de sangre se revisan las muestras enviadas para el proceso, así como la solicitud original de la petición de transfusión en la que todos los campos obligados deben estar claros y cumplimentados.

Desde el año 2011 la hemovigilancia realizada ha ido aumentando de forma ascendente. De un total de 26.143 unidades enviadas durante el año 2015, se ha realizado el seguimiento de un 3,82% de las transfusiones efectivas y se han detectado puntos donde la cadena transfusional se revela más frágil.

Se ha implantado en algunas unidades un dispositivo electrónico PDA, para una identificación inequívoca del enfermo y del producto que es lo más avanzado que existe en cuanto a seguridad transfusional.

Aunque la transfusión sanguínea es un procedimiento rutinario y aceptado en la práctica hospitalaria, necesita de un proceso de mejora continua para la seguridad tanto del paciente como de los profesionales que intervienen en el proceso. Es responsabilidad de todos un buen aprovechamiento de los limitados recursos hemoterápicos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 254

TÍTULO: USO DE FÁRMACOS EN CONDICIONES DISTINTAS A LAS AUTORIZADAS: SITUACIÓN ACTUAL EN EL HOSPITAL

AUTORES: VELASCO ROCES, LUCÍA.; ALAGUERO CALERO, M.; IGLESIAS GARCÍA, MT.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El RD 1015/2009 de Disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales modificó el concepto de medicamento de "uso compasivo" a "medicamento en condiciones diferentes a las autorizadas", exigiendo únicamente que el médico prescriptor recoja este uso en la historia clínica del paciente e informe al mismo de los posibles beneficios/riesgos del fármaco, obteniendo su consentimiento (Ley 41/2002).

Realizar un análisis descriptivo de las solicitudes de medicamentos en condiciones distintas a las autorizadas realizadas en el Hospital durante el periodo 2009-2016.

Se utilizó una base de datos Access® denominada "Situaciones especiales" diseñada y desarrollada en el Servicio de Farmacia en 2005 y adaptada a las necesidades tras la entrada en vigor del RD. Se incluyeron los campos para garantizar la trazabilidad de las solicitudes desde su entrada en Farmacia hasta su aprobación o denegación por la autoridad competente (Dirección del Centro o Servicio de Salud): Fecha de solicitud/resolución, NHC, principio activo, indicación, médico y Servicio peticionario, farmacéutico que había elaborado el informe de recomendación y el coste del tratamiento completo. Tras el cambio de legislación, además de elaborar un procedimiento dentro del Hospital para garantizar el uso seguro de los fármacos en estas situaciones, se realizaron protocolos consensuados con los Servicios peticionarios de aquellos fármacos-indicación utilizados con más frecuencia que posteriormente fueron aprobados en la Comisión de Farmacia y Terapéutica del Hospital.

Desde Mayo de 2009 a Mayo de 2016 se tramitaron 895 solicitudes de usos de medicamentos con indicación no autorizada. La distribución fue: Oncología Médica (26%), Hematología (24%) Oftalmología (24%), Dermatología (4%), Ginecología (4%), Pediatría (3%) y otros(19%). Más del 90% de estas se correspondían a fármacos de tres grupos farmacoterapéuticos: 67,5% del grupo L (Terapia antineoplásica y agentes inmunomoduladores), 19,4% del Gupo N (Sistema Nervioso). Se ha producido una reducción de las solicitudes de un 87% desde el año 2009. En este periodo se elaboraron y aprobaron 9 Protocolos "fármaco-indicación no autorizada": cuatro del Servicio de Oftalmología, dos de Dermatología, 1 de Oncología Médica uno de Anestesia, uno de Otorrinolaringología y otro de Ginecología.

Conclusiones:

El registro informatizado de todas las solicitudes permite tener una trazabilidad de las mismas. La existencia de un procedimiento en el Hospital de "Disponibilidad de Medicamentos en situaciones especiales" es una herramienta útil para garantizar la seguridad de los pacientes. En los últimos años se ha producido una reducción en el número de solicitudes de uso de fármacos fuera de ficha técnica, debido a la realización de Protocolos para los fármacos más solicitados en esta situación y con amplia experiencia de uso, reduciendo las labores burocráticas en las que el farmacéutico no aporta valor añadido.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 255

TÍTULO: MEJORANDO LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENCIAS

AUTORES: MARTINEZ NEJJEM, ALEXANDRA.; BADIA PERICH, E.; FLORES BELMONTE, JM.; MARTINEZ CANTARERO, C.; SABATE CINTAS, V.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En el 2015 se implantó un programa informático de notificación y gestión de incidencias, con puerta única de entrada a todos los profesionales de la organización (GESLIN). En la evaluación anual detectamos carencias.

El objetivo es la actualización del Programa para mejorar el sistema de categorización de las incidencias, integrar en el Programa los Planes de acción para seguimiento de las mismas, integrar las incidencias de apoyo a la asistencia (infraestructuras y servicios técnicos, economía y finanzas e informática), y mejorar la explotación de datos.

Reuniones con los diferentes Servicios para definir las categorías de cada Unidad y aprobación en comité directivo. Se actualiza el programa con las nuevas categorías y se identifican los nuevos roles de gestión de incidencias (notificador, gestor, técnico de gestión y líder de proceso). Redefinición de los circuitos. Se realiza prueba piloto y se valora el feed-back con informática. Se realiza formación a los responsables de calidad como gestores y al resto de profesionales como notificadores. Finalmente se implanta el programa en todos los centros.

De estructura: Nuevo sistema de identificación del notificador; Recategorización 70% procesos; Actualización Imagen del Programa; Incorporación Procesos de Apoyo asistencial; Programa Puerta única; Integración campos de causa, plan de acción, factores contribuyentes; Pantalla de filtro para incidencias de Apoyo asistencial; Pantalla para documentos de análisis de incidencias de un proceso; Informe a tiempo real del estado de las incidencias.

De proceso (circuitos de los roles): Notificador, visualiza la incidencia y el seguimiento, siempre y cuando esta no sea anónima. Director/a, recibe las incidencias urgentes y gestiona su resolución. Visualiza todas las incidencias de su equipo. Responsable de Calidad, recibe todas las incidencias de su equipo, y las coordina. En las incidencias asistenciales hace un análisis con el experto de proceso, define el plan de acción y seguimiento. Técnico de Gestión Administrativa, coordina las incidencias de apoyo asistencial, excepto las del proceso de informática. Responsable o líder del proceso, visualiza las incidencias del territorio por proceso y propone modificaciones, planes de acción globales e indicadores.

Hemos conseguido que todos los niveles asistenciales utilicen la misma herramienta para la gestión de incidencias. El programa se ha adaptado a las nuevas tecnológicas. La gestión de las incidencias baja a nivel de Equipo de atención primaria y el líder del proceso tiene conocimiento de todas las incidencias del territorio relacionadas con su proceso. El notificante visualiza en tiempo real, las actuaciones y el estado de la incidencia.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 256

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA PARA AUMENTAR LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA

AUTORES: VARELA RODRÍGUEZ, CAROLINA.; D'HONT, F.; MONTALBÁN SORIANO, P.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las Guías Europeas de Garantía de Calidad de Cribados Mamográficos proponen, como uno de principales estándares de calidad de un programa poblacional de cribado de cáncer de mama, una captación de más del 70% de la población diana para conseguir impacto sobre la disminución de la mortalidad por esta patología, objetivo principal de la intervención. En nuestra provincia, desde el año de implantación del programa (1993), la tasa de participación fue menor o superó marginalmente el estándar hasta 2013, cuando se produjo un aumento importante de la participación, que se ha mantenido y aumentado en el tiempo en los años 2014 y 2015.

El presente trabajo analiza y evalúa las estrategias adoptadas y explicita los motivos y causas de tal mejora.

Se pusieron en marcha las siguientes medidas desde nuestro servicio:

1. Gestión directa de citas devueltas, corrección y recitación.
2. Protocolización del alta hospitalaria y derivación al programa de pacientes con mamas Birads 1 ó 2, en revisiones periódicas en los dos hospitales de mayor entidad de la provincia.
3. Protocolización del alta y derivación al programa desde servicios de Oncología de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama con más de diez años libres de enfermedad.
4. Coordinación con los profesionales de Atención Primaria para captación activa mediante información personalizada y recuerdo periódico del protocolo del programa, previo al inicio de la citación.
5. Depuración de la base de datos de población diana: inactivación de éxitus y de mujeres que se trasladan fuera de la comunidad, altas de mujeres que vienen a la comunidad y depuración de duplicados.

En 2010, hubo un 65.09%, en 2011 un 70.12% que volvió a reducirse por debajo del estándar de calidad en 2012 con un 60.72%, en este último año atribuible a motivos de limitación presupuestaria. Tras las estrategias implementadas en 2013 (comenzando a finales del 2012), se produjo un incremento importante de la participación, siendo en 2013 del 84.48%, en 2014 del 81.22% y en 2015 del 95.21%. Observándose un incremento mayor de la participación en la población urbana (históricamente menor) respecto al incremento en los niveles de participación de la población rural (históricamente mayor).

En una situación coyuntural de crisis económica y social, se implementaron medidas sin gasto económico y compatibles con la realidad, que han obtenido incrementos estables en el tiempo, consiguiendo alcanzar en tres años una tasa de participación del 95.21% superior incluso a las expectativas planteadas. Nos parece relevante ya que las medidas tomadas permitieron potenciar las fortalezas de nuestro programa y son extrapolables a otros programas de cribado poblacional en funcionamiento, en fase de implantación o futura implantación y al mismo programa en otras localizaciones geográficas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 257

TÍTULO: LA SEGURIDAD DEL PACIENTE A TRATAMIENTO CON ECMO

AUTORES: MUÑOZ BLANCO, EVA.; LAGE TATO, E.; SOTO-ALJAN LÓPEZ, N.; NOGUEIRA MARTINEZ, B.; RODRIGUEZ MISA, M.; DE CASTRO RODRÍGUEZ, P.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La implementación de la terapia ECMO en la unidad de cuidados intensivos del HAC de Vigo a través del concepto de formación de formadores que permite un desarrollo seguro de la técnica. ECMO es un dispositivo de bomba extracorpórea a la que se acopla un oxigenador, lo que permite la sustitución de las funciones cardíaca y pulmonar. Las indicaciones principales del ECMO son la insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica y el shock cardiogénico, refractario al tratamiento convencional, cuya mortalidad excede el 70%, consiguiendo duplicar o triplicar la supervivencia. El ECMO es una terapia de alta especialización debido a la complejidad de la técnica y a los potenciales riesgos que comporta, por lo que se ha establecido un plan a dos, tres años de preparación, formación y adaptación del servicio a la técnica.

Creación de un grupo multidisciplinar y homogéneo de especialistas en ECMO (EE), a través de formación teórica y práctica tanto de purgado como de situaciones emergentes y no emergentes.

Protocolizar de los cuidados y registros de enfermería del ECMO

Protocolizar las situaciones emergentes y no emergentes del ECMO

Crear nuevos grupos multidisciplinarios de especialistas ECMO hasta la total incorporación del servicio

Estudio descriptivo del periodo del 15 de Junio del 2015 al 31 de Marzo del 2016 desarrollado en tres fases:

- formación de formadores

- formación de un primer grupo de especialistas en ECMO, compuesto por 4 médicos y 10 enfermeras que se reunieron semanalmente para estudiar, realizar prácticas y establecer los protocolos de actuación.

- formación de un segundo grupo de especialistas ECMO, acreditado por el SERGAS

Descripción de la actividad de la enfermería especialista de ECMO y la necesidad de un ratio 1:1

Creación de un equipo unificado de 20 enfermeras y 8 médicos, con el mismo nivel de cualificación en la atención al paciente en ECMO. Obtención de Check list de actuación y hojas de registro. Elaboración de Check list en situaciones de urgencias y emergencias. Un desarrollo adecuado de la capacidad de cuidados tanto ordinarios como urgentes en pacientes con ECMO. La capacidad de seguir formando al personal de la unidad gracias a la obtención de un curso acreditado por el SERGAS impartido por los formadores especialistas en ECMO.

Esto nos ha permitido poder atender los tres casos existentes hasta la fecha, que padecían SDR, de forma satisfactoria para el paciente y el personal.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 258

TÍTULO: MORIR CON DIGNIDAD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES: SORIA ESPIGARES, DOLORES.; BUENO RODRIGUEZ, M.; NOGUERAS RUIZ, N.; MEGIAS GRANADOS, L.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los avances en medicina y en salud pública han logrado un incremento significativo en la expectativa de vida en los países desarrollados.

El aumento de la esperanza de vida, el cambio del modelo de la familia tradicional, la política sanitaria basada en el restablecimiento de la salud de los pacientes, ha provocado un incremento del número de pacientes en situación terminal que acuden a los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) para recibir asistencia y que deberían haber sido atendidos en otros niveles asistenciales.

La sociedad moderna no acepta la muerte como un hecho natural que tiene lugar en el orden biológico de las cosas, por lo que muchos pacientes fallecen en los hospitales, en entornos fríos sin la privacidad y la intimidad necesarios para atender la agonía, el acompañamiento familiar y el duelo posterior.

-Adaptación arquitectónica de los espacios (observación) del SUH.

-Elaboración e implementación protocolo muerte digna.

-Formación de los profesionales de enfermería en estrategias y habilidades en el tratamiento de cuidados paliativos y en comunicación.

Se realiza estudio retrospectivo del total de pacientes que fallecieron en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves durante el segundo semestre del 2015. Este Servicio de Urgencias está destinado a la atención de problemas urgentes médico-quirúrgicos durante las 24 horas del día.

Hay dos áreas en el Servicio de Urgencias donde suele acontecer la muerte de nuestros pacientes que son la sala de RCP y la sala de Observación.

En ese periodo a estudio en la sala de RCP son atendidos un total de 2010 pacientes de los cuales fallecen 25; En la sala de observación son atendidos 2013 de los cuales fallecen 99 pacientes que suponen 4.707%.

La dotación actual de la sala de observación es de 14 camas, en el segundo semestre del 2016 se va ampliar a 23; en dicha dotación vamos a contar con dos box destinados para la muerte digna.

Nuestro Servicio de Urgencia se adapte a la realidad de la demanda y buscamos estrategias de adecuación de los espacios arquitectónicos. Boxes individuales que permitan la intimidad y el acompañamiento familiar.

Reflexionar sobre la necesidad de establecer protocolos de actuación ante estas situaciones que garanticen un mayor confort clínico y humano.

Esta iniciativa facilita una atención integral, aumentado la calidad de la atención prestada a estos pacientes, creando un espacio para ofrecer el máximo bienestar físico y emocional a las personas en situación terminal y a sus familiares. Preservando la intimidad y garantizando la muerte digna. Es hora de hablar de calidad de muerte.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 259

TÍTULO: VALORACIÓN DE PROTOCOLO FAST-TRACK POR PARTE DEL PACIENTE: ¿ES POSIBLE CONJUGAR EFICIENCIA CLÍNICA CON SATISFACCIÓN?

AUTORES: LATAPIA RALUY, RAQUEL.; CAMIN GOMEZ, A.; CABALLERO BURBANO, MJ.; LUNA TORRES, C.; LEORZA ALVAREZ DE ARCAYA, N.; MARTÍNEZ DELGADO, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La artroplastia total de rodilla es el proceso más prevalente en los servicios de cirugía ortopédica y traumatología y el número de indicaciones, lejos de estabilizarse va en aumento año tras año. A pesar de que se trata de un proceso que aporta una mejora evidente en la calidad de vida de los pacientes subsidiarios del mismo; el elevado consumo de recursos sanitarios que origina, hace que se encuentre en el punto de mira de la gestión sanitaria.

Desde el año 2014 se aplica en nuestra unidad el protocolo fast-track para artroplastia total de rodilla. Dicho protocolo se basa dos pilares fundamentales: el empoderamiento del paciente mediante el acceso a toda la información relevante para su proceso y en el análisis de todas las etapas del proceso, de manera que se sustituyen aquellas de dudosa eficiencia. Si bien el objetivo final es la optimización de recursos, es fundamental que ello no repercuta en la calidad de la atención percibida por el paciente.

1.- Conocer el impacto real que ha supuesto la aplicación del Protocolo Fast-Track en la gestión de recursos hospitalarios (estancias evitadas)

2.- Valorar la satisfacción de los pacientes respecto a los aspectos más significativos de todo el proceso

En primer lugar se realizó un estudio de Cohortes, comparando 2 grupos de 60 pacientes intervenidos antes y después de la puesta en marcha del protocolo. Se analizaron datos demográficos de ambos grupos, su estancia pre y postoperatoria, así como la frecuentación del servicio de urgencias y posibles reingresos hospitalarios en el primer mes postoperatorio.

Se realizaron encuestas de satisfacción a los pacientes incluidos en el programa fast-track que constaban de un primer cuestionario de 3 ítems sobre la sesión de empoderamiento y de un segundo cuestionario de 10 ítems entregado a la conclusión del proceso.

Los datos obtenidos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS

No hubo diferencias significativas en la composición de ambos grupos. Se consiguió una reducción de la estancia media preparatoria del 32,98 % ($p < 0.0001$) y del 59.83 % ($p < 0.0001$) en la postoperatoria, bajando esta última de 6.92 días a 2.78 días. No hubo diferencias en la tasa de frecuentación de urgencias entre ambos grupos y no se produjo ningún re-ingreso hospitalario.

La media de satisfacción de la sesión de empoderamiento fue de 4.88 sobre 5 puntos posibles; mientras que la media de la satisfacción al final del proceso fue de 4.57 sobre 5. Cada uno de los 13 ítems valorados obtuvo puntuaciones medias muy por encima de 4 puntos.

CONCLUSIÓN: La aplicación del protocolo fast-track en artroplastia total de rodilla permite optimizar la gestión de camas de una unidad quirúrgica potenciando en gran medida el grado de satisfacción de los pacientes englobados en el mismo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 260

TÍTULO: COMPARATIVA EN LA CUMPLIMENTACION DE INFORMES DE ALTA ENTRE RESIDENTES PRIMER Y SEGUNDO AÑO

AUTORES: ROJAS LUAN, ROXANA.; CANTERO SANDOVAL, A.; MARIN MARTINEZ, JM.; MANZUR ROJAS, P.; FERNANDEZ GARCÍA, A.; MARTINEZ ROS, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La cumplimentación de los informes de alta es responsabilidad del médico responsable manteniendo la calidad, actualización y realizando un resumen de la atención sanitaria recibida. El informe de alta cumple diferentes roles como son guía para el paciente, continuidad asistencial, comunicación con los otros profesionales, investigación, docencia y gestión de recursos.

Este documento consta de unos items de obligatoria cumplimentación los cuales deben ser conocidos por todo los médicos.

Comparar la cumplimentación de los informes de alta realizados por los residentes de primer año y los de segundo año.

Se revisaron 36 informes de alta realizados por 12 residentes de segundo año y 81 realizados por 27 residentes de primer año que realizaban guardias en el servicio de urgencias.

Muestreo fue aleatorio.

El sistema informático utilizado fue Selene.

Los informes de alta considerados como cumplimentados debían contar con los siguientes items:

- motivo de consulta
- antecedentes personales
- exploración física (incluyendo 3 constantes como mínimo)
- Diagnóstico principal al alta
- tratamiento al alta
- médico responsable
- colegiatura médica
- motivo al alta

Al revisar los informes de alta no damos cuenta que los porcentajes de informes cumplimentados fue de 25% en los R2 y en un 14.8% R1.

Para poder entender mejor los resultados valoramos la cumplimentación de los items por separado, pudiendo ver que el valor de cumplimentación mas bajo corresponde a colegiatura médica o DNI en ambos casos siendo 27.7% R2 y 14.8% R1.

Los porcentajes de cumplimentación en los siguientes items por los R1 fueron: motivo de consulta 96.3%, AP 97.6% y diagnóstico principal 98.8%, logrando alcanzar en los R2 el 100% y evidenciándose mejora también en exploración física del 65.5% por R1 al 69% por R2.

El dato que llama la atención es la baja en la cumplimentación en tratamiento al alta que los R1 95% y en los R2 es de un 83.3%, esto podría explicarse en la necesidad de la firma del medico adjunto durante el periodo del primer año para la finalización del informe de alta.

Estos resultados nos permiten ver la necesidad de seguir trabajando de manera continua en la mejora de la cumplimentación de los informes de alta y enfatizando en la importancia de realizar una correcta identificación del médico responsable.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 261

TÍTULO: BUSCANDO ÁREAS DE MEJORA AUDITANDO EL COMITÉ DE TUMORES DE MAMA DEL HRJC SEGÚN RECOMENDACIONES DEL NHS

AUTORES: DE LAS PEÑAS CABRERA, MARIA DOLORES.; HOYOS SIMÓN, S.; NOGUERO MESEGUER, MR.; MARTIN HERNANDEZ, R.; CUESTA CUESTA, AB.; DE MARIA MARTÍNEZ, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Desde la apertura del HURJC el 21/3/2012, se crearon los Comités de Tumores, funcionando desde el 3/4/12. Realizamos una auditoría de funcionamiento del Comité Tumores Ginecológicos y Mama basándonos en:

* Informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013: "Unidades Asistenciales del área del cáncer. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad".

<http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones.do?metodo=detallePublicacion&publicacion=10892>

* "The Characteristics of an Effective Multidisciplinary Team (MDT)", febrero de 2010 de el NHS (National Health Service, England). www.ncin.org.uk/mdt

Auditar si la metodología de trabajo se adapta a las recomendaciones sugeridas por estos informes.

Se organiza:

1. Profesionales participantes: Ginecólogo; Oncólogo médico; Oncólogo radioterápico; Médico Nuclear; Anatomopatólogo (AP); Enfermera con formación cáncer de mama; un coordinador administrativo; un responsable sobre el trato e información a pacientes y familiares; otro para asegurar el reclutamiento en ensayos clínicos.

2. Papel del coordinador: organiza, gestiona las reuniones, elaboración de las actas, etc.

3. Infraestructura de las reuniones: sala adecuada; con acceso a imágenes radiológicas, muestras AP, PACS; historia clínica electrónica; video-conferencia.

4. Organización de las reuniones: periódicas; asegurar que todos los pacientes se debatan; datos mínimo: diagnóstico (patología y radiología), clínica (incluyendo la co-morbilidad, psicosocial, etc); móviles apagados; comunicar las recomendaciones a los pacientes, médicos y equipos clínicos; asegurar notificar los cambios del plan de tratamiento; gestionar el envío de casos entre comités, realizar un seguimiento.

5. Toma de decisiones clínicas centradas en el paciente: asegurar que los pacientes reciben información de acuerdo con sus deseos, su diagnóstico y las opciones de tratamiento, para hacer una elección/decisión. Protocolos de tratamiento, atención psicosocial, apoyo y paliativos, Oncogeriatría.

6. Apoyo organizativo: recursos de personal, tiempo, equipo e instalaciones para operar con eficacia. Monitorizar: recogida de datos, análisis y auditoría de los resultados; complicaciones graves, eventos adversos o inesperados/muerte en el tratamiento.

1. No enfermera especializada ni apoyo administrativo, pero sí de Cirujano Plástico. Si ensayos clínicos. No MIR. 2. Presencia de coordinador. 3. Infraestructura de las reuniones adecuada. 4. Para comunicar las recomendaciones: un formulario: "Comité de Tumores", en la HHCC del paciente, que vamos a implementar. El paciente tiene acceso a través del "Portal del paciente" y el MAP, por e-consulta. 5. Protocolos de la patología en el "Oncohealth Institute". 6. Base de datos a implementar.

CONCLUSIONES:

Implementar el formulario "Comité de Tumores" Poner en marcha, una base de datos que nos permita analizar y auditar los resultados, complicaciones graves y eventos adversos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 262

TÍTULO: GESTIÓN POR PROCESOS COMO HERRAMIENTA PARA LA MEJORA CONTINUA/ MACROPROCESO ASISTENCIAL.

AUTORES: MONTES ALVARO, M^a ISABEL.; IGARTUA AZCUNE, R.; RODRIGUEZ RODRIGUEZ, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El modelo de Gestión por Procesos es una herramienta que mediante equipos multi e interdisciplinarios favorece la atención centrada en el paciente/familia facilitando y mejorando la continuidad asistencial además de hacer un sistema más organizado y eficiente.

Un mecanismo para atender del modo más eficiente a nuestros pacientes, involucrando con criterios de integralidad e interdisciplinariedad a todos los profesionales que directa o indirectamente les prestan atención así como al equipo directivo del cuya función es generar las condiciones para que esto suceda, trabajar en pos de construir un buen hospital de calidad y que mejore constantemente bajo un sistema transparente y participativo

El Principal es proporcionar atención de calidad al paciente, basada en la mejora continua

Conseguir que los profesionales del hospital, asistenciales y no asistenciales, trabajen conjuntamente minimizando los puntos críticos y las interfaces en una cultura de mejora continua Teniendo como herramienta para Gestión global del hospital los procesos, el Macroproceso Asistencial está entre los operativos del mapa y tiene como objetivo principal de la actividad la asistencia a paciente y familia

La Dir Asistencial se encarga de Coordinar los distintos equipos de procesos y subprocesos asistenciales multi e interdisciplinarios formando un entramado con la línea de mando vertical acorde con el PE y los compromisos de la dirección, para conseguir la mejora continua en la calidad de la atención a nuestros pacientes y alcanzar los compromisos de la empresa

Modelo de gestión por procesos con un Mapa de procesos que se ajusta en función de la estrategia recogida en el PE se Monitoriza continuamente aplicando ciclo PDCA

El Macroproceso Asistencial engloba 5 procesos operativos y 3 subprocesos de apoyo

Sensibilización y formación de los profesionales en trabajo en equipo, gestión por procesos

Compromiso de la dirección con los profesionales, participando en los equipos de proceso con la colaboración de 1/3 de la plantilla

Con un cuadro de mando como sistema de información (SID) con indicadores estratégicos y de los procesos accesible a los profesionales

Con "Grupos multi e interdisciplinarios de mejora" y de protocolos y procedimientos concretos y transversales

Con consejos de dirección ampliados con todos los líderes de proceso

Un hospital participativo y transparente centrado en el paciente/familia:

Participación activa de los profesionales en equipos multi e interdisciplinarios junto al equipo directivo, comprometidos con la gestión de calidad y mejora continua, con visión estratégica, criterios de innovación y creatividad, y nuevos conocimientos y tecnologías así como formación específica

Transparencia en la gestión a través del Mapa de Procesos y un cuadro de mando SID accesible a los profesionales

Que incorpora a los pacientes en los procesos y les procura una atención más adaptada a sus necesidades

Una gestión de los recursos más adaptada a las necesidades

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 263

TÍTULO: GESTIÓN UNIFICADA DE LOS CARROS DE PARADA HOSPITALARIOS MEDIANTE LA ELABORACIÓN Y PILOTAJE DE UN TRIPLE PROTOCOLO

AUTORES: MORO AGUD, MARTA.; SOBRINO JIMÉNEZ, C.; FREIRE GONZÁLEZ, M.; JIMÉNEZ VICENTE, C.; ASENSIO MARTÍN, MJ.; HERRERO AMBROSIO, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La composición, estructura y gestión de los medicamentos en los carros de parada del hospital era muy heterogénea en ausencia de protocolos normalizados. Apenas se hacía uso de los carros en caso de parada cardiorrespiratoria pues los médicos preferían acudir con su propio maletín para asegurarse de tener lo necesario y en buen estado. A esto se añadió el objetivo autonómico de contar con normativa interna al respecto. Por ello, se elaboró un triple protocolo que contemplara las particularidades de pacientes adultos, pediátricos y neonatos.

Analizar las condiciones de mantenimiento de los carros de parada hospitalarios antes de la difusión del protocolo, mejorar su aplicabilidad y la eficiencia de las recomendaciones incluidas.

Del 18 al 25 de mayo 2016, se revisó una muestra de los carros de parada del hospital como pilotaje del protocolo elaborado. Se empleó un listado de verificación con: condiciones generales del carro, orden e identificación de medicamentos, condiciones de conservación de termolábiles, existencia de responsable, periodicidad de revisión, ubicación, existencia de precinto y desfibrilador, y realización de descargas de prueba. Se analizaron los resultados y se realizaron actuaciones.

Se muestrearon 10 de 115 (9%) carros del hospital, de unidades de pacientes adultos (7), pediátricos (2) y neonatos (1). El 60% (6/10) tenían responsable asignado, aunque rotatorio en su mayoría. En el 80% (8/10) se revisaba mensualmente el carro y en 4 también tras su uso; el 20% se revisaban semanalmente. En el 80% la ubicación era conocida por todo el personal. Sólo un carro poseía precinto (10%), aunque el 70% de unidades muestreadas estarían dispuestas a utilizarlo. El carro contaba con desfibrilador en el 60% de las unidades, pero sólo en 3 se realizaban descargas de comprobación y con periodicidades distintas (diaria, semanal y mensual). El 70% de carros estaban ubicados en lugar adecuado. Todos estaban en buenas condiciones de limpieza. En el 30% se encontraron artículos inadecuados. En el 40% los productos no estaban adecuadamente colocados. El 20% tenían medicamentos caducados. Ningún carro se ajustaba plenamente a las especialidades indicadas ni cualitativamente ni cuantitativamente, encontrándose especialidades tanto por exceso como por defecto en el 90%; y cantidades excesivas y deficientes también en el 90%. El 10% restante tuvo sólo variaciones 'por defecto' en ambos casos. "Faltaban" un promedio de 3,6 especialidades farmacéuticas recomendadas por carro (19,6% de desviación frente al protocolo) y "sobraban" 9,1 (44,8% de desviación). De los medicamentos recomendados, faltaban un promedio de 3,7 unidades y sobraban 6,0. El 40% de las unidades no tenían sus medicamentos termolábiles ubicados en lugar específico en el frigorífico. Tras el pilotaje, se confirmó la adecuación de las recomendaciones, se ajustaron medicamentos y cantidades, se consensuaron periodicidades y se sensibilizó al personal en base a la realidad existente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 264

TÍTULO: APLICACION DE UNA NUEVA HERRAMIENTA DE VALORACION DEL RIESGO VASCULAR

AUTORES: GAMERO DE LUNA, ENRIQUE JOSE.; RAMOS CALERO, E.; MESA RODRIGUEZ, P.; GAMERO ESTÉVEZ, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En años anteriores hemos ido presentado la estrategia de implantación del PAI RV en nuestro Distrito. Diseñamos una herramienta que, usando la funcionalidad del Botón Variable de Diraya, nos permite valorar el Riesgo Vascular Total (RVT), facilita la toma de decisiones a los profesionales y nos permite la recuperación de información útil para la planificación e investigación.

Evaluar la información registrada con la herramienta para la valoración del RVT diseñada ex- profeso para el Botón Variable de Diraya.

Estudio descriptivo de ámbito Atención primaria con marco temporal septiembre 2015 a abril 2016. Muestra: 6352 pacientes (100% de los registros procedentes de 32 Centros de Salud). Variables: Edad, sexo, factores de RV (FRV), lesión de órgano diana (LOD), enfermedad vascular (EV), antecedentes familiares EV (AFEV) y nivel de riesgo. Fuente de información: Herramienta de Valoración del RV total en la Historia de Salud Digital. Análisis estadístico: R

Se estudiaron 6352 pacientes, 52,4% mujeres. La media de edad fue de 58,6 años. El 27% de los pacientes valorados se encontraban fuera de la cohorte SCORE. El 59,3% presentó dislipemia, 49,9% hipertensión, 22,1% obesidad, 21% diabetes, 24,1% fumaba, el 9,7% tenía otros FRV, principalmente hiperuricemia, el 6,4% síndrome metabólico, el 5% LOD y el 6,3% EV. El 11% tenía AFEV, encontrándose presentes con más frecuencia en pacientes con dislipemia y otros FRV no clásicos. También presentó una relación creciente con el nivel de RV y el número de FRV que tenía el paciente. Hubo diferencias entre sexo a favor de hombres para diabetes, tabaquismo intenso, EV y SM. El 93% se encontraban en prevención primaria y de ellos el 28% con RV alto o muy alto. Globalmente el 33% de los pacientes eran tributarios de intervención intensiva. En riesgo intermedio se encontraba el 51% y sólo el 15% no presentó factores de riesgo valorables. La utilización de SCORE con sus modificadores permitió clasificar al 38% de los pacientes de muy alto riesgo. El resto fueron identificados por las ayudas de la herramienta de valoración. Hubo diferencias significativas a favor de los hombres progresivamente mayores conforme aumentaba el RV.

CONCLUSIÓN

La herramienta se ha mostrado útil para identificar a pacientes de alto RV, incluso fuera de la cohorte de SCORE, facilitando la toma de decisiones y permitiendo reorientar la intensificación del tratamiento hacia la población que realmente lo necesita. Nos permite conocer la situación real de la población atendida, permitiendo planificar y fijar objetivos adecuados. Además es una importante fuente de información para la investigación. En nuestro caso la distribución de FRV, aunque fue similar a la de los estudios poblacionales, hubo un número mayor del esperado de AFEV. La tercera parte de nuestros pacientes precisan intervención intensiva y la mitad deben ser clasificados de manera adecuada.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 265

TÍTULO: SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE COMO PROCESO ESTRATÉGICO DE LA ORGANIZACIÓN

AUTORES: IGARTUA AZCUNE, REGINA.; RODRIGUEZ RODRIGUEZ, C.; MONTES ALVARO, MI.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Trabajar con prácticas seguras es tarea fundamental en cualquiera de las intervenciones realizadas a los pacientes

Por ello enfocamos la Seguridad del paciente como un Proceso Estratégico y transversal a los P Operativos (Macroproceso de Seguridad) con visión proactiva extendiendo la cultura de seguridad, impartiendo formación, implementando "buenas prácticas" y procedimientos de prácticas seguras junto con un abordaje reactivo mediante notificación de incidentes de seguridad su análisis y recomendaciones

Trabajamos diferentes líneas (subprocesos): UPP, Caídas, PVPCIN, Identificación Inequivoca del paciente, Nutrición, Seguridad del medicamento, Infección Urinaria en continua revisión y con incorporación de nuevas propuestas y procedimientos (Información a paciente/familia; Higiene de paciente.

Minimizar riesgos asociados a la hospitalización propiciando que los pacientes reciban una asistencia sanitaria segura en el entorno hospitalario

Extender la cultura de la Seguridad en todos los ámbitos del Hospital asegurando la difusión de buenas prácticas, evitando en lo posible los errores y con criterios de calidad y mejora continua, incorporando todas aquellas áreas, sanitarias y no sanitaria, que nos ayuden a que el resultado de nuestra intervención sea satisfactorio

La seguridad se impulsa desde la estrategia de la organización. Sensibilización y Formación básica continua de los profesionales y los Líderes de subprocesos con formación avanzada en seguridad del paciente

Equipos y materiales adquiridos con criterios de seguridad y revisados periódicamente

Aplicamos el modelo de Gestión por procesos con equipos multi e interdisciplinarios. Líder del Proceso de Seguridad y de cada uno de los subprocesos que lo componen. Es un proceso continuo de revisión e incorporación de nuevas líneas de trabajo Notificación de incidentes (SNASP), análisis, elaboración de recomendaciones e implementación de barreras en el sistema

Aplicación de la evidencia clínica en temas relacionados con la seguridad de paciente

Memorias anuales Evaluación e indicadores de resultados según objetivos planteados con propuesta de nuevos objetivos o áreas de mejora. Aplicación de ciclos PDCA.

Comunicación de resultados a todos los profesionales y a la dirección (reuniones de equipo, boletín de seguridad, cuadro de mando-SID)

Colaboración activa con los proyectos corporativos en temas de seguridad

Hemos conseguido

Un personal sensibilizado y comprometido con la seguridad de paciente, participativo y transparente

Participación activa de los profesionales en diferentes equipos de procesos y subprocesos multi e interdisciplinarios

Implicación del equipo directivo como proceso estratégico

Un hospital centrado en el paciente/familia con una gestión de los recursos adaptada a sus necesidades

Transparencia en la gestión a través del Mapa de Procesos Monitorización continua aplicando ciclo PDCA

Tratar a nuestros pacientes del modo más adecuado y adaptado a sus necesidades

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 266

TÍTULO: SEIS AÑOS GESTIONANDO POR PROCESOS: BUSCANDO LA EXCELENCIA

AUTORES: ALLUÉ ORDUÑA, NATALIA.; VICENTE GARCÍA, M.; CAPDEVILA AGUILERA, C.; ACEBES ROLDAN, X.; NICOLÀS ALCÓN, I.; DURAN NAVARRO, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El modelo de Gestión por Procesos (GP, aplicado en Instituciones Sanitarias ha mostrado una mejora en la eficiencia, optimizando los recursos y mejorando la calidad asistencial.

El objetivo del presente estudio es describir el proceso de implantación del modelo GP y evaluar su impacto en la optimización de recursos y en la calidad asistencial.

Estudio transversal descriptivo en el período 2009-2016 en el Hospital de Mollet (FSM), centro de atención de agudos de nivel II, tras la implantación del modelo de GP.

Se distinguen 3 tipos de procesos: estratégicos, clave y de soporte según su implicación con el servicio. Los procesos, se gestionan de forma descentralizada y cuentan con un responsable para cada proceso quien coordina todas las actividades vinculadas, ocupando al 93% de los profesionales de la organización.

Los procesos clave son: Hospitalización, Urgencias, Área ambulatoria, Hospital de día, Atención quirúrgica, Atención a la salud mental y adicciones, Atención nefrológica y Atención Sociosanitaria.

Se analizan resultados de proceso y clave de acuerdo al modelo de excelencia EFQM para evaluar el impacto de la GP.

En el año 2009 se inicia la GP en la FSM con la elaboración del Mapa de Procesos. Tras 6 años, se describieron 8 procesos clave y 5 procesos de soporte a los cuales se les asignó a cada uno un líder y un grupo de trabajo multidisciplinar que abarcara todos los ámbitos implicados. Tras la formación inicial de los profesionales, fueron realizados 4 planes de mejora, en los cuales surgieron 359 proyectos.

Resultados en los clientes: La GP permitió incrementar el número de encuestas realizadas a clientes, obteniendo valores de satisfacción superiores al objetivo y a la media de Catalunya en un 90% de los procesos analizados.

Resultados en las personas: En la encuesta de clima 2016 se evidenció un alto conocimiento de la estrategia e implicación en la gestión y en la calidad por parte de los profesionales. Sin embargo, la encuesta ISTAS 21 de riesgo psicosocial evidenció una alta proporción de profesionales con alta presión y carga laboral.

Resultados en la sociedad: La gestión por procesos ha permitido dar a conocer la FSM en la zona de referencia e incrementar el número de sesiones y charlas en la comunidad sobre salud y su promoción.

Resultados clave: El modelo de GP ha permitido un incremento de la actividad de la organización (altas, visitas, cirugías) con una mejor eficiencia: disminución de la lista de espera, mejora en la estancia media (2009:3,7 días y 2015:3 días), incremento del peso medio (2009:0,78 y 2015:0,85) y un incremento en la ambulatorización (ICSIA 2009:0,87 y 2015:1,06); dichos resultados han mostrado una mejora en la calidad asistencial con disminución de la mortalidad, complicaciones y reingresos, estando los indicadores de calidad en 2015 por encima de la unidad en el indicador ajustado comparando con el resto de hospitales de Catalunya.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 267

TÍTULO: TÉCNICA DE IMPLANTE DE LA VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER (TAVI): ¿ESTÁN SATISFECHOS NUESTROS PACIENTES?

AUTORES: GARCÍA CACHAFEIRO, LUISA VICTORIA.; HERNÁNDEZ CARRERO, N.; GARCIA CHANA, E.; FERNÁNDEZ MAESE, JM.; DIOS DEL VALLE, R.; LLANEZA VELASCO, ME.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Satisfacción del Paciente con la Cirugía Cardíaca no ha sido objeto de mucha atención y los estudios previos la abordan desde un enfoque cualitativo. La técnica TAVI es novedosa; y aporta ventajas en el plano técnico y clínico; pero por ser tan novedosa no hay artículos publicados sobre la satisfacción de los pacientes con la citada técnica.

Evaluar la Satisfacción del Paciente con el TAVI en el área de Gestión Clínica del Corazón.

Identificar ítems mejor y peor valorados para detectar áreas potenciales de mejora.

Estudio observacional descriptivo. Población 90 pacientes, todos a los que se les ha realizado un TAVI a partir de la apertura del nuevo hospital. Recogida de datos en abril y mayo del 2016 telefónicamente, utilizando el cuestionario SATISCORE validado en castellano para evaluar específicamente la Satisfacción del Paciente con la Cirugía Cardíaca. Análisis de datos mediante SPSS v.15.0 para n.s. 5%, I.C.95%.

Resultados preliminares corresponden a 39 pacientes (53.8% hombres y 46.2% mujeres): 22 han contestado, resto excluidos, principal motivo éxitus (52.9%). Edad media 82.51 años, Estenosis Aórtica Severa (100%) y alto riesgo quirúrgico (90%). Abordaje vía femoral derecho (66.7%). 23.1% éxitus, 12.8% han reingresado y un 48.7% tienen complicaciones, principalmente ictus (23,1%) y bloqueo/marcapasos (53,8%). Respecto a la satisfacción global el 72.7% se sienten satisfechos respecto al 27.3% insatisfechos, sin embargo el 90.9% volvería a operarse si se encontrara como antes.

Aspecto que genera más insatisfacción el cansancio (18.2%) y mejor valorados la intervención (72.7%) y atención médica (68.2%).

Los hombres se encuentran más satisfechos que las mujeres ($p < 0,05$) y pacientes con mayor riesgo quirúrgico ($p = 0,021$). Observamos que el éxitus se relaciona de forma significativa ($p = 0,001$) con la presencia de complicaciones (42.1% de los que tienen complicaciones han fallecido vs 0% de los que no).

Conclusiones: Los pacientes se sienten satisfechos con el TAVI y se volverían a intervenir. Aspecto que genera mayor insatisfacción el cansancio y mayor satisfacción, la intervención y la atención recibida. Las complicaciones tras el TAVI son principalmente ictus y necesidad de marcapasos, y se relacionan con alta mortalidad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 268

TÍTULO: AVISO [M!]: SEÑALANDO PACIENTES CON MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA. IMPLANTACIÓN.

AUTORES: WALLMANN, REINHARD.; VALLE MADRAZO, T.; MÍNGUEZ, B.; CÁMARA CASCALES, E.; ÁLVAREZ GARCÍA, MP.; REBOLLO RODRIGO, H.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las infecciones causadas por Microorganismos multirresistentes (MMR) están aumentando con mucha rapidez en el mundo entero. Al ser las posibilidades terapéuticas escasas se deben de potenciar medidas que previenen la diseminación de estos microorganismos, sobre todo en el ámbito sanitario. Entre otros se recomienda la implantación de sistemas capaces de señalar los pacientes colonizados o infectados con MMR en todos los niveles asistenciales.

Objetivo principal es establecer un sistema que permite la identificación de pacientes colonizados o infectados con Microorganismos multirresistentes en todos los niveles de la atención sanitaria.

Objetivos secundarios: 1. Esta plataforma informática multicentro debe de informar a los centros sanitarios receptores de pacientes con MMR antes o, en el momento de la admisión del mismo. Así hace posible la aplicación de medidas de precauciones de contacto a tiempo. 2. Generar un aviso visual dentro del interfaz de usuario, y así conseguir una mayor consciencia del problema por parte del personal sanitario y así incrementar la adherencia a las medidas de control.

El desarrollo e implantación se ha realizado en las siguientes fases:

- (a) Definición de arquitectura, reglas de negocio, formularios de registro y diseño gráfico.
- (b) Establecimiento de un registro dentro del Enterprise master patient index (EMPI) de la comunidad autónoma.
- (c) Puesta en marcha de un integrador de mensajería HL7 que permite la integración de cualquier plataforma informática sanitaria.
- (d) Desarrollo de interfaz de usuario para el registro de los pacientes (alta, baja y modificaciones).
- (e) Adaptación del sistema de información hospitalario para avisos de admisión.
- (f) Migración de datos históricos de registros de dos hospitales.
- (g) Integración con el Visor corporativo de la comunidad.

En mayo 2016 se ha conseguido poner en marcha el sistema descrito en 2 centros hospitalarios realizando la migración de unos 2.049 procesos de Multirresistencia de registros históricos. Queda activado un aviso visual con un icono [M!] para cada uno de los pacientes dentro de los interfaces de usuario de la estación clínica médica y el visor corporativo, utilizado por toda la comunidad autónoma. Así mismo el sistema alerta al personal administrativo dentro de su sistema de información hospitalario siempre y cuando un paciente multirresistente esté programado para un ingreso hospitalario, una intervención quirúrgica o en el momento de una admisión en urgencias. Por último queda activado el integrador de mensajería HL7, para que cualquier otra plataforma de historia clínica pueda consumir la información de MMR por paciente e incorporar dicha información en su interfaz de usuario.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 269

TÍTULO: EVALUACIÓN PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2015 DE LA FUNDACIÓ SANITÀRIA MOLLET

AUTORES: ALLUÉ ORDUÑA, NATALIA.; ALVAREZ LLORCA, O.; REYES RAMOS, MJ.; ACEBES ROLDAN, X.; VICENTE GARCIA, M.; DURAN NAVARRO, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El modelo de Seguridad de Paciente (SP) de la Fundació Sanitaria de Mollet (FSM) se basa en el Modelo EFQM como marco de gestión, de manera alineada con la estrategia de Calidad de la FSM y del Departamento de Salud, persiguiendo definir conceptual y prácticamente el sistema de SP

Describir el Plan de SP 2015 de la FSM y analizar el cumplimiento de los objetivos planificados

El Plan de SP 2015 de la FSM contiene objetivos divididos en 5 ejes: Definición y aplicación de prácticas seguras; Sensibilización, difusión y gestión del conocimiento y formación; Gestión y despliegue del Plan de Seguridad; Implicación del paciente e Impulso de actuaciones territoriales compartidas. En ellos se describen 9 objetivos que son evaluados mediante indicadores y acciones vinculados a 25 iniciativas de seguridad.

En el presente estudio se analiza el cumplimiento de los objetivos mediante el resultado obtenido en los indicadores y acciones; y su comparativa con los resultados del año 2014.

En el año 2015 se cumplieron un 89% de los objetivos vinculados al Plan de SP 2015 de la FSM. Para su análisis y revisión se utilizó el Cuadro de Mando de SP de la organización el cuál se compone por indicadores de proceso y de resultado que dan respuesta a los criterios del modelo de gestión EFQM (clientes, personas, sociedad y resultados clave) divididos en prioritarios (propuestos por el Departament de Salut) y opciones (surgidos del modelo de Seguridad de Paciente para permitir la evaluación de los objetivos del Plan de SP de la organización).

Respecto al año 2014 destaca como áreas susceptibles de mejora una disminución en la valoración del riesgo de los pacientes para padecer una úlcera por presión (94,8% en 2014 y 91,5% en 2015), que sin embargo se asocia a una disminución en la tasa de úlceras por presión (16% en 2014 y 9,5% en 2015). Asimismo sucede con las caídas, dado que disminuye en 2015 la valoración del riesgo de caída de los pacientes (94,3% en 2014 y 78,3% en 2015), pero también disminuye la tasa de caídas (0,64% en 2014 y 0,61% en 2015). También como áreas de mejora destacan los objetivos vinculados a las iniciativas de farmacia y gestión de medicación de alto riesgo.

Destacan como puntos fuertes, el gran incremento en la tasa de profesionales formados en SP (9,6% en 2014 frente 91,9% en 2015), los buenos resultados obtenidos en los indicadores de identificación inequívoca de los pacientes (90,4% de cobertura de la identificación inequívoca) y resultados por encima del 90%, en 2015, tanto de aplicación del listado de verificación de cirugía segura como de su correcta cumplimentación. Asimismo mencionar que la creación de la Unidad Funcional de Seguridad de Paciente ha permitido una adecuada gestión de los eventos adversos notificados y una potenciación de la cultura en Seguridad de Paciente en la organización.

El Plan de Seguridad 2016 de la FSM irá dirigido a mejorar los puntos débiles identificados en el 2015 buscando la mejora continua en el resto del modelo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 270

TÍTULO: HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. COORDINADORES DE GESTIÓN DE INSTITUTOS: EL CAMBIO DEL YO AL NOSOTROS. PROCESO ENRIQUEZEDOR

AUTORES: RUIZ VALIENTE, MARÍA RAQUEL.; BAS VILLALOBOS, M.; MARTÍNEZ MORÍN, P.; PERNAS GONZÁLEZ, D.; RAMOS RODRÍGUEZ, MM.; SOLANA ARELLANO, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Hospital cuenta con una amplia experiencia en Gestión Clínica. Han pasado 18 años desde que se constituyó el Primer Instituto en 1998. La organización ha seguido apostando por este modelo de gestión, llegando a contar en la actualidad con 6 Institutos.

En el contexto de una Dirección orientada a la Excelencia, en su estructura se contempla la figura del Coordinador de Gestión, cuya misión principal es prestar el soporte necesario para la toma de decisiones con el objeto de conseguir la mayor eficiencia en la utilización de los recursos, favoreciendo el desarrollo de estrategias facilitadoras de la asistencia orientada al paciente.

El proyecto nace con un objetivo concreto, conocer y participar en la fase inicial de implantación de un nuevo sistema de información económico-financiero y logístico, el "Proyecto NEXUS"; pero se evoluciona hacia una dinámica de trabajo en equipo que hace que aun alcanzado el objetivo principal, las sesiones de trabajo continúen, generándose un importante "punto de encuentro" en el que compartir información y conocimiento.

Es objeto de esta comunicación mostrar cómo se ha ido produciendo este proceso.

Impulsado desde la Subdirección de Gestión Económica, y con la "excusa" de la implantación del "Proyecto NEXUS" es a partir del 27 de Noviembre de 2014 cuando los Coordinadores de Gestión de los Institutos, junto con la Unidad de Análisis de Costes y la Unidad de Inventarios, se reúnen en torno a una "gran mesa" con el objeto principal de materializar algunos aspectos necesarios para dicha implantación. Se establece para ello una dinámica de reuniones mensuales.

A medida que pasan los meses, la percepción de cada uno en cuanto a objetivos, contenidos, procesos y tareas de las reuniones, va adaptándose progresivamente hasta llegar a la fase actual de consolidación. La implantación del sistema NEXUS era cierta y la necesidad de acometer actuaciones para su puesta en marcha también, pero no era menos cierto que había una intención de generar una dinámica de equipo que enriqueciese el trabajo de cada uno de nosotros, y sin duda se ha conseguido.

Consecuencia de las sesiones de trabajo, podemos señalar como resultados más relevantes la normalización de la estructura de coste y plantillas de distribución del Coste de Personal como requiere el nuevo sistema de información, la actualización del valor patrimonial mediante la actualización del Inventario; la definición del Puesto de Trabajo del Coordinador de Gestión, y la puesta en marcha de procedimientos comunes para todos.

Pero creemos que el resultado más importante es que esta dinámica de trabajo ha reforzado el convencimiento de que es prioritario que de forma transparente y generosa compartamos información, conocimientos, experiencias, tanto de éxito como de fracaso, procedimientos, etc, con perspectiva global y no individual, con el objeto común de mejorar procesos y obtener mejores resultados. Es lo que nosotros hemos denominado el paso "DEL YO AL NOSOTROS".

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 271

TÍTULO: ¿QUÉ NOS APORTAN LOS GRUPOS FOCALES PARA LA SEGURIDAD DE NUESTROS PACIENTES?

AUTORES: OLEA GOIRI, GEMMA.; MARINO ISIDRO, C.; ULIBARRENA SAINZ, M.; ECHENAGUSIA CAPELASTEGUI, V.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los GF (Grupos Focales) son una importante técnica para la búsqueda de investigación cualitativa por la cual obtenemos información sobre necesidades, percepciones y expectativas de un grupo de interés.

Dada la importancia que tiene el minimizar la ocurrencia de sucesos adversos ligados a la atención sanitaria, hemos querido también aplicar esta herramienta en la Seguridad del Paciente.

Presentar nuestra experiencia con los GF en la seguridad de los pacientes.

Fomentar la participación activa y la implicación de los pacientes en el proceso asistencial.

Analizar la información recogida en los Grupos Focales en general y la del Grupo Focal de Seguridad del paciente en particular.

Identificar las áreas de mejora para su posterior implantación y mejora de la calidad asistencial.

Comenzamos la experiencia eligiendo un grupo de 6 pacientes cuya característica común es haber sido atendidos en hospital de día quirúrgico en los últimos 3 meses.

Se promueve un contexto de interacción. La reunión tiene una duración de hora y media. A los pacientes se les informa del carácter confidencial de la reunión.

Diseñamos un guion propio basado en nuestra experiencia con el sistema interno de notificación de efectos adversos y el cuestionario del S.º de Salud de Andalucía.

Los bloques de esta entrevista son:

Información recibida por parte de los y las profesionales

Profesionalidad de los y las profesionales

Percepción de seguridad durante toda la asistencia

Dotación de material por parte de los y las profesionales

Dolor y medicación

Transporte

Desde el año 2011 se han realizado 25 Grupos Focales con temática diferente en los 3 territorios de la organización. En la organización empleamos esta metodología y la incluimos como indicador en la Unidad de Gestión de Riesgos Sanitarios.

Se agrupa por temas la información recibida y se concluye que los pacientes tienen percepción buen asistencia y de seguridad clínica. Buen tratamiento del dolor.

Trámites, trato, informes, transporte: todo fenomenal.

Como áreas de mejora detectamos:

- 1.- Hacer un esfuerzo para que la información al paciente sea más fácilmente comprensible.
- 2.- Mejorar la cartelera de uso de quirófanos para evitar aplazamientos-cancelaciones
- 3.- Establecer estrategias para aumentar el uso de la solución hidroalcohólica y seguimiento de la estrategia de higiene de manos.
- 4.- Establecer un protocolo sobre las competencias y experiencia de los profesionales en contacto directo con el paciente.

La impresión general de los pacientes es que volverían a Mutualia y recomendarían a su empresa continuar con esta mutua.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 272

TÍTULO: EVALUACIÓN Y MEJORA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS PARA REDUCIR COMPLICACIONES DE LAS VÍAS VENOSAS EN HOSPITALIZACIÓN

AUTORES: MEROÑO RIVERA, MARÍA DOLORES.; RODRÍGUEZ TELLO, J.; ROLDÁN CHICANO, MT.; GARCÍA LÓPEZ, MM.; LÓPEZ LACOMA, JC.; SEOANE CEGARRA, L.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La utilización, cada vez más frecuente, de dispositivos de acceso venoso (DAV) en la atención hospitalaria, es la causa de diversas complicaciones que incrementan la morbilidad, la mortalidad y los costes de la asistencia sanitaria. Diversos estudios han demostrado la relación de la calidad de los cuidados de enfermería, y la efectividad de ciertas intervenciones, sobre todo en catéteres venosos centrales y en unidades de cuidados intensivos, para reducir estas complicaciones. Según los estudios, entre el 25 y el 42% de los catéteres periféricos desarrollan alguna complicación. Los DAV centrales presentan un mayor riesgo de bacteriemias y otras complicaciones, pero el mayor uso de catéteres periféricos tiende a equiparar los números absolutos.

- Determinar la calidad de los cuidados de los dispositivos de acceso venoso que realizan las enfermeras de las unidades de hospitalización del HGUSL.
- Establecer la eficacia de las intervenciones de mejora planificadas en relación a los resultados de I

Ciclo de evaluación y mejora de la calidad de los cuidados a los pacientes mayores de 14 años con DAV y de la terapia intravenosa, prestados por las enfermeras de las unidades de hospitalización del Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena.

La calidad se evaluó mediante 11 criterios de proceso y resultado dicotómicos, expresados en porcentaje de cumplimiento e incumplimiento, y elaborados en base a la evidencia científica.

- Registro correcto de inserción.
- Registro correcto de mantenimiento.
- Reemplazo adecuado del catéter.
- Reemplazo adecuado de sistemas de infusión,
- Administración correcta de sueroterapia que precisa bomba de infusión.
- Velocidad de infusión correcta.
- Sueroterapia identificada correctamente.
- Ausencia de flebitis.
- Ausencia de extravasación.
- Ausencia de dolor.
- Estado adecuado del DAV.

Tras la primera evaluación se diseñaron e implantaron actividades de mejora, midiendo su impacto en una segunda evaluación de los mismos criterios.

Se compararon los porcentajes de cumplimiento mediante la prueba z.

Para cada evaluación se evaluaron 60 catéteres periféricos y el total de catéteres centrales.

Los mayores niveles de incumplimiento en la primera evaluación, tanto en las vías periféricas como centrales, se produjeron en los criterios relacionados con el registro en la Historia Clínica Electrónica.

Se implantaron 3 intervenciones: Recordatorios de los supervisores sobre la forma correcta de realizar el registro, corte semanal de los indicadores y envío a todas las unidades, y realización de un nuevo protocolo.

La 2ª evaluación detectó un incremento del cumplimiento en la mayoría de los criterios, excepto en el cambio de sistemas de infusión y el registro del reemplazo de vías periféricas.

Las unidades de hospitalización evaluadas realizan cuidados de calidad aceptable, aunque mejorables en relación al registro.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 273

TÍTULO: ESTUDIO DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA: MANEJO DEL DOLOR EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

AUTORES: PELEGRÍN HERNÁNDEZ, MARÍA VICENTA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El alivio del dolor y su control clínico debe ser una prioridad fundamental para todos los profesionales que trabajan en el ámbito de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). El dolor es una preocupación esencial del paciente operado y su entorno.

Diferentes estudios muestran que el diagnóstico de enfermería según North American Nursing Association (NANDA): 00132 dolor agudo, en los pacientes sometidos a Cirugía Mayor Ambulatoria representa una de las complicaciones más frecuentes.

Diagnóstico NANDA: 00132 Dolor Agudo

Nursing Outcomes Classification (NOC): 1605 Control del dolor

Nursing Interventions Classification (NIC): 1400 Manejo del dolor

Evaluar la intervención, Manejo del dolor en pacientes intervenidos de Cirugía del Pie en CMA a través de la llamada telefónica realizada por el personal de Enfermería a las 24 horas.

Estudio retrospectivo de los registros de las llamadas telefónicas postquirúrgicas a 316 pacientes intervenidos en CMA (Cirugía del pie), realizadas en 2015.

Indicadores de resultado analizados para el resultado: 1605 Control del Dolor:

160502 Reconoce el comienzo del dolor

160505 Utiliza analgésicos de forma apropiada

160507 Refiere síntomas al profesional sanitario

160509 Reconoce los síntomas del dolor

De los 316 pacientes intervenidos se pudo contactar con 295.

111 presentaron dolor leve, 30 dolor moderado y 4 dolor severo.

Se reforzaron órdenes verbales y se cambió pauta analgésica por ineficacia.

La Intervención 1400 Manejo del dolor, resultó eficaz para los pacientes intervenidos en CMA.

La llamada telefónica de la enfermera de CMA pone en evidencia que enfermería acompaña y cuida al paciente en todas las fases del proceso quirúrgico y desde todas sus vertientes.

A través de la Intervención enfermera se consigue controlar el dolor postoperatorio, aportando seguridad y confianza, atenuando la inquietud y temor en el curso postoperatorio.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 274

TÍTULO: LA ATENCIÓN INTEGRADA EN LA COMUNIDAD: UN RETO PARA LA GESTIÓN CLÍNICA

AUTORES: HILARIÓN MADARIAGA, PILAR.; BONET DALMAU, P.; SAURA GRÍFOL, RM.; ORREGO VILLAGRAN, C.; BAÑERES AMELLA, J.; SUÑOL SALA, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La atención incluyendo diferentes dispositivos de la comunidad permite abordar de forma integrada las necesidades de los pacientes. El trabajo con apoyo IPS (Individual Placement Support) es una forma de atención basada en la evidencia a personas con trastornos graves de salud mental, cuyo objetivo es obtener y mantener puestos de trabajo competitivos, aumentar inclusión social, calidad de vida, y optimizar recursos. El IPS comenzó en USA (Univ.de Dartmouth) hace 14 años y se implementa en Europa en 4 países. Sus principios son: criterios de exclusión cero; asesoramiento personalizado; trabajo competitivo; integración de los servicios de búsqueda de empleo con los de salud mental; búsqueda rápida de empleo; profesionales IPS con buenas relaciones con las empresas; apoyo y seguimiento continuos; y respeto de las preferencias de los usuarios.

Describir la implementación del IPS en Cataluña en tres territorios piloto.

Acuerdo entre tres Consejerías: Salud, Empresa y Ocupación y Bienestar Social y Familia y otros actores clave. Integración de esfuerzos y flujos de trabajo, tanto a nivel de la comunidad como de políticas para desarrollar el empleo con apoyo. Los sistemas de trabajo se miden con una 'escala de la fidelidad' validada. Acciones realizadas: 1) Formación profesional en competencias específicas para los diferentes roles del equipo; 2) Mejorar el flujo de trabajo entre salud mental y servicios de empleo (reuniones periódicas y planes integrados de pacientes); 3) Apoyo in situ y evaluación de la practica concurrente mediante una plataforma TIC; 4) Reuniones de seguimiento trimestrales entre los líderes regionales, los equipos de salud mental y los servicios de empleo para identificar oportunidades, y planes individualizados de mejora.

Desde octubre de 2013, 7 zonas han adaptado sus programas a la metodología de IPS. Han participado en el programa un promedio de 350 personas al trimestre con enfermedad mental. A pesar de la crisis económica, el porcentaje de personas que trabajan sobre el total de atendidas es ahora del 33,7 %. El número total de empleos conseguidos durante el periodo fue de 488. Las primeras revisiones de fidelidad (que miden la adherencia del proceso de trabajo IPS) eran débiles y se han en más de un 30% de promedio. La principales barreras estaban relacionadas la crisis económica y el estigma/ discriminación de las personas, la aceptación de la innovación, la financiación para el desarrollo de estos programas, así como los problemas para una mayor integración entre los servicios de empleo y los de salud mental, incluyendo la falta de registros electrónicos compartidos. Los facilitadores fueron un fuerte apoyo gubernamental para el proyecto piloto, el seguimiento periódico y el soporte técnico facilitador, así el compromiso de los profesionales. El enfoque territorial, el liderazgo y el compromiso profesional han obtenido importantes resultados en el empleo para las personas con problemas de salud mental y su calidad de vida.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 275

TÍTULO: APOYO A UGCS EN EL DISEÑO Y DESPLIEGUE DE PLANES DE SEGURIDAD: EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DE CALIDAD DEL H.U. REINA SOFÍA

AUTORES: MIÑARRO DEL MORAL, ROSA MARÍA.; BERENGUER GARCÍA, MJ.; FERRER HIGUERAS, MJ.; TEJEDOR FERNÁNDEZ, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Seguridad del Paciente ha cobrado un gran protagonismo en los últimos años reflejándose en diversas estrategias que afectan a las Unidades de Gestión Clínica (UGCs), tales como objetivos de Contrato Programa y Acuerdo de Gestión o estándares específicos del Programa de Acreditación de UGCs.

De forma paralela la Unidad de Calidad ha ido desarrollando actuaciones como apoyo a las UGCs.

Se realiza un balance de las líneas de trabajo adoptadas.

- Describir la experiencia de la Unidad de Calidad del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba como apoyo a las Unidades de Gestión Clínica en relación a la Seguridad del Paciente.

- Identificar los problemas encontrados en el proceso de soporte a la elaboración y despliegue de los programas de seguridad del paciente y soluciones adoptadas

La línea de trabajo en Seguridad del Paciente se inició en nuestra unidad en 2008, año en que se dio soporte a la elaboración del primer plan de seguridad del paciente en el hospital (PAI Cáncer de Mama).

La sistemática empleada se ha ido refinando a lo largo del tiempo y puede describirse como:

- 1.- Reunión con los responsables de la UGC para el diseño del proyecto e identificación del responsable en la unidad y de los candidatos a integrar el grupo multidisciplinar;
- 2.- Reunión con el responsable designado para explicar el proyecto y su papel como referente del grupo;
- 3.- Sesiones de Trabajo del grupo multidisciplinar: bajo un formato de actividad formativa acreditada se realizan 4 sesiones que permiten la realización del AMFE y la obtención de: Mapa de procesos de la UGC, Catálogo de Fallos, Causas y Eventos Adversos específico para la UGC, Priorización de fallos, Propuesta de Acciones preventivas, Mapa de riesgos y de acciones preventivas, Cronograma de despliegue y responsables.
- 4.- Plan de comunicación del PSP de la UGC al resto de miembros de la UGC, diseñado junto al responsable de SP de la UGC;
- 5.- Fase de Seguimiento y evaluación: monitorización de eventos adversos, análisis de causa raíz, monitorización del cumplimiento de cronograma de despliegue.

Durante todo el proceso se ha de mantener informados de la evolución tanto a la dirección del centro como a los responsables de la UGC.

- Desde el inicio de esta línea de trabajo, por la Unidad de Calidad se han asesorado a 26 UGCs, habiéndose elaborado 45 PSP (entre PSP de UGC y PSP para Procesos específicos);

- El grado de despliegue de los planes de seguridad ha sido desigual. Sólo 6 UGCs realizan la monitorización de Eventos Adversos y se ha realizado Análisis de causa raíz en 3 de ellas.

- Es crucial la figura del responsable de seguridad en las UGCs: hay que ser extremadamente cuidadosos tanto en su selección como en facilitarle el soporte necesario durante todo el proceso;

- La comunicación, no sólo del PSP en sí, sino de los progresos que se realizan es un aspecto crítico para asegurar la viabilidad del PSP.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 276

TÍTULO: LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA: LUCES Y SOMBRAS EN SU IMPLANTACIÓN

AUTORES: VEGAS MIGUEL, ALBERTO.; LÓPEZ GARCÍA, E.; RODRIGUEZ JÁÑEZ, MP.; ANDRÉS GARCÍA, I.; PELÁEZ PÉREZ, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Listado de Verificación Quirúrgico (LVQ) es una herramienta que sistematiza una serie de controles de seguridad que se debe aplicar durante la intervención quirúrgica. Además pretende fomentar la comunicación y el trabajo en equipo. Todo ello para mejorar la seguridad y disminuir la morbimortalidad evitable.

Reflejar los resultados obtenidos en la implantación del LVQ en nuestro Hospital.

En 2014 comenzamos a utilizar el LVQ en los servicios de Neurocirugía (NCR), Otorrinolaringología (ORL) y Traumatología (TRA). Previamente diseñamos el LVQ específico de nuestro Hospital, elaboramos un Manual de Utilización, creamos un grupo de trabajo de implantación multidisciplinar y se impartió una sesión clínica previa en todos los servicios participantes.

A continuación reflejamos los datos obtenidos en los años 2014, 2015 y 2016 (hasta el 30 de abril).

En las cirugías programadas CON ingreso se obtuvo el siguiente porcentaje de implantación, en 2014, en 2015 y en 2016, respectivamente. NCR: 82%, 86% y 89%. ORL: 48%, 38% y 48%. TRA: 72%, 80% y 93%. En 2015 se introdujo en Oftalmología (OFT) y Urología (URO), obteniéndose los siguientes resultados: OFT: 48% y 73%. URO: 63% y 91%.

En las cirugías programadas SIN ingreso el porcentaje de realización para los mismos servicios y periodos fue el siguiente, NCR: 9%, 50% y 45%. ORL: 40%, 31% y 48%. TRA: 38%, 58% y 79%. OFT: 51% y 89% y URO 14% y 62%.

En la Cirugía Urgente, se realizó de media en todos los periodos, en NCR solo en el 23%, en ORL en ningún caso y en TRA en el 7%. En OFT en el 21% y en URO en el 12%.

En cuanto al porcentaje de listados en los que se recogen incidentes durante su realización y que dan lugar a una acción correctora inmediata, solo aplicado a la cirugía CON ingreso, suponen, en los mismos periodos antes señalados, NCR: 17%, 20% y 7%; ORL: 5%, 0% y 0%; TRA: 6%, 2% y 1%. En OFT fue 29% y 9% y en URO 8% y 3%.

Podemos concluir que la implantación del LVQ mejora sus resultados de forma paulatina a lo largo del tiempo, alcanzándose un grado significativo de utilización sobre todo en la cirugía con ingreso. El porcentaje de cumplimentación es menor en la cirugía programada sin ingreso en todos los servicios, excepto en ORL que es similar a la cirugía con ingreso y en OFT que es superior (hoy en día en OFT casi toda la cirugía es cirugía sin ingreso). En la cirugía urgente, y quizás de forma paradójica, puesto que es teóricamente donde a priori parece que pudiera resultar más útil, se utiliza el LVQ de forma casi testimonial. Como era de esperar, a medida que se utiliza el LVQ, el porcentaje de listados en los que se recogen incidentes durante su realización va disminuyendo. Por último se debe seguir trabajando para además de obtener indicadores de proceso como los expuestos, se puedan obtener indicadores de resultado que nos permitan demostrar de forma irrefutable la bondad de la herramienta.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 277

TÍTULO: LA EXPERIENCIA DE PACIENTES CRÓNICOS EN LA RELACIÓN CON EL PERSONAL Y SERVICIOS SANITARIOS EN ANDALUCÍA.

AUTORES: DANET, ALINA.; PRIETO RODRÍGUEZ, MA.; MARCH CERDA, JC.; FERNANDEZ RUIZ, JS.; JIMENEZ DE LA CRUZ, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La experiencia de las personas con enfermedades crónicas en la relación con los profesionales y servicios sanitarios es fundamental para adaptar las medidas e intervenciones a sus necesidades y expectativas.

El objetivo de este trabajo es conocer la experiencia de las personas con enfermedades crónicas sobre su relación con los profesionales y servicios sanitarios.

La población de estudio fue la totalidad de personas con enfermedades crónicas de Andalucía. El contacto se estableció a través de la Escuela de Pacientes, donde se formaron 1034 personas en el autocuidado para enfermedades crónicas, así como a través de facultativos/as de Atención Primaria, que realizaron un muestreo intencional en sus consultas. El número total de personas participantes fue de 579.

Se ha empleado el cuestionario IEXPAC, formado por 12 preguntas en escala Likert. Se ha calculado un índice total en escala 0-10. El análisis incluyó un estudio estadístico descriptivo, realizado con el software R.

De la población participante, el 56% son mujeres, la media de edad es de 52 años (DT 11,7). El 45% pertenecen a alguna asociación de pacientes y, por nivel de estudios, el 23% tienen estudios primarios, el 39% estudios medios y el 38% estudios superiores.

La puntuación total de la escala IEXPAC tiene una media de 6,16 puntos. Aproximadamente un 20% de la población encuestada tiene una puntuación < 5 puntos, aunque sólo un 6% se sitúa por debajo de 2,5 puntos. La mayoría de las personas describen valores medios en la valoración de la experiencia como paciente crónico, aunque se observa que más de un cuarto de los y las pacientes puntúan muy alto (>7,5 puntos).

Los y las pacientes valoran positivamente el respecto por parte de los y las profesionales hacia su estilo de vida, el seguimiento del tratamiento y la preocupación por su bienestar.

Las dimensiones peor valoradas se refieren al uso de internet y el apoyo para relacionarse con otros y otras pacientes.

Es importante seguir investigando en esta línea, usando tanto metodología cuantitativa, como cualitativa, para recoger de primera mano las opiniones y experiencias de las personas con enfermedades crónicas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 278

TÍTULO: ¿TRABAJAS CON EVIDENCIA O CREAS EVIDENCIA?

AUTORES: CABRERIZO FERNÁNDEZ, JAVIER J.; PINAR GARCIA, ME.; RUIZ ROMERA, MP; ROBLED DO NASCIMENTO, Y.; GONZALEZ FERNANDEZ, C.; NAVARRO GAMERO, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En una unidad de trabajo pequeña, en número de integrantes, como es el caso de la unidad e Fisioterapia y Terapia Ocupacional, que está formada por 16 miembros, en la que la presión asistencial y de lista de espera es considerable, crear una unidad de investigación con la estructura convencional es impensable. En nuestro caso, se ha modificado el modelo organizativo mediante la metodología de trabajo por objetivos incluyendo como línea estratégica la investigación.

Creemos que la práctica asistencial de calidad no puede prescindir de su faceta investigadora, docente o clínica.

Implementar una cultura de investigación como parte inherente del trabajo bien hecho. Utilizar el método científico para la elección y aplicación de los tratamientos, sin olvidar el carácter humanístico de las profesiones de ciencias de la salud, partiendo de cuestionarnos nuestro propio trabajo con el fin de buscar la mejora continua en nuestras actuaciones.

Hemos modificado nuestro modelo de trabajo de la siguiente forma:

- Diseño de unas líneas estratégicas entre las que se encuentra la investigación.
- Desarrollo y seguimiento de un plan de implantación mediante el uso de las siguientes herramientas:
 - o Trabajo por objetivos.
 - o Utilizando programa de gestión de proyectos Microsoft Project.
 - o SELENE como herramienta para registrar resultados.
- Generar un benchmarking entre los resultados propios, de otros miembros del equipo y con respecto a la evidencia.

En la unidad de Fisioterapia y Terapia Ocupacional del Hospital universitario del Henares, se han realizado:

- Implementación de formularios de valoración estandarizados e interdisciplinarios, integrando en el mismo formulario valoraciones y diagnósticos de médicos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.
- Estudios de mejora internos. (mejora en la gestión de los modelos organizativos, estudios cualitativos de percepción del servicio por parte de los usuarios, estudio comparativos de eficiencia entre diferentes técnicas de tratamiento, estudio de casos,...).
- Desarrollo de líneas de trabajo con distintos estudios en marcha: Terapia manual (

La implementación de una cultura de investigación asociada al trabajo a pie de camilla ayuda a garantizar la continuidad de los proyectos de investigación disociados a la figura personalista de un único investigador o un grupo reducido, fomentando el crecimiento personal de todos miembros del equipo y el desarrollo de la profesión.

El principal reto que se presenta en estos momentos es expandir esta cultura de investigación intramuros al resto de la comunidad sanitaria, mediante la implantación de una única cultura de investigación multicéntrica.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 279

TÍTULO: APRENDER CONCURSANDO: LA DIMENSIÓN LÚDICA DE LA SEGURIDAD

AUTORES: BAXARÍAS GASCÓN, PILAR.; MAESTRE LOREN, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las instituciones necesitan desarrollar la cultura de la seguridad de los pacientes. La participación de todos los colectivos de trabajadores de la institución es uno de los factores para construir un lenguaje común, una conciencia colectiva y una predisposición hacia el afrontamiento de las adversidades. Con frecuencia fomentamos la "cultura" con la difusión de informaciones y conocimiento, pero existen otras formas de promover la participación y, por tanto, la "cultura". Una propuesta que combinara el conocimiento y lo lúdico puede ser una buena herramienta. De acuerdo con esto, elaboramos un crucigrama que incluye conceptos referidos a la seguridad, la calidad asistencial y el medio hospitalario.

Evaluar el conocimiento sobre conceptos relacionados con la seguridad del paciente.

Evaluar la participación de los distintos colectivos de la institución en la actividad propuesta.

Elaboramos un crucigrama de 11 filas por 11 columnas que incluían los conceptos de "error, inevitable, barrera, calidad, víctima, incidente, salud, límite".

Los miembros del Núcleo de Seguridad del hospital validaron la pertinencia de los contenidos y el nivel de dificultad.

Se definieron las bases del concurso: "todos los trabajadores del hospital pueden participar excepto los miembros del Núcleo de Seguridad. Se seleccionaran por sorteo tres ganadores, quienes elegirán entre tres premios".

Se publicó en la intranet del hospital durante 4 semanas y 3 días con el lema "Participando todos ganamos". Antes de la finalización del plazo del concurso se publicó un recordatorio.

Las respuestas, identificadas o mediante pseudónimo, podían enviarse en formato electrónico o en papel; se habilitaron 2 direcciones y dos buzones.

Los Premios fueron: un abono Passi 4 al Teatre Lliure para la temporada 2016/17, el abono durante un año para 2 adultos y 2 niños al Pueblo Español y un vuelo de simulación de una hora.

Participación: 124 personas (17,90% de trabajadores del hospital)

Crucigramas: a) Correctos: 123, b) Incorrectos: 1

Porcentaje de aciertos: 99,19%

Colectivos representados entre los participantes: a) Enfermeras (26,66%), b) Oficios (17,07%), c) Médicos (16,66%), d) Directivos y mandos (14,50%), e) Subalternos (13,79%),

f) Administrativos (12,22%), g) Auxiliares (12,07%), h) MIR y PIR (10,34%) y Anónimos (3,3%).

La propuesta del crucigrama ha tenido una participación algo más elevada que otras actividades relacionadas con la seguridad y la calidad asistencial, ha movilizado a todos los colectivos de trabajadores del hospital y ha logrado que mucha gente y en muchos lugares de la institución se conversara sobre el tema de la seguridad. Los resultados confirman que lo que hemos llamado "la dimensión lúdica de la seguridad" es una contribución efectiva a la creación de una cultura de la seguridad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 280

TÍTULO: CARACTERÍSTICAS DEL CÓDIGO CORAZÓN EN EL CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS DEL SAMU-ASTURIAS DURANTE EL AÑO 2015

AUTORES: NAVES GÓMEZ, CECILIA.; VINAGRERO ÁVILA, S.; QUINTANA FERNÁNDEZ, RB.; HEDRERA PELÁEZ, A.; GONZÁLEZ IGLESIAS, I.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El proyecto IAM Astur pretende proporcionar tratamiento fibrinolítico o Intervención Coronaria Percutánea primaria (ICPp) a toda la población del Principado de Asturias que presenten dolor torácico y elevación del segmento ST en el ECG.

Desde el Centro Coordinador del SAMU Asturias (CCU-SAMU), se identifica a los pacientes que cumplen criterios de inclusión en dicho programa, registrándolos como Código Corazón. Además se gestiona la asistencia in situ y el traslado del paciente al centro útil correspondiente, generándose una base de datos con las características de estos pacientes.

Describir las características epidemiológicas, asistenciales y los tiempos de respuesta del SAMU Asturias, a los pacientes identificados como Código Corazón en el CCU-SAMU Asturias durante el año 2015.

Estudio descriptivo prospectivo de los datos de los pacientes identificados como Código Corazón registrados por los médicos coordinadores del CCU-SAMU Asturias durante el año 2015.

En el año 2015 se activaron desde el Centro Coordinador de Urgencias del SAMU- Asturias 403 Códigos Corazón, de los cuales 310 (76,9%) eran hombres y 93 (23,1%) eran mujeres.

De ellos, 73 (18,1%) eran menores de 50 años, 209 (51,9%) tenían edades comprendidas entre 51 y 70 años y 121 (30%) eran mayores de 71 años.

En cuanto a la situación del paciente en el momento de la activación del Código Corazón, 108 pacientes (26,8%) estaban en el Centro de Salud, 108 (26,8%) estaban en el domicilio, 20 (5%) en la vía pública, 6 pacientes (1,5%) llamaron al SAMU desde su centro de trabajo y en 161 casos (39,9%) el paciente se encontraba en un hospital.

Respecto a los recursos movilizados para la asistencia al paciente, en 393 casos se movilizó una Ambulancia de Soporte Vital Avanzado (ASVA), en 4 casos el helicóptero medicalizado, 22 veces el paciente fue atendido por el Equipo de Atención Primaria (EAP) y una Ambulancia de Soporte Vital Básico (ASVB) y en 3 casos, el EAP atendió al paciente en una ambulancia convencional.

En Asturias, hay 2 hospitales de referencia para el Código Corazón con Servicio de Hemodinámica 24 h, el Hospital Universitario Central de Asturias HUCA, y el hospital de Cabueñes. De los 403 Códigos Corazón gestionados desde el CCU SAMU en 2015, 217 (53,8%) fueron derivados al HUCA y 186 (46,2%) a Cabueñes.

Respecto a los tiempos de asistencia, el tiempo desde la hora de la llamada al SAMU al primer contacto del médico con el paciente es de media de 19 minutos, el tiempo de activación del Código Corazón es de 23 minutos y el tiempo de llegada al hospital de referencia es de media 59 minutos, tiempos que cumplen las recomendaciones de las sociedades científicas.

La elaboración de programas de colaboración entre distintos niveles asistenciales, contribuye a mejorar la calidad con una repercusión directa sobre el paciente.

La creación de bases de datos, permite el análisis de los mismos y la monitorización de los resultados, para incluir después propuestas de mejora si procediese.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 281

TÍTULO: IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS EN RADIODIAGNÓSTICO: AMFE

AUTORES: CERNADAS ARCAS, IRENE.; SERRANO SÁNCHEZ, S.; CANDIA BOUSO, B.; ROUCO SERRANO, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Norma UNE 179003:2013 de Gestión de riesgos para la seguridad del paciente contempla como requisito la identificación, análisis, evaluación y tratamiento de los riesgos. La complejidad de esta Norma ha dificultado su aplicación. La Norma UNE-EN-ISO 9001:2015, que incorpora como requisito la gestión de los riesgos en la organización, por su reconocimiento y amplia implantación, abre una nueva oportunidad para reducir los riesgos clínicos en servicios centrales y asistenciales, y en consecuencia, modificará el impacto sobre la seguridad del paciente. Exponemos un Análisis de Modos de Fallo y Efectos (AMFE) que pueda servir de ayuda a cualquier servicio que desee implantar una Norma que contemple la gestión de riesgos.

Describir un AMFE para la gestión de riesgos en un servicio de Radiodiagnóstico que facilite la adaptación o certificación de calidad según la Norma UNE-EN-ISO 9001:2015, y/o la certificación con la Norma UNE 179003:2013.

Se constituye un equipo de trabajo multidisciplinar para la identificación de los riesgos. Participan profesionales sanitarios y no sanitarios: médicos, enfermeras, técnicos, administrativos y personal de gestión. Este grupo es dirigido por profesionales del área de calidad que aportan el apoyo metodológico. Se aplican técnicas de brainstorming y Grupo Nominal. Se identifica "qué puede ir mal", modos de fallo y su riesgo asociado, y sus consecuencias. Se establecen criterios de frecuencia y gravedad de los riesgos. Se observa que el profesional minimiza el impacto de los riesgos y efectos asociados con su propia actividad, en cualquier ámbito. Se utilizan los criterios de gravedad y frecuencia contemplados en los anexos de la Norma UNE 179003:2013. Se establece un nivel de priorización (NPR) consensado por el grupo en NPR 30 y cualquier riesgo con nivel de gravedad máximo.

Se identifican 7 riesgos asociados a la asistencia en radiodiagnóstico: riesgos de identificación, radiación, error diagnóstico, demora diagnóstica, riesgos de medicación, caídas y, riesgo de infección. Se priorizan las actuaciones sobre 11 Modos de Fallo de los 44 descritos. Destacan por su gravedad, la pérdida de muestra, estudio en paciente embarazada sin descartar embarazo, introducción de aire intravascular. Los de mayor valor de NPR fueron: error de técnica de profesionales en formación no supervisados, y utilización de equipos fuera de tolerancias.

Como conclusión consideramos que la elaboración del AMFE con participación de un equipo multidisciplinar amplía la visión de posibles riesgos derivados de la asistencia. La participación de profesionales externos beneficia la identificación de riesgos y de las posibles barreras para prevenir o minimizar los riesgos clínicos.

La gestión de riesgos a través del AMFE es una oportunidad para hacernos conscientes de que muchos riesgos podrían ser fácilmente prevenidos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 282

TÍTULO: ANÁLISIS DE LAS CAIDAS ACCIDENTALES EN EL HOSPITAL DE MOLLET EN EL AÑO 2015

AUTORES: OLIVERA, X.; SERNA, V.; VILLALBA, P.; MELERO, N.; BORREGO, P.; ARREBOLA, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Existe evidencia científica que las personas ingresadas tienen un riesgo superior de sufrir caídas accidentales.

Según la OMS una caída es la consecuencia de cualquier incidente que precipita la persona al suelo en contra de su voluntad, eso incluye resbalones, tropiezos y pérdida de equilibrio.

En el 1995 se implantó el primer protocolo de prevención y actuación de las caídas con un comunicado obligatorio. En el 2011 se elabora el procedimiento enfermero de "Atención a la persona con riesgo de caída" utilizando lenguaje enfermero estandarizado. También se implantó el comunicado de caída accidental actual también obligatorio.

Identificar los factores de riesgo que presentan las personas.

Analizar las consecuencias.

Se proyecta un estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo. Se analizan las caídas accidentales producidas en el hospital y sociosanitario en el 2015.

La recogida de datos se realiza mediante el comunicado de caída accidental. Se analizan las variables universales: edad, sexo, diagnóstico médico y escala Downton. Las variables específicas: movilidad, trastornos mentales, efectos secundarios de la medicación, hábitos tóxicos, estado mental, dispositivos sanitarios, problemas de continencia, motivos extrínsecos de la caída y consecuencias.

La población es de 173 personas.

De un total de 173 personas 55% hombres y 45% mujeres. La media de edad 79 años. El diagnóstico médico, 34% cardiovasculares, 10% digestivas, 4% infecciosas, 23% psiquiátricas, 15% respiratorias y 10% neurológicas.

En el análisis de la escala Downton un 1% presentó 1 punto, un 3% 2, un 4% 3, un 19% 4, un 14% 5, un 24% 6, un 16% 7, un 10% 8, un 4% 9, un 1% 10, un 2% no tenían la escala pasada. Teniendo en cuenta el total de la muestra que supera los 3 puntos, el 88% de las personas ya estaban previamente identificadas con riesgo de caída.

El 75% presentaban movilidad dependiente, 45% trastornos mentales, 9% hábitos tóxicos, 29% llevaban dispositivos sanitarios y 63% incontinencia. Un 98% conscientes y un 58% orientadas.

Los motivos extrínsecos un 10% calzado inadecuado, 15% dificultad para acceder a un objeto, 12% iluminación inadecuada, 21% falta de contención, 27% efectos de la medicación, 2% objeto en el suelo, 5% suelo mojado y 8% otros motivos.

Un 19% sufrieron consecuencias. Un 0,5% tuvieron una consecuencia grave.

La mayoría presentan edad avanzada, presentan patologías cardiovasculares.

La mayoría tenían movilidad dependiente y problemas de continencia. Estaban conscientes y en menor número, aunque también la mayoría, orientados.

Los motivos extrínsecos más destacables calzado inadecuado, dificultad por acceder a un objeto, iluminación inadecuada y falta de contención.

Solo una minoría presentaron consecuencias. La mayoría leves, solo una presentó una grave, una fractura.

La mayoría estaban identificadas con riesgo de caída accidental.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 284

TÍTULO: ESTUDIO EVOLUTIVO DE LAS NOTIFICACIONES DE INCIDENTES SIN DAÑO Y MEJORAS PROPUESTAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: LÓPEZ GARCÍA, EVA.; VEGAS MIGUEL, A.; ANDRÉS GARCÍA, I.; RODRÍGUEZ JÁÑEZ, MP.; PELÁEZ PÉREZ, E.; LÓPEZ GOBERNADO, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria, cada vez más técnica y compleja, son una causa elevada de morbimortalidad, además del impacto económico y social de los mismos. Mejorar la seguridad de los pacientes es una estrategia prioritaria en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios. Los sistemas de notificación de eventos sin daño han demostrado ser una herramienta útil para avanzar en este cometido, además de hacer partícipes a todos los profesionales en el objetivo de realizar una asistencia de calidad a la par que segura y conocer los errores para prevenir la repetición de casos similares en el futuro.

El objetivo de este estudio es describir las notificaciones realizadas a través del Sistema de Notificación de Incidentes sin daño (SISNOT) según servicio de procedencia y tipo de daño potencial evitado, y analizar las propuestas de mejora implementadas como consecuencia de estas notificaciones.

Estudio descriptivo retrospectivo de las notificaciones recibidas desde el 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2015 en nuestro Hospital. Los datos han sido analizados utilizando el programa SPSS.

Se notificaron un total de 251 eventos sin daño en el periodo estudiado, con una distribución anual del 27,9% en 2013, 35,1% en 2014 y 37,1% en 2015. El 70,5% (n=177) corresponden al área de hospitalización, y un 8% (n=20) ocurrieron en el área de pruebas diagnósticas. En cuanto a la distribución del daño potencial del evento notificado (según notificante), un 32,7% se correspondía con un riesgo leve, un 30,7% riesgo moderado, 9,6% severo y un 2,8% habría provocado la muerte de paciente.

El servicio que más incidentes notificó fue Hematología, con un 13,9% del total, seguido por Neonatología con un 12% y Pediatría con un 10,8%.

El tipo de incidente más frecuente entre los notificados se relaciona con la medicación (34,3%), seguido por equipos/dispositivos y materiales (14,7%) y pruebas diagnósticas/exploraciones (13,1%).

Se propusieron 167 actividades de mejora tras el análisis de estas notificaciones: 26,3% en 2013, 35,9% en 2014 y 37,7% en 2015. Las más frecuentes fueron de tipo "Protocolos y tareas" (35,3%), "Equipos y dispositivos" (16,2%), "Comunicación entre profesionales" (14,4%) y "Formación/aprendizaje" (13,2%); aplicadas a incidentes tipo medicación (34,7%), pruebas diagnósticas/exploraciones complementarias (13,2%). Los servicios con más mejoras implementadas fueron Pediatría (18%), Neonatología (15,6%) y Medicina Intensiva (10,8%).

La notificación de incidentes sin daño sigue una tendencia creciente en el período estudiado, correspondiéndose con un incremento anual de las mejoras implementadas. La mayoría de notificaciones son eventos relacionados con la medicación, coincidiendo con la bibliografía consultada. A pesar de que la mayor parte de los eventos se correspondieron con un riesgo leve y moderado, es necesario aumentar la cultura de seguridad y la implicación de los profesionales con los sistemas de notificación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 285

TÍTULO: SEGURIDAD EN UN CENTRO DE SALUD ANTE UN POSIBLE CASO DE ÉBOLA

AUTORES: LÓPEZ KÖLLMER, LAURA.; CASTILLA ÁLVAREZ, C.; MOLINA BÁRCENA, V.; TORIL MOLINA, V.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Tras los acontecimientos vividos durante el año 2014 a nivel mundial y en España, el Ministerio de Sanidad publica un protocolo de vigilancia de fiebres hemorrágicas víricas. En España el riesgo de aparición de la Enfermedad por virus Ébola (EVE), está asociado a la importación de la enfermedad por viajeros internacionales.

Dada la gravedad del EVE, son especialmente importantes las medidas de protección de los trabajadores. La aplicación correcta de estas medidas y el uso de los Equipos de Protección Individual (EPI) de este protocolo, requieren un proceso previo de entrenamiento y el establecimiento de los procedimientos de supervisión permanente de todas las actividades que se realicen en torno a los casos, con el fin de minimizar los riesgos para el personal sanitario/ no sanitario.

Garantizar el uso adecuado de los Equipos de Protección Individual (EPI) ante un posible caso de Enfermedad por virus Ébola (EVE) en nuestro Centro de Salud (C.S)

- Recursos: - humanos(1 enfermera y 1 médico)
- materiales: power-point/proyector/EPI
- Intervención:
 - 1ª Desarrollo protocolo EVE/Taller-Teórico 20min
 - 2ª Correcto manejo de los EPI/Taller-Practico 1h

Dos profesionales acudieron a un curso del SERMAS para conocer que era el Ébola, su situación, como se transmitía y las medidas de seguridad a tomar. Este curso fue revertido en una sesión de equipo 1h y 30min a los profesionales sanitarios/no sanitarios del centro, donde existió una parte teórica y una parte práctica.

Tras esta sesión, se decidió que dada la importancia y la complejidad que requería el uso de los EPI era necesaria una enseñanza individual, con más tiempo y en la que los profesionales sanitarios pudieran colocarse y retirarse los trajes, (sintiendo realmente la experiencia con ellos). Este hecho, junto con la situación grave que se daba a nivel mundial fue lo que nos animo a llevar a cabo este proyecto.

Semanalmente se instruyó a dos grupos, las dos profesionales líderes llevaron a cabo un taller teórico del protocolo de 20 min, y a continuación el grupo se dividía en 2 para comenzar con taller práctico de 1h de duración, donde se manejaban los EPI, ocupándose cada líder de uno. Mientras que una persona se ponía el traje, otra le ayuda, y las otras dos observaban, evitando que pudiera producirse un error, tanto en la colocación como en la retirada del mismo.

RESULTADOS

A la sesión de equipo general acudió el 80% de profesionales y a las sesiones individualizadas acudieron el 90%. Se realizó una encuesta de satisfacción a todos los profesionales que acudieron a las sesiones individualizadas y se obtuvo que estaban satisfechos con la práctica de los EPI y les aportaba mayor seguridad al 100% de los encuestados, entre otros ítems.

CONCLUSIONES

Los asistentes muestran gran satisfacción con los conocimientos adquiridos. El correcto manejo de los EPI les aporta mayor seguridad en el trabajo diario ante la sospecha de un caso nuevo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 286

TÍTULO: CONSOLIDACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN HOSPITALARIO SOBRE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD EN PACIENTES

AUTORES: ENRÍQUEZ MAROTO, M^a FRANCISCA.; RODRÍGUEZ DEL ÁGUILA, MM.; MARTÍNEZ HARO, MA.; MORALES TORRES, JL.; PÉREZ TRILLO, MI.; FERNÁNDEZ SIERRA, MA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los sistemas de notificación de incidentes de seguridad son una herramienta clave de los sistemas de gestión de riesgos. La gestión de efectos adversos (EA) e incidentes (IN) permite la mejora de la seguridad del paciente (SP) en la atención sanitaria, pudiendo identificar factores humanos, organizativos u otros que contribuyen a su aparición, permitiendo intervenir sobre ellos y reducir el riesgo. La implementación de un sistema de notificación de EA-IN debe tener carácter voluntario, anónimo, confidencial, no punitivo y abierto para todos los profesionales, constituyendo un punto de partida para la gestión de riesgos a través de su identificación y análisis con el fin de la mejora continua en la SP

Describir el sistema de gestión de EA-IN diseñado en un hospital regional de Andalucía, analizar los EA-IN notificados e identificar acciones de mejora

El sistema de gestión de EA-IN está implantado desde el año 2010, siendo éstos notificados por los profesionales principalmente a través de hojas de notificación específicas que centralizan las Supervisoras de Enfermería y envían a la Unidad de Calidad del centro. Otras fuentes de información son el sistema de hemovigilancia, tarjeta amarilla, registro de anestesia y otros. Desde la Unidad de Calidad se realiza una validación previa del EA-IN, se registra en una base de datos diseñada para tal fin, se realizan análisis semestrales y se elaboran informes globales y específicos de cada Unidad que son difundidos en la web del hospital. Posteriormente se informa a la Comisión para la SP para diseñar estrategias de mejora. Paralelamente se imparten sesiones de notificación a los profesionales para una mayor sensibilización en SP

Desde 2010 a 2015 se han notificado 1875 EA-IN, correspondiendo el 70% a EA, produciéndose un incremento secuencial en ambos, en mayor medida en IN en 2014 y EA en 2015. Un 68% de las notificaciones correspondieron a Enfermeros/as, seguido del 25% en Médicos. Según tipo de EA-IN notificado, los más frecuentes son traumatismos, accidentes y caídas (14%) y reacción adversa medicamentosa (11%); la mayoría de lo notificado es de carácter leve (57%). Las unidades con mayor número de notificaciones son Médico Quirúrgica de la Infancia (22%) y Nefrología (16%). Se han impartido 37 sesiones acreditadas sobre SP, con un incremento del 72% en las notificaciones. Desde la Unidad de Calidad y la Comisión para la SP se han identificado y gestionado acciones de mejora específicas para caídas, uso seguro del medicamento, seguridad transfusional, prevención infección hospitalaria, identificación de pacientes, dieta de pacientes, uso de antisépticos en quirófano y cultura de seguridad en profesionales. Conclusión: el incremento progresivo en las notificaciones se debe a una mayor cultura de seguridad en los últimos años, potenciada por la mejor formación de los profesionales en SP y el buen dinamismo en el funcionamiento de la Comisión para la SP

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 287

TÍTULO: UTILIDAD DE LA ENCUESTA MNA EN EL DIAGNOSTICO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA.

AUTORES: MUÑOZ VILLARREAL, ANA BELEN.; CEPAS SOSA, A.; RAMIREZ ZURITA, C.; LUQUE SERRANO, L.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La elevada morbilidad, mortalidad que presenta la insuficiencia cardíaca (IC) hace imprescindible la identificación de los pacientes más vulnerables. La encuesta de valoración nutricional Mini Nutritional Assessment (MNA) ha sido validada para la valoración del estado nutricional y sirve para evaluar el pronóstico de estos pacientes.

Identificar la influencia del estado nutricional en la evolución y pronóstico de la IC.

Entre enero de 2007 y marzo de 2008, 208 pacientes fueron dados de alta consecutivamente desde nuestro servicio con el diagnóstico de IC. Se obtuvieron los datos necesarios para cumplimentar la encuesta MNA, y se distribuyó a los pacientes según las tres categorías establecidas en la misma: Estado nutricional satisfactorio, Riesgo de desnutrición y Mal estado nutricional.

La edad media de la serie fue 73 ± 10 años. El 54% fueron varones y el 56% eran pacientes diagnosticados previamente de IC. Según la encuesta MNA, el 27,5% de los pacientes presentaban un estado nutricional satisfactorio, el 59,6% estaban en riesgo de desnutrición y el 13% presentaban mal estado nutricional. Tras un seguimiento medio de $10,6 \pm 3,8$ meses, los pacientes que requirieron reingreso por IC (24,5%, 29,5% y 44%, respectivamente, $p=0,46$) así como por otro motivo cardiovascular (17%, 11% y 28%, respectivamente $p=0,25$) fue similar en los tres grupos. La mortalidad por todas las causas fue mayor conforme peor era el estado nutricional (9,4%, 24,3% y 56%, respectivamente, $p < 0,001$), y aunque el número de pacientes fallecidos por IC fue similar en los tres grupos, encontramos una tendencia a que fuera mayor en el grupo de pacientes con mal estado nutricional (4%, 15% 21%, respectivamente, $p=0,06$).

Conclusión: La encuesta de valoración nutricional MNA es un instrumento útil para identificar a los pacientes con IC de alto riesgo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 288

TÍTULO: ENTREVISTA FAMILIAR PARA LA PETICIÓN DE DONACIÓN DE ÓRGANOS

AUTORES: ESCARPA FALCÓN, M^a CARMEN.; VALCARCEL DE LAIGLESIA, MA.; ALGUACIL PAU, AI.; SORIA GARCIA, AM.; GONZALEZ ROMERO, M.; DEL RIO GALLEGOS, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Experiencia del paciente implica un acercamiento al paciente en términos de ayuda y cifra su objetivo principal en la creación de experiencias que mejoren cada uno de los momentos de contacto con el paciente. Es la suma de todas las interacciones producidas por la cultura de una organización que influyen en las percepciones del paciente a lo largo del continuo del proceso de atención

En el año 2015 (fuente: ONT) la donación en asistolia representó el 17% del total de donantes fallecidos. Este tipo de donación procede de un paciente que ha sufrido una parada cardiaca extrahospitalaria, en el que las medidas de RCP se instauran rápidamente. Cuando las maniobras de RCP son infructuosas, se produce el traslado al hospital, donde se constata el fallecimiento. En la DCP II el cumplimiento de los protocolos y los tiempos de preservación son los elementos principales que influyen en la calidad y viabilidad de los órganos

En este entorno, nuestro objetivo es el análisis de la entrevista familiar que se desarrolla bajo la presión impuesta por el cumplimiento estricto del tiempo para asegurar una óptima preservación y el estado emocional de los familiares que reciben la noticia de una muerte súbita que ocurre fuera del ámbito hospitalario.

Con los datos obtenidos se está preparando una 2ª fase en la que se preguntará directamente a los familiares por su experiencia durante el proceso de donación.

Estudio descriptivo retrospectivo de las entrevistas familiares realizadas en nuestro hospital en el periodo 01/01/2012 a 31/12/2015. Variables: edad, grado de parentesco del entrevistado y conocimiento de la opinión del fallecido respecto a la donación, nº de entrevistas realizadas, nº interlocutores presentes, servicio de urgencias implicado; considerándose como variable principal el tiempo registrado desde el ingreso del potencial donante en el servicio de urgencias hasta la consecución del asentimiento familiar.

En el periodo referido se han realizado 158 entrevistas, de las cuales el 85% fueron favorables. El tiempo medio obtenido desde el ingreso en urgencias hasta el asentimiento a la donación 106 minutos. De los familiares entrevistados, el 17% desconocía la voluntad del fallecido (128'), el resto eran favorables (99') o no se habían opuesto (103'). Parentesco y edad media: cónyuges/pareja 41% (47 años), hermanos 30% (47 años), hijos 15% (27 años), padres/madres 13% (62 años). En el 29% se obtuvo el consentimiento en la 1ª entrevista, el 36% en la 2ª, en el resto se necesitaron más de 2 entrevistas.

Nuestros datos en general coinciden con las encuestas de opinión publicadas, sugiriendo que el conocimiento de los ciudadanos hacia la donación incide en la toma de decisiones, influyendo el desconocimiento de la voluntad del fallecido en el nº y tiempo de entrevista. Para completar el análisis, es necesario explorar la experiencia de estos familiares durante el proceso y sus opiniones .

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 289

TÍTULO: FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LOS CARROS DE SOPORTE VITAL DEL HOSPITAL DE MOLLET DEL VALLES

AUTORES: MESTRE FABREGAS, MIREIA.; CAMPOS ROBLEA, C.; MARTIN BOSQUE, M.; BARRANQUERAS CORONAS, B.; JOSE MARIA DE LA CASA, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Hospital Mollet del Valles consta de 15 carros de Soporte Vital situados en las diferentes áreas y servicios. Nuestro grupo de trabajo detectamos la necesidad de que todos los carros estuvieran organizados exactamente igual y también de crear hojas de registro unificadas para todos y así poder tener un buen control de calidad y funcionamiento.

-Formación y manejo del funcionamiento del Monitor-Desfibrilador de los Carros de Soporte Vital (SV).

-Formación de las nuevas hojas de Registro creadas del carro de SV.

-Reconocer y saber actuar en una Parada Cardio-Respiratoria.

-Conocer el Protocolo

Hemos elaborado diferentes hojas de Registro para el control de calidad y buen funcionamiento de la revisión de los carros de SV:

Hojas de Registro: control de caducidades de la medicación del carro de SV

control de Check-list del Monitor-Desfibrilador ubicados en cada carro de SV

control del pedido de medicación a farmacia.

control del material existente en cada carro de SV

control de Activación del Código 0 del hospital. (Codigo 0:parada cardio-respiratoria)

Hemos elaborado unas sesiones formativas para compañeros/as de nuestro hospital para dar a conocer y formarlos acerca del funcionamiento de todas las hojas de registro implantadas. En esta formación realizamos casos prácticos de cómo actuar en una parada Cardio-Respiratoria y cómo manejar nuestros carros de SV en una situación de emergencia.

Para poder valorar el buen funcionamiento de las hojas de Registro implantadas hemos revisado cada carro de SV del hospital obteniendo los siguientes resultados:

Los carros de SV mejor revisados han sido los del servicio de Urgencias, Área de Semicríticos.

El resto de carros de SV hemos podido observar que hay algunas hojas de registro mal utilizadas o que no se utilizan, como denominador común a todos los carros son las hojas de registro del control de pedido a farmacia, el control de pedido del Material del carro y la hoja de control de las caducidades .

Hemos observado que una vez implantadas las hojas de registros, los carros de SV no están mal revisados pero nos falta reforzar algunas hojas que no se utilizan correctamente. Somos conscientes que es un cambio importante a la hora de revisar los carros de SV y que es mucha documentación nueva a tener en cuenta. Nuestro grupo seguirá con Formación Continuada las Sesiones Formativas ya realizadas para seguir reforzando y animando a los compañeros/ras a utilizar las hojas de registro para conseguir una buena calidad y control del funcionamiento de los Carros de SV

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 290

TÍTULO: CMBD EN DIRAYA ATENCIÓN HOSPITALARIA: UTILIDAD PARA ENFERMERÍA

AUTORES: ROMERO CAMPOS, AA.; MEDINA VALVERDE, MJ.; MIÑARRO DEL MORAL, RM.; RAMIREZ MORENO, JA.; CUBILLO ARJONA, G.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El conjunto mínimo básico de datos (CMBD) no contempla entre sus variables ninguna que permita la explotación de la información a un nivel de detalle que sea relevante para el área de enfermería más allá del Servicio/UGC de alta, que no se ajusta a la organización en controles de enfermería responsables de la atención a pacientes pues éstos pueden corresponder a distintos Servicios/UGC.

La implantación de Diraya Atención Hospitalaria (DAH) abre nuevas posibilidades de explotación de la información del CMBD a un nivel de desagregación que se adapta a la estructuración de la actividad de enfermería.

Describir el potencial de DAH para la explotación de la información de CMBD orientada al área de enfermería en los ámbitos de:

- * Hospitalización;
- * Hospital de Día Quirúrgico;
- * Hospital de Día Médico.

A partir de los ficheros disponibles en DAH, tanto de Estación Clínica (CMBD) como de la base de datos de réplica local, se asocia a los episodios de CMBD la variable "Control de enfermería".

Se realizan diversas explotaciones de pilotaje para ejemplificar el potencial que dicha información ofrece a los responsables del Área de Enfermería, tomando como punto de partida:

- objetivos de Contrato-Programa 2016 y Acuerdos de Gestión Clínica (EPOC, ICC, UPP...);
- detección de potenciales problemas de calidad de cuidados (complicaciones, mortalidad,...).

Los datos empleados corresponden al CMBD de un hospital de primer nivel (grandes hospitales y ciudades universitarias), referidos al mes de enero de 2016. Los episodios están codificados con CIE-10-ES y agrupada la casuística con All Patient Refined Versión 32.0 (APRV32.0).

Es posible la explotación de la información CMBD a un nivel de detalle adaptado a la estructura de organización de enfermería.

Se consigue ajustar los denominadores de los objetivos de enfermería, cuyos numeradores se obtienen desde la estación de cuidados, estructurada según control de enfermería.

Complementa la información relativa a cuidados de enfermería.

Sólo se dispone de control de enfermería del último contacto, se pierde la trazabilidad del paciente entre los distintos controles.

Es una explotación desarrollada "ad hoc" que no se obtiene directamente de DAH, sino a través de replicas locales.

Sería recomendable que el CMBD incorpore, por defecto, variables de información de las unidades de enfermería en las que ha sido tratado el paciente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 292

TÍTULO: LA COMUNICACIÓN EN LA GESTIÓN POR PROCESOS FUNDAMENTADA EN LEAN HEALTHCARE

AUTORES: MOMPÓ I AVILÉS, CARME.; GIMENO RUBERTE, C.; PUMAR DELGADO, D.; VILANOVA BALLEST, A.; MILLÁ BOTELLA, A.; FERNÁNDEZ AGUILERA, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los déficits en la comunicación son uno de los principales problemas a la hora de obtener los resultados planificados en el despliegue de nuestro sistema de Gestión por procesos fundamentado en Lean Healthcare.

Establecer una sistemática para mejorar la comunicación interna y externa de los procesos en control.

La puesta en control de un proceso implica una evolución anual de requerimientos. La herramienta de evaluación (Matriz de evaluación ©) tiene 5 niveles: el nivel 2 se exige el primer año y el nivel 3 corresponde a un certificado ISO 9001.

Se establecen requisitos de comunicación en la Matriz de evaluación ©:

- Nivel 1: Las comunicaciones se realizan de forma informal.
- Nivel 2: Las comunicaciones se realizan de forma periódica pero no hay evidencias.
- Nivel 3: Se han definido e implantado canales formales de comunicación (reuniones periódicas, notas informativas, etc.) con evidencias.
- Nivel 4: Existe un plan de acogida del personal de nuevo ingreso. Se ha definido e implantado un plan de comunicación.
- Nivel 5: Se guardan evidencias del plan de comunicación y se evalúa el impacto de la eficacia.

Se desarrollan herramientas desde el proceso Desarrollar organización (DOR) en colaboración con los procesos Comunicación interna (COI), Comunicación externa (COE) y Proveer y desarrollar profesionales (PDP):

- Nivel 2: Calendario de reuniones del proceso (Cómo comunicamos).
- Nivel 3: Despliegue de comunicación del proceso (Qué, Quien, A quien, Cómo, Periodicidad). Formación específica.
- Nivel 4: Procedimiento de acogida, Guía de acogida y Check list específico por proceso con la información que se debe dar al recién llegado.
- Kaizen de comunicación: se está adaptando este método Lean para utilizar las herramientas de diagnóstico y solución de problemas disponibles en la organización, incluyendo las citadas de la Matriz (gestionadas per DOR), formación sobre habilidades comunicativas (gestionada per PDP), Health Literacy (gestionada per COE), análisis de quejas, etc.
- Cumplimiento nivel 2 en los 34 procesos en control (100%), que suponen el 49% del total de procesos (34/70). Aunque los calendarios de reuniones están definidos, se cumplen las reuniones con los profesionales del propio proceso, pero no con los gestores

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 293

TÍTULO: UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ASMA GRAVE DE EXCELENCIA

AUTORES: CABANES COLLIGA, LAURA.; RUIZ-HORNILLOS, J.; HENRÍQUEZ SANTANA, A.; HERNÁNDEZ GARCÍA, MJ.; SANCHEZ-CARPINTERO ABAD, M.; MARTÍN SOPEÑA, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Se define al asma grave no controlada (AGNC) como la enfermedad asmática que persiste mal controlada pese a recibir altas dosis de medicación para su tratamiento. La prevalencia del AGNC es del 3,9 % de la población asmática en nuestro medio. Si bien, se asocia a un mayor consumo de recursos económicos con sumiendo hasta el 50% de los recursos sanitarios destinados a esta enfermedad.

Los pacientes con AGNC presentan una serie de comorbilidades que pueden contribuir a un control insuficiente de la enfermedad. Ante la sospecha de AGNC, es recomendable seguir una evaluación sistemática, en centros o unidades especializadas en asma, con un abordaje multidisciplinar, siguiendo un algoritmo diagnóstico de decisión secuencial.

El objetivo fue desarrollar una unidad asistencial que permita el abordaje multidisciplinar del paciente, permitiendo el diagnóstico correcto de la enfermedad así como de todas las comorbilidades asociadas, tratando de forma integral al paciente, para conseguir una mejor eficiencia de los recursos con la máxima calidad asistencial disponible.

Se desarrolló una Unidad Asma Grave (UAG), en la que participan de forma conjunta varias especialidades a distintos niveles según organigrama y criterios establecidos

Nivel 1: En el que participan las especialidades de Alergología, Neumología, Neumología Pediátrica, Otorrinolaringología y Enfermería. Todos los pacientes que entran en el circuito, son presentados a una sesión conjunta y valorados por cada una de estas especialidades

Nivel 2: En el que participan Endocrinología, Psicología/Psiquiatría, Aparato Digestivo, Medicina Interna, los pacientes son derivados a cada una de estas especialidades en función de una serie de criterios establecidos.

Nivel 3: Atención Primaria y Urgencias: Se llevarán a cabo sesiones de continuidad asistencial para el seguimiento conjunto de estos pacientes

De esta forma se desarrolla un organigrama con la distribución de funciones y responsabilidades de cada uno de los miembros adscritos a la unidad

La UAG cuenta con el apoyo de un hospital día para efectuar procedimientos que aconsejen ser realizados en ambiente hospitalario, como administración de tratamientos biológicos y otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos

La calidad de la Unidad se presentó a una Comisión de Evaluación del Comité de Asma de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica. Recibiendo la Acreditación en categoría de Excelente por este organismo, algo que solo han recibido hasta la fecha 7 unidades de toda la red de hospitales de España.

La coordinación entre todos los servicios implicados en la UAG, permite una atención integral y holística del paciente con asma grave. De esta manera, pretendemos mejorar la eficiencia y calidad mediante la disminución de reagudizaciones y con ello, las visitas no programadas a Atención Primaria, urgencias hospitalarias, ingresos innecesarios y sobretratamientos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 294

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD AL PACIENTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL.

AUTORES: CHAMARRO RUBIO, SONIA.; SOLER VIGIL, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La seguridad del paciente se ha abordado tradicionalmente desde una perspectiva, programas o prácticas relativamente independientes, midiéndose a través de resultados por áreas. Es imprescindible pasar de un abordaje disperso del sistema hospital a otro integrado en materia de gestión del riesgo para la seguridad del paciente, poniendo en valor lo ya realizado desde una visión global e integral encontrando caminos de mejora, objetivándolo en un cuadro de mando de la gestión de seguridad al paciente y desde la visión proceso-paciente, trazando un plan de actuación. Por ello, desde la Gerencia del hospital, se propone a la Comisión de Seguridad del paciente el desarrollo de un proyecto para definir el mapa de riesgos del hospital.

1- Poner en valor las acciones que se van haciendo en materia de seguridad paciente en cada uno de los servicios y áreas asistenciales del Hospital aportando una visión global de la gestión de la seguridad al paciente en el Hospital.

2- Identificar todas las fuentes generadoras de riesgo en el hospital, evaluando la frecuencia, el coste y la gravedad del riesgo.

3- Identificar momentos susceptibles de mejoras en el proceso asistencial y su priorización, realizando el mapa de riesgos del hospital.

4- Trazar un plan de actuación de mejora, estableciendo las posibles acciones preventivas y/o correctora.

1- Información del proyecto a los miembros de la Comisión de Seguridad.

2- Planificación del proyecto.

3- Selección de los profesionales (expertos por áreas) para realizar la recogida de información.

4- Cronograma de reuniones para recogida de información mediante dos métodos: cuestionario abierto, semiestructurado y por subprocesos (brainstorming) y cuestionario estructurado con respuesta dicotómica (si/no).

5- Proceso de evaluación y análisis de los datos

6- Informe de evaluación: Conclusiones, recomendaciones y cuadro de mando de la gestión del riesgo.

7- Selección y priorización de iniciativas generales y por subprocesos: ordenación de las mismas y cronograma de puesta en marcha.

Se ha desarrollado una matriz de riesgos donde se identifican y valoran más de 200 fallos potenciales y casi 700 barreras posibles para la disminución de la probabilidad de ocurrencia de fallos.

Se han identificado 34 indicadores: el 67% del riesgo corresponde a factores generales y el 33% a factores de los subprocesos.

Se ha realizado la evaluación de las acciones asociadas a cada subproceso, estableciendo criterios de priorización, y factores con puntuación obtenida y prioridad.

Se ha desarrollado el plan de actuación que implica el establecimiento de 2 objetivos por cada subproceso y las acciones asociadas a los mismos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 295

TÍTULO: CREACIÓN DE UN CUADRO DE MANDO POR PROCESOS

AUTORES: MARTÍNEZ CANTARERO, CARMEN.; BADIA PERICH, E.; MARTÍNEZ NEJJEM, A.; SABATÉ CINTAS, V.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Nuestra dirección de atención primaria (AP) está integrada por 64 equipos de AP y 4.500 profesionales que dan servicio a una población de 1.348.018 personas. Viendo la variabilidad que se daba en la práctica clínica de nuestros profesionales, el año 2014 se decidió la gestión por procesos.

Dotar a la organización de un cuadro de mando para la evaluación sistemática de los procesos priorizados e implantados por la dirección de AP.

La dirección de AP priorizó los siguientes procesos: cronicidad-complejidad, coordinación asistencial con la atención especializada, atención inmediata, gestión de la demanda asistencial y atención a la comunidad.

Con el equipo de sistemas de información trabajamos la integración, en un cuadro de mando, de datos cualitativos que suministrarían los referentes de calidad de los equipos de AP y alimentarían los indicadores de estructura y proceso y datos cuantitativos que se extraería directamente de las historia clínicas informatizadas y básicamente responderían a los indicadores de resultados.

Los datos cualitativos los informaban los responsables de calidad de los equipos de AP en un cuestionario informático abierto que alimentaban según iban produciéndose cambios en las variables a valorar.

Resultados

El año 2014 priorizamos los procesos clave y creamos los grupos de trabajo de cada proceso. Los grupos estaban integrados por las categorías profesionales presentes en los equipos de AP, así como de los profesionales relacionados con el proceso (especializada, etc.). Cada grupo define los objetivos e indicadores del proceso.

En el primer trimestre del 2015 desarrollamos el cuadro de mando de cada proceso, definimos los informes necesarios para cada cliente interno (gerencia y dirección de AP, líder del proceso, profesionales asistenciales de los equipos de AP) y externo (atención especializada, ciudadanía), diseñamos la visualización y determinamos la periodicidad de los informes de cada proceso.

Durante el año 2015 realizamos 2 informes de cada proceso. A inicio del año 2014 se priorizan los procesos clave.

Conclusiones:

Los profesionales con acceso al cuadro de mando, tienen un alto grado de satisfacción por el cambio a la gestión por procesos ya que disponen de informes bien estructurados y con todos los indicadores que miden los procesos (indicadores de estructura, proceso y resultados) y su evolución en el tiempo.

Ahora estamos en periodo de validación del cuadro de mando y hemos objetivado incidencias en la alimentación de datos cualitativos. Tenemos un grupo de datos que sistemáticamente no han sido respondidos por los responsables de calidad de los equipos de AP. Esto nos sirvió para redefinir el circuito de obtención de la información e identificar indicadores que se escapaban de nuestras competencias de actuación. Dichos indicadores se enviaron a los grupos de procesos para valorar su pertinencia y en su caso ser reformulados

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 296

TÍTULO: "INTERVENCIÓN PARA FOMENTAR EL LIDERAZGO EN PRO DE LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL"

AUTORES: BLÁZQUEZ TALABÁN, M^ªCRISTINA.; VILLARES OJEA, M.; ROBEDILLO PULGARÍN, G.; PARADA LÓPEZ, I.; ALVAREZ FRANGANILLO, A.; RODRIGUEZ VELASCO, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los Cargos intermedios en los centros sanitarios realizan a diario la labor de gestión clínica directa con sus equipos de trabajo.

En nuestro caso, el liderazgo de la Supervisión de Enfermería en la unidad de hospitalización es clave en la mejora de la calidad asistencial, que el grupo profesional de enfermería ofrece a nuestros usuarios.

Desde la Dirección de Enfermería se trató de potenciar el liderazgo de la supervisión, la cohesión del grupo y la mejora del rendimiento del equipo, realizando una intervención guiada por un experto en coaching de equipos de trabajo. En Diciembre de 2013.

Los resultados obtenidos en esta intervención fueron motor de impulso a los profesionales enfermeros para poder conseguir la certificación JACIE la unidad de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (donde el equipo de enfermería fue calificado como de excelente por los auditores), contribuyó a una mejora de los indicadores de calidad dentro de los objetivos asistenciales anuales del hospital y el despunte de producción científica del personal enfermero Diciembre de 2015

OBJETIVOS PRINCIPALES:

- Identificar la fase de desarrollo en la que el equipo de profesionales se encuentra y detectar áreas de mejora.
- Aumentar la cohesión del equipo de profesionales.
- Mejorar el rendimiento del equipo

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Obtener la Certificación Jacie.
- Mejorar indicadores de Calidad.
- Convertirse en un equipo de alto rendimiento.

Descripción de la experiencia:

Se realiza un análisis y reflexión sobre la situación actual y el potencial de mejora del equipo, evitando caer en los problemas estructurales del centro o el sistema sanitario.

Combinando diferentes metodologías.

- La metodología presencial con entrevistas previas de preparación a la supervisora de la unidad
- Cumplimentación de cuestionarios de auto evaluación y de seguimiento antes y después de cada sesión presencial.

(EN LA SESIÓN PRESENCIAL SE EXPONEN LOS DATOS OBTENIDOS DE LOS CUESTIONARIOS Y SE DEBATE SOBRE ELLO, EL EQUIPO Y LA SUPERVISORA)

RESULTADOS:

En el equipo de profesionales de enfermería:

- Aumento de la motivación y satisfacción
- Resolución de discrepancias
- Mejora de la comunicación
- Desarrollo de respeto y espíritu de colaboración

Todo ello se vio reflejado en un aumento de la motivación, la cohesión del equipo y la mejora en la destreza con datos objetivos:

- 100% cumplimiento de indicadores de calidad 2015.
- Dos premios a enfermeras de la unidad por sus trabajos científicos.
- Presentación de 4 comunicaciones y 1 ponencia en Congresos.
- Obtención de un premio como equipo en el hospital.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 297

TÍTULO: METODOLOGÍA LEAN EN SANIDAD. USO DEL DIAGRAMA DE ISHIKAWA EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA(UGC) DE OFTALMOLOGÍA

AUTORES: BONACHELA SOLÁS, PATRICIA.; CASTRO TORRES, A.; SEVA SILVA, N.; RODRÍGUEZ DE LA RUA FRANCH, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En el ámbito sanitario ha habido un incremento de la demanda en distintos servicios. Esta situación incide en la calidad de atención a pacientes. Para mejorarlo, se hace uso de herramientas de gestión. En este sentido podemos hablar de la metodología Lean en Sanidad: Lean Healthcare.

Ésta surge en Toyota en los años 50 y tiene como objetivo el paciente. Dicha metodología identifica y elimina aquellas actividades que no generan valor para el paciente.

Aplicar Lean Healthcare en una UGC de Oftalmología y analizar la causa-raíz: reducir el tiempo de espera en la atención a pacientes provenientes de Atención Primaria e identificar oportunidades de mejora

Se realizó un Brainstorming con los profesionales. Después, se agruparon las ideas según: material, método, políticas, equipo y entorno; elementos del Diagrama de Ishikawa. Éste organiza y representa las causas de un problema y se usa en fase de Diagnóstico y Solución de la causa. Permite visualizar, de una manera rápida y clara, la relación que tiene cada una de las causas con las demás razones que inciden en el origen del problema. En algunas ocasiones son causas independientes y en otras, existe una relación íntima entre ellas que pueden estar actuando en cadena.

Hemos utilizado dicho diagrama para analizar la premisa: reducir el tiempo de espera en la atención a pacientes provenientes de Atención Primaria; y lo hemos categorizamos en: Material: tienen como origen la calidad de los insumos o materiales con los que se trabajan; Método: relacionado con el proceso operativo que se está ejecutando; Equipo: pueden deberse a errores o incidentes que pueden tener una posible falta de capacitación o problemas personales que afectan a la producción; Entorno: causas relacionadas con el ámbito en el que interactuamos; Políticas: éstas vienen dadas por políticas de organización, estructuración, etc.

Según esto, se han identificando diversas causas que han podido originar dicha premisa y se ha representado en un diagrama. De todas ellas se han elegido aquellas que se han identificado como áreas de mejora a corto/medio plazo incluyéndolo en propuestas de oportunidades de mejora.

Resultados obtenidos: identificación de causas según el diagrama de Ishikawa e identificación de oportunidades de mejora.

Causas: Material: Aparatos obsoletos, dotación insuficiente; Método: No estandarizado/protocolizado; Políticas: Ratio Primeras citas desde Atención Primaria /Revisiones desajustado; Equipo: Profesionales descontentos, disminución de plantilla, monotonía/rutina; Entorno: Desfase oferta-demanda.

Oportunidades de mejora : estandarizar, cubrir plantilla, identificar competencias, incentivos, revisión de protocolos.

El siguiente paso es crear grupos para acometer estas oportunidades de mejora.

Conclusión, con la aplicación de Lean Healthcare se han identificado las causas de nuestra premisa inicial. Además, se han propuesto oportunidades de mejora que solventarán el problema y mejorará la calidad de atención al paciente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 298

TÍTULO: GESTION POR ENFERMERIA DE LOS PACIENTES PORTADORES DE DESFIBRILADORES IMPLANTABLES A TRAVES DE LA TELEMEDICINA

AUTORES: SEGURA SAINT-GERONS, CARMEN.; LARA LARA, MD.; RODRIGUEZ MARTINEZ, C.; SEGURA SAINT-GERONS, A.; ARIZÓN DEL PRADO, JM.; MENGÍBAR PAREJA, V.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La monitorización domiciliaria de los pacientes portadores de desfibriladores automáticos implantables (DAI), para el tratamiento de las arritmias malignas ha supuesto la introducción de un modelo de consulta de seguimiento y revisión de estos pacientes personalizada. La utilización de las nuevas tecnologías ha repercutido en una gestión eficaz en el seguimiento de estos pacientes estableciendo revisiones a demanda según los parámetros transmitidos a través de la monitorización domiciliaria.

Desde el año 2008, nuestro centro tiene la oportunidad de utilizar la plataforma Carelink, para control domiciliario de los pacientes portadores de DAI. Estos dispositivos son ofrecidos a los pacientes y si aceptan, firman el consentimiento informado diseñado para ello. La enfermería de la consulta de Trasplante Cardíaco e Insuficiencia Cardíaca es la encargada de informar, entregar y educar al paciente en su instalación y manejo de ella cuando el paciente lo requiera así como revisar las transmisiones automáticas.

Mostrar nuestra experiencia con estos dispositivos y analizar si esta tecnología ha supuesto alguna ventaja para el seguimiento de nuestros pacientes

Estudio descriptivo y retrospectivo de todos los datos recogidos con el control remoto domiciliario de nuestros pacientes

Se han entregado 230 dispositivos desde el año 2008 Hemos recibido más de 2000 transmisiones con una media de 13 transmisiones por paciente contando tanto las transmisiones automáticas como manuales. Se detectaron, por transmisiones de alertas, 28 indicaciones de batería baja (ERI). Quedaron registrados todos los pacientes que recibieron choques de alta energía así como los que recibieron terapias antitaquicardia (ATP). A todos los pacientes que tuvieron algún tipo de arritmia se les hizo una llamada telefónica para conocer su situación clínica o para modificarle el tratamiento y 4 pacientes hubo que ingresarlos para administrarles tratamiento intravenoso.

Conclusiones:

La enfermería tiene un papel fundamental en el control de estos pacientes usando este sistema de monitorización remota, para detectar, comprobar e informar inmediatamente al médico de estas variaciones para una rápida actuación

Las revisiones hospitalarias han quedado reducidas en más de un 50%, y se han evitado ingresos innecesarios

Una educación correcta al paciente en el manejo de esta tecnología les ayuda a disminuir la ansiedad que estos dispositivos les provoca.

Los pacientes han mostrado su satisfacción con el uso que pueden hacer en cualquier momento de este sistema y ninguno de ellos la ha devuelto a nuestro centro.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 299

TÍTULO: SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN PARA VALIDACIÓN DE TÉCNICA “POINT OF CARE” TRAS COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS POR CLIENTES INTERNOS

AUTORES: MENDEZ LAGE, SUSANA.; PEÑA RODRÍGUEZ, F.; LORENZO GONZALEZ, GJ.; FERNANDEZ LOPEZ, AM.; CORTINA FERNANDEZ, MA.; AGULLA BUDIÑO, JA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las técnicas de diagnóstico “point of care” están enfocadas para su realización al lado del paciente obteniendo resultados de inmediato. La faringoamigdalitis es una causa frecuente de consulta en pediatría y ante la sospecha clínica se recomienda la realización de un test rápido de detección de *Streptococcus pyogenes* (TDR) con el fin de detectar su presencia y justificar un tratamiento antibiótico. Idealmente interesa un test con elevada sensibilidad (para que detecte todos los positivos) pero a la vez muy específico (para evitar tratamientos innecesarios). La guía de consenso pediátrica recomienda que si el TDR es positivo dar tratamiento y si es negativo y la sospecha clínica es alta, enviar muestra para cultivo.

Tras la implantación de un nuevo test se comunica desde la consulta de urgencias de pediatría la sospecha de no concordancia entre el resultado del TDR y el resultado del cultivo. La sensibilidad del TDR podría haberse modificado por diversas variables: obtención de muestra, interpretación de resultados, características del reactivo.

Determinar la validez del test Strep A dipstick, bioNexia®, Biomérieux en el diagnóstico de faringoamigdalitis aguda causada por *S. pyogenes*, utilizando como gold standard el resultado del cultivo.

Estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron todos aquellos niños entre 2 y 14 años que acudieron a la consulta de urgencias pediátricas de nuestro hospital entre el 1 de enero de 2016 y el 30 de abril de 2016 con signos y/o síntomas compatibles con faringoamigdalitis aguda. Se recogieron dos muestras simultáneas de exudado faríngeo a cada uno de los pacientes. Una muestra se utilizó para realizar el TDR en la propia consulta de urgencias de pediatría, según especificaciones de la técnica, mientras la otra muestra se remitió al servicio de microbiología para la realización del cultivo en los medios apropiados (método de referencia).

Se estudiaron 84 pacientes. Cuando se comparó el resultado del TDR con el cultivo se encontró una sensibilidad del 78%, especificidad del 71%, valor predictivo negativo del 84% y valor predictivo positivo del 63%. Se obtuvieron 15 falsos positivos (17,85%) y 7 falsos negativos (8,33%).

Podemos concluir que casi un 20% de los pacientes recibieron un tratamiento innecesario y un 8% tuvieron un retraso en su diagnóstico y por tanto en su tratamiento, con la consecuente generación de nuevas consultas y de nuevas pruebas.

Se confirma la colaboración entre servicios y la actuación integrada como herramienta eficaz para validar las técnicas de “point of care”, así como para prevenir y controlar el riesgo.

Consideramos que es muy importante realizar la validación de las técnicas “point of care” y mantener sistemas de monitorización continua con el fin de conocer su verdadera capacidad de discriminación en la práctica diaria.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 300

TÍTULO: DERECHOS ARCO: REDISEÑO DEL PROCESO DE ACCESO A LOS DATOS DE SALUD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: MOHEDANO GOMEZ, ANA.; BERENQUER GARCIA, MJ.; MIÑARRO DEL MORAL, RM.; TEJEDOR FERNANDEZ, M.; RUIZ GARCIA, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal, recoge una serie de derechos fundamentales de los ciudadanos, entre los que figuran el derecho al Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (Derechos ARCO). Su ejercicio es personal, de carácter gratuito y están sujetos a plazo. Con objeto de garantizar el ejercicio de dichos derechos por parte de los ciudadanos en relación a los datos contenidos en la historia de salud se han adoptado medidas que obligan a la reingeniería del proceso previamente existente en el Servicio de Calidad y Documentación Clínica (CDC).

Describir la reingeniería del proceso de ACCESO A LOS DATOS DE SALUD en el hospital.

Definición de la Unidad ARCO.

Constitución de un grupo de trabajo, compuesto por los aux. administrativos y los responsables de la unidad (CDC), con la coordinación de un experto en metodología de procesos.

Revisión del proceso que estaba establecido previamente.

Rediseño del proceso mediante metodología de reingeniería de procesos.

Implantación.

Constitución de la Unidad ARCO: se constituyó en este hospital en una sesión celebrada el día 25 de febrero de 2016 y en ella participan tres miembros del servicio de Calidad y Documentación Clínica (CDC).

Las actividades asignadas a nuestro servicio (CDC) en relación al ACCESO A LOS DATOS DE SALUD, comprenden todo el proceso desde la recepción de solicitud hasta la entrega de la documentación solicitada, quedando todo registrado en el programa ARCO.

Se ha desarrollado toda la REINGENIERÍA DEL PROCESO de acceso a la Historia de Salud, definiendo los flujos de trabajo y definiendo todas las actividades: recepción de solicitud y registro, identificación de la necesidad de información, realización de copia de la documentación solicitada, entrega de documentación y registro del cierre del proceso.

Se ha establecido un único punto de atención (integrado en el área de Atención al Ciudadano) para la solicitud y entrega de la documentación. Para ello se ha definido un espacio en el SAC que ha sido dotado del mobiliario y equipos necesarios.

Se garantiza la trazabilidad del proceso ya que en todo momento se dispone de información para saber en que situación se encuentra la solicitud.

Disminución del número de copias genéricas (copia total) de historia clínicas.

Nº de solicitudes realizadas enero – mayo 2016: 2.179

Nº de copias realizadas: 2.115

Nº de copias recogidas enero – mayo 2016: 1.954

Nº de copias no recogidas: 161

En el póster se expondrán el resto de resultados.

CONCLUSIÓN

La reorganización del proceso de ACCESO A LOS DATOS DE SALUD ha supuesto una mejora en la atención al ciudadano en la garantía de acceso a sus datos, así como una mejora en la organización de los servicios que prestaban este derecho en el hospital.

La adopción de la nueva aplicación, registros ARCO, así como su puesta en marcha no ha estado exenta de problemas ya que no permite la modificación de datos una vez cumplimentado el formulario.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 301

TÍTULO: CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES ANTE LOS NUEVOS FÁRMACOS ANTICOAGULANTES

AUTORES: LARA LARA, MARÍA DOLORES.; SEGURA SAINT- GERONS, A.; SEGURA SAINT-GERONS, C.; ARIZÓN DEL PRADO, JM.; MENGIBAR PAREJA, V.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardiaca crónica más frecuente incrementándose su prevalencia con la edad. La complicación más importante de la FA por su frecuencia e impacto en la mortalidad prematura y en la discapacidad es el ictus. La anticoagulación oral (TAO) ha demostrado ser una de las medidas terapéuticas más efectivas para disminuir la incidencia de embolismos cerebrales y sistémicos, siendo clásicos los fármacos antagonistas de la vit K, pero estos han presentado una serie de problemas prácticos, por lo que han aparecido un nuevo grupo de fármacos anticoagulantes orales (NACO) que constituyen una alternativa mejor y más segura.

Cuantificar los pacientes con FANV de novo que acuden a nuestra consulta. Detectar la percepción de seguridad y efectos adversos del NACO. Implicación de Enfermería en la Educación para la salud (EpS) de los pacientes a los que se les prescribe NACO.

Se trata de un estudio observacional, descriptivo realizado entre 1-10-13 y 31-1-14 en la consulta externa de Cardiología. Se estudiaron variables demográficas, tipo de arritmia y NACO prescrito y se le explico en la consulta el empleo y características del NACO prescrito. Para valorar la percepción de riesgo de seguridad y efectos adversos se les proporcionó un formulario con 4 preguntas cerradas y devolverlo antes de salir de la consulta.

Se han estudiado en total 728 pacientes de los cuales 396 (54,39%) eran hombres y 335 (46,01%) mujeres. Del total de pacientes estudiados 163 pacientes (22,39%) tenían arritmia embolígena, de los cuales 136 (83,43%) de la muestra arritmica tenían FANV y 27 pacientes (16,56%) tenían fibrilofluter auricular (FLA/FA.)

A 68 pacientes (41,71%) se le prescribió Dabigatran etexilato, a 60 de ellos (36,80 %) rivaroxaban y a 31 pacientes (19,01 %) apixaban. Entregaron el cuestionario todos los pacientes 100%

CONCLUSIONES:

Los NACO aunque son más seguros que los antagonistas de la vit.K no están exentos de riesgos. Al no necesitar controles periódicos, puede disminuir la percepción de riesgo por parte del paciente.

Enfermería debe y tiene la obligación de implicarse en la EpS de estos pacientes para que realicen el tratamiento de forma correcta y segura

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 302

TÍTULO: NO MAS MIEDOS

AUTORES: CARVAJAL REVUELTA, DANIEL.; DE GUSTIN HERNANDEZ, P.; ADRIA MARTINEZ, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En general las pruebas médicas, producen cierta tensión y malestar, pero especialmente hay algunas que resultan más complicadas, no por dolorosas, sino porque generan en los pacientes miedos, angustia y ansiedad, por sus características y larga duración, como la resonancia magnética.

Hay estudios que muestran que entre el 1% y el 2% de todos los pacientes programados para resonancia magnética sufren de ansiedad claustrofóbica, y entonces o bien no pueden seguir con el estudio o requieren sedación para completar la exploración, o la derivación a otros centros que dispongan de una RM abierta, aumentando considerablemente los costes.

Como consecuencia de todo esto y con el fin de reducir costes y dar una mejor atención a nuestros pacientes desde el servicio de Radiodiagnóstico del HUIE se ha elaborado un plan de actuación para ayudar a estos pacientes a superar sus limitaciones y conseguir que se sometan a la resonancia en óptimas condiciones.

- Tutelar y dar apoyo aquellos pacientes claustrofóbicos a la hora de abordar una RM
- Prevenir a aquellos que aun no teniendo claustrofobia no pueden completar la exploración por ansiedad
- Conseguir que el paciente supere la prueba con total garantía
- Disminuir el grado de ansiedad mediante una información veraz y entrenamiento individualizado.
- Generar un ambiente relajado y de confort para todos los pacientes

Queremos realizar un programa propio que vaya dirigido a pacientes claustrofóbicos o a aquellos que hayan sufrido alguna crisis ante la realización de una resonancia previa.

El proceso consiste básicamente en realizar con los pacientes un entrenamiento previo, utilizando la técnica de desensibilización sistemática, para proceder a la realización de la prueba con plenas garantías.

1. Información detallada del entrenamiento y de los pasos a seguir
2. Desmitificar la resonancia
3. Trabajó en casa: ejercicios respiración y relajacion, visualización de imágenes positivas, musicoterapia.

En la mayoría de los casos no existe patología psíquica y gran parte de ese temor o miedo proviene de la desinformación de ahí que cobre vital importancia la información veraz y detallada del plan de trabajo a seguir para poder afrontar la prueba con todas las garantías y minimizar todos sus temores.

El objetivo final de este proyecto es tutelar dando apoyo de manera íntegra y personalizada a todos aquellos pacientes que lo demanden, mejorando así el nivel de satisfacción del paciente, reduciendo tiempos y demoras en la listas de espera y ahorrando recursos económicos, materiales y humanos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 303

TÍTULO: CONSULTA NO PRESENCIAL EN LA PATOLOGÍA DEL TRACTO GENITAL INFERIOR: INNOVACION PARA LA MEJORA DE LA EFICIENCIA

AUTORES: RODRÍGUEZ CANDIA, JUAN MIGUEL.; FRAGA CAMPO, SG.; DÍAZ BIDART, Y.; BORDÉS INFANTES, M.; SANCHEZ MENAM, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino se controlan en la Consulta de Tracto Genital Inferior (TGI) siguiendo un protocolo basado en la Oncoguía de la SEGO mediante algoritmos ajustados a las diferentes patologías. En esta consulta en 2015 se atendieron 2.115 pacientes de las cuales 1.770 fueron revisiones de control y entrega de resultados, lo que supone un 83,68 % del total de las consultas. Se ha puesto en marcha un nuevo sistema de consultas no presenciales a través del Portal Web del Paciente para hacer estas revisiones de una forma más eficiente.

Aumentar la eficiencia del sistema, disminuyendo el número de desplazamientos innecesarios al Hospital para entrega de resultados, utilizando vías de comunicación innovadoras gracias a las TICs. La paciente debe formar parte de su propio control y seguimiento y no solamente recoger un resultado en la consulta. Garantizar un estudio completo de la enfermedad siguiendo las vías clínicas propuestas en la Oncoguía. Información adecuada sobre los diferentes tratamientos en cada caso y un seguimiento adecuado. Evaluación periódica del proceso y los resultados mediante indicadores de calidad que permitan planificar propuestas de mejora para incrementar la efectividad y la eficiencia.

Las pacientes susceptibles de ser vistas en la consulta de TGI por presentar citologías alteradas llegan procedentes de Atención primaria y Consulta Especializada del Hospital. Tras la primera consulta y según el informe de la citología se realizarán las pruebas oportunas: colposcopia y biopsia cervical si procede, control con cotest. Se informa a la paciente de la posibilidad del seguimiento mediante una visita no presencial utilizando el Portal del Paciente a través del cual puede acceder a sus pruebas diagnósticas, informes médicos y citas, ya que es un servicio on line cómodo y ágil evitando el desplazamiento al Hospital.

La respuesta del médico responsable se ajusta para cada uno de los 17 algoritmos propuestos en función de las diferentes posibilidades que puede presentar cada patología, donde se tienen en cuenta variables como la edad de la paciente, paridad, otras enfermedades, resultados de citología, VPH, biopsias y en cada caso se sigue un itinerario diferente, adaptado a cada patología hasta que es dada de alta de la consulta.

A través de las herramientas que nos proporcionan las nuevas tecnologías se puede conseguir una nueva forma de comunicación médico-paciente así como un nuevo modelo de asistencia sanitaria, más eficiente y que genera un grado mayor de satisfacción para el paciente y para el profesional que puede personalizar la asistencia en función del perfil de las pacientes y optimizar el tiempo y la gestión de sus actividades.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 304

TÍTULO: INSUFICIENCIA CARDIACA (IC): NUEVO MODELO DE ATENCIÓN DIAGNOSTICA INTEGRADA

AUTORES: CURTO ROMEU, CLAUDIA.; LUCAS NOLL, J.; GAVALDÀ ESPELTA, E.; BRUNET REVERTE, N.; BAUCELLS LLUÍS, J.; IRIGOYEN GARCIA, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La IC constituye un problema clínico y asistencial que va aumentando en magnitud de forma progresiva durante los últimos años.

Es evidente la importancia del diagnóstico precoz de la IC, sobretodo en pacientes tributarios de un tratamiento farmacológico que consigue modificar el curso clínico de manera eficaz.

En pacientes con sospecha diagnóstica, la determinación plasmática del BNP ha sido identificada en diferentes trabajos como un excelente método para el cribado de disfunción ventricular izquierda (DVI). La importancia de diagnosticar la IC lo antes posible, sobretodo en la población con un mayor riesgo a presentarla y la mala accesibilidad desde la consulta de Atención Primaria (AP) a las pruebas diagnósticas confirmatorias, como la ecocardiografía, nos impulsan a la búsqueda de nuevas herramientas que faciliten la confirmación diagnóstica de los pacientes con sospecha de IC.

Establecer mediante la coordinación entre Atención primaria y el Hospital de referencia un circuito diagnóstico precoz de la IC.

A partir de la ruta de la IC, elaborada en el territorio, se crea un aplicativo informático que permite una conexión entre atención primaria i hospitalaria para establecer el diagnóstico de insuficiencia cardiaca. Se distribuyen por los centros de atención primaria aparatos para realizar mediciones de pro BNP de manera inmediata para obtener así un valor de referencia a través del que se permite por un aplicativo informático activar la ruta diagnóstica de la insuficiencia cardiaca.

Cuando se desea solicitar un BNP a un paciente con sospecha de IC, el médico accede a un aplicativo, rellena los datos del paciente (criterios de Framingham), se realiza la extracción de sangre para determinar el BNP y se anota el resultado en el aplicativo informático.

Si el resultado es positivo el cardiólogo de referencia recibe un aviso informático y él directamente quien cita al paciente en una visita de alta resolución para realizar la ecocardiografía y el diagnóstico final.

RESULTADOS:

En nuestra SAP se han realizado hasta la fecha actual 231 peticiones de proBNP .

Respecto a los resultados positivos en nuestro EAP se han diagnosticado un 34,4% de nuevos casos de insuficiencia cardiaca con ecocardiograma en 2016 y un 59,4% hasta mayo de 2016.

CONCLUSIONES:

- La coordinación entre niveles asistenciales y la implantación de la ruta asistencial en el proceso diagnóstico de la insuficiencia cardiaca permite realizar un diagnóstico precoz de la misma con mínima repercusión para el paciente

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 305

TÍTULO: ESTUDIO DE LA ASERTIVIDAD EN LOS ENFERMEROS EN LA REGIÓN DE MURCIA

AUTORES: ROJAS LUAN, ROXANA.; CANTERO SANDOVAL, A.; MARIN MARTINEZ, JM.; TORRES MARIN, ME.; MANZUR ROJAS, P.; FERNANDEZ GARCIA, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La asertividad es una habilidad social adquirida que facilita la negociación, algo muy importante en la asistencia sanitaria de ahí que nos planteemos si los profesionales sanitarios de la región la han adquirido

Estudiar la asertividad de los enfermeros de la región

Estudio multicéntrico observacional descriptivo prospectivo

Muestra aleatoria simple formada por los enfermeros de los servicios de urgencias de 9 hospitales (H) 27 SUE y 17 Unidades medicalizadas de emergencias (UMEs) de la región 27 servicios especiales de emergencias (SUE) y 82 centros de salud (CS). Muestra calculada según plantilla en octubre 2014

El instrumento es la "Escala Multidimensional de Asertividad (EMA) desarrollada por Flores y Díaz-Loving (2004) y Editada por Manual Moderno (vendida por Pearson en España), consta de 45 afirmaciones o ítems tipo Likert de cinco opciones de respuesta (1 a 5), de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo, con tres dimensiones: asertividad indirecta, no asertividad y asertividad.

Realizada entre octubre 2014 y julio 2015

Análisis estadístico: paquete estadístico SPSS, significativos $p < 0,05$.

Total 481 de encuestas.

Tasa de respuesta 61,86

Edad promedio 43,44  9,6

Hombre 65,2%

No encontramos diferencias en los resultados por sexo ni por nivel asistencial

Asertividad indirecta:

Alta CS 14,5% SUE 13,1% UME 8% UH 12,1%

Baja CS 64% SUE 70 UME 73% UH 66%

No asertividad:

Alta 0% en los 4 niveles asistenciales

Baja CS 71,5% SUE 78,6% UME 75,7 UH 70,7%

Asertividad:

Alta CS 40,3% SUE 35,7% UME 45,9% UH 40,8%

Media CS 59,1% SUE 64,3% UME 54,1% UH 58

Baja CS 0,5% SUE 0% UME 0% UH 1,1%

Predominan las conductas asertivas en todos los niveles: CS 53,39  8,61, SUE 53,25  7,65, UME 54,59  8,18, UH 53,33  9,6

Conclusiones

Los enfermeros de la región independientemente del nivel asistencial tienen desarrollada la habilidad social de la asertividad, siendo además ésta la conducta que predomina en ellos.

Ninguno tiene una no asertividad alta, que nos indicaría que precisaría intervención terapéutica sobre ellos.

El nivel asistencial no parece influir, a pesar de la variabilidad de tipo de asistencia que se desarrollan, en el tipo de conducta que desarrolla el profesional.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 306

TÍTULO: CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA CON MACROMOLÉCULAS FLUORINADAS: ¿REDUCE OCLUSIONES/TROMBOSIS VENOSAS PROFUNDAS?

AUTORES: FERNÁNDEZ-MIERA, MANUEL FRANCISCO.; RUBIO-DE LAS CUEVAS, M.; RODRÍGUEZ-DE LA VEGA, C.; GONZÁLEZ-BARRERA, S.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La oclusión de un catéter central de inserción periférica (PICC) es una complicación posible en pacientes sometidos a quimioterapia en un hospital de día, que siempre genera sobrecostos. Una reducción de la misma, mediante innovaciones tecnológicas del propio PICC, redundaría en una mayor eficiencia del tratamiento antineoplásico ambulatorio.

Determinar la efectividad de un PICC con macromoléculas fluorinadas modificadoras de la superficie (PF), en reducir la incidencia de oclusiones del catéter y la aparición de trombosis venosa profunda (TVP) asociada al catéter en pacientes con cáncer sometidos a tratamiento antineoplásico ambulatorio.

Estudio prospectivo, longitudinal (durante 6 meses), comparativo entre PF y PICC estándar (PS), aleatorizado y no ciego, llevado a cabo en la Unidad de Radiología Vascular Intervencionista y el Hospital de Día Médico de un Hospital Universitario, sobre la evolución de 100 PICCs colocados consecutivamente (septiembre/15 a marzo/16) a pacientes neoplásicos, seleccionados mediante estrictos criterios de inclusión y exclusión. Aplicación de protocolos específicos de inserción, cuidados y desobstrucción del PICC así como de tratamiento de la TVP. Variables resultado: 1) Incidencia de oclusión del PICC y/o TVP asociada al mismo, 2) Tiempo entre la inserción del PICC y la oclusión o TVP. Variables explicativas: previas a inserción (edad, sexo, hematemetría, función renal, índice de masa corporal, episodios de TVP en diferente territorio, motivo de colocación), durante la inserción (brazo utilizado, vena utilizada, diámetro venoso, intentos) y en el mes previo a la oclusión o TVP (tipo de tratamiento antineoplásico, hospitalización, cirugía, eritropoyetina, transfusiones, antiagregantes, anticoagulantes) Aplicación de estadísticos adecuados a cada escenario para determinar la significación estadística de las diferencias observadas y los factores de riesgo asociados.

Hasta el momento de enviar la comunicación sólo 33 PICCs han completado el seguimiento de 6 meses, habiéndose producido la oclusión de dos PF y siete PS. No se ha producido ninguna TVP asociada al PICC. El seguimiento de los 100 PICCs, todos ya insertados, finalizará en septiembre/16. Media de edad 58,75 años. Varones 47. Medias de hemoglobina 12,2 g/dL, plaquetas 284.000/μL, leucocitos 7630/μL, filtrado glomerular 82 mL/mn e IMC 27,3. TVP previa en otro territorio en 3 pacientes. Motivo de colocación: fármaco vesicante 31, malos accesos venosos 37, quimioterapia de perfusión continua 23, quimioterapia de larga duración 9. Brazo utilizado: izquierdo 82, derecho 18. Vena utilizada: basilíca 75, braquial 25. Media de diámetro venoso 4,7 mm. Media de intentos 1,5.

Pendientes de completar el seguimiento de los 100 pacientes para sacar conclusiones más fidedignas, impresiona de que la utilización de PF en lugar de PS puede ser un factor reductor de la incidencia de oclusiones y, por lo tanto, contribuir a la eficiencia del tratamiento antineoplásico ambulatorio.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 307

TÍTULO: METODOLOGÍA LEAN COMO HERRAMIENTA PARA EL REGISTRO DE INCIDENCIAS EN UN SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES: COMET BERNAD, MACARENA.; REAL CAMPAÑA, JM.; LARRODE LECIÑENA, I.; LOPEZ MIRETE, A.; VINUES SALAS, C.; ABAD SAZATORNIL, MR.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El registro y análisis de las incidencias es fundamental tanto para detectar los errores importantes y los puntos débiles del sistema, como para establecer soluciones. Además permite priorizar las acciones correctivas a llevar a cabo según la gravedad o recurrencia de la incidencia. Es fundamental la formación para implicar al personal y de esta manera prevenir y disminuir el número de errores cometidos.

Analizar las incidencias registradas en el Servicio de Farmacia durante el año 2015 y las medidas llevadas a cabo para solucionarlas y prevenirlas en el futuro.

Se recogieron las incidencias ocurridas en el Servicio de Farmacia durante el año 2015 mediante la metodología LEAN, y se analizaron descriptivamente según el tipo de incidencia, el personal que la registró, la valoración que recibió y si obtuvo una solución inmediata. Además se analizaron si las incidencias habían supuesto la implantación de una acción correctiva. Los datos fueron procesados con el programa estadístico Stata13.

En el año 2015 se registraron un total de 771 incidencias, las más habituales fueron un 12,8% (99) que correspondían a Organización de servicios, 11,3% (87) Error dispensación, 10,6% (82) Error preparación no dispensados, 10,0% (77) Error proveedor, 7,5% (58) tanto Organización SF (Servicio farmacia) como Instalaciones/Material, 5,8% (45) Seguridad, 5,2% (40) Conservación, 4,7% (36) Error gestión, 4,4% (34) Error devolución por plantas y Sobrecarga, 4,2% (32) Error sistemas y 11,5% (89) Otros. Analizándolas según el personal que las registró: un 23,1% (178) por equipo Guardia dispensación, 17,6% (136) Dispensación General, 15,2% (117) Laboratorio (Auxiliares de enfermería y enfermeras), 12,5% (96) Dispensación Unidosis (Auxiliares enfermería), 9,6% (74) Administrativos, 7,4% (57) CIM-oncología-nutrición (Farmacéuticos), 5,2% (40) Responsable calidad, 4,9% (38) Unidosis farmacéuticos, 2,9% (22) Guardia laboratorio y 1,7% (13) Otros. Según el carácter de la incidencia (gravedad, tipo, etc.) se clasificaron en 3 categorías, el 67,6% (521) se clasificó como Se realizará seguimiento, 32,0% (247) No requiere más acciones y 0,4% (3) No conformidad no registrada previamente. El 65,2% (503) de las intervenciones tuvieron una solución inmediata. En un 30,2% (233) de las incidencias se implantó una acción correctiva para prevenir la recurrencia de las mismas, además 6 de ellas se consideraron No conformidad, por su gravedad o su ocurrencia reiterada en el tiempo.

En el Servicio de Farmacia de un hospital de tercer nivel es frecuente la ocurrencia de incidencias y errores debido a la alta rotación de personal y una importante carga asistencial. Se debe por tanto implicar al personal mediante la formación y la comunicación, y fomentar el registro de incidencias en las diferentes áreas del servicio. Estas medidas facilitan establecer cuáles son los errores más frecuentes y graves, y las acciones correctivas necesarias para prevenirlos y disminuir su número.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 308

TÍTULO: IMPLEMENTACIÓN DE LAS TICS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO. APLICACIÓN PARA MÓVIL “QUIMIOAYUDA”.

AUTORES: PALERO SANZ, LUIS FELIPE.; ARIAS RUIZ, MJ.; RODRIGO HERNÁNDEZ, A.; GARCÍA ARANDA, MD.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los cuidados familiares abarcan al 98% de los cuidados domiciliarios en España. Ello propicia la variabilidad en la calidad de los cuidados, que repercute negativamente en la seguridad del paciente y en la calidad de vida, tanto del paciente como de su cuidador.

Los pacientes oncológicos en tratamiento con quimioterapia reciben información detallada por parte de distintos profesionales sobre su proceso y tratamiento.

Debido al shock psicológico, al impacto emocional de la enfermedad y a la incompreensión del lenguaje utilizado por sanitarios, hacen que mucha de dicha información no sea eficaz.

Los quimioterápicos, se administran de forma ambulatoria. Sin embargo sus efectos secundarios, los sufren en casa donde están solos. En ese momento surgen dudas para enfrentarse a ellos. Muchos buscan la información por canales más cercanos, que no son fiables agravando con frecuencia la situación del paciente.

Las TICs son un medio educativo contrastado para complementar la información de la asistencia sanitaria. Hemos de adaptarnos a la situación nueva que se nos presenta y aprovechar las herramientas de la comunicación. Es crítico realizar una adecuada gestión del conocimiento de los cuidados domiciliarios, hemos de poner solo el conocimiento seguro que necesitan donde y cuando lo necesitan.

Extender el ámbito de influencia de enfermería oncológica más allá de los servicios donde trabajamos, proporcionando la información necesaria en el momento adecuado.

Elaboración de una aplicación móvil -con un lenguaje claro y conciso- donde pacientes y familiares puedan consultar, qué pueden hacer ellos para minimizar cada efecto secundario.

Fomentar la independencia del paciente y la colaboración de su familia.

Prevenir desplazamientos a urgencias, citas para control de síntomas leves y reducir la ansiedad provocada por el desconocimiento e incertidumbre.

Disminuir el gasto sanitario.

Formación del grupo de trabajo

Búsqueda bibliográfica a través de las páginas web de sociedades científicas y fundaciones oncológicas nacionales e internacionales.

Revisión sistemática de documentación actualizada

Diseño y elaboración de las recomendaciones por efectos secundarios, que fueran identificables por los pacientes en casa sin exploraciones complementarias, o conocimiento no reglado.

Adecuando el lenguaje y el contenido de los mismos a los pacientes y sus domicilios.

Revisión por personas anónimas y ajenas a la profesión sanitaria

Búsqueda de financiación.

Vídeo para la presentación de la aplicación.

Premio IMIBIC-ROCHE en diciembre de 2015.

Desarrollo de la aplicación en fase beta. Probablemente en el momento del congreso esté en tiendas.

Solicitud el Distintivo AppSaludable de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Esperamos que con el uso de la aplicación los pacientes con quimioterapia tengan una herramienta segura y fiable, que disminuya la variabilidad de los cuidados domiciliarios familiares, mejorando la calidad de los cuidados y su calidad de vida.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 309

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE REGORAFENIB EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO

AUTORES: URDA ROMACHO, JOAQUIN.; NIETO GUINDO, P.; MARTINEZ VELASCO, E.; JOFRE PERALTA, A.; FERNANDEZ MARTIN, JM.; ACOSTA ROBLES, P.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Regorafenib es un fármaco antitumoral oral que se utiliza en el tratamiento de pacientes adultos con cáncer colorrectal metastásico (CCRm). Diversos estudios han demostrado un efecto marginal de regorafenib en el aumento de la supervivencia global (SG), con un elevado riesgo de efectos adversos (EA) y sin ninguna mejora en la calidad de vida del paciente.

Evaluar la eficacia y seguridad de regorafenib en el tratamiento del CCRm y compararlo con los resultados de los estudios pivotaes.

Estudio descriptivo observacional y retrospectivo de la utilización de regorafenib en pacientes con CCRm desde su comercialización hasta mayo de 2016 en un hospital de tercer nivel. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, mutación del gen KRAS, estado funcional (ECOG), tipo de metástasis, líneas previas de tratamiento, número de ciclos y posología de regorafenib. Para evaluar la eficacia se determinó la SG y la supervivencia libre de progresión (SLP). La seguridad se evaluó mediante el registro de EA y modificaciones de dosis. Los resultados fueron comparados con los obtenidos en el estudio CORRECT (mediana de SLP de 1,9 meses y SG de 6,4 meses). Los datos fueron obtenidos del programa de prescripción electrónica de Pacientes Externos y de la Historia Clínica.

Se identificaron 11 pacientes (8 mujeres) tratados con regorafenib. La edad media fue de 59 años (rango 30-76). Todos los pacientes con ECOG igual o inferior a 1. 2 pacientes presentaron metástasis pulmonares, 3 pacientes metástasis hepáticas, 5 pacientes metástasis pulmonares y hepáticas y 1 paciente metástasis pulmonar, hepática, ósea y ganglionar. La mutación del gen KRAS se observó en 5 pacientes. Todos los pacientes recibieron quimioterapia previa al tratamiento con regorafenib basada en esquemas con oxaliplatino, 5-FU e irinotecan. La media de líneas de tratamiento previos a regorafenib fue 3,2. La media de ciclos de regorafenib recibidos fue 4,3 ciclos. 8 pacientes iniciaron tratamiento con regorafenib con dosis de 160 mg/ 24h y 3 pacientes iniciaron tratamiento con reducción de dosis (120 mg/ 24h). La mediana de SLP fue 3,2 meses y la de SG 5,1 meses. Los EA más frecuentes que se observaron fueron mucositis grado 1, exantema y mialgias. 4 pacientes abandonaron el tratamiento por mala tolerancia y 5 pacientes lo abandonaron por progresión de la enfermedad. A 5 pacientes se les modificó la dosis de regorafenib durante el tratamiento. Los resultados de eficacia, en cuanto a SPL, resultan superiores en nuestra población respecto a los obtenidos en el ensayo CORRECT, aunque respecto a la SG nuestros resultados son inferiores a dicho estudio. El perfil de seguridad es similar a los estudios publicados. Estos datos deben interpretarse con cautela debido al pequeño tamaño muestral de nuestro trabajo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 310

TÍTULO: IMPORTANCIA IDENTIFICACIÓN CRITERIOS DE COMPLEJIDAD EN PACIENTES ATENDIDOS POR ENFERMERAS GESTORAS CASOS HOSPITALARIAS

AUTORES: LOPEZ JIMENEZ, ESPERANZA.; JAÉN TORO, M.; MARTINEZ REPISO, E.; CABRERA PALOMO, L.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La atención a pacientes con enfermedades crónicas tiene la máxima prioridad y se orienta hacia un modelo de atención integrada sanitaria y social centrada en personas y no en enfermedades, propiciando el protagonismo del paciente.

En este contexto la gestión de casos es un proceso de colaboración para satisfacer las necesidades de salud de personas con nivel elevado de complejidad clínica y cuidados y su entorno cuidador.

Identificar la población con mayor complejidad clínica y cuidados.

Asegurar la continuidad asistencial.

Garantizar el cumplimiento del plan terapéutico.

Mantener y mejorar la calidad de vida del paciente y persona cuidadora

Análisis retrospectivo: datos obtenidos en 2015 en la gestión de casos en nuestro hospital. Utilización Criterios Tipo recogidos en modelo de gestión de casos de SSPA que definen nuestra cartera de clientes. Recogen características: paciente, atención sanitaria y entorno socio-familiar.

Nuestro análisis va centrado en la identificación de los casos con un criterio tipo I que indican el nivel de complejidad y el grado de intervención de nuestro trabajo en: Comorbilidad asociada, Impacto de la enfermedad sobre la capacidad de autocuidado y la autonomía, Proceso terminal, Múltiples y obligadas coordinaciones e intervenciones interdisciplinarias, Déficit de adherencia al tratamiento, Claudicación familiar y Personas cuidadoras con capacidad limitada.

En 2015 valorados 3370 pacientes ingresados y 993 externos, 2850 cuidadoras de pacientes ingresados y 495 externos.

Los procesos asistenciales mayoritarios: Pluripatológicos 822, Fractura cadera anciano 555, Demencias 712, ACVA 374, EPOC 62, Insuficiencia cardiaca 346

Otros procesos destacados: ELA 116, Ventilodependientes en domicilio 30, Insuficiencia respiratoria 394, Procesos neurológicos 306

Diagnósticos enfermeros: Deterioro de la movilidad física 2188, Riesgo cansancio rol cuidador 779, Cansancio rol cuidador 225, Intolerancia a actividad 399, Riesgo síndrome desuso 729, Manejo inefectivo régimen terapéutico 276, Conocimientos deficientes 1306, Duelo anticipado 275, Afrontamiento familiar comprometido 1071

El 85,19% de los pacientes valorados eran susceptibles de gestión de casos según un criterio tipo 1 de elevada complejidad y grado de intervención de las enfermeras gestoras de casos. La identificación de los pacientes y personas cuidadoras en este grupo de alta complejidad en sus cuidados permite una mayor optimización de los recursos y priorización de la intervención de la enfermera gestora de casos hospitalaria. La gestión de casos permite garantizar la continuidad asistencial, seguridad del paciente y familia, aumentar el afrontamiento y cumplimiento del régimen terapéutico.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 311

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DEL HEMOCOD COMO SISTEMA DE SEGURIDAD EN EL PROCESO TRANSFUSIONAL

AUTORES: CABELLO MONTORO, FRANCISCO JOSÉ.; DE LA HABA GAVILÁN, V.; ROMERO GARCÍA, L.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La transfusión de sangre y hemoderivados cuenta actualmente con un elevado nivel de seguridad. No obstante, pueden producirse efectos adversos durante el proceso transfusional siendo el más frecuente el error en la administración debido principalmente a una incorrecta identificación del paciente ya sea en la extracción de la muestra o en el inicio de la transfusión.

por este motivo, el sistema HEMOCOD es una herramienta que optimiza el proceso transfusional aumentando la seguridad y minimizando los errores en la administración del producto.

- Aumentar la seguridad transfusional mediante la minimización de errores.
- Conseguir la trazabilidad completa del proceso transfusional.
- Disponer de un sistema de alerta rápida.
- Alcanzar los estándares de calidad exigidos.

Implantación del sistema HEMOCOD en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital universitario Reina Sofía.

Tras la implantación de los terminales PDA con lector de código de barras en la unidad, se realizaron sesiones formativas para el personal de Enfermería.

El método descriptivo longitudinal expone que el proceso transfusional se inicia con la petición de transfusión por parte del facultativo tras la cual Enfermería procede a la extracción de la muestra para pruebas cruzadas y colocación de la pulsera identificativa al paciente con código de barras. La muestra es enviada a laboratorio.

El servicio de Hematología recibe la muestra y procesa el producto que envía a la unidad peticionaria. Tras la recepción, el personal de Enfermería valida el producto mediante la PDA y se inicia la transfusión. Al finalizar la misma, se cierra el proceso nuevamente mediante la PDA.

Debido a la complejidad técnica del sistema, la implantación no ha sido tarea fácil. No obstante, la implicación del personal ha permitido que la correcta identificación del paciente a transfundir por medio de la lectura del código de barras.

De este modo, se puede concluir que el sistema HEMOCOD permite garantizar la seguridad transfusional al validar correctamente al profesional, al paciente y al hemoderivado.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 312

TÍTULO: TRASLADO DE UNA UNIDAD DE RADIOFARMACIA CON AMPLIACIÓN DE PRESTACIONES Y MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACIÓN ISO 9001:2008

AUTORES: MARTIN FERNANDEZ, NOELIA.; VIGIL DIAZ, C.; DIAZ PLATAS, L.; TENORIO MARTIN, R.; MARTINEZ ORTEGA, MC.; GONZALEZ GARCIA, FM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Todo cambio de ubicación de un centro sanitario supone un reto organizativo y puede acabar siendo una experiencia traumática tanto para profesionales como para pacientes. En la literatura existen publicaciones dedicadas a la gestión del traslado de centros asistenciales, sin embargo, es muy escasa la experiencia sobre la gestión del cambio de una Unidad de Radiofarmacia. Estas unidades, altamente especializadas, se encargan de la adquisición, preparación y dispensación de monodosis de radiofármacos (medicamentos especiales por contener isótopos radiactivos) 'materia prima' para la actividad diaria de los Servicios de Medicina Nuclear.

Consideramos la experiencia de interés: primero, por el desconocimiento general que tienen las organizaciones sanitarias de las funciones de estas unidades; segundo, por la extraordinaria complejidad inherente a su funcionamiento; y tercero, por la magnitud del reto de la recertificación de calidad en la nueva ubicación incluyendo nuevas instalaciones, equipamiento, procedimientos y ampliación de las prestaciones. Todo ello, sin afectar a los pacientes durante el proceso, manteniendo la actividad asistencial y sin perder el compromiso de los profesionales.

1.Describir la planificación y ejecución del traslado: fases principales y elementos críticos (profesionales afectados, tareas a realizar, responsables, secuencia prevista, metodología y cronograma).

2.Evaluar los resultados: analizar el cambio producido para los usuarios, los profesionales y para la organización.

1.FASE DE PREPARACIÓN:

- 1a. Negociar con la Dirección: Objetivos, criterios de calidad, recursos disponibles y cronograma.
- 1b. Identificación de puntos críticos del proceso de cambio.
- 1c. Identificación de profesionales afectados y plan de comunicación.
- 1d. Secuencia de actividades conducentes al cambio planificado y responsables de las mismas.
- 1e. Identificación de las dificultades y errores a evitar.

2.FASE DE DUPLICACION:

- 2a. Asegurar el mantenimiento de la actividad en la 'vieja' ubicación.
- 2b. Iniciar la actividad en la nueva ubicación: implantar nuevas prestaciones.

3.FASE FINAL:

- 3a. Realizar toda la actividad en la nueva ubicación.
- 3b. Desmantelar la vieja ubicación.
- 3c. Evaluación de los resultados:
 - 3c1. Evaluación del impacto en los usuarios.
 - 3c2. Evaluación del impacto en los profesionales.
 - 3c3. Evaluación del impacto en la Organización.

1.USUARIOS: Mantener el grado de satisfacción de los clientes y mantener la actividad asistencial durante todo el proceso. El índice de satisfacción global fue 8,79 sobre 10 antes del traslado y 9,2 sobre 10 en la nueva Unidad.

2.PROFESIONALES: 100% de profesionales formados en los nuevos equipos y procedimientos y mantenimiento del compromiso con la unidad.

3.ORGANIZACIÓN: Incremento de prestaciones hasta alcanzar todo el catálogo de la SEMNIM, desarrollando todas las prestaciones PET/CT y obtención de la recertificación de calidad ISO 9001:2008 al finalizar el proceso.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 313

TÍTULO: EL DAFO APLICADO A LA OBTENCIÓN DE PROPUESTAS DE MEJORA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA CONCILIACIÓN FARMACOLÓGICA

AUTORES: TEJERO VIDAL, LORENA LOURDES.; BATALLA PEINADO, L.; GUIRAL FERNANDEZ, P.; BLANCO BLANCO, P.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El protocolo de Conciliación Farmacológica lleva implantado en el HUSMLL, desde el segundo semestre de 2014, en un intento por identificar las discordancias entre la medicación crónica de los enfermos y sus duplicidades en el momento del alta, mejorando así el impacto en la seguridad del paciente.

Es por ello, que nuestros clientes externos deben recibir la información adecuada y comprensible de su medicación antes del alta hospitalaria.

Utilizar la DAFO para identificar las áreas de mejora al respecto de la implantación del protocolo de conciliación de la medicación al alta en nuestro centro.

En el segundo semestre de 2014, se implanta en el HUSMLL el protocolo de conciliación de la medicación al alta en las unidades de medicina y geriatría del centro.

Entre el segundo semestre de 2014 y el segundo semestre de 2015, se realiza un estudio descriptivo a partir de los datos reflejados en la memoria semestral elaborada por uno de los miembros del Comité de Calidad del centro en el que se constata una disminución en el grado de cumplimentación del registro de conciliación por parte del colectivo de enfermería a lo largo del segundo semestre de 2015.

Para identificar los puntos de mejora, se realiza una matriz DAFO por parte de componentes del área de calidad del centro utilizando un brainstorming.

Tras confeccionar la matriz DAFO, los elementos identificados más llamativos fueron, se desglosan en factores externos e internos. En cuanto a los factores externos: como oportunidades, fueron la posibilidad de mejorar la comunicación verbal y no verbal entre los clientes externos y los profesionales; y como amenazas, los recortes en sanidad y las consecuencias de los efectos adversos en los clientes.

Dentro de los factores internos: como fortalezas, disponemos de unos profesionales altamente competentes, alta implicación de la Dirección, implicación de Formación Continuada dentro del área de Calidad; las debilidades que se detectaron fueron que existía una alta movilidad interna con un alto grado de sustitución, la desmotivación laboral, además de desconocer las herramientas para evaluar el grado de comprensión de nuestros clientes externos, y la dudosa validez interna del registro para evaluar el grado de comprensión de la información facilitada a los clientes externos.

Como conclusión decir que la DAFO ha permitido identificar las áreas de mejora del protocolo de conciliación de la medicación al alta tanto a nivel interno como externo. Se ha detectado una necesidad de revisión de la validez interna del registro de conciliación, de mejora en la coordinación entre diferentes unidades funcionales del centro, así como la conveniencia de realizar formación en seguridad del paciente en un marco centrado en la reducción de riesgos para la salud y de mejora de la calidad asistencial.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 314

TÍTULO: CONTROL Y VALIDACION DE TEMPERATURA DE MEDICAMENTOS TERMOLÁBILES DURANTE EL TRANSPORTE INTERCENTROS

AUTORES: BENAVIDES TORRES, GADOR LORENA.; HIERRO PEDROSA, CM.; FERNÁNDEZ CARREÑO, V.; LIMAS JIMENO, R.; TORRES RODRÍGUEZ, MC.; MARTINEZ DE LA PLATA, JE.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Servicio de Farmacia(SF) tiene la función de mantener un stock mínimo en cada centro,por ello se dispone de un transporte intercentros.Hospital nivel 3 con 4 centros. Hospital donde se encuentra el gran volumen de medicación (centro "A" Kilómetro 0) y tres centros periféricos donde se encuentran depósitos de medicación (centro "B" 60 Km de "A", "C" a 145 Km de A y "D" a 249 Km de "A"). Las rutas parten a primera hora de la mañana (9:00-10:00 horas) desde A hasta B, C y D.Éste transporte debe cumplir requisitos de estabilidad relacionados con la temperatura de transporte.Para medicación termolábil,se utilizan Neveras Isotérmicas conectadas a sonda,y éstas a su vez al transporte para registro de temperatura durante el trayecto

Evaluar sistema de transporte y trazabilidad de fármacos termolábiles en nuestro complejo hospitalario

Registro de seis meses(octubre 2015/marzo 2016) de temperaturas registradas en el transporte de medicación intercentros entre "A" y "B", (rango correcto predeterminado por consenso SF y Empresa de Transporte(ET): 0 y 13 °C). Registros obtenidos: tiempo desde recogida medicación hasta entrega destino, temperatura mínima, temperatura media y temperatura máxima(media, mediana, moda y desviación).Material empleado para el transporte: Neveras isotérmicas homologadas para transporte de medicación termolábil BioClinic®, cada una identificada con etiquetas de diferentes destinos y códigos para así realizar un correcto seguimiento de las temperaturas durante el transporte. Placas de hielo neveras isotérmicas modelo BioClinic®. Contenedores secundarios modelo BioClinic®,para transporte de viales y ampollas en su interior. Sonda control temperatura modelo BioClocic® para registro de temperaturas. La sonda registra temperaturas cada 10 minutos volcándose en programa AGS Conecta Premium®.Mensualmente se recibe en Servicio de Farmacia Hospitalaria un informe de cada nevera por parte de la empresa de transporte, detallándose las temperaturas recogidas. En caso de rotura del circuito de frío, se activa una alarma que vuelca al registro y se inicia el protocolo de actuación del Servicio de Farmacia Hospitalaria que evalúa la incidencia, controlando si es un fallo de sonda o verdadera incidencia, en éste caso el farmacéutico responsable valora la inmovilización o no de la medicación afectada basándose en la bibliografía oportuna

Se realizaron 74 transportes. Duración de transporte: mediana 135 min, moda 152 min, desviación estándar 26,58 min; Temperatura: mediana Tª máx. 8,71°C, mediana Tª media 4,22 °C, mediana Tª mín. -0,71 °C, moda Tª max. 8,22 °C, moda Tª media 6,6 °C, moda Tª mín. -0,71 °C; Desviación Estándar Tª máx +2,84 °C, Desviación Estándar Tª media +2,66°C, Desviación Estándar Tª mín. +3,02 °C. Hubo dos avisos de alarma indicando temperatura inferior al rango establecido debido a una excesiva proximidad de las placas de hielo a la sonda, solucionándose adecuando la distancia entre ambas

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 316

TÍTULO: PLANES DE CONTINGENCIA INFORMÁTICA QUE ASEGURAN LA CONTINUIDAD DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE

AUTORES: SASTRE IBARRECHE, ISABEL.; PASTOR MAGRO, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) dispone de planes de contingencia para los procesos asistenciales de urgencias, hospitalización y consultas externas, planes que definen las actuaciones que debería llevar a cabo el personal implicado en dichos procesos, con el fin de garantizar la atención al paciente en caso de indisponibilidad de los servicios de Tecnologías de la Información. Las pruebas de estos planes permiten definir áreas de mejora para la gestión de la continuidad de negocio, uno de los dominios de la norma ISO 27001 implantada en el hospital.

Los planes de contingencia se desarrollan con dos objetivos principales: asegurar la continuidad de las actividades críticas garantizando la atención al paciente y gestionar la respuesta a incidentes.

Desde el Comité de Seguridad de la Información (CSI) del HUFA se ha impulsado la elaboración de los planes de contingencia, consensuándolos con los profesionales. Dichos planes permiten continuar con la actividad asistencial en ausencia de las tecnologías. Describen el proceso, el servicio asistencial y las actuaciones necesarias del personal involucrado en cada una de las fases de la contingencia: alerta, transición, recuperación y vuelta a la normalidad. Incluyen un esquema de comunicación entre las personas implicadas y detallan los activos, el personal y las plantillas necesarias.

Una vez aprobados los planes por el CSI, se realiza la difusión, formación, pruebas periódicas, y su actualización y mejora continua (ciclo de Deming).

Desde Sistemas y Tecnologías de la Información del HUFA se ha hecho una apuesta importante, aprovechando la tecnología y las comunicaciones, para disponer de un centro de contingencia redundado, ubicado a 42 km del hospital. La infraestructura redundante es una réplica on-line de la historia clínica electrónica de nuestros pacientes lo que garantiza continuar la práctica asistencial (tratamientos prescritos, diagnósticos previos, consulta de resultados, etc.) evitando el uso del papel.

Además, se dispone de copias de respaldo con políticas definidas y procedimientos de backup y restauración establecidos.

La existencia de los propios planes de contingencia garantiza la continuidad asistencial en caso de parada informática.

Disponer de un centro de contingencia minimiza el impacto ante un incidente no deseado.

Es importante la realización de pruebas periódicas de dichos planes para que los profesionales conozcan cómo actuar en el caso de no disponer de los sistemas informáticos habituales, necesarios para el desarrollo de sus funciones. Además, el resultado de las pruebas sirve para planificar acciones de mejora tanto para los sistemas informáticos como para los propios planes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 317

TÍTULO: ACREDITACIÓN JOINT COMMISSION INTERNACIONAL EN HOSPITAL UNIVERSITARIO LA ZARZUELA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO LA MORALEJA

AUTORES: DEL VALLE GARCIA, CRISTINA.; GALLO SAHELICES, S.; PAGONESSA DAMONTE, ML.; HERRERO PAGADOR, MV.; MARTIN DECORPAS, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El principal valor de la acreditación de la Joint Commission Internacional es que desarrolla un enfoque asistencial que tiene al paciente como eje central, supone una garantía de calidad, promueve la efectividad de los procesos de atención, garantiza los derechos del paciente, fomenta la seguridad de los pacientes y la interdisciplinariedad.

- Desarrollar un enfoque asistencial donde el paciente sea el eje central
- Garantizar la calidad de los procesos de atención
- Promover la efectividad de los procesos de atención
- Garantizar los derechos del paciente
- Fomentar la seguridad del paciente
- Fomentar la interdisciplinariedad
- Obtener la Acreditación

En este proyecto han participado todos los servicios del hospital, tanto asistenciales como no asistenciales. Los recursos necesarios han sido muy variados, desde la implantación de una nueva historia clínica electrónica hasta la adecuación de instalaciones. Las actividades realizadas fueron:

1.Formación

Personal calidad

Directores, jefes de servicios y supervisores

Personal asistencial

Resto del personal

2.Diagnóstico inicial

3.Plan de mejora 2014 (113 acciones más generales) y 2015 (65 acciones más específicas).

4.Grupos de trabajo (13 grupos multidisciplinares): Implantación y seguimiento de las acciones.

5.Comunicación al personal

- Newsletters
- Email
- Reuniones con el personal
- Talleres

6.Seguimiento en Comité de dirección

7.Controles internos

8.Evaluación externa

En la evaluación inicial cumplíamos en un 64%. Tras el plan de acción, entre las mejoras conseguidas destacan las de seguridad del paciente:

- Mejora en la identificación del paciente
- Aumento de la seguridad del medicamento de alto riesgo (electrolitos concentrados, medicamentos look alike y sound alike)
- Realización correcta del check list quirurgico: Asegurando la cirugía en el lugar, paciente y procedimiento correcto.
- Mejora del programa de control de infecciones incluyendo el plan de higiene de manos
- Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales.
- Mejora del proceso de comunicación de errores y casi errores

Mejoras en la atención del paciente:

- Estandarización de la evaluación y atención de los pacientes por parte del personal médico y de enfermería
- Mejora en la atención de los pacientes teniendo en cuenta factores sociales, psicológicos, valores, creencias...para ofrecerle una atención ajustada a sus necesidades.
- Mejora en la educación del paciente, así como la información y documentación al alta.
- Mejora en la gestión del dolor: hospital sin dolor
- Se ha garantizado la atención por profesionales cualificados

Mejoras en las instalaciones, equipamiento, mobiliario.

Tras la evaluación externa se obtuvo la acreditación JCI para el Hospital Universitario La Zarzuela y Hospital Universitario La Moraleja.

Más allá de la acreditación, hemos obtenido una grandísima implicación de las personas, se ha incrementado el trabajo en equipo, se ha creado un ambiente de gran ilusión en los hospitales y orgullo de pertenencia.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 318

TÍTULO: PROGRAMA DE COOPERACIÓN QUIRÚRGICA ENTRE HOSPITALES PÚBLICOS

AUTORES: AMAYA CORTIJO, ANTONIO.; INFANTES ORMAD, M.; PAZO CID, A.; CRUZ VILLALÓN, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los conciertos sanitarios para intervenciones quirúrgicas programadas de patologías prevalentes constituyen hoy día una herramienta de gestión útil en los sistemas sanitarios públicos. Los programas para colecistectomías laparoscópicas pueden ser utilizados para resolver los problemas de salud de los pacientes relacionados con el proceso colelitiasis asegurando el cumplimiento de indicadores de calidad y seguridad relacionados. En este estudio presentamos los resultados de un programa de apoyo para reducción de listas de espera en colecistectomías laparoscópicas realizadas en un hospital de la red sanitaria pública con un perfil eminentemente laparoscópico.

Analizar los resultados del programa quirúrgico de apoyo de listas de espera para realización de colecistectomías laparoscópicas en un hospital de marcada trayectoria laparoscópica

Se realiza estudio prospectivo descriptivo de una serie de pacientes derivados desde registro de demanda quirúrgica para colecistectomía laparoscópica. Todos fueron incluidos por sintomatología relacionada con litiasis biliar. Como criterios de exclusión en consulta prequirúrgica se establecieron aquellos pacientes que habían requerido instrumentación previa de vesícula y/o vía biliar o contraindicación quirúrgica o anestésica para colecistectomía laparoscópica.

Número de pacientes valorados en consulta: 78. Se excluyen de la serie 2 pacientes que no se presentaron el día de la intervención y 5 pacientes que no acudieron a revisión postoperatoria.

Periodo del estudio: pacientes sometidos a colecistectomía con abordaje laparoscópico entre el 1 de noviembre de 2015 y el 1 de abril de 2016

Datos de la serie. Número de pacientes: 71. 52 mujeres y 19 hombres.

Tasa de colecistectomías laparoscópicas: 97,2%.

Tasa de conversión: $1/71 = 1,4\%$.

Como hallazgos intraoperatorios se han registrado 3 pacientes con colecistitis, 1 paciente con fístula colecistocólica, que requirió conversión a cirugía abierta y realización de colecistolitotomía y drenaje biliar y 1 paciente con fístula colecistoduodenal al que no se practicó colecistectomía siendo derivado a hospital de referencia para cirugía de vía biliar y duodenal.

La estancia media postoperatoria fue de 1,2 días. Mediana=1. Moda=1.

Complicaciones.

- 4 pacientes presentaron seroma leve de herida quirúrgica umbilical (5,6%)
- 2 pacientes reingresaron en Medicina Interna por episodios de pancreatitis aguda leve y colangitis con buena evolución y resolución clínica y analítica completa

La mortalidad ha sido nula. No han sido precisas reintervenciones quirúrgicas ni han ocurrido complicaciones quirúrgicas mayores que requiriesen procedimientos invasivos.

No se objetivaron datos de malignidad en los estudios histológicos de las muestras operatorias.

Conclusiones: la realización de colecistectomías en un hospital con experiencia en cirugía laparoscópica es una herramienta útil y segura en programas de apoyo para reducción de listas de espera quirúrgica.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 319

TÍTULO: MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN DOS PLANTAS DE HOSPITALIZACION

AUTORES: ALCARAZ MARTÍNEZ, JULIÁN.; ANTEQUERA RODRIGUEZ, P.; PALAZÓN RUIZ, P.; LOZANO GARCÍA, L.; ALONSO FRIAS, A.; CRESPO PAESA, P.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El proyecto WP5 de la Acción Conjunta PaSQ planteaba un periodo de extensión de las acciones para implementación de prácticas seguras con inicio en octubre de 2015 y con seis meses de duración. Nuestro Hospital se adhirió a la intervención para la mejora la higiene de manos.

Pilotar acciones de mejora en dos unidades de hospitalización para aumentar el consumo de solución hidroalcohólica

Se formó un grupo de trabajo multidisciplinar en el que se decidieron las unidades en las que implementar las acciones de mejora. Tras la aceptación por sus correspondientes jefes y supervisoras, se incorporaron al grupo de trabajo. Se diseñaron intervenciones comunes en cada centro y alguna específica en cada unidad todo ello en el marco de los 6 meses que tenía este periodo de extensión. En ambas se midieron consumos de solución hidroalcohólica durante 15 días antes de la intervención y después de esta. Como intervención, se dio una sesión general, se realizaron cultivos de diferentes puntos y objetos de las plantas, se realizaron carteles para personal sanitario, se pusieron señales de tráfico señalando a los dispensadores en las habitaciones y se editaron folletos informativos para fomentar el uso en los acompañantes. En una de las unidades, se realizaron dos charlas, una a enfermería y otra a médicos por petición propio.

Todas las actividades previstas pudieron llevarse a cabo según el cronograma. El consumo de solución alcohólica pasó de un consumo inicial de 19,7 litros/1000 pacientes-día a 18,7 tras la intervención en la primera unidad y de 18,9 a 22,8 en la segunda unidad. Se partía de consumos basales el año anterior de 18,9 y 12,2 l/p-d. Se ha evaluado visualmente la realización de la higiene de manos pero sólo se dispone de una medida final.

Como conclusión, se puede decir que las acciones sólo han tenido impacto en una de las dos unidades, en este corto periodo de tiempo evaluado.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 320

TÍTULO: PROYECTO MULTIDISCIPLINAR PARA MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL TRAS UNIFICACION DE DOS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES: DOMINGUEZ PEREIRA, AMPARO.; ESTÉVEZ FERNÁNDEZ, M.; MOSQUERA RODRIGUEZ, D.; PEREIRO FERNANDEZ, C.; VILA ALONSO, A.; ALVAREZ GIMÉNEZ, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La unificación de dos U. de cuidados intensivos presenta importantes dificultades por la fusión de dos plantillas, con diferentes protocolos y formas de actuación, y con el agravante de los problemas estructurales y deficiencias de un edificio de nueva construcción, así como el apoyo de servicios de soporte a medio funcionamiento. En nuestro caso el problema se magnifica ya que ambas UCIs manejaban un tipo de paciente completamente distinto.

Para paliar estos problemas se desarrollan grupos de trabajo multidisciplinarios encaminados a la elaboración de protocolos de funcionamiento y a la homogeneización de las formas de trabajo y manejo de los enfermos tanto desde el punto de vista médico como de enfermería.

1. Elaboración de protocolos únicos de actuación
2. Mejora del ambiente laboral
3. Mejorar la seguridad del paciente
4. Mejora de la calidad asistencial

Se organizaron en total seis equipos de trabajo multidisciplinar:

- Equipo de procedimientos
- Equipo de control de infecciones
- Equipo de diseño de gráfica e implementación de gráfica digital
- Equipo de movilización y traslado de pacientes
- Equipo de implementación de nuevas terapias (ECMO)
- Equipo de interlocución con la dirección asistencial

Cada equipo se encargó de la elaboración y organización del área correspondiente de trabajo, con reuniones periódicas y apoyo y supervisión de la jefatura de servicio y supervisión de enfermería.

Cada

El resultado de las actuaciones realizadas han sido:

- Se elaboraron protocolos unificados, que han sido remitidos a control de calidad sobre cumplimentación de gráfica, PRD ingreso, reposición de boxes, dotación carros
- Equipo de control de infecciones (neumonía y bacteriemia cero)
- Equipo de diseño de gráfica e implementación de gráfica digital
- Equipo de movilización y traslado de pacientes (establecimiento de circuitos y competencias de personal)
- Equipo de implementación de nuevas terapias: implementación de terapia ECMO, Manejo de PCR hospitalaria, donación en asistolia...
- Equipo de interlocución con la dirección asistencial con reuniones periódicas para trasladar problemas y solicitar actuaciones y mejoras que se consideraban necesarias.

CONCLUSION: La formación de equipos multidisciplinarios y el contacto con la dirección hospitalarias suponen la única forma de resolver los múltiples problemas derivados de la fusión de dos UCIs y el traslado a nuevas instalaciones.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 321

TÍTULO: CALIDAD Y SATISFACCIÓN CON EL BLOQUE QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CECILIO. LA PERSPECTIVA DEL CLIENTE INTERNO.

AUTORES: PALACIOS CÓRDOBA, ANGELA.; DANET, A.; MARCH CERDA, JC.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Bloque Quirúrgico incluye el conjunto de actividades asistenciales y no asistenciales centradas en el paciente con una indicación quirúrgica, destinadas a la resolución integral del procedimiento indicado y, por tanto, representa un sistema que funciona a través del compromiso de sus profesionales, en sintonía, sincronía y corresponsabilidad con los resultados.

Por eso es importante evaluar no sólo los resultados obtenidos, la continuidad y coordinación inter niveles o la satisfacción de la ciudadanía, sino también la implicación y opiniones de los profesionales sanitarios que están en contacto con la actividad del BQ.

Evaluar la calidad y satisfacción con los servicios prestados por el Bloque Quirúrgico (BQ) del Hospital Clínico Universitario San Cecilio, desde el punto de vista del personal sanitario del hospital.

Emplazamiento: Andalucía. Participantes: 134 profesionales con contacto con la actividad de anestesiología del Hospital Clínico Universitario.

Instrumento: cuestionario de elaboración propia, con las siguientes dimensiones: accesibilidad, trato personal, confortabilidad, calidad científico-técnica, satisfacción global y propuestas de mejora. El análisis incluyó estudio estadístico descriptivo, análisis de correlación, diferencia de medias (según sexo, frecuencia de la relación y UGC) y modelo de regresión lineal.

La calidad del trato tuvo una media de 4,2 (DT 0,561), la calidad científico-técnica de 4,00 (DT 0,532), la accesibilidad de 3,3 (DT 0,795), el confort del personal sanitario de 3,3 puntos (DT 0,988) y de los y las pacientes en 2,62 (DT 1,051). La satisfacción total con las prestaciones del BQ fue de 7,1 (escala 0-10).

La evaluación del BQ es mejor entre las mujeres y las UGCs con menos de 10 profesionales. Peor valoración se recibe por parte de las UGCs con contacto diario con el BQ. Entre las propuestas de mejora se recogieron: reducir listas de espera, crear espacios de información a familiares, mejorar condiciones laborales, formación y satisfacción del personal del BQ, la comunicación y colaboración interprofesional.

La evaluación del BQ por parte del cliente interno puede orientar estrategias de actuación, intervención y mejora de las prestaciones, para mejorar la calidad asistencial y satisfacción de profesionales y ciudadanía.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 322

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN BASADO EN LA NORMA ISO 27001

AUTORES: PASTOR MAGRO, ANA BELÉN.; SASTRE IBARRECHE, I.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) es plenamente consciente de la importancia y sensibilidad de la información manejada en sus procesos asistenciales y no asistenciales. Para proteger los tres pilares básicos de la seguridad de la información (Confidencialidad, Integridad y Disponibilidad) el hospital ha implantado un Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI) en base a los requisitos de la norma internacional ISO 27001 y el conjunto de controles de buenas prácticas de la ISO 27002, mostrando su compromiso en lo que respecta a la seguridad de la información.

Los objetivos del SGSI implantado son:

- a) Asegurar un nivel adecuado en la Seguridad de la Información gestionada por el hospital, proporcionando a nuestros pacientes, usuarios y empleados transparencia, confianza e integridad, y unos servicios que satisfagan de modo eficiente sus necesidades.
- b) Mejorar la formación y la concienciación sobre Seguridad de la Información del personal que participa en la prestación de estos servicios.
- c) Incrementar la eficacia y la eficiencia, relativa a Seguridad de la información, de los procesos internos del HUFA.

Desde el año 2010 se han ido definiendo áreas de mejora para la gestión de la seguridad de la información dentro de los 14 dominios de la norma ISO 27001, que abarcan aspectos técnicos, físicos, organizativos y de gestión de seguridad como: políticas de seguridad de la información, gestión de activos, control de acceso, seguridad física y del entorno, gestión de incidentes, continuidad de negocio, etc.

En Julio de 2014, se certifica el SGSI en la norma ISO 27001:2005, integrándolo con el Sistema de Gestión de Calidad del hospital (basado en la norma ISO 9001); el HUFA ha sido el primer hospital público de la Comunidad de Madrid acreditado en esta norma. Además, en 2015 se realiza la adaptación a la nueva norma ISO 27001:2013 y se audita el SGSI sin obtener ninguna No Conformidad.

Implantar el SGSI en el hospital nos ha ayudado a organizar la seguridad. Hemos estudiado los riesgos, establecido el nivel máximo de riesgo asumible, implantado controles que minimizan el riesgo, documentado formalmente políticas y procedimientos, y lo más importante, hemos entrado en un proceso de mejora continua de este SGSI.

Por otro lado, durante estos años, la Oficina de Seguridad de Sistemas de Información (OSSI) de la Consejería de Sanidad ha medido, con un sistema de valoración y mejora (CMMI) y una escala de 0-5, la madurez de las capacidades de nuestro hospital en los controles definidos en cada uno de los dominios de la norma ISO 27001. Partiendo de una puntuación de 1,8 en 2010 con la ejecución de los Planes de Mejora anuales se ha conseguido alcanzar en el año 2015 un 4,255 sobre una media global de 3,180 para los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 323

TÍTULO: MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE EXTERNO EN UN SADC: COMPARATIVA 2014 -2015

AUTORES: MARTINEZ ESPIÑEIRA, JULIANA.; RODRÍGUEZ FOUZ, C.; DÍAZ LÓPEZ, E.; FERNÁNDEZ TRONCOSO, E.; MOSTEYRIN SALGADO, P.; AMADO GOLPE, JA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En cumplimiento de los requisitos de la norma UNE EN ISO 9001 implantada en el Servicio en el año 2014, se desarrollan acciones para el cumplimiento del criterio de análisis y medición de la satisfacción de las partes interesadas. Describimos aquí los resultados obtenidos a través de encuesta de los usuarios finales del Servicio de Admisión y Documentación Clínica

Estudio comparativo y descriptivo de la medición de la satisfacción realizada a los usuarios entre los años 2014 -2015

- Descripción del modelo de encuesta puesta a disposición de los usuarios
- Descripción de los resultados obtenidos en 2014 -2015
- Descripción de los criterios de estudio de la comparativa 2014 -2015
- Encuesta ad-hoc autoadministrada con escala Likert: 5 ítems y 4 opciones de respuesta (muy satisfecho, satisfecho, poco satisfecho o insatisfecho) más 1 pregunta abierta de sugerencias y comentarios:
- Trato dispensado.
- Información facilitada.
- Se
- Año 2014: Encuestas 1. 431, recogidas n: 638
- Año 2015: Encuestas 1. 378, recogidas n: 573

85% están satisfechos/ muy satisfechos respecto a: trato, información recibida y tiempo empleado por el profesional de Admisión en atenderles.

81% de satis

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 325

TÍTULO: EVALUACIÓN DE INDICADORES DE SEGURIDAD TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE UN PROYECTO DE CAMBIO. CREANDO CULTURA DE SEGURIDAD

AUTORES: PESADO CARTELLE, JA.; DELGADO FERNÁNDEZ, R.; ARANTON AREOSA, L.; RUMBO PRIETO, JM.; FRAGA SAMPEDRO, ML.; QUINTIAN MENDEZ, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

A finales de 2010, se realiza en nuestro Complejo Hospitalario (CHUF) una auditoría de indicadores SENECA 100 que nos permitió medir nuestra realidad respecto de la seguridad de pacientes.

En 2011 se llevan a cabo un total de 11 reuniones Dirección/Calidad/Formación/Responsables Servicios y Unidades con el fin de analizar, consensuar, priorizar objetivos y definir una estrategia que nos permitiera mejorar la seguridad de nuestros pacientes e implantar al tiempo una cultura de la seguridad y la calidad entre nuestros profesionales sanitarios (Brainstorming).

En 2012 se fijan como prioritarias las siguientes áreas de mejora:

Identificación de pacientes

Registros escritos de cuidados preventivos en pacientes con riesgo de UPP (escala de Braden)

Registros en historia electrónica de pacientes con UPP

Registros escritos de cuidados preventivos en pacientes con riesgo medio/alto de caídas (escala de Downton)

Registros en historia electrónica de caídas

Medición y registro del dolor con escala EVA

Estandarización de carros de parada

Revisiones preventivas de caducidades de fármacos

Prescripción y administración segura de CIK

Estandarización de actuación ante parada cardiorrespiratoria.

Evaluar la implantación y seguimiento de las acciones de mejora implantadas en el CHUF.

Difundir nuestra CHUF a otras organizaciones

Estudio descriptivo, transversal de 48 meses de duración. Análisis de la totalidad de registros informatizados existentes en la historia clínica electrónica (mediante SQLs)

Auditorías observacionales de cumplimiento de indicadores no informatizados (pulseras identificación, uso seguro de medicamentos, estado de carros de parada...)

Tras tres años de implantación del programa hemos conseguido los siguientes indicadores de cumplimiento sobre estancias clínicas (Diciembre 2015):

Incidencia de UPP.- 2,5%

% Valoración Riesgo UPP.- 97,8%

% Pacientes con Riesgo de UPP y aplicación de cuidados.- 83,8%

% Pacientes con Valoración Riesgo de Caídas.- 98,2%

% Pacientes con Riesgo de Caídas y aplicación de cuidados.- 87,4%

Tasa de Incidencia de Caídas.- 1,49‰

% Pacientes con EVA medida.- 95,5%

% Altas Conecta72.- 43,4%

% Pacientes identificados con pulsera (incluida Urgencias y Observación de Urgencias.- 100%

Tasa de estandarización de Carros de Parada en toda el Área Sanitaria.- 100% (48 Carros de Parada

Tasa de revisiones mensuales de botiquines de unidad en el CHUF.- 100% (540 revisiones a 45 botiquines)

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 326

TÍTULO: SILICON: PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA (CHUAC) ¿DONDE ESTAMOS?

AUTORES: LOUSA GARCÍA, EMMA.; AMBOAGE VALIÑO, M.; LOPEZ RAMOS, P.; GARCIA FRAGUELA, B.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Seguridad del Paciente es un objetivo consolidado y una dimensión clave de la Calidad Asistencial.

El proceso fármaco-terapéutico incluye la prescripción, validación, dispensación y administración de medicamentos, y en cualquiera de sus eslabones se pueden producir fallos que ocasionen incidentes o eventos adversos en el paciente.

En nuestro Complejo Hospitalario, el 20% de las notificaciones recibidas a través del SINASP en el año 2015, estaban relacionadas con este proceso.

La prescripción y registro electrónico de medicamentos, se considera una medida básica para disminuir los errores de medicación e incrementar la seguridad en los procesos asistenciales.

Describir la situación actual, tras 18 meses de implantación del programa Silicon, en las unidades de hospitalización del CHUAC.

Identificar puntos débiles en el proceso de implantación y consolidación para plantear acciones de mejora.

Grupo de trabajo en el que se incluyen la supervisora de calidad de enfermería y las dos enfermeras responsables de la implantación del Silicon en las distintas unidades de enfermería.

Encuesta estructurada descriptiva a profesionales de enfermería tras la implantación del programa.

Base de datos elaborada como parte del Plan de Implantación del Silicon en el CHUAC.

El programa se ha consolidado en 38 unidades de un total de 41 unidades Gacela. A partir del mes de Julio 2016, se implantará en el Área Pediátrica, estableciéndose el ítem en el aplicativo del "Peso" como obligatorio en la prescripción.

Como puntos débiles destacamos la falta de representatividad de facultativos, en el grupo de trabajo de seguimiento del Silicon, que está operativo desde el inicio de la implantación, así como la ausencia de una planificación formativa al personal de nueva incorporación.

Hemos identificado falta de alertas en el programa respecto a: "retrasos de tratamiento", la "no obligatoriedad de cumplimentar los campos", "alergias" o "diagnóstico médico".

A pesar de una única historia clínica electrónica, sigue habiendo dificultades en la transferencia de información en cada proceso asistencial, debido a la existencia de otros aplicativos relacionados con el proceso fármaco-terapéutico, que no vuelcan los datos en el Silicon (monitorización de fármacos, monitorización de tratamiento anticoagulante, prescripción de quimioterapia).

Siguen existiendo problemas de conexión wifi en algunas unidades, lo que dificulta la confirmación de la medicación administrada a pie de cama.

Como acciones de mejora, en cuanto al aplicativo, se han introducido los "consejos de administración" en todos los medicamentos prescritos, así como se han modificado las "pautas de administración" para ajustar los horarios a los establecidos en las unidades.

A nivel de enfermería, se impartirá formación programada al personal de nueva incorporación y continuará una enfermera de referencia para aclarar dudas y recoger sugerencias de mejora en el personal de enfermería habitual.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 327

TÍTULO: ESTRATEGIA PARA LA TRANSICIÓN DE NORMA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DE UNA EOXI

AUTORES: MARTINEZ ESPÍÑEIRA, JULIANA.; FERNANDEZ LÓPEZ, A.; MILLOR SANESTEBAN, B.; PESADO CARTELLE, JA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Nuestra organización mantiene un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) conforme a la norma UNE EN ISO 9001 desde el año 2000. En la actualidad cuenta en su alcance del certificado 6 Servicios: Lavandería, Farmacia Hospitalaria, Análisis Clínicos, Aprovisionamientos, Microbiología y el Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

La Organización Internacional de Normalización (ISO) establece que las organizaciones dispondrán de 3 años a partir de la fecha de publicación de las normas (ISO 9001:2015 en 23/09/2015), para realizar su transición, pudiendo iniciar el proceso en cualquier momento dentro de este periodo.

En Marzo 2016 en la reunión con los Servicios incorporados al alcance del SGC se aprueba comenzar el proceso de planificación y transición a los nuevos requisitos de norma

- Descripción de las acciones encaminadas a la adaptación de los criterios de la nueva versión de la norma.

- Describir los cambios significativos de la nueva versión.

- Describir las acciones planificadas para la transición.

- Describir las acciones i

1. Formación e Información de la nueva versión de norma al personal de la Unidad de Calidad
2. Formación e Información en cascada de la nueva versión de norma al personal y responsables de los Servicios del alcance
3. Detallar los cambios de la nueva versión de la norma
4. Diseño del cronograma de ejecución
5. Identificación de las decisiones tomadas en los cambios con menor trascendencia
6. Identificación de la planificación en los cambios con mayor trascendencia. Criterios de norma que requieren cumplimiento para ser conforme con la misma.

Se ha difundido por la Unidad de Calidad la información de los nuevos requisitos y los criterios fundamentales de cambio. La Unidad de Calidad establece:

- Mantener y actualizar el Manual de Calidad y los Procedimientos Generales que afectan a todos los Servicios del alcance

- Mantener la figura del Responsable de Calidad para la Dirección (Dirección de Procesos de Soporte)

- Equivalencia del término Información Documentada a la estructura documental implementada

Sobre los requisitos más substanciales, se acuerda con los Servicios:

- Contexto interno y externo: Seguimiento y revisión

- Necesidades y expectativas de todas las partes interesadas: Identificación y Análisis

- Acciones para la planificación de los riesgos y oportunidades

- Evaluación de la eficacia de las acciones tomadas para abordarlo (círculo de mejora continua)

En el año 2017 se realizarán las auditorías internas conforme a la nueva versión de norma y se pactará con la Entidad Certificadora la realización de la auditoría de transición.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 328

TÍTULO: EVALUACIÓN DE RESULTADOS. IMPLANTACIÓN PLAN DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL PACIENTES FRÁGILES EN URGENCIAS H.DE MONTILLA

AUTORES: BLANCO ALVARIÑO, ANA MARIA.; RAMIREZ PEREZ, MA.; DIAZ CARO, M.; AGUILERA PEÑA, M.; RODRIGUEZ LOPEZ, B.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En 2014 se realiza la implantación de este plan para mejorar la continuidad asistencial de los pacientes atendidos en urgencias. En este trabajo evaluamos la implantación en nuestros servicios así como el número de pacientes, que cumpliendo los ítems de inclusión, que se han beneficiado de él.

Implantación y evaluación de plan de telecontinuidad :

- Puesta en marcha de plataforma de salud responde.
- Procedimiento de seguimiento de pacientes frágiles.
- Sesiones formativas para Enfermería de urgencias.
- Implicación y formación de supervisores de guardia.
- Seguimiento y monitorización de cada caso.
- Disponer de herramienta que garantice continuidad de cuidados y seguimiento telefónico a la población diana al alta.
- Evaluar la implantación y el seguimiento de este plan .

Implantación de plan de telecontinuidad :

- Puesta en marcha de plataforma de salud responde.
- Procedimiento de seguimiento de pacientes frágiles.
- Sesiones formativas para Enfermería de urgencias.
- Implicación y formación de supervisores de guardia.
- Seguimiento y monitorización de cada caso.

Todos los pacientes sobre los que se ha intervenido son registrados por parte de la supervisora de urgencias, tras estudiar dichos registros y la intervención que se efectúa en cada uno, pasamos a indicar los resultados de nuestro estudio descriptivo:

Periodo: 01-01-2014 a Mayo 2016

Pacientes captados: 50.

Intervenciones:

1. De los pacientes comunicados a la plataforma de telecontinuidad de pacientes frágiles en quince ocasiones se les realizó una gestión de casos por la complejidad de los cuidados al alta y/o la situación sociosanitaria.
2. En tres ocasiones fueron pacientes paliativos y también se comunicó a esta plataforma.
3. En cuatro ocasiones se contactó con la unidad de gestión al usuario y la trabajadora social.
4. 1 caso de alteración del bienestar en el anciano: maltrato en los que también se contacta con policía local.
5. En un caso de maltrato machista, se contacta con servicios sociales y guardia civil.
6. 3 de ellos fueron dados de alta con el diagnóstico de EPOC.

Conclusión

La implantación del sistema, es muy importante para el seguimiento de los pacientes frágiles, nos permite ponernos en contacto al minuto del alta con atención primaria y salud responde asegurándonos una continuidad asistencial. Detectando problemas de salud y sociales que pueden tener respuesta los 365 días. Ha supuesto una satisfacción de nuestros usuarios y del personal de Enfermería, tenemos que seguir trabajando para aumentar el número de pacientes susceptibles captados

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 329

TÍTULO: INTERVENCIONES DE LAS ENFERMERAS ACREDITADAS POR ACSA PARA EL MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO

AUTORES: ROJAS DE MORA-FIGUEROA, ANA.; SALGUERO CABALGANTE, R.; BREA RIVERO, P.; TURIÑO GALLEGO, JM.; MARTÍN GARCÍA, SM.; CARRASCOSA SALMORAL, MP.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El cumplimiento del plan terapéutico por parte de los pacientes es uno de los mayores retos de las enfermeras. La adherencia terapéutica implica la negociación del plan de tratamiento entre el profesional y el paciente. El Programa de Acreditación de Competencias Profesionales de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía consiste en la revisión sistemática que hace un profesional de su propia práctica, poniendo de manifiesto un determinado nivel de competencia: el que tenía previamente o el que ha alcanzado durante el proceso de acreditación.

Identificar las intervenciones realizadas por enfermeras acreditadas con el Manual de Competencias de la Enfermera de Hospitalización y Cuidados Especiales dirigidas a potenciar la adherencia al régimen terapéutico prescrito en los pacientes diagnosticados de "Manejo inefectivo del régimen terapéutico".

Análisis descriptivo transversal de las intervenciones realizadas por las enfermeras acreditadas para potenciar la adherencia al régimen terapéutico prescrito en 1120 pacientes diagnosticados de "Manejo inefectivo del régimen terapéutico".

Periodo de estudio: septiembre de 2006-agosto de 2014.

Variables analizadas: edad y nivel de acreditación de las enfermeras, intervenciones realizadas ("4360 Modificación de la conducta", "4420 Acuerdo con el paciente", "5240 Asesoramiento", "5520 Facilitar el aprendizaje", "5602 Enseñanza: proceso de enfermedad", "5510 Educación sanitaria" y "5540 Potenciación de la disposición de aprendizaje"), registro de los resultados alcanzados (sí, no) y edad de los pacientes.

La recogida de datos se realizó a través de la aplicación informática ME_jora P, sobre la que se sustenta el Programa de Acreditación.

Las intervenciones más frecuentemente realizadas por las enfermeras para potenciar en sus pacientes la adherencia al régimen terapéutico prescrito fueron "4420 Acuerdo con el paciente" (67,9%) y "5510 Educación sanitaria" (67,7%). La intervención menos realizada fue "5540 Potenciación de la disposición de aprendizaje" (16,7%). Estas intervenciones varían en base a la edad y nivel de acreditación de las enfermeras que las realizan. Asimismo, las enfermeras acreditadas adecúan el tipo de intervención a la edad del paciente al que atienden. En lo que respecta al registro de los resultados obtenidos, queda demostrado que a medida que aumenta el nivel de acreditación, mayor es el porcentaje de registro de estos resultados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 330

TÍTULO: LA PARTICIPACIÓN Y VISIÓN DE LA CIUDADANÍA MEJORA LA ACCESIBILIDAD A LOS CENTROS SANITARIOS DE LA AXARQUÍA

AUTORES: CARAVACA CRESPO, CLAUDIA.; ABRAHAM PARIS, CA.; FERNÁNDEZ BURGOS, FR.; GONZÁLEZ MARTÍNEZ, MT.; MARÍN LÓPEZ, PE.; VALENZUELA MORENO, ES.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Promover el libre acceso a los entornos, bienes y servicios de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones que el resto de la población se plantea como uno de los retos principales de las políticas públicas. La participación ciudadana de personas con discapacidad en la revisión de los centros sanitarios de la Axarquía es primordial

- Llevar a cabo un análisis de la situación actual de los centros sanitarios de la axarquía

- Implementación de medidas para lograr la accesibilidad universal de las personas con discapacidad en Atención Primaria y Atención Hospitalaria del Área de Gest

- El 23 de febrero se convocaron a las asociaciones más representativas de la comarca de la Axarquía de personas con discapacidad física, psíquica y sensorial

- Se informa sobre el objetivo de "accesibilidad a personas con discapacidad" recogido en el Contrato Programa

- Se constituye la Comisión de Accesibilidad a Personas con Discapacidad de la Axarquía

- Reparto de Centros de Salud y Consultorios entre asociaciones para realizar la visita.

- Mediante "ficha para la detección de barreras físicas, psíquicas y sensoriales en edificios sanitarios" –aportada por las asociaciones- se identifican barreras de accesibilidad en su visita a los centros sanitarios

- Los elementos revisados en los Centros son:

1. Exterior

-  Aparcamientos

-  Accesos

2. Interior

-  aparcamientos

-  Vestíbulos y pasillos

-  mostradores y ventanillas

-  rampas

-  escaleras

-  ascensores

-  aseos

-  teléfonos

-  señalización visual

- Indicadores (rótulos, carteles, pictogramas...)

- Planos en relieve y maquetas (en edificios y espacios libres)

-  Señalización sonora

-  Iluminación

-  Sistemas de información

- Participación conjunta del AGSEM-Axarquía y los movimientos asociativos de la zona para elaborar el Análisis de la accesibilidad

- La Comisión decide las prioridades 2016: líneas de trabajo

Revisión de 9 Centros de Salud, 36 Consultorios y el H. Comarcal por parte de las distintas asociaciones. La Comisión decide qué líneas de trabajo abordar según prioridades.

La participación de la ciudadanía revierte en la mejora de la accesibilidad de nuestros centros a personas con discapacidad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 331

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LAS HERIDAS CRÓNICAS DE EXTREMIDAD INFERIOR EN UN ÁREA SANITARIA

AUTORES: PESADO CARTELLE, JOSE ANGEL.; MARTINEZ SANTOS, AE.; TIZÓN BOUZA, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En nuestra Área Sanitaria se han llevado a cabo un gran número de actividades formativas (presenciales, online, etc) sobre la prevención y tratamiento de heridas crónicas,

Mucha de esta formación ha sido exclusiva de heridas crónicas de la extremidad inferior (pie diabetico, heridas vasculares, etc).

Los investigadores nos propusimos medir el conocimiento de estas heridas dentro de nuestra Área Sanitaria, a fin de poder establecer conclusiones fundamentadas del impacto, tanto de las actividades formativas, como de la autoformación de los profesionales que atienden a pacientes con esta patología.

Determinar si los profesionales de Enfermería de tres niveles asistenciales (Primaria, Sociosanitaria y especializada) de un mismo Área Sanitaria identifican las Úlceras de Extremidad Inferior (UEI) y conocen guías de práctica clínica (GPC), protocolos y documentos de consenso sobre las mismas.

Estudio descriptivo, observacional, multivariado con enfermeras que trabajan en Hospitales, Centros de Atención Primaria y Centros Sociosanitarios de un Área Sanitaria de Gestión Integrada.

La población a estudio son 274 profesionales.

Se obtiene permiso del Comité Autonomo de Ética de la Investigación Clínica.

La recogida de datos se efectuó con cuestionario ad hoc, junto con el que se entrega hoja informativa.

Datos analizados con SPSS 22.

Un 52,2% de los PE conoce manuales o Guías de Práctica Clínica (GPC) y un 47% tiene acceso en su trabajo. Un 38% no ha realizado curso de formación sobre UEI los últimos 5 años.

Todos manifiestan que se debe tener en cuenta la calidad de vida de estos pacientes y el 94,1% considera útil una app sobre su manejo.

Existe más conocimiento en el grupo de más de 49 años, con más de 22 años de experiencia, que han recibido formación, con contrato fijo.

Las variables con capacidad independiente para predecir el conocimiento del PE sobre UEI son conocer las GPC ($p=0.001$), saber calcular el ITB ($p=0.005$) y los valores para detectar claudicación intermitente ($p<0.001$), siendo ésta última la más decisiva.

CONCLUSIONES

Enfermería e instituciones implicadas deben poner los medios necesarios para disminuir la variabilidad en el cuidado de UEI, como la implantación de programas de formación continuada más adaptados a la realidad asistencial.

Resulta útil la creación de una herramienta sencilla y accesible 24 horas, que permita acercar la evidencia sobre cuidados de las UEI (en proceso de desarrollo).

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 332

TÍTULO: ESTRATEGIA PARA APRENDER A PREVENIR

AUTORES: MILLOR SANESTEBAN, BELÉN.; FERNÁNDEZ LÓPEZ, A.; MARTÍNEZ ESPÍNEIRA, J.; PESADO CARTELLE, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En nuestra área sanitaria queremos reforzar la prevención en la atención a nuestros pacientes y contamos con un alto porcentaje de profesionales formados en gestión de calidad y en herramientas de gestión del riesgo, pero este aprendizaje no se traslada a la actividad diaria.

Desde el Núcleo de Seguridad del Paciente queremos reforzar este aprendizaje y promover la utilización de herramientas de gestión del riesgo de una manera SENCILLA Y EFECTIVA, aplicándolas a casos reales notificados a través de la plataforma SiNASP y difundirlas a todos los profesionales.

Se realiza una difusión masiva por correo electrónico a todos los colectivos, a través de los Boletines de Seguridad del Paciente, en donde incluimos un apartado titulado "Aprender de los errores y cómo evitarlos" en el que aplicamos una herramienta de gestión del riesgo a eventos notificados por nuestros profesionales a través de la plataforma SiNASP.

En conclusión, necesitamos:

- AFIANZAR LA CULTURA DE SEGURIDAD del paciente entre nuestros profesionales, ahondando en que los errores forman parte de nuestro trabajo y que debemos aprender de ellos y tratar de evitarlos.
- Que el PROFESIONAL INCORPORE EN SU SISTEMÁTICA DE TRABAJO las herramientas de gestión del riesgo como un método de prevención.
- REFORZAR los conceptos ante todo de PREVENCIÓN de eventos adversos sensibilizando y concienciando a todos los PROFESIONALES de nuestra organización.

Al tratarse de eventos detectados en nuestro centro y que fácilmente se podrían haber evitado, a nuestros profesionales les ha causado un gran impacto y lo han valorado positivamente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 334

TÍTULO: HUMANIZACION EN QUIRÓFANO.CESÁREA CON ACOMPAÑANTE

AUTORES: RODRIGUEZ CANDIA, JUAN MIGUEL.; GONZALEZ RODRIGUEZ, MM.; PEREZ CARBAJO, E.; DE FELIPE JIMENEZ, O.; DIAZ BIDART, Y.; SANCHEZ MENA, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La cesárea es un procedimiento que ha ido en aumento, suponiendo un 20% de los nacimientos en el mundo. Múltiples estudios demuestran que las mujeres que han tenido una cesárea presentan menores tasas de lactancia materna al mes del parto y una mayor incidencia de depresión ya que el retraso en el primer contacto interfiere en el establecimiento del vínculo.

Permitir la entrada del acompañante pretende mejorar la vivencia de las madres, servir como soporte emocional y facilitar el contacto "piel con piel" con su hijo.

Describimos un enfoque 'natural' que imita el parto vaginal permitiendo a los padres participar del nacimiento de su hijo mediante cesárea siendo parte activa y protagonista, un nacimiento suave que permite la auto-reanimación fisiológica del bebé y la posibilidad de iniciar el contacto precoz piel con piel. Además no se separa en ningún momento madre-recién nacido y se permite el paso de los tres a la zona de reanimación postquirúrgica .

Se ofrece a las madres con gestaciones de bajo riesgo y que no se prevean complicaciones.

- El acompañante permanece sentado al lado de la parturienta

- Se disminuye la luz del quirófano y se escucha música relajante .

- El fundamento tras la salida de la cabeza es "manos fuera" de modo que es el bebé el que se auto-reanima. Dejándolo salir sólo, se permite ejercer una presión desde el útero que permite la expulsión de líquido de los pulmones, imitando lo que sucede en el parto vaginal. Una vez que empieza a llorar, los hombros del bebé se liberan, y el bebé con frecuencia saca sus brazos. Mientras tanto, el torso del bebé tapona la incisión minimizando la pérdida hemática.

- Una vez que el bebé por fin ' ha nacido' y se ha confirmado su bienestar, el cordón se secciona a los dos minutos. El bebé se coloca boca-abajo sobre el pecho de la madre, se seca y se le mantiene caliente con toallas y así permanecerá en contacto piel con piel al menos durante dos horas.

- Cuando finalice, madre e hijo y el acompañante serán trasladados a la reanimación, a un cubículo aislado destinado solamente a estas pacientes, donde continuarán haciendo "piel con piel" hasta su traslado.

La 'cesárea natural' trata de imitar el parto vaginal, donde se fomenta el contacto precoz piel con piel, facilita la reanimación fisiológica y sobre todo, permite a los padres ejercer un papel protagonista como participantes activos en el nacimiento.

Describimos cómo el contacto inmediato "piel con piel" se puede establecer en la cesárea sin complicaciones, sin comprometer la esterilidad de la intervención, las necesidades de reanimación neonatal o la pérdida hemática de las madres y, con ello , promover el correcto desarrollo del vínculo materno filial y sobre todo mejorar el grado de satisfacción de nuestras pacientes que consiguen vivirla con un mayor protagonismo e implicación desde el primer momento.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 335

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN LOS INFORMES AL ALTA DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

AUTORES: ROMERO ALONSO, MARÍA MERCEDES.; ESTAIRE GUTIÉRREZ, J.; PIÑERO GARCÍA DE VINUESA, MA.; BOLÍVAR RAYA, MA.; PLATA CASAS, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los Informes de Alta Hospitalaria (IAH) deben recoger todas las prescripciones establecidas de forma inequívocamente clara.

Evaluar la calidad de la información en los tratamientos prescritos de los IAH de una Unidad de Gestión Clínica (UGC) de un Complejo Hospitalario Universitario, y establecer, cuando proceda, medidas de mejora a adoptar.

Estudio de monitorización de la calidad mediante la metodología de aceptación de lotes (LQAS). El marco muestral se definió por la totalidad de pacientes ingresados en la UGC que habían recibido el alta durante el primer cuatrimestre de 2016. Se seleccionó una muestra aleatoria de 50 IAH de pacientes. Se evaluaron los indicadores (I) de Calidad establecidos en el "Documento de Consenso para la elaboración de Informes al Alta Hospitalaria en especialidades médicas". Los I evaluados fueron: I1: Se define con claridad el nombre del fármaco I1 \geq 80%, I2: Se define la vía de administración I2 \geq 80%, I3: Se define la posología I3 \geq 80%, I4: Se define la duración del tratamiento I4 \geq 50, I5: La prescripción se realiza por principio activo (p.a.), en caso de usar marcas se debe hacer constar el p.a. I5 \geq 90%, I6: Se indica actitud a tomar respecto al tratamiento domiciliario previo I6 = 100%.

De cada uno de los I se establecieron los criterios de cumplimiento y su estándar.

Para evaluar los resultados se utilizó la tabla de distribución binomial de P.J. Saturno y adaptada por A. Rabadán.

La evaluación del resultado según la tabla abreviada para uso de la distribución binomial en un estudio de monitorización de la calidad, arroja los siguientes resultados:

I1: 41 A y 9 F, indica que al menos el 70% de los informes cumple el estándar. Fallos producidos por indicar alguna abreviatura.

I2: 39 A y 11 F, indica que al menos el 65% de los informes cumple el estándar. Fallos producidos por no indicar vía ni forma farmacéutica

I3: 42 A y 8 F, indica que al menos el 75% de los informes cumple el estándar. Fallos producidos por no indicar la cantidad numérica.

I4: 33 A, 16 F y 1 NA, indica que al menos el 65% de los informes cumple el estándar. Fallos producidos por no indicar duración en determinados grupos terapéuticos.

I5: 42 A y 8 F, indica que al menos el 75% de los informes cumple el estándar. Resultado de la muestra 84%.

I6: 20 A, 11 F y 19 NA, indica que al menos el 65% de los informes cumple el estándar. Los fallos ponen de manifiesto que aún no hay una visión clínica global de la farmacoterapia (pre y post-hospitalización), teniendo relación directa con la conciliación de la medicación, por eso este I debe tener como estándar 100% considerando óptimo que IAH contemple una lista única de medicación conciliada.

El cumplimiento de los I ha sido aceptable de forma global. Los I con posibilidades de mejora son: I2, I4 e I6. Las propuestas de mejora van encaminadas a indicar: vía de administración, duración del tratamiento para evitar que se "eternicen" en el tiempo y mejorar el entendimiento del IAH.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 336

TÍTULO: 10 AÑOS DE DESARROLLO COMPETENCIAL DE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL SSPA

AUTORES: MARTÍN GARCÍA, SHEILA.; TURIÑO GALLEGO, JM.; SALGUERO CABALGANTE, R.; JULIÁN CARRIÓN, J.; CARRASCOSA SALMORAL, MP.; ROJAS DE MORA-FIGUEROA, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En el año 2006 se pone en marcha un programa de acreditación de competencias desarrollado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) dirigido a los diferentes ámbitos de actuación de los profesionales sanitarios, entre ellos los médicos especialistas en atención familiar y comunitaria.

Tras 10 años, son más de 7.000 los profesionales que han alcanzado su acreditación, de los cuales 692 son médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria.

- Conocer las competencias demostradas por los médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) acreditados.

- Analizar las competencias en las que se evidencia un mayor y un menor desarrollo, ide

Diseño: Estudio descriptivo transversal cuantitativo retrospectivo.

Población: 692 médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria que han acreditado sus competencias desde septiembre de 2006 a septiembre de 2015.

Los datos han sido explotados a partir de una herramienta on‐line tipo e‐portfolio, desarrollada por ACSA, que soporta el proceso de acreditación.

El manual para la acreditación de los médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria incluye 19 competencias.

Las competencias en las que los profesionales muestran un mayor nivel de desarrollo son:

- Continuidad asistencial (99.5%) relacionada con la capacidad del profesional para favorecer la continuidad asistencial prestada a los pacientes, apoyándose en los registros de la historia de salud y en los informes de derivación, de consulta y de alta.

- Educación para la salud, consejo sanitario, estilos de vida y medidas de prevención (80.3%) relacionada con la capacidad del profesional para llevar a cabo actividades educativas, de detección de riesgos, de promoción y mantenimiento de la salud y actividades encaminadas a evitar posibles acontecimientos adversos aumentando la seguridad en su desempeño profesional.

Las competencias menos desarrolladas por parte de los profesionales y que, por tanto, presentan una mayor posibilidad de mejora son:

- Aplicación de técnicas básicas de investigación (17.5%) relacionada con el compromiso del profesional con la investigación.

- Capacidad docente (18.6%) relacionada con el compromiso del profesional con la transferencia del conocimiento y las habilidades, adquiridas por la experiencia y la educación continuada, a otros profesionales.

El análisis de las competencias que están presentes en el desempeño profesional ofrece la oportunidad de identificar necesidades formativas y áreas de mejora, y contribuye a hacer posible una práctica de mayor calidad, promoviendo el desarrollo profesional y mejorando la atención sanitaria.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 337

TÍTULO: APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN EL QUIRÓFANO DE LA UNIDAD DE QUEMADOS.

AUTORES: NIÓN SEIJAS, MARÍA DEL CARMEN.; LISTA GERPE, SM.; POUSA PEREIRA, MC.; PRIETO BLANCO, P.; CAMPOS OUBEL, ME.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Tras la puesta en marcha de la Lista de Verificación Quirúrgica (LVQ) en Diciembre de 2014 en nuestra Unidad, y siguiendo los criterios del Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009, adaptados por el Servicio Galego de Saúde (SERGAS) y publicados en nuestra intranet el 19/11/14; creemos oportuno conocer las impresiones del personal de Quirófano con el fin de detectar las resistencias o limitaciones para llevar a cabo el correcto procedimiento de la LVQ.

Identificar y analizar las experiencias del personal quirúrgico, con respecto al procedimiento.

Confirmar la presencia de la LVQ en la Historia Clínica de los pacientes intervenidos en nuestro quirófano .

Valorar su correcta cumplimentación.

Detectar las posibles limitaciones de la puesta en práctica procedimiento.

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal prospectivo, a través de una encuesta de opinión al equipo multidisciplinar con preguntas abiertas y cerradas. Los resultados obtenidos se representaron mediante diagramas y fueron la base para elaborar las conclusiones.

Se revisaron las Historias Clínicas de los pacientes intervenidos en nuestro Quirófano durante un intervalo de quince meses (desde Diciembre de 2014 hasta Febrero de 2016) y se representaron los resultados mediante diagramas de sectores.

Los resultados obtenidos nos muestran la acogida que ha tenido la LVQ entre el personal de Quirófano, y nos permiten diferenciar la respuesta de las distintas categorías profesionales implicadas.

Hemos podido analizar el porcentaje de aplicación de la LVQ , con respecto al total de los pacientes intervenidos.

Muchas de las actuaciones que vienen recogidas en el procedimiento de LVQ, ya venían siendo realizadas en la práctica quirúrgica; pero su implantación nos permite hacerlo todo el tiempo, a todos los pacientes y de modo correcto; mejorando así la seguridad del paciente, la calidad de la asistencia y minimizando o eliminando los posibles eventos adversos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 338

TÍTULO: 85 MANUALES PARA LA ACREDITACIÓN DE LA COMPETENCIA PROFESIONAL

AUTORES: BREA RIVERO, PILAR.; ROJAS DE MORA-FIGUEROA, A.; TURÍÑO GALLEGO, JM.; CARRASCOSA SALMORAL, MP.; MARTÍN GARCÍA, SM.; JULIÁN CARRIÓN, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Han pasado ya 10 años desde que la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) puso a disposición de los profesionales del Sistema Sanitario Público los primeros manuales para la acreditación de sus competencias, elaborados con la colaboración de más de 600 expertos de cada ámbito de actuación profesional y representantes de Sociedades Científicas.

Los manuales dibujan el horizonte de excelencia al que un profesional puede llegar, estableciendo las competencias que debe poseer en su puesto de trabajo, las buenas prácticas que deben estar presentes en su desempeño y las evidencias y pruebas con las que demostrar su competencia.

- Describir la evolución de los manuales para la acreditación de la competencia profesional, elaborados por ACSA desde 2006 hasta 2016.
- Analizar los elementos de mejora incorporados en sus distintas versiones.

Tras un pilotaje realizado en 2005, sobre 225 profesionales, se elaboró la Versión 1 de los primeros 55 Manuales de Competencias.

En 2007 se realizó un análisis de la variabilidad contingente de dichos manuales, fruto del cual ACSA puso a disposición de los profesionales una nueva versión (V2) a lo largo de 2008.

Simultáneamente, se siguieron elaborando nuevos manuales que incrementaron el espectro de colectivos susceptibles de acreditar su competencia, llegándose a 72 en el año 2010.

En 2011 se puso en marcha la Versión 2.1, que introdujo un buen número de elementos innovadores tales como la edición en formato electrónico (descargable a través de la web de ACSA) de los ya 74 manuales disponibles.

Posteriormente, en 2012 se pone en marcha una nueva línea de acreditación: las competencias específicas para la práctica profesional avanzada.

Finalmente, en 2015 se elabora la V3, la versión más actualizada de los manuales, y se amplía el área de influencia del Programa de Acreditación de Competencias, adaptando los procesos de acreditación a los profesionales sanitarios que trabajan en el ámbito privado.

A lo largo de estos 10 años, las distintas versiones de los manuales han pretendido adaptar los elementos de calidad a la mejor evidencia científica y a la realidad de la práctica clínica en cada puesto de trabajo, dando respuesta a las estrategias de la Consejería de Salud y a los nuevos espacios y retos profesionales.

Todas estas mejoras han configurado la nueva y más actual versión de los 85 manuales de competencias profesionales disponibles en el momento, con un promedio de 46% de evidencias de carácter transversal, 24% de evidencias comunes al grupo troncal correspondiente, y 30% de evidencias específicas.

Las 19 competencias, 121 buenas prácticas y 2.679 evidencias contenidas en los manuales, permiten hoy a más de 30.000 profesionales sanitarios poner de manifiesto su compromiso con la mejora del sistema sanitario y con su propio desarrollo profesional.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 339

TÍTULO: CATÁLOGO DE EVENTOS ADVERSOS IDENTIFICADOS EN UNA UCI POLIVALENTE

AUTORES: FERRER HIGUERAS, MARIA JOSÉ.; SILES LARREA, VM.; PINEDA ZAMORANO, R.; FERNÁNDEZ ROMERO, R.; RUIZ VELA, A.; AMOR DÍAZ, I.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Actualmente no existe una taxonomía clara que catalogue los EA, y mucho menos en ámbitos tan específicos como la UCI, donde las características de los pacientes y de las técnicas que se realizan hacen que puedan darse EA diferentes al de otras plantas de hospitalización.

Identificar los EA que se pueden producir en una UCI Polivalente, mediante una metodología contrastada que permita priorizarlos para facilitar su abordaje.

Se crea un GT Multidisciplinar integrado por 10 profesionales. Se realizan dos sesiones de trabajo de dos horas de duración, supervisadas por el Servicio de Calidad del Hospital. Se desarrolla el mapa del proceso de atención en UCI Polivalente. Mediante el método AMFE se identifican posibles fallos en cada una de las actividades del mapa de procesos, así como las causas y efectos derivados de ellos, obteniéndose el catálogo de fallos. Posteriormente se procede a la priorización de estos en función a su gravedad, frecuencia, criticidad e IPR.

Las actividades que integran el proceso asistencial en la UCI Polivalente son: valoración previa al ingreso; preparación de habitación; acogida al paciente; valoración enfermera y médica; diagnóstico, tratamiento y cuidados; alta (exitus o transferencia a planta).

En total se identificaron 64 fallos, relacionados con más de 80 causas, que provocan aproximadamente unos 40 EA diferentes, siendo los más importantes: PCR, infección nosocomial UPP, caídas, hipoxemia, shock, estenosis traqueal, retraso en el tratamiento, ansiedad en el paciente/familia y estrés en los profesionales.

Los fallos se agrupan en estas categorías:

- Medicación o fluidos intravenosos 20%
- Infección nosocomial 15%
- Fallo de aparatos o equipos médicos 15%
- Accesos vasculares, sondas, tubos, drenajes o sensores 14%
- Cuidados de enfermería 12%
- Vía aérea y ventilación mecánica 10%
- Procedimientos invasivos 8%
- Información/Documentación 6%

Las principales causas de estos fallos son:

- Ausencia de protocolos/falta de adherencia a los ya existentes (36%)
- Falta de formación específica (20%)
- Mala comunicación inter-profesional (17%)
- Déficit de recursos materiales/humanos (13%)
- Mal funcionamiento del aparataje (5%)
- Problemas con la documentación clínica (3%)
- Error en la identificación de los pacientes (3%)
- Estrés/falta de tiempo (3%)

CONCLUSIONES

El método utilizado nos ha permitido obtener de forma rápida un listado priorizado de los principales problemas en Seguridad que pueden ocurrir durante la asistencia en nuestro ámbito.

El número de fallos, las numerosas causas que los provocan, así como la gravedad de los EA que se pueden producir, reflejan la complejidad de la asistencia sanitaria que prestamos y la necesidad imperiosa de conocer que puede fallar para evitarlo antes.

En nuestro trabajo los principales problemas en seguridad no están relacionados tanto con la falta de recursos como con otros aspectos derivados de la inexistencia o falta de cumplimiento de protocolos, o la formación deficiente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 340

TÍTULO: EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y EL TRABAJO EN EQUIPO DE DISTINTOS SERVICIOS CERTIFICADOS. NUESTRA EXPERIENCIA

AUTORES: MARTINEZ ESPIÑEIRA, JULIANA.; MILLOR SANESTEBAN, B.; FERNANDEZ LÓPEZ, A.; PESADO CARTELLE, JA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Unidad de Calidad de nuestra Estructura Organizativa de Gestión Integrada la componen cuatro profesionales: 2 técnicos en calidad, 1 enfermero y 1 auxiliar administrativo.

Presta apoyo y asesoramiento en la gestión, planificación, implantación y mantenimiento de los Sistemas de Gestión de la Calidad a los Servicios Certificados y a cualquiera otro servicio del Área Sanitaria que lo demande, así como a la Dirección, en lo relativo a Gestión de Sistemas de Calidad y Certificación ISO, y en aquellos otros aspectos relacionados con la calidad, que considere oportunos

En el campo de Enfermería participa, asesora y desarrolla proyectos de calidad (Seguridad Paciente, Registros, Procedimientos, Nodos de Innovación, SINASP), y participa en grupos centrales de la Consellería entre otros

En el apartado administrativo se realizan actividades de apoyo y de archivo documental a todos los Comités Técnico Sanitarios, Comisiones Clínicas y Grupos de Trabajo que se desarrollan en el Área

La Unidad es la responsable de realizar las auditorías internas. Sus cuatro integrantes son auditores

Describir el funcionamiento de la Unidad de Calidad de la EOXI de Ferrol.

Difundir la sistemática de trabajo utilizada, que consideramos de buena práctica a integrantes y responsables de otras unidades

Compartir experiencias y aprender de otros en busca de la mejora continua de nuestras actividades

Análisis descriptivo de la organización y actividades de nuestra unidad:

Servicios Certificados o en proceso de certificación:

- Trabajo en equipo (reuniones con todos los Servicios implicados y en común)
- Comunicación y Retroalimentación
- Análisis y toma de decisiones conjunta
- Visión integral de todo el SGC y los Servicios que lo integran (funcionar como un todo)

Unidades y Servicios Asistenciales:

- Seguimiento de indicadores mensual
- Reporte de indicadores segregados a cada Unidad/Servicio
- Visita a todas las unidades de recogida de feed-back (2 mensuales)
- Elaboración, consenso y revisión de protocolos

Soporte centralizado administrativo:

- Comités y grupos de trabajo oncológicos
- Circuitos asistenciales
- Procedimientos, protocolos y Guías
- Consentimientos informados
- Diseño gráfico (cartelería, boletines, fondos de pantalla)

La sistemática establecida se ha demostrado útil y ágil así como facilitadora para mantener y ampliar el SGC

Las reuniones en común con todos los Servicios se revelan como una herramienta valiosa para la toma de decisiones por consenso

La adjudicación de un técnico a cada Servicio con visita semanal resulta fundamental para el apoyo a los Servicios y la puesta al día de su documentación y cumplimiento de requisitos de la norma

La estructura del trabajo y su puesta en común entre los integrantes de la Unidad se valora como una fortaleza dentro de la unidad

CONCLUSIONES

Consideramos que la estructura y funcionamiento implantado en nuestra unidad es extrapolable a otras unidades de nuestras características, al menos en ciertos aspectos

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 342

TÍTULO: REGÍSTRAME, LUEGO EXISTO

AUTORES: SAMPER SALDES, ELENA.; PADILLA LLAMAS, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En nuestro país es un problema generalizado el bajo nivel de documentación de los cuidados de las úlceras por presión, sumándose a esto la baja percepción de problema que suponen las upp para algunos profesionales.

Conocer la calidad de los registros del informe de alta médico y de enfermería respecto a las upp

Evaluar la utilización de la taxonomía enfermera de los pacientes con riesgo o presencia de upp

Revisión retrospectiva de HC de los pacientes con upp documentadas en el registro de upp en el primer semestre de 2015. En la revisión se buscó cualquier mención a la existencia de upp en los siguientes documentos:

Informe de alta médico.

Informe de continuidad de cuidados (ICC), el cual tiene un apartado específico para registrar las upp y las curas pautadas al alta, esta información la incorpora directamente desde el registro de declaración. Por ello todo ICC va a tener este apartado cumplimentado. En este caso se revisó que tuviera informe realizado.

Diagnósticos de enfermería e intervenciones en el plan de cuidados (PC) de hospitalización relacionados con las upp.

147 HC revisadas. En el 65% de los informes médicos de alta no hay referencia a las upp, El 28% sí están informadas y de estas, en el 89% de los casos la upp fue la causa del ingreso. Las úlceras de categoría 3 y 4 son las que más se informan, el 43% y el 60% respectivamente.

En el caso que el paciente presente más de 2 úlceras constan en el informe en el 60% de los casos.

Por servicios, Medicina Interna 38%, Geriátrica 35% y Ortogeriatría 19%, el resto es insignificante. Solo el 5% de los informes de éxitos mencionan que el paciente presentaba upp.

El 75% tenían ICC, de estos por categorías, todas muy similares, destaca categoría 3 con el 60%, Del 25% sin ICC, el 14% son de categoría 3 y 4.

El 20% de los pacientes con más de 2 upp no tienen informe.

Con respecto a los planes de cuidados buscamos algún diagnóstico relacionado. El 73% no tenían formulado ninguno. El 3,5% (5) pacientes tenían formulado deterioro de la integridad cutánea y 24,5% (36) riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

El 33% tenían la intervención Cura de las heridas incorporada en el PC.

Conclusiones

Destaca el bajo registro en los informes médicos de la presencia de upp

Solo el 5% de los informes de éxitos disponen de esta información.

Los servicios médicos registran más que los quirúrgicos. Podría parecer que los servicios médicos que atienden población más mayor están más sensibilizados, Tienen porcentajes más altos pero insuficientes.

El diseño del ICC facilita el registro de presencia de upp, la enfermera no tiene que volver a escribir lo que ya consta en el registro de declaración.

Es relevante que en el 14% de upp de categorías 3 y 4 no se realizó ICC ya que dificulta la continuidad de las curas en el siguiente nivel asistencial.

La enfermera sigue teniendo problemas para registrar sus actividades. Las curas de las heridas se realizaba al 100% de pacientes, pero solo el 33% lo registraba.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 343

TÍTULO: MEDICIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL SONDAJE VESICAL MEDIANTE UNA ENCUESTA

AUTORES: GONZALEZ IGLESIAS, IGNACIO.; URRUCHI CAMPO, MA.; DEL VALLE GARCIA, M.; RUBIERA LÓPEZ, G.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La infección del tracto urinario es la más común de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. La infección urinaria asociada a catéter (CAUTI) se relaciona con un incremento de la morbilidad, la mortalidad, los costes de hospitalización y la prolongación de estancias.

Conocer el nivel de conocimientos sobre el sondaje vesical entre el personal sanitario. Difundir información sobre las indicaciones, técnica de colocación y cuidados del sondaje vesical.

Estudio transversal de conocimientos mediante encuesta.

En primer lugar se realizó una búsqueda bibliográfica buscando experiencias previas de medición del nivel de conocimiento de sondaje vesical mediante una encuesta.

Tras ello se creó una encuesta para médicos centrada en las indicaciones y técnica de colocación del sondaje vesical y otra para enfermería y auxiliares de enfermería basada sobre todo en cuidados y técnica de colocación. Las respuestas son clasificadas de forma dicotómica; conocimiento, desconocimiento.

Posteriormente se hizo un envío masivo a todos los servicios y unidades de hospitalización.

En una última fase se creó un boletín de seguridad del paciente monográfico dedicado a la infección del tracto urinario asociado al sondaje vesical en el que se exponían los resultados de la encuesta así como un repaso de las indicaciones, técnica de colocación y cuidados de enfermería, en colaboración con el Servicio de Medicina Preventiva, el de Urología y la comisión de Cuidados del Área.

La tasa de respuesta es del 52,8% (IC 95%: 49,1 – 56,7). No se observan diferencias estadísticamente significativas por edad, sexo, servicio o años de experiencia.

El 73,6 % (65,3 – 81,8) de facultativos y el 93,1 % (89,7 – 96,5) de enfermería tienen un conocimiento bueno sobre sondaje urinario.

Indicaciones del sondaje intermitente, que la retirada de la sonda urinaria no requiere pinzamiento previo y el tratamiento de la bacteriuria asintomática tienen la puntuación más baja entre los facultativos.

Fijar la sonda para evitar salidas accidentales y mantener la sonda por debajo del nivel de la vejiga peor puntuación en enfermería.

El uso de antiséptico o solución estéril y realizar higiene de manos es conocido por más del 90% del personal.

Conclusiones

Los aspectos de higiene y asepsia tienen un grado de conocimiento amplio entre el personal sanitario.

Entre el personal facultativo, temas como alternativas al sondaje permanente, evitar el cultivo rutinario y el tratamiento de la bacteriuria asintomática y evitar el pinzamiento previo antes de la retirada de sonda, son los principales temas a reforzar.

Entre el personal de enfermería, fijar la sonda para evitar salidas accidentales y mantener la sonda por debajo del nivel de la vejiga los que necesitan más refuerzo de conocimientos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 345

TÍTULO: CALIDAD DOCUMENTAL EN LA REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

AUTORES: PETRIZ GONZÁLEZ,, LOURDES.; LÓPEZ GARCÍA, P.; RODRÍGUEZ BLANCO, P.; GALDÓN IBÁÑEZ, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Durante el año 2015 nuestra institución realiza una revisión de 5.000 historias clínicas (HC) de pacientes atendidos en sus centros, con el objetivo de dar resultados de supervivencia de cáncer. Durante el proceso se identifican incidencias documentales reiteradas y de importancia suficiente para recogerla, analizarlas y elaborar planes de mejora que garanticen la calidad de los datos asistenciales.

- Detectar los errores más frecuentes en el registro de información en la historia clínica.
- Tipificarlos y ponderarlos.
- Notificación a la institución de los resultados
- Implicación de los profesionales en el despliegue de acciones correctivas.

Material: historia clínica de los centros (SAP), historia clínica compartida de Cataluña (HC3), base de datos de registros clínicos y registro de incidencias documentales.

Método: En el momento en que se realiza la revisión de las HC se empiezan a detectar incidencias, de las que se han hecho capturas de pantalla donde se localizaba el error y se han archivado identificando 'tipo de error'. A la finalización del estudio, y visto los riesgos asociados a una falta de calidad en el registro de las HC, se crea un fichero donde se categorizan los tipos de errores y se identifica el volumen de éstos con intención de continuar revisando la documentación clínica para conocer con detalle la tipología, poder hacer una evaluación de riesgos asociados a estos y priorizar acciones correctivas y de mejora.

Las categorías de clasificación son errores de: datos clínicos, fecha de éxitus, números de historia clínica, fechas de pruebas complementarias e informes, problemas del sistema y los derivados de 'copiar - pegar'.

Cuantitativamente: Se ha recogido 98 incidencias que han quedado distribuidas de la siguiente manera : Errores en fechas de pruebas complementarias e informes: 33%; Errores en los datos clínicos: 30%; Errores en la fecha de éxitus: 16,7%; Problemas del sistema: 11%; Errores derivados de 'copiar - pegar': 7,5%; Errores en números de historia clínica: 1,8%.

Cualitativamente: Se ha detectado la necesidad de llevar a cabo un proyecto para la identificación de errores de forma sistemática, con el objetivo de:

1. Elaborar guías de buenas prácticas que permitan homogeneizar y mejorar la calidad del registro de la HC.
2. Evaluar los riesgos y priorizar acciones de mejora en función de la criticidad de estos por el impacto en la seguridad de los pacientes.
3. Poder realizar estudios futuros con la garantía de disponer de datos clínicos fiables. Elaboración de una base de datos de incidencias documentales.

Conclusiones:

- Se identifica la necesidad de establecer criterios de uso de las herramientas para disponer de información homogeneizada tanto a nivel de centro, de institución como territorial.
- Hay que realizar de forma periódica revisión de la información de las HC, para reconducir los errores que se detecten.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 346

TÍTULO: NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DE HOSPITALIZACIÓN MEDICO-QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL DE UN ÁREA DE SALUD

AUTORES: HERNÁNDEZ-MÉNDEZ, SOLANGER.; CARRASCO-RUIZ, D.; CASANOVA-NAVARRO, L.; GUTIERREZ-ARANDA, JM.; CAYUELA-HERNÁNDEZ, JM.; DE GRACIA-GÓMEZ, G.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Hace unos años el concepto de calidad estaba asociado únicamente a controlar las diferentes etapas del proceso asistencial garantizando el producto/servicio, ahora se ha evolucionado hacia un sistema de gestión que tiene en cuenta las expectativas, necesidades, preferencias y satisfacción del usuario. Entre las diferentes medidas de resultados establecidas, se encuentra la satisfacción del usuario. Por lo tanto, tomando al paciente como evaluador de las prestaciones sanitarias recibidas es posible conocer de forma objetiva la situación de un sistema de salud en base a la opinión y satisfacción de los usuarios del mismo.

GENERAL: Determinar el nivel de satisfacción de los pacientes ingresados en el área de hospitalización medico quirúrgica y maternidad del hospital en el momento en el que reciben el alta. **Específicos:** Evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes con respecto a los cuidados de enfermería. Determinar el nivel de satisfacción de los pacientes con respecto a la atención médica. Evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes con respecto al entorno hospitalario. Determinar el nivel de satisfacción de los usuarios con su experiencia en el hospital con respecto a la ayuda recibida, manejo del dolor, alimentación y manejo de la medicación. Describir la percepción de los pacientes al momento del alta con respecto a la información dada en lo referente a cuidados y pautas a seguir escritas. Conocer la opinión de los pacientes sobre su propio estado de salud.

Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. La muestra estuvo constituida por 81 pacientes. Se utilizó un cuestionario con un formato de respuesta tipo Likert. Se alcanzó un alfa de Cronbach de 0,86

RESULTADOS: Los pacientes se muestran muy satisfechos con la atención enfermera, seleccionan "siempre" en el 87,6% de los casos en la opción de haber sido escuchados con educación y respeto, en el 79% en la de haber sido escuchados con atención y 76,5% en explicación de las cosas. En cuanto a los médicos, 86,4% siempre han sido tratados con educación y respeto, 67,9% escuchados con atención y 75,3% en explicación de las cosas. Respecto al entorno el 75% señala siempre en la opción de limpieza de la habitación y el 45,7% afirma lo mismo en tranquilidad nocturna. Sobre la experiencia de los pacientes en el HURM, el 26,2% necesitó ayuda para ir al baño, el 72,8% necesitó medicación para el dolor y al 35% le dieron medicación que nunca antes había tomado. El porcentaje de pacientes que selecciona "buena" para alguna cualidad de la comida ronda siempre el 50%. La puntuación media que obtiene el hospital es 7,52. **CONCLUSIÓN:** La mayoría de los pacientes considera su estado de salud de razonable a muy bueno. La atención enfermera está mejor valorada que la atención médica. Existen casos de insatisfacción en la asistencia al baño y con la comida ofrecida durante la estancia. La evaluación general del hospital es altamente satisfactoria.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 347

TÍTULO: PROGRAMA DE SOPORTE DE LA ATENCIÓN PRIMARIA TERRES DE L'EBRE A LAS RESIDENCIAS DEL GRUPO L'ONADA

AUTORES: LUCAS NOLL, JORGINA.; FERRÉ FERRATÉ, M.; TOMÁS NAVARRO, B.; DALMAU LLORCA, R.; BEGUER LARRUMBE, N.; NAVASQUILLO CALDERON, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El aumento de la esperanza de vida de la población, ha supuesto un cambio en las necesidades de salud. Este hecho es más evidente en las residencias geriátricas, que presentan una elevada prevalencia de morbilidad y fragilidad. A parte, el hecho que las residencias geriátricas tengan profesionales sanitarios propios con gran variabilidad, clínica, relacional y de conocimiento de la atención primaria hace que haya una gran inequidad en la atención a la cronicidad y a la patología aguda en estos centro, aumentando así el gasto de recursos sanitarios por un aumento de las pruebas complementarias, de visitas a urgencias, de derivaciones a especialistas y de gasto en farmacia.

A partir de esta situación se hace necesario desarrollar un proyecto de soporte a la atención primaria de salud a los profesionales de los equipos propios de las residencias geriátricas.

Iniciativas similares desarrolladas en otros territorios, como el equipo de soporte a residencias implantado en Barcelona, avalan los resultados de este proyecto.

- Garantizar des del sistema público una atención integral y de calidad a las personas institucionalizadas en residencias geriátricas.
- Adecuar los tratamientos en base a la eficacia, seguridad y eficiencia que requiere este grupo especial de pacientes.
- Garantizar el acceso a la historia clínica de Atención Primaria (ECAP) desde los centros residenciales geriátricos.

Durante el año 2016, las plazas de residencia en les Terres de l'Ebre son 1.337.

Este proyecto propone un nuevo modelo de atención a los usuarios de las residencias de L'Onada de Terres de l'Ebre.

El grupo L'Onada dispone de 6 residencias en funcionamiento a Terres de l'Ebre con un total de 454 places. Las residencias tienen contratados servicios sanitarios privados en horario variable y reciben atención sanitaria urgente por parte de los dispositivos públicos vinculados a las ABS de referencia y al CUAP.

Se propone la creación de un equipo de atención primaria formado por un médico de familia y una enfermera que dará una atención integral, teniendo en cuenta la cartera de servicios de atención primaria y coordinándose con el equipo asistencial de las residencias.

Se establecen unos protocolos de acción conjunta tanto administrativos como médicos, para la atención a las descompensaciones de los pacientes entre las residencias geriátricas y la región sanitaria de atención primaria.

Se propone la creación de unos indicadores de seguimiento para valorar la evolución del proyecto:

1. Estándar de calidad asistencial de residencias del ICS;
2. Estándar de prescripción farmacéutica (EQPF) del ICS
3. IQF del cat Salut, prescripción de pañales según los criterios de CatSaut para residencias.
4. Registre de pacientes PCC y MACA y porcentaje de planes de acción individualizados.
5. Seguimiento de prescripción de apósitos según los criterios FarmageriàtriCS
6. Mantenimiento de grupos de usuarios y registro de códigos de residentes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 348

TÍTULO: CREACION E IMPLANTACION DE LA UNIDAD DE EDUCACION TERAPEUTICA Y PRUEBAS FUNCIONALES DE ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA

AUTORES: MULA DOMÍNGUEZ, MARÍA JESÚS.; MERINO MORENO, MC.; ROMERO PÉREZ, MM.; DÍAZ ABOLLADO, MJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La diabetes mellitus y la obesidad infantil es un problema individual y de salud pública. La falta de control conlleva la aparición de complicaciones y deterioro de la calidad de vida. Según Conde Barreiro y cols la incidencia media de DM1 en menores de 15 años en España estimada sería de 17,69 casos/100.000 habitantes-año. Según la Encuesta Nacional de Salud 2003, la distribución del sobrepeso y obesidad en niños y niñas entre 2 y 17 años en Andalucía se sitúa en torno al 30% en ambos sexos. La atención ha supuesto un aumento de la demanda asistencial y del coste sanitario. Es vital gestionar la demanda y racionalizar el gasto sanitario. En Andalucía se ha desarrollado el IV Plan Andaluz de Salud, la Estrategia de cuidados en la Andalucía del siglo XXI, el Plan Andaluz de Atención integrada a pacientes con enfermedades crónicas, el Plan Integral de Diabetes de Andalucía y el Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía para aumentar la calidad de vida, la autonomía funcional y social y promover la participación activa. El nuevo Plan Integral de Diabetes reforzará la prevención, el diagnóstico precoz, los programas de educación terapéutica y el uso de las nuevas tecnologías.

Creación e implantación de la Unidad de Educación Terapéutica y de Pruebas Funcionales de Endocrinología Pediátrica.

Estudio descriptivo de la organización funcional y asistencial de la unidad. Se han realizado búsquedas bibliográficas y consultado los planes integrales de diabetes y obesidad infantil de Andalucía. La enfermera ha consensuado programas de educación diabetológica y obesidad con comorbilidad asociada con otros miembros del equipo. La consulta funciona de lunes a viernes en horario de 8 a 15h desde marzo de 2015.

Se han elaborado programas de educación terapéutica al debut diabético, programa de refuerzo educativo terapéutico en diabetes hasta 12 años y adolescentes, formación para la implantación de la terapia de infusión subcutánea continua de insulina (ISCI), monitorización continua de glucemia (MCG) y para diagnóstico y programa de educación terapéutica en obesidad. Otras actividades: consulta de telemedicina, extracción de muestras sanguíneas e implantación de dispositivos de acceso subcutáneo. Asistimos un total de 150 niños DM1 y 75 niños obesos con comorbilidad asociada. Un total de 12 niños han completado el programa de formación del debut diabético en 2015. Tenemos 25 niños con terapia ISCI y 4 tienen MCG. Actualmente hay 15 niños en el programa ISCI para inicio del tratamiento. El 100% de los pacientes han recibido formación en la consulta de acto único. Además se ha realizado refuerzo ETD en menores de 12 años y adolescentes con un total de 65 niños. En el caso de los niños obesos se ha realizado ETO en el 100%.

El desarrollo de los programas educativos ha permitido estandarizar los cuidados. La ET constituye el mayor peso en la labor asistencial. En proceso de realizar pruebas funcionales de endocrinología pediátrica.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 349

TÍTULO: NUEVAS FORMAS DE ATENCIÓN PARA HUMANIZAR LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

AUTORES: VALENZUELA ANGUITA, MARTINA.; VIDAL BERMUDEZ, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los servicios de Urgencias son la puerta de entrada de la atención hospitalaria, están caracterizados por ser un área muy tecnificada de alta complejidad asistencial y actividad profesional, existen numerosos factores como la masificación y la celeridad en el ritmo de trabajo que convierten los cuidados de enfermería en unos cuidados técnicos, fragmentados y despersonalizados, olvidando los aspectos relacionados con la humanización del cuidado.

Se hace necesario un nuevo redimensionamiento de la atención sanitaria en estas áreas y para ello es importante conocer la percepción así como las vivencias de los profesionales de enfermería que trabajan en este servicio.

Conocer la percepción de los profesionales de enfermería sobre las características que definen la personalización del cuidado.

Describir aquellas acciones que contribuirán a humanizar los cuidados de enfermería en los servicios de Urgencias.

Definir nuevas formas de atención hacia un cuidado más humanizado.

Se realizó un estudio con metodología cualitativa. Los hospitales de estudio fueron el Hospital Morales Meseguer (Murcia) y el Hospital Virgen del Castillo (Yecla). La muestra se obtuvo mediante un muestreo teórico hasta la saturación de los datos. La recogida de los datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas, garantizando la confidencialidad. El análisis de los datos se realizó mediante un análisis del discurso y se realizó la triangulación de datos con la bibliografía consultada.

Se han realizado 7 entrevistas. Tras el análisis del discurso han emergido tres grandes categorías, son:

PERSONALIZACIÓN DEL CUIDADO: los profesionales de enfermería manifiestan que proporcionar un cuidado más individualizado además de integral, permitiendo una continuidad en el cuidado del paciente que acude a Urgencias, lo que supone la responsabilidad y la implicación para la realización de ese cuidado

MODELO ENFERMERA/REFERENTE: Los profesionales de enfermería plantean un nuevo modelo para prestar sus cuidados dentro del Servicio de Urgencias, en el que la personalización y la continuidad del cuidado del paciente adquiere un gran protagonismo, denominado Enfermera-Referente.

SENTIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES. Se describe cómo se sienten cuando realizan este tipo de cuidado más humano. Los sentimientos que afloran van desde la alegría hasta la satisfacción por el trabajo bien hecho.

CONCLUSIONES

Se propone como modelo de atención dentro del servicio de Urgencias "El modelo Enfermera- referente" que permite una mayor continuidad y seguimiento del cuidado del paciente, además de crear un clima de confianza y de apoyo emocional tanto al paciente como a su familia. Mediante la personalización del cuidado nos permite humanizar la relación que se establece entre el profesional de enfermería y el paciente y su familia que acude al servicio de Urgencias.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 350

TÍTULO: METODOLOGIA PARA OBTENER UNA APROXIMACIÓN AL TIEMPO DE FRUSTACIÓN

AUTORES: GONZÁLEZ ZOBL, GRISELDA.; GARRIGA BADIA, A.; COSSIO GIL, Y.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La satisfacción con un servicio de salud depende de las expectativas y las necesidades del usuario. Entre los factores determinantes están los diferentes tiempos de espera hasta conseguir ser atendido por un profesional sanitario.

Desde la dirección de nuestro Centro de Atención Primaria, se consideró oportuno evaluar el tiempo que esperan los usuarios, desde su llegada hasta ser atendidos por el médico, en una visita programada (tiempo de frustración). El programa informático del centro (eCAP) no dispone de indicador calculado del tiempo de frustración, principalmente por la falta de registro de hora de entrada a la visita.

El objetivo fue encontrar una manera de realizar una aproximación al tiempo de frustración con la información disponible.

Definir un método sistemático para disponer del tiempo de frustración.

Los pasos para encontrar una forma sistemática de medir los tiempos de frustración fueron:

- Elegir una herramienta: Se consideraron varias formas de recogida de información y se optó por obtener datos de la historia clínica electrónica (HC) de atención primaria eCAP
- Conocer el circuito y acciones informáticas que realizan los profesionales al entrar un paciente a consulta
- Trazabilidad de acciones: Se consultó a sistemas de información sobre la disponibilidad de la trazabilidad de acciones. Petición de datos al eCAP
- Definición tiempo de frustración según disponibilidad de datos
- Explotación y validación de los datos con dirección
- Presentación de resultados y validación con el equipo

Definición indicador tiempo de frustración según la información disponible junto con Dirección del centro: tiempo de demora entre la hora de visita programada con la hora real de visita.

Circuito informático: A la llegada del paciente los profesionales abren la HC para registrar la atención y en la mayoría de los casos esta historia se cierra al salir el paciente (consultas de 10 minutos)

Trazabilidad de acciones: Informáticamente sólo queda registrada la última entrada diaria a la HC del paciente (fecha y hora), a este tiempo se llamó "fecha marca".

Por otro lado se puede obtener el día y hora de la visita programada: "fecha cita"

Definición tiempo de frustración: Se definió como la resta entre "fecha marca"-"fecha cita".Ajustando por el tiempo promedio que dura una visita.

Explotación y validación: Se encontraron tiempo de frustración positivo (espera), tiempos de cero (no hay espera) y tiempos negativos (cuando el paciente llegaba antes de la hora programada y era atendido).

Se encontraron outliers, como retrasos de más de 3 horas que, en acuerdo con la dirección, se excluyeron del análisis porque no correspondían a la realidad. Asimismo se excluyeron los tiempos negativos.

Una vez se obtienen los datos de análisis, se valora la distribución de los datos para valorar su normalidad y los estadísticos descriptivos. Se asume el valor promedio +/-DE como el tiempo de frustración.

La etapa de presentación y validación con el equipo está pendiente

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 352

TÍTULO: CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROFESIONALES Y AUXILIARES DE ENFERMERIA Y VARIABLES CORRELACIONADAS.

AUTORES: MIR ABELLAN, RAMON.; DE LA PUENTE MARTORELL, ML.; CRUZ ANTOLIN, A.; FALCÓ PEGUEROLES, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La primera estrategia para mejorar la seguridad del paciente en las instituciones es conseguir una cultura de seguridad positiva entendida como la suma de valores, actitudes y patrones de conducta individuales y grupales que determinen el compromiso de la gestión de la seguridad, en la atención y cuidado del paciente. El medir esta cultura es el inicio del ciclo de mejora de cada organización.

Describir la actitud de los profesionales y auxiliares de enfermería respecto a la cultura de seguridad.

Conocer la influencia de diferentes variables socio demográficas y profesionales en la actitud de los profesionales y auxiliares de enfermería respecto a la cultura de seguridad.

Se trata de un estudio descriptivo correlacional. El total de profesionales y auxiliares de enfermería era de 276 sujetos. Se realizó una agrupación en función de la unidad o área donde éstos desempeñaban la mayor parte de sus servicios clínicos. Las áreas fueron: Unidades de Hospitalización, Servicios Ambulatorios, Urgencias/Unidad Medicina Intensiva y Bloques Quirúrgico/Obstétrico.

Para la recogida de datos se utilizó la versión española del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture, formado por 42 preguntas que se agrupan en 12 dimensiones y cada una de estas engloba 3 o 4 ítems. El cuestionario incluye una calificación global (de 0 a 10) sobre la cultura de seguridad y una pregunta sobre el número de eventos notificados por escrito, además se añadieron algunas variables sociodemográficas y profesionales de interés en el estudio.

Se consideró que una dimensión era una fortaleza si había más de un 75% de respuestas positivas y una oportunidad de mejora si había más de un 50% de respuestas negativas.

Respondieron el cuestionario un total de n=211 sujetos, representando una tasa de respuesta del 76%.

La media a la pregunta sobre la calificación global de la seguridad del paciente se situó en un 7,23. El 53% (n=103) de los sujetos respondió no haber realizado ninguna declaración en sistema de declaración de incidentes en el último año. La dimensión "Trabajo en equipo en la unidad/servicio", se consideró una dimensión fortaleza con el 77,79% de respuestas en positivo. La dimensión "Dotación de personal", se consideró una dimensión oportunidad de mejora con el 59,62% de respuestas en negativo.

Se obtuvieron diferencias significativas a favor de los profesionales de enfermería respecto a los auxiliares de enfermería, del grupo de profesionales a jornada parcial frente al grupo a jornada completa y de las áreas de trabajo de los servicios ambulatorios respecto al resto de áreas.

El estudio ha proporcionado información sobre las actitudes positivas y negativas de los profesionales respecto la cultura de seguridad, además ha permitido conocer la influencia de ciertas variables socio profesionales en estas actitudes, como pueden ser la categoría profesional, las horas de dedicación laboral y el área donde se trabaja.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 353

TÍTULO: DESBUROCRATIZACIÓN DE LAS CONSULTAS MEDIANTE LA VIRTUALIZACIÓN.

AUTORES: BORJA COSTA, MIRIAM.; LUCAS NOLL, J.; GAVALDA ESPELTA, E.; FERRE FERRATÉ, M.; DALMAU LLORCA, R.; BAUCELLS LLUIS, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Según el Pla de Salut de Catalunya 2016-2020, el sistema de salud debe ser una red asistencial accesible a todas las personas que lo necesiten y debe disponer de los instrumentos necesarios para ser eficaz y efectivo a la hora de resolver los problemas de salud de la población.

La accesibilidad del sistema sanitario es uno de los aspectos más solicitados por la población y es una de las estrategias del ICS.

El proyecto nace a raíz de las quejas de los profesionales por el gran volumen de actividad y la imposibilidad de dar una asistencia de calidad de los pacientes.

Evaluar la evolución del uso de las visitas virtuales desde su plena implantación en el primer trimestre de 2015, con el uso en el primer trimestre de 2016.

El sistema informático ECAP nos permite realizar un tipo de visitas, llamadas visitas virtuales. Este tipo de visitas se definen como cualquier gestión clínica que se realiza sin la presencia física del paciente. Experiencias previas demuestran que el uso de este tipo de visitas mejora la accesibilidad, mejora el seguimiento de los pacientes complejos 7x24, genera satisfacción en los usuarios que tiene a su abasto a los profesionales sanitarios para los trámites más burocráticos y mejora la gestión clínica y del tiempo del profesional.

Durante el primer trimestre del año 2015 se realizaron 377.193 visitas en región sanitaria de las que 17649 fueron virtuales, un 4,67%. Durante el primer trimestre de 2016 se hicieron 372.623 visitas de las cuales 24134 fueron virtuales, un 6,47% del total de las visitas. Lo que supuso un aumento de un 36,74% de las visitas virtuales comparando el primer trimestre de 2016 y el de 2016.

- Se ha introducido en la metodología de Trabajo de los profesionales un nuevo tipo de visita asistencial.
- La aceptación tanto de usuarios como de profesionales de la visita virtual va en aumento.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 354

TÍTULO: IMPLANTACIÓN Y PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CITAS EN CONSULTAS EXTERNAS HOSPITALARIAS

AUTORES: GARCÍA SÁNCHEZ, MARÍA ÁNGELES.; FERNÁNDEZ LOBATO, RC.; GONZÁLEZ REVALDERÍA, J.; ANDRÉS MOLINERO, MA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las consultas externas del hospital son un entorno complejo por el elevado número de las mismas y la gran cantidad de pacientes que son vistos diariamente. En general, el principal problema se relaciona con los tiempos de espera hasta entrar en consulta, la confortabilidad de las instalaciones y la necesidad de establecer un sistema que salvaguarde la intimidad del paciente, en especial en determinadas consultas. Dentro del Plan de Humanización de la atención de nuestro hospital, se estableció una línea de abordaje de estos aspectos.

El objetivo del trabajo es establecer un sistema de citas en las consultas externas que salvaguarde la intimidad del paciente, organice el sistema de esperas y permita al facultativo conocer el cuántas y cuáles son las personas que están en espera para su consulta a tiempo real, aportando información que ayude a mejorar la gestión.

En agosto de 2015 se implantó un sistema automático que asigna a cada paciente que acude a una consulta un número que asegura su anonimato, informa de la hora que tenía adjudicada el paciente y si este tenía cita en esa localización o no. La identificación del paciente puede realizarse por tarjeta sanitaria, por pegatina con número de historia o por DNI/NIF. El sistema fue presentado a los profesionales instaurándose sin problemas. También se realizó una campaña informativa a los pacientes y se hizo un apoyo específico durante los primeros meses.

En mayo de 2016 se realizó una encuesta entre 78 pacientes, escogidos aleatoriamente, que acudían a las consultas. Cada ítem se clasifica de 1 (mucho peor de lo esperado) a 5 (mucho mejor). Se encuentran las siguientes puntuaciones: disposición del personal para ayudar: 3.1; confidencialidad: 3.9; estado consultas: 3.3; estado sala espera: 3.0; puntualidad respecto hora de cita: 2.5; facilidad de uso del sistema: 3.1. Cuando se desagrega el análisis por plantas, los resultados con más recorrido de mejora se encuentran en las áreas de traumatología y Oftalmología. Entre los comentarios libres, se encuentran: "mejorar el tiempo de espera para entrar en la consulta" (8), "complejo para los mayores" (3) y "a veces falla el lector" (2).

Los pacientes perciben adecuadamente el sistema para la finalidad que se había planteado, en especial, la confidencialidad. Se percibe "como se esperaba" la ayuda por parte del personal y el estado de la sala de espera (que había sido remodelada al mismo tiempo que se implantó el sistema) y las consultas. Sin embargo, la puntualidad para entrar en consulta es percibida negativamente. El sistema permite conocer las demoras de cada facultativo individualmente. En la actualidad se está trabajando en un plan de abordaje de este aspecto en las áreas específicas donde se detectan más retrasos y los motivos que las causan.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 355

TÍTULO: ACREDITACIÓN DE EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y GESTIÓN POR PROCESOS FUNDAMENTADA EN LEAN HEALTHCARE

AUTORES: MOMPÓ I AVILÉS, CARME.; GIMENO RUBERTE, C.; ALBESA BLASCO, JM.; GONZÁLEZ PLATAS, E.; RIERA NADAL, N.; CERRO MIRANDA, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

A partir del 2014 el Departament de Salut exige la acreditación de Equipos de Atención Primaria (EAP) para poder ser concertados. El Modelo de Acreditación de EAP está basado en los 9 criterios del Modelo EFQM y contempla 347 estándares o requisitos.

Nuestra organización inició la implantación de un sistema de Gestión por Procesos (GPP) en el 2001 (a partir de una autoevaluación del Modelo EFQM) y lo fundamenta en la Metodología Lean Healthcare a partir del 2008.

La puesta en control de un proceso implica una evolución anual de requerimientos. La herramienta de evaluación (Matriz de evaluación ©) contempla 5 niveles: el nivel 2 se exige el primer año y el nivel 3 corresponde a un certificado ISO 9001.

Preparar la Acreditación de 4 EAP manteniendo la coherencia e integración con nuestra metodología de GPP fundamentada en Lean Healthcare.

-Revisión del mapa de procesos de Atención primaria.

-Puesta en control del proceso clave "Atención en el centro y domicilio": seguimiento mensual de indicadores, registro de incidencias, evaluación trimestral de objetivos y planes de acciones de mejora,

Resultados:

-Los 4 procesos iniciales se reducen a dos: Atención en el centro y domicilio (que incluye la atención de emergencias) y Atención a la comunidad.

-Acreditación: las puntuaciones finales van del 94.5% al 95%.

-Matriz: se obtienen puntuaciones superiores al 75% en el nivel 2, consiguiéndose el objetivo corporativo para procesos de primer año.

-Herramientas instauradas: Portal de GPP, Plan acogida nuevos profesionales y usuarios, Matriz de cualificación de profesionales, quadros de mando, planes de acciones de mejora, Registro de incidencias, mejora de la señalización del centro y orden en las consultas (5S).

-Mayor transparencia y accesibilidad de la documentación.

Conclusiones:

-La GPP fundamentada en Lean Healthcare es coherente con los requisitos del Modelo de Acreditación de EAP.

-La puesta en control del proceso ha favorecido una sistemática de trabajo que da respuesta a una gran parte de los requisitos del Modelo. Las 5S es una buena herramienta para mantener el orden de los espacios.

-La Acreditación ha supuesto un estímulo para superar los requerimientos básicos de nuestra metodología en el primer año de puesta en control de un proceso (nivel 2) y conseguir algunos requisitos de los niveles 3 y 4.

-Enlazar e integrar el Modelo de Acreditación con nuestra metodología, en vez de crear un sistema en paralelo, permite ordenar y establecer prioridades ante las múltiples demandas que, por separado, se encuentran los profesionales y responsables. Esto facilita establecer acuerdos de calidad coherentes con la estrategia de la organización.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 356

TÍTULO: NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL EN UN ÁREA DE SALUD

AUTORES: HERNÁNDEZ-MÉNDEZ, SOLANGER.; GARCIA-LLAMAS, AA.; GARCIA-SANCHEZ, MA.; MARTINEZ-SANCHEZ, MA.; MIRAS-GÓNZALEZ, MJ.; MORENO-CLEMENTE, N.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En los últimos años existe un cambio significativo en las entidades sanitarias, pasando estas de estar centradas en los profesionales a estarlo en los pacientes, intentando solucionar todo aquello que le preocupe. Se ha incrementado la importancia de la opinión de los usuarios, respecto a la calidad de los servicios prestados en una entidad sanitaria, para poder ofrecer una atención con todas sus necesidades y expectativas, por lo que las instituciones tienen la obligación, de dar las herramientas necesarias a los pacientes, para que califiquen la atención sanitaria.

Evaluar el grado de satisfacción con la calidad percibida al alta de los padres, madres o tutores en el servicio de pediatría. Específicos: Determinar el grado de satisfacción con el entorno que tienen los usuarios del servicio de pediatría. Identificar el nivel de satisfacción con los cuidados de enfermería que tienen los usuarios del servicio de pediatría. Describir el nivel de satisfacción con la atención médica que tienen los usuarios del servicio de pediatría. Valorar el nivel de satisfacción con los servicios de cocina, lencería y limpieza que tienen los usuarios del servicio de pediatría.

Observacional, descriptivo y transversal. La muestra estuvo constituida por 98 cuestionarios de escolares y otros 28 cuestionarios de neonatos.

La valoración del entorno: horario de visitas 69,4% cree que este horario es excelente. Respecto a la comodidad referida al mobiliario 41,8% de los padres lo encontraba de una forma excelente. El espacio en la habitación 54,1% de los encuestados le parecía excelente. Espacio del parque 55,1% excelente. Espacio de la sala de juegos 55,1% le parecía excelente. Y en la decoración, planta y el uniforme del personal 83,7% excelente. La atención de enfermería al ingreso 69,4% excelente. La accesibilidad de enfermería 59,2% excelente. Respecto a la rapidez que las enfermeras le han atendido tras pedir ayuda 65,3% excelente. En cuanto a los cuidados prestados por enfermería 66,3% de los padres le pareció perfecto. Valoración de los padres sobre el contacto humano del personal de enfermería en cuanto al niño 74,5% lo vieron excelente. En cuanto al contacto humano del personal de enfermería respecto a la familia el 68,4% lo percibió de una manera excelente. El estímulo y la ayuda para la lactancia materna, del 30,6% de los padres que contestaron esta pregunta 17,3% les pareció excelente. 1,0% vio una falta de personal en la planta. La atención médica al ingreso un 66,3% excelente. La accesibilidad de los pediatras, un 53,1% excelente. Cumplimiento del horario de información de los pediatras, 56,1% excelente. El contacto humano de los pediatras respecto al niño, un 71,4% excelente. Contacto humano de los pediatras hacia la familia, un 69,4% lo vio excelente. 1,0% comenta que hay diferentes opiniones entre los pediatras. Calidad de la comida, un 42,9% excelente. Lencería un 42,9% excelente. La limpieza de la unidad, un 59,2% les parece excelente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 357

TÍTULO: SEGUIMIENTO ASISTENCIAL CONTINUADO EN PACIENTES CRÓNICOS: APLICATIVO 7X24.

AUTORES: IRIGOYEN GARCIA, MARIA TERESA.; GAVALDÀ ESPELTA, E.; JORGINA LUCAS NOLL, J.; FERRÉ FERRATÉ, M.; BAUCCELLS LLUÍS, J.; NAVASQUILLO CALDERÓN, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En nuestro servicio de atención primaria los cambios continuos de profesionales su movilidad y la realización de atención continuada en centros distintos, han creado la necesidad de unificar criterios i forma de atención para garantizar el cuidado i seguimiento de los pacientes frágiles las 24 horas del día los 7 días de la semana (seguimiento 7x24).

Por este motivo de la unidad de sistemas de la información se ha creado un aplicativo informático que permite hacer un seguimiento de los pacientes crónicos complejos (PCC) y loe pacientes con enfermedad avanzada (MACA) de forma unificada, creando una manera común de trabajo y de registro de la información para todos los profesionales.

De esta manera se garantiza el seguimiento asistencial de estos pacientes las 24 horas del día , independientemente que su equipo asistencial esté no este trabajando en ese momento.

Valorar la implantación de un aplicativo informático en nuestro territorio que facilite el seguimiento 7x24 de los pacientes PCC i MACA, unificando la forma de registro de este seguimiento.

Se crea por parte de la Unidad de Sistemas de la información un aplicativo informático que recoge: variables sociodemográficas, PCC/MACA, Insuficiencia cardiaca (IC), Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica (EPOC), tipo de seguimiento (telefónico/domicilio) y un apartado de observaciones de texto libre

RESULTADOS:

Se ha implantado el seguimiento mediante el aplicativo informático en 11 equipos.

El total de movimientos realizados son de 693 de mayo a diciembre de 2015 i de 598 de enero hasta mayo de 2016. Respecto a estos corresponden a pacientes PCC/MACA 303 y 181 respectivamente. La media de seguimientos por paciente son 3 i la edad media 76,37 años.

CONCLUSIONES:

La nuevas tecnologías facilitan el seguimiento continuo de los pacientes sobre todo en aquellos que necesitan mayor atención (PCC/MACA), garantizando la continuidad asistencial y el correcto registro de la misma.

De la misma forma garantizamos que todos profesionales del territorio realicen el mismo procedimiento disminuyendo la variabilidad y mejorando el registro del seguimiento de estos pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 358

TÍTULO: CAUSAS DE LAS PRÁCTICAS DE POCO VALOR EN ATENCIÓN PRIMARIA Y LAS SOLUCIONES PARA EVITARLAS

AUTORES: CARO MENDIVELSO, JOHANNA MILENA.; ALMAZÁN, C.; ARROYO MOLINER, L.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El proyecto Esencial es una iniciativa que identifica prácticas clínicas de poco valor (PPV) y promueve recomendaciones con el fin de evitar su realización. Tiene diferentes etapas: 1) identificación de PPV, 2) priorización de recomendaciones, 3) comunicación activa, 4) implementación de las recomendaciones en atención primaria (AP), y 5) evaluación del impacto. Previo al inicio del piloto de la implementación, con los profesionales sanitarios (PS) se buscó conocer las opiniones relacionadas con las PPV y así poder lograr un abordaje que permita implementar las recomendaciones para evitarlas.

Explorar los conocimientos y percepciones de los PS de AP sobre las causas de las PPV y las posibles soluciones para evitarlas.

Descripción de la experiencia

En el año 2015, previo al inicio de la implementación se realizaron encuestas, sesiones de brainstormings y un grupo focal a los PS de los equipos de atención primaria (EAPs) que participarían (116 EAPs). Los principales temas que se abordaron fueron la identificación de las causas de PPV a nivel del profesional, del paciente y a nivel externo. Las principales causas que se identificaron: a) dinámicas propias del profesional (dudas o incertidumbre por parte del profesional, inercia en la práctica clínica o falta de homogenización de protocolos dentro del EAP), b) en la relación médico-paciente (por presión del paciente, para dar respuesta a las expectativas y exigencias, por falta de confianza hacia el médico) y c) factores externos (falta de tiempo en la consulta, falta de coordinación entre el hospital y atención primaria, como ejemplos del sistema de salud, y, por la presión de la industria y de los medios de comunicación como factores sistémicos externos).

Así mismo, consideran que las soluciones para reducir estas prácticas son: formación continuada y actualización de los PS, proporcionándoles herramientas para facilitar la toma de decisiones, implicar y empoderar al paciente en la toma de decisiones, disponer de más tiempo de consulta para poder discutir con el paciente las alternativas, contar con apoyo del centro en caso de denuncias o quejas del paciente, coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y realizar una intervención publicitaria para la ciudadanía.

Conclusión

El proyecto Esencial busca promover la práctica basada en la evidencia implicando a los PS y en una aproximación bottom-up. A partir del análisis de los resultados relacionados con las técnicas empleadas, logramos identificar las causas de las PPV a diferentes niveles. La información obtenida de esta experiencia orienta la estrategia de implementación para promover la realización de rutas asistenciales adecuadas, incentivar la coordinación entre profesionales. Así mismo, adecuar los tiempos de visita y recursos comunicativos para construir puentes de confianza necesarios con los pacientes, buscando un cambio en la práctica clínica y mejorando la calidad asistencial.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 359

TÍTULO: BUSCANDO LA EXCELENCIA EN EL CUIDADO. PALIATIVOS EN URGENCIAS HOSPITALARIAS DEL HOSPITAL MORALES MESEGUER DE MURCIA

AUTORES: GIL LÓPEZ, JOSEFA.; VALENZUELA ANGUIA, M.; HERNÁNDEZ PEREZ, E.; CANOVAS SÁNCHEZ, J.; HINOJOSA MELLADO, A.; IBARRA CUENCA, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

A pesar de que los Servicios de Urgencias son unidades acostumbradas a situaciones de emergencia vital, son un medio habitualmente 'hostil' cuando el paciente que acude se encuentra en un proceso natural del fin de la vida.

Consideramos que por el carácter especial del enfermo oncológico, terminal o en situación de agonía, tanto para el paciente como para sus familiares, se hace necesario poner un énfasis especial en la humanización y agilización de los procesos, ofreciendo por parte del profesional todo el apoyo y dignidad en su atención.

Unificar y sistematizar la atención al paciente con estas características especiales.

Identificar comportamientos que mejoren la humanización de las condiciones de acogida en el servicio.

Priorizar la rápida atención, así como agilizar todos los procesos asistenciales que requieran estos pacientes mientras permanezcan en nuestro servicio.

Humanizar el proceso de muerte de manera que nuestra atención esté a la altura de la exigencia de la persona, definida por su dignidad.

Generación de procedimientos consensuados en base a la bibliografía consultada y con evidencia científica entre los Servicios de Urgencias y de Cuidados Paliativos para la determinación de un modelo óptimo de atención a los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias en las circunstancias mencionadas en la introducción.

Los resultados de esta investigación han dado lugar a la elaboración de un protocolo de Cuidados Paliativos en el Servicio de Urgencias. En este documento se contemplan aspectos como los criterios de inclusión de pacientes, el organigrama de actuación de Urgencias, el protocolo de acogida a pacientes en esta unidad, los aspectos terapéuticos básicos, destacando el control del dolor, la sedación del paciente en paliativos, la agonía del paciente en urgencias, las derivaciones de pacientes del servicio de Urgencias al Soporte domiciliario de Cuidados Paliativos y otros anexos como son: control de síntomas (GUIA SECPAL), la vía subcutánea, atención al duelo en urgencias y los cuidados postmortem.

Con la implementación de este protocolo se ha conseguido la disminución de los tiempos de espera y la agilización de los procesos necesarios en el Servicio de Urgencias.

CONCLUSIÓN

Con la realización de este protocolo hemos establecido una guía consensuada para todos los profesionales implicados en la atención del paciente y su familia integrado o no dentro del programa de paliativos dentro del servicio de Urgencias, además de una acogida adecuada a los pacientes terminales y sus familiares a su llegada a urgencias, otorgándoles todas las comodidades posibles durante su estancia, ayudando al correcto control de los síntomas y a la adecuación tanto de ingresos como de derivaciones a otros centros o domicilio de los mismos y humanizando el proceso natural de muerte.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 360

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL GRADO DE ADHESIÓN AL LAVADO DE MANOS DE LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL ÁREA DE SALUD

AUTORES: HERNÁNDEZ-MÉNDEZ, SOLANGER.; MORENO-CLEMENTE, N.; CASANOVA-NAVARRO, L.; CAYUELA-HERNÁNDEZ, JM.; CARRASCO-RUIZ, D.; GARCÍA-LLAMAS, AA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La higiene de manos (HM) es reconocida como la medida más importante para prevenir la infección nosocomial. El principal vehículo de transmisión son las manos de los profesionales sanitarios, por lo que la barrera más importante y eficaz para prevenir y controlar las IRAS es la higiene de manos. La falta de cumplimiento sigue constituyendo un problema a nivel mundial para la seguridad del paciente.

Evaluar la adhesión de la higiene de manos en los profesionales del Hospital General Universitario Rafael Méndez del Área III de Salud Lorca de la Región de Murcia, después de la implantación de medidas y estrategias de mejora. Específicos. Determinar la adhesión de la higiene de manos según la acción realizada por categoría profesional. Describir el nivel de cumplimiento general de la acción higiene de manos del total de profesionales. Determinar el nivel de cumplimiento del lavado de manos según la unidad hospitalaria evaluada. Describir el nivel de cumplimiento de la Indicación HM según categoría profesional y los cinco momentos.

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal, de la adherencia de la Higiene de Manos (HM) por los profesionales. Esta observación se llevó a cabo en las Unidades de hospitalización médico quirúrgicas, mediante una recogida de datos primaria, durante los meses de Febrero, Marzo y Abril de 2016. La muestra estuvo constituida por un total de 135 profesionales y 585 oportunidades.

RESULTADOS: Se ha obtenido que un 27% de los profesionales observados realizan el lavado de manos con agua y jabón, frente a un 20% que prefiere la fricción de las manos con producto de base alcohólica, es decir un 47% de los profesionales realizan la acción correctamente y un 53% omiten la realización de la higiene de manos, aunque el dato puede variar dependiendo del momento observado. La categoría profesional que más adhesión presenta al lavado de manos con agua y jabón, son las auxiliares de enfermería con un 43,55%, seguidas de las enfermeras (26,8%). En el caso de la fricción de manos con solución hidroalcohólica los médicos (con una adhesión del 26,59%) junto con los enfermeros (24,4%) son los que más utilizan esta técnica. Por otro lado, la categoría profesional que menos realiza la acción de la higiene de manos son los celadores, con un 86,22% de omisión, como se muestra en la figura. El momento en el que menos adherencia a la higiene de manos hay por parte de todos los profesionales es el momento 1. **CONCLUSIÓN:** La adhesión de la higiene de manos en los cinco momentos que la OMS propone aún es baja (con un 47% de adherencia), siendo las auxiliares y los enfermeros las categorías profesionales que más realizan la HM. Si comparamos con estudios realizados anteriormente, se observa un aumento de la adherencia, gracias a estrategias y acciones de mejora realizadas en el hospital, por tanto se sugiere continuar con estas acciones para seguir aumentando la adherencia a la HM por parte de los profesionales.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 361

TÍTULO: ACTUACIONES PARA LA UBICACIÓN TEMPORAL DEL LABORATORIO DE URGENCIAS SIN IMPACTO EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

AUTORES: CASAS LOSADA, M LUISA.; HERRERO ALONSO, MC.; DE LOZAR DE LA VIÑA, A.; OCAÑA LOPEZ, S.; MORENO CEBEIRA, JM.; LORENZO MARTÍNEZ, S.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La renovación tecnológica de nuestro laboratorio implica una solución global de automatización (TLA) e incluye un nuevo Laboratorio de 24 horas para la realización de las pruebas programadas y de atención urgente.

La instalación del TLA supone el desmontaje de la cadena en uso y la pérdida temporal de la mitad del espacio del Laboratorio de Urgencias durante el tiempo de las obras de adecuación.

Esto motivó la necesidad de establecer un plan meticuloso, para la ubicación temporal del Laboratorio de Urgencias y de los analizadores de la antigua cadena. En el caso del laboratorio de urgencias consideramos que tenía un gran impacto asistencial ya que en ningún momento podría parar su actividad.

1. Realizar el traslado del Laboratorio de Urgencias a la ubicación temporal (reajuste a parte del propio laboratorio de Urgencias y zonas adyacentes), manteniendo en todo momento su actividad asistencial.
2. Mantener los tiempos de respuesta de las analíticas pactados con el Servicio de Urgencias del Hospital. Emplearlos como indicadores de las actuaciones realizadas.
3. No reducir la oferta de pruebas urgentes al Laboratorio.

Se planificaron los procedimientos y actuaciones necesarios para alcanzar nuestros objetivos: Proyecto Core, Plan de traslado, Cronograma y actuaciones diarias del traslado del Laboratorio de Urgencias que se realizó en 7 días hábiles (1-15 abril): 1- Coagulación, 2- Gasometrías, 3- Hematología, 4-Gestor de Urgencias, 5-Bioquímica, Orina e Instrumentación Auxiliar. Se necesitaron 2 días para realizar los requerimientos eléctricos, de voz/datos, desagües/pilas, mobiliario, neveras, etc.

Durante el traslado se monitorizaron a tiempo real los tiempos de respuesta de las analíticas a través del Gestor de Urgencias del SIL.

Como Indicador para evaluar el grado de cumplimiento de los tiempos de respuesta se ha empleado el promedio (en horas) del tiempo de respuesta desde el registro de entrada de la analítica en el laboratorio hasta su disponibilidad en la Historia Clínica del paciente.

Se monitorizan los siguientes parámetros: hemograma, actividad de protrombina, gasometrías arterial y venosa, glucosa, dioxina y sistemático de orina. Se analizan y comparan los datos de la primera quincena de abril del 2016 vs el mismo período del año anterior.

No se ha realizado ninguna actuación para reducir la demanda del laboratorio de urgencias por lo que se ha mantenido la actividad asistencial habitual durante el traslado.

Los tiempos de respuesta (en horas) del año 2016 vs el año 2015 son los que se describen a continuación. Hemograma: 0,4 vs 0,7; protrombina 0,7 vs 0,8; gasometría arterial 0,3 vs 0,7; gasometría venosa 0,3 vs 0,7; glucosa 0,8 vs 0,7; digoxina 1,0 vs 0,9; sistemático orina 0,5vs 0,4.

Los objetivos de tiempo de respuesta pactados para estos parámetros son inferiores a 1 h por lo que se han mantenido durante la intervención e incluso mejorado.

Por lo anterior se concluye que se cumplen los 3 objetivos previstos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 362

TÍTULO: DIRECTIVOS EN ZAPATILLAS: HACIA UN NUEVO ESTILO DE GESTIÓN PARTICIPATIVA.

AUTORES: GUTIÉRREZ CÍA, ISABEL.; ALTARRIBAS BOLSA, E.; VELASCO MUÑOZ, C.; VILLAVERDE ROYO, V.; BELTRAN PERIBAÑEZ, J.; JASA ARDANAZ, V.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La elaboración de acuerdos de gestión con las unidades clínicas es una oportunidad para la dirección del Centro de analizar las necesidades de las unidades, compatibilizarlas con las líneas estratégicas de la Consejería de Sanidad y plantear objetivos factibles teniendo en cuenta los recursos disponibles y las limitaciones de nuestro entorno.

Planificar el acuerdo de gestión de un hospital tercer nivel siguiendo los principios de colaboración entre los profesionales, coherencia entre recursos y objetivos y respeto a los principios de justicia y autonomía del paciente

Se constituyó un grupo nominal con participación de Dirección Médica y Dirección de Enfermería. Se definieron las fuentes de información e identificaron los informadores clave que permitiesen definir y priorizar las necesidades del centro y sus unidades clínicas. Se elaboraron las líneas estratégicas que se tradujeron en objetivos específicos para cada Unidad Clínica. Mediante un proceso de diálogo constante entre los agentes implicados se intentó convertir los acuerdos de gestión en un proyecto de hospital que diera cabida a los intereses y necesidades de la dirección, las unidades clínicas, los trabajadores y los pacientes.

Como fuente información se utilizaron entrevistas con responsables de las unidades clínicas, representantes sindicales y profesionales sanitarios. Simultáneamente se consultaron los sistemas de información para la gestión, los acuerdos de gestión de ejercicios anteriores, los programas de mejora calidad de las unidades y los informes anuales de las comisiones clínicas. La representación de los ciudadanos se materializó a través del servicio de atención al paciente y de las comisiones en las que estos participan.

Se identificaron las siguientes limitaciones relacionadas con: recursos humanos, recursos tecnológicos, comunicación, rendimiento del centro, calidad asistencial, promoción de la salud y motivación de los profesionales. Como condicionantes se consideraron los planes estratégicos de la Consejería y el presupuesto asignado.

La estrategia se estructuró en torno a 8 líneas enmarcadas en el Acuerdo de Gestión del Centro con la Consejería: Atención a tiempo, efectividad, eficiencia, seguridad del paciente, dignidad de la persona, atención a los profesionales, optimización de espacios físicos y promoción de la salud.

El proyecto de gestión se presentó en una sesión clínica, de libre acceso a todos los profesionales, a la que se invitó particularmente a los responsables médicos y de enfermería de las unidades clínicas.

Los objetivos finales se reflejaron en un primer borrador de acuerdo de gestión a 38 unidades clínicas. Partiendo de estos preacuerdos, los distintos servicios presentaron sus alegaciones a los mismos al tiempo que nuevas sugerencias dando lugar a una segunda ronda de negociación que favorecieron que los acuerdos de gestión fueran validados con una participación por pares entre profesionales y dirección.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 363

TÍTULO: EXPERIENCIA LOCAL EN TORNO A SOLUCIONES PARA EL USO SEGURO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

AUTORES: MUÑOZ TRIANO, ESPERANZA.; LUACES VIDAL, F.; GALLEGO HEREDERO, P.; MORAIS PAIS, V.; EXPÓSITO MARÍNEZ, S.; MARTÍN GONZÁLEZ, JD.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Una gestión clínica de éxito implica la máxima reducción del Riesgo de la atención sanitaria/Los Eventos Adversos (EA) secundarios a la atención sanitaria afectan al 10% del total de pacientes ingresados y son responsables 15-20% del gasto sanitario/El 37.4% son debidos al uso de la medicación/Los medicamentos de Alto Riesgo(MAR) constituyen el grupo que generan los EA más graves/Eventos Centinela/Buscamos soluciones explícitas para el uso de MAR, por estar poco estandarizado, precisa de canales de comunicación normalizados en situaciones de gran presión asistencial.

Elaborar un Procedimiento Normalizado (PN) para el Uso de MAR. 

Entorno:hospital general urbano/25 especialidades/unidad de farmacia/urgencias 24 horas/90 camas de hospitalización/9 de intensivos/7 quirófanos/hospital de día/laboratorio/unidad de radiodiagnóstico/medicina nuclear/reanimación anestésica/unidad hemodinámica/consultas externas.

Método:análisis de riesgos (tormenta de ideas/diagrama causa-efecto del modo fallo/búsqueda de soluciones)/Grupo multidisciplinar:Comisión de Farmacia y Terapéutica.

Tipo de estudio:descriptivo, retrospectivo de experiencia organizativa y búsqueda de soluciones.

Cronograma:FASE I-diseño/publicación-noviembre 2015/FASE II-inicio implementación-1º trimestre 2016/FASE III-primera revisión semestral-junio 2016/FASE IV-evaluación resultados del Sistema de Notificación y Registro de Incidentes de Seguridad y EA-diciembre 2016

Solidez de la evidencia:consenso de expertos/Norma UNE 17003:2013/Norma UNE-EN-ISO 9001:2015/IPGS.3/

Criterios inclusión RAM:ISMP-España 2012.

Aplicabilidad:todo el personal asistencial sanitario de las 4 plantas de hospitalización/hospital de día/intensivos/reanimación/radiología/urgencias/medicina nuclear/quirófanos-cirugía mayor ambulatoria.

Tipo de intervención:prevención primaria mediante análisis sistemático del Proceso de Apoyo-Soporte de Farmacia Hospitalaria/Proceso Operativo Farmacoterapéutico-MAR.

El PN Farmacoterapéutico-MAR consta de 7 Subprocesos/Soluciones: Adquisición(evitar adquirir presentaciones similares/número de unidades producidas-CLINSA 2015:3.996)/Almacenamiento(9 carros-parada/13 almacenes secundarios/Formato original-monodosis en bolsa de plástico/Cajetines-contenedores-baldas distanciadas-Segunda pegatina-amarilla/MAR-nevera/Intensivos/Urgencias/Quirófanos/Farmacia)/Prescripción(aplicación electrónica x-Farma)/Etiquetado (obligatorio/Pegatina amarilla "MEDICACIÓN DE RIESGO"- "DEBE SER DILUIDO"- "MAYUSCULAS por diferencia"-PUNTO COLOR ROSA)/Distribución (estándar:unidosis-reposiciones stock)/Administración (comprobar etiquetado-pegatina amarilla/revisar)/Educación paciente-cuidador (anticoagulantes orales-insulinas-heparinas).

Hallamos: 25 medicamentos-apariencia similar incluidos MAR/7 con fonética-ortografía similar/34 presentaciones comerciales semejantes.

Conclusión: el PN para Uso Seguro de MAR es útil por indicar objetivamente las tareas a desarrollar-el seguimiento-evaluación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 364

TÍTULO: CITA PREVIA PARA TRÁMITES ADMINISTRATIVOS

AUTORES: NAVASQUILLO CALDERÓN, AMPARO.; CURTO ROMEU, C.; GAVALDA ESPELTA, E.; LUCAS NOLL, G.; BATLLE ESCOLIES, G.; FERRE FERRATE, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En el 2015 en el Equipo de Atención Primaria de Amposta se inició una campaña informativa a la ciudadanía para dar a conocer una herramienta que ofrece el Departamento de Salut Cat@Salut La Meva Salut, donde se da acceso a la historia clínica de los pacientes, donde entre otras gestiones pueden imprimir pruebas, analíticas, planes de medicación, pautas de tratamiento, consultar visitas futuras, etc.

Principalmente, esta información se facilitaba des de la Unidades de Atención al Ciudadano (UAC).

- Garantizar que el ciudadano comprende la información y completa el autoregistro.
- Facilitar el acceso a su historia clínica
- Hacer buen uso de los servicios públicos
- Evitar al ciudadano desplazamientos innecesarios al Centro de Salud
- Aplicar I

Se realizó un seguimiento de las acreditaciones que se solicitaron y se observó que más del 55% de los ciudadanos no habían completado el autoregistro.

Los ciudadanos nos indicaron que no habían sabido o podido completar el autoregistro.

Delante de este reto, creímos oportuno ofrecer al ciudadano que lo necesite una atención más personalizada, ayudándolo a completar el autoregistro y explicarle lo que podía encontrar en Cat@Salut La Meva Salut.

El pasado mes de abril se creó una agenda para citar a aquellos ciudadanos, tanto desde la UAC como los mismos profesionales sanitarios, con horario de mañana y tarde. Se programa cita previa y para garantizar la confidencialidad y protección de datos este trámite se realiza en una consulta.

Para finalizar y conocer su opinión, al finalizar se les entrega una encuesta de satisfacción, de la cual se destacan las siguientes conclusiones:

1. En cuanto a la edad, los problemas comentados anteriormente no lo son por tramos de edad específicos, ya que hay un porcentaje proporcional en los diferentes tramos
2. Respecto al sexo, hay más mujeres que hombres que han mostrado interés en solicitar la acreditación y este servicio
3. Un 80% de los ciudadanos que hace uso de este servicio utiliza habitualmente las TIC
4. Un 100% de los ciudadanos opina que esta atención mejora el trato, la comunicación y efectividad, y evita listas de espera en la UAC para ser atendido.
5. A un 98% de los ciudadanos les gustaría que prográmesenos cita previa para realizar trámites administrativos específicos.

CONCLUSIONES:

Según los resultados expuestos, los profesionales de la UAC manifiestan que se animan a continuar trabajando en esta línea de trabajo.

También se han ampliado las vías de información al ciudadano, pantalla informativa del centro y próximamente haremos difusión en el tejido asociativo de la ciudad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 366

TÍTULO: IMPACTO DE LA APP DE EMERGENCIAS “AYUDA S.O.S.”

AUTORES: MORAL ARROYO, JUAN ANTONIO.; LLAMAS RECIO, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Estudio para conocer el desconocimiento de los principales números de teléfono de emergencias y otros teléfonos de interés para el usuario y ver si existen diferencias entre los profesionales sanitario y los ciudadanos.

- Estimar el impacto de la app de emergencias “Ayuda S.O.S.” que puede tener sobre la población por su desconocimiento de los principales números telefónicos de emergencias.
- Reducir las llamadas a las centralitas y a los puntos de información de los centros sanitarios de la provincia de Córdoba.
- Presentación y explicación del manejo de la app emergencias.
- Realización de encuesta anónima con respuestas cerradas.
- Comparación de dos grupos de estudio: profesionales sanitarios y usuarios.
- Estudio del conocimiento de los principales números de emergencias así como de los centros sanitarios de los cuales dependen.

Resultados:

- El 100% de los encuestados utilizaría la app de emergencias “Ayuda S.O.S.” en caso de necesitar ayuda en una emergencia tanto números de teléfono como geolocalizador de posición.
- El 100% utilizaría la agenda telefónica que proporciona la app para consultar teléfonos de los centros sanitarios de la provincia de Córdoba.
- El 59% respondió NO ¿Si tiene que pedir una cita a su medica de familia, conoce el número de Salud Responde?
- El 41% de los ciudadanos no están interesados en las noticias del la Web del HURS.

Conclusiones:

- No existen diferencias significativas entre los dos grupos.
- Desconocimiento del teléfono de salud Responde. La consejería de Salud debería hacer campaña de comunicación.
- Los usuarios no están muy interesados en las novedades que aparecen en la web del HURS.
- Estimación de una reducción entre 20% a 30% las llamadas a centralitas de los centros sanitarios de la provincia de Córdoba.
- Todas las personas que han tenido conocimiento de la App Emergencias “Ayuda S.O.S.” han manifestado desear tenerla en caso de emergencia.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 367

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE UNA SOLUCIÓN INNOVADORA PARA REDUCIR LA MORBIMORTALIDAD ASOCIADA A LA CADENA DE SUPERVIVENCIA

AUTORES: MUÑOZ MELLA, M^a ANTONIA.; FACCIO LÓPEZ, S.; EZPELETA SÁINZ DE URTURI, E.; ENRÍQUEZ DE SALAMANCA HOLZINGUER, I.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Según la SEMICYUC entre el 0,4% y el 2% de los ingresos hospitalarios precisan RCP. La desfibrilación temprana es el tercer eslabón de la cadena de socorro y la llave de la supervivencia: por cada minuto que se retrase la desfibrilación, las posibilidades de supervivencia disminuyen un 4% si se está aplicando la RCP básica, y hasta un 10 % si no se aplica.

- Reducir la mortalidad evitable asociada al retraso en la activación de la cadena de supervivencia, garantizando un circuito de alerta que permita la desfibrilación en los tres primeros minutos de una PCR
- Diseñar un sistema de alerta y gestión de la RCP, con apoyo de las TICs y la participación del paciente, capaz de una reducción drástica de los tiempos de respuesta
- Identificar precozmente el riesgo de sufrir una PCR, en base al desarrollo de un algoritmo de compromiso vital (constantes, patologías, polimedicación, antecedentes...) desde el mismo momento del ingreso hospitalario.
- Se constituye un equipo de mejora con Cardiología, Medicina Intensiva, Medicina Interna, Enfermería, Informática y Sistemas de Información y Unidad de Calidad
- Se realiza una evaluación de los tiempos de la RCP y análisis de los modos de fallo del circuito: metodología AMFE
- Rediseño del circuito de RCP: implantación de un sistema de alerta y gestión automatizada, de desarrollo propio, aprovechando los recursos tecnológicos ya disponibles. Es un sistema de comunicación proactiva, capaz de activar la alerta, conectando simultáneamente todos los dispositivos de la cadena de supervivencia.
- Cribado inicial del paciente al ingreso para la detección precoz de la población en riesgo de sufrir una PCR. Como resultado, se incorpora de manera automática un icono en la pantalla del paciente
- A todo paciente en riesgo de PCR se le aplica un programa de educación para el reconocimiento de signos de alerta. El paciente es habilitado para activar el sistema
- Diseño del algoritmo de seguimiento del riesgo de PCR a lo largo de toda la estancia del paciente, que incluye una batería de alertas de compromiso vital
- Secuencia de implantación y programa de formación
- Indicadores de evaluación

RESULTADOS CONTRASTADOS

 Disminución de los tiempos de respuesta: el tiempo transcurrido entre la alerta PCR y la desfibrilación se ha reducido un 62,5%.

 Disminución de la variabilidad de la práctica (dispersión de acciones..) en base a una sistemática automatizada.

 Incremento del valor añadido de las TICs instaladas en el Hospital.

 Mejora de la información derivada del registro automatizado de tiempos de respuesta.

RESULTADOS ESPERADOS

 Disminución de la morbimortalidad asociada a la demora de inicio de RCP.

 Disminución de la mortalidad asociada a la PCR en base a la detección precoz de signos por parte del paciente, y de la monitorización continua del sistema de alerta.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 368

TÍTULO: CONOCIMIENTO Y NECESIDAD SENTIDA POR LOS MÉDICOS DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

AUTORES: PESADO CARTELLE, JOSE ANGEL.; TIZON BOUZA, E.; LÓPEZ RODRÍGUEZ, MJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Cuando hablamos de calidad en la prestación de los servicios sanitarios, debe ir implícita la continuidad de los cuidados e inevitablemente, la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. En la continuidad asistencial la coordinación favorece la racionalización de los gastos sanitarios y la mejora de calidad del proceso asistencial al asegurar la continuidad en los cuidados

Los registros de enfermería se definen como el soporte documental donde se recoge toda la información acerca de la actividad enfermera, se siguen los cambios del estado del paciente, se toman decisiones relacionadas con sus necesidades y se asegura la continuidad de los cuidados.

Para Enfermería es necesaria la realización de los Informes de Cuidados de Enfermería (ICE) en todo paciente que ingresa en una unidad de hospitalización, recibe una intervención quirúrgica o acude a una consulta de Atención especializada, así como, que todo paciente disponga de una hoja de continuidad de cuidados si son necesarios a la hora de acudir a un servicio de Urgencias o quedar ingresado en el hospital.

El objetivo de este estudio es conocer la opinión de los facultativos médicos de la estructura organizativa de nuestro Área Sanitaria sobre los informes de continuidad de cuidados de Enfermería

Ámbito de estudio: totalidad del Área Sanitaria y centros que la componen (Primaria y Especializada)

Período de estudio: Febrero y marzo de 2016.

Estudio observacional, de seguimiento prospectivo.

Población: facultativos especialistas de área y médicos residentes

Recogida de datos: mediante cuaderno de recogida de datos a toda la población de referencia, a través del correo corporativo del área. Análisis de datos: Las variables cuantitativas se mostrarán como Media \pm desviación típica (Media \pm DT). Las variables cualitativas como valor absoluto y porcentaje con su estimación del 95% índice de confianza (IC). La comparación de medias se realizará por medio de la t de Student o test de Mann Whittney, según proceda. La asociación de variables cualitativas se estimará por medio del estadístico chi-cuadrado (p). Para determinar las variables asociadas con los eventos de interés, se realizó un análisis estadístico de regresión logística. El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS 20.0.

Muestra significativa, 152 respuestas.

53% de mujeres. media de 46,2 años

78,1% de los médicos conocen la existencia de ICE; 88,6%, creen conveniente que los pacientes reciban un ICE tras el alta hospitalaria.

Sobre el contenido del ICE, un 76,5% indica la valoración de Enfermería, 68,1% el evolutivo de Enfermería, 79,8% los diagnósticos de Enfermería, 27,2% los diagnósticos médicos, 70,9% consejos de promoción de la salud, 96,6% información complementaria (sondas, heridas, curas, estomas...), 66,4% consejos sobre medicación

Es fundamental la planificación, seguimiento y evaluación de todas las acciones que se pongan en marcha a fin de asegurar el logro en la coordinación interdisciplinaria e interniveles

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 369

TÍTULO: ¿CLÁSICO O NOVEDAD? APÓSITO INTEGRADO VS APÓSITO TRADICIONAL EN LA SUJECCION DE LAS PICC

AUTORES: LIJÓ FERNÁNDEZ, MARIA ANGÉLICA.; MOSQUERA PARDO, MM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

A menudo lo apósitos integrados que ofrecen los laboratorios son rechazados por el coste inicial que suponen. En una unidad de Cuidados Paliativos y Continuos nos hemos propuesto realizar un estudio comparativo en el que enfrentamos el apósito 3M Tegaderm CVC/PICC sistema de fijación sin suturas+apósito con CHG, frente al apósito tradicional, compuesto por gasa, tiras de sutura y apósito adhesivo de gasa.

- 1.- Valorar el nuevo apósito
 - Seguridad en la fijación del catéter.
 - Comodidad para el paciente.
 - Tiempo de permanencia.
- 2.- Reducir las manipulaciones y curas del punto de inserción del catéter.
- 3.- Facilitar y optimizar la técnica de Enfermería en las curas y cuidados de catéteres PICC
- 4.- Analizar el coste económico, comparándolo con la técnica tradicional
- 5.- Estudiar la incidencia de infección sistémica provocada por el catéter.

Se tomó una muestra de 8 pacientes a los que se le coloca una PICC durante su ingreso en una unidad de Cuidados Paliativos y Continuos, 4 de ellos se les colocó el apósito de 3M y a los otros 4 se les coloca el apósito de uso tradicional en la unidad y según el protocolo de la unidad.

También se elaboró una encuesta que debían responder, la enfermera y el paciente en cada cambio de apósito sobre conceptos de estado del apósito o comodidad.

La duración del estudio fue de tres semanas, realizando tres cambios de apósito.

Se han utilizado 12 apósitos.

Para calcular el coste económico de la cura en cada modalidad, se elaboró un listado del material que se utiliza en cada una de ellas según protocolos y se contabiliza en el total de tres curas de catéter.

En este momento el estudio está en proceso de desarrollo.

Según los resultados obtenidos, se podrá afirmar cuál de los dos tipos de apósitos es más adecuado para la fijación de las PICC, atendiendo a razones de fácil manejo, riesgo de infección, comodidad del paciente y coste.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 370

TÍTULO: BANCOS DE SANGRE DE CORDON UMBILICAL PARA USO AUTÓLOGO: DAR RESPUESTA A LAS FAMILIAS Y GARANTIZAR LA CALIDAD DEL PROCESO

AUTORES: ARBUSA GUSI, IGNASI.; BARRIO ORTEGA, R.; TORT BARDOLET, J.; GODINA, P.; DAVINS MIRALLES, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Departament de Salut ha establecido la sistemática de autorización los convenios de colaboración entre las maternidades y los bancos de sangre de cordón umbilical (BSCU) privados. Con ello se pretende conciliar el interés de las familias solicitantes y la garantía de calidad y seguridad de los procesos de extracción, obtención y preservación de la sangre de cordón para uso autólogo.

Garantizar la existencia de una relación regulada entre maternidades y BSCU.

Garantizar una adecuada información, objetiva, de la efectividad potencial de la técnica.

Los bancos de cordón de uso autólogo son centros sanitarios que llevan a cabo las actividades de procesamiento, criopreservación y almacenamiento de unidades de SCU de aquellas familias, que quieren guardar la SCU de sus hijos.

Diferentes asociaciones científicas, comités de bioética y grupos de trabajo han publicado informes en contra de su autorización debido a que la conservación de la SCU para uso propio, carece de evidencia científica.

Según la normativa española y europea, los bancos privados de uso autólogo están permitidos en nuestro país. Sin embargo, si las unidades se conservan en España tienen que estar disponibles para cualquier persona que pueda necesitarlas.

En Cataluña desde que se realizó el primer trasplante de SCU en el año 1994 se han realizado 438 trasplantes utilizando dicha fuente de progenitores. Ninguno de estos trasplantes se ha realizado con una unidad criopreservada en un banco de uso autólogo.

Para dar respuesta a las familias catalanas y a algunos profesionales que solicitaban la preservación de la SCU para uso autólogo, el año 2015 se comenzaron a autorizar convenios de colaboración entre maternidades y BSCU privados. Se les solicitó un consentimiento específico que informara de la utilidad real de conservar estas células para uso propio; que el kit fuera custodiado por la maternidad antes y después de la obtención y que el convenio entre los bancos y las familias contuviera una información mínima. Además, se estableció como obligatorio, que el sistema de calidad que los BSCU estuviera certificado por una agencia de calidad específica para SCU. Las dos certificaciones que se aceptan son la de la Asociación Americana de Bancos de Sangre (AABB) y la FACT-NETCORD. Dichos requisitos fueron aprobados por la Comisión Asesora de Trasplante de Progenitores de Cataluña (SSS/370/2002 de 29 de octubre).

Solo un 30% de los bancos de uso autólogo, que han solicitado autorización para colaborar con las maternidades de Cataluña, cumplen con los requisitos establecidos.

Revisando la información que se ofrece a las familias y obligando a los BSCU de uso autólogo, a disponer de una certificación de calidad específica, igual que la que disponen los bancos públicos de cordón, se podrá garantizar que las unidades de sangre que se recojan y criopreserven sean de calidad y que las familias que se decidan por esta opción, dispongan de una información veraz.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 371

TÍTULO: ASPECTOS CLAVE PARA MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

AUTORES: BALDOMINOS UTRILLA, GEMA.; HERAS GOMBAO, MT.; ESCAMEZ PALOMAR, MI.; MACIAS MAROTO, M.; PINTADO DELGADO, C.; SORIANO PINAR, T.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Desde la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGR) se identificó a través de las notificaciones de incidentes relacionados con la medicación, que era importante actualizar la normativa para la administración segura de medicamentos del centro para mejorar la calidad asistencial. La sistematización del proceso de administración junto con la formación de los profesionales son medidas que disminuyen la variabilidad de la actuación y por tanto, pueden mejorar la seguridad del paciente.

Establecer y difundir una Normativa para la Administración Segura de los Medicamentos con criterios de seguridad que incluya aspectos claves del proceso farmacoterapéutico dirigida a pacientes hospitalizados.

En el año 2014 se estableció como objetivo de la UFGR elaborar la Normativa para la Administración Segura de Medicamentos como respuesta a los incidentes de seguridad notificados. Para ello se creó un equipo multidisciplinar que incluyó personal de enfermería, farmacéutico y médico.

La metodología utilizada fue: búsqueda bibliográfica, análisis de los errores de medicación en el centro, reuniones del grupo identificando los contenidos que debía incluir la norma, redacción, puesta en común, aprobación por la UFGR y difusión.

Para la administración segura de medicamentos se consideró clave definir:

- Ámbito asistencial y alcance.
- Responsabilidades incluyendo conocimientos sobre guías del centro, protocolo de órdenes verbales, protocolo de estandarización de perfusiones.
- Reglas para la administración segura de medicamentos “los 5 correctos” modificados (preparar y administrar el medicamento correcto, paciente correcto, dosis correcta, vía correcta y día, hora y ritmo correcto) y los “4 yo” (yo preparo, yo administro, yo registro, yo respondo).
- Etapas en el proceso de administración: prescripción, comprobación de la hoja de administración, preparación, administración, monitorización y registro.
- Especificaciones según el tipo de dispensación de medicamentos: validación farmacéutica, sistema de dosis unitaria, sistema automatizado, solicitud en situaciones de urgencia.
- Indicadores de evaluación con objetivos a cumplir sobre conocimiento y cumplimiento de la norma.
- Medicamentos de alto riesgo, estandarización de horarios de administración e impresos específicos.

Se realizó difusión de la normativa a través de la intranet del hospital (año 2015) y en formato papel para los controles de enfermería (2016), siendo un objetivo en el año 2016 el impartir una sesión sobre la misma por los responsables de seguridad de cada servicio/unidad.

Esta normativa mejorará la administración correcta de los medicamentos y por tanto la efectividad y seguridad del tratamiento en el paciente. Es necesario evaluar su cumplimiento y analizar los incidentes notificados relacionados con la administración para conocer su verdadero impacto

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 372

TÍTULO: EL DIRECTIVO A PIE DE CAMA: EL INICIO DE UN CAMBIO CULTURAL

AUTORES: ALGUACIL PAU, ANA ISABEL.; MOLINA CLAUDIO, MJ.; DUEÑAS MATO, C.; NARANJO LINARES, H.; ALEMANY LOPEZ, AJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las encuestas anuales de satisfacción no son suficientes para conocer la percepción de nuestros pacientes y para la gestión diaria de un Hospital. Si además queremos que el paciente esté en el centro, la Dirección debe tener en cuenta sus necesidades y expectativas para mejorar la organización. Por ello hemos implantado un programa de visitas a pacientes por parte de directivos que persigue acercar al directivo al lugar de asistencia, conocer directamente de boca del paciente la realidad del día a día del hospital y transmitir a pacientes y profesionales la percepción de que el directivo se preocupa por mejorar la asistencia

Iniciar un proceso de cambio cultural para acercar a los directivos a los pacientes allí donde se desarrolla la actividad, con el fin de incluir en la organización las necesidades expresadas de los pacientes

Se documentó un programa de visitas a pacientes, que fue aprobado en Comisión de Dirección para su inicio en marzo de 2016. Las visitas se hacen a pacientes hospitalizados y Hospitales de día. Semanalmente se realiza una visita por al menos dos miembros de la Dirección y/o del Comité de Calidad Percibida. La visita es al azar en cualquier unidad de hospitalización sin previo aviso, confirmando con su enfermera que el nivel cognitivo del paciente permite la visita. Una vez presentados con nombre y cargo se explica el objetivo y se solicita su consentimiento. Se entrevista de forma semiestructurada la experiencia con las instalaciones, con la enfermedad y con los profesionales. La entrevista es informal y se recoge en un registro la experiencia transmitida. La unidad de calidad tabula la información, se presenta en la reunión mensual del Comité de calidad percibida, para proponer y seguir las acciones de mejora y los problemas que por su relevancia o por su dificultad el Comité prioriza, se presentan mensualmente en la Comisión de Dirección

Desde marzo se han realizado 15 visitas en 12 semanas. Se han entrevistado 23 pacientes, que han transmitido 9 problemas. Aquellos relacionados con la hostelería (camisón, ruido, televisión, mobiliario, biblioteca, dieta) están todos resueltos o en fase de resolución (por revisión o cambio de contrato con proveedor). Los relacionados con la experiencia de la enfermedad (falta de coordinación y de continuidad asistencial) se han propuesto mejoras que están en espera de resultados y los problemas con profesionales (asistencia de celadores) se han llevado a Comisión de Dirección. Acercar a los directivos a la cama del paciente, demostrando interés y preocupación por sus necesidades, además de ser una experiencia gratificante para el directivo por el feedback positivo que recibe del paciente, provoca en éste confianza y seguridad en que se preocupan verdaderamente por sus problemas. Además los profesionales ven a los directivos fuera de los despachos, en la primera línea de atención y esto ayudará a cambiar la cultura, para que verdaderamente situemos al paciente en el centro de la organización

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 373

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA UTILIZACION DEL CRIBADO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS POR PULSIOXIMETRIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES: OLMOS JIMÉNEZ, MARIA JOSÉ.; MUÑOZ SÁNCHEZ, M.; GONZÁLEZ FENÁNDEZ, AM.; CHICANO MARÍN, FJ.; GONZÁLEZ SÁNCHEZ, EJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las cardiopatías congénitas afectan a 8-12 de cada 1000 recién nacidos, las más frecuentes son los defectos septales pero 18 de cada 10.000 recién nacidos nace con una cardiopatía congénita crítica que precisa intervención quirúrgica o cateterismo en los primeros 28 días de vida y constituye la primera causa de mortalidad por malformación congénita en los países desarrollados. La ecografía prenatal diagnostica sólo un 50% de estas cardiopatías por este motivo la asociación americana de cardiología y la asociación americana de pediatría proponen realizar un cribado con pulsioximetría a todos los recién nacidos asintomáticos previo al alta. Y los estudios demuestran que se trata de un método muy específico ($E > 99\%$) con una baja tasa de falsos positivos. Por este motivo en nuestro hospital, un comarcal con unos 1250 partos anuales, inicio este cribado en 2012.

Evaluar el uso del cribado con pulsioximetría para la detección de cardiopatías congénitas que se instauró en nuestra unidad en Junio de 2012.

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes sometidos a cribado de cardiopatía congénita con pulsioximetría desde Junio de 2012 hasta Junio de 2016.

Se determinó a las 24 horas de vida la saturación postductal con el pulsioxímetro Massimo Radical 7 a todos los recién nacidos (RN) de maternidad, si era superior al 98% se consideraba que el (RN) había pasado el cribado con éxito. Entre 95 y 98% se determinaba la saturación preductal, si la diferencia era mayor al 3% el cribado era anormal y se avisaba al pediatra. Con saturación pre o postductal menor del 95% se avisaba al pediatra para valoración del RN. Cuando no había otro signo clínico que justificara la saturación patológica se realizaba ecocardiografía.

Se hizo el cribado de cardiopatías por pulsioximetría a 4800 RN, el 99.8% pasaron el cribado con saturación postductal superior al 98%, 6 RN tuvieron un cribado alterado y se les realizó ecocardiografía, de ellos, 3 tuvieron ecocardiografías normales, 2 se diagnosticaron de hipertensión pulmonar transitoria y 1 tuvo cardiopatía no crítica con hipoxemia. La cardiopatía diagnosticada fue un defecto parcial de cojinetes endocárdicos que consiste en una Comunicación interauricular tipo "ostium primum" asociado a un cleft mitral. La tasa de falsos positivos fue del 0.125% similar a la descrita en otros estudios.

El cribado de cardiopatías congénitas por pulsioximetría está extendido y avalado científicamente, no es invasivo ni cruento para el RN y permite diagnosticar cardiopatías con baja tasa de falsos positivos como otras cardiopatías no críticas y otras patologías como neumonía o sepsis, lo que muchos autores consideran una ventaja. En nuestro caso, aunque la cardiopatía detectada no era crítica, el RN presentaba hipoxemia y posiblemente precise intervención quirúrgica en la primera infancia. El coste del cribado con la reutilización es muy bajo y la aceptación a la realización de esta técnica por enfermería ha sido excelente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 374

TÍTULO: CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN DISTRITO SANITARIO ALMERÍA. UN PASO ADELANTE HACIA LA EFICIENCIA

AUTORES: TORRES ALEGRE, PILAR.; LOPEZ-LIRIA, R.; VEGA-RAMIREZ, FA.; ALBERO-SERRANO, P.; SEGURA-LUJAN, MI.; ORTIZ-JIMENEZ, FM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Aunque España dispone uno de los diez mejores modelos de Atención Primaria (AP) del mundo, la crisis económica de los últimos años podría estar afectando a la calidad del servicio que se ofrece al ciudadano.

Analizar la percepción de los profesionales en el Distrito Sanitario Almería (DSA), sobre la Seguridad del Paciente (SP) a través de un instrumento traducido y validado para AP en España.

Estudio descriptivo transversal. Se obtuvo una muestra de 102 cuestionarios autocumplimentados, que fueron remitidos a la Subdirección de Calidad del Distrito. Se ha utilizado el cuestionario para valorar la cultura de SP denominado MOSPSC ("Medical Office Survey on Patient Safety Culture"), traducido, adaptado y validado para profesionales españoles de AP. A través del programa estadístico SPSS versión 22, se ha realizado el análisis de las características de los profesionales que han respondido y se ha calculado la media y el intervalo de confianza al 95% de cada una de las dimensiones del cuestionario para las respuestas, considerándose una puntuación >3 percepción positiva y claramente positiva (puntuación>4).

Resultados. La edad media de los trabajadores que respondieron, fue 52 años (DT=8). Su actividad asistencial mostró una media de 26 años (DT= 10). Se ofrecen los principales hallazgos en relación a aspectos como la seguridad del paciente y calidad (M=4,11; IC 95%:4,00-4,21); el intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (M=4,16; IC 95%:3,97-4,35); el trabajo en equipo (M=3,99; IC 95%:3,85-4,13); el ritmo y carga de trabajo (M=3,01; IC 95%:2,83-3,18); formación del personal sanitario (M=3,57; IC 95%:3,37,-3,76) y no sanitario (M=3,58; IC 95%:3,35-3,81); procedimientos establecidos en el centro (M=3,51; IC 95%: 3,28-3,73); comunicación franca (M=2,18; IC 95%:2,01-2,36); seguimiento de la atención a los pacientes (M=1,90; IC 95%:1,73-2,06); comunicación sobre el error (M=2,06; IC 95%: 1,86-2,27); apoyo de los responsables del centro (M=3,42; IC 95%:3,11-3,73); aprendizaje organizacional (M=3,87; IC 95%:3,67-4,07); percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad (M=3,77; IC 95%:3,60-3,94); puntuaciones globales sobre la calidad (M=3,49; IC 95%:3,28-3,70).

Conclusión. Aunque entre las dimensiones con una percepción claramente positiva de los profesionales del DSA han destacado los "aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad", "el trabajo en equipo", "la formación del personal" y "el aprendizaje organizacional", las dimensiones que obtuvieron una peor respuesta fue la "Comunicación sobre el error", el "Seguimiento de la atención a los pacientes" y la "Comunicación franca". Aspectos que pueden facilitar a la organización sanitaria los puntos fuertes y áreas de mejora en el servicio ofrecido.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 375

TÍTULO: ROJO, ÁMBAR, VERDE: EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE LOS CONTRATOS DE GESTIÓN

AUTORES: ACAITURRI AYESTA, MARIA TERESA.; GOMEZ INHUESTO, E.; LEON ARAUJO, C.; ARMENTIA ARSUAGA, I.; IBARROLA GUTIERREZ, MI.; GOMEZ RODRIGUEZ, MA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Plan Estratégico 2015-2018 de la Organización Sanitaria Integrada Ezkerraldea Enkarterri Cruces (OSI EEC), a la cuál pertenece el Hospital Universitario Cruces, recoge en su objetivo estratégico 4 "Desarrollar un modelo de gestión sostenible basado en el Modelo de Gestión Avanzada y con una orientación hacia la Responsabilidad Social Corporativa".

Una de las líneas de trabajo para desarrollar este modelo es la descentralización de la gestión, que se articula a través de los Contratos de Gestión (CG) con Servicios y Unidades de Atención Primaria (UAP), propiciando así la participación de los profesionales, compartiendo la responsabilidad y el compromiso ético en la utilización de los recursos, ya que los resultados no dependen sólo de la gestión del equipo directivo, sino de las decisiones que diariamente toman los profesionales sobre el uso de los recursos.

En dichos contratos se recogen compromisos en resultados asistenciales, resultados económicos, compromisos estratégicos y docencia, investigación e innovación

Evaluar los resultados económicos de las UAP y Servicios Hospitalarios (SH) de la OSI ECC a través de indicadores de eficiencia, de forma automática, mediante un sistema de visualización del grado de cumplimiento de los objetivos utilizando la simbología de colores de semáforo

En el año 2015, se amplían los CG hasta 24 SH y se incorporan las 11 UAP que componen la OSI. Para cada Servicio y UAP se determinan indicadores específicos y su objetivo.

Se han identificado un total de 44 indicadores de eficiencia, y en función del peso que representa en cada Servicio/UAP se fija la puntuación máxima a alcanzar y el valor del umbral para medir el indicador. De forma automática, se obtiene la puntuación total conseguida por indicador así como el color que representa el grado de consecución del objetivo.

Hemos desarrollado el Cuadro de Mando de Procesos y Servicios, que integra los datos económicos y asistenciales, disponible para Jefes de Servicio y de UAP, líderes y gestores, on line y en entorno web. La información está automatizada y permite analizar el gasto incurrido de cada Servicio y UAP, los costes totales, la intensidad de consumo por peticiones realizadas a Procesos de Apoyo y el grado de cumplimiento de los compromisos adquiridos. La información económica está, además, accesible a través de la intranet de la OSI

En la actualidad, la descentralización de la gestión está desplegada a 24 servicios y 11 UAP y representa el 79,88% del presupuesto anual de la OSI.

El 66% de Servicios/UAP han superado el umbral fijado en el cumplimiento de los objetivos fijados en resultados económicos.

La evaluación de los resultados económicos en los CG se realiza, de manera automática, sobre la medición de cada indicador y se identifica fácilmente el grado de cumplimiento en base a colores.

La evaluación final de cada Servicio/UAP y el informe global del resultado en eficiencia está disponible en el Cuadro de Mando de Procesos y Servicios

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 376

TÍTULO: INFLUENCIA DE LOS CUIDADOS EN EL PROCESO DE LA RELACTANCIA

AUTORES: MUÑOZ MEDINA, MIRIAM.; LEÓN MONTILLA, R.; RUIZ PELÁEZ, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La OMS recomienda alimentar a los recién nacidos durante sus seis primeros meses de vida mediante lactancia materna exclusiva así como mantener la lactancia hasta un mínimo de dos años. Sin embargo, en muchas ocasiones es interrumpida de manera precoz. Aunque todavía es desconocido por mucha población, incluyendo a profesionales sanitarios, esta no es una situación definitiva puesto que existe la capacidad de relactar: volver a instaurar la lactancia materna tras el cese de la misma.

Conocer la bibliografía publicada sobre la relactancia durante los últimos 20 años.

Conocer el porcentaje de éxito/fracaso de la relactancia y cómo influyen en el mismo los cuidados por parte de profesionales cualificados.

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos PUBMED, TRIP DATABASE y en la biblioteca COCRHANE utilizando como palabra clave "relactation". Se consideraron aquellos estudios comprendidos entre los años 1995 y 2015 a los que pudiera accederse al texto completo o al abstract siempre que aportara la información suficiente y necesaria para nuestro trabajo.

En TRIP DATABASE y en la biblioteca COCRHANE no se obtuvieron resultados válidos para la investigación. En la base de datos PUBMED se obtuvieron 44 resultados. De los cuales 15 eran anteriores al año 1995 por lo que fueron excluidos. De los 29 restantes se excluyeron 14 por contener información insuficiente y 2 por no estar relacionados con el tema tratado. Finalmente se incluyeron 13 estudios: 10 estudios de cohortes, 2 casos clínicos y 1 ensayo clínico.

Las variables estudiadas fueron: cuidados profesionales y éxito o fracaso.

En la mayoría de los estudios el porcentaje de éxito es superior al 85%. Únicamente en dos de ellos el porcentaje de éxito fue mínimo. En uno, la madres relactaban sin ayuda de profesionales. En el otro, ponen de manifiesto la necesidad de un modelo de atención adecuado y adaptado.

Los estudios coinciden en que el cuidado, asesoramiento y entrenamiento por parte de profesionales cualificados es un factor imprescindible para el éxito del proceso aunque también influyen otros factores como la edad temprana del lactante, la motivación materna y el apoyo familiar.

En cuanto a la formación de los profesionales, manifiestan la necesidad de que estén cualificados para la tarea pero no se pronuncian en qué perfil profesional sería el más adecuado. En dos estudios aparece la figura del consultor/consultora en lactancia.

Tras la investigación concluimos que para el éxito de la relactancia son esenciales cuidados de calidad centrados en una estrategia previamente planificada por parte de profesionales cualificados y para ello es imprescindible la formación y el desarrollo en este campo aun desconocido para muchos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 377

TÍTULO: EL PACIENTE EN EL EJE DE LA LOGÍSTICA HOSPITALARIA

AUTORES: LEÓN ARAUJO, CARMEN.; GÓMEZ INHUESTO, E.; ACAITURRI AYESTA, MT.; ALONSO MARTÍNEZ, A.; DURAN TALAVERA, H.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Plan Estratégico 2015-2018 de la Organización Sanitaria Integrada Ezkerraldea Enkarterri Cruces (OSI EEC), a la cuál pertenece el Hospital Universitario Cruces, recoge en su objetivo estratégico 4-“Desarrollar un modelo de gestión sostenible basado en el Modelo de Gestión Avanzada y con una orientación hacia la Responsabilidad Social Corporativa”. Trabajamos el ámbito de la sostenibilidad como un objetivo interno para añadir valor al paciente, lo que nos obliga a profundizar en el concepto de “eficiencia”. Esto requiere que midamos los resultados obtenidos en salud en nuestra población y conocer los recursos utilizados para ello. Dado que éstos son limitados y escasos deberemos optimizar su uso.

En este sentido, estamos trabajando en varios ámbitos entre los que destaca el proyecto de Logística de Material Sanitario, a través del cual podemos contribuir a mejorar la eficiencia económica de la Organización y avanzar en el desarrollo de un modelo de gestión sostenible.

Enmarcado dentro del proyecto de Logística de Material Sanitario nos planteamos el siguiente:

Mejorar la información relativa a los recursos consumidos por paciente en el área quirúrgica, así como favorecer la seguridad clínica del paciente garantizando la trazabilidad de los materiales utilizados en el acto quirúrgico.

Definición del proyecto de implantación de un sistema automatizado de trazabilidad de material sanitario.

Establecimiento de una alianza con la sociedad Grifols Movaco S.A. a través de la cual, el Hospital Universitario Cruces (HUC) valida un producto diseñado para la gestión de materiales en el entorno quirúrgico.

Desarrollo, implantación y evaluación del proyecto.

Diseño y monitorización de indicadores.

Implantación de un sistema sencillo y de fácil manejo para el personal asistencial, que permite gestionar prótesis y material de alto impacto económico, que se integra tanto con el sistema de gestión económica SAP como con el sistema de información asistencial OSABIDE asignando el coste de los materiales en el lugar y en el momento en el que se genera el mismo.

Trazabilidad de los materiales utilizados durante la intervención con registro completo de datos relevantes que impactan en la seguridad clínica del paciente.

Diseño y desarrollo de un cuadro de mando específico a través del cual se monitoriza on line la información relativa a la trazabilidad y consumo de materiales por paciente, intervención, episodio y servicio.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 378

TÍTULO: UTILIDAD Y GRADO DE SATISFACCIÓN DE UN PLAN FORMATIVO EN CALIDAD Y SEGURIDAD ASISTENCIAL HOSPITALARIA

AUTORES: BATALLA PEINADO, LAURA.; FILLAT SIN, M.; ALDOMÀ ISERN, S.; REVÉS ESTOPÀ, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El reconocimiento, mantenimiento y mejora de la competencia profesional y el desarrollo profesional continuado son una exigencia para las instituciones sanitarias, que tienen objetivos como la mejora de la eficiencia de la atención sanitaria, la calidad asistencial y la seguridad clínica. Para afrontar estos retos, la formación continua es una inversión que redundará tanto en el profesional como en la empresa.

Elaborar un plan formativo para todos los profesionales de la empresa, adaptado al puesto de trabajo y a la categoría profesional, que permita adquirir nuevos conocimientos y capacidades relacionadas con la calidad y la seguridad clínica aplicables al puesto de trabajo, y que suponga una mejora en el desarrollo personal y profesional.

Se aprueba un plan formativo en calidad y seguridad clínica 2013-2015 dirigido a todos los trabajadores, en modalidad online y está elaborado por una empresa externa con la colaboración del Dep.Salud de la Generalitat de Catalunya y el apoyo de Sociedad Catalana de Calidad Asistencial. Estructurado en 14 módulos con itinerarios formativos recomendados en función del ámbito laboral y categoría profesional: A.Otra titulación; B.Graduado ESO/escolar; C.Bachillerato; D.Técnico/FP grado medio; E.Técnico superior/FP grado superior; F.Estudios universitarios (EU) 1r ciclo (diplomatura/grado); G.EU 2do ciclo (licenciatura/máster); H.EU 3r ciclo (doctor). Se pide responder una encuesta de satisfacción a los participantes (escala valoración 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo). Se realiza un análisis cuantitativo y estratificado por categorías profesionales de: a.Me ha permitido adquirir nuevas habilidades/capacidades que puedo aplicar al puesto de trabajo; b.He ampliado conocimientos para progresar en mi carrera profesional; c.Ha favorecido mi desarrollo personal; d.Grado de satisfacción general con el curso.

El año 2013 realiza el curso el 69% de los profesionales, el año 2014 el 18% y el año 2015 el 13%. A la mayoría les ha permitido adquirir nuevas capacidades: pregunta a. 1.5,29%; 2.17,99%; 3.58,02%; 4.18,69%, han ampliado conocimientos para progresar en su carrera profesional: pregunta b. 1.9,73%; 2.22,34%; 3.52,43%; 4.15,50%, y su desarrollo personal: pregunta c. 1.7,26%; 2.17,35%; 3.57,52%; 4.17,88%. La satisfacción general, pregunta d es: 1.5,90%; 2.15,13%; 3.66,41%; 4.12,56%. Por categorías profesionales, analizando las respuestas con valores 3 y 4 de las preguntas a, b y c, los resultados son: grupo B-87,50%, E-84,70%; D-73,02%; F-70,88%; G-66,67%; A-66,67%; H-63,19%; C-59,52%. Para la pregunta d: grupo E-86,89%, B-87,50%, F-75,89%, D-71,43%, G-70,67%, A-63,64%, H-60,42%, C-57,14%. Este curso ha permitido a la mayoría de profesionales adquirir nuevos conocimientos y capacidades en función de su categoría profesional, que podrán aplicar al puesto de trabajo. Ha favorecido su crecimiento personal y profesional, y el grado de satisfacción global con el curso ha sido muy elevado.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 379

TÍTULO: EVALUACION EFECTIVIDAD DE PROCESOS ASISTENCIALES CRONICOS, QUIRURGICOS Y ONCOLOGICOS

AUTORES: PAREJA CAMPOS, SABINA.; DELGADO ALES, J.; HERNANDEZ PEREZ-LANZAC, C.; MATA RUIZ, G.; PALOMEQUE CABRA, E.; GARCIA CONTRERAS, MA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Para planificar y organizar la atención de los pacientes en las unidades de gestión clínica es necesario evaluar la practica diaria. A traves de la valoracion de indicadores de proceso nos va a permitir conocer la necesidad de establecer medidas de mejora y la efectividad de las implementadas en el centro y algunos resultados en salud.

Conocer la efectividad en la implementación de los procesos asistenciales integrados crónicos (EPOC, insuficiencia cardiaca, diabetes y riesgo cardiovascular), quirúrgicos (amigdalectomía/adenoidectomía, cataratas, fractura y artroplastia de cadera, colecistitis/colelitiasis) y oncológicos (Colón, Mama, Próstata) entre otros en nuestro centro en el año 2015.

Para el estudio se realizó una selección de indicadores a auditar de cada proceso. La población a estudio para los procesos crónicos fueron los habitantes del área de referencia del centro incluidos en los procesos: IC, DM, EPOC, RCV seleccionando una muestra mediante un muestreo aleatorio sistemático de pacientes. La población a estudio para pacientes oncológicos fue la de pacientes dados de alta en 2015 con diagnósticos CIE-9 en relación con procesos anteriormente referenciados. Para el estudio de los procesos quirúrgicos se seleccionaron los pacientes dados de alta en 2015 con procedimientos relacionados con los procesos seleccionados. Se eligieron las fuentes de información, se estandarizaron los criterios para las auditorías, así como, los documentos de recogida de datos, se analizaron los datos y las conclusiones se difundieron entre los profesionales del centro.

El porcentaje de pacientes incluidos en proceso EPOC, diabetes e Insuficiencia Cardiaca en los que no consta el hábito tabaco está entre el 43-54 %. El porcentaje de pacientes diabéticos incluidos en el estudio tenían una hemoglobina glicosilada menor de 8 en el 85%, estaban clasificados un 42.71% de pacientes con Insuficiencia Cardiaca, sin embargo el porcentaje de pacientes con clasificación funcional, electrocardiograma, pruebas analíticas y vacunas de gripe y neumococo administradas fue de un 26.56%. En el proceso EPOC el porcentaje de pacientes vacunados de gripe y neumococo con espirometría y clasificación fue del 18.49%.

El porcentaje de pacientes intervenidos por los procesos de Amigdalectomía/ Adenoidectomía tuvieron indicación adecuada con recomendaciones y cita de revisión incluidas en el alta en un 92.65%. El porcentaje de pacientes con indicación correcta según proceso en cataratas y con recuperación de la agudeza visual al año es de un 83,56%. En ambos procesos no se registraron complicaciones. En el 100% de pacientes con Artroplastia de cadera se realizó profilaxis de complicaciones tromboembólicas. La reseña en historia clínica de la haber informado del procedimiento quirúrgico y haber entregado el consentimiento informado faltaba en un 30% de los procesos quirúrgicos auditados. Los tiempos de respuesta son muy variables en los procesos oncológicos auditados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 381

TÍTULO: PRINCIPALES CUESTIONES DEMANDADAS POR LA MUJER EN LA CONSULTA DE LA MATRONA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTORES: LEÓN MONTILLA, RAFAEL.; RUIZ PELÁEZ, E.; MUÑOZ MEDINA, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las consultas de matronas en atención primaria suponen uno de los grandes pilares informativos para todas las mujeres tanto en edad reproductiva como en el climaterio. A estos profesionales acuden para subsanar las diferentes dudas específicas que se les pueden presentar referentes tanto de su salud como de todo el periodo periconcepcional.

Los diferentes periodos en la vida de una mujer suponen un gran acumulo de cambios, que pueden ir desde los diferentes ciclos que ocurren en su organismo cada mes, a todos los procesos acaecidos durante la gestación, parto y puerperio; y que por la falta de conocimiento e información fiable pueden ser acompañados en una mayoría de ocasiones de estrés.

Es por ello que los especialistas debemos brindar cuidados de calidad y estar informados de cuáles son los principales temas requeridos por nuestra población diana, que como es el caso de las matronas son las mujeres.

Conocer cuáles son los principales temas de consulta demandados por las mujeres en la consulta de atención primaria de la matrona.

Se realizó un estudio descriptivo durante el primer semestre del año 2014 donde se recogieron datos sobre la temática y motivo de consulta de las llamadas telefónicas recibidas en la consulta de la matrona de un Centro de Salud de Andalucía en horario laboral.

Se recibieron un total de 458 demandas telefónicas, de las cuales un 71,3% eran referidas a temas puerperales y el 28.7% restante agrupaban otros temas referidos a embarazo, controles en consultas y aspectos ginecológicos. De todas las llamadas referidas al puerperio, el 74% fueron realizadas por la puérpera, el 21 % por su pareja y el 5 % por otro miembro de la familia.

Los principales motivos dentro del tema estrella, el puerperio, por los que se consultaron fueron los siguientes:

- Lactancia materna (32%)
- Recién Nacido (prueba talón, cólico del lactante, cuidados cordón umbilical, patrón normal de eliminación urinaria y/o fecal) (13%)
- Molestias zona perineal y cuidados episiotomía (13%)
- Reinicio relaciones sexuales y anticoncepción puerperal (11 %)
- Alimentación y complejo vitamínico (9 %)
- Estado emocional (7%)
- Sangrado puerperal (5%)
- Entuertos (4%)
- Estreñimiento (3 %)
- Otros (3%)

Vemos como el periodo que más reclaman las mujeres es tras el nacimiento de los hijos; así dentro de los temas puerperales, los más demandados fueron los relacionados con la lactancia materna, el recién nacido y las molestias en la zona perineal, sobre los que los profesionales deberemos ser grandes conocedores de la materia, estar siempre al día actualizándonos respecto a los mismos e investigando para su progresión.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 382

TÍTULO: SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO EVIAXA

AUTORES: MARTÍNEZ PASCUAL, CARMEN.; CASTILLO BONILLA, J.; BERROCAL PASTOR, C.; LOPEZ CAMPOS, P.; ALARCÓN MORALES, S.; RIOS RUIZ, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Uno de los métodos más conocidos para estratificar población es el modelo de Kaiser que identifica 3 niveles de intervención según la complejidad del paciente segmentando la población en función de sus necesidades. En este modelo de atención poblacional los pacientes complejos ocupan la cúspide de la pirámide y necesitan una gestión integral del caso por la alta necesidad de cuidados profesionales. Utilizando como base el modelo de Kaiser en el ASEMA hemos desarrollado un sistema de clasificación de la complejidad que nos ayuda a identificar los pacientes más complejos para establecer la atención a los mismos garantizando que esta sea de la mayor calidad y ajustada a su alta necesidad de cuidados recogiendo variables que por sí solas o acumuladas aumenten o disminuyan la necesidad de cuidados informales y atención profesional.

Establecer criterios para determinar la complejidad de los pacientes con alta necesidad de cuidados así como el peso de los mismos en el establecimiento de un nivel de complejidad que determine la asignación de un plan de actuación personalizado y de unas actuaciones mínimas que ayuden a garantizar el bienestar de estos pacientes y sus cuidadoras y por tanto evitar descompensaciones que requieran una atención urgente o ingreso hospitalario

El sistema de clasificación establece los siguientes criterios de complejidad:

Autonomía

Cuidado eficaz

Enfermedad terminal

Deterioro cognitivo

Pluripatología

Estado nutricional

Polimedicación

Riesgo social

Cada criterio tiene un peso en la determinación de la complejidad del paciente y en un sistema de 3 pasos coloca a dicho paciente en uno de los 3 niveles de complejidad definidos, bajo, medio y alto.

Determinada la complejidad del paciente según estos criterios se le asigna un plan de atención individualizado con acciones de todos los profesionales sanitarios que puedan entrar en contacto con el paciente, que recibe una atención diferenciada según su grado de complejidad en atención primaria y hospital (urgencias, consultas externas y hospitalización)

Como soporte el sistema cuenta con una base de datos elaborada al efecto en la que el cálculo de la complejidad se realiza de forma automática y nos sitúa al paciente en uno de los 3 niveles de complejidad. Además la base de datos recoge otros datos de valoración de importancia para el seguimiento del paciente así como una monitorización del uso de recursos y servicios recogidos en una ficha del paciente.

Pacientes clasificados 71.12% , Distribución complejidad: Alta 28.06%, Media 40.27% Baja 31.67%.

Riesgo UPP: 65.62% Incontinencia urinaria 43.67% Polimedicados 37.66%,

Asistencia en AP: MF domicilio 26.78% enfermera 62.51%

Asistencia Hospital: Urgencias 17.19% , con complejidad alta 12.35%, Observación 28.99% de complejidad alta 32.43%

CCEE 29.31%

Ingreso 5.54%

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 383

TÍTULO: MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE SOMETIDO A ECMO EN CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES: GUTIERREZ MARTINEZ, ANGEL.; RECIO RINCON, ME.; JURADO MEDINA, J.; TIBISAY PIÑANGO LUCENA, M.; AGUILAR GARCIA, MC.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Introducción:

La oxigenación por membrana extra-corpórea o terapia ECMO proporciona soporte vital a pacientes con insuficiencia respiratoria y/o cardíaca potencialmente reversible, permite mantener al paciente oxigenado de forma adecuada para permitir la recuperación de sus pulmones o corazón gravemente enfermos. Debido a la gravedad y a la situación clínica de estos pacientes es importante realizar un plan de cuidados. La seguridad clínica es uno de los principales componentes de la calidad asistencial.

Objetivos:

Establecer un plan de cuidados para los pacientes sometidos a ECMO para mejorar la calidad de los cuidados que prestamos, favorecer la continuidad de los mismos y mejorar la seguridad de los pacientes sometidos a esta terapia tan compleja.

- Explicar el concepto ECMO.
- Dar a conocer los Cuidados de Enfermería en el procedimiento ECMO.
- Conocer las complicaciones relacionadas con esta terapia.

Material y método:

Desde nuestra experiencia en la atención y cuidado de pacientes sometidos a ECMO, nos planteamos elaborar un plan de cuidados para conseguir, desde una visión integral, una recuperación del paciente, reduciendo las complicaciones posibles; pudiendo prestar cuidados de calidad y promover la continuidad de los mismos, evitando posibles efectos adversos y mejorando la seguridad del paciente.

Realizamos una revisión de los pacientes sometidos a ECMO en nuestro centro.

Resultados:

La elaboración de un procedimiento operativo estandarizado de los principales cuidados de enfermería en los pacientes con ECMO, tanto los que hacen referencia al paciente como al control del sistema.

Conclusión:

La complejidad creciente de la práctica clínica ha pasado de abordajes simples y relativamente seguros, a un panorama actual donde la asistencia es muy complicada, efectiva pero potencialmente peligrosa.

Contar con este plan permite unificar criterios y garantizar la calidad de los cuidados, mejorar la continuidad de los mismos, así como divulgar conocimientos sobre las estrategias de cuidados ante un proceso vital y poco frecuente; y así mejorar la seguridad durante el proceso.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 384

TÍTULO: ACREDITACIÓN DEL DEPARTAMENT DE SALUT EN CENTROS HOSPITALARIOS: ASPECTOS VINCULADOS A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES: RODRIGUEZ TORREBLANCA, JOSE ENRIQUE.; CABOT MOTA, L.; LIESA DURAN, R.; SERFATY SOLER, JC.; BALLESTER ROCA, M.; ALAVA CANO, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El modelo de acreditación de centros hospitalarios de atención aguda del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya se ha mostrado como un sistema de garantía de calidad de aplicación general al sistema hospitalario público catalán. Por primera vez han sido acreditados centros de la red de mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.

Describir los valores de los estándares considerados del ámbito de la seguridad del paciente, tanto del conjunto de centros acreditados, como de los centros hospitalarios de MC Mutual en Barcelona sugiriendo hipótesis explicativas de las diferencias observadas.

Copèrnic y Londres son dos centros especializados en la atención traumatológica al accidente laboral, pertenecientes a MC Mutual. Se han revisado las puntuaciones de los estándares relativos a la seguridad del paciente considerados en Liderazgo(1), Estrategia(2), Personas(3), Alianzas y Recursos(4), Procesos(5), Resultados en clientes(6), Resultados en personas(7), Resultados en la sociedad(8) y Resultados clave(9), para el conjunto de sistema hospitalario catalán sujeto a la acreditación y para los centros de MC Mutual de Copèrnic y Londres. El modelo se basa en 1302 estándares de los que 696 son esenciales. En las Clínicas de MC Mutual son aplicables 686 que se distribuyen en los 9 criterios EFQM. Los 182 estándares relacionados con la seguridad del paciente se distribuyen según los criterios en 12 (7%) del criterio 1, 1 (1%) del 2, 9 (5%) del 3, 2 (11%) del 4, 99 (54%) del 5, 7 (4%) del 7 y 34 (19%) estándares del criterio 9. El grupo de trabajo analiza los subcriterios y propone hipótesis explicativas de las diferencias.

Los centros Copèrnic y Londres muestran puntuaciones globales en los estándares relativos a la seguridad del paciente en torno al 98%. El conjunto de hospitales acreditados según el modelo hospitalario catalán muestra valores globales en torno al 90%. Los datos del conjunto son superiores a los dos centros en Liderazgo. Algo inferiores en Personas, Alianzas y recursos y Procesos. Inferiores (más de 10 puntos) en Política y Estrategia, Resultados en personas y clave. No se describen ítems relacionados con la seguridad del paciente ni en Resultados en clientes, ni en resultados en sociedad. Se proponen diversas hipótesis explicativas, entre las que destaca la aplicación en ambos centros del modelo UNE179003 durante el mismo periodo.

El modelo de acreditación público en Cataluña se muestra aplicable y útil para su utilización en una mutua colaboradora con la seguridad social. Se valora su utilidad para la valoración de la seguridad del paciente, aunque se basa más en el proceso que en los resultados. La aplicación del modelo UNE179003 utiliza aspectos combinados de proceso y resultados. Los estándares relacionados con la seguridad del paciente muestran buenos resultados, comparables a los obtenidos por otros centros públicos o privados. Utilizando este seguimiento como uno más de los que componen el sistema integrado de calidad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 385

TÍTULO: LA FORMACIÓN DEL PLAN ANDALUZ DE ACCIDENTABILIDAD: DISEÑO Y DESARROLLO SOBRE LA BASE DE PROBLEMAS DE SALUD PRIORIZADOS

AUTORES: ECHEVARRÍA RUIZ DE VARGAS, CARMEN.; MARTÍN BERRIDO, MM.; AGUADO CAMPOS, J.; PÉREZ MUÑOZ, R.; BARRENA CHACÓN, M.; GÓMEZ GÓMEZ, FJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Plan Andaluz de Accidentabilidad entre sus objetivos plantea "garantizar a las personas lesionadas en accidentes una atención sanitaria basada en la estructuración del proceso asistencial, desde la perspectiva de la continuidad asistencial como elemento de calidad integral" con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad por accidentes en la población andaluza, (...) potenciando la atención y recuperación funcional de los afectados"

Se ha priorizado la atención al trauma grave (TG) y las secuelas de los traumatismos craneoencefálicos (TCE), enfatizando 2 líneas de trabajo que garantizan el impacto en la atención sanitaria: la homogeneización de protocolos de actuación entre las partes interesadas y la formación asociada a esos protocolos.

Se presenta metodología de trabajo del Plan y los resultados de un plan de formación diseñado sobre la base de problemas de salud priorizados

Disponer de protocolos homogéneos en los centros sanitarios de Andalucía, basados en la evidencia científica de la mejor práctica clínica

Homogeneizar el TTO de los TCE, implantando un sistema de buenas prácticas que mejore y unifique el trabajo de todos los profesionales de los servicios de rehabilitación del SSPA.

Conseguir que los profesionales apliquen, según el modelo consensuado, la rehabilitación neurocognitiva del paciente con daño cerebral traumático para disminuir la variabilidad, no deseable, en las prácticas clínicas y terapéuticas

1º) ATENCIÓN AL TRAUMA GRAVE

Jornada de análisis del desarrollo y situación de los protocolos de atención al TG Participan: Dir. de comités locales y componentes del comité autonómico, la dirección del Plan y responsables de SAS

Reuniones desde 2014 con delegaciones provinciales. Participan: Dir. de los comités locales de Hospitales y Distritos

Diseño del programa formativo para atender a las necesidades derivadas de protocolo de atención al TG. Participan: Dirección del Plan, PAUE, 061, y Línea IAVANTE.

Implementación del plan formativo. Criterios de priorización para la implementación: Áreas de especial aislamiento, nº de asistencias y prioridades y cobertura sanitaria de la zona

2º) ATENCIÓN INTEGRAL A LAS SECUELAS DE LOS TCE

Reuniones periódicas de análisis y consenso entre los 4 hospitales implicados y la dirección del Plan.

-Grupo de trabajo multidisciplinar para diseñar la formación.

-Implementación de la formación con metodología e-learning y reunión de consenso- compromiso con metodología de discusión de grupo de trabajo en fase presencial

Protocolos de atención al TG homogeneizados.

Actividades de "Atención inicial al TG" realizadas: 26. Profesionales: 596; satisfacción media: 8,3/10.

En junio se realizarán 2 cursos de Atención neurocognitiva básica en el daño cerebral traumático. Nº de matrículas: 48

Se han identificado indicadores de impacto de proceso y producto. Los cambios se irán observando cuando la cobertura de la formación supere el 50%

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 386

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE TROMBOPROFILAXIS EN SERVICIOS QUIRÚRGICOS

AUTORES: MOZOTA DUARTE, JULIÁN.; RUBIO SÁNCHEZ, P.; GONZALVO LIARTE, MC.; CASCAN HERREROS, MP.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las estrategias internacionales en seguridad del paciente se orientan principalmente en el área de la implementación de prácticas seguras, la prevención del tromboembolismo es una de las recomendaciones de la Estrategia 2015-2020 de Seguridad del Paciente.

Un tercio de las muertes por ETEV ocurren después de una cirugía. La alta incidencia de ETEV postquirúrgica y la disponibilidad de métodos efectivos de prevención obligan a considerar la indicación de tromboprofilaxis en cada paciente quirúrgico.

Evaluar la adecuación de la profilaxis de ETEV en pacientes intervenidos quirúrgicamente en nuestro hospital, analizar los resultados en los servicios quirúrgicos estudiados e identificar factores para mejorar la tromboprofilaxis.

Se consideraron como población a estudio los sujetos mayores de 18 años sometidos a cirugías con ingreso en los servicios quirúrgicos de Cirugía General y Aparato Digestivo, Cirugía Ortopédica y Traumatología y Ginecología del Hospital durante el año 2015, cumpliendo dichos criterios un total de 4.708 pacientes.

Se valoró el riesgo hemorrágico y trombótico mediante la escala Caprini, para evaluar las recomendaciones de tromboprofilaxis.

Se evaluó la adecuación mediante la indicaciones de movilización postquirúrgica precoz, profilaxis mecánica y profilaxis farmacológica (indicación, dosis y duración).

Se estudió una muestra de 113 casos, 61% mujeres, edad media de 62,9 años.

Distribución: 52 pacientes (46%) fueron intervenidos en el servicio de CG, 46 (41%) en COT y 15 (13%) en GIN.

Los procedimientos quirúrgicos más frecuentes fueron la cirugía de fractura de cadera 11%, artroplastia total de rodilla 7%, hernioplastia inguinal 7, artroplastia cadera con 6%, colecistectomía 5% y cirugía del tiroides 5%.

El riesgo hemorrágico en 73% fue moderado y en 27% bajo. En cuanto a la escala Caprini: más del 90% riesgo moderado y alto.

La profilaxis mecánica en el 68,14% de los casos (77 pacientes) fue incorrecta.

En cuanto a la profilaxis farmacológica, se utilizó HBPM en 63,72%. Siendo correcta la indicación en el 67% de los casos, en un 30% fue inadecuada por defecto –profilaxis con HBPM estaba recomendada y no se prescribió- y en un 3% inadecuada por exceso. En cuanto al análisis por servicios se encontraron diferencias estadísticamente significativas: COT adecuación en un 78%, GIN el 66% y CG 57%.

La duración total de la HBPM fue correcta en el 38% de los pacientes, en un 33% debería haber tenido mayor duración, mientras que en un 3% fue demasiado larga. En el 24,19% no se pudo establecer la adecuación de la duración total ya que no se le indicó al paciente en el informe de alta la duración de la misma.

Valorando los tres criterios (indicación, dosis y duración) la adecuación fue del 32% (IC95%: 23-44): COT 46%, GIN 33% y CG 21%.

Se concluye que existe oportunidad de mejora en tromboprofilaxis en servicios quirúrgicos, tanto en medidas mecánicas y farmacológicas, como en las recomendaciones al alta a los pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 387

TÍTULO: MODELO UNE 179003 IMPLANTADO EN 87 CENTROS AMBULATORIOS DE MC MUTUAL EN TERRITORIO ESPAÑOL.

AUTORES: PLANA ALMUNI, MANEL.; LOZANO MORENO, A.; MOYA ALCOCER, D.; SAURÍ CASADELLA, C.; CASTELLA TARRÉS, M.; MANZANERA LOPEZ, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Plan de Calidad Sanitaria que se enmarca en el Plan Estratégico de la organización señala como una de sus líneas estratégicas el desarrollo de las políticas de seguridad del paciente, así como su certificación. La norma UNE 179003 certifica la implantación de un sistema de gestión de riesgos para la seguridad del paciente en una organización sanitaria. A principios de 2015 se inicia la implantación.

Describir y analizar el modelo de extensión utilizado que se basa en dos fases, una piloto que afecta a tres centros representativos del conjunto, y la propiamente de extensión, que implica a 84 centros. Se describe una fórmula realista de extensión, experimentada, y que puede ser útil para organizaciones similares a la nuestra.

Se realizan, en forma centralizada y con implicación de los profesionales clínicos y de metodología en calidad, el mapa de riesgos de los centros asistenciales de la organización y el Sistema de Notificación de Eventos Adversos (SNEA). Se desarrollan 5 documentos básicos del modelo UNE 179003 (Manual de gestión del riesgo, Los procedimientos de Requisitos generales del sistema, Identificación, de Identificación, priorización y análisis de los Riesgos y del Sistema de Notificación de Eventos Adversos (SNEA), y se desarrolla el Mapa de Riesgos en base a la metodología AMFE. Así mismo se conciben tres módulos formativos concentrados en: Introducción al Plan de Calidad Sanitaria 14-16, Modelo UNE 179003, SNEA. Se desarrollan con los profesionales asistenciales y evaluadores cinco planes de tratamiento que responden a los riesgos de mayor Índice IPR, y así mismo, se agrupan los riesgos tomando como referencia las estrategias de la OMS en seguridad del paciente (Infecciones, Identificación de pacientes, Caídas, Cumplimiento de Protocolos y Uso seguro de Fármacos). La estrategia de desarrollo se centra en 5 contactos básicos: formación, documentación, auditoría interna, análisis local y auditoría externa.

Los tres centros de la fase piloto fueron certificados en mayo y se extiende el modelo a los 84 centros restantes de la Mutua, reproduciendo (en forma posibilista) los 5 contactos comentados anteriormente. Se describe la matriz de impactos conseguida para las tres tipologías de actuación designados para la extensión: Centros Piloto (3 cercanos al dispositivo central de calidad), con alta capacidad de impacto y seguimiento por su cercanía. Centros Impulsores (10 en todo el territorio), centros con alta capacidad de impacto y seguimiento central y videoconferencias. Resto de centros (74 en todo el territorio), centros con capacidad moderada de impacto y seguimiento central y on line. A finales del 2015 los centros asistenciales de la organización han sido certificados en el modelo UNE 179003. Las Clínicas de MC Mutual acreditadas por el Departamento de Salud catalán durante el año 2015 y con certificaciones ISO 9001 desde hace 15 años, inician a mediados del 2015 la preparación para la certificación UNE 179003.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 388

TÍTULO: CONTROL DEL DOLOR CRÓNICO OSTEOMUSCULAR Y NEURÁLGICO POR EL PROPIO PACIENTE CON ANALGESIA INTEGRATIVA

AUTORES: RUIZ ROMERO, VICTORIA.; DELGADO GASCÓN, C.; SÁNCHEZ GUTIÉRREZ, C.; ÁLVAREZ TELLADO, L.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El dolor crónico puede ir acompañado de ansiedad, trastornos hormonales, inmunitarios o gastrointestinales o disminución de la movilidad, lo que disminuye la calidad de vida del paciente, interfiere en sus actividades diarias y lleva a ausencias en el trabajo o incapacidad laboral. El abordaje del tratamiento del dolor crónico con fármacos resulta en ocasiones insuficiente, por lo que los profesionales recurren a otras terapias como técnicas psicológicas, relajación, meditación y visualización creativa.

Hacer participe al paciente en el control del dolor y de la enfermedad que se lo provoca a través de diversas técnicas no farmacológicas que le permitan disminuir el nivel de dolor, mejorar su calidad de vida y aumentar su bienestar.

Se realiza una intervención consistente en un taller presencial de 10 horas dirigido a pacientes con dolor crónico con los contenidos de: Investigaciones en Psiconeuroinmunología, Analgesia Psicológica, Creencias, Visualización creativa y Meditación de Atención. Se realizaron ejercicios escritos y actividades dinámicas. Se seleccionó un grupo control de pacientes con similares patologías y se les siguió a ambos grupos durante un mes. Los pacientes informaron sobre aspectos de su enfermedad y su dolor en los meses previos y, tras incluirlos en el estudio, registraron diariamente la ejecución de unas actividades diarias que le ayudarían al manejo del dolor y autovaloraron el dolor mínimo y máximo (con EVA) cada día. Se evaluó la calidad de vida y el dolor al inicio del estudio y al mes y los cambios en ambos grupos.

Hubo un aumento significativo de la calidad de vida tras el mes de seguimiento en los pacientes que realizaron el taller que pasó de 0,37 (SD:0,169) a 0,52 (SD:0,191), $p=0,02$; en cambio en el grupo control aumentó algo pero no fue estadísticamente significativo (de 0,36 (SD:0,185) a 0,44 (SD:0,212), $p=0,118$). En los pacientes del taller disminuyó el EVA máximo al mes de haberse realizado el taller a 6,63 de mediana (Q1:5,19-Q3:7,68), con diferencias significativas tanto respecto al EVA máximo que informaron en los últimos 6 meses de 8,00 (Q1:7,00-Q3:9,00) y el del último mes de 8,00 de mediana (Q1:8,00-Q3:9,00). En los pacientes control aunque disminuyó también, la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0,158$ y $p=0,056$). Se midió el estado de bienestar de los pacientes a lo largo del taller, tras las actividades realizadas. Partían de un estado de bienestar de 5 de media (sobre 10) y aumentó a 8 tras los ejercicios de analgesia psicológica y de visualización creativa. La satisfacción con el taller fue del 100% en los 20 pacientes y mejoraron notablemente el bienestar inicial tras la realización de las actividades desarrolladas. Conclusiones: Los pacientes del taller mejoraron su calidad de vida y disminuyeron el EVA máximo, tras un mes de su realización, a diferencia de los pacientes control.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 389

TÍTULO: ESCUELA DE PADRES Y MADRES

AUTORES: GONZÁLEZ MORENO, SOLEDAD.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, es una norma que consolida y refuerza la existencia de un Sistema Sanitario Público, de aseguramiento y financiación públicos, universal, integral, solidario y equitativo, teniendo como objeto principal la regulación de las actuaciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos en Andalucía, y más específicamente, en su artículo 6, apartado 1, establece los derechos de que son titulares y disfrutan los ciudadanos, con respecto a los servicios sanitarios públicos andaluces, y en su apartado 2 contempla la posibilidad de establecer actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes para grupos específicos de personas reconocidos sanitariamente, entre los que se encuentra el de los niños.

Hay que destacar la especial importancia del establecimiento del vínculo entre la madre y su hija o hijo, teniendo en cuenta circunstancias como la constancia de que la lactancia materna es la alimentación más idónea para el recién nacido, sin olvidar la participación activa del padre en el cuidado y atención de la niña o del niño

Establecer los medios necesarios para garantizar la efectividad de la información sobre auto-cuidados y cuidados del Recién Nacido (RN) por parte de los cuidadores principales, asegurándose que ha sido comprendida y que su manejo es correcto.

Mejorar la calidad de la atención al proceso de nacimiento, incrementando el protagonismo de la mujer en todo el proceso, e implicando a la pareja de forma activa en la crianza del hijo RN.

Impulsar la atención humanizada.

Mejorar de forma específica la calidad de la atención a mujeres en situaciones de vulnerabilidad.

Los talleres se llevan a cabo mediante reuniones conjuntas de todas las puérperas del día o días anteriores junto con sus parejas, con el personal de la unidad. Se realizan sesiones diarias, con una duración aproximada de hora y media, de 11'00 h. a 12'30 h.,

- Presentación del profesional y de los integrantes del grupo.
- Explicación breve de la actividad.
- Exposición del video sobre Lactancia Materna.
- Educación para la Salud (autocuidados, intervención antitabáquica,...)
- Resolución y respuesta de las dudas y preguntas realizadas por los asistentes.

Se ha observado que la gran mayoría de participantes muestran un alto grado de satisfacción expresada en cuanto al contenido y a la utilidad de la misma. Ha implicado también un cambio en la organización del trabajo del equipo de salud,

La evolución del proyecto ha propiciado la mejora del mismo a través de las demandas, inquietudes y necesidades planteadas por los usuarios, pues en definitiva, el OBJETIVO FUNDAMENTAL de todo el proyecto fue, es y será ofrecer un servicio de calidad que tienda a la excelencia, y no hay mejor camino para ello que contar con los propios beneficiarios del sistema, contribuyendo con ello a mantener el nivel de la Sanidad Andaluza en los estándares más altos del estado español.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 390

TÍTULO: GRADO DE BURNOUT ENTRE LOS PROFESIONALES DE UN HACLE Y VARIABLES PREDICTORAS

AUTORES: ROCA CASTELLÓ, MARÍA ROSA.; MERINO PLAZA, MJ.; ARRIBAS BOSCA, N.; MARTÍNEZ ASENSI, A.; ESTELLÉS VICENT, A.; RAMÍREZ DE AGUILERA FERNÁNDEZ, G.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El síndrome de burnout tiene una elevada prevalencia entre los profesionales sanitarios

Es una respuesta al estrés laboral crónico y provoca disfunciones conductuales, psicológicas y fisiológicas, con repercusiones negativas para las personas y la organización

Conocer el grado de Burnout y su relación con las distintas variables

Elaborar un Plan para la prevención del síndrome

Aplicación del cuestionario Maslach Burnout Inventory, utilizando los puntos de corte de Gil-Monte

Estudio Transversal

Muestreo no probabilístico y consecutivo

Variables Explicativas: Sociodemográficas y organizacionales

Variables Respuesta: Cansancio emocional (CE), Despersonalización (DP) y Realización Personal (RP)

Tratamiento Estadístico: spss

N 236 (participación 47%); 85% mujeres

La media de las subescalas presenta puntuaciones dentro de la normalidad comparada con otros estudios (CE 19,67, DP 5,75 y RP 37,94)

Nuestros resultados evidencian que:

18,18% de los profesionales no presentan ninguna escala afectada

65,45% de la muestra presenta CE, 55,45% DP y 50,91% baja RP

21,82% presenta una escala afectada, 31,82% dos y 28,18% las tres

11,82% de los trabajadores presentan alto grado de afectación de las 3 escalas (Burnout franco)

Se observa mayor cansancio emocional en las mujeres, el personal que toma ansiolíticos y el personal de mañanas fijas

Se observa mayor cansancio emocional y despersonalización en el tramo etario entre 25 y 35 años, entre 10 y 14 años de antigüedad laboral y en los trabajadores de entre 15 y 20 años de antigüedad en el hospital y en el puesto de trabajo

•La responsabilidad sobre dirección de equipos actúa como factor protector

Se han obtenido asociaciones estadísticamente significativas en las siguientes variables:

Cansancio emocional: tener hijos, fármacos ansiolíticos, sentirse valorado por pacientes y compañeros, satisfacción laboral, optimismo, apoyo familiar, percepción de disfrute con el trabajo, percepción de autoeficacia

Despersonalización: Responsabilidad sobre dirección de equipos, tener hijos, trabajar de noches, sentirse valorado por los compañeros, disfrutar con el trabajo, autoeficacia, satisfacción laboral, optimismo, apoyo familiar

Realización personal: Categoría profesional, tener hijos, fármacos ansiolíticos, contacto directo con pacientes, sentirse valorado por los pacientes, disfrutar con el trabajo, autoeficacia, optimismo, apoyo familiar, percepción de satisfacción laboral

Presencia de Burnout: fármacos ansiolíticos, satisfacción laboral, optimismo y apoyo familiar

Existe correlación entre las 3 variables respuesta (CE, DP y RP) y con algunos factores protectores estudiados

Tras el análisis de los resultados, se ha elaborado un Plan para la prevención del Burnout

En el síndrome de Burnout intervienen factores organizacionales, laborales e individuales

Es útil realizar evaluaciones periódicas e intervenciones directas a distintos niveles para mejorar la calidad de vida de los trabajadores y la calidad asistencial

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 391

TÍTULO: HERRAMIENTA DE AYUDA A LA ATENCIÓN DE CALIDAD DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN UN ÁREA SALUD

AUTORES: PÉREZ PACHECO, M^a DOLORES.; VALENZUELA MATEOS, F.; GARCÍA HERNÁNDEZ, R.; GARCÍA MARTÍN, A.; RANGEL PACHECO, A.; ROSAL OBRADOR, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) constituye un problema sociosanitario de primera magnitud, por su prevalencia, morbimortalidad asociada y coste económico y social. Los estudios epidemiológicos realizados en España, IBERPOC y EPI-SCAN, reflejan infradiagnóstico y frecuencia de diagnósticos en estados avanzados.

Las guías GOLD 2011 y la Guía Española EPOC (GesEPOC) 2012 propusieron nuevos sistemas de clasificación, considerando que no todos los pacientes con un mismo grado de obstrucción tienen la misma sintomatología ni el mismo pronóstico, ni necesitan el mismo tratamiento. Aspectos como los síntomas y frecuencia de exacerbaciones deben ser tenidos en cuenta.

En nuestra Área de Gestión Sanitaria (AGS) el Importe (PVP) de los medicamentos relacionadas con padecimientos obstructivos de las vías respiratorias (R03) representa entorno al 9% del total. Los principios activos R03 con indicación EPOC, presentan continuos incrementos de uso, observándose distintas cotas de uso entre ellos, así como distinto perfil de prescripción y evolución en Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH). El registro en la historia clínica adolece de importantes deficiencias, dificultándose el registro adecuado en la AP y la AH, el seguimiento y la evaluación del paciente EPOC

Con la finalidad de prestar una atención de calidad a la ciudadanía, se ve la necesidad de desarrollar una herramienta informática, disponible en los niveles asistenciales AP-AH, que ayude al médico en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con EPOC

Diseñar y difundir una herramienta informática disponible en la historia de salud digital que ayude a los médicos en el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y coordinación AP-AH de los pacientes EPOC

Desde el grupo de trabajo EPOC del AGS, constituido por médicos de familia, neumólogo, internista y farmacéutica AP, se diseña una herramienta informática que facilite una atención de calidad del paciente con EPOC. Para su ejecución se cuenta con la participación de un informático

Se definieron los criterios de clasificación GOLD 2016 y GesEPOC 2014 como base para la clasificación de los pacientes. La herramienta se integra en el visor historia de salud, accesible para los médicos desde la consulta. La herramienta clasifica los pacientes e informa de condiciones generales, tratamiento farmacológico de elección y alternativa, así como de las condiciones de derivación. Como documentos complementarios están disponibles para su visualización e impresión cuestionario CAT, tratamiento farmacológico, medicamentos EPOC y tabla de inhaladores

La estrategia de difusión consistió en cursos de formador de formadores en la AP y sesiones informativas en los servicios implicados en la AH coordinados por la coordinación del grupo de trabajo EPOC

El grupo de trabajo EPOC ha diseñado y difundido la herramienta informática accesible desde la historia clínica digital para ayudar a la atención de calidad del paciente EPOC

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 392

TÍTULO: IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN Y TRATAMIENTO PRECOZ DE FIBRILACION AURICULAR COMO FACTOR DE ALTA PREVALENCIA EN ICTUS

AUTORES: GROS BAÑERES, BELEN.; HERRER CASTEJÓN, A.; GARCÉS SANJOSÉ, C.; JAVIERRE LORIS, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La fibrilación auricular (FA) es un grave problema de salud pública con un significativo impacto en costes sanitarios. Se asocia a graves complicaciones: ictus, embolia sistémica, insuficiencia cardíaca y deterioro mental; lo que comporta una considerable morbimortalidad; de ahí la gran importancia de su diagnóstico precoz y tratamiento adecuado. El ictus asociado a FA implica mayor gravedad, mortalidad y discapacidad; implicando un mayor impacto socioeconómico.

Por ello el manejo y la detección de los pacientes con FA debe ser una prioridad asistencial.

En 1986 se estableció la recomendación de anticoagulación en pacientes con FA no valvular, La inclusión de Scores como el índice CHADS2 y la escala HAS-BLED permite tomar decisiones clínicas más individualizadas. Aun así, una proporción no despreciable de pacientes con FA no recibe el tratamiento adecuado, en muchas ocasiones por no ser conocedores de su existencia.

Analizar el impacto de la fibrilación no conocida en los pacientes atendidos en un servicio de urgencias por presentar ICTUS agudo.

Revisamos la incidencia de los diferentes factores de riesgo de los pacientes atendidos como código ICTUS isquémico en nuestro servicio desde el año 2007 hasta el año 2014, a través del registro informatizado de pacientes de dichos pacientes, Los resultados fueron analizados mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 22.0.

Registramos 479 pacientes, de los cuales presentaban HTA 60%, DLP 23.2%, Diabetes 18.8%, Cardiopatía embolígena conocida 16%, Cardiopatía isquémica 14.2%, Fumador 11.3%, ACV 10.4%, AIT 8.8% y fibrilación no conocida un 18.4%.

Al comparar estas cifras con las prevalencias de estas enfermedades en la población española; se aprecia que el factor con mayor impacto, en los pacientes con ICTUS agudo es la FA no conocida. La prevalencia en la población general es del 2.2% por lo que la proporción en los pacientes con Ictus y FA sería 836.4% superior a la población general.

Un 73% de los pacientes con FA no conocida eran mayores de 70 años, frente a un 55% de los que no la padecían resultando esta diferencia significativa ($p = 0,02$). No se apreciaron diferencias en cuanto a mortalidad ni en cuanto al sexo, siendo la distribución similar en los pacientes con fibrilación o sin ella.

No se apreciaron diferencias significativas en cuanto al porcentaje de pacientes que recibió tratamiento fibrinolítico o no (64.8 frente a 59.3%, $p = 0.35$). En pacientes con fibrilación no conocida hubo un menor porcentaje de recuperación completa (21 vs 26% $p=0.33$), o de mejoría significativa (56.6 vs 58.2% $p=0.8$), tanto si recibieron trto fibrinolítico o no. También se observó un mayor porcentaje de pacientes que tras el alta no pudieron regresar a su domicilio (35.4 vs 25.5, $p=0.1$), apreciando una elevada proporción de pacientes que requirieron asistencia en un centro de larga estancia para rehabilitación, como expresión de mayor gravedad de los mismos (23.1 vs 8.8% $p=0.02$).

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 393

TÍTULO: CALIDAD PERCIBIDA Y DETECCIÓN DE ÁREAS DE MEJORA EN UNA CONSULTA DE TRASPLANTE RENAL: ANÁLISIS DE GRUPO FOCAL

AUTORES: RODRÍGUEZ-BENOT, ALBERTO.; AGÜERA-MORALES, ML.; PEDRAZA RODRÍGUEZ, C.; CRESPO MONTERO, R.; ALJAMA, P.; BERENGUER GARCÍA, MJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Uno de los paradigmas de actuación para la mejora continua de los servicios de salud es conocer las necesidades y expectativas de los usuarios. El análisis de la calidad percibida puede ayudar a aumentar el nivel de satisfacción de los usuarios; las Técnicas Cualitativas de Análisis y en particular la técnica de Grupos Focales puede ser útil para recoger reflexiones y críticas que contribuyan a identificar las áreas de mejora y priorizar opciones de solución.

Conocer la opinión de los pacientes atendidos en una consulta de acto único de trasplante renal de la Unidad de Gestión Clínica de Nefrología, con la atención recibida en relación con las dimensiones de la calidad de accesibilidad, trato e información, que afectan a la satisfacción de los usuarios.

Ámbito: Consulta Externa de trasplante renal de la UGC de Nefrología de un Hospital de nivel Regional.

Participantes: Pacientes atendidos en la consulta elegidos al azar.

Diseño: Estudio transversal mediante Grupos Focales.

Metodología: Entrevista grupal (voluntaria y anónima) que utiliza la comunicación entre los participantes, con el propósito de obtener información a través de un guión de entrevista, previamente elaborado con los facultativos y enfermeras de la UGC de Nefrología. Una moderadora dirigió la entrevista. Se determinó el grado de satisfacción en las dimensiones de calidad de accesibilidad, comunicación, cortesía, seguridad/intimidad, fiabilidad, competencia, seguridad, credibilidad, tangibilidad, oportunidad y aceptabilidad/participación del paciente en su proceso. El estudio se realizó en enero de 2016

Los asistentes se muestran muy satisfechos con la atención recibida en la consulta, destacan la seguridad que les da estar atendidos en este hospital y en esta Unidad sin excepción, al igual que la confianza y la credibilidad que este Servicio les transmite. También destaca la accesibilidad, la amabilidad y buen trato que reciben.

En relación a qué cosas podrían mejorarse, y aunque todos entienden que merece la pena la espera, destacan el tiempo de espera del día que acuden a consulta, y el retraso en la llegada de las pruebas analíticas. Otra debilidad es que algunos pacientes no son del todo conscientes en la toma de decisiones compartidas. Se han implantado diversas estrategias de mejora en las áreas detectadas: consulta telefónica, estratificación de horarios y otras.

Conclusiones: La técnica de Grupos Focales destaca la seguridad que todos los asistentes, sin excepción, tienen con la atención recibida por el Servicio de Nefrología, al igual que la confianza y la credibilidad que este Servicio les transmite. También destaca la amabilidad y buen trato que refieren de la gran mayoría de los profesionales que les atienden. Se han detectado áreas de mejora y se han aplicado medidas correctoras, principalmente en relación con el tiempo de espera en la consulta y en la toma de decisiones compartidas

Palabras Clave: Calidad percibida. Satisfacción. Investigación cualitativa. SERVQUAL

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 394

TÍTULO: ASISTENCIA INTEGRAL AL PACIENTE FRÁGIL Y SU CUIDADOR (AP, URGENCIAS, CCEE Y HOSPITALIZACIÓN)

AUTORES: MARTÍNEZ PASCUAL, CARMEN.; MATA RUIZ, G.; PINAZO LUQUE, J.; NARVAEZ RODRIGUEZ, A.; HERNANDEZ PEREZ LANZAC, C.; MOLINA MERIDA, O.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En el año 2015 se implanto en el área sanitaria un plan de atención al paciente frágil (pacientes inmovilizados, residentes en instituciones y pacientes en situación de cuidados paliativos) cuyo objetivo era la prestación de cuidados a este grupo de pacientes en base a su complejidad, de manera que recibieran mayores cuidados aquellos pacientes que por su situación de salud extremadamente comprometida así lo requerían.

Para ello se diseño un sistema de clasificación que objetivara esta situación de salud comprometida y en base a ello establecer un plan de atención individualizado en el que se recogieran las actividades a realizar por los distintos profesionales que en algún momento de la vida de estos pacientes pueden atenderlos.

Establecer un plan de atención integral para pacientes complejos estableciendo la atención a prestar en AP y hospital

Plan de atención

Atención primaria: Objetivo: captación, valoración y seguimiento de estos pacientes por parte del EBAP. Intervenciones: valoración de paciente y cuidadora, revisión de botiquín domiciliario, conciliación de medicación, solicitud de pruebas complementarias,.

Atención urgente hospitalaria: Objetivo 1: acortar los tiempos de estancia en urgencias, estancia lo más cómoda para el paciente y su cuidadora. Si requiere ingreso hospitalario priorización de estos pacientes. Objetivo 2: garantizar la continuidad asistencial incluyendo a los pacientes dados de alta desde urgencias diariamente en Telecontinuidad para seguimiento por AP

Atención Consultas externas: Objetivo: evitar desplazamientos de estos pacientes. Intervención: análisis periódico de la base de datos en la que están registrados los pacientes para conciliar citas para distintos especialistas y realización de pruebas complementarias en un mismo día. El médico internista de referencia de estos pacientes posibilitará realizar consultas por parte de los profesionales de AP sobre los mismos evitando desplazamientos de los pacientes.

Atención en hospitalización: Objetivo: disminuir estancias hospitalarias. Intervención: desde el ingreso preparación del alta para que ninguna circunstancia no clínica cause de un retraso en el alta del paciente.

Durante el ingreso hospitalario se realiza también una valoración de la cuidadora identificando si los cambios en el estado de salud del paciente y la estancia hospitalaria influyen en el estado de la misma, nos aseguramos que la nueva situación de salud no desborda su capacidad de cuidado, si es así se trabajan con ella las capacidades para manejar de forma efectiva la nueva situación antes del alta hospitalaria.

Aseguramos continuidad asistencial en atención primaria con informe del alta para médico y enfermera de AP que en el menor plazo de tiempo contactan con el paciente en el domicilio.

Media de asistencias

AP: MF centro: 2.82, domicilio 2.09; Enfermería centro 2.27 domicilio 3.65

Urgencias: 1.81

Hospital 1.33

CCEE 1.94. Se han conciliado 30% de citas de estos pacientes

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 395

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN EL TRÁNSITO ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

AUTORES: VIÑAS VERA, CIPRIANO.; ESPINOSA BOSCH, M.; RUIZ NIETO, FJ.; RUIZ VEGA, MT.; FUENTES GÓMEZ, J.; DE LA TORRE GÁLVEZ, I.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los errores de medicación son comunes en el ámbito hospitalario y conducen a un incremento de morbilidad, mortalidad y de los costes económicos. Los más frecuentes ocurren en las etapas de la prescripción y administración. Se ha determinado que hasta un 67% de prescripciones médicas tienen uno o más errores y que de éstos, un 46% ocurren en el ingreso y en alta hospitalaria, es decir en la transición de los pacientes entre diferentes niveles asistenciales.

Evaluar el proceso de conciliación de medicación en nuestro centro sanitario y diseñar medidas de mejora e implantación.

Para determinar los indicadores a evaluar nos hemos servido del documento de ' Buenas Prácticas en la Conciliación de la Medicación en el Ingreso, Alta y Transición Interservicios' publicado por el Observatorio para la de Seguridad del Paciente de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Se han analizado las medidas sugeridas como buenas prácticas, compilándolas en un check-list para poder auditar las historias de una Unidad de Gestión Clínica (UGC) de referencia en el ámbito de la Conciliación de la medicación. Las medidas organizacionales se han identificado para ser abordadas mediante entrevista al director/ gestores competentes.

Se ha realizado una auditoría de historias clínicas de pacientes ingresados durante el año 2015 tomando un tamaño muestral de 1720 episodios, con un nivel de confianza del 95% y margen de error del 5%, en total, 278 historias.

La UGC escogida ha sido Cardiología al llevar tiempo trabajando el proceso de Conciliación de medicación y tener una población de referencia con un alto perfil de pluripatología y polimedcados, es decir, alto riesgo de error en relación al uso de la medicación.

Al ser una UGC con años trabajando la conciliación de la medicación y teniendo en cuenta la implantación de una historia digital única, muchas de las buenas prácticas sugeridas en el documento guía están ya instauradas, si bien se detectan puntos críticos al no estar definido un circuito específico que sea conocido por todos los profesionales implicados en el uso de los medicamentos, no hay cultura establecida en registrar los medicamentos sin receta y no existe registro que garantice que el paciente ha tomado parte en proceso sobre la conciliación de su medicación. De este análisis se desprende la necesidad de una hoja específica de seguimiento farmacoterapéutico que englobe el mayor número de medidas y que garanticen un uso seguro de los medicamentos durante el proceso de transición de los usuarios entre los diferentes niveles asistenciales y de traslado, sirviendo de herramienta de comunicación entre los profesionales involucrados en esta área. Este análisis nos ha servido como oportunidad de mejora en las áreas detectadas en las que se ha comenzado a trabajar y difundir, inicialmente en la UGC piloto del estudio y de forma secuencial, en el resto de unidades del centro hospitalario.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 396

TÍTULO: FALLOS DE SEGURIDAD: EVALUACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN DE NEFROLOGÍA

AUTORES: RODRÍGUEZ-BENOT, ALBERTO.; ALVAREZ-LARA SÁNCHEZ, MA.; BERLANGO, J.; ALJAMA, P.; BERENGUER GARCÍA, MJ.; TEJEDOR FERNÁNDEZ, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los errores médicos son fallos del proceso asistencial y pueden llegar a provocar un daño en el paciente. Sólo el 20% de los eventos adversos que ocurren como consecuencia de la asistencia se reportan y de ellos, el 40-70% son evitables. En EEUU, ocurren un millón de lesiones y entre 44.000 y 98.000 muertes al año por eventos adversos prevenibles, y suponen un coste entre 17.000-29.000 millones de dólares. Los errores médicos son la tercera causa de muerte en ese país.

Apenas hay información en la literatura médica sobre los eventos adversos que ocurren en el área hospitalaria de la Nefrología, y menos aún en España.

Analizar los fallos de seguridad considerados como la aparición de eventos adversos que ocurren en un área de hospitalización de un Servicio de Nefrología de un Hospital Universitario de nivel Regional.

Estudio prospectivo y descriptivo consistente en un análisis semiestructurado de las historias clínicas de los pacientes atendidos en Nefrología en los días elegidos para la evaluación. Evaluación mediante método del Global Trigger Tools (IHI) / MIDEA (Medición de la Incidencia de efectos adversos) Periodo de estudio: noviembre 2015 a febrero de 2016

Se definió evento adverso como "daño no intencionado causado como consecuencia de la asistencia sanitaria (profilaxis, diagnósticos, tratamientos, cuidados)". En este análisis sólo se consideró el daño de tipo físico que requiere alguna intervención adicional (monitorización, tratamiento, hospitalización) o causa la muerte. La severidad de los EA se categorizó según la NCC MERP y de los 9 niveles (de A a I) se recogieron sólo los 5 que producen daño y son más graves (de H a I).

Número de historias analizadas: De 16 pacientes ingresados se evaluó toda la estancia desde el ingreso hasta el día de la evaluación, total 77 estancias.

Se detectaron 12 EA en 6 pacientes (0,75 EA/paciente) lo que supone una tasa de EA por 1000 pacientes-día de estancia de 155,8 y del 37,5% de los pacientes ingresados. Los EA fueron 3 extravasación vía, 1 eventración herida quirúrgica, 1 deterioro agudo función renal, 1 hipotensión, 1 peritonitis, 1 hipokaliemia, 1 hipomagnesemia, 1 sangrado tras biopsia renal, 1 dolor no controlado y 1 error administración medicación. 9 (75%) casos fueron de gravedad leve, 2 (16.6%) moderada y 1 (8.3%) severa.

Conclusiones: Los eventos adversos en Nefrología son frecuentes (ocurren en más del 30% de los pacientes) aunque en su mayoría son leves. Es necesario implantar herramientas para su detección y así plantear estrategias dirigidas a reducirlos y mejorar la seguridad del paciente. La detección de los eventos adversos mediante MIDEA debería considerarse una actividad rutinaria y prioritaria en la clínica y deben incorporarse a los Procesos Asistenciales en Nefrología.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 397

TÍTULO: SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN

AUTORES: ARCHILLA JIMÉNEZ, MANUEL.; MONTILLA MARTÍNEZ, JM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Con el continuo crecimiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria, la evaluación de las diferentes dimensiones del programa de cirugía ambulatoria, en su conjunto, se vuelve más importante para lograr unos programas seguros, eficaces, eficientes y de alta calidad centrados en el paciente. Cuantificar y conocer la satisfacción del paciente en los diferentes aspectos de la práctica diaria constituye uno de los mejores indicadores de calidad de la atención y cuidados prestados a los pacientes. Además de aportarnos una visión de cómo son los cuidados que prestamos en la práctica diaria, conocer la satisfacción de los pacientes nos puede ayudar a identificar oportunidades de mejora de la calidad del bloque quirúrgico en su conjunto.

O.General: Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes intervenidos en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria en un Hospital de Alta Resolución mediante el empleo de un cuestionario.

O.Específicos:

Caracterizar las principales variables sociodemográficas y asistenciales de la población atendida en CMA.

Determinar la relación entre las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios y situación laboral), y las variables relacionadas con el proceso quirúrgico (especialidad, tipo de anestesia), con el grado de satisfacción manifestado por los pacientes.

Estudio descriptivo transversal, mediante metodología de encuesta telefónica (cuestionario SUCMA 14), en pacientes sometidos a CMA entre mayo 2013 y abril 2014, realizado sobre una muestra de 285 pacientes.

Se ha procedido al análisis univariado mediante estadísticos de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas y cálculo de porcentajes para variables categóricas.

Análisis bivariado estudiando asociación entre variables sociodemográficas y variables relacionadas con el proceso quirúrgico, con la variable satisfacción. Previa comprobación de supuestos de normalidad, para la variable edad se han realizado pruebas no paramétricas, rho de Spearman. Para la variable sexo se ha realizado el test de U de Mann-Whitney. Para las variables Estado Civil, Nivel Estudios, Situación Laboral, Especialidad y Tipo de Anestesia se ha realizado ANOVA de 1 vía y comparaciones múltiples post hoc de Tukey y Bonferroni.

Índice Respuesta: 85%. Media Satisfacción: 3,498(puntuación 1-4). El grado de Satisfacción expresado por los pacientes sometidos a CMA es elevado. Se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el grado de satisfacción y las variables edad($p=0,015$), sexo ($p=0,017$), situación laboral ($p=0,006$), especialidad ($p=0,000$), tipo anestesia ($p=0,000$) y fecha realización cuestionario ($p=0,027$). Se diferencian aspectos mejor valorados que actúan como satisfactores y otros menos puntuados que actúan como insatisfactores. El resultado de esta investigación es interesante, aplicable a la práctica clínica diaria y aporta muchos datos para conocer mejor la calidad del proceso de CMA y aquellos aspectos particulares con posibilidad de mejora.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 398

TÍTULO: CICLO DE MEJORA EN LA RECOGIDA DE DATOS DE ACCIDENTADOS EN DEPORTES DE MONTAÑA EN URGENCIAS HOSPITALARIAS.

AUTORES: VALLES TORRES, ELISA.; VALLES TORRES, J.; EITO CUELLO, JJ.; TORRES CLEMENTE, E.; CLEMENTE ROLDAN, E.; MORENO MEJIA, AG.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El año pasado se creó en nuestro servicio de urgencias un grupo dedicado al estudio cuantitativo-descriptivo de los accidentes de montaña que atendemos en el servicio de urgencias. Nuestro hospital es el de referencia de un área con alta actividad en deportes de montaña y de aventura (pistas de esquí de fondo y alpino, senderismo, alta montaña, escalada, btt, parapente, barranquismo, etc.).

Se pretende valorar el impacto de atender a este tipo de pacientes, enfocado al tipo de patologías atendidas, volumen de trabajo y repercusión económica. En la primera evaluación observamos que la muestra recogida era muy pequeña. Por este motivo se diseñaron medidas de mejora para obtener una muestra ajustada a la realidad. La recogida de datos es realizada por parte del personal de enfermería en el box de triaje reclutando la etiqueta identificativa de estos pacientes.

Mejorar la recogida de datos, reclutando el mayor número de casos para asegurar la calidad del estudio, analizar y cuantificar los accidentes de deportes de montaña atendidos en nuestro hospital.

Se crea un grupo de trabajo multidisciplinar (enfermería, medicina y residentes de medicina) para definir:

- Criterio de inclusión: toda lesión producida por una actividad deportiva en la montaña.
- Periodo de estudio: Diciembre de 2014 - Abril de 2015.
- Coordinar recogida de datos.

Tras la primera evaluación Diciembre de 2014 a Abril de 2015 las variables se volcaron en una base de datos. Se observó un bajo número de casos recogidos, n =26 casos, no representativos. Diseñamos medidas correctoras y actividades de mejora:

- Creación de criterios de calidad.
- Reunión con personal de enfermería del servicio para explicar el estudio, los datos que se obtuvieron y objetivos para este invierno, fechas del periodo para la recogida de datos, explicación de la carpeta para la recogida de datos del box de triaje, explicación del procedimiento, dudas y preguntas.
- Recordatorio por watsap al personal de enfermería para recordar el inicio de recogida de datos.
- Responsable del estudio los primeros días del registro para supervisar la recogida de datos.
- Recordatorio en el ordenador de triaje.

Segunda reevaluación de Diciembre de 2015 a Abril de 2016 n= 54 casos, los cuales están pendientes de ser analizados y sometidos a la comparación de incumplimientos de los criterios.

En el primer periodo de tiempo se recogieron 26 casos, en el mismo periodo del año siguiente se obtuvieron 54 casos, lo cual supuso un incremento del 107%.

Se simplificó el cuestionario y se mejoró la calidad de los datos recogidos.

El ciclo de mejora fué efectivo al haber recogido un mayor número de casos. Se ha conseguido la implicación de gran parte del personal y como valor añadido se ha despertado su interés para realizar otros estudios y ciclos de mejora en el servicio.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 399

TÍTULO: NECESIDADES NO CUBIERTAS EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO BIPOLAR

AUTORES: FONTALBA NAVAS, ANDRÉS.; COMPANY MORALES, M.; RUBIO JIMENEZ, MF.; GUTIERREZ ROJAS, L.; ALCALA PARTERA, JA.; ROMERO GUILLENA, SL.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El trastorno bipolar es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de uno o más episodios con niveles anormalmente elevados de energía, cognición y del estado de ánimo.

Las personas diagnosticadas presentan diversas percepciones acerca de su propia enfermedad en los diversos momentos de la misma que determinan, en primer lugar, su capacidad introspectiva y, en función a esto, su tratamiento y su propia evolución en última instancia.

La metodología cualitativa es una herramienta que posibilita el acercamiento al conocimiento de la enfermedad desde el punto de vista del paciente, desde la comprensión de su proceso y permite detectar áreas de mejora en el abordaje del tratamiento actual, considerando al sujeto como un actor en salud.

-Identificar áreas de mejora en el abordaje terapéutico de los pacientes con Trastorno Bipolar

-Conocer el grado de comprensión sobre el trastorno bipolar de los participantes

-Describir la afectación que producen los síntomas en el funcionamiento diario

Se seleccionaron pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar representativos de personas que padecen esta enfermedad en población general.

El lugar de captación fue el entorno en el que se realiza el seguimiento habitual de estos pacientes, las Unidades de Salud Mental Comunitaria. Son los dispositivos básicos de atención especializada a la salud mental, constituyendo su primer nivel de atención y con los que se coordinan el resto de los dispositivos asistenciales de atención a la salud mental.

Se buscó homogeneidad intra-grupo en función de la edad y de lugar de procedencia (entorno urbano-rural)

El lugar de procedencia urbano-rural actuó como variable de segmentación, por lo que se planificaron dos grupos en función de esta variable (PERFIL 1: Urbano, PERFIL 2: Rural).

El grupo se realizó en 2 ocasiones por cada perfil, buscando la saturación de información, y en distintas provincias para identificar posibles matices culturales relacionados con la localización geográfica dentro de Andalucía.

Los participantes eran desconocidos entre sí. Se convocaron 10 participantes para cada grupo. Se realizaron un total de 4 grupos focales: Granada, Sevilla, Palma del Río, Huércal-Overa

La atribución causal a determinantes biológicos, aunque no sean completamente exactos, pueden facilitar la adherencia al tratamiento y la comprensión sobre la enfermedad.

Se detecta una ambivalencia con respecto al tratamiento psicofarmacológico, considerado como necesario para el mantenimiento del funcionamiento psicosocial, a la vez que como controlador externo o como generador de limitaciones para la vida diaria debido a los efectos secundarios.

La principal área de mejora que aparece como categoría emergente es la decisión clínica compartida dentro del proceso terapéutico.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 400

TÍTULO: JUNTO A TI

AUTORES: GONZÁLEZ MORENO, SOLEDAD.; LARA CALVO, L.; CALZADO RODRIGUEZ, E.; REINA CARMONA, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

JUNTO A TI: surge desde la necesidad de realizar educación sanitaria intentando eliminar miedos, dudas, etc. y fomentando el autocuidado.

Objetivos Generales:

- Disminuir el grado de estrés y ansiedad que produce acudir a un lugar desconocido en situación de parto.
- Garantizar la elección libre e informada de la mujer sobre su maternidad, parto y crianza de su bebé, impulsando la atención humanizada como una de las prestaciones de los servicios sanitarios de la unidad.

Objetivos Específicos:

- Conocer el funcionamiento de la UGC de Obstetricia y Ginecología, sus profesionales, cartera de servicio, sus protocolos de acogida y acompañamiento.

Se sustenta en dos líneas principales:

1º En el desarrollo de la actividad se pretende aumentar el papel protagonista y la participación activa de las mujeres ofreciéndoles para ello la información necesaria y respetando sus decisiones en todo el proceso de embarazo-parto-puerperio.

2º La participación directa de la ciudadanía en la detección de situaciones de mejora.

Se les cita en el salón de actos del hospital y se les da una charla con una presentación en

Microsoft Powerpoint

como conclusión a los mismos se llevan a cabo una visita a los paritorios y a la planta de maternidad. En la planificación se programan una sesión al mes y pueden asistir todas las embarazadas de 34 o más semanas de gestación con sus acompañantes. Esta programación se hace a través del personal de enfermería que atiende a las gestantes en los centros de salud del área con los que la coordinadora del proyecto está en continua comunicación.

AL finalizar se resuelven dudas de los asistentes y se les entrega un folleto informativo elaborado para tal fin.

Del análisis de los datos recogidos podemos determinar que se ha desarrollado dentro de los parámetros previstos destacando la alta receptividad de las participantes y sus acompañantes, así como se percibe una alta satisfacción con los medios tanto técnicos, didácticos y humanos. Esta actividad apoya la iniciativa, promovida por la Consejería de Salud de Andalucía, de poner en marcha mecanismos que impulsen la participación ciudadana en las decisiones y los cuidados de salud. Al favorecer el aumento del papel protagonista de la mujer y la participación activa del padre o pareja en todo el proceso del parto, embarazo y puerperio, a través de esta actividad, encontramos que algunos indicadores recogidos en las encuestas de satisfacción que el Servicio Andaluz de Salud lleva a cabo, han mejorado sustancialmente respecto a ejercicios anteriores.

En este apartado cabe destacar que la puesta en marcha de esta actividad ha supuesto un avance en las fórmulas de trabajo internivel, aumentando las cotas de interacción entre. Ha favorecido la colaboración entre equipos de trabajo de primaria y especializada, constituyendo un punto más de encuentro que facilita la continuidad de cuidados y el adecuado seguimiento del proceso.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 401

TÍTULO: ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA, EVALUACIÓN MEDIANTE LA ESCALA DE BARTHEL TRAS EL IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA.

AUTORES: CEPAS SOSA, ANTONIA.; MUÑOZ VILLARREAL, AB.; LUQUE LÓPEZ, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La EAo degenerativa es la valvulopatía más frecuente en nuestro medio, la supervivencia media de la EAo sintomática es de 2 años y la cirugía de sustitución valvular es el único tratamiento eficaz.

No obstante, hasta un 30-40% de estos pacientes, no son considerados aptos para cirugía debido a un riesgo quirúrgico demasiado elevado. Estos pacientes rechazados tienen una escasa supervivencia y una calidad de vida muy limitada.

Recientemente se han desarrollado prótesis valvulares Ao implantadas a través de cateterismo que constituyen actualmente una alternativa para este tipo de pacientes.

analizar el grado de dependencia cuantificado de los pacientes mediante la escala del índice de Barthel en situación basal y tras el implante de la prótesis percutánea.

Se realizó un estudio básicamente observacional descriptivo entre abril 2008 y octubre de 2010 donde se incluyeron un total de 54 pacientes de forma consecutiva a los que se les había implantado una prótesis aórtica percutánea (CoreValve) y a los cuales se les había realizado al ingreso una valoración inicial por parte del personal de enfermería mediante el cuestionario del índice de Barthel, posteriormente, a los 3 meses, a través de vía telefónica, enfermería volvió a reevaluar mediante la escala de Barthel a los pacientes intervenidos.

Resultados: La edad media de nuestra serie es de 77 ± 5 , el 57% eran mujeres. Los síntomas previos al implante fueron la disnea en grado funcional II-III (92% de la serie), seguido del ángor (54%) y el síncope (15%). El 32% presentaba enfermedad coronaria que había sido tratada previamente con stents. A los 3 meses del implante observamos que el 74% de la serie es independiente (basalmente era de un 2%, $p < 0,01$), el 96% mejora en al menos dos grado de dependencia según el índice de Barthel y que sólo un paciente persiste con dependencia total debido a una demencia avanzada.

Conclusión: Tras el implante de una prótesis percutánea CoreValve en pacientes con estenosis aórtica severa sintomática, se produce una mejoría significativa a los 3 meses tras el implante, en los parámetros de dependencia de las actividades de autocuidado.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 402

TÍTULO: FUNCIONES DEL TSID EN QUIROFANO

AUTORES: LUCAS BARBERAN, DANIEL.; FONTS PI, E.; ABREU DE CON, JA.; SOLIS MARTINEZ, A.; CLUA HOSTAU, N.; BUENO DOMINGUEZ, MJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En los últimos años las técnicas quirúrgicas han evolucionado continuamente y el TSID tiene un papel fundamental en todo el proceso asistencial, en la adquisición de imágenes, control de la exposición y en la radioprotección, tanto del paciente como del personal asistencial.

Realizar la adquisición de las imágenes en las intervenciones quirúrgicas con la mayor calidad posible y la menor dosis para el paciente y el personal asistencial.

Control de radioprotección, área, paciente, Personal asistencial.

Adquisición de imágenes durante la intervención quirúrgica.

No movilización del enfermo para la adquisición de imágenes postoperatorias.

Presentamos en esta comunicación nuestra experiencia tanto en el proceso de adquisición de imágenes como en la formación del personal de quirófano en radioprotección y el control dosimétrico tanto de zona como del personal asistencial y dosis a paciente.

Disminución del tiempo quirúrgico.

Mayor calidad en las imágenes adquiridas.

Reducción de la dosis a paciente y al personal asistencial.

Formación en radioprotección del personal asistencial de quirófano.

Control dosimétrico del paciente, de área y personal asistencial.

No movilización del paciente durante la intervención para la adquisición de imágenes.

Procesado y envío de las imágenes en formato DICOM al PACs

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 403

TÍTULO: TALLER DE EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO: SATISFACCIÓN DEL USUARIO E IMPACTO EN CONSUMO FARMACOLÓGICO.

AUTORES: SÁNCHEZ GUTIÉRREZ, MARÍA DEL CARMEN.; RUIZ ROMERO, V.; ÁLVAREZ TELLADO, L.; DELGADO GASCÓN, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El dolor crónico es uno de los problemas sanitarios con mayor coste en nuestra sociedad (2.5% del Producto Interior Bruto). El 30% de estos pacientes ha estado de baja laboral como consecuencia directa del dolor, requiriendo hospitalización el 11% con una estancia media de 12 días. Actualmente el estudio del dolor y su tratamiento considera la perspectiva de diversas disciplinas como el análisis bio-psicológico, el tratamiento multidisciplinario, las teorías sobre neuromodulación, el aspecto paliativo y las estrategias psicológicas entre otras.

Valorar el impacto en el consumo farmacológico y el grado de satisfacción de los pacientes con dolor crónico tras su participación en un taller psicopedagógico basado en técnicas de control analgésico no farmacológico.

Se incluyeron a 20 pacientes (10% hombres y 90% mujeres) con edad media de 52,3 años y afectados por dolor crónico de diferentes etiologías. Les fueron impartidas 2 sesiones de 5 horas de técnicas de control analgésico no farmacológico (psiconeuroinmunología, visualización creativa, analgesia psicológica e iniciación a meditación). Se evaluó antes y al mes del taller el consumo de fármacos. Finalmente se recogió el grado de satisfacción mediante encuesta específica.

El grado de satisfacción de los pacientes fue elevado solicitando todos ellos repetición o ampliación en el tiempo de esta actividad. Un 80% de los pacientes disminuyó al mes la medicación para el dolor crónico, siendo los fármacos modificados gabapentoides, benzodiazepinas y opiáceos.

Conclusiones:

1. Nuestro estudio piloto basado en técnicas psicopedagógicas ha evidenciado un descenso del consumo farmacológico mantenido al mes, que acompaña a una mejoría clínica significativa.
2. La respuesta de los pacientes a este tipo de acciones formativas ha sido muy favorable, con un alto grado de satisfacción al respecto.
3. El abordaje integral es necesario para mejorar la situación clínica del paciente con dolor crónico y la inversión en estos proyectos puede suponer un ahorro farmacológico a medio-largo plazo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 404

TÍTULO: RESULTADO DE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO PSICO 3.1 A LOS TRABAJADORES DE UN HACLE

AUTORES: MARTÍNEZ ASENSI, AMPARO.; MERINO PLAZA, MJ.; GARROTE MARCILLA, A.; FORT MAICAS, JD.; VIOLERO LUCAS, O.; PAVON ANDREU, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los riesgos psicosociales son aspectos relacionados con la organización, el contenido y la realización del trabajo que pueden afectar al bienestar y la salud del trabajador

Cuando las exigencias del trabajo no se adaptan a sus necesidades y expectativas, se producen situaciones de riesgo psicosocial, pero la realidad psicosocial no solo depende de las condiciones laborales, sino su percepción

Este estudio trata de identificar los aspectos laborales que suponen una amenaza para la mayoría de nuestros trabajadores

Obtener el perfil valorativo de los trabajadores para cada uno de los riesgos evaluados y su relación con las distintas variables

Elaborar un Plan de Acciones Preventivas

Aplicación del cuestionario Psico 3.1

Estudio Transversal

Muestreo no probabilístico y consecutivo.

Variables Explicativas: Sociodemográficas y organizacionales

Variables Respuesta: % de trabajadores con percepción adecuada respecto a cada uno de los factores de riesgo psicosocial evaluados

Tratamiento Estadístico: spss

N 236 (111 respuestas); Participación 47%; 85% mujeres

El porcentaje de trabajadores con valoración adecuada para cada uno de los riesgos psicosociales evaluados es el siguiente: Tiempo de trabajo (TT)=65%; Autonomía (AU)=75%; Carga de trabajo (CT) =46%; Demandas Psicológicas (DP)=54%; Variedad y contenido del trabajo (VC)=81%; Participación/ supervisión (PS)=17%; Interés por el trabajador/Compensación (ITC)=67%; Desempeño de rol (DR)=49% y Relaciones y apoyo social (RAS)=59%

Se han obtenido asociaciones estadísticamente significativas en las siguientes variables:

TT: Categoría profesional, antigüedad en el puesto, turno, responsabilidad sobre dirección de equipos, valorado por los familiares, disfrute con el trabajo

AU: Categoría profesional, valorado por pacientes y familiares, depresión, disfrute con el trabajo, satisfacción laboral, optimismo

DP: Categoría profesional, optimismo

CT: Ansiosos, contacto directo con pacientes, autoeficacia, optimismo, apoyo familiar

VC: Valorado por superiores, disfrute con el trabajo, autoeficacia, satisfacción laboral, optimismo, apoyo familiar

PS: Edad, Categoría profesional, hijos, valorado por los superiores, satisfacción laboral, optimismo, apoyo familiar

ITC: bajas laborales, ansiosos, autoeficacia

DR: valorado por compañeros y superiores, disfrute con el trabajo, satisfacción laboral, optimismo, apoyo familiar

RAS: Categoría profesional, valorado por pacientes y familiares, disfrutar con el trabajo, satisfacción laboral, autoeficacia

Tras el análisis de los resultados, se ha elaborado un Plan de acciones preventivas

Las reacciones frente a una determinada situación psicosocial no son las mismas para todos los trabajadores, sino que las características personales determinan el grado de afectación y las consecuencias

Los factores psicosociales pueden afectar la motivación y la satisfacción laboral y generar estrés dependiendo de la percepción del trabajador y de su capacidad de respuesta

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 405

TÍTULO: ANÁLISIS AMFE APLICADO AL SUBPROCESO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

AUTORES: MUÑOZ TRIANO, ESPERANZA.; LUACES VIDAL, F.; HERNÁNDEZ PÉREZ, I.; CAMPO LOSA, E.; TORRES MARTÍN, M.; CALLEJO RODRÍGUEZ, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) es un instrumento analítico para la consecución de la seguridad de los procesos sanitarios afectados de: ejecución manual/presión asistencial/urgencia/multidisciplinar/cansancio/sobrecarga del personal, estas circunstancias condicionan variabilidad en las tareas con resultado final negativo, circunstancias que acontecen en la prescripción de medicamentos de alto riesgo (SbPMAR).

Identificar, analizar y evaluar priorizando los posibles riesgos mediante metodología AMFE del subproceso SbPMAR para mejorar la seguridad del procedimiento habitual.

Entorno:hospital-general-urbano-25 especialidades/Método AMFE:Prospectivo/Sistemático/Grupo multidisciplinar/18 personas:2 farmacéuticos-2 técnicos farmacia-6 enfermeros médico-quirúrgicos-1 urgenciólogo-1 intensivista-1 internista-3 anestesiistas-1 moderador experto en metodología AMFE-1 coordinador-director-médico/Definición SbPMAR 'orden médica de tratamiento farmacológico'/Diagrama flujo del SbPMAR-forma oral según braintorming/representación mural análisis de Causas-Modo fallo-Efecto (lluvia de ideas-clarificación-organización)/MATRIZ AMFE/Cálculo del impacto a cada Modo-fallo potencial NPR (Número Prioridad RiesgoG(gravedad 1-10)xO(ocurrencia 1-10)xD(detección 10-1)/NPR>100 (rango 1-1000) se considera crítico-establece acción de mejora/Un valor aislado elevado en G también determinará una acción de mejora/Criterio de mejora:reducción teórica > 50% del NPR inicial calculado/Tipo de estudio:Descriptivo de análisis SbPMAR/Periodo:abril-mayo 2016/Solidez de la evidencia:consenso de expertos/Joint Commission on Healthcare Organizations (standard LD.5.2)/AEM-CPMP-ICH-135-95,2002/Aplicabilidad:totalidad de las áreas clínicas asistenciales de nuestro hospital.

Reuniones:2 formativas-1 de desarrollo del análisis/Duración:12 horas/12 modos de fallo/23 causas asociadas/15 efectos potencialmente adversos para el paciente/ NPR acumulado inicial 925 (rango:175-9)/4 puntuaciones NPR>100(rango:175-140)/Fallo-definición inicio-duración-finalización del tratamiento,NPR=175/Fallo-tratamiento inadecuado para el diagnóstico,INR=162/Por gravedad: G=9 fallo-prescripción en pacientes con alergias-reacciones adversas conocidas,NPR=9, G=9 fallo-paciente erróneo,NPR=18, G=8 fallo-vía administración incorrecta,NPR=24, G=8 fallo-velocidad de administración-concentraciones inadecuadas,NPR=24/5 Acciones de Mejora-evaluadas semestralmente(diciembre-2016): Alerta automática de la aplicación informática de historia clínica x-HIS/prescripción obligatoria en aplicación de informática/pestaña de pantalla-aplicación donde cronograma de inicio-terminación del tratamiento-de vía de administración-posología constituye barrera informática con imposibilidad de validar si no se cumplimentan/proporcionar páginas de evidencia a demanda/2 protocolos terapéuticos (parte general-específica)/semestre de patologías más prevalentes/El AMFE nos ha sido útil para detectar nuestros riesgos potenciales SbPMAR.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 406

TÍTULO: LA ENFERMERA DE ENLACE DA CONTINUIDAD AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA.

AUTORES: MARTÍNEZ NAVARRO, ANA MARÍA.; DE GUSTÍN HERNÁNDEZ, P.; ADRIA MARTÍNEZ, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en los países desarrollados. Unos hábitos de vida saludables, el control de los factores de riesgo, junto con los programas de rehabilitación, han disminuido la morbimortalidad y ha repercutido en un ahorro del coste sanitario.

Tras la presentación del programa de Rehabilitación cardíaca en Centros de Atención Primaria para su conocimiento y difusión, se detectó la necesidad de trasladar la información referente a la continuidad de cuidados para garantizar los controles necesarios del paciente cardíaco.

Captar al paciente cardíaco en su proceso agudo durante el ingreso.

Realizar el seguimiento hasta el alta del programa de Rehabilitación Cardíaca.

Al finalizar el programa, actuar como canal transmisor de información con su enfermera de Atención Primaria, que es la garante del mantenimiento de unos hábitos de vida saludables, para el control de su patología cardíaca crónica; siendo el primer escalón en la atención sanitaria y el seguimiento en el tiempo.

Para garantizar la continuidad de cuidados de los pacientes cardiopatas, en el Servicio de Rehabilitación Cardíaca, que está compuesto por facultativos, fisioterapeutas y enfermeras de cardiología, del Hospital Universitario Infanta Elena, se plantearon realizar un informe conjunto, con el objetivo de enmarcar las necesidades de cuidados que precisará el paciente cuando sea dado de alta en el programa.

La Enfermera de Enlace transmite la información a la enfermera de Atención Primaria, mediante llamada telefónica o e-mail, encaminada a asegurar el mantenimiento de los conocimientos y hábitos adquiridos durante el programa (dieta saludable, control factores de riesgo, adherencia al tratamiento, etc.).

Desde enero hasta mayo del 2016, 25 pacientes han sido dados de alta en el programa. Ninguno de ellos, ha necesitado acudir al servicio de urgencias ni ha tenido ningún reingreso por su patología cardíaca. Un 93% siguen sus controles de factores de riesgo en Centro de Salud y están satisfechos con la experiencia.

Como conclusión de esta experiencia:

Durante el programa de Rehabilitación, además del ejercicio físico, se le dan unas pautas de educación para cambiar sus hábitos de vida por unos hábitos de vida saludable.

A pesar de los beneficios de poner en práctica todo lo aprendido, es necesario individualizar los conocimientos con cada paciente, reforzar desde primaria las áreas más deficitarias y motivarle para mantener el estilo de vida aprendido.

Todo ello, se consigue, con el esfuerzo y empeño de los profesionales de Atención primaria y Especializada.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 407

TÍTULO: EL PREAISLAMIENTO PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL POR SARM Y OTROS MULTIRRESISTENTES

AUTORES: JIMÉNEZ ANTÓN, MARÍA DEL MAR.; MUÑOZ SÁNCHEZ, M.; CONTESSOTTO SPADETTO, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los pacientes institucionalizados que ingresan en un hospital de agudos constituyen un importante grupo de riesgo para la propagación de infecciones nosocomiales por SARM y otros gérmenes multirresistentes. Por otra parte, las características propias de la cirugía urgente de cadera requieren descartar este tipo de colonización.

Analizar la prevalencia de portadores de SARM y otras bacterias multirresistentes, entre los pacientes ingresados en un hospital comarcal durante los años 2013 a 2015, bien procedentes de instituciones socio-sanitarias o para cirugía de cadera.

Demostrar la efectividad del pre-aislamiento para prevenir la infección por estos patógenos.

Estudio retrospectivo de pacientes procedentes de instituciones socio-sanitarias que ingresaron en el hospital en el periodo considerado. Estas personas se identifican desde el ingreso como posibles portadores de SARM u otro multirresistente mediante la colocación de una cartulina amarilla en la cabecera de la cama, que obliga a los profesionales a aplicar las medidas de aislamiento de contacto, a la espera del resultado del cultivo de las muestras biológicas recogidas al ingreso. Si finalmente el cultivo confirma la colonización se mantiene el aislamiento de contacto informando al paciente y familia y, si es negativo, se levanta el pre-aislamiento.

En estos 3 años se han pre-aislado a 465 pacientes (72% socio-sanitarios y 28% fracturas de cadera), de los cuales el 21% dio positivo para SARM.

Del total de pacientes con cultivo positivo para SARM, el 21% fue en 2013, el 24% en 2014 y el 51% en 2015.

En 2013 se pre-aislaron 138 pacientes durante una media de 1,5 días, de los que 25 dieron positivo en el cultivo y se mantuvieron aislados una media de 6,5 días en total. En 2014 se pre-aislaron 130 pacientes, 24 de ellos con cultivo positivo para SARM y aislamiento total de 6,7 días. En 2015 se pre-aislaron 197 pacientes, la mitad de los cuales dieron resultado positivo para SARM y estuvieron aislados una media de 6,44 días.

El pre-aislamiento de 465 personas hospitalizadas en riesgo de ser portadores de gérmenes multirresistentes, ha permitido que 99 pacientes con colonización confirmada no estuvieran entre 1,5 y 2 días cada uno compartiendo habitación con otro/s pacientes, evitándose el consiguiente riesgo de contagio por SARM, así como el consiguiente aumento de resistencias cruzadas a antibióticos y el incremento del gasto farmacológico y días de estancia.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 409

TÍTULO: RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL Y EL BURNOUT EN EL PERSONAL DE UN HACLE

AUTORES: MERINO PLAZA, M^a JOSÉ.; GARCÍA GASCÓ, P.; MARTÍNEZ CAPELLA, R.; MORRO MARTÍN, MD.; MORENO CASERO, T.; GARCÍA JOVER, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Burnout presenta una alta prevalencia entre los profesionales sanitarios. En el último corte realizado en nuestro centro fue del 11,8%. El factor desencadenante es una carga excesiva de trabajo en un tiempo insuficiente para realizarlo, de modo que el desempeño no es gratificante.

Por el contrario, existen entornos laborales donde los trabajadores están comprometidos e identificados con el trabajo desempeñado y ante cargas de trabajo y factores estresantes similares, en estos ambientes propicios no aparece el síndrome.

Este hecho nos animó a estudiar la relación entre los factores de riesgo psicosocial y el Burnout

Conocer la relación entre los factores de riesgo psicosocial y las escalas del Burnout

Elaborar planes de mejora

Aplicación simultánea del cuestionario "Maslach Burnout Inventory" utilizando los puntos de corte de Gil-Monte y del cuestionario Psico 3.1

Diseño: Estudio Transversal

Muestreo no probabilístico y consecutivo.

Variables Explicativas: Sociodemográficas y organizacionales

Variables respuesta: % de trabajadores con alta afectación respecto a los factores de riesgo psicosocial y respecto a las escalas de Burnout

Tratamiento Estadístico: spss

N 236. 111 respuestas (participación 47%); 85% mujeres

El % de trabajadores con alto riesgo respecto a los factores psicosociales evaluados fue: Tiempo de trabajo=11%; Autonomía=11%; Carga de trabajo=27%; Demandas Psicológicas=17%; Variedad y contenido del trabajo=5%; Participación/supervisión=54%; Interés por el trabajador=10%; Desempeño de rol=19% y Relaciones y apoyo social=16%

El % de trabajadores con alta afectación respecto las escalas del Burnout fue: Cansancio emocional (CE)=31%; Despersonalización (DP)=27%; Realización Personal (RP)=33,6%

El grado de asociación entre las distintas variables analizadas se determinó mediante la Odds Ratio. Las diferencias estadísticamente significativas obtenidas fueron:

- CE: Carga de trabajo, Variedad y Contenido del trabajo, Desempeño de rol y Relaciones y Apoyo social
- DP: Carga de trabajo, demanda psicológica, Variedad y Contenido del trabajo, participación y supervisión, Desempeño de rol y Relaciones y Apoyo social
- RP: Tiempo trabajado, autonomía, Variedad y Contenido del trabajo,
- Burnout: Autonomía, Carga de trabajo, Variedad y Contenido del trabajo, Desempeño de rol y Relaciones y Apoyo social, Desempeño de rol y Relaciones y Apoyo social
- Las mayores correlaciones para el CE se observaron con la carga de trabajo seguido de la satisfacción laboral (correlación negativa) y el optimismo
- La mayor correlación de la DP fue con el CE
- La mayor correlación de la RP fue con la satisfacción laboral, seguido por la variedad y contenido del trabajo y el CE (correlaciones negativas)

El análisis de la situación es la base para elaborar planes de mejora

Participar en el análisis de las causas de los problemas y discutir sobre cómo solucionarlos favorece la implicación y el compromiso de los trabajadores

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 410

TÍTULO: UNIDAD DE VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN UNA ZONA COMUN A TRES SERVICIOS: 7º AÑO

AUTORES: DEL CAMPO MOLINA, EMILIO.; FERNANDEZ ROMERO, E.; ARTACHO RUIZ, R.; GÓMEZ GARCÍA, M.; AGUILERA PEÑA, M.; RECIO RAMÍREZ, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Ventilación no invasiva (VMNI) ha demostrado con éxito una disminución de la VMC, y con ello una disminución de las infecciones respiratorias, morbilidad y mortalidad. La unificación de un área exclusiva para el uso de VMNI puede resultar más eficiente que su dispersión, y puede ser trabajada por múltiples especialidades en un frente común, con enfermería y personal preparada para ello. Además la VMNI la usamos como techo terapéutico en determinados pacientes con ciertas limitaciones por edad, comorbilidad o fases finales de su enfermedad.

Descripción de los datos del 7º año de una Unidad de Ventilación no Invasiva (UVMNI) y análisis de los casos.

Creación de una UVMNI común en los servicios de Urgencias, UCI y Neumología con 7 años de existencia, en una misma área y enfermería formada en Ventilación no invasiva (VMNI) y ventilación mecánica (VMC). Estructura: 18 camas monitorizadas con disponibilidad de 8 respiradores de VMNI, 4 de ellos convertibles para uso de ventilación mecánica invasiva, y sistemas para aplicación de CPAP. Protocolos activos: Criterios de ingreso/Alta, Criterios de asignación de responsable médico. Criterios de inicio de ventilación mecánica, Limitación de esfuerzo terapéutico (LET). Base de datos donde se recogen Filiación, Historia clínica y evolutiva, APACHE II, LET, tratamiento diario, gasometría de inicio, y protocolización de datos gasométricos y parámetros de VMNI, durante su evolución. Memoria anual: Revisión de Criterios de calidad y producción científica. Se refieren datos de actividad del 7º año de existencia (Año 2016).

Ingresos: 57 pacientes, 33,3% se consideraron no intubables en el ingreso o durante su evolución. Estancia media: 4,15 días (0-19 días). Edad media: 72,12 años. APACHE Medio: 17,78. Patologías de ingreso: (EPOC: 50,88%; EAP: 24,56%; Restrictivos: 8,77%, Neumonía; 7,02%, Otros: 8,77%). Exitus: 8,77%; Mortalidad al alta hospitalaria: 15,78%. Fracaso de VMNI: 7%. Mortalidad estimada por APACHE II: 29,13%

Conclusiones

1. Seguimos teniendo una edad media alta (Mediana por encima de 75 años), con mayoría de varones
2. Seguimos teniendo una alta proporción de LET en nuestra Unidad, posiblemente por la población añosa y pluripatológica (33,3%).
3. Creemos en la VMNI como techo terapéutico a pacientes que no son subsidiarios de VMC, ofreciendo mayor tiempo de conocimiento del paciente
4. Superamos ampliamente la supervivencia al alta hospitalaria esperada por APACHE II
5. Superamos ampliamente las tasas admitidas de fracaso de VMNI

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 411

TÍTULO: LA REVISTA “TU HOSPITAL”: UNA REVISTA DE PACIENTES PARA PACIENTES

AUTORES: ALGUACIL PAU, ANA ISABEL.; SERRANO HERANZ, A.; DÍAZ-TOLEDO DELGADO, N.; PASTOR GARCIA, GM.; OLMEDO MARTIN, V.; SANTIAGO SAEZ, AS.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La comunicación con el paciente del siglo XXI no puede seguir los cauces que hasta ahora veníamos utilizando. Sin quitarle importancia a la relación médico-paciente clásica, el paciente activo, usuario de internet y redes sociales, necesita otros medios para expresar y cubrir sus necesidades. Por ello hace 3 años nos planteamos editar la revista electrónica “tu hospital” dirigida a pacientes, pensando en comunicarnos de otra forma que cubriera sus necesidades

Editar una revista accesible a los pacientes y ciudadanos para establecer una forma de hacer una medicina más participativa y centrada en el paciente

En 2013 empezamos a editar una revista dirigida al ciudadano, a coste cero y en formato electrónico. Para ello se creó un Comité editorial formado por las áreas que trabajan la responsabilidad social (aula social Zarco, atención al paciente, gestión ambiental, seguridad del paciente, comunicación y prensa), coordinado por Calidad. Se establecieron secciones divulgativas (seguridad del paciente, normativa de interés, educación ambiental, agenda social y actividades culturales), una científica para educar en salud y otra de novedades diagnósticas y terapéuticas para informar de avances científicos. El Comité editorial selecciona y revisa los contenidos, elige los autores y aporta la infografía. La Unidad de diseño gráfico maqueta el número. Se publica en la web del Hospital en formato electrónico y en el twitter oficial de la revista. Se publica una edición limitada en papel reciclado con los fondos de reciclaje, para salas de espera, biblioteca de pacientes y centros de día de la junta municipal de distrito. Desde este año, gracias a las alianzas establecidas con las asociaciones de pacientes, se distribuye en las web de estas asociaciones, por mail a sus socios y a través de sus app

Se han publicado 9 números, 3 al año con temas sobre Oftalmología, Urgencias, Dermatología, Hospitalización a Domicilio, Parto personalizado, Investigación o Docencia. A partir de 2016 cambia la línea editorial de la revista para centrarse en la experiencia del paciente y a partir del nº 8, la revista se escribe por pacientes y profesionales sobre cómo es vivir con una enfermedad que constituye la sección principal, por ejemplo “vivir con cáncer” y se incluye una nueva sección en la que pacientes, familiares y cuidadores hablan sobre la experiencia de enfermar. Se editan 1000 copias en papel, la visita en la web está entre las 10 secciones más consultadas y a partir de la nueva red de alianzas con las asociaciones, llega a más de 40.000 socios de la AECC de Madrid, o a más de 2.000 asociados de la Asociación Madrileña de Diabéticos. En la revista electrónica “tu hospital” el protagonista es el paciente y su experiencia con la enfermedad. Creemos que la revista puede ser un instrumento para empoderar al paciente y así ayudar a cambiar la forma de utilizar los servicios sanitarios, haciéndolos más efectivos y menos costosos

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 412

TÍTULO: IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA UCI EN LA GESTIÓN DE LAS VISITAS DESPUES DE EVALUAR LA OPINIÓN DE LOS FAMILIARES

AUTORES: BENDICHO LÓPEZ, MARÍA JESÚS.; FERNÁNDEZ GUTIERREZ, MC.; CASTILLO ROSALES, MM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El trabajo se realiza en la UCI de un Hospital de referencia con alta complejidad que dispone de 25 camas y presta asistencia a pacientes de un área demográfica y geográfica extensa, lo cual aumenta la dificultad del desplazamiento de las personas que acuden al hospital a visitar pacientes ingresados en UCI, donde el horario es restringido

El objetivo del estudio ha sido conocer el grado de satisfacción de familiares de pacientes ingresados en la UCI respecto a las visitas, relación con los profesionales, condiciones ambientales y funcionamiento de la Unidad, con el fin de gestionar adecuadamente la duración, frecuencia y número de personas que acceden en cada visita.

Estudio descriptivo y transversal. Se elaboró una encuesta de satisfacción con 29 ítems, dividida en 3 áreas: Condiciones ambientales, relación con los profesionales y visitas. Se entregaron las encuestas a los familiares de los pacientes ingresados en la UCI La participación en el estudio fue voluntaria y anónima, previamente se les informó del objetivo del estudio

Se recogieron 52 encuestas cumplimentadas por familiares de pacientes ingresados en la UCI En general el grado de satisfacción es bueno. La estancia durante el ingreso fue satisfactoria o muy satisfactoria en el 95% El orden en la Unidad es satisfactorio para un 45% y muy satisfactorio un 45%. La limpieza es satisfactoria para el 85% La sala de espera poco adecuada al 45% Y el despacho destinado a la información poco acogedor al 25%

Están muy satisfechos con la información clínica de los pacientes un 75% y satisfechos el 25% Con la información recibida de los horarios y normas de la Unidad el 75% muy satisfecho. Nadie está insatisfecho con la información, la comunicación y el trato con el personal de enfermería. Sin embargo casi el 50% no conocía el nombre de la supervisora, enfermeras, auxiliares y celadores que atendían al paciente durante su estancia, pero el 80% si conocía el nombre del intensivista

En cuanto a las visitas, al 40% le parece inadecuado el horario y un 45% lo cambiaría. Al 65% le parece bien que accedan dos personas, igualmente el 65% consideraría oportuno un horario de visitas abierto durante el día. No obstante el 70% afirma que le parece adecuado el tiempo de permanencia de los familiares con el paciente, que es de treinta minutos. Actualmente la información médica se efectúa por la mañana y las dos visitas por la tarde. Al evaluar las encuestas advertimos la necesidad de actualizar el plan de visitas, con flexibilidad horaria que satisfaga a pacientes y familiares, ya que muchas personas se desplazan varios kilómetros diariamente para visitar a los pacientes. Igualmente debemos hacerles partícipes de los cuidados que ellos continuarán al alta en muchos casos en el domicilio, facilitando su recuperación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 413

TÍTULO: HERRAMIENTAS PARA VALORAR LAS COMPETENCIAS DE UN PROFESIONAL PARA MEJORAR LA CALIDAD DEL SNS

AUTORES: CABRERIZO FERNÁNDEZ, JAVIER JULIAN.; MARTIÁÑEZ RAMÍREZ, NL.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Desde la demanda de mejorar la calidad de los procesos asistenciales, adaptándonos a las crecientes necesidades de los usuarios, y teniendo en cuenta que el principal valedor de esta calidad es el profesional sanitario, nos surge la necesidad de valorar el nivel de desarrollo competencial de los profesionales de la salud. Esta evaluación incluye tanto la evaluación de las destrezas técnicas como las humanas, permitiendo una evaluación objetiva de sus competencias, lo que nos lleva a desarrollar herramientas para tal fin.

Estas herramientas parten del inicio como profesionales, en el desarrollo de las prácticas clínicas, hasta el máximo nivel de la carrera profesional, correspondiente a la cúspide de la pirámide competencial.

- Desarrollar herramientas para evaluar las competencias transversales para todo profesional sanitario, mediante indicadores de evaluación precisos y eficientes, que permitan la objetivación de su evolución en un entorno asistencial complejo, en el que

El interés como gestores de la calidad asistencial por desarrollar un proceso eficaz de valoración competencial en el contexto clínico, así como la búsqueda continua de la calidad en los procesos evaluativos de los profesionales en las prestaciones frente a los pacientes, familiares y equipo profesional con el que se relaciona el profesional clínico, nos incitó a analizar en profundidad el desarrollo profesional, así como su repercusión e implicaciones en nuestro sistema de salud.

Partiendo de las necesidades y exigencias establecidas en los perfiles de Grado según la ANECA, en las ordenes CIN de las distintas profesiones sanitarias proponemos las consiguientes herramientas de valoración competencial.

La evaluación por competencias en el ámbito de la salud debe combinar e integrar el "saber", el "saber hacer", y el "saber ser y estar", motivo por el que estas premisas se deberán tener presentes en el diseño y construcción de la rúbrica referida.

En este sentido, cabe hacer una última reflexión sobre la rúbrica que se propone, ya que la calidad sigue siendo un interrogante clave en todo este proceso de cambio y que este enfoque se debe integrar desde las construcciones más propias y valiosas de los programas de desarrollo y de la experiencia profesional. Por este motivo consideramos que los procesos de revisión de los estándares de calidad son una oportunidad de crecimiento profesional dentro del contexto clínico. Por ello, sería interesante valorar el impacto de los resultados de la evaluación de las competencias de los profesionales sanitarios, y cómo estos influyen sobre los estándares de calidad de las organizaciones y sobre la percepción de los usuarios.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 415

TÍTULO: EL DOLOR COMO OBJETIVO DE CALIDAD: FORMACIÓN EN DOLOR NEUROPÁTICO

AUTORES: PRIETO MUÑOZ, ISABEL.; MUÑOZ MARTIN, AJ.; GUILLEN, C.; DEL AVELLANAL CALZADILLA, M.; DE MADARIAGA MUÑOZ, M.; TOME BERMEJO, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Existen muy pocos estudios sobre el grado de formación y de percepción de conocimiento de los profesionales en dolor neuropático, uno de los tipos de dolor más infradiagnosticado y difícil de manejar en la práctica clínica. Su conocimiento y manejo debe ser un claro objetivo de calidad asistencial.

Investigar el grado de formación y la percepción personal de conocimiento de los profesionales acerca del dolor neuropático (DN), su diagnóstico y su tratamiento.

Se trata de un estudio transversal observacional en el que se han encuestado a 239 especialistas que habitualmente diagnostican y tratan DN. El estudio se componía de 4 fases: 1) selección de tópicos; 2) elaboración del cuestionario; 3) cumplimentación de los cuestionarios; 4) análisis estadístico. El cuestionario de evaluación consistió en 11 preguntas elaboradas por el comité asesor que fue definido para elaborar este trabajo, constituido por 8 especialistas en oncología, radioterapia, anestesia y unidades de dolor. Posteriormente las encuestas fueron cumplimentadas por 231 profesionales y los resultados analizados con test de Fischer, Chi cuadrado, Mann-Whitney-Test o Kruskal-Wallis-Test dependiendo del tipo de variable a estudiar.

El estudio incluyó un total de 15 especialidades diferentes, siendo las más frecuentes Oncología Médica (35%) y Medicina General (20.8%), seguido de Traumatología y Anestesia. El 44.6% de los encuestados expresaron no haber recibido ningún tipo de formación específica sobre DN. El 99% de los encuestados basan el diagnóstico de DN en criterio clínicos, sin recurrir a protocolos o guías clínicas, que sólo son conocidas por menos de un 25% de los entrevistados. La media de percepción personal de conocimiento del DN fue de 7/10 (n=224), habiendo contestado el 81% con una puntuación entre 5 y 8 sobre 10. La media de satisfacción con el manejo farmacológico de este dolor fue de 6/10, y el 83% de los respondedores puntuaron entre 5 y 8 sobre 10. Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas entre la percepción de conocimiento y el grado de satisfacción con el manejo farmacológico del DN ($p=0.004$ y $p=0.003$, respectivamente). Los profesionales usuarios y conocedores de guías clínicas puntuaron más alto su grado de satisfacción y emplearon con más frecuencia opioides y fármacos adyuvantes en su práctica clínica.

Existe un déficit de formación académica en los profesionales que tratan DN, especialmente en algunas especialidades, aunque su percepción de conocimiento es elevada. Los profesionales familiarizados con guías clínicas tienen un elevado grado de satisfacción en el manejo de este dolor, realizan una elección más acertada de su manejo farmacológico, y prescriben opiáceos con conocimiento. El escaso seguimiento y conocimiento de guías clínicas debería ser un objetivo a perseguir por las sociedades científicas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 416

TÍTULO: SATISFACCIÓN DEL PACIENTE COMO CRITERIO DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

AUTORES: SÁNCHEZ LAMOLDA, M^a ÁNGELES.; SORIA BARCO, MA.; MOLINA PEREZ-ARADOS, N.; SEGURA GALINDO, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Nuestra unidad de Diálisis presta un servicio de calidad a nuestros usuarios desde hace ya unos años. Sabemos que; Un “servicio de calidad” es aquel que satisface las expectativas de quienes lo utilizan, por lo tanto queremos tener un punto de partida para conocer nuestros puntos fuertes y los débiles en este proceso de mejora. Poder actuar ante los factores que nos indiquen los puntos frágiles de nuestra unidad de diálisis. Conocer el grado de satisfacción de las personas usuarias respecto a los diferentes factores o elementos que intervienen en la prestación de los servicios. Este conocimiento nos ayuda a conocer y mejorar nuestros puntos débiles y que sea el propio usuario, que pasa en la unidad media vida el que nos diga de una manera fácil y cómoda como, donde, debemos de actuar para seguir ofreciendo la mejor asistencia dentro de nuestro servicio.

Conocer la opinión y el grado de satisfacción de nuestros usuarios

Conocer los puntos débiles de la unidad de diálisis

Estudio descriptivo y transversal durante los meses de febrero a abril de 2016.

Como herramienta de trabajo utilizamos una ENCUESTA ampliamente difundida en nuestro hospital, como método para recoger los datos sobre la satisfacción de los pacientes. Se entrega un cuestionario con 2 preguntas abiertas y 28 cerradas a 50 pacientes de la unidad de hemodiálisis. El cuestionario es anónimo y administrado al usuario por las enfermeras expertas de nuestra unidad, lo pueden completar en el domicilio si lo prefieren. Se le explica el motivo del mismo y la participación de la encuesta es voluntaria. Se recogen 42 cuestionarios, 8 pacientes no lo entregan. Bloques de Preguntas: Personales, Trato y confianza, Información que reciben, Instalaciones del centro, Dieta, Tratamiento. Se trata de un método de estudio directo de las opiniones de las personas usuarias respecto al servicio prestado. Obtenemos información muy clara y con un esfuerzo y dedicación no excesivamente elevados, de forma sencilla, sin embargo, muy eficaz respecto a la recogida de información y explotación de datos.

Destaca edad: 70% son mayores de 60 años. Hombres y mujeres sin diferencia significativa. No trabaja nadie. Se encuentran bien físicamente 50% y regular 50%. Confianza en el tratamiento el 65% mucha y el 34% bastante. Trato del personal 65% muy bueno 35% bueno. Recibe información siempre que la solicita el 50% Antes del mes 50%. Recibe siempre información sobre dieta el 90%. Instalaciones: calefacción regular el 47,5% y Refrigeración regular el 45,2%. Desayuno suficiente el 85% ante el 15% que opina que es Mucho. El 95% recomendaría el centro a otros usuarios. Condiciones higiénicas muy buenas el 90% Nota media del centro 8. Se recogen 8 sugerencias de las cuales coinciden en mejorar los asientos de la sala de espera.

Se valoran los resultados siendo estos muy positivos y comenzaremos a trabajar para mejorar las instalaciones y reforzar el resto.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 418

TÍTULO: TRASLADO DE DOS UNIDADES DE CRITICOS A NUEVO HOSPITAL

AUTORES: VILA FERNANDEZ, D.; MOSQUERA RODRIGUEZ, D.; DOMINGUEZ PEREIRA, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La apertura del nuevo Hospital de Vigo en verano del 2015 supuso un reto para todos los profesionales pues además de un proceso dinámico había que reinventar un nuevo modelo de hospital donde confluyeran los dos hospitales existentes en la ciudad ,Meixoeiro(10 camas) y Xeral(20 camas) ,separados no solo geográficamente sino también culturalmente desde hace 25 años.

Se cerraba el Hospital Xeral definitivamente y se mantenía el Hospital Meixoeiro, sin puerta de Urgencias y con otro contenido asistencial

Se realizó en verano lo que añadió complejidad al proceso pues hubo que cancelar y/o posponer vacaciones de los profesionales

Dentro de este escenario, el traslado de pacientes críticos ingresados en ambas UCIS al nuevo Hospital Alvaro Cunqueiro tenía que hacerse de forma ágil garantizando la continuidad asistencial y la seguridad de los mismos durante el proceso con profesionales

A la vez ,había que dar cobertura a tres Hospitales :el nuevo, donde ya se había iniciado la hospitalización de pacientes área medica,y a los dos 'antiguos 'hasta el cierre de las Urgencias

Creación grupo de trabajo constituido por ambas supervisoras, jefe de servicio y dirección medica

Diseño de un plan de actuación y cronograma, decidiéndose solo dos UCIS abiertas

Se optimizaron criterios de ingreso y alta desde una semana antes para conseguir la "holgura" de profesionales necesaria para el correcto funcionamiento de dispositivos y gestión de materiales. Cada 2 camas libres → 5 enfermeras+1 intensivista liberados .

Se crearon equipos de trabajo estables médico-enfermera para el traslado y puesta en marcha de nueva UCI.

Se informo familiares y se acompañó de un documento que adjuntaba un plano del nuevo Hospital. Se completo con llamada telefónica en el momento exacto de la salida de los pacientes

Se inicia por Hospital Meixoeiro por correlación con el traslado de especialidades medicas ubicadas en dicho centro que inician el traslado general

Se comenzó con traslado de tres pacientes/día y finalizando final de semana con el cierre de la UCI Hospital Xeral concomitante con el cierre del Hospital

El proceso se realizó en una semana

No se registraron incidentes ni relacionados con el proceso asistencial ni con la seguridad del paciente

Tuvimos un traslado desde la UCI Hospital nuevo a Neurocirugía aun ubicada en Hospital Xeral por agravamiento proceso asistencial

La respuesta de los pacientes y familiares fue muy colaboradora y satisfactoria

El éxito de dicho proceso radica en dos pilares:actitud y colaboración de todo el personal de ambas UCIS y una planificación previa con cronograma de actuación

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 419

TÍTULO: EVALUACION DE LA APLICACION DEL CHECK LIST QUIRURGICO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA DE CADERA

AUTORES: CHECA GARCIA, ANTONIO.; MARTINEZ MARTIN, J.; MONTEJO SANCHO, J.; ARREDONDO PROVECHO, AB.; DIAZ MARTIN, M.; RODRIGUEZ CARAVACA, G.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La infección de herida quirúrgica (IHQ), las prácticas anestésicas inadecuadas y la pobre comunicación entre los profesionales sanitarios pueden influir en la seguridad de los pacientes en los procesos de asistencia sanitaria.

La Organización Mundial de la Salud, a través de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente estableció la iniciativa "la Cirugía Segura Salva Vidas". Para ayudar a los profesionales sanitarios a reducir los eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria, la Alianza identificó y definió un conjunto de actividades resumidas en un check list para revisarlas en el momento de la atención sanitaria. Nuestro hospital incorporó este check list como instrumento rutinario en la actividad quirúrgica.

Evaluar la realización del check list quirúrgico en los pacientes intervenidos de artroplastia de cadera en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal. El periodo de estudio abarcó desde enero de 2014 hasta mayo de 2016. Se ha evaluado la realización del check list quirúrgico en pacientes intervenidos de artroplastia de cadera programada. La aplicación del check list quirúrgico se describe con su distribución de frecuencias. Las variables cualitativas se describen con su distribución de frecuencias. Las variables cuantitativas se describen con su media y desviación estándar. Se ha estudiado la evolución del porcentaje de aplicación en los tres años de estudio. Los porcentajes de aplicación se han comparado con la prueba χ^2 de tendencia lineal. La evolución del porcentaje de realización del check list se ha comparado con el Riesgo Relativo y su intervalo de confianza al 95%, teniendo en cuenta como nivel básico de comparación el primer año.

Se han estudiado un total de 378 pacientes a los que se realizaron 382 intervenciones quirúrgicas. La edad media global fue de 71,1 años (DE=13,7). La duración media de las intervenciones fue de 128,3 minutos (DE=52,13). La incidencia de IHQ global fue del 1,5% (IC95%= 0,5-2,5). En los realizados, el check list fue registrado en la historia en el 98%. En el 2% de los pacientes no se encontraron datos del registro del check list. El porcentaje de realización adecuada del check list fue del 45,8% en 2014, del 57,2% en el 2015 y del 89,1% en el 2016 ($p < 0,0001$). El incremento del porcentaje de realización del check list ha sido del 4,5% (RR=1,045; IC95%= 0,862-1,267; $p > 0,05$) en el año 2015 y del 63% (RR=1,627; IC95%= 1,379-1,920; $p < 0,05$) en el año 2016.

Conclusión: La incidencia de infección de herida quirúrgica en artroplastia de cadera ha sido baja. La realización del check list quirúrgico en artroplastia de cadera ha alcanzado un porcentaje muy alto. Se ha observado un incremento progresivo de la realización del check list según quirúrgico en artroplastia de cadera según ha pasado el tiempo de su implantación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 420

TÍTULO: LA FORMACIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA EN EL GRADO DE ENFERMERÍA: UNA EXPERIENCIA DE PRÁCTICAS

AUTORES: CUEVAS BATICÓN, BLANCA.; ROMAGUERA GENIS, S.; SOLÀ MIRAVETE, ME.; VERDOY CUEVAS, S.; ROIG PANISELLO, AI.; JUNYENT BISBAL, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La asignatura de Gestión en enfermería ha formado siempre parte del currículum básico en la formación enfermera y con el cambio del plan de estudios de diplomatura a grado, que ha comportado el aumento de un curso más de formación, nos planteamos introducir un ciclo de prácticas de Gestión clínica en el último curso, de manera que los alumnos tuvieran la oportunidad de consolidar los conceptos teóricos adquiridos y así poder comprender mejor la Gestión clínica en enfermería, tan importante para el funcionamiento de las organizaciones de salud

Comprobar el grado de comprensión de los conceptos teóricos adquiridos en la asignatura de Gestión clínica y su aplicación durante las prácticas.

-Valorar la satisfacción del alumno con las prácticas en servicios de gestión clínica

Período de estudio curso 2015/16, tras finalizar los 4 ciclos de prácticas de 4 o 5 semanas de duración. Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario anónimo y auto administrado de elaboración propia con 4 preguntas Tipo Likert de valoración de 1 -5, donde 1= completamente desacuerdo y 5=completamente de acuerdo, además de una pregunta final abierta. El contenido de las 4 preguntas es: P1: la función gestora es solo propia de directivos; P2: comprensión y visualización del rol de la enfermera gestora; P3: aplicabilidad práctica de los conceptos de gestión; P4: facilitación de las prácticas para la comprensión teórica.

De un total de 45 alumnos que han realizado las prácticas de gestión, se han recogido 42 encuestas (tasa de respuesta 93%). La mediana para cada una de las 4 respuestas ha sido de: P1= 2, P2= 5, P3= 5, P4=5. La puntuación promedio para cada una de las preguntas ha sido de: P1=2,36; P2= 4,79; P3=4,74; P4=4,46. El % de respuestas positivas para pregunta ha sido de P1= 64% han contestado 1-2 muy desacuerdo (la gestión clínica solo es propia de directivos); P2= 97% han visualizado el rol de la enfermera gestora durante las prácticas (puntuaciones 4-5); P3=95,24% aplicabilidad práctica de conceptos de gestión (puntuaciones 4-5); P4=88,10% facilitación para la comprensión teórica (puntuaciones 4-5).

A pesar que entendemos que esta formación práctica no es suficiente para adquirir las competencias necesarias de gestión clínica, sí que hemos verificado que ayudan al alumno en la comprensión de las funciones de gestión y su aplicabilidad. La valoración de la P1: la gestión no es solo propia de directivos y de las P3 y 4 las prácticas son indicativas que las prácticas ayudan a la comprensión de conceptos teóricos así como para entender la importancia que tiene la gestión para el funcionamiento de cualquier organización, centro o servicio clínico. Además de las valoraciones de cada pregunta, los comentarios aportados en la pregunta 5 nos hacen pensar que los alumnos están satisfechos con el ciclo de prácticas de gestión clínica. Algunos de estos comentarios nos ayudaran a introducir algún cambio organizativo en los próximos ciclos de prácticas de gestión

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 421

TÍTULO: PUESTA EN MARCHA DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA ACTIVIDAD DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA FUERA DE LA UCI

AUTORES: ALBERT DE LA CRUZ, PATRICIA.; DE PABLO HERMIDA, AM.; HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, EM.; SAINZ DE LOS TERREROS SOLER, L.; GARCÍA SÁNCHEZ, E.; CRUZ TEJEDOR, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Servicio de Medicina Intensiva (SMI) tiene como misión la atención al paciente crítico allí donde se encuentre en el hospital.

El sistema tradicional de detección del paciente crítico, se inicia con la llamada de su médico responsable al intensivista y, tras su valoración, del consenso en un plan terapéutico que puede o no incluir el ingreso en UCI.

Este sistema binario excluye la atención por parte del SMI de otros pacientes posibles beneficiarios del mismo.

Establecer el procedimiento que permita:

- Incrementar la accesibilidad de los pacientes hospitalizados al SMI independientemente de su ubicación o iniciativa de su médico responsable.
- Adaptar la atención del intensivista al perfil del paciente.
- Hacer transparente la actividad del SMI fuera de la UCI al resto del hospital y la gerencia.

1.- Selección de los pacientes susceptibles de atención por el SMI fuera de UCI

- Pacientes con signos vitales o parámetros analíticos que pronostican mala evolución y en los que una atención adecuada y a tiempo puede evitar la situación crítica.
- Pacientes en los que, por su edad o patología de base, el beneficio de ingresar en la UCI es menor que el riesgo que lleva aparejado.
- Pacientes que tras una estancia prolongada en UCI presentan problemas derivados de la misma.
- Pacientes no críticos que requieren una técnica propia del SMI.

2.- Creación con el Servicio de Informática de herramientas adecuadas para la detección y seguimiento de los pacientes susceptibles y redacción de un protocolo de seguimiento postUCI.

3.- Sesiones informativas a los servicios implicados.

Análisis diario:

- Sistema de detección precoz de pacientes de signos de alarma:
 - o Más de una alteración en: creat; troponina; pH; pCO₂; lactato; proBNP; plaquetas; hemocultivos).
 - o Nivel de seguimiento: código de colores (verde: pendiente de revisión; amarillo: revisado o rojo: desestimado).
- Seguimiento del protocolo de atención a pacientes al alta de UCI.
- Cumplimentación de un formulario del paciente accesible al resto de los médicos.

Análisis mensual del Cuadro de Mando de actividad extraUCI.

En el periodo desde la puesta en marcha (enero- abril 2016) se han valorado 1146 pacientes fuera de la UCI: el 13.8% (158) por llamada de su médico responsable y el 86.2% (988) a través de los sistemas de detección. En el 92% (909) de estos últimos se descartó la intervención después de leer la H^a clínica y/o hablar con su médico responsable.

La asistencia fuera de la UCI fue en su mayor parte apoyo terapéutico en planta o Urgencias (48%), realización de procedimientos en pacientes no críticos (32%), seguimiento post UCI (6%) y apoyo a la limitación de esfuerzo terapéutico (9.5%) y traslado de pacientes críticos a otros centros (4.5%).

CONCLUSIÓN:

Los SMI tienen cada vez más un papel importante en el manejo de los pacientes hospitalizados fuera de las UCI. Este trabajo debe organizarse de forma que beneficie al resto del hospital y a la vez ser transparente para los gestores.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 424

TÍTULO: COMPARACIÓN DEL REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES GENERAL VS INTERNO EN CUIDADOS INTENSIVOS. EXPERIENCIA PRELIMINAR

AUTORES: FERRER HIGUERAS, MARIA JOSÉ.; SILES LARREA, V.; TEJEDOR BENÍTEZ, A.; MORAL ARROYO, JA.; TEJEDOR FERNÁNDEZ, M.; BERENGUER GARCÍA, MJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En nuestro hospital existe un Registro General para la notificación de EA, que funciona desde 2009. Además, los profesionales sanitarios de Andalucía cuentan con el Observatorio para la Seguridad del Paciente, en el que también es posible registrar EA. Sin embargo en nuestro medio continúa la tendencia a la infranotificación. Algunas publicaciones señalan la utilidad de registros internos, propios de cada organización, como herramienta para favorecer la declaración de EA entre sus miembros. En la UCI desarrollamos un Registro Propio que lleva usándose desde enero de 2015, coincidiendo con el despliegue del Plan de Seguridad del Paciente

Comparar los resultados entre el Registro General y el propio de UCI, en cuanto a número de notificaciones y características del incidente notificado, durante los años 2014 y 2015

Las declaraciones del Registro General son anónimas y se realizan a través del sistema de notificación en la web del hospital de cuyo mantenimiento se ocupa la Comisión Central de Calidad y Seguridad del Paciente

Las notificaciones del Registro Interno de UCI son igualmente anónimas y se efectúan en una aplicación informática interna y específica. Son custodiadas y analizadas por la médico responsable de la Comisión de Seguridad del Paciente de la UCI

Declaraciones de EA en Registro General realizadas por UGC M. Intensiva en 2014: 2, representando el 0,92% del total (214). Uno de ellos estaba relacionado con una caída y el otro con salida de catéter. Ambos provocaron un daño leve para el paciente

Declaraciones de EA en Registro General realizadas por UGC M. Intensiva en 2015: 6, correspondientes al 2.5% del total (237). 2 estaban relacionados con la falta de material fungible, 2 fueron debidos a problemas con la medicación (suministro erróneo o retraso del suministro desde farmacia), uno fue por fallo del aparataje y otro por salida de drenaje. Ninguno provocó daño sobre el paciente

Declaraciones de EA en Registro Propio de UCI en 2015: 75, la mayoría relacionadas con salida de catéteres/vías/sondas (32%), fallos en el aparataje (25%), problemas de medicación (11%) y cuidados de enfermería (10%). El 45% no ocasionaban daño o provocaban daño leve (33%). Se registraron 8 EA graves (10%)

La preocupación por la Seguridad del Paciente y la necesidad de registrar los EA para establecer medidas que los eviten, es una dimensión que va cobrando relevancia en nuestro medio, como se observa en el incremento de las declaraciones realizadas en el Registro General

Sin embargo, esta tendencia no ha sido tan notable en UCI, posiblemente porque el registro propio haya interferido en ello. No obstante, no podemos descartar que el Registro Propio haya contribuido en aumentar la confianza entre los profesionales de UCI, propiciando así la notificación. Esto podría explicar la declaración de EA graves, que hasta ahora no se había hecho

Ambos registros deben ser considerados herramientas complementarias cuyo fin sea la implantación de acciones de mejora que disminuyan los EA en nuestro hospital

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 425

TÍTULO: IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN INICIAL DE UN REGISTRO INTERNO DE EVENTOS ADVERSOS EN UCI

AUTORES: FERRER HIGUERAS, MARIA JOSÉ.; SILES LARREA, V.; AMAT SERNA, T.; MORAL ARROYO, JA.; AMOR DÍAZ, I.; BERENGUER GARCÍA, MJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La notificación es una herramienta necesaria para la identificación y prevención de EA. Sin embargo entre los profesionales sanitarios existe bastante reticencia a utilizar los registros disponibles. Algunos autores consideran que los registros internos, consiguen fomentar la cultura de la notificación

Desarrollar e implantar un sistema interno de notificación de EA, analizando los resultados obtenidos durante el primer año de su puesta en marcha

El registro de EA se caracteriza por ser electrónico, abierto a todos los profesionales, anónimo y voluntario

Se elabora un formulario con pestañas desplegables, no vinculantes ni obligatorias. Las variables recogidas son:

-Categoría del profesional que notifica

-Turno en el que ocurre

-Tipo de incidente: medicación; transfusiones; vía aérea; accesos vasculares/sondas/tubos; fallo de aparataje; alimentación; error diagnóstico; cuidados de enfermería; procedimientos invasivos; infección nosocomial; transferencia del paciente; admisión/ingreso; documentación; otros

-Gravedad: no provoca daño, daño leve, moderado o grave

-Causa posible

-Evitabilidad

-Información a la familia o al paciente del incidente

La difusión del registro se realiza mediante sesiones clínicas presenciales en cada turno de trabajo, durante dos semanas, consiguiéndose un 95% de profesionales informados

El registro se analiza trimestralmente por la Comisión de Seguridad de la UGC. El feedback de los datos y del grado de implantación de las estrategias de mejora se realiza mediante el envío por mail de un informe a los profesionales de la UGC

En 2015 se han notificado 75 EA, el 75 % de ellos por personal de enfermería (9% Auxiliares, 8% FEA y 1% MIR) Solo 6 EA se comunicaron al paciente y/o a la familia

Los EA estaban fundamentalmente relacionados con los accesos vasculares/sondas/drenajes (32%), y fallos en el aparataje (25%), seguidos de problemas de medicación o cuidados (11% y 10%)

La mayoría de los EA notificados no ocasionaban daño (45%) o bien provocaba daño leve (33%) Tan sólo 8 EA se consideraron graves. El 85% de todos los EA fueron considerados evitables

CONCLUSIONES

-Pese a las ventajas que aporta un registro interno, consideramos que continúa existiendo una infra-notificación de los EA, sobre todo de los graves. Por lo tanto, es preciso buscar nuevas herramientas que faciliten la identificación de estos EA

-El perfil del profesional notificante es similar al de otras series. Es necesario reforzar la formación de los médicos en Seguridad, fundamentalmente a nivel de los MIR

-Pese a todo lo avanzado en el terreno, continuamos manteniendo al paciente y/o familia al margen de los problemas de seguridad, lo cual puede estar justificado por el miedo del profesional a posibles consecuencias

-El registro interno ha aumentado el número de EA notificados con respecto al registro general del hospital (2 EA notificados en 2014, 6 EA notificados en 2015) Posiblemente, el desarrollo paralelo del plan de seguridad en la UCI haya tenido influencia sobre estos resultados

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 426

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO AMBULATORIO DE LA TERAPIA DEL ASMA: UN NUEVO ENFOQUE CLÍNICO DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

AUTORES: ABELLÓN RUIZ, JUAN.; ALONSO HERREROS, JM.; RUIZ RAMÍREZ, JC.; SOLER SOLER, MM.; VALVERDE MOLINA, J.; CONTESSOTTO SPADETTO, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El asma afecta al 5% de la población adulta y hasta el 10% de la pediátrica. La escasa adherencia al tratamiento condiciona un mal control de la enfermedad y un mayor uso de recursos sanitarios, por lo que es necesario tener en cuenta el cumplimiento terapéutico en la toma de decisiones sobre el manejo de estos pacientes. Actualmente la única herramienta de que dispone un médico para evaluar el grado de observancia del paciente a sus prescripciones es la entrevista clínica.

Analizar el cumplimiento terapéutico en pacientes ambulatorios con diagnóstico de asma grave en relación al grupo farmacológico R03AK, para facilitar el control médico sobre la adherencia a partir de datos objetivos de retirada de medicamentos con receta de las oficinas de farmacia.

Se consensó con los Servicios de Neumología, Alergología y Pediatría la siguiente estrategia:

- 1.- Selección por el médico del paciente con asma grave mal controlado, de acuerdo con los criterios de la guía de manejo del asma GINA 2015 y notificación a la Farmacia del centro mediante interconsulta en historia clínica electrónica.
- 2.- En el Servicio de Farmacia se analizan con Microstrategy® los datos de dispensación en oficinas de Farmacia para los últimos 3 meses disponibles para los grupos terapéuticos: R03AK y adicionalmente resto de R03 (Fármacos para la enfermedad obstructiva aérea), R06 (Antihistamínicos sistémicos) y H02 (Esteroides sistémicos).
- 4.- Se compara la cantidad esperada de medicación prescrita con la cantidad realmente dispensada en esos tres meses y se calcula el porcentaje de cumplimiento para cada fármaco.
- 5.- Se informa al médico, respondiendo a la interconsulta en el aplicativo informático SELENE®, indicando la limitación inherente a la información facilitada y la tasa de recetas no adjudicadas en el Área de Salud.
- 6.- Sobre la base de la información recibida, el médico consensua con el paciente la actitud terapéutica óptima: si la adherencia al tratamiento es adecuada, subirá un escalón en el algoritmo de manejo del asma; si el mal control es debido al incumplimiento, dará las indicaciones pertinentes y el procedimiento se repetirá cada 2-3 meses.

El presente estudio incluye un total de 23 pacientes, cuya media de cumplimiento para los medicamentos del grupo R03AK ha sido un 42% (IC 95%: 30-55).

Concluimos que, en nuestro medio, los pacientes con asma grave mal controlada muestran una tasa de incumplimiento terapéutico importante, similar a la referida en otros estudios nacionales.

Para los pacientes con una baja tasa de retirada de la medicación, se debería plantear la prescripción de inhaladores con marcadores de unidades administradas, comprobándose posteriormente el uso real de los envases mediante retorno de los usados. Finalmente, un control especial realizado desde la Farmacia hospitalaria sería interesante en los casos más graves o refractarios.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 427

TÍTULO: REENVASADO EN UNIDOSIS DE FRACCIONES DE MEDICAMENTOS: UNA SOLUCIÓN HOSPITALARIA AL PROBLEMA DE LA ISOAPARIENCIA

AUTORES: ABELLÓN RUIZ, JUAN.; ALONSO HERREROS, JM.; RUIZ RAMÍREZ, JC.; SOLER SOLER, MM.; MUÑOZ SÁNCHEZ, M.; CONTESSOTTO SPADETTO, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La isoapariencia de los medicamentos es una clara situación de riesgo para la seguridad del paciente. Muchos fármacos están comercializados en envases multidosis o blísteres que no permiten la identificación de su contenido, lote o caducidad, una vez que están abiertos y separados de su matriz original. Para solventar este problema se optó por realizar un reenvasado de dosis en la Farmacia del hospital. La optimización de este procedimiento persigue garantizar en todo momento la identidad y datos básicos de cada fracción de medicamento, asegurando la dispensación correcta de dosis unitarias a los pacientes, así como el buen funcionamiento de los armarios electrónicos de dispensación y del tradicional sistema de almacenamiento en botiquines. La Guía de Buenas Prácticas de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria proporciona toda una serie de normas para efectuar el re-embalado de medicamentos con seguridad, pero no contempla el problema de la isoapariencia ligada al idéntico aspecto de los sobres donde la medicación se reenvasa (papel blanco por un lado y celofán naranja por el otro) y de la escasa legibilidad de las etiquetas de las fracciones de medicamentos reenvasados, siendo muy fácil cometer errores de identificación.

Disminuir la posibilidad de confusión debida a isoapariencia en el reenvasado de medicamentos fraccionados.

Se identificaron todos los medicamentos fraccionados utilizados en el hospital y se consensuó el uso de un código de color para el papel de reenvasado: naranja para los comprimidos enteros (el mismo que hasta ahora), azul para los medios comprimidos y verde para los cuartos de comprimido.

La elección de las máquinas envasadoras se hizo en función de criterios de disponibilidad de papel de color y facilidad de manipulación de los fraccionados. Hemos utilizado la KRZ MULTIBLISTER® (KRZ S.L. Barcelona), que dispone de celofán en color AZUL para los fraccionados, y la STROCAR HF200A (Strocar Envasadoras S.L. Barcelona), que aplica celofán NARANJA a las unidades no fraccionadas.

Entre los datos del medicamento escritos en el papel blanco, siempre se recoge una breve descripción de la forma y el color del comprimido, y si está o no ranurado. Si se trata de una fracción, así se hace constar.

Se ha conseguido eliminar el problema de la isoapariencia entre comprimidos fraccionados y enteros para los medicamentos implicados.

La existencia de un criterio uniforme en forma de código de color del envase permite la rápida identificación del contenido y una menor posibilidad de error a la hora de dispensar la medicación en las Unidades de hospitalización. Es una medida económica, eficaz y sencilla de implementar por parte del Servicio de Farmacia. Cuando las máquinas de reenvasado no dispongan de papel de color distinto al naranja, una alternativa sería usar pegatinas autoadhesivas tipo "Gommettes", de forma redonda o triangular, (Ref 02030 ó 02226 INETA S.A. Barcelona), pero esto supone una mayor carga de trabajo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 428

TÍTULO: ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE TRABAJO PARA LA GESTIÓN DEL PACIENTE ECTÓPICO

AUTORES: MARTÍN MUÑOZ, BEGOÑA.; CUENCA GARCÍA, JA.; ORTEGA PULIDO, FJ.; COLMENERO CASTILLO, JD.; DE LA TORRE GÁLVEZ, I.; CUIEL BALSERA, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La existencia de pacientes ectópicos (PE) (pacientes ingresados en una Unidad diferente a la que sería de referencia según la patología que motiva el ingreso) nunca es deseable puesto que compromete la calidad de la asistencia, favorece los incidentes de seguridad, dificulta el funcionamiento efectivo de las Unidades de Gestión Clínicas y del Centro, repercute en la satisfacción del usuario, genera frustración entre los profesionales y daña la imagen de la Institución. Sin embargo, se da cada vez con mayor frecuencia e incluso se ha normalizado en nuestro entorno sanitario.

La estrategia de abordaje suele consistir en el traslado entre Unidades lo que provoca un problema añadido ya que favorece los errores asistenciales y consume recursos humanos.

Ante esta situación, se hace necesario establecer un Procedimiento Normalizado Trabajo (PNT) para la gestión del PE.

Objetivo General:

- Optimizar y normalizar la gestión sanitaria de pacientes ectópicos.

Objetivos específicos:

- Disminuir el número de PE.
- Mejorar la seguridad del PE.
- Asegurar una asistencia sanitaria de calidad al PE.
- Evitar la variabilidad en el abordaje del PE.
- Optimizar los recursos en la gestión del PE.
- Mejorar la satisfacción del PE.
- Mejorar la satisfacción de los profesionales implicados en la atención del PE.

El proyecto se ha desarrollado en dos fases con las siguientes secuencias de actuación:

Primera fase: Elaboración de un PNT para la Gestión del Paciente Ectópico

1. Análisis del problema en la Comisión de Hospitalización
2. Creación de un grupo multidisciplinar.
3. Reuniones periódicas de trabajo y elaboración del Procedimiento.
4. Presentación y validación del Procedimiento en la Comisión de Hospitalización
5. Ejecución del plan de difusión para asegurar que es conocido por todos los profesionales.

Segunda fase: Implementación del Procedimiento.

1. Implantación del Procedimiento.
2. Registro, análisis y corrección de los incidentes o desviaciones en su implementación.

Primera fase: La elaboración del PNT ha permitido unificar criterios en el abordaje del PE. El documento establece directrices claras orientadas a mejorar la calidad asistencial y la seguridad, desde el ingreso hasta que el paciente es dado de alta, optimizando los recursos empleados en ello. Incluye:

• Criterios de ingreso para adjudicar la Unidad más idónea al PE.

• Directrices a seguir durante la hospitalización

• Criterios de traslado entre unidades.

• Algoritmos de decisión.

Segunda fase: Respecto a la implementación se puede afirmar que la inercia asistencial y resistencia al cambio dificulta la implantación de procedimientos sencillos y bien aceptados. Los incidentes en la gestión del PE más registrados son: falta de adherencia al Procedimiento en la visita médica y prescripciones, así como la no cumplimentación del protocolo de acogida por parte de enfermería.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 429

TÍTULO: ANÁLISIS DEL IMPACTO Y GRADO DE IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN ISO 9001 (SGC) EN EL ENTORNO DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: ALTARRIBAS BOLSA, ELENA.; AIBAR REMÓN, C.; BARRASA VILLAR, JI.; ABAD DIEZ, JM.; GARCÍA AÍSA, JC.; AZNAR GIMÉNEZ, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Mejorar la calidad asistencial en todas sus dimensiones requiere compromiso de los profesionales, formación y una metodología adecuada de gestión de la calidad. Sin embargo, no se dispone de evidencia válida y precisa que garantice que la implementación de diferentes métodos y desarrollo de los procesos mejora los resultados asistenciales y la satisfacción de los profesionales.

Tras 5 años, de la primera auditoría y certificación se hace necesaria una evaluación tanto de sus resultados como de la valoración por parte de todos los profesionales.

Analizar el impacto y el grado de implantación del SGC basado en la Norma ISO 9001 en los Equipos de Atención Primaria (EAP) de la comunidad autónoma.

Evaluar la percepción de los profesionales en relación a los resultados de la implantación del SGC.

De los 123 EAP que desarrollan su actividad en la Comunidad 42 EAP han sido certificados según la norma ISO 9001.

La población del estudio estuvo constituida por profesionales - médicos, enfermeras, auxiliares administrativos que trabajan en los equipos donde se ha implantado el SGC, en el ámbito de la Atención Primaria, en el ejercicio profesional entre los años 2009-2015.

Estudio descriptivo transversal:

Encuesta por cuestionario a partir de la opinión de los profesionales. Estructura del cuestionario según fuente de información:

Normas ISO: Gestión de los Procesos y Mejora

Literatura: Percepciones del profesional, factores organizacionales y variables poblacionales

La población estimada a estudio fue de 176 profesionales, implicados en el SGC y en los grupos de calidad de los 42 equipos certificados. La tasa de respuesta fue de 65,34% (115).

La implantación de SGC en los EAP proporciona una sistemática documentada de identificación de los responsables de los procesos - atención a la salud, citaciones- y de los recursos materiales necesarios para la ejecución de dichos procesos -stock de materiales, medicación, equipamiento-, así como de definición de objetivos, seguimiento, medición y mejora de los procesos. Fueron valorados como áreas sensibles el establecer control de los procesos contratados externamente (ambulancias, limpieza del centro), la identificación de necesidades de cambios por la Dirección (nuevas tecnologías, innovación en los procesos y nuevos métodos de trabajo) y el reconocimiento a los profesionales

La implantación del SGC, mejora la seguridad del paciente y los resultados en los procesos no clínicos - citaciones, tarjeta sanitaria. Existe un margen de mejora en aspectos como la puntualidad y disminución de la demora en la atención.

Los elementos facilitadores para la implantación del SGC son el papel del liderazgo y las cualidades de los profesionales (experiencia, liderazgo clínico), el trabajo en equipo, el apoyo de las Unidades de Calidad y la formación. Las barreras identificadas son el "poco tiempo" que se dedica para: auditorías, revisión del sistema de calidad, no conformidades, incidencias, y el apoyo de la Alta Dirección.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 430

TÍTULO: AGENDA DE PRUEBAS DE UCI PEDIÁTRICA: UNA GESTIÓN CLÍNICA DE CALIDAD

AUTORES: PEÑALVER MANZANO, ALBERTO.; MARIN YAGO, A.; RIQUELME VALVERDE, L.; ROSIQUE ANTONELLI, M.; LOZANO RUIZ, AM.; RODENAS RUIZ, MJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En los hospitales cada vez se realizan más pruebas terapéuticas y diagnósticas a pacientes pediátricos con elevados costes para los servicios de salud. Algunas son muy complejas, precisando sedación, monitorización de constantes y un personal cualificado, por lo que una de las unidades de elección para su realización es la UCI Pediátrica.

Enumerar las pruebas terapéuticas y diagnósticas que se realizan en nuestra UCI Pediátrica, a través de una agenda. Describir, tanto los beneficios económicos al realizar estas pruebas en la UCI Pediátrica, como el alto nivel de satisfacción en la atención recibida que manifiestan los padres de los pacientes.

Análisis descriptivo de las bases de datos informáticas de la agenda de pruebas de la UCI Pediátrica durante el año 2015. Análisis de los recursos humanos para la agenda de pruebas de la UCI Pediátrica Encuesta de satisfacción entregada a los padres de los pacientes que le realizaron las pruebas en la UCI Pediátrica.

En los 249 días hábiles del año 2015 se han realizado a través de la agenda de pruebas de la UCI Pediátrica 385 pruebas en el box 10 de dicha unidad, el reparto por especialidades ha sido: 156 gastroenterología, 85 reumatología, 72 neumología, 28 ORL, 19 cardiología, 8 oncología, 6 enfermería y 11 otros. Más del 70 % de estas pruebas se han realizado con sedación. Por el tipo de pruebas destacan: 114 esofagogastroskopias, 77 tratamientos intravenosos reumatología, 72 fibrobronoscopias y 37 rectocolonoskopias. Los recursos humanos de esta agenda son: 1 pediatra intensivista, 1 enfermera y 1 auxiliar enfermería, que también realizan actividad asistencial a pacientes ingresados en la UCI Pediátrica. Sobre 100 encuestas realizadas durante 6 meses a padres de pacientes pediátricos que le realizaron pruebas, los resultados más destacados han sido: satisfacción global percibida (escala 1-10): 98% puntúa más de 8, disminución nivel de ansiedad (escala 1-10): 97% puntúa más de 8, acogida e información enfermera (escala 1-10): 93% puntúa más de 8 y trato humano recibido (escala Malo-Muy bueno): 95% puntúa muy bueno enfermera y 88% puntúa muy bueno pediatra intensivista. **CONCLUSIONES** La agenda de pruebas de la UCI Pediátrica, donde se realizan un gran número de pruebas con un personal mínimo y cualificado, ha demostrado ser una gestión clínica de calidad por 2 motivos: 1. La realización de las pruebas esta unidad, sobretodo las que conllevan sedación, implica numerosos beneficios: ahorro de costes y tiempo en actos quirúrgicos, la consulta preanestesia se realiza el mismo día, rapidez de proceso, presencia de padres hasta que el niño es sedado, y alta a domicilio sin precisar ingreso hospitalario. 2. La realización de estas pruebas con personal especializado y que da un trato humano al paciente y familia, eleva la satisfacción de éstos a un nivel muy alto.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 431

TÍTULO: IMPACTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN Y CALIDAD ISO 9001 EN LOS RESULTADOS DE INDICADORES DE PROCESO ASISTENCIAL EN PRIMARIA

AUTORES: ALTARRIBAS BOLSA, ELENA.; AIBAR REMÓN, C.; GARCÍA MONTERO, JI.; VICENTE EDO, MJ.; CASTAN RUIZ, S.; AZNAR GIMÉNEZ, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Mejorar la calidad asistencial requiere compromiso de los profesionales, formación y una metodología adecuada de gestión de la calidad. Sin embargo, no se dispone de evidencia válida y precisa que garantice que la implementación de diferentes métodos y desarrollo de los procesos mejora los resultados asistenciales.

Tras 5 años de implantación del sistema de gestión de calidad (SGC) en 42 equipos de primaria de la comunidad y ante la falta de referencias se opta por realizar una comparación de los resultados de indicadores de procesos asistenciales de los equipos en los que se había implantado el SGC ISO 9001 frente a aquellos que no (81).

Identificar el impacto de la implantación de un sistema de gestión y calidad basado en la norma ISO 9001 en los resultados de los indicadores de proceso asistencial.

Estudio descriptivo transversal: Se realizó una revisión y análisis de los indicadores de procesos asistenciales recogidos en los contratos de gestión de 2009 a 2015. Se extrajeron 21 indicadores de 'proceso' ¿cómo se realiza la atención? .

La selección del proceso asistencial se realizó en función de los siguientes criterios:1) Impacto de los resultados del indicador en la salud de la población;2) Estabilidad de la medición durante al menos cuatro años con objeto de valorar las posibles tendencias;3) la multidisciplinariedad de la intervención y 4) la pertinencia de su desarrollo en atención primaria.

Se seleccionó el proceso asistencial de riesgo cardiovascular (RCV). Los tres indicadores que cumplían los criterios del estudio fueron: RCVR en personas sin enfermedad con algún factor de riesgo, el RCVH en hombres de 45 a 74 años y el RCVM en mujeres entre 55 y 74 años. La comparación global en Aragón, de los tres indicadores muestra un comportamiento similar en todos ellos. Existe una tendencia positiva en ambos grupos aunque siempre con niveles de consecución superiores en el grupo de los equipos con SGC. En la comparación año a año existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos durante los cuatro años. En cuanto a la mejora lograda entre el año 2011 y 2014 su diferencia, EAP ISO-EAP no ISO, carecía de significación estadística.

Aunque no puede concluirse con este estudio que la implantación de SGC haya supuesto una mejora significativamente mayor en los resultados logrados, sí que puede afirmarse que los equipos que han implantado el SGC parten de niveles de consecución más altos, lo que indicaría que son precisamente quienes lo hacen ya de por sí mejor, los más predispuestos a la mejora, por otro lado, al partir de niveles de consecución más altos, las mejoras adicionales tienen más valor, porque son, sin duda, más difíciles de conseguir. Por otro lado, el factor de distorsión introducido por la inclusión de dichos indicadores en los modelos de evaluación para el reparto de la productividad variable nos ha podido impedir la apreciación del efecto exclusivo que hubiera tenido el SGC en los resultados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 432

TÍTULO: 10 AÑOS DE TENDENCIAS DE INDICADORES DE CUIDADOS GENERALES Y SEGURIDAD DE PACIENTES EN UN HOSPITAL DE AGUDOS GERIÁTRICOS

AUTORES: MENÉNDEZ FRAGA, MARÍA DOLORES.; ALONSO FERNÁNDEZ, J.; SUÁREZ RODRÍGUEZ, C.; SALMERÓN MENÉNDEZ, C.; CIMADEVILLA BARAGAÑO, B.; VÁZQUEZ VALDÉS, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Desde el año 2004 se han realizado una serie de iniciativas para mejorar los indicadores.

Analizar las tendencias de los indicadores de cuidados de enfermería y su mejora en un periodo de 10 años.

Ámbito: Hospital geriátrico de agudos (200 camas). Estudio retrospectivo. Periodo: 2006-2015.

La medición de indicadores se realizó según los estándares del Proyecto SÉNECA con cortes observacionales, notificación voluntaria y el Global Trigger Tool (para identificación de pacientes-IP, UPP, dermatitis, flebitis y caídas), y las caídas de pacientes además por notificación obligatoria.

Para estudiar la variación estadística se ha dividido la muestra en dos periodos: 2006-2010 y 2011-2015, y en el caso de la extravasación de vías venosas se compararon los periodos 2011-2012 con 2013-2015. Estadística: Riesgo Relativo (RR) del segundo periodo frente al primero y sus intervalos de confianza (IC) de Mantel-Haenszel, y el test de Fisher para valores de $p < 0,05$.

Acciones de mejora:

Implantación del Proyecto de Política Institucional de Identificación en Centros Sanitarios del Principado de Asturias (2006), Protocolo para la Detección y Prevención de las UPP y compra de colchones viscolásticos (2008), Protocolo Basado en la Evidencia "Cuidados del catéter Intravenoso Periférico" (2012) y el Proyecto Piloto Multicéntrico Estrategia Multifactorial Flebitis Zero (2015). Implementación de camas nuevas (2006-2009) y bajada de la altura de las mismas (2009).

La IP correcta fue del 93,5% en 2006, y del 95,1% en el 2015 (aumentando un 2,12% en 2011-2015 respecto a 2006-2010; RR 1,02 CI99% 1,01-1,03; $p=0,000$), las UPP del 4,3% en 2007 al 5% en 2015 (aumentando un 38,06% en 2011-2015; RR 1,38 CI99% 1,09-1,75; $p=0,008$), la dermatitis del 2,5% al 4,3% (aumentando 50,79% en 2011-2015; RR 1,51 CI95% 1,05-2,17; $p=0,027$), la flebitis del 6,8% en el 2007 al 0,2% en 2015 (disminuyendo un 71,50% en 2011-2015; RR 0,27 CI95% 0,51-0,15; $p=0,000$), reducción de 3,68 veces en el 2015; y la extravasación del 2,9% en 2011 al 3,6% en 2015 (aumentando un 24,07% en 2013-2015; la subida del RR no ha sido significativa; $p=0,543$), las caídas de pacientes por notificación obligatoria del 4,7% en 2007 al 3,7% en el 2015 (disminuyendo un 12,44% en 2011-2015; RR 0,88 CI99% 1-0,77; $p=0,009$) con una reducción de 1,14 veces, medido por el GTT varió del 6,5% en el 2006 al 4,2% en el 2015 (disminuyendo un 22,95% en 2011-2015; RR 0,77 CI99% 0,86-0,69; $p=0,000$) y una reducción de 1,30 veces.

Conclusiones:

El indicador de identificación se ha mantenido estable aunque en los años previos de este estudio era notablemente inferior.

El indicador de flebitis ha mejorado relacionado con los dos proyectos implantados con una reducción de 3,68 veces.

El riesgo de caída se ha reducido en el segundo periodo de estudio 1,14 veces por notificación obligatoria y 1,30 veces por GTT.

Tanto las UPP como las dermatitis han empeorado durante el tiempo del estudio aumentando 1,51 y 1,38 veces respectivamente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 434

TÍTULO: EVOLUCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HACLE: INDICADORES DE SEGUIMIENTO

AUTORES: MORRO MARTIN, MD.; MERINO PLAZA, MJ.; CASTILLO BLASCO, M.; POLO MIGUEL, A.; IÑIGO DÍES, J.; PORTOLES MOLA, I.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Desde la perspectiva de la calidad asistencial, la seguridad es una dimensión transversal que plantea la necesidad de conocer los factores responsables de aparición de eventos adversos ligados a la atención sanitaria

La información sobre Seguridad del Paciente debe integrarse en la cultura de la organización y en el trabajo cotidiano para que el personal perciba de forma objetiva las distintas dimensiones que influyen en la seguridad del paciente

La evaluación de la cultura de seguridad ayuda a establecer líneas estratégicas para implantar prácticas seguras. La periodicidad de las encuestas debe ser suficiente para que las medidas adoptadas hayan tenido tiempo de implantarse y el colectivo haya percibido sus resultados. Pero la percepción global de seguridad puede ser un indicador poco sensible para el seguimiento de la eficacia de las medidas adoptadas

Identificar las dimensiones con mayor impacto sobre la seguridad del paciente de los profesionales de un hospital de media-larga estancia

Monitorizar la evolución de la cultura de seguridad en el tiempo

Comprobar la sensibilidad de los indicadores empleados para evaluar la eficacia de los cambios introducidos

Diseño: 2 Estudios Transversales seriados (2013 y 2015), aplicando la versión española de la encuesta sobre cultura de seguridad del paciente de la AHRQ

Muestreo no probabilístico consecutivo

Variables Explicativas: Sociodemográficas, organizacionales y alta percepción de seguridad respecto a cada una de las 12 dimensiones consideradas

Variables Respuesta: Grado de seguridad global percibido y Alta percepción de seguridad global

Tratamiento Estadístico: spss

Se repartieron 158 cuestionarios al personal sanitario de un HACLE. La percepción media de seguridad fue similar en ambos estudios: 7,8 en 2013 y 7,5 en 2015 (N2013=66;N2015=92). El percentil 75 de la distribución en ambos casos fue 9. El aspecto mejor evaluado en los 2 cortes fueron las acciones realizadas por los supervisores en pro de la seguridad del paciente. Los peor evaluados fueron la dotación de personal y el apoyo de la dirección. En el análisis estratificado, las variables sociodemográficas presentaron escasa significación, mientras que una buena percepción de algunas de las dimensiones consideradas, sí que se asociaba a alta percepción de seguridad. Las dimensiones más asociadas con el efecto fueron: 3, 4 y 6 (seguridad en la unidad, acciones de la supervisión y comunicación). En el estudio comparativo de los resultados de 2013 y 2015 los indicadores basados en las dimensiones individuales detectaron mejor los cambios que la evaluación de la seguridad global

Según nuestros resultados, el porcentaje de trabajadores con percepción adecuada respecto a cada una de las dimensiones consideradas es el indicador más sensible para detectar las áreas de mejora y la efectividad de las medidas adoptadas. Dicho porcentaje aporta más información que la media de las dimensiones individuales o que la percepción de seguridad global

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 435

TÍTULO: RESULTADOS DE INDICADORES DE ASISTENCIA A PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS EN EL ASEMA VALORADOS SEGUN EVIAXA

AUTORES: MATA RUIZ, GEMA.; MARTINEZ PASCUAL, C.; PINAZO LUQUE, J.; HERNANDEZ PEREZ-LANZAC, C.; MOLINA MERIDA, O.; NARVAEZ RODRIGUEZ, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Con el objetivo de mejorar la calidad en la atención a los pacientes crónicos de nuestra Área Asistencial, hemos desarrollado un sistema de clasificación de estos pacientes mediante una escala de valoración integral (EVIAXA). Nos hemos basado en el modelo de Kaiser, el cual identifica 3 niveles de intervención relacionados con el nivel de complejidad del paciente. Quedando segmentados los pacientes en complejidad baja, media y alta. Además se ha introducido un valor pronóstico mediante el índice Profund para diseñar las intervenciones en cada grupo de pacientes

Medir la calidad de las intervenciones que realizamos a los pacientes crónicos mediante una serie de indicadores de resultado que hemos establecido para los distintos ámbitos: Atención Primaria, Urgencias, Hospitalización, Consultas externas.

Hemos desarrollado una base de datos donde se han incluido pacientes inmovilizados, institucionalizados, paliativos y pluripatológicos-polimedicados. Esta población diana ha sido clasificada según nuestra escala de valoración.

Se ha valorado:

- El número de visitas tanto en el centro como en domicilio de su Médico y Enfermero de Atención Primaria, el enfermero gestor de casos, el trabajador social.
- En los pacientes inmovilizados se han monitorizado:
 - o valoración del riesgo de UPP, a los que tienen riesgo alto se les ha valorado el estado nutricional. Además el número con UPP.
 - o los pacientes con incontinencia urinaria y a los que se les ha valorado
- En los pacientes polimedicados:
 - o revisiones de botiquines
 - o conciliación de la medicación
- En los paliativos se ha valorado las visitas del equipo de paliativos y la clasificación por IDC-PAL
- En urgencias:
 - o número de asistencias
 - o prioridades
 - o estancias en observación
- En hospitalización: los ingresos y el número de ingresos por paciente
- En consultas externas:
 - o derivaciones a distintas especialidades,
 - o el número de visitas de cada paciente por especialidad
 - o visitas coordinadas en el mismo día

La valoración de una serie de indicadores en los pacientes crónicos según su grado de complejidad, nos ha permitido evaluar la asistencia que estamos dando a estos pacientes. Nos va a permitir conocer si nos estamos adaptando a estándares de calidad y monitorizar a lo largo del tiempo si los recursos que dedicamos a estos pacientes están mejorando su calidad asistencial, y si la perciben como satisfactoria.

Estamos monitorizando resultados en salud de estos pacientes a través de las hospitalizaciones prevenibles por insuficiencia cardíaca y complicaciones agudas de la diabetes. La mortalidad evitable relacionada con la enfermedad cerebro vascular. Y el número de reingresos a los 30 días por EPOC o por cualquier causa.

Además al alta hospitalaria vamos a pasarles una encuesta de satisfacción para valorar la percepción de la atención recibida y compararla con datos que tenemos de otra encuesta que se realizó en 2014.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 436

TÍTULO: DOCUMENTO DE CONSENSO EN MANEJO DEL DOLOR CRONICO: ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DESDE EL CRITERIO DE LA SEGURIDAD

AUTORES: ROYUELA MARTINEZ, NATALIA.; GARRASTAZU LOPEZ, R.; RUIZ NUÑEZ, MC.; OTERO KETTERER, MJ.; MARTIN MORETON, MC.; TEJA BARBERO, JL.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El dolor crónico es un problema muy prevalente en nuestro medio, siendo su tratamiento considerado como punto clave dentro de las Estrategias para el Abordaje de la Cronicidad en todo el Sistema Nacional de Salud. La ausencia de protocolos de tratamiento y la heterogeneidad terapéutica en los distintos niveles asistenciales hace necesaria la elaboración de estrategias de manejo del dolor crónico para mejorar la calidad asistencial al respecto en nuestra población.

Elaborar un Documento de Consenso para el tratamiento del dolor crónico en nuestra Comunidad, desde un punto de vista multidisciplinar, basado en la evidencia científica, priorizando no solo criterios de eficacia, sino también de seguridad clínica, y asumible por el colectivo de profesionales, tanto de A. Primaria como de A.Hospitalaria.

En Mayo de 2015 se creó un grupo de trabajo multidisciplinar, iniciativa de los profesionales médicos de la comunidad autónoma, integrado por diversas especialidades, implicadas unas en el tratamiento del dolor crónico, y relacionadas otras con patologías de riesgo para el uso de determinados analgésicos. Se realizó una revisión bibliográfica sobre manejo de dolor crónico y riesgo de los fármacos analgésicos, atendiendo asimismo a las alertas farmacológicas más recientemente publicadas al respecto. Se utilizaron para ello los buscadores PubMed y Clinical Key.

En Marzo de 2016 se publicó el Documento de Consenso para Manejo Seguro de dolor, de fácil manejo para todos los profesionales, orientado al paciente, integrando algoritmos de tratamiento en función del tipo de dolor y los factores de riesgo individuales, definiendo de manera específica la clase farmacológica y los tiempos de duración de tratamiento (criterios de eficacia) , y las precauciones a tener en cuenta con cada grupo de pacientes (criterios de calidad y seguridad). Todo ello basado en la evidencia científica y en las recomendaciones/guidelines de las distintas sociedades científicas. Tras la presentación oficial del Documento a nivel institucional, se llevó a cabo la difusión universal dentro del ámbito de la A. Primaria y A. Hospitalaria a través de programas de formación presencial y on line

La elaboración de un Documento de Consenso para el Manejo Seguro del Dolor, consensado y basado en la evidencia, facilitará el manejo del Dolor Crónico, atendiendo a criterios de calidad y seguridad, puntos estos clave dentro de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del Plan Regional de Salud de la comunidad autónoma.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 437

TÍTULO: RELACIÓN ENTRE LAS DIMENSIONES QUE EVALÚAN LA SATISFACCIÓN LABORAL Y LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HACLE

AUTORES: MORRO MARTIN, L.; MERINO PLAZA, MJ.; ESPIG BULTO, MD.; HORTELANO MARTINEZ, E.; ALCALA DEL OLMO, E.; AROCA MAYOR, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La satisfacción laboral es una percepción subjetiva de los individuos ante su trabajo que puede orientar a la persona a favor o contra de su actividad laboral

La seguridad del paciente es un objetivo esencial de los sistemas sanitarios. Una cultura positiva sobre seguridad del paciente es un requisito esencial para evitar en lo posible la aparición de eventos adversos

La hipótesis de este trabajo es tratar de establecer si existe relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente

Conocer la relación entre las dimensiones que definen la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente

Diseño: 2 Estudios Transversales seriados (2013 y 2015), aplicando el cuestionario de satisfacción laboral de la Osakidetza y la versión española de la encuesta sobre cultura de seguridad del paciente de la AHRQ

Muestreo no probabilístico consecutivo

Variables Explicativas: Sociodemográficas, organizacionales y alta percepción de seguridad y satisfacción laboral respecto a cada una de las 12 dimensiones consideradas en cada una de las encuestas

Variables Respuesta:

*Grado de satisfacción laboral percibida

*Alta percepción de satisfacción laboral

*Grado de seguridad global percibido

*Alta percepción de seguridad global

Tratamiento Estadístico: spss

Se repartieron 158 cuestionarios al personal sanitario de un HACLE. Las percepciones medias de satisfacción laboral y de seguridad fueron similares en ambos estudios: 7,1 y 7,8 en 2013 y 7,0 y 7,5 en 2015, respectivamente (N2013=66;N2015=92).

Para cuantificar el grado de asociación entre las distintas variables se utilizó la Odds Ratio y su intervalo de confianza del 95%.

Las dimensiones que definen la satisfacción laboral más fuertemente asociadas con una alta percepción de seguridad fueron, percepción de la dirección, ambiente de trabajo, participación, relación con el mando, gestión del cambio, definición del puesto de trabajo y formación, con OR > 5

Las dimensiones que definen la cultura de seguridad más fuertemente asociadas con una alta percepción de satisfacción laboral fueron, problemas en los cambios de turno, mejora continua, feed back sobre comunicación de errores y percepción de seguridad en la unidad, con OR > 5

Las dimensiones de la encuesta de satisfacción laboral que muestran correlaciones más significativas respecto a las dimensiones de la encuesta sobre cultura de seguridad son ambiente de trabajo y comunicación, con 6 coeficientes > 0,5

La dimensión de la encuesta sobre cultura de seguridad que muestra correlaciones más significativas respecto a las dimensiones de la encuesta de satisfacción laboral es feed back sobre comunicación de errores, con 8 coeficientes > 0,5

Los resultados de este estudio muestran que existe relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente. Esta información puede ser útil para diseñar alternativas que nos permitan incrementar la satisfacción laboral y optimizar la calidad del servicio

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 438

TÍTULO: LA FORMACIÓN CONTINUADA COMO UN ELEMENTO CLAVE EN LA CALIDAD ASISTENCIAL

AUTORES: TORRES MANRIQUE, BLANCA.; DE LA FUENTE ALONSO, A.; VELASCO ELECHIGUERRA, A.; GOMEZ-ULLATE RASINES, S.; MARTINEZ SANTIAGO, R.; VILLORIA DIEZ, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La formación continuada engloba las acciones formativas que se desarrollan por las organizaciones dirigidas tanto a la mejora de competencias como al reciclaje de los profesionales que se encuentran en situación activa.

Desde el año 2008, la formación del servicio de salud se planifica a través de una plataforma propia para gestionar las actividades formativas dirigidas a los profesionales sanitarios.

Cada año se elabora el plan formativo del servicio de salud con la oferta formativa siguiendo las líneas estratégicas marcadas por la Consejería de Sanidad.

- Describir las actividades formativas realizadas por el servicio de salud a los profesionales sanitarios.
- Identificar el perfil de los profesionales sanitarios que realizan actividades formativas en el servicio de salud.
- Relacionar el grado de satisfacción de los profesionales sanitarios en las encuestas de valoración de la actividad con la mejora de las acciones formativas futuras.

Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Para el estudio, se seleccionaron las actividades formativas destinadas a categorías de profesionales sanitarios excluyendo el personal en formación, impartidos durante el año 2015 en el servicio de salud. La muestra total de profesionales sanitarios destinatarios de acciones formativas fue de 7.661 a 31 de diciembre de 2015. Para la explotación de los datos de todas las actividades formativas se utilizaron herramientas BI realizándose posteriormente su análisis a través de una hoja de Excel creada para este fin.

En el año 2015, el total de actividades formativas fue 72. De todas ellas, se realizaron 68 actividades dirigidas a profesionales sanitarios con un total de 3.987 inscripciones, siendo 2.568 los alumnos admitidos. Por rango de edad, el 29,91% tenía entre 36-45 años y el 40,46% más de 46 años. Por sexo, el 79,24% eran mujeres. La media de cursos por profesional fue 1,33. Por categorías profesionales, el personal de enfermería (42,44%) y el personal facultativo (39,44%) fueron las categorías que más actividades formativas han realizado durante el periodo de estudio.

De las 18 áreas temáticas de formación, Farmacia y Terapéutica (38,23%), Gestión (16,17%) y Seguridad del Paciente (11,76%) fueron las áreas de mayor actividad formativa.

Los resultados obtenidos en la encuestas de satisfacción de los cursos fue con 8,44 sobre 10. La valoración promedio de las encuestas de los alumnos fue a la actividad formativa 8,17, al Aula Virtual 8,26 y al Profesorado 8,53.

La elaboración de un plan formativo es un elemento esencial para mejorar y actualizar las competencias de los profesionales sanitarios. La evaluación de las actividades formativas permite mejorar la gestión de la formación, la satisfacción de los profesionales para futuras acciones formativas y permite conocer necesidades formativas detectadas por los profesionales en la práctica diaria, transformándose la calidad asistencial a través de la formación continuada.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 439

TÍTULO: DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES PARA LA MEDICIÓN Y MEJORA DE LOS PROCESOS

AUTORES: CARPENA HERNÁNDEZ, ANA.; MUNIESA RUBIO, J.; GRUPO DE TRABAJO SERVICIOS CERTIFICADOS, ; VIDAL MILLA, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Se detecta disparidad de formato y criterio en los registros de incidencias de la institución y la ausencia de análisis de riesgos en los procesos

Desarrollar una herramienta de registro que permita analizar las incidencias detectadas en los servicios, en los circuitos y en la descripción de estos, implementar acciones correctivas y de mejora y la eficacia de estas acciones, garantizando la trazabilidad de todo el proceso y de manera homogénea para toda la institución

Material: Formulario papel de incidencias, hoja de cálculo, base de datos (BD), indicadores, auditorías, sugerencias, encuestas, revisión de procesos, procedimientos e instrucciones y ejecución de actividades. Método: En 2003 se implantó un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001 en un servicio. Gradualmente se incorporaron más departamentos. En 2010 se inició el proceso de unificación de las certificaciones, que devino en un sistema de gestión de la calidad corporativo. El formato del registro de las no conformidades (NC) se estandarizó en una hoja de cálculo corporativa en 2011 y permitió la recogida de los mismos parámetros para todos, pero se constató su difícil gestión y la imposibilidad de obtener informes automatizados. Además implicó el mantenimiento del formato papel previo a la introducción de los datos en el registro electrónico. Entre 2013-2014 se desarrolló una herramienta piloto de gestión de NC en el Área de Personas que además de los registros incluía el seguimiento y evaluación de éstas, pero con ciertas deficiencias que no daban respuesta a todos los requisitos de la norma ISO. Entre 2015-2016 se desarrolla una nueva BD con visión integral que daba respuesta a las necesidades de todos los servicios y accesible vía intranet

Disponemos de una herramienta on-line con accesos simultáneos para todo el personal y parametrizada por perfil, con las funcionalidades de: registro de ítems, grupos de control y responsables, análisis de causa, planes de acción incluyendo el seguimiento de la ejecución, análisis crítico de la eficacia y posibilidad de adjuntar documentación justificativa, análisis de riesgos y acciones de mejora asociadas. Permite el análisis y la explotación de la información para su gestión y la extracción de datos para la confección de informes y estadísticas de resultados

La implementación del programa de gestión de incidencias ha permitido 1) disponer de una herramienta amable para todo el personal con vocación corporativa 2) eliminar la existencia de errores procedentes de la transcripción de información 3) eliminar costes al suprimir el papel 4) homogeneizar la estructura de la información parametrizando los campos 5) reducir los campos de redacción libre, simplificando la introducción de datos y facilitando el análisis con criterios objetivos 6) poder realizar un seguimiento del estado de las incidencias y de las acciones correctivas o de mejora de forma fácil 7) agilidad en la circulación de la información entre todos los involucrados

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 441

TÍTULO: HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. SU UTILIDAD EN LA PRÁCTICA

AUTORES: TEJEDOR FERNÁNDEZ, MARTÍN.; FERRER HIGUERAS, MJ.; BERENGUER GARCÍA, MJ.; MIÑARRO DEL MORAL, R.; TEJEDOR BENÍTEZ, A.; TEJEDOR BENÍTEZ, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Seguridad del Paciente es la dimensión prioritaria de la calidad asistencial. Las Unidades de Calidad tienen en su cartera de servicios prestar apoyo a las Unidades de Gestión Clínica (UGC) para el desarrollo de programas de seguridad del paciente.

Analizar la utilidad práctica de distintos instrumentos para la mejora de la seguridad del paciente en un hospital.

Desde 2008 se han llevado a cabo distintas experiencias de mejora de la seguridad del paciente en el hospital con el soporte metodológico y logístico de la Unidad de Calidad. De manera efectiva se han empleado técnicas diversas que se describen a continuación:

− Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) para diseño e implantación de programas de seguridad específicos en cada UGC o proceso asistencial.

− Formación de profesionales.

− Aplicación en UGCs de Guías SAFER (Safety Assurance Factors for Electronic Health Record Resilience).

− Método LEAN para mejora de procesos.

− Análisis causa-raíz (ACR) en acontecimientos centinelas e incidentes de seguridad.

− Notificación y registro de eventos adversos, análisis e informe con propuesta de medidas a adoptar.

− Medición de Incidencia de Eventos Adversos (MIDEA).

− Medición de cultura de seguridad del paciente con el cuestionario de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

− Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente. Usando el cuestionario del Observatorio de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Uso del AMFE en 25 UGC y 12 en procesos asistenciales.

50 talleres prácticos de 10 horas de duración cada uno sobre elaboración de un programa de seguridad del paciente. Asistieron 350 profesionales de distintas disciplinas: médicos, enfermeras, farmacéuticos, auxiliares de enfermería, celadores y administrativos.

9 sesiones formativas de una hora de duración sobre las Guías SAFER

Aplicación del método LEAN en el análisis de los procesos asistenciales de Urgencias y trasplante de pulmón.

ACR en 6 ocasiones: 5 acontecimientos centinelas y en un tipo determinado de incidente de seguridad.

6 análisis semestrales y propuestas de mejora en base al sistema de notificación y registro de eventos adversos del hospital.

Medición de la cultura de seguridad en un caso.

Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente en 42 UGCs.

No se han empleado algunas herramientas como los briefings o walk rounds.

Puede concluirse que en el momento actual se dispone de una cartera de servicios muy extensa, útil y de gran variabilidad, para dar soporte a los profesionales sanitarios en el desarrollo de programas o actividades de mejora de la seguridad del paciente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 442

TÍTULO: ACTUALIZACIÓN EN VERSIÓN EXTERNA: TÉCNICA Y RESULTADOS.

AUTORES: RUIZ PELÁEZ, ENCARNACIÓN.; MUÑOZ MEDINA, M.; LEÓN MONTILLA, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La presentación podálica está asociada a un mayor riesgo de complicaciones en el parto y tiene una incidencia de un 3-4 % en embarazos a término, por ello, la opción de una cesárea electiva parecía razonable en estas gestantes. Sin embargo, la OMS incluye la tasa de cesáreas menor a un 15% de todos los partos como un indicador de calidad en la atención perinatal y maternal

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia junto con una serie de expertos recomendaron la versión externa (VE) como una buena alternativa para disminuir la incidencia de las presentaciones podálicas a término

La VE es una maniobra obstétrica que intenta convertir una presentación anómala en cefálica, más favorable en el parto. Además, una revisión sistemática sobre la eficacia de esta maniobra, incluida en la Cochrane, demuestra evidencia sobre la efectividad para disminuir la tasa de cesáreas y sobre su seguridad.

Tras esta evidencia y por el compromiso con la calidad y los procesos de mejora continua se recomienda que se practique a partir de la semana 37 para prevenir una posible prematuridad iatrogénica ya que en este momento hay una probabilidad disminuida de una probable versión espontánea

Revelar la tasa de éxito de VE en nuestra Unidad

Comunicar a la comunidad científica multiprofesional el trabajo que realizamos y nuestros resultados

Explicar en qué consiste una VE y el protocolo de actuación mediante el cual se realiza

Describir los cuidados que lleva a cabo la matrona en todo el proceso de la VE

Se ha elaborado un estudio epidemiológico, transversal, descriptivo y observacional mediante la recogida de datos anónimos de forma retrospectiva.

La población de estudio seleccionada son las gestantes de recién nacidos con presentación no cefálica pertenecientes al área sanitaria de nuestro hospital, que acudieron a la consulta desde Diciembre del 2013 a septiembre de 2015 y accedieron a realizarse una VE

Se han excluido del estudio aquellas gestantes que rechazaron la realización de dicho procedimiento, a las que se le produjo una versión cefálica espontánea y aquellas que ingresaron en trabajo de parto, con la consecuente cesárea urgente

Se realizaron las VE mediante el protocolo de nuestra Unidad.

Del total de 81 mujeres que accedieron a realizarse la versión, 10 de ellas revocaron el consentimiento antes de la segunda visita (12%) y al resto se le practicó la técnica.

Como resultados a destacar, aproximadamente el 70% (69.01 %) de las 71 VE que se realizaron en el plazo de tiempo comentado se consiguieron, es decir, en 49 gestantes se consiguió cambiar la presentación podálica a cefálica; en las 22 gestantes restantes, no se pudo lograr

Se aconseja la realización de la VE y proponemos que la práctica clínica y cuidados estén siempre basados en la última evidencia científica y en un proceso de mejora continua, pudiendo así corroborar la eficacia de técnicas como ésta y conseguir aumentar la calidad asistencial por los cuidados de calidad administrados

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 443

TÍTULO: RESULTADOS DEL OBJETIVO ESPECÍFICO 'DEJAR DE HACER' EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA.

AUTORES: GONZÁLEZ MÉNDEZ, MARÍA ISABEL.; MARTÍN CASTAÑO, C.; ALONSO ARAUJO, I.; URBÁN CARMONA, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En un contexto actual de prolongada falta de crecimiento económico y restricciones crecientes en los servicios de salud, se acentúa la necesidad de identificar y reducir el uso de prácticas de cuidados de salud cuyo valor e impacto sea cuestionable.

Además se hace necesario mantener y mejorar la cultura de las Unidades de Gestión Clínica (UGC) de ajuste a la práctica clínica basada en la evidencia y a alternativas coste-beneficiosas.

1. Analizar y sintetizar el material publicado sobre terapia intravenosa con dispositivos no permanentes en pacientes adultos.
2. Detectar las prácticas que habitualmente realizamos en nuestra UGC y que no estén justificadas en base a la evidencia científica en relación a determinados aspectos de la terapia intravenosa, concretamente aspectos relacionados con la duración del catéter y tiempos de reemplazo, y que además puedan tener impacto en eficiencia técnica, económica y mejora de resultados sobre la seguridad del paciente.

El consejo de Dirección de la UGC decide incorporar a su acuerdo de gestión como objetivo "dejar de hacer" lo que no está justificado en base a la evidencia científica en relación a determinados aspectos de la terapia intravenosa.

Se configura un grupo de trabajo conformado por cinco enfermeros que realizan búsqueda de evidencia en diferentes bases de datos. Se selecciona por la calidad de la evidencia La Guía de terapia intravenosa con dispositivos no permanentes en adultos de publicación reciente. Tras lectura detallada, se comparan las recomendaciones de la Guía con la práctica de la Unidad. Se detectan un área de mejora clara que puede ser incorporada en nuestra asistencia diaria. Se trata de los tiempos de reemplazo de sistemas y llaves de tres pasos para prevenir la aparición de complicaciones. En nuestra UGC lo hacemos cada 72 horas. La Guía recomienda que se realice cada 4-7 días. Se decide cambiar los sistemas cada 96 horas. Se difunde a todos los profesionales para su implantación.

Se realiza auditoría de los pacientes ingresados desde el 30 de Mayo al 29 de Junio de 2015 para comprobar si los cambios de sistemas y llaves se realizaban cada 96 horas. Se incluyen un total de 239 pacientes. De ellos, 168 corresponden a la UCI de Hospital General y 71 a la UCI del Hospital de Traumatología. Esta auditoría se ha llevado a cabo por 6 enfermeras y se han seguido a los pacientes hasta el momento de su alta o fallecimiento. El grado de cumplimentación fue del 100%.

La inclusión de este objetivo ha permitido a la UGC una disminución del gasto en capítulo de material de infusión de 58.000 euros.

A menudo trabajamos con esquemas mentales fijos en los que el establecimiento de etiquetas nos facilita la comprensión de la realidad. Esto nos permite manejarnos en los entornos complejos, simplificando los conceptos, pero en la mayoría de los casos nos impide ver las oportunidades.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 444

TÍTULO: UNIDAD DE GESTIÓN CENTRALIZADA DE LISTA DE ESPERA DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD. 10 AÑOS DE EXPERIENCIA

AUTORES: NÚÑEZ DÍAZ, SALVADOR.; ROBAINA RODRIGUEZ, B.; MAHTANI MAHTANI, V.; ESPINILLA YAGÜE, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Unidad Centralizada de Gestión de Listas de Espera (ULE) comenzó su andadura en 2006. Sus procesos clave sobre LE son: el seguimiento, evaluación y análisis en los centros públicos; la información personalizada a las personas; y la promoción de actuaciones.

La ULE tiene como misión el control y evaluación de los esfuerzos que en materia de reducción de LE llevan a cabo los hospitales a través de un registro centralizado del paciente, manteniendo siempre al mismo como eje central del proceso, ofreciéndole atención personalizada cuyo contenido está siempre vinculado con información y servicios relacionados con su situación en las LE.

Para la consecución de los objetivos planteados, en 2007 se desarrolló una aplicación informática y la puesta en marcha un Servicio de Información Personalizada al que tienen acceso todos los ciudadanos. Este desarrollo fue merecedor del Premio Nacional a la Calidad en el SNS 2007. Este sistema se ha actualizado de forma progresiva siendo el nuevo reto, 10 años después, la implementación en 2016 de un proyecto de integración de tres grandes sistemas de información: DRAGO (Historia Clínica Electrónica), SICH (Sistema de información de Centros Concertados) y ULE (programa informativo de gestión de LE). También en este año se contará con un nuevo sistema de call-center que sin duda representa un salto cualitativo en la gestión de la atención personalizada. Este sistema, vinculado al programa de CALIDAD DE LA ESPERA se cumplimenta con un proceso estructurado de formación continua del personal del servicio así como de mecanismos de comunicación interna y participación del equipo en la mayor eficacia.

En este periodo de tiempo se realizaron 106.523 gestiones telefónicas. Además se tramitaron 3.072 derivaciones a centros concertados y 3.082 reclamaciones o sugerencias. Otras gestiones fueron realizadas por carta, email y también mediante el acceso por certificado digital. Como resultado de la actividad descrita surgen proyectos que pueden ser considerados como resultados en sí mismos, como son DCE (Dar Calidad a la Espera), donde atención primaria tiene un papel primordial consistente en la detección de alertas entre los pacientes en espera y otro consistente en desarrollar una priorización estructurada y objetiva que contemple el aspecto biopsicosocial de los pacientes. Las ideas innovadoras para mejorar los sistemas integrados de información, descritas en esta comunicación, aporta valor añadido a la gestión de LE. Tiene especial relevancia la información a los pacientes, ya que sus expectativas se pueden modular con una información de calidad. Al recibir un trato personalizado estará mejor preparado para valorar positivamente los aspectos adversos de la misma, como puede ser la espera. Las mejoras llevadas a cabo por la ULE en estos 10 años basadas en la información personalizada, cuida la calidad de relación entre los servicios sanitarios y los pacientes, dentro del contexto de la humanización de los mismos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 445

TÍTULO: ELABORACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PLAN DE EFICIENCIA EN UNIDAD DE NEFROLOGÍA

AUTORES: LOPEZ ANDREU, MARIA.; CASTRO RUIZ, MJ.; NAVARRO CABELLO, MD.; CRESPO MONTERO, R.; SÁNCHEZ LEÓN, I.; ALJAMA GARCÍA, P.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Introducción: Dentro del desarrollo del modelo de Gestión Clínica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y en la situación económica y social actual tanto en nuestra Comunidad Autónoma como en nuestro Sistema Sanitario Público, se han implementado el desarrollo de herramientas de gestión y se ha incentivado a las Unidades Clínicas en la Elaboración de Planes de medidas de Eficiencia de los Capítulos de gasto II y IV , así como la evaluación de los resultados conseguidos.

Objetivo: Mostrar las herramientas, análisis de datos y objetivos incluidos en el Plan de Eficiencia elaborado en la Unidad de Gestión Clínica de Nefrología. Presentación de los resultados obtenidos y la evaluación de la consecución de los objetivos propuestos.

Métodología de la Elaboración: Análisis de los resultados asistenciales, gastos y resultados de la Unidad, con identificación de las áreas de mejora y posibles medidas de ahorro y eficiencia. Elaboración y propuesta de medidas a incluir en el plan de eficiencia, identificando los recursos necesarios para la implantación así como las herramientas para evaluar el ahorro obtenido con cada una de las medidas a implantar. Difusión de las medidas a incluir en el plan de eficiencia, así como elaboración de un cronograma de evaluación y cuadro de mandos, para el seguimiento de los objetivos.

En la Unidad de Nefrología en 2014 se incluyeron 4 medidas para el desarrollo del Plan de Eficiencia: 1) Cambio de dializadores alta permeabilidad por baja permeabilidad; 2) inclusión de 12 pacientes en programa renal sustitutivo mediante diálisis peritoneal, 3) incremento del número de trasplantes renales (trasplante de 12 pacientes al año con donantes criterios expandidos, implantación de 4 injertos renales de donantes en asistolia e implantación de 4 injertos renales de donante vivo), 4) Mantener el Gasto en Transporte Sanitario (Taxi).

Resultados: A lo largo de 2015 se ha realizado un seguimiento mensual conjunto con la Subdirección Económica del Hospital lográndose al final del periodo de evaluación (Enero-Diciembre de 2015), la consecución de los objetivos de ahorro y eficiencia de tres de las medidas de ahorro propuestas (2,3 y 4). En la medida numero 1 se ha logrado un incremento muy significativo de los dializadores de baja permeabilidad, sin alcanzar el porcentaje de cambio propuesto.

En conclusión la implementación de los Planes de Eficiencia individualizado en cada una de las Unidades, es una herramienta, que aplicada de forma racional, puede contribuir de -

forma significativo a la consecución de los objetivos económicos del Servicio Andaluz de Salud (SAS). Asimismo puede lograr un mayor compromiso de los profesionales en la toma de decisiones, no sólo clínicas, sino también de optimización de recursos, fomentando una cultura de corresponsabilidad en el control del gasto sanitario.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 446

TÍTULO: ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS MEDIANTE APLICACIÓN DE UN ESCALA PRONÓSTICA PROPIA

AUTORES: DÍAZ GÓMEZ, DANIEL.; CABALLERO GARCIA, FJ.; REYES NÚÑEZ, N.; MÁRQUEZ FERNÁNDEZ, J.; HERRERA MARTÍN, E.; CÁCERES FÁBREGA, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Comisión de mortalidad tiene como objetivo evaluar los procesos clínicos de los pacientes fallecidos durante su ingreso, para la detección y seguimiento de los casos de mortalidad potencialmente evitable como herramienta de mejora de la calidad asistencial.

El análisis de las circunstancias asociadas a cada fallecimiento en el área de urgencias permite identificar casos en los que la asistencia clínica sea susceptible de ser optimizada, de modo que cada evento aislado es tomado como indicador de un fenómeno adverso que una vez analizado se puede corregir y evitar su reproducción futura.

Se conocen varios modelos predictivos del riesgo de mortalidad de los pacientes, sustentados en el análisis de las circunstancias clínicas intercurrentes (Charlson, Elixhauser, MPMHos-0) o de los parámetros fisiológicos (APACHE II, SAPS, NEWS), de difícil aplicación a los pacientes que acuden a las urgencias, pues predicen el riesgo de muerte a largo plazo (lo que resulta inútil para estos casos) o identifican indicadores para adecuar la respuesta asistencial a la gravedad. Por esto hemos desarrollado una escala pronóstica propia que recoge datos tanto de los antecedentes personales y patológicos de cada paciente, de la enfermedad que le trae a urgencias y de parámetros fisiológicos y analíticos que presentan a su llegada, estableciendo con ellos un sistema de puntuación que permita identificar los fallecimientos potencialmente evitables.

Se han analizado los fallecimientos en nuestro área de urgencias hospitalarias entre los años 2013 y 2015 (438 Pacientes). Se estableció 3 como puntuación "de corte" para considerar un fallecimiento como esperable o no, en base a que fue la puntuación que se le adjudicó a las circunstancias de "enfermedad actual" que se consideraron justificativas por sí mismas de fallecimiento. Mediante este sistema fueron identificados 25 pacientes (5,70% de los casos), cuyos historiales fueron analizados durante las reuniones de la comisión, con el fin de identificar las áreas de mejora. Éstas se detectaron en todos ellos, con la consiguiente puesta en marcha de las medidas correctoras oportunas.

Así, el análisis exhaustivo de los casos de mortalidad permite identificar oportunidades para implementar la calidad asistencial. La identificación de estos casos en el área de urgencias hospitalarias resulta compleja por la ausencia de escalas apropiadas, por lo que la aplicación de un score que integre el análisis de los datos de la enfermedad actual, los antecedentes y los parámetros analíticos y fisiológicos permite identificar casos no esperables y sus potenciales oportunidades.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 447

TÍTULO: EVALUACIÓN Y MEJORA DEL RELEVO DE ENFERMERÍA EN LA UCI PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA

AUTORES: IMBERNÓN GARCÍA, MARIA ISABEL.; ROBLES MADRID, FJ.; NAVARRO MICOL, V.; ROGEL RODRÍGUEZ, R.; PEÑALVER MANZANO, A.; LÓPEZ IBAÑEZ, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Dada la importancia del conocimiento de la situación del paciente, por parte del personal de enfermería, antes del inicio del turno de trabajo, creemos necesario la creación de un ciclo de mejora para detectar los posibles problemas e intentar solventarlos.

Mejorar en el conocimiento de la situación de los niños ingresados.

Realizar un reparto equitativo de los pacientes en función de las particularidades de cada uno de ellos.

La dimensión estudiada: calidad científico-técnica. Tipo de datos: de proceso. Receptores del servicio: pacientes ingresados en la UCI pediátrica de la Arrixaca. Proveedores: personal de enfermería de la unidad. Proceso evaluado: transmisión de información sobre la situación clínica de los pacientes. Para la obtención de los datos sobre el cumplimiento de los criterios utilizamos la observación directa y los registros en el programa informático (ICIP). Marco muestral: 60 relevos de enfermería en el turno de mañana de lunes a viernes desde el 1 de febrero de 2016. Método de muestreo por conveniencia hasta completar las 60 evaluaciones. Tipos de evaluación: Iniciativa interna, y concurrente. En relación a las personas responsables de extraer los datos es interna.

Problema detectado: Se observa una falta de conocimiento por parte del personal de enfermería respecto a los pacientes ingresados en la unidad al inicio del turno.

Análisis efectuado: Se realiza un diagrama de Ishikawa y detectamos cuatro causas principales y sus subclases. Como criterios hemos valorado cinco: 1. El personal de enfermería del mismo turno debe conocer la situación del paciente ingresado: ubicación, edad y motivo de ingreso de todos los niños ingresados. 2. Todo el personal de enfermería debe conocer si los niños precisan drogas vasoactivas: Adrenalina, Noradrenalina, Dopamina, Dobutamina o Milrinona. 3. El personal de enfermería deberá conocer la situación respiratoria del paciente: Intubado, Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI), Alto Flujo, Gafas Nasales o no precisa asistencia respiratoria. 4. El personal de enfermería conocerá los dispositivos que porta el niño tales como sondas, drenajes y vías venosas. 5. Todo el personal de enfermería, incluidos auxiliares, se reunirá para la sesión.

CONCLUSIONES: Por el momento estamos en la primera etapa de recogida de datos. En el mes de junio llevaríamos a cabo las medidas correctoras para que todo el personal de plantilla las conozca y posteriormente pasaríamos a evaluar otros 60 casos para obtener los resultados de la mejora.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 448

TÍTULO: REGISTROS ELECTRÓNICOS DE ENFERMERÍA Y PRECAUCIONES DE CONTACTO ANTE INFECCIONES POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES

AUTORES: ÁLVAREZ GARCÍA, M^a PAZ.; VALLE MADRAZO, T.; GÓMEZ-ULLATE RASINES, S.; WALLMANN, R.; VALCUENDE MANTILLA, O.; VELASCO ELECHIGUERRA, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los microorganismos multirresistentes (MMR) son un problema creciente de Salud Pública. Para evitar la diseminación, es fundamental aplicar las medidas de precaución de contacto, y conocer el mapa de la distribución de estos microorganismos en el centro sanitario. Las tecnologías de la información aplicadas a la sanidad permiten incluir alertas en la historia clínica del paciente, acortando los tiempos de información a los profesionales, así como registrar y realizar el seguimiento de las precauciones de aislamiento aplicadas.

Describir el mapa de localización de las precauciones de contacto aplicadas en las unidades de enfermería de un Servicio Autónomo de Salud, utilizando datos recogidos de la estación clínica de enfermería.

Relacionar la distribución de las precauciones de contacto con las infecciones por microorganismos multirresistentes en los distintos centros.

Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. El periodo de estudio incluyó desde Enero de 2015 hasta Mayo de 2016, obteniéndose 74.326 episodios de ingreso. Los datos se obtuvieron de la herramienta de Business Intelligence Qlikview (R), que obtiene datos de la estación clínica de enfermería utilizada en todos los hospitales de la Comunidad Autónoma. Los criterios de inclusión han sido: episodios de ingreso en cualquiera de los hospitales del Servicio Público de Salud, que tengan registradas precauciones de contacto o mixtas: contacto y respiratorio por gotas, contacto y respiratorio por aislamiento. Criterios de exclusión: aislamientos protectores y aislamientos exclusivamente respiratorios.

Se encontraron 1.998 episodios de aislamientos de contacto o mixtos, lo que supone un 2,72% del total de ingresos, y un 75,51% de los episodios totales de aislamiento. El predominio fue ligeramente mayor en hombres (55,25%), que en mujeres (44,75%). La incidencia fue mayor en los meses de Enero-Marzo. Las unidades con mayor número de aislamientos de contacto fueron Medicina Interna, y algunas unidades de hospitalización quirúrgica. También se encontraron diferencias en Neumología y Pediatría, probablemente relacionadas con la estacionalidad de patologías respiratorias que requieren precauciones de contacto.

El registro de los aislamientos en la estación clínica de enfermería, puede ser un indicador indirecto de la distribución de colonización/infección por MMR en los centros sanitarios. Para una medición directa, que permita una visión global más exacta, sería necesario un engranaje del aplicativo de enfermería con el sistema de alertas de MMR en la Historia Clínica Electrónica.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 451

TÍTULO: PROTECCIÓN DE DATOS EN LA PRÁCTICA DE LA PSICOLOGÍA

AUTORES: TEJEDOR BENÍTEZ, ROCÍO.; JIMBER DEL RÍO, M.; TEJEDOR BENÍTEZ, A.; PORTILLO MORILLAS, J.; LORENZO FERNÁNDEZ, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En una sociedad que demanda una comunicación ágil, a través de diversos medios de soporte, la protección de los datos e información de carácter personal es un indicador de calidad y un tema de especial importancia en la Psicología. Así, es necesario contemplar los posibles modos en que se pueden ver vulnerados los derechos de los ciudadanos, en la propia práctica profesional y en la relación con otros profesionales de la salud, en el ámbito paciente-cliente.

Identificar con precisión que aspectos de los contenidos en el Código Deontológico del Psicólogo (CDP) lo están también en las normas legales que regulan los derechos de los ciudadanos en materia de protección de datos e información de carácter personal.

Se analizó el Título V. Obtención y uso de la Información, del CDP (versión modificada de 2014) y su correspondencia con las nuevas propuestas del Reglamento general de protección de datos del Parlamento Europeo (RPE) y la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Los grandes aspectos relacionados con la protección de los datos e información de carácter personal y a los que se hace alusión tanto en el CDP, como en la LOPD y RPE están contenidos en 5 grandes apartados: respeto a la intimidad, secreto profesional, colaboración interprofesional, seguridad de la información y menores.

- En el CDP están tratados en 11 artículos del mismo.

- En la LOPD en 10.

- En el RPE en 9.

En el poster se presentarán y compararán con detalle en una tabla.

CONCLUSIONES

Se observan algunas novedades en el nuevo texto presentado a nivel europeo que no están recogidas en el CDP. Las que parecen tener mayor impacto en la práctica del psicólogo son las referentes a:

− Nuevos derechos de los ciudadanos sobre sus datos, como el derecho al olvido.

− La obligación a determinadas instituciones de realizar Análisis de Riesgos y Evaluaciones de Impacto para determinar el cumplimiento normativo.

− Los nuevos principios en relación a las obligaciones de información (transparencia y minimización).

En lo que se refiere a otros aspectos que pueden aparecer en la práctica del Psicólogo, como la transferencia internacional de datos y la demanda de información por agentes implicados en el entorno cercano del ciudadano (asociaciones, familiares, etc.), la protección de los derechos de éste queda tratada de manera más amplia tanto en el RPE como en la LOPD.

El análisis de estos documentos pone en relieve la necesidad de una formación específica por parte de los profesionales de la psicología en el uso de la información, para abordar la diversa casuística que se deriva de la práctica.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 454

TÍTULO: PROGRAMA DE ERRADICACIÓN DE ACINETOBACTER BAUMANNII MULTIRRESISTENTE.

AUTORES: GONZÁLEZ MÉNDEZ, M^a ISABEL.; ALONSO ARAUJO, I.; MARTÍN CASTAÑO, C.; URBÁN CARMONA, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Desde hacía más de 20 años nuestro hospital y nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) padecían una epidemia de infecciones por *Acinetobacter baumannii* que se había convertido con el paso del tiempo en la mayor de Andalucía y también del país, y a la par este patógeno nosocomial había pasado a ser sensible solo a colistina.

El 23 de octubre de 2012, hace ahora 3 años y medio, el Servicio de Microbiología informó del aislamiento en una muestra clínica de un paciente ingresado en la Unidad B de la UCI de adultos de una cepa de *A. baumannii* RESISTENTE TAMBIÉN A COLISTINA.

Disminuir la incidencia de colonización/infección por *A. baumannii* en la UCI de adultos de nuestro hospital.

El día en que se detectó la cepa resistente a colistina pusimos en marcha el programa de erradicación que está basado en cuatro medidas fundamentales:

1. La higiene de manos
2. El aislamiento de contacto y la identificación precoz de los mismos mediante la realización de cultivos de vigilancia semanales.
3. La limpieza ambiental y del equipamiento médico
4. El uso de antibióticos

Para asegurar el cumplimiento de estas medidas acordamos la monitorización periódica del cumplimiento de las mismas.

Se realizaron observaciones directas de lavado de manos en los profesionales de la unidad, y al inicio del programa, la calidad de la higiene de manos era deficiente, por debajo del 50% en las dos unidades que conforman la UCI.

El cumplimiento de las medidas de aislamiento de contacto también era muy deficiente, en particular la disponibilidad del equipo de protección individual, la higiene del paciente

y la política de visitas.

Para conocer el nivel de contaminación ambiental, el mismo día del inicio del programa, realizamos toma de muestras de la unidad B. En total tomamos 37 muestras ambientales: cortinas, barandillas de la cama, mesitas y mobiliarios de la habitación. Catorce fueron positivas para *A. baumannii* MDR. Por lo que la contaminación ambiental de la unidad por *A. baumannii* era del 38%, muy elevada.

El consumo de antibióticos al inicio del programa era elevado de más de 160 DDD por 100 estancias, y el perfil del consumo era muy inquietante porque el consumo de antibióticos de la última frontera como meropenem, linezolid y colistina era muy alto, y la duración media de los tratamientos específicamente con colistina y meropenem elevada.

Tras dos años de trabajo:

La higiene de manos mejoró notablemente pasando del suspenso inicial al notable alto actual.

El cumplimiento de las medidas de contacto ha pasado del 0% inicial al 100% actual.

El cumplimiento de la limpieza ambiental actual es excelente, con porcentajes por encima del 90% de forma sostenida.

La calidad de la prescripción del tratamiento antimicrobiano mejoró rápidamente tras el inicio del programa, y como consecuencia se ha reducido la presión antibiótica en el hospital en un 31%.

El resultado no fue inmediata. Tras 103 semanas de trabajo, se consiguió 10 semanas consecutivas sin ningún nuevo caso.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 456

TÍTULO: ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES CRÍTICOS REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

AUTORES: GONZÁLEZ MÉNDEZ, M^a ISABEL.; GUIADO SÁNCHEZ, S.; BUENO GONZÁLEZ, I.; MARTÍN CASTAÑO, C.; ALONSO ARAUJO, I.; URBÁN CARMONA, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El transporte intrahospitalario del paciente crítico es una actividad compleja y debe asegurar, a quien es transportado, la preservación de las condiciones clínicas durante el trayecto hacia el lugar donde se va a llevar a cabo el procedimiento o la prueba diagnóstica. Es importante diseñar y aplicar herramientas para detectar fallos en la seguridad y mejorar la calidad asistencial.

El objeto principal de la revisión bibliográfica ha sido: Analizar y sintetizar el material publicado en relación a la ocurrencia de eventos adversos en el traslado intrahospitalario de pacientes críticos.

Objetivos secundarios:

• Conocer cuál es la incidencia de eventos adversos durante el traslado intrahospitalario y su distribución por frecuencia.
• Identificar medidas preventivas, protocolos, mapas de riesgo, sistemas de notificación implantados con la finalidad de minimizar o evitar el evento adverso en el traslado intrahospitalario del paciente crítico.

Se realizó una revisión de la bibliografía entre los meses de Febrero a Abril de 2016, analizando estudios secundarios, estudios observacionales, de cohorte y casos controles. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda han sido: eventos adversos, traslado intrahospitalario, paciente crítico y cuidados de enfermería.

Se realizan búsquedas en las siguientes bases de datos : De lengua hispana: CUIDEN PLUS, DIALNET y LILACS y de lengua inglesa: PUBMED, SCOPUS, CINAHL y WOK. Se obtienen 159 publicaciones. Se excluyen aquellas que se encuentran repetidas. Se procede a la lectura de los títulos. Se obtienen un total de 59 publicaciones para la lectura de resúmenes. De estas 59 publicaciones, 43 son excluidas por contemplar eventos adversos ocurridos en el transporte interhospitalario que no son motivo de este estudio. Se seleccionan 16 artículos..

El transporte intrahospitalario de pacientes críticos conlleva consigo la ocurrencia de eventos adversos. Estos eventos se clasifican en: eventos adversos menores o leves y eventos adversos mayores o graves, que ponen en riesgo la vida del paciente y requieren una intervención terapéutica inmediata.

La incidencia específica de EAs que tienen repercusión en el paciente, provocando un deterioro clínico, varía desde un 6,6% a un 75%.

En cuanto a los EA graves que requirieron una intervención terapéutica, se comprueba un rango que puede variar desde un 1,7% a un 9,4%.

Entre las medidas preventivas más efectivas para minimizar el porcentaje de eventos adversos durante el TIH de los pacientes en estado crítico se encuentra el uso de una lista de verificación.

La utilización de un equipo especializado de transporte reduce notablemente la producción de EA, disminuye el uso de recursos y aumenta el nivel de satisfacción de enfermería.

Es importante conocer los marcadores de riesgo antes de realizar el traslado, ya que permite calcular el nivel de riesgo y anticipar las necesidades de cuidados que puede requerir el paciente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 457

TÍTULO: PORTAL FARMACIA. ADECUACIÓN DE LAS INDICACIONES DE ABSORBENTES A PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

AUTORES: RUIZ GUTIERREZ, DAVID.; PLATA ILLESCAS, A.; CALVO REAL, T.; SILVA MORENO, J.; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, MA.; DEL ROSAL GONZÁLEZ, A.J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La revisión y adecuación centralizada de los pacientes institucionalizados en residencias se presenta como una necesidad en el abordaje eficiente en el uso de este producto sanitario.

El portal de Farmacia a través de su módulo de revisiones, se perfila como una herramienta para el seguimiento y adecuación de la indicación de absorbentes de incontinencia urinaria y de la valoración individualizada de pacientes institucionalizados bajo los mismos criterios.

Fomentar la eficiencia en el uso de los productos sanitarios y reducir la variabilidad en el abordaje terapéutico de la incontinencia urinaria entre los profesionales del Área Gestión Sanitaria Sur de Córdoba.

- Proporcionar información para la toma de decisiones
- Establecer objetivos de mejora
- Construir una herramienta de ayuda para la implementación de recomendaciones de guías de práctica clínica

Identificación de los pacientes institucionalizados con indicación de incontinencia urinaria

Formación en el manejo de la herramienta, actualización de las últimas evidencias y dotación de recursos para la ayuda en la toma de decisiones

Revisión de pacientes diana por parte del enfermero, evaluación y justificación sobre la supresión o modificación de la indicación.

Seguimiento y evaluación de las revisiones por parte del Farmacéutico de Atención Primaria y análisis de resultados.

Se identificaron 963 pacientes institucionalizados que hacían uso de AIU, de los cuales se revisaron individualmente, siguiendo los protocolos de revisión, 559 pacientes (58,04%).

Conclusión

Mediante esta herramienta hemos conseguido identificar a todos los pacientes institucionalizados, evaluarlos individualmente adecuando la indicación a sus necesidades de manera consensuada.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 458

TÍTULO: MONITORIZACION CONTINUA DE EVALUACION DE PROCESOS Y OTROS RESULTADOS

AUTORES: DELGADO ALES, JAVIER.; PAREJA CAMPOS, S.; HERNANDEZ PEREZ-LANZAC, C.; MATA RUIZ, G.; PALOMEQUE CABRA, E.; GARCIA CONTRERAS, MA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En nuestro centro hemos desarrollado un proceso de monitorización continua de auditorías de historias clínicas, con el fin de recabar información de la atención prestada y la calidad de la misma mediante la evaluación de indicadores de proceso que permite rectificar desviaciones e implantar mejoras.

Obtener información para el seguimiento de los resultados de los indicadores incluidos en el Contrato Programa y en los Acuerdos de Gestión y de la calidad de implantación de los Procesos Asistenciales.

1. Se seleccionaron los procesos e indicadores a incluir en el sistema de auditoría con monitorización continua de los procesos del área.
2. La población a estudio fueron los pacientes incluidos en procesos crónicos en atención primaria y pacientes cuyo diagnóstico principal o procedimientos quirúrgicos coincidían con las patologías incluidas en los procesos seleccionados en el estudio. En algunos casos se auditó la población total y para otros con un amplio número de casos se seleccionó una muestra aleatoria simple con arranque aleatorio. El tamaño muestral se estimó para un nivel de confianza del 90% y una precisión +/- 10%. Las fuentes de datos han sido la historia clínica y sistemas de información corporativos.
4. La recogida de datos se estableció en base de datos de elaboración propia. El análisis de la información se realizará por medios semi-automatizados, a través de la aplicación excel y tablas de probabilidades de la binomial elaboradas para este trabajo.
5. Por último, se presentan los resultados y se difunden con propuestas de mejora.

Durante el año 2015 se auditaron un total de 1580 historias clínicas de Atención Primaria y 2364 historias de pacientes ingresados en el hospital de un total de 18 procesos. Se han realizado emitido informes con carácter cuatrimestral y anual, y se han difundido a las unidades de gestión clínica a través de grupos de proceso, jornadas e intranet.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 459

TÍTULO: FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL APRENDIZAJE DE AUTOCUIDADOS EN PACIENTES OSTOMIZADOS

AUTORES: SEGURA RUIZ, ROCIO.; VILLEGAS GARRIDO, C.; ROLDAN GÓMEZ, MC.; MELLADO GRACIA, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las ostomías constituyen procedimientos estándar en la práctica de la cirugía, con gran repercusión sobre los pacientes y familiares por los inconvenientes económicos, sociales, laborales y efectos psicológicos que producen. Puede tener un impacto negativo sobre la calidad de vida del paciente.

Describir los factores que intervienen en el aprendizaje precoz del manejo del estoma en pacientes ostomizados.

Estudio descriptivo, transversal y prospectivo entre Enero y Abril de 2016.

Criterios de inclusión:

- Realización de ostomía intervenidos por el servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.
- Edad > 18 y < 80 años.

Criterio de exclusión:

- Pacientes fallecidos.
- Pacientes que tardaron más de 90 días en cambiarse la bolsa con ayuda o solos.

Se constituyó una muestra de 24 individuos.

Las variables se recogieron cuando los pacientes acudieron a la consulta de la estomaterapeuta.

1. Variables de desenlace primarias
 - Días que tardó en mirarse la ostomía
 - Días que tardó en cambiarse la bolsa con ayuda.
 - Días que tardó en cambiarse la bolsa sólo/a.
2. Variables secundarias:
 - Sexo.
 - Fecha de nacimiento.
 - Nivel de estudios
 - Fecha de la intervención
 - Fecha de intervención
 - Causa de la ostomía
 - Vive en pareja
 - Tiene hijos
 - Vive con los hijos

Análisis descriptivo básico de los resultados, con el programa SPSS.

De todas la variables analizadas, solo se encontraron diferencias significativas en la relación entre el sexo y cambiarse la bolsa sólo. El 100% de las mujeres se cambian la bolsa solas frente al 53,3% de los hombres que lo hacen solos.

Conclusiones

Estos resultados nos ayudan a orientar la educación sanitaria haciendo más hincapié en los colectivos más reacios a los autocuidados del estoma.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 460

TÍTULO: SISTEMA DE ORIENTACIÓN ESPACIAL EN EL INTERIOR DE UN HOSPITAL: PROTOTIPO QR-INFO

AUTORES: DIAZ EXPÓSITO, FRANCISCO JOSÉ.; ROSAL CASTRO, JL.; RUIZ GUTIERREZ, D.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Un hospital, debe asegurar a la población una clara y rápida comunicación para que pueda satisfacer su necesidad de atención. Esta señalización ocupa un lugar especial por su complejidad, porque estos edificios poseen estructuras complicadas para quien los desconoce, porque la ciudadanía usuaria de los mismos suele padecer un proceso de enfermedad, y porque las actividades que allí se realizan requieren de circuitos fluidos que garanticen el orden, el tránsito ágil y seguridad y calidad en la atención. Por la particularidad de los visitantes y de las tareas que allí se realizan, la mejora en la información y en la señalización se convierte en línea estratégica de la organización, al elevar el grado de accesibilidad de la población que es atendida. Para ello se decide desarrollar un proyecto piloto con el fin de ensayar y estudiar la viabilidad de la puesta en marcha de un sistema de refuerzo de los sistemas de información y señalización del hospital, para mejorar la orientación espacial dentro del edificio.

Obtener información sobre el impacto del proyecto en el centro sanitario, viendo cómo reaccionan las personas afectadas y cómo impacta sobre otros procesos. Detectar áreas susceptibles de mejora para su corrección y ajuste de las siguientes fases de desarrollo, y poner a prueba el sistema definido.

Para el desarrollo de este pilotaje se seleccionó un equipo de profesionales expertos, que aportaron conocimiento y habilidades para hacer las tareas del proyecto de la manera más eficiente posible. El equipo abordó el trabajo desde dos perspectivas, una técnica y otra en el campo de la participación ciudadana. Para la primera decidió usar tecnología de códigos QR, conectando de forma directa al usuario/a con un servicio web dedicado a través de su dispositivo móvil. Se establecieron los estándares y requisitos técnicos mínimos necesarios, y se consensuó el escenario de orientación espacial. En cuanto a la participación ciudadana se realizó una experiencia de acompañamiento en el recinto pilotado y registro de las mejoras percibidas.

El proyecto se conforma como una solución intuitiva, de fácil manejo y adaptada a distintos perfiles de usuarios, incluidas personas con discapacidad, que permite guiarlos hasta el servicio/destino solicitado, aumentando la accesibilidad, mediante la incorporación de información visual y audio-descrita. La metodología empleada ha permitido obtener información sobre la capacidad del hospital para abordar el proyecto y determinar el alcance del mismo. Los códigos QR son de código abierto y con licencia libre. El añadirlos a los materiales impresos supone un coste asumible y pueden ser analizados por los lectores de forma gratuita en todos los teléfonos Smartphones de hoy en día. En la actualidad, una vez analizada la información obtenida, el equipo de trabajo designado, se encuentra diseñando el despliegue del proyecto con un mayor alcance, ampliando el escenario y las medidas a tomar para poder ejecutarlo con éxito.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 461

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE LA TAXONOMÍA ENFERMERA. UN ANTES Y UN DESPUÉS EN LOS INFORMES DE CUIDADOS.

AUTORES: MARTÍNEZ PIEDROLA, MAGDALENA.; GUADARRAMA ORTEGA, D.; ACEVEDO GARCÍA, M.; DELGADO SÁNCHEZ, P.; NOGUERA QUIJADA, C.; CAMACHO PASTOR, JL.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El proceso enfermero describe cómo las enfermeras organizan el cuidado de personas, familias, grupos y comunidades. Los diagnósticos de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) junto a con la clasificación de resultados de enfermería (NOC) y la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), han dotado a los enfermeros de las herramientas necesarias para el desarrollo de su práctica profesional, así como para el registro de su actividad. Tras el RD 1093/2010 de 3 septiembre, el Informe de Cuidados de Enfermería (ICE) debe aportar Diagnósticos Enfermeros NANDA, resultados NOC e intervenciones NIC. Esta terminología está reconocida en sistemas internacionales de clasificación de lenguaje médico. La estandarización y la informatización del lenguaje permiten la comparación de resultados en salud al identificar intervenciones e indicadores de resultados, además, hacen posible la investigación generando así evidencia científica

En el hospital optamos por elaborar planes de cuidados individualizados, derivados de la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon.

Describir el proceso de implantación del lenguaje enfermero normalizado en la historia clínica electrónica (HCE) en un hospital de agudos.

Comparar los resultados de emisión de ICE antes y después de la implementación.

Período: 2014-2016

Creación de grupos de trabajo: expertos referentes en taxonomía, subdirección de enfermería, supervisión de calidad y formación, enfermeros asistenciales y supervisores.

Utilización de base de datos de taxonomía, Sistema de indicadores de cuidados de enfermería de la HCE y creación del catálogo propio de diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeros.

Se diseñó un cronograma estructurado de implantación y se organizaron 7 actividades formativas previas.

Se han realizado: 2 auditorías de HC, monitorización de indicadores, reuniones con los supervisores y la subdirección de enfermería para detectar áreas de mejora y comunicado los resultados en la Comisión de Calidad de Cuidados.

Se observa un incremento en los indicadores de calidad: "Valoración de Enfermería al ingreso" de 90,33% a 93,07% y en "emisión de ICE" de 52,12% a 76,26%.

Hasta un 88,18% de los pacientes tienen un plan de cuidados asignado.

En las unidades quirúrgicas se planifican cuidados en el 94,6% de los pacientes.

Se ha mejorado la comunicación proporcionada a otros niveles asistenciales.

Área de mejora pendiente: las unidades médicas.

Aunque el porcentaje de realización del ICE no llega al 100%, todavía estamos en la fase de curva de aprendizaje. Mientras hay unidades de enfermería que rozan la excelencia en cuanto a la realización de planes de cuidados e ICE, basados en taxonomía enfermera, hay otras unidades en las que esas frecuencias de cumplimentación no llegan al mismo nivel.

La participación activa de todas las enfermeras implicadas, ha contribuido definitivamente en el cambio metodológico y de paradigma de cuidados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 462

TÍTULO: IMPLANTACION DE UNA GUIA DE REGISTRO CLÍNICO ENFERMERO EN ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN GENERAL

AUTORES: ROCA AMATRIA, ESTHER.; FERNANDEZ GUERRERO, A.; LORA SAN JOSÉ, C.; SALMERON RAMÍREZ, A.; CASANOVAS CUELLAR, C.; DIEZ SANCHEZ, B.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La cumplimentación correcta de los registros de enfermería es imprescindible para describir la evolución de los cuidados realizados en el paciente. Constituye una herramienta que contribuye a dar una adecuada calidad sanitaria y a aumentar la seguridad del paciente. Los profesionales deben conocer tanto la adecuada cumplimentación de los mismos como la legislación vigente que afecta tanto a los usuarios como a los profesionales de salud.

En nuestro centro se realizan de manera periódica cortes de prevalencia de la cumplimentación de los registros y los asociamos con indicadores de calidad. Después de realizar uno de estos cortes se detectó un infra registro en la mayoría de los profesionales que no estaban ubicados de manera continuada en las diferentes unidades.

Con el ánimo de mejorar el registro de los cuidados y unificar criterios de cumplimentación nos planteamos diseñar y difundir una guía práctica para todo el personal de enfermería de nuestro centro.

Institucional:

- Unificar los registros para mejorar la calidad asistencial en los profesionales no ubicados de manera continuada en los diferentes servicios.
- Mejora de la calidad asistencial a través de este instrumento.

Del estudio:

- Diseñar una guía de registro clínico dirigida a los profesionales no ubicados de manera continuada en los diferentes servicios.

El diseño de esta guía se realizó en distintas etapas. En una etapa inicial, los supervisores de todos los servicios se reunieron para definir y organizar la información a incluir en la guía. Después de esta primera etapa la primera versión del tríptico fue sujeta a diferentes procesos de revisión para finalmente enviar la versión definitiva al departamento de comunicación e imagen, impresión y difusión.

Resultados

Actualmente estamos en el proceso de difusión de la guía y tenemos previsto hacer un corte de prevalencia el mes de septiembre .

Se repartirán un total de 700 guías entre los profesionales de todos los turnos.

Está prevista la valoración del impacto a través de los indicadores de calidad durante el año 2016.

La experiencia del grupo de trabajo de supervisoras ha sido enriquecedora y creemos que ha mejorado la guía práctica, así como la unificación de los registros en todas las unidades.

Durante la elaboración de este tríptico hemos percibido gran interés por parte tanto de las enfermeras asistenciales que colaboraron en su revisión como del colectivo de auxiliares de enfermería, que nos han solicitado que hagamos una guía específica para ellas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 463

TÍTULO: PROYECTO ASPIRINA. AYUNTAMIENTO AMIGOS DE LA SONRISA AAS

AUTORES: GARCÍA PALMA, ALFONSO.; REYES GILBERT, E.; BEJARANO ÁVILA, GR.; LUQUE ROMERO, LG.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Debido a la crisis económica, muchas familias se encuentran en riesgo social sin poder realizarse tratamientos bucodentales.

El programa Ayuntamientos Amigos de la Sonrisa (AAS), nace desde Atención Primaria (AP), realizando una colaboración entre el ayuntamiento, que financia el tratamiento odontológico, y una Fundación de Odontología Social (FOS), donde se realizan los mismos y está coordinada con una red de asociaciones y entidades de ámbito privado y público.

El odontólogo de AP capta a los pacientes en riesgo social, realizando un informe con su diagnóstico bucodental. Estos pacientes acuden a la FOS para realizarse los tratamientos que no cubre la cartera del Servicio Andaluz de Salud.

La calidad de la vida oral va en relación al nivel de vida de la población. Graves deficiencias del estado bucodental provocan dificultades para la reinserción social.

El programa AAS permite restablecer la salud oral y mejorar la calidad de vida de estas personas para favorecer su inserción laboral.

El objetivo general es determinar la prevalencia y tipo de patología bucodental que presentan los pacientes del proyecto AAS, que acuden a la consulta de odontología de AP.

En los específicos, determinar las necesidades de tratamiento bucodental de este colectivo y valorar la relación entre la patología oral con los hábitos tóxicos.

Estudio descriptivo transversal multicéntrico en AP de pacientes con riesgo social que acuden a los centros de salud de las Zonas Básicas de Salud.

Se realizó un estudio descriptivo y bivariado de las variables. Significación estadística $p < 0,05$. Intervalo de confianza al 95%. SPSS versión 18.

Variables: Dependientes: sarro, periodontitis, caries, tipo de edentulismo, tartrectomía, obturaciones y prótesis removibles. Independientes: sexo, edad, población y tabaco.

Se estudiaron un total de 49 pacientes, 63,35% mujeres. Edad media 47,5 años. La salud oral está afectada en esta población con riesgo social de exclusión, con peor estado bucal en mujeres con significación estadística ($p < 0,05$) en: 72,2% de tártaro, 67,9% de enfermedad periodontal, caries 73,5% y edentulismo parcial de 74,2%; con la consiguiente necesidad de tratamiento odontológico: tartrectomía 73,5%, obturaciones 73,5%, prótesis parcial removable 80% y prótesis completa 83,3%. No hubo asociaciones significativas entre el tabaco y la salud oral.

La población estudiada posee un nivel disminuido de salud oral debido a su situación social con riesgo de exclusión social, paro laboral, violencia de género, influyendo en todo ello la crisis económica sufrida en el país. Las mujeres debido a su función como cuidadoras en su hogar presentan mayor descuido en su aspecto físico que influye en su menor nivel de salud bucodental. De gran importancia es la captación de este grupo de población en AP. El Proyecto AAS permite restablecer la salud bucodental y aumentar la calidad de vida de estas personas en riesgo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 464

TÍTULO: PROCESO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL AGS SUR DE CÓRDOBA: ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y DETECCIÓN DE MEJORAS

AUTORES: RUIZ GUTIÉRREZ, DAVID.; DÍAZ EXPÓSITO, FJ.; DEL ROSAL GONZÁLEZ, AJ.; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, MA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los cuidados paliativos son el tipo de atención sanitaria que se debe prestar al final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de pacientes y sus familias cuando se enfrentan a una enfermedad en situación Terminal y representa un derecho de la persona, que ha de prestarse en todos los niveles. El Plan Andaluz de Cuidados Paliativos y el Proceso de Atención Integral de Cuidados Paliativos definen los diferentes recursos asistenciales. En su desarrollo, el equipo de soporte de Cuidados Paliativos del Sur de Córdoba valoró la necesidad de coordinar la atención con los distintos servicios del Hospital Infanta Margarita y el Distrito Sanitario sur de Córdoba, plasmando en un documento la adaptación del Proceso a la realidad de este contexto organizativo. Con la Orden de 13 de febrero de 2014, se constituye el Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba, integrando las estructuras organizativas del Hospital Infanta Margarita y del Distrito Córdoba Sur. Inmersos en esta nueva realidad se hace necesario analizar la situación actual y articular los mecanismos necesarios para la detección de mejoras que permitan alcanzar mayores cotas de calidad en la atención que se presta.

General: Evaluar si el modelo actual de atención a los pacientes con necesidad de Cuidados Paliativos en nuestro Área se ajusta a sus necesidades.

Específicos:

Presentar la valoración que los profesionales de referencia de Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Equipos de soporte, DCCU-AP y de los SCCU-H, realizan sobre la adaptación del PAI CP puesto en marcha en el AGS Sur de Córdoba.

Detectar situaciones de mejora e incorporarlas al documento adaptado.

Se optó por el uso de técnicas cualitativas combinadas.

Se establece una metodología en 4 fases

1ª FASE – IDENTIFICAR (simposio, debate, grupos de discusión)

2ª FASE – DIAGNÓSTICAR (DAFO)

3ª FASE – PROPONER (Análisis PREN)

4ª FASE – COMPARTIR (recopilar y compartir)

Asistieron al plenario un total de 42 profesionales, de los que 38 participaron en los 4 grupos de discusión en que se desagregó el plenario. Se valoran como fortalezas la propia existencia del modelo adaptado del Proceso para el área, la visión de trabajo integral dirigido hacia el paciente y la familia, así como el soporte puesto en marcha.

Las debilidades se centran en la falta de coordinación entre los distintos agentes participantes, lo que conlleva a formas diferentes de actuación, por desconocimiento del propio modelo, evidenciándose una necesaria formación/información en este sentido. En cuanto a las oportunidades encontradas: la existencia de equipos de trabajo multidisciplinares que aportan un abordaje del problema de una forma más efectiva, perspectiva del trabajo, rendimiento y garantía de seguimiento. Amenaza: la exclusión de otros profesionales. La falta de recursos, tanto materiales como humanos aunque señalado como una amenaza, posee un peso no significativo que lo señala como un aspecto no insalvable para el desarrollo del modelo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 465

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE UN MODELO VISUAL DE VACUNACIÓN PEDIÁTRICA- BUENA PRÁCTICA DESDE LAS CONSULTAS ENFERMERÍA AP

AUTORES: AGUIRRE LEJARCEGUI, GUILLERMO.; MONGELOS RAMIREZ, JM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Siendo el acto de vacunación infantil un proceso, considerado crítico en la actividad sanitaria asistencial, que puede sembrar dudas en los profesionales, hemos desarrollado, mejorado y difundido una herramienta útil que facilita al personal de enfermería de Atención Primaria (AP) la administración de vacunas y evite la aparición de incidentes, mejorando de este modo la seguridad del paciente pediátrico.

Proporcionar una herramienta útil que facilite al personal de enfermería de Atención Primaria (AP) la administración de vacunas y evite la aparición de incidentes de seguridad, mejorando de este modo la seguridad del paciente pediátrico.

Se trata de un estudio descriptivo de mejora de la calidad del servicio vacunal y presenta una buena práctica de gestión del personal de Osakidetza que reconstruye un proceso de trabajo y evalúa su impacto sobre la realidad

Hemos realizado en la parte teórica un estudio bibliométrico longitudinal de los últimos 5 años sobre principales problemas en la práctica vacunal, así como la gestión del personal en procesos I+D+I.

Hemos reconstruido el proceso (de 5 años) de creación de materiales que modelizan acciones prácticas de vacunación en su secuencia temporal, los materiales construidos, y los procesos de mejora-ajuste por parte del personal y hemos analizado su impacto

Los materiales se evalúan como claros y didácticos. Los profesionales de Enfermería que se hacen cargo del acto vacunal dicen que son de gran utilidad y que facilitan realizarlo minimizando riesgos para el paciente pediátrico, evitando los eventos adversos así como proponiendo cambios que mejoran su práctica. De esta manera el servicio se mejora y sus profesionales están implicados-satisfechos (fidelizados) en la mejora.

Con esta investigación (TFM) hemos culminado-comenzado un proceso (ahora consciente) de mejora continua en el seno de nuestra organización, considerado una Buena Práctica de vacunación nuestro Modelo Visual de Vacunación Pediátrica (MVVP-BP).

Palabras clave: vacunación infantil, eventos adversos, seguridad del paciente, I+D+I, Osakidetza

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 466

TÍTULO: TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN CULTURAL DEL CRITERIO DE RESULTADO “SATISFACCIÓN DEL PACIENTE / USUARIO: GESTIÓN DEL DOLOR”

AUTORES: BELLIDO VALLEJO, JOSÉ CARLOS.; PANCORBO HIDALGO, PL.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El dolor es un problema de salud pública de primer orden, requiere ser valorado y evaluado de forma periódica mediante instrumentos validados para conocer su evolución, eficacia de las intervenciones y satisfacción del paciente con la atención recibida.

La utilización de instrumentos de medida en países distintos a donde se crean, requiere de un proceso de adaptación cultural previo, de tal manera que el instrumento mantenga la equivalencia semántica al tiempo que se expresa en términos adecuados a la población en la que se va administrar.

La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) en su versión original (Inglés), contiene el criterio de resultado “Client Satisfaction: Pain management” (CSPM) definido como “Extent of positive perception of nursing care to relieve pain”.

Este estudio forma parte de un proyecto financiado que pretende adaptar culturalmente al español y validar los seis criterios de resultado relacionados con el dolor actualmente incluidos en la NOC.

Traducir y adaptar culturalmente al español el criterio de resultado “Client Satisfaction: Pain management”, de la NOC.

Se siguió el método internacionalmente aceptado de Traducción-Retrotraducción.

Doble traducción al español de la versión inglesa del CSPM (4ª edición NOC), una traducción fue realizada por una enfermera bilingüe de lengua materna castellana, experta en metodología enfermera y lenguajes estandarizados; como segunda traducción se utilizó la versión del CSPM de la 4ª edición española de la NOC, el equipo de investigación consensuó una versión en español.

Retrotraducción al inglés por un traductor profesional bilingüe de lengua materna inglesa, el resultado se confrontó con la versión original en inglés y se obtuvo la versión retrotraducida, que fue consultada con las autoras de la NOC (Center for Nursing Classification & Effectiveness, University of Iowa). La Dra. Swanson realizó sugerencias de revisión de algunos términos que fueron analizados antes de generar la versión adaptada al español. Finalmente se confirmó que no existían cambios entre la 4ª y 5ª edición española del CSPM.

Fueron sometidos a traducción/adaptación cultural la etiqueta, la definición, 17 indicadores y la escala de medida.

El proceso de traducción y adaptación cultural permitió obtener una versión adaptada al español equivalente semánticamente con la versión inglesa, que mostró diferencias semánticas o de redacción respecto a la 5ª edición española, en la etiqueta, definición, en 13 indicadores y escala.

Las diferencias semánticas / redacción encontradas en el CSPM ponen de relieve la necesidad de realizar la adaptación cultural a los Criterios de Resultado de la NOC.

La versión adaptada al contexto español del CSPM (Satisfacción del paciente/usuario: Gestión del dolor) se entiende de mayor utilidad clínica, permitiendo a enfermeras y pacientes un mejor entendimiento en cuál es el grado de satisfacción que el paciente tiene sobre los cuidados enfermeros recibidos para el alivio del dolor.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 467

**TÍTULO: PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS
.PROGRAMA DE FORMACIÓN E INFORMACIÓN**

AUTORES: LÓPEZ GIJÓN, VANESA.; MORENO RUIZ, MJ.; PEIS REDONDO, MJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Nuestra experiencia en el área de hospitalización nos lleva a preguntarnos ¿Puede enfermería establecer unas estrategias de prevención de infección nosocomial en pacientes susceptibles, que requieren por su estado de inmunodepresión, medidas que lo protejan de su entorno? Uno de los grandes retos actuales de las enfermeras es: acercar lo que se sabe a lo que se hace Morales et al (2003)

Identificar mediante la revisión bibliográfica cuales son las carencias y necesidades formativas a la hora de para ofrecer cuidados integrales y de calidad en pacientes inmunodeprimidos. Intentaremos determinaremos los puntos clave y subsanar los fallos para ofrecer una mejora en nuestra praxis diaria .Instaurar la higiene de manos y la política de aislamiento protector para evitar la incidencia de las infecciones Nosocomiales en dichos pacientes.

Se realiza una Revisión sistemática y estudio de la bibliografía existente sobre los cuidados de enfermería en el paciente inmunodeprimido en planta de hospitalización. El estudio se ha diseñado para identificar y conocer el manejo de las medidas y cuidados entre las que se encuentra la política de aislamiento y sus normas, En PubMed, Medline, Guisalud, Embase, Scielo. Revisiones sistemáticas en Corhane, y jbi.connet. Metabuscadores evidencia, las casas. Se revisan manuales y protocolos actualizados(hospitales españoles /internacionales)

En nuestra práctica diaria observamos que existe una importante brecha entre lo que el conocimiento científico va generando con pruebas sólidas y el quehacer diario, provocando esto importantes problemas. La transferencia de esta Evidencia científica a la práctica sigue siendo un reto, consecuentemente nos encontramos una variabilidad interprofesional en el modo de decidir la aplicación de los cuidados .Los estudios indican que una adecuada formación a los profesionales les permitirá una implicación y adhesión a buenas prácticas en el manejo de pacientes aislados, lo que será directamente proporcional a la disminución de la incidencia y trasmisión de infecciones manteniendo así la calidad asistencial. Tras la revisión de literatura destacamos la no existencia de estudios que relacione los profesionales no sanitarios del ámbito hospitalario, con las enfermedades nosocomiales, toda la bibliografía revisada se centra en el profesional sanitario. Aportaciones del trabajo en la Calidad de los cuidados del área asistencial: Este programa de Formación ya es una realidad en nuestro Hospital y se ha adaptado a los diferentes eslabones profesionales, los sanitarios (médicos, enfermeras) y los no sanitarios (celadores, limpiadoras, pinches), para que así todos ellos resuelvan sus conocimientos deficientes en el manejo de estos pacientes. Se ha instaurado un plan de formación para el personal y programa informativo para cuidadores /familiares (dípticos) mediante el cual se trasmita toda la información de los cuidados específicos, basados en la evidencia científica, que requieren estos pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 468

TÍTULO: IMPACTO EN MORBI-MORTALIDAD Y ESTANCIA DE LAS INFECCIONES HOSPITALARIAS POR MICROORGANISMOS RESISTENTES

AUTORES: BARRASA VILLAR, JOSÉ IGNACIO.; AIBAR REMÓN, C.; PRIETO ANDRÉS, P.; MARECA DOÑATE, R.; MOLINER LAHOZ, FJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La resistencia a los antimicrobianos constituye una de las amenazas globales más importantes para la salud pública, tanto por su magnitud como por su trascendencia. Menoscaba nuestra capacidad para luchar contra las enfermedades infecciosas en la población general y, especialmente, en los pacientes más vulnerables. Las infecciones por microorganismos resistentes (MR) son especialmente frecuentes en el medio hospitalario; sin embargo, son muy escasos los estudios que hayan evaluado globalmente si las infecciones nosocomiales producidas por los principales MR, en su conjunto, tienen un mayor impacto en cuanto a morbi-mortalidad y costes que sus homólogas producidas por microorganismos sensibles.

Evaluar el impacto en morbi-mortalidad y prolongación de la estancia de las infecciones hospitalarias producidas por microorganismos resistentes en un hospital docente universitario de agudos.

Diseño: Estudio de cohortes retrospectivas con recogida prospectiva de datos

Ámbito: Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Años 2011-2014

Pacientes: 18 años con una infección hospitalaria de localización quirúrgica, respiratoria, urinaria o bacteriemia causada por un microorganismo resistente (Expuestos) o sensible (No Expuestos).

Medidas de resultado: Mortalidad intrahospitalaria por todas las causas (total y a los 30 días tras la infección), estancia, ingresos en UCI, intervenciones quirúrgicas y número de pruebas de laboratorio y de radiología tras la infección. Reingresos hospitalarios y visitas al servicio de urgencias en los 30 días del alta. Se compararon los resultados entre ambos grupos tras ajustar los potenciales factores de confusión mediante modelos multivariantes.

Resultados: La muestra estudiada estaba compuesta por 1.000 pacientes (324 Expuestos y 686 No Expuestos). El riesgo de mortalidad intrahospitalaria por todas las causas (RR= 1,7; IC95%=1,25-2,32) y a los 30 días de la infección (RR=1,77; IC95%=1,29-2,44) era mayor en los pacientes con una infección por un microorganismo resistente tras ajustar los datos mediante regresión de Cox. La probabilidad de reingreso era también superior (OR= 2,17; IC95%= 1,36-3,46) en los Expuestos, aunque las visitas a Urgencias solo eran significativamente mayores en el caso de infecciones por SARM (OR=2,93; IC95%= 1,73-4,96) y E. coli resistente (OR=1,94; IC95%= 1,20-3,12). Las infecciones por microorganismos resistentes no determinaban una mayor prolongación de la estancia, necesidad de estancias en UCI, intervenciones quirúrgicas, ni cantidad de pruebas de laboratorio o radiológicas que las IH por cepas sensibles.

Conclusiones: Las infecciones hospitalarias causadas por microorganismos resistentes provocan una mayor mortalidad, reingresos hospitalarios y, en algunos casos, reatenciones en Urgencias que las producidas por las cepas sensibles. No parecen influir sobre la duración de la estancia o la necesidad de ingreso en cuidados intensivos, intervenciones quirúrgicas o pruebas diagnósticas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 469

TÍTULO: UN PASO MAS...UNIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO

AUTORES: GOMEZ DE GARAY, MIGUEL.; TENA GARCIA, B.; MARINA LBRADOR, D.; PANTION NISA, A.; CASTRO VELILLA, MC.; OCAÑA CUEVAS, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Ha decrecido notoriamente la experiencia en el manejo de los pacientes traqueotomizados por parte de los profesionales hospitalarios desde que diagnósticos más precoces del cáncer de laringe evitan muchas traqueotomías de emergencia y se están empleando tratamientos conservadores del cáncer de laringe que evitan la realización de laringectomías totales.

Una Unidad de Traqueotomía canalizaría la atención de todos los pacientes traqueotomizados, tanto ambulatorios como hospitalizados.

Aumentar la eficiencia en la gestión de la hospitalización al ofrecer una atención continuada de calidad y por parte de profesionales dotados de las competencias de conocimientos y habilidades adecuadas.

Adoptar una actitud proactiva en el cuidado enfermero de estos pacientes que superara las inerciales reticencias y problemas organizativos entre profesionales y entre plantas de hospitalización.

Permitir un seguimiento individualizado de los pacientes traqueotomizados independientemente de la Unidad a la que se encuentren asignados por su patología de base y facilitar su continuidad asistencial más allá del hospital.

La Unidad de atención al paciente traqueostomizado esta ubicada en el Módulo de Enfermería de las Consultas Externas de la UGC-ORL del Policlínico para pacientes ambulatorios y sería atendida por la enfermera que desempeña actualmente su trabajo en la Unidad de Día de ORL.

Dispone además de una profesional de enfermería con base en la 5ª Planta Ala A para desplazarse a todas las plantas donde se encontrara hospitalizado un paciente traqueotomizado. La detección de una enfermera de la actual plantilla de la 5ª A requeriría el incremento estructural de una enfermera para seguir prestando los cuidados enfermeros a los pacientes hospitalizados en esta planta.

La Unidad de Traqueotomía utilizaría una agenda específica en DAE para gestionar la información clínica, y dispondría de un registro específico en una Tablet que actuara igualmente como elemento de comunicación de los pacientes y de formación/educación para profesionales y familiares y cuidadores mediante aplicaciones (apps) específicamente creadas para estas funciones.

En los 6 primeros meses de vida, los resultados obtenidos han sido:

-LARINGECTOMIZADOS:13

-TRAQUEOSTOMIZADOS:56

-EXITUS:10(EN UCI)

-UNIDADES CONSULTADORAS: Oncología, uci, maxilofacial, c.tórax, cardiología, coronarias, medicina interna).

La Unidad de atención al paciente traqueostomizado de la UGC ORL del Hospital Virgen Macarena de Sevilla, pionera y referente en el cuidado del paciente traqueostomizado:

- o Aumenta la seguridad del paciente y la calidad asistencial
- o Es costo-efectiva
- o Favorece la colaboración interprofesional
- o Asegura la continuidad asistencial

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 470

TÍTULO: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE CURAS PALIATIVAS DEL NOU HOSPITAL EVANGÈLIC EN BARCELONA.

AUTORES: SOLA GENOVES, JUAN.; ORTEGA SEGURA, J.; GIMENEZ TRIAS, LL.; LOPEZ ESPINOSA, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En las unidades de curas paliativas se ha objetivado un aumento progresivo del número de pacientes con patologías crónicas avanzadas no oncológicas (PCC). Estos pacientes a menudo tienen unos aspectos diferenciales que requieren un abordaje específico.

Determinar y describir las características de los pacientes atendidos en una unidad de curas paliativas del ámbito sociosanitario.

Análisis descriptivo, prospectivo utilizando una cohorte de pacientes ingresados en la UCP del Nhe durante el periodo 1 de enero a 31 de diciembre de 2015.

Se han analizado las siguientes variables: Edad y sexo, estancia media, diagnóstico principal y destino al alta.

Pacientes atendidos: (n=330) (213 mujeres 64,55% y 117 hombres 35,45%)

Edad media: 87,36 años (mujeres: 88,88 años y hombres: 84,06 años)

Pacientes oncológicos atendidos: 40 12,12% (20 mujeres 50% y 20 hombres 50%)

Pacientes no oncológicos atendidos: 290 87,88% (193 mujeres 66,55% y 97 hombres 33,45%)

Pacientes identificados como enfermedad crónica avanzada con necesidad de atención paliativa: 136 41,21%

Estancia media: 11,28 días oncológicos 8,7 días y no oncológicos 12,12 días

Diagnósticos Principales: Cardíaco: 40 12,16%, Respiratorio: 56 17,02%, Neurológico 47 14,29%, Infeccioso 96 29,18% y Miscelánea 91 27,35%.

Destino al alta: Exitus: 161 48,79%, Domicilio: 134 40,61%, Cambio de prestación: 31 9,39%, Traslado a hospital de agudos: 4 1,21%

El perfil los pacientes atendidos en nuestra unidad de curas paliativas ha variado significativamente en los últimos años, predominando el perfil de paciente con enfermedad crónica avanzada respecto al paciente oncológico.

Las características de los pacientes atendidos en nuestra unidad de curas paliativas corresponden al de un paciente geriátrico, con enfermedad crónica avanzada y con una elevada tasa de retorno a domicilio.

Destaca que solo un 41,21% son pacientes identificados previamente como enfermedad crónica avanzada con necesidad de atención paliativa.

Este tipo de pacientes presenta unas características diferenciales, (falta de ajuste pronóstico, importantes síntomas sistémicos, deterioro funcional) respecto al perfil de paciente oncológico por lo que se evidencia la necesidad de establecer un abordaje específico.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 471

TÍTULO: REVISIÓN Y MEJORA DEL PROCESO DE ACOGIDA E INTEGRACIÓN DE LOS NUEVOS PROFESIONALES ICO

AUTORES: SEDANO MARTÍNEZ, ANA.; GIRONA MARTIN, S.; MONTSERRAT MORENO, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

A partir de la evaluación de indicadores del sistema de gestión de la calidad en la Dirección de Personas se detecta que el proceso de incorporación de personas necesita mejorar las fases del proceso asegurando que se cumple con la normativa vigente, que se realiza de manera homogénea en todos los servicios y centros, y que se cumplen los estándares establecidos.

En este sentido, se hace necesario revisar los procedimientos de selección, contratación e incorporación para adecuarlos a las necesidades y particularidades actuales.

Entendemos que mejorar el proceso de incorporación mejora la empleabilidad interna de nuestros profesionales porque el tiempo de integración en la institución es menor y el conocimiento de los protocolos de actuación se hace en las primeras semanas, con repercusión directa en la seguridad del paciente.

Desde la Dirección de Personas se apuesta por la mejora de imagen de marca de la institución y, ésto nos permite estar mejor posicionados cuando hemos de ser elegidos por profesionales externos.

Asegurar que el profesional tiene el conocimiento y la experiencia mínima para el desempeño de ese puesto.

Reforzar el soporte de tutor o formación en caso de detección previa de necesidades.

Homogeneizar el proceso de acogida para todos los profesionales y centros.

Asegurar que se cumplen los estándares de calidad de acreditación hospitalaria y del sistema de gestión de calidad de personas.

Reforzar las acciones de marketing interno de la dirección de personas, favoreciendo la implicación de los profesionales desde el inicio de su contratación.

Disponer de un proceso medible y evaluable que permita realizar acciones de mejora de manera continuada.

Ahorro de costes por la reducción de tiempos y errores en el puesto de trabajo.

Aplicativo web para la selección de nuevas incorporaciones.

Modelo de evaluación de alumnos en prácticas.

Carpeta de bienvenida al ICO

Identificación de perfiles tecnológicos por puesto de trabajo y categoría.

Valoración de gap competencial a partir de la definición de Descripción de Puesto de Trabajo (ILUS donde aplique)

Asignación de tutor experto de acogida

Desarrollo del nuevo programa de acogida: diferenciado por tiempos de contratación y perfiles.

Desarrollo de programa de sensibilización online: contenidos y dinamización virtual

Definición de indicadores: finalización y satisfacción respecto del plan

Definición de indicadores de evaluación de desempeño de nuevas incorporaciones: reducción de tiempos de integración, mejora valoración global de profesional.

Se crea la unidad de atención al profesional dentro de la Dirección de Personas.

Mejora del alcance del proceso: numero de profesionales y servicios implicados

Mejora de los porcentajes de participación y finalización del Plan respecto de años anteriores.

Mejora de la imagen de la institución por la personalización de la atención a nuevas incorporaciones

Ahorro de costes por reducción de tiempos de acogida y reducción de errores.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 473

**TÍTULO: ANALISIS DE NOTIFICACIONES DE EVENTOS ADVERSOS A OBSERVATORIO
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN D.S. BAHIA DE CADIZ-LA JANDA**

AUTORES: LUQUE BAREA, MARIA ANTONIA.; MARTINEZ MORA, M.; LOPEZ SANCHEZ, A.; LACIDA BARO, M.; BALLESTA GARCIA, MJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En la actividad asistencial existe variedad de posibilidades de aparición de eventos adversos, entendidas como situaciones no deseadas que conllevan un riesgo para la seguridad, pudiendo llegar a producir daño o lesión

Los sistemas de notificación de incidentes de seguridad son estrategia que permite obtener datos sobre eventos adversos producidos en ámbito sanitario, a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad. Deben ser parte de una cultura de seguridad donde se entienden los eventos adversos como oportunidad para aprender y mejorar

Conocer tipo de incidente de seguridad notificado, así como gravedad, probabilidad, categoría de riesgo e implantación de medidas para evitar dicho riesgo en un futuro. Como objetivo secundario, grado de implicación en la notificación de eventos de las UGC del Distrito a través de la aplicación incluida en el Observatorio

El Distrito consta de 24 UGC asistenciales, todas disponen históricamente de sistema de notificación de incidentes de seguridad con soporte no informático. A medida que las UGC han puesto en marcha su proceso de acreditación, se ha considerado como área de mejora renovar el sistema clásico de notificación de incidentes, siendo sustituido por el sistema alojado en el Observatorio, cumpliendo con ello además con las directrices de la Estrategia para la Seguridad del Paciente de nuestra Comunidad

Hemos considerado tener en cuenta para el análisis notificaciones aportadas desde 1/1/2014. Aunque antes existían UGC notificadoras, el número era poco representativo y escasos los incidentes notificados por coexistir con registro en papel. El análisis se ha realizado a partir de la explotación de datos que permite el Sistema de Gestión de Incidentes de Seguridad

N=101, notifican 20 UGC.

Tipo de incidente: 32,04% proceso asistencial/procedimiento clínico, 13,5% infraestructuras/edificios, 11,65% caídas, 8,74% dispositivos/equipamiento médico, 6,8% medicación/fluidos, 6,8% gestión organizativa, 6,8% proceso administrativo, 4,85% documentación, 3,88% accidente del paciente, 1,94% conducta, 1,94% sangre/productos sanguíneos, 0,97% oxígeno/gas/vapor

Solo 1.98% de notificaciones son hechas por pacientes/familiares

En estudio 8,9% y 23,76% resueltas

Gravedad: insignificante 5,94%, menor 29,70%, moderada 25,74%, importante 35,64% y catastrófica 2,97%

Probabilidad de producirse el evento: raro 15,84%, improbable 15,84%, probable 12,87%, posible 47,52% y casi seguro 7,92%

Resultado del incidente: ninguno 42,57%, leve 7,92%, moderado 16,83%, severo 6,93%, se desconoce en 25,74%

Solo en 39,6% de casos se aportan acciones de mejora (6 UGC)

CONCLUSIONES:

Es necesario sensibilizar a todas las UGC de la importancia de notificación de incidentes de seguridad

Es necesario mejorar el porcentaje de incidentes resueltos

Es necesario mejorar la aportación de acciones de mejora

La mayoría de incidentes han cursado sin resultado de lesión aunque la gravedad podría ser teóricamente importante en la mayoría.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 474

TÍTULO: ADECUACIÓN DE LAS INDICACIONES DE TAC URGENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (SU) DEL CONSORCIO HOSPITALARI DE VIC (CHV).

AUTORES: DÍEZ DE LOS RÍOS GONZÁLEZ, JAVIER.; AZUAJE TOVAR, C.; SEGURA MARTÍN, L.; LUCCHETTI, GE.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En los últimos años diferentes centros asistenciales han empezado a implantar Comités de Buenas Prácticas Clínicas. En el Consorcio Hospitalari de Vic (CHV), el Servicio de Medicina Interna ha puesto en marcha un Comité de Residentes para la Buena Práctica Clínica, con el fin de revisar actuaciones del conjunto del CHV susceptibles de ser mejoradas a la luz del cambio de paradigma del "right care". El TC Craneal es un método extremadamente útil para evaluar pacientes con sospecha de patología intracraneal, y su utilización ha ido en aumento progresivamente, en particular en los Servicios de Urgencias. No obstante, hay que tener presente: el uso de radiación ionizante, coste económico y hallazgos inesperados (incidentalomas) que pueden precisar de otras pruebas de imágenes de mayor coste, sin poder obviar la ansiedad que produce la prueba en el paciente. Se hace imprescindible la correcta indicación en el marco de una buena práctica clínica.

Especificar y evaluar las indicaciones de TC en el SU del CHV. Incorporar el "right care" y la revisión de actuaciones en nuestro centro a la formación de nuestros residentes de Medicina Interna.

Estudio observacional retrospectivo-prospectivo desde Julio a Diciembre de 2015. Se recogieron datos epidemiológicos, horarios y turnos de realización y motivo de petición. Se revisaron las indicaciones de TC urgente según los criterios: Sociedad Española de Neurología, Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología; Sociedad Española de Radiología y Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

Se evaluaron 599 pacientes; Hombres: 302(50,4%); Mujeres: 297(49,6%). La edad media fue 65,2 años; El grupo etario más frecuente fue > 65años (61,9%); El motivo de petición: Déficit neurológico: 45,4%; Traumatismo craneoencefálico (TCE) 26,5%; Cefalea 8,3%; Vértigo 3%; Presión familiar 3%; Otros 12,4%; El horario de realización: Turno 1 (08:00-17:00h): 34,4%; Turno 2 (17:00-08:00h): 41,1%; Fin de semana y festivo: 24,5%; Se evidenció un pico de realización fuera del turno 2 entre 11:00-13:00h: 19,5%. El resultado del TC mostró patología aguda 164(27,4%), el resto 435(72,6%) fue normal. La valoración de la indicación: cumple criterios 85,1% y no cumple criterios: 14,9%.

La principal indicación del TC fue el déficit neurológico. La mayoría de los pacientes pertenecía al grupo etario de edad > 65años. La mayoría de los TC se realizaron en el turno 2 (17:00-08:00h). La adherencia a los criterios actuales para la solicitud de TC de urgencias fue elevada y la no indicación fue muy por debajo de lo descrito en la literatura. El Comité de Residentes para la Buena Práctica Clínica se ha institucionalizado e incorporado a la Dirección por Objetivos, y tiene objetivos anuales de revisión e implantación de mejoras en diferentes prácticas clínicas del CHV.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 475

TÍTULO: PROMOVER LA SALUD A TRAVÉS DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS: UNA META Y UNA OPORTUNIDAD

AUTORES: RUIZ PARDO, ANA MARÍA.; FERNANDEZ LUQUE, MA.; ABRAHAM PARIS, C.; PINAZO LUQUE, J.; SANCHEZ ORTIGOSA, R.; CARAVACA CRESPO, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Recientes informes inciden en una tendencia creciente en el uso de Internet en salud por parte de los usuarios. En el informe 2012 del Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información, el 48,3% de los internautas usa la red como fuente de información en salud. Hay evidencias que en las búsquedas no se discrimina sobre las fuentes de la misma. Los pacientes tienen un papel cada vez más relevante en este nuevo escenario y comparten experiencias propias sobre su salud, proliferando espacios en los que personas con mismos intereses o condiciones de salud comparten información y generan conocimientos. Todo ello, justifica la presencia de los centros sanitarios como oportunidad y responsabilidad para promover hábitos saludables y abrir nuevos espacios digitales a la participación de la ciudadanía.

Desarrollar presencia corporativa en múltiples canales digitales. Fomentar la participación de la ciudadanía y transparencia del centro sanitario. Facilitar información pertinente, relevante y de calidad, basada en la evidencia científica sobre medidas concretas de promoción, prevención y protección de la salud, fortalecer el acceso a los servicios sanitarios y el empoderamiento real en cuidados de salud de la ciudadanía, especialmente a colectivos más vulnerables como son los menores, pacientes frágiles, crónicos, personas cuidadoras y familiares. Reflejar el valor de los profesionales del centro, promoviendo su presencia y fomentando su participación como agentes activos de la salud en nuevos espacios. Compartir información, eventos, experiencias, documentos, vídeos, activos comunitarios en salud que ofrece la comarca para fomentar el cuidado de la salud y la adopción de estilos de vida saludables de la ciudadanía

Desarrollo de canales digitales con un diseño intuitivo y atractivo, con un lenguaje cercano, alejado de tecnicismos y siglas; coordinado para su desarrollo y actualización por un equipo multidisciplinar de profesionales, abiertos a la participación de profesionales del centro y ciudadanía, para recoger online, con un compromiso de respuesta: propuestas, documentos, actividades y eventos saludables que asociaciones, ayuntamientos y colectivos organizan en la comarca. Esta participación se regula mediante unos términos y condiciones de uso. Estos canales se vertebran a través de la página web corporativa, identificados con un mismo nombre, para facilitar la difusión, el acceso y la participación de profesionales y ciudadanía. El sitio web se encuentra en proceso de acreditación. Difusión del proyecto mediante acciones informativas dirigidas a profesionales y ciudadanía.

Se han puesto en marcha cinco canales de comunicación con presencia corporativa, dirigidas a profesionales y ciudadanía, que disponen de herramientas para medir su impacto: tráfico de visitas por espacios y contenidos en la web, interacción y participación en redes sociales, en comentarios, en documentos compartidos, en entradas publicadas en el blog.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 476

TÍTULO: VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL MÉTODO DE ESTIMULACIÓN VESICAL EN LACTANTES: BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

AUTORES: MENA GOMARIZ, ANTONIO ALEXIS.; GAMBERO SANCHEZ, J.; CHACÓN CHACÓN, L.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Alrededor del 5-8% de niños y niñas menores de 2 años con fiebre sin una focalidad definida tienen una infección urinaria, por lo que es común la recogida de una muestra de orina para su análisis. Ha surgido como alternativa al uso de la bolsa de orina, técnica habitual para la recogida de la muestra, la estimulación vesical que evita las complicaciones propias de la técnica convencional como el largo tiempo de espera y el riesgo de contaminación de la muestra.

Analizar la producción científica sobre estimulación suprapúbica en lactantes y neonatos para comprobar la efectividad de dicha técnica con el fin de elaborar un procedimiento basado en la evidencia

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica y revisión de los estudios encontrados sobre estimulación suprapúbica en neonatos y lactantes. En una primera fase del estudio, se seleccionaron los artículos que cumplían los criterios de selección (artículo escrito en español o portugués, original y publicado hace menos de 5 años) y cuyo título tenía relación con la temática de la investigación, se descartaron los repetidos en distintas bases de datos. Tras realizar una lectura crítica y atendiendo a la temática del estudio se seleccionaron finalmente tres artículos que aportaban información relativa a la investigación.

La tasa de éxito de la técnica es de entre 78-86%, con un tiempo medio alrededor de 60 segundos. Todos los estudios concuerdan con que es imprescindible que la vejiga del niño se encuentre llena antes de realizar la técnica por lo que se aconseja desarrollar la estimulación al menos 25 minutos después de la toma. La técnica más efectiva consiste en realizar la estimulación suprapúbica asociada a masaje paravertebral en la zona lumbar, 30 segundos cada técnica, y repetir hasta que se produzca la micción de forma espontánea. Las complicaciones principales son las relacionadas con el llanto del bebé.

La estimulación suprapúbica y lumbar parece ser una técnica efectiva, segura y rápida para la recogida de orina en lactantes y neonatos que disminuye el tiempo para realizar el análisis.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 478

TÍTULO: PROBABILIDAD DE CAÍDAS EN UN HOSPITAL GERIÁTRICO. MODELOS EXPLICATIVOS.

AUTORES: ALONSO FERNÁNDEZ, JOSEFINA.; SILVA MANZANO, D.; SALMERÓN MENÉNDEZ, C.; SUÁREZ RODRÍGUEZ, C.; MENÉNDEZ FRAGA, MD.; VÁZQUEZ VALDÉS, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En el ámbito hospitalario, las caídas constituyen los principales eventos adversos y los que con más frecuencia interfieren en la recuperación del paciente anciano, representado una amenaza para su salud e independencia y un importante consumo de recursos que interesa cuantificar.

Construir un modelo matemático que permita explicar la probabilidad de que un paciente sufra una caída durante su ingreso hospitalario.

Análisis descriptivo, observacional, longitudinal y retrospectivo de los pacientes ingresados en un hospital geriátrico entre 2007 y 2013. Se realizaron 4 regresiones logísticas binarias, dos para la probabilidad de caída de un paciente hospitalizado y otras dos para analizar la probabilidad de que ésta ocurra desde la cama, utilizando como variables dicotómicas dependientes: Caída No/Sí y Caída de cama No/Sí.

Se dispone aún de camas viejas de difícil articulación cuya altura no es regulable, que se han ido renovando pero todavía quedan dos Unidades de Enfermería con ellas.

Fue utilizado el método "introducir", comenzando con un análisis previo de correlación entre las variables demográficas, clínicas y asistenciales y la selección de aquellas con significación estadística y relevancia clínica. La bondad del ajuste del modelo a lo observado se ha calculado mediante el test de Hosmer y Lemeshow y la significatividad de los coeficientes de la regresión con el estadístico de Wald.

De los 26.602 pacientes ingresados, la mayoría fueron mujeres con media de edad de 80 años y superando en 5 años a la de los hombres. Hubo un 4% de pacientes con caídas, de los que más de la mitad fueron hombres.

En la primera de las regresiones, la utilización de una cama nueva disminuye la probabilidad de caer, que crece cuando lo hace el riesgo de caída (medido por la escala de St. Thomas modificada), si el paciente es hombre y varía según la Unidad Clínica de ingreso. La segunda de las regresiones logísticas plantea el escenario de que no pueda elegirse entre cama nueva y vieja y en este caso, tener más de 85 años reduce la probabilidad de caer repitiéndose como explicativas el resto de las variables del modelo anterior. La tercera regresión contempla solamente caídas de cama, para las que tanto utilizar cama nueva como bajar su altura reducen la probabilidad de caer, que a su vez aumenta con el riesgo de caída, con pacientes hombres y de forma considerable cuando se han sufrido caídas previas al ingreso. Las Unidades de Hospitalización no han resultado significativas como variables explicativas de la probabilidad de caer desde la cama, según la prueba de Wald.

Por tanto, la probabilidad de caer está vinculada a ser hombre, tener riesgo alto de caída, utilizar cama vieja, tener menos de 85 años y varía según la Unidad Clínica de ingreso y la probabilidad de hacerlo desde la cama, al hecho de haber tenido caídas previas al ingreso, ser hombre, riesgo alto de caída, utilizar cama vieja y no bajar su altura.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 479

TÍTULO: FACTORES ASOCIADOS AL COSTE DE UNA INTERVENCIÓN DE CIRUGÍA BARIÁTRICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: ALONSO FERNÁNDEZ, JOSEFINA.; RODICIO MIRAVALLES, JL.; SANZ ÁLVAREZ, L.; MORENO GIJÓN, M.; TURIENZO SANTOS, E.; RIZZO RAMOS, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La obesidad mórbida es una enfermedad crónica de tendencia epidémica en países industrializados, que con cirugía consigue la resolución o mejora en el 85% de los casos, lo que justifica el interés de su impacto económico.

Conocer los factores que inciden en el coste de las intervenciones realizadas en una Unidad de Cirugía Bariátrica de un hospital de tercer nivel.

Estudio descriptivo, observacional, longitudinal y prospectivo, que recoge variables demográficas, clínicas, asistenciales y consumos de pacientes con obesidad mórbida a quienes se les realizó un Bypass gástrico (BGA) entre 2004 y 2013.

Se calculó la media y desviación típica de las variables cuantitativas y las proporciones de las cualitativas, analizando el comportamiento del coste total y sus componentes, de las intervenciones respecto a distintos factores mediante *t* de student y ANOVA (complementarias, Scheffe y Games-Howell).

406 pacientes fueron intervenidos con BGA (240 cirugía abierta, 166 laparoscópica), 229 en 2003-2008 y 177 en 2009-2012, hubo 14 reintervenciones y 65 Colecistectomías (coles.), y en los de alto riesgo, se colocaron previamente 49 balones gástricos (BIG).

El 78,6% de los pacientes han sido mujeres y sólo el 13,1% perteneció al grupo de mayores de 55 años (menores de 40: 40,4%)

Valores medios; peso prequirúrgico: 127 ± 18 kg, talla: $1,63 \pm 0,9$ m, edad: $43,3 \pm 10$ años, estancia: $12,6 \pm 22$ días y tiempo de quirófano (incluidas reintervenciones, BIG y coles.): 305 ± 78 min.

El coste total al alta ascendió a $12.405 \text{ €} \pm 5.452 \text{ €}$, desglosado en; tiempo utilizado de quirófano (con personal de enfermería y anestesia): $3.758 \text{ €} \pm 93 \text{ €}$, el 30,3%, material quirúrgico específico: $4.148 \text{ €} \pm 1.132 \text{ €}$, el 33,5%, estancia: $2.613 \text{ €} \pm 4.802 \text{ €}$, el 21,1 %, y preoperatorio (preop.): $1.701 \text{ €} \pm 76 \text{ €}$, el 13,8%, igual para todos salvo en colocación de BIG que se duplica.

El coste total sólo presentó diferencias significativas cuando se colocó un BIG ($p < 0,05$), el coste total de quirófano fue superior con coles. ($p < 0,01$), el coste tiempo-quirófano en hombres superó al de mujeres ($p < 0,05$), la cirugía laparoscópica fue más costosa que la abierta en tiempo y material quirúrgico ($p < 0,01$) y menos en estancias y preop. ($p < 0,05$).

El tiempo y material quirúrgico por intervención en 2009-2013 superó al de 2003-2008 (por aumento de laparoscopias), el coste tiempo-quirófano y preop. de pacientes con índice de masa corporal > 50 fue inferior al resto y por tipo de Bypass, el coste tiempo-quirófano del corto (con asa alimentaria de 70cm.) superó a los demás, mientras que en coste de material quirúrgico y preop. el más elevado ($p < 0,01$) fue el distal (asa común de 1m. e IMC > 50).

Los factores demográficos, técnica y tipo de Bypass analizados en los pacientes con obesidad mórbida sometidos a una intervención de Bypass gástrico entre 2004 y 2013, no ocasionaron diferencias significativas en el coste total de la misma aunque, salvo por grupos de edad, sí en alguno de sus componentes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 480

TÍTULO: MODELO DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

AUTORES: PAREJA ROSSELL, CLARA.; COSTA SAMPERE, D.; MARTÍNEZ BUENO, C.; BURBALLA RIVED, M.; MORRAL PARENTE, R.; RODRÍGUEZ CALA, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Cataluña dispone de un modelo de acreditación para equipos de atención primaria (MAEAP) elaborado por la Consejería de Salud de la comunidad. Se inspira en los modelos EFQM y Joint Commission y se ha adaptado a la realidad del territorio. Se organiza en 9 criterios y 347 estándares, 182 relacionados con la seguridad de los pacientes (SP).

Nuestra institución cuenta, en Atención Primaria (AP), con 287 EAP, 27 equipos de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR), 13 líneas pediátricas (LP), 10 equipos de AP penitenciarios (EAPP) y 155 dispositivos de urgencias de AP (DUAP). El Plan de Calidad de nuestra institución incluye la definición de modelos de calidad y seguridad (MCyS) para las unidades de AP (ASSIR, LP, EAPP, DUAP) coherentes entre sí y alineados con la estrategia de la Consejería.

Definir el MCyS de los equipos ASSIR de AP a partir de la revisión y adaptación del MAEAP para proseguir con el resto de unidades de AP.

Se crea un grupo de trabajo (57 miembros) representativo del territorio y de los colectivos de los equipos ASSIR de nuestra institución (dan cobertura al 81,5% de la población de Cataluña): 8 ginecólogos/as; 21 matronas; 9 administrativos/vas; 2 psicólogas; 9 referentes de calidad; 4 auxiliares de enfermería; 1 técnico de salud y 3 directivas.

Se revisa y adapta el MAEAP a través de presentación del modelo y estándares, selección individual de estándares, incorporación de sugerencias, sesiones plenarias de exposición de resultados, discusión y reflexión para la inclusión/exclusión de estándares con < 80% de consenso en la selección individual.

Participación en la selección individual de estándares: 83,4%.

Asistencia a las sesiones plenarias (7): 60,8%.

Respecto a los estándares del MAEAP, no se ha excluido ninguno en los criterios 1-4 y 6-8.

En el criterio 5 (Procesos):

- se han adaptado, en el apartado 'evaluación de la ciudadanía', 9 estándares relacionados con procesos propios del ASSIR (atención al embarazo, parto y posparto; actividades preventivas y promoción de la salud sexual y reproductiva en jóvenes y edad adulta; interrupción voluntaria del embarazo -IVE-; atención a la patología ginecológica; diagnóstico rápido en caso de sospecha de neoplasia de mama o aparato reproductivo)
- se han incluido, en el apartado 'innovación', 5 propuestas: IVE farmacológico; diagnóstico ecográfico en la atención a la patología ginecológica y obstétrica; inserción de implantes en la atención a la contracepción de larga duración; prevención, atención y control de infecciones de transmisión sexual según el plan territorial; atención psicológica relacionada con la ASSIR.

En el criterio 9 (Resultados clave) se han adaptado los estándares que evalúan procesos propios del ASSIR.

El MAEAP es adaptable al resto de unidades de AP. El proceso de adaptación es factible y reproducible en otras unidades. El formato es pedagógico, facilita la selección de los procesos clave y crea vinculación con el modelo y con la política de la institución.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 482

TÍTULO: HERRAMIENTAS PARA LA ACREDITACIÓN PROFESIONAL ACSA URGENCIAS HOSPITALARIAS

AUTORES: DEL RIO URENDA, SUSANA.; MARTIN ROL, JD.; HERRERO RODRIGUEZ, MJ.; ARREBOLA GALEOTE, M.; CASTRO APARICIO, C.J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Desde 2014 la Acreditación Profesional modelo ACSA se convierte en un Objetivo priorizado para nuestra UGC, como Urgencias del ámbito hospitalario.

Durante estos tres años, un grupo de profesionales inicia sus procesos de acreditación, con el soporte del material generado por la ACSA. Nos encontramos como limitaciones: material de acceso web (no siempre disponemos de puestos con acceso a internet en la UGC), no disponemos de versión en soporte papel ni de app u otros dispositivos de movilidad que mejoren la accesibilidad de los profesionales durante su trabajo.

Facilitar la accesibilidad a los contenidos de la Acreditación a los profesionales durante su jornada de trabajo.

Generar Herramientas que faciliten la formación de los profesionales de la UGC

Diseñar un formato que mejore la usabilidad de la información para cumplimentar el proceso de acreditación profesional.

Mejorar la cultura de calidad y acreditación en el equipo profesional.

Se constituye un Grupo de Trabajo formado por 6 profesionales que inician su proceso de Acreditación Profesional ACSA Nivel 1 (Avanzado)

Revisión bibliográfica: Material didáctico ACSA, Material de apoyo a la acreditación, Sistemas de Taxonomía enfermera (NANDA, NOC, NIC) y bibliografía relacionada.

Se actualizan conocimientos del equipo profesional tanto en Metodología enfermera como en el uso de Historia Clínica Electrónica (DAE de Atención Hospitalaria y HSU en Atención Primaria).

Revisión de Objetivos priorizados en Acuerdos de Gestión Clínica de la UGC (2014-2015-2016).

Durante 2015 se han realizado una 50 'microsesiones' de trabajo, normalmente a pie de cama (Modelo A. Binnie) para puesta en común de información y planificación del trabajo a desarrollar.

Se han elaborado Plantillas que sirven de Modelo base para optimizar el tiempo de se dedica al proceso de acreditación y hacerlo compatible con la actividad asistencial que se desarrolla, limitada por la accesibilidad a la información web.

Durante 2015 se acreditaron 6 profesionales en el nivel Avanzado (I), de los cuales 4 se encuentran en estado avanzado de acreditación nivel Experto (II) a junio de 2016.

Igualmente se han unido 2 nuevos profesionales a la acreditación nivel Avanzado (I) con previsión de terminar el proceso de autoevaluación en septiembre de 2016.

Se han desarrollado unas 50 sesiones durante 2015 y 26 durante los seis primeros meses de 2016.

Se han generado Modelos base para facilitar el seguimiento y cumplimentación de los diferentes estándares de calidad exigidos por la ACSA:

- 1 Modelo Base de Auditoría
- 16 Modelos Base de Informes de Práctica clínica
- 6 Modelos orientados a facilitar la elaboración de Informes de Reflexión.

Se ha diseñado una Herramienta de Gestión de la Información y del Conocimiento generado durante este tiempo (2014-2016), en formato Check-List que facilita la incorporación de nuevos profesionales al proceso de acreditación, para difundir la cultura de calidad y mejora continua de la Unidad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 483

TÍTULO: IMPACTO DE UN MODELO DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN 287 EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: RESULTADOS DE 3 AÑOS

AUTORES: PAREJA ROSSELL, CLARA.; DE LA TORRE SÁNCHEZ, E.; GENS BARBERÀ, M.; CALVET JUNOY, S.; MORRAL PARENTE, R.; RODRÍGUEZ CALA, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Cataluña dispone de un Modelo de Seguridad de los Pacientes para Atención Primaria (MSP) elaborado por la Consejería de Salud de la comunidad. Se organiza en 9 criterios y 182 estándares.

Nuestra institución cuenta, en Atención Primaria (AP), con 287 equipos de atención primaria (EAP), 27 equipos de atención a la salud sexual y reproductiva, 13 líneas pediátricas, 10 equipos de AP penitenciarios y 155 dispositivos de urgencias de AP. El Plan de Calidad de nuestra institución promueve la inclusión de objetivos relacionados con la SP en los contratos de gestión (CG) de las unidades asistenciales alineados con la estrategia de la Consejería.

Los CG de los EAP incluyen, desde 2013, objetivos relacionados con la SP (ORSP) que dan respuesta a estándares del MSP: formación en reanimación cardiopulmonar (F-RCP), atención al ictus (F-ictus) e infarto agudo de miocardio (F-IAM); acogida al nuevo profesional (ANP); control de la esterilización, caducidad de medicamentos y material fungible, cadena del frío, calibrado de aparatos y revisión del carro de paros. La meta de consecución de los objetivos ha aumentado progresivamente.

Evaluar el impacto en la SP de los EAP mediante la estrategia de inclusión de ORSP en los CG EAP.

Se analizan los resultados de los ORSP evaluados mediante auditoría externa de los procedimientos relacionados con la acogida y formación de los profesionales y del entorno de la asistencia del periodo 2013-2015 en 287 EAP. Se analiza la consecución de la meta exigible por objetivo y año, y el porcentaje de profesionales afectados por objetivo y año.

Los resultados de los ORSP (año/meta/media de consecución/número de profesionales afectados, si procede) incluidos en los CG 2013-2015 de los EAP son:

1. Relacionados con la acogida y formación de profesionales:
 - ANP: 2013/90%/100%/1.706; 2014/90%/100%/2.075; 2015/95%/100%/3.061.
 - F-RCP: 2013/80%/100%/10.150; 2014/80%/100%/11.058; 2015/90%/100%/11.796.
 - F-ictus: 2013/80%/100%/7.058; 2014/80%/100%/7.070; 2015/90%/100%/9.223.
 - F-IAM: 2013/80%/100%/7.604; 2014/80%/100%/8.212; 2015/90%/100%/9.273.
2. Relacionados con el control de procedimientos del entorno de la asistencia:
 - Esterilización: 2013/90%/100%; 2014/90%/100%; 2015/95%/100%.
 - Revisión carro de paros: 2013/80%/100%; 2014/80%/100%; 2015/90%/100%.
 - Temperatura de neveras: 2014/80%/79,1%; 2015/80%/100%.
 - Ausencia de medicamentos caducados: 2014/0%/77,1%; 2015/0%/100%.
 - Ausencia de material fungible caducado: 2014/0%/82,9%; 2015/0%/100%.
 - Calibrado de aparatos: 2015/80%/100%.

El MSP ha promovido la inclusión de ORSP en los CG 2013-2015 de los EAP.

Esta estrategia ha sido útil para la mejora progresiva de la acogida y la formación de profesionales en aspectos clave de SP y del control de procedimientos relacionados con el entorno de la asistencia en los EAP.

La integración en la práctica diaria de los EAP de procedimientos relacionados con la SP es clave para garantizar la seguridad del entorno de la asistencia.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 484

TÍTULO: ESTRATEGIA PARA LA MEJORA DE LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA.

AUTORES: PENDÓN NIETO, M^o ELENA.; NARVÁEZ RODRIGUEZ, A.; ROMÁN CASTILLO, D.; MOLINA MÉRIDA, O.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Bloque quirúrgico se define como una organización de profesionales sanitarios, que ofrece asistencia multidisciplinar a procesos asistenciales mediante cirugía, de forma que garantiza las condiciones adecuadas de calidad y seguridad para realizar esta actividad

La frecuentación quirúrgica se ha incrementado, con el consiguiente impacto sobre los recursos necesarios.

En los procesos de programación de la actividad quirúrgica, deben considerarse los tiempos de respuesta y los cambios en la demanda de actividad quirúrgica, realizando las previsiones correspondientes sobre aspectos relacionados con la programación quirúrgica

El modo de programación determina el funcionamiento de otras áreas del hospital, de los profesionales en general y la optimización de los recursos.

Tras analizar la situación de la actividad quirúrgica de nuestro centro se detectan áreas de mejora por lo que nos planteamos una estrategia que incluya una serie de medidas que impulsen un conjunto de actuaciones encaminadas a su mejora.

Mejorar la actividad quirúrgica en nuestro centro

Diseñar una estrategia de mejora de la actividad quirúrgica mediante una adecuada planificación, programación asegurando una óptima gestión de colas.

Con objeto de realizar una estrategia de mejora en la actividad quirúrgica se establece un grupo multidisciplinar de trabajo denominado SECTORIAL QUIRÚRGICA .

Se mantienen reuniones semanales con una estructura establecida previamente.

Se crea una herramienta digital para el seguimiento de la actividad quirúrgica a la que se accede a través de la intranet de nuestra Área

Revisión y realización de protocolo de indicaciones.

Dentro de nuestra herramienta digital con los datos reflejados podemos visualizar y analizar el margen de sesiones/ pacientes para programar.

Hemos instaurado horario de inicio de quirófanos, más temprano que lo habitual, conseguimos aumentar el rendimiento de los quirófanos.

Adaptamos la consulta de anestesia a las programaciones.

Las intervenciones de urgencias como mejora optimizamos la infraestructura disponible.

Creamos un circuito para reevaluación clínica en pacientes en TNP.

Con esta estrategia hemos conseguido una mejora importante en la actividad quirúrgica.

Contrastando datos a cierre del 2015, datos mayo del 2015 y datos de mayo del 2016 nos encontramos con:

Pacientes pendientes:

Nos supone un 32.43% menos de pacientes pendientes.

TNP:

Un 67.6% menos de pacientes en TNP.

Entradas:

Un 15% menos de entradas en 2016.

Salidas:

Un 13.1% más de salidas.

Esfuerzo de los profesionales.

Fuimos conscientes de la necesidad de implantar un conjunto de herramientas digital creando el nuevo canal de comunicación, que nos permite el seguimiento diario de la programación.

Es un referente básico de mejora con buenos resultados en salud. Con una gestión eficiente lo que nos supone una mayor satisfacción y motivación para los profesionales, permitiéndonos mejorar en la seguridad de los pacientes con una adecuada planificación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 485

TÍTULO: DISEÑANDO EL MODELO DE ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: ESTATIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE CARTERA

AUTORES: MEDIAVILLA HERRERA, INMACULADA.; BAYÓN CABEZA, M.; MIQUEL GÓMEZ, A.; MARTÍNEZ PATIÑO, MD.; OLIVERA CAÑADAS, G.; DRAKE CANELA, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas de nuestra comunidad propone la necesidad de desarrollar una oferta de servicios específica para los pacientes en niveles de intervención bajo, medio y alto. El nivel se determina en base a la estratificación poblacional (utilizando la herramienta GMA) y al criterio profesional. En Atención Primaria (AP) la oferta de servicios (Sº) está recogida en la Cartera de Servicios Estandarizados (CSE), Incluye 43 Sº. La tercera parte están dirigidos a atender patologías crónicas

Rediseñar y homogeneizar el modelo asistencial de AP adaptando los Sº de la CSE a los niveles de intervención

En febrero de 2015 se forman 4 grupos de trabajo con profesionales técnicos y asistenciales de AP (médicos de familia, pediatras y enfermeras) y de Atención Hospitalaria (internistas, neumólogos, cardiólogos y geriatras) para abordar los Sº de atención de factores de riesgo cardiovascular (RCV): HTA, DM, HLP y obesidad; asma y EPOC; insuficiencia cardíaca (IC) y cardiopatía isquémica; y demencia, mayor, inmovilizado y paliativos. Se define el método de trabajo: los grupos se reunirán periódicamente, utilizarán la evidencia disponible y revisarán para cada Sº datos de prevalencia por tramos etarios (casos esperados) y criterios diagnósticos. Concretarán diferentes actividades asistenciales y periodicidades para definir Criterios de Buena Atención (CBA) para los 3 niveles de intervención. Seguirán un formato de Sº que asegure la homogeneidad de la estructura, su posterior registro en la historia clínica electrónica y su evaluación anual

En 2015, 50 profesionales rediseñan 15 Sº y actualizan casos esperados y criterios diagnósticos. Se incluye un CBA de valoración integral del paciente tras el diagnóstico y uno más por cada nivel de intervención con un plan de actuación que incluye realización de valoración y exploración, específicas, adherencia terapéutica y educación estructurada. El nivel bajo incluye actividades anuales que potencian el autocuidado y, el medio, semestrales dirigidas al control de la enfermedad. El CBA de nivel alto se dirige solo a DM, IC, asma, EPOC, demencia y paliativos, e incluye actividades trimestrales de valoración de capacidad funcional, contactos telefónicos (mensuales), visitas domiciliarias y actividades para cuidadores. Se incluyen ayudas para determinar el nivel de intervención. Se crea un Sº de detección y manejo de fragilidad en las personas > de 70 años y deterioro funcional. Se introduce la valoración del RCV como CBA de clasificación en los Sº relacionados. Los nuevos servicios definen una forma actualizada y novedosa de atender a la población crónica, ya que diferencian las actividades clínicas y su frecuencia de realización. Priorizar la atención sobre personas con mayor complejidad contribuye a optimizar los recursos y mejorar la atención: previendo el deterioro funcional, las complicaciones, la mortalidad prematura, y mejorando la calidad de vida de pacientes y cuidadores.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 486

TÍTULO: FUENTES DE INFORMACIÓN Y PRÁCTICA CLÍNICA: INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: VÁZQUEZ LAGO, JUAN MANUEL.; ZAPATA CACHAFEIRO, M.; LÓPEZ VÁZQUEZ, P.; SUÁREZ BORRAJO, A.; PIÑEIRO LAMAS, M.; FIGUEIRAS GUZMÁN, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El uso adecuado de los antibióticos a nivel de Atención Primaria es un requisito indispensable en la lucha contra las resistencias y un mejor resultado terapéutico. En los últimos años diversos países han realizado campañas de formación para mejorar la prescripción, pero en muchos casos no han sido efectivas. Uno de los motivos es que han sido contrarrestadas por información procedente de otras fuentes.

El objetivo de este trabajo es identificar aquellas fuentes de información sobre antibióticos utilizadas por los médicos de atención primaria y valorar su asociación con sus decisiones clínicas.

Se realizó un estudio de cohortes en médicos de atención primaria (n=2100). Se envió un cuestionario auto-cumplimentado en el que se valoró la utilidad de 7 fuentes de información en el manejo de infección respiratoria de vías superiores (experiencia previa, guías de práctica clínica, cursos de la industria farmacéutica, documentación farmacéutica, cursos formación continuada, especialistas y visitadores). Los resultados se valoraron mediante una escala analógica visual (EAV). Para valorar la calidad de prescripción se usaron los 12 indicadores propuestos por la European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC) aplicados a los datos de prescripción de antibióticos de cada médico durante 3 años. Se aplicó una regresión logística multinivel (considerando buen prescriptor cuando 6 o más de sus valores para los indicadores ESAC eran mejores que los valores de referencia de España). Calculamos el OR intercuartilico (IqOR), que evalúa el efecto asociado al rango intercuartilico de la EAV de esa de la fuente de información.

La participación fue del 68%. El 66,1% de los respondedores fueron clasificados como buenos prescriptores. La información que proviene de visitadores es la que demuestra un mayor efecto en la disminución de la calidad de prescripción (1/IqOR= 187,4%; IC95%: 126% - 301%), seguido la de la documentación farmacéutica (1/IqOR= 144,7%; IC95%: 79% - 212%) y cursos de la industria farmacéutica (1/IqOR= 144,7%; IC95%: 94% - 239%). La experiencia previa también ha mostrado estar asociada a una peor prescripción (1/IqOR= 153,9%; IC95%: 89% - 225%). Las guías de práctica clínica son las únicas fuentes de información que aumentan la calidad de la prescripción (IqOR= 26,2%; IC95%: 4% - 57%).

Las fuentes de información sobre medicamentos son un importante determinante de la calidad de las prescripciones de antibióticos en atención primaria. Para mejorar la gestión clínica y de pacientes se debería promover la implementación y utilización de guías de práctica clínica, lo que contribuiría a mejorar la salud y la seguridad de los pacientes y a disminuir las resistencias a antibióticos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 487

TÍTULO: ESTRATEGIA DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE URGENCIAS PARA DISMINUIR LA VARIABILIDAD CLÍNICA

AUTORES: CARO CABELLO, ANA ISABEL.; DUARTE CARAZO, A.; ROJO MARTÍN, MA.; PIÑA MARTÍN, V.; MALDONADO SANTIAGO, A.; DUQUE MARCHANTE, MJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Con la puesta en marcha de los Servicios de Urgencias diferenciados en Andalucía uno de los principales problemas a los que nos enfrentábamos era la variabilidad clínica a la hora de la atención de nuestros pacientes. Por ello realizamos un estudio de cuáles eran los principales procesos en los que la variabilidad clínica era mayor, tanto a la hora de realizar tratamientos como a la hora de las pautas a seguir en la atención urgente, por ello nos pusimos como objetivo prioritario disminuir esta variabilidad como punto de mejora del Servicio.

Disminuir la variabilidad clínica como medida de eficiencia, en un Servicio de Urgencias donde trabajan 37 Facultativos de Urgencias más un número importante de residentes de las distintas especialidades.

Se realizó inicialmente una auditoria de Historias Clínicas a partir de grupos diagnósticos frecuentes en Urgencias no sujetos a Códigos (código Ictus, Infarto, Sepsis y Trauma Grave) que obviamente se excluyeron. Se detectaron nueve procesos donde la variabilidad clínica era muy relevante y achacable a la actuación médica. Se agruparon en Uso de antibióticos en Urgencias, Cefaleas, Epilepsia, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Mareos, Neumonías, Neutropenia Febril, Síncopes y Trombosis Venosa Profunda.

Los factores dependientes del Médico se identificaron en Falta de Evidencia Científica, Déficit de Información y ausencia de Guías Clínicas establecidas en el Hospital y en el Servicio.

En base a eso se realizaron Protocolos basados en Guías Clínicas reconocidas con el máximo de evidencias sobre esos procesos y se difundieron entre los profesionales del Servicio y Médicos Residentes. Para la difusión se utilizaron recursos tecnológicos basados en mensajería instantánea, aplicaciones y almacenamiento en nubes de acceso rápido tanto desde Pc como Smartphone.

Después de más de un año de la puesta en marcha se objetivaron los siguientes resultados: Con respecto a la Antibioterapia disminuyó en general el gasto farmacéutico intrahospitalario den antibióticos del servicio, así como el uso de antibióticos restringidos. Esos mismos efectos se produjeron en la atención a procesos neumónicos a lo que se unió un descenso de ingresos por esta causa. Con respecto a la Cefalea y los Síncopes disminuyeron drásticamente tanto el ingreso en Observación como los estudios complementarios, sobre todo TAC Craneal en más de un 90% en el caso de los síncopes. Disminuyeron el número de ingresos en Observación y horas de estancia en ésta de los pacientes epilépticos. Y descendieron los Ingresos por Trombosis Venosa Profunda en más de un 95%. No se apreciaron cambios en lo que se refiere a Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, en mareos y Neutropenia Febril.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 488

TÍTULO: PARTICIPACIÓN DEL TÉCNICO EN FARMACIA EN LA MEJORA DEL CONTROL DE LA ANTICOAGULACIÓN CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K

AUTORES: SANCHEZ GOMEZ, ERNESTO.; NAVARRO MORO, I.; LOPEZ MANCHA, MT.; GARCIA TORREJON, M.; MESA MARTOS, M.; BOCANEGRA MARTIN, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El estricto control de la anticoagulación oral con antagonistas de la vitamina K es un punto clave para conseguir balancear la eficacia y seguridad del fármaco frente a los riesgos inherentes a su empleo. En la asistencia hospitalaria el control de la anticoagulación resulta complejo por la multitud de profesionales implicados en su obtención, interpretación y actualización de las pautas de tratamientos establecidas. Dada además la complejidad organizativa que presenta el medio sanitario, la supervisión de la extracción de la muestra en fecha y obtención a tiempo de las recomendaciones del servicio de hematología por un técnico en farmacia podría suponer una mejora en la farmacoterapia.

Valorar el papel del técnico en farmacia en la disminución de incidencias en la obtención de una nueva pauta de recomendación sobre anticoagulación oral con antagonistas de la vitamina k.

Estudio prospectivo, realizado en un complejo hospitalario universitario, de un mes de duración (abril 2016). De forma diaria, un técnico en farmacia accedía a la prescripción electrónica asistida y localizaba los pacientes que tenían en el día de la fecha, control de anticoagulación oral con antagonistas de la vitamina k. Acto seguido, se comprueba en la historia digital si el laboratorio de hematológica ha recibido la muestra y ha validado una pauta nueva, con sus recomendaciones asociadas. En caso de no estar disponible, el técnico en farmacia identifica, con la enfermera del paciente, si ha tenido lugar la obtención de la muestra, y si ésta ha llegado al laboratorio de hematología. De estar disponible la nueva pauta, se entrega al farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria. En caso de imposibilidad de obtención por el técnico en farmacia, se solicita el envío de la pauta a farmacia tan pronto esté disponible, para su informatización inmediata por parte del servicio de farmacia.

Se identificaron 84 pacientes con revisión de la pauta de antagonistas de la vitamina k durante el periodo de hospitalización. En 16 casos (19%) se identificaron mejoras potenciales. En 10 pacientes (12%) se evitaron incidencias reales en la anticoagulación de nuestros pacientes, fueron por los siguientes motivos:

- No extracción de la muestra: 8
- Administración de anticoagulante oral con una pauta obsoleta: 1
- Insuficiente información sobre la pauta de anticoagulación a seguir: 1

En 6 pacientes, pese a no evitar un error, la actuación del técnico en farmacia supuso una confirmación de la necesidad de la extracción de una nueva pauta.

La labor desempeñada por el técnico en farmacia ha permitido evitar demoras en la obtención de nuevas pautas de anticoagulación oral, promoviendo la efectividad y seguridad del tratamiento.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 489

TÍTULO: INDICADORES DE SEGURIDAD LIGADOS A OBJETIVOS INDIVIDUALES EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

AUTORES: GRANADOS MATUTE, ANA EVA.; ESTEPA OSUNA, MJ.; ALCÁZAR RUEDA, E.; BARRERA CHACÓN, JM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La seguridad es un componente esencial del sistema de calidad que debe estar presente en todos los sistemas de gestión. La gestión clínica permite incorporar a los profesionales como parte activa del sistema, en éste sentido, se plantea alcanzar una mejora de resultados en salud de los pacientes que atendemos en nuestra Unidad otorgando a sus profesionales una serie de tareas ligadas a indicadores de seguridad, creando compromiso e implicación activa.

Describir un sistema de control de gestión, dentro de una Unidad Clínica, en el que se asumen compromisos y responsabilidades según competencias, para propiciar resultados clínicos en salud.

Presentación de pacto objetivos ligados a incentivos y distribución de responsabilidades entre los profesionales que componen la UGC de Medicina física y Rehabilitación del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla:

- Monitorización de eventos adversos.
- Notificación de eventos adversos a través de la Intranet corporativa y espacio de la Unidad.
- Establecimiento de Planes de Cuidados individualizados con diagnósticos enfermeros NANDA e intervenciones NIC orientadas a preservar la seguridad del paciente.
- Continuidad de Cuidados.
- Implementación Plan continuidad asistencial mediante seguimiento telefónico
- Seguimiento medidas de discriminación positiva cuidadoras de grandes discapacitados (Evaluación de conocimientos)

Se facilitan herramientas y recursos para la implementación, recogida de datos y seguimiento de objetivos.

El grado de consecución de objetivos por profesional, según acuerdo previo, se presentará con carácter trimestral en el tablón de la Unidad. Este método de exposición de datos lejos de crear mal clima, ha propiciado una mayor implicación de profesionales, una mejor organización del trabajo y una búsqueda continua de áreas de mejora.

Los objetivos de enfermería ligados a incentivos en una Unidad de Gestión Clínica dotan de un mayor sentimiento de pertenencia por parte de los profesionales.

Actualmente se apuesta por el establecimiento de: objetivos estratégicos de resultado clínico así como de un sistema de evaluación normalizada.

La labor relevante de la Unidad de Gestión estriba en esforzarse en que sus resultados clínicos /en salud se vean positivamente mejorados.

Un sistema de gestión de este tipo impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse como pueden mejorarlo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 490

TÍTULO: ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE DERIVACIONES URGENTES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A HOSPITAL

AUTORES: CID PRADOS, ANA.; SÁNCHEZ DIAZ, M.; COSSIO GIL, Y.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La atención primaria juega un papel relevante en la resolución de las urgencias y es un importante filtro en la demanda hospitalaria. No obstante, la frecuentación a los servicios de urgencia hospitalarios se ha incrementado, con el consecuente aumento en los tiempos de espera, la insatisfacción del paciente y la disminución de la calidad asistencial.

La evaluación de la pertinencia y necesidad de las derivaciones debe ser una herramienta de aprendizaje hacia la mejora de cualquier servicio de atención primaria. Esta valoración debe incluir, tanto la calidad de la información como la pertinencia (adecuación) de la derivación

Evaluar la calidad, adecuación y concordancia diagnóstica de las derivaciones desde atención primaria a hospital

Estudio retrospectivo de todas las derivaciones urgentes de adultos (>16 años), hechas desde el centro de atención primaria (CAP Igualada Nord) al Hospital General de Igualada, de enero a junio de 2015.

Se calificó la calidad de derivación como: 1) Buena si contenía antecedentes personales, tratamiento habitual, motivo de consulta (MC), examen físico, orientación diagnóstica y al menos una constante vital registrada. 2) Regular si tenía MC y al menos dos de los ítems anteriores y 3) Deficiente si tenía menos de dos ítems o no tenía motivo de consulta.

Se consideró derivación adecuada si el paciente requirió hospitalización, estuvo en observación >12 horas, o si requirió evaluación por otro especialista diferente al médico de urgencias.

La concordancia diagnóstica se realizó comparando diagnóstico de salida del CAP con diagnóstico de salida del hospital. Dos profesionales sanitarios por separado puntuaron como concordante o no el diagnóstico y en caso de discordancia entre evaluadores se incluía una tercera opinión de un médico experimentado.

Resultados:

Durante el periodo de estudio se realizaron 130 derivaciones. La mediana de edad de los pacientes fue de 63 años (Rango 17 a 93) y 49,2% fueron mujeres. El 50% de las derivaciones fueron por patología cardiovascular (21,4%), oftalmológica (16,8%) y de aparato locomotor (12,2%)

La calidad del informe de derivación fue bueno en 64% de los casos y regular en 36%, no se encontraron informes deficientes.

Según los criterios definidos, se consideró adecuada la derivación en 61.54% de los casos

La concordancia diagnóstica entre CAP y hospital fue de 66.7%

Conclusiones:

Según los criterios establecidos la calidad de las derivaciones (informe, adecuación y concordancia diagnóstica) de nuestro CAP es buena, con margen de mejora. Posiblemente se deban incluir otras variables para definir la adecuación y plantear otros estudios para conocer el motivo de la no concordancia diagnóstica.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 491

TÍTULO: ANÁLISIS DE USABILIDAD DE LOS PROYECTOS MARCO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: HERNANDEZ PASCUAL, MONTSERRAT.; DEL REY GRANADO, Y.; SANZ DEL OSO, JJ.; DOMINGUEZ BIDAGOR, J.; VICENTE DEL HOYO, M.; PASCUAL MARTINEZ, O.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La puesta en marcha de la aplicación EpSalud ha supuesto un impacto relevante para Atención Primaria en el campo de la Educación para la Salud (EpS) permitiendo la normalización y el registro de esta actividad. Contiene un banco de datos centralizado a nivel de Comunidad donde se incorporan los proyectos marco de Educación para la Salud, visible por todos los profesionales, permitiendo la accesibilidad a la documentación de soporte de los Talleres de EpS. Estos proyectos marcos, han de cumplir con unos criterios de elaboración normalizada, con una estructura metodológica óptima de proyecto educativo grupal en salud, siendo aceptados por una Comisión de validación constituida por profesionales expertos en esta materia.

Conocer el grado de usabilidad de la Biblioteca de Proyectos Marco de EpS desde la puesta en marcha de la aplicación EpSALUD como registro único de intervenciones de EpS en Atención Primaria y detectar oportunidades de mejora.

Diseño: Estudio descriptivo transversal tras implantación de herramienta informática. Fuente de información: Aplicación EpSalud. Periodo de evaluación: del 1 enero 2013 al 30 de abril del 2016.Ámbito: Atención Primaria. Alcance: 11.559 profesionales y 6.387.500 ciudadanos.

Variables de análisis: número de proyectos de marco, tipos proyectos, área temática abordada, nº de grupos creados a partir de los proyectos marco, , nº de C.S, nº profesionales participantes y nº de ciudadanos incluidos en los grupos.

Análisis descriptivo de las variables presentadas en frecuencias absolutas, relativas y desagregadas por año y CS, lo que facilita la comparación, el cálculo de tendencias y la detección de áreas de mejora.

Contamos con 24 proyectos marco en la Biblioteca de la aplicación Web EpSalud que cumplen el 100% los criterios óptimos de metodología educativa. Se han realizado 1566 grupos de EpS, 2013 (283), 2014 (547), 2015 (505), corte 2016 (219). Los top 10 son: sobre Desayunos saludables (688), Educación maternal (495), Lactancia materna (194), Abordaje del dolor crónico (47), Cuidar la espalda (22), Promoción de hábitos saludables (18), Prevención del deterioro cognitivo (16), Sexualidad y prevención de ITS (13), Ejercicio en el mayor frágil (10), EPOC (6). El nº de centros de salud participantes, 2013 (89), 2014 (115), 2015 (111), corte 2016 (86). 4444 profesionales participaron en los grupos, 2013 (804), 2014 (1444), 2015 (1386), 2016 (788). Un total de 13304 ciudadanos han recibido esta intervención, 2013 (2412), 2014 (5150), 2015 (4361), corte 2016 (1243).

Disponer de un Banco de Proyectos Marco permite utilizar metodología validada por expertos.. El uso de los Proyectos marco de EpSalud presenta una tendencia ascendente, . Existe variabilidad en el uso según temática. el 43% de los centros de salud han realizado una intervención educativa con un proyecto marco, detectándose un área de mejora en difusión y comunicación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 492

TÍTULO: LA INTIMIDAD DEL PACIENTE, UN DERECHO GARANTIZADO

AUTORES: MORA BANDERAS, ANA MARÍA.; FUENTES GÓMEZ, V.; BARRIOS GARCÍA, R.; CANCA SÁNCHEZ, JC.; MORALES FERNÁNDEZ, MA.; SEPÇULVEDA SÁNCHEZ, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El derecho a la intimidad debe ser preservado, desde la confidencialidad de la información a la protección de la intimidad personal. Se requiere ofrecer una asistencia personalizada que promueva la coordinación y continuidad del cuidado según las necesidades, hábitos, creencias y valores de la persona y de su entorno. Nuestra organización cuenta con un Plan de personalización de la asistencia, se hace por tanto necesario, evaluar su grado de cumplimiento

Evaluar el nivel de adherencia a las medidas de protección de la intimidad y confidencialidad de la asistencia

Se ha realizado una autoauditoría con 55 observaciones en 9 unidades de hospitalización de adultos, pediatría y neonatos. Se diseñó una parrilla de recogida con 17 ítems que incorpora aspectos de evaluación relacionados con la estructura, cartelería, uso de historia clínica, asignación de profesionales, acogida, etc. Además de un campo abierto para que los profesionales expongan qué medidas consideran ya consolidadas y cuáles requieren de refuerzo

El promedio de cumplimiento de los estándares evaluados fue del 86,56% siendo los ítems mejor valorados los relacionados con el uso de medidas de barrera (cortinas, biombo) y las restricciones de visitas solicitadas, con el 100% de cumplimiento. Los peor valorados, el uso de la cartelería de aviso de entrada (47,27%), la información a pacientes en salas específicas (76,36%), accesibilidad de visitas a la sala de espera con más de dos visitantes (78,18%), asignación auxiliar-enfermera (69,9%), custodia de la documentación en transferencias (77,27%) entrega del plan de acogida (79,9%). El resto de los ítems se encuentra en niveles de cumplimiento superiores al 80%.

Se identificaron 9 medidas instauradas y consolidadas para mejorar la intimidad durante las pruebas diagnósticas y terapéuticas y exploraciones físicas, 4 para la higiene de la persona, 5 para procedimientos prequirúrgicos y 5 relacionadas con el desarrollo de la práctica docente y formación. Se identificaron 8 medidas que requieren seguir reforzándose relacionadas con la información a pacientes, mejora de recursos y gestión de horarios del servicio.

Este Plan tiene un alto nivel de cumplimiento y ha permitido un mejor control de los aspectos de intimidad y confidencialidad en los servicios con una implicación directa de los profesionales que son los que han identificado las deficiencias y planteado las mejoras que deben ser incorporadas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 493

TÍTULO: ¿COMO REPERCUTE UNA IDENTIFICACIÓN CORRECTA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?

AUTORES: MORA BANDERAS, ANA MARÍA.; MOYA SUÁREZ, AB.; ALCALÁ GUTIERREZ, P.; GONZÁLEZ CRUZ, I.; HIGUERO MACIAS, JC.; MEDINA LÓPEZ, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La identificación inequívoca del paciente como medida de prevención para evitar errores durante la asistencia sanitaria es una de las primeras recomendaciones dadas por los organismos internacionales. La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) informa de que la identificación incorrecta del paciente produce un 13% de los errores médicos en cirugía y un 67% de los errores en las transfusiones. Este procedimiento ya está establecido en muchos centros, pero para que se convierta en un mecanismo real de barrera debe ser incorporado como parte de nuestra actividad diaria y se debe mantener un sistema de evaluación de su cumplimiento y del impacto real en la asistencia.

Evaluar el nivel de adherencia al procedimiento de identificación de pacientes.

Evaluación del nivel de cumplimiento de este procedimiento entre 2013-2015 a través de auditorias que incluyen observación directa y entrevista al paciente, donde se constata que éste porta pulsera en correcto estado y que conoce el motivo de la misma, así como, que se realizan las verificaciones según procedimiento. Para medir su impacto se avalúa el nº de eventos adversos que tengan como factor causal un error de identificación.

Total de pacientes evaluados (1948), entrevistados (1743). Portan pulsera 96 % (2013) 99,54% (2014) y 95,3% en 2015. Portan pulsera y sólo se verifica que la tienen 8,7% (2013), 4,28% (2014) 13,5% (2015). Se verifica sólo nombre y apellidos 20,7% (2013) 16,21% (2014), 11,4% (2015). Se cumple procedimiento con nombre apellidos y fecha de nacimiento 70,6% (2013), 79,51% (2014) y 75,1% (2015). Pacientes que conocen la importancia de su identificación 72,6 % (2013). 79,25% (2014) y 90,9% (2015). Tienen esta información a través de los profesionales 27,05% (2013), 52,87% (2014), 71,8% en 2015, los pacientes que intuyen el objetivo sin haber sido informado por los profesionales son del 72,95% (2013), 47,13% (2014) y 28,2% (2015). Con respecto a las notificaciones por errores de identificación fueron 31 (2013) 32 (2014) y 15 (2015) respectivamente.

El procedimiento de identificación de pacientes está consolidado en el HCS. La verificación correcta con los dos identificadores validados requiere seguir siendo reforzado aunque se mantiene en altos niveles de cumplimiento. En el último año se ha reforzado la información al paciente por parte de los profesionales del objetivo de este procedimiento incorporándolo de forma activa en este proceso. El número de eventos declarados por este motivo ha descendido prácticamente a la mitad en el último año. ¿Estará actuando como factor contribuyente a este descenso el conocimiento e implicación del paciente?.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 494

TÍTULO: GESTIÓN Y OPTIMIZACIÓN DE LA DOSIS EN EXPLORACIONES RADIOLÓGICAS: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES: PIÑAS FORCADELL, MONTSERRAT.; ARIÑO OLIVER, J.; ABREU DE CON, JA.; MAÑA ESCUDE, G.; BIENDICHO SOLANS, P.; ARTIGUES PEDROLA, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La evidencia científica sobre los efectos adversos de la radiación a bajas dosis y el aumento espectacular de las exploraciones radiológicas en los últimos años obliga legal y éticamente a establecer mecanismos para minimizar las dosis impartidas y aumentar así la seguridad del paciente

La Directiva Europea 2013/59/EURATOM, pone énfasis en la optimización de la dosis: "Los estados miembros velarán por que todas las dosis debidas a exposiciones médicas con fines de diagnóstico radiológico, radiología intervencionista, planificación, guía y verificación se mantengan lo más bajas que sea razonablemente posible, para que pueda obtenerse la información médica requerida, teniendo en cuenta factores sociales y económicos"

- Adecuar al máximo los procedimientos de exploración, minimizar la dosis a paciente y asegurar la calidad de imagen diagnóstica
- Implicar a todo el personal en la mejora de los procedimientos y establecer dinámicas de trabajo apropiadas
- Selección de las técnicas de irradiación a valorar y realización de estimaciones estadísticas de dosis a paciente para su comparación con referencias internacionales
- Estudio de la variación de dosis en función de la calidad de imagen diagnóstica requerida
- Realización de un control semanal de calidad de imagen en mamografía para asegurar su estabilidad
- Se utilizan maniqués de control de calidad de imagen específicos para cada equipo y sistemas de medida de dosis calibrados
- Formación específica en PR al personal del Servicio de Radiología
- Aumentar el 9% de dosis para una disminución del 4% en ruido en técnica de abdomen en TC mejora el aspecto de la imagen pero no implica un aumento de la capacidad diagnóstica, por tanto no se debe subir dosis
- TC técnica de abdomen(P75):CTDIvol(indice relacionado con la dosis que recibe el paciente)47% inferior al valor más común europeo y DLP(producto del CTDIvol por la longitud de exploración)32%
- TC técnica de tórax (P75):CTDIvol 24% superior al valor más común europeo y DLP 2.4% superior
- TC técnica de cráneo (P75):CTDIvol 1.5% superior al valor más común europeo y DLP 2.1 superior
- La dosis a entrada de paciente en exploraciones convencionales es, en el peor de los casos, un 49% inferior al P75 más común en la Unión Europea
- En la valoración de exploraciones fluoroscópicas de TEGD se han obtenido tiempos de exploración y de dosis(DAP) más de un 50% inferiores a los valores de referencia europeos

CONCLUSIONES

La evaluación sistemática de la dosis a paciente y calidad de imagen de los equipos de RX junto con la colaboración y formación del personal que interviene en el proceso proporciona una mejora de la seguridad clínica a través de la identificación de aquellos aspectos en los que es posible reducir dosis sin menoscabo de la capacidad diagnóstica. Esto permite:

- Establecer el estado de referencia
- Determinar prioridades de actuación
- Modificar las técnicas si procede
- Actuar en caso de variación temporal del binomio dosis/calidad de imagen

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 495

TÍTULO: MAPA MENTAL DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

AUTORES: FUENTES GÓMEZ, VICTOR.; MORA BANDERAS, AM.; PÉREZ TRUEBA, E.; GARRIDO SILES, M.; VERJANO SÁNCHEZ, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los sistemas de notificación de eventos adversos (EA) y sus flujos de información así como las actuaciones que de ellos se deriven pueden ser difíciles de percibir por el personal asistencial. Los mapas mentales pueden ayudarnos a proporcionar mensajes clave, fácilmente asimilables, que permitan transmitir la importancia de este sistema en las organizaciones.

Mapa mental del circuito de notificación y gestión de eventos adversos de la ASCS como herramienta de información.

Partiendo de un sistema consolidado de notificación de EA en nuestra organización se transcribe en este abstract lo que representamos en un mapa mental. En 2009 se crea el registro interno informatizado. Cada notificación es revisada por la U. Calidad y tipificada como EA si procede. Se incorpora un feed back directo del evento que es reenviado a los servicios responsables en el mismo acto. Los EA que no requieren de análisis sólo generan una respuesta del servicio. Si requiere de análisis específico, se establece, en un plazo inferior a una semana, un equipo de trabajo con el soporte estructural y metodológico de la U de Calidad adaptado al tipo de análisis. Los resultados del mismo y el plan de intervención se dan a conocer a los servicios implicados de forma particular o en sesión general. Aquel evento que por sus características ha adquirido rango de alerta para difundir, se publicitan a través de un banner en el apartado de Seguridad de la Intranet del centro para garantizar su conocimiento por toda la organización.

Mapa mental del circuito de notificaciones y gestión de eventos adversos de la Organización.

Nuestro Mapa mental nos permite reflejar la consolidación de un circuito cerrado que ha potenciado la notificación por parte de los servicios y un feed back rápido y efectivo y la estructuración de las distintas herramientas de comunicación adaptadas al tipo de evento. Queda pendiente valorar la respuesta de los profesionales sanitarios perciben la idea intuitivamente que queremos mostrarles.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 496

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA COBERTURA VACUNAL INFANTIL EN UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: DE CRISTINO ESPINAR, MARISOL.; PEREZ DIAZ, MM.; OLAYA CARO, I.; JIMENEZ GARCIA, C.; LÁZARO MÁRMOL, JA.; CAMACHO BUENOSVINOS, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los registros de vacunación son herramientas imprescindibles que garantizan la continuidad del calendario de vacunación de cada niño así como el conocimiento y seguimiento de las coberturas vacunales en las diferentes cohortes. En nuestra CCAA, el módulo de vacunas de Diraya puede explotarse de forma numérica a través de diábaco, de forma que el indicador definitivo puede calcularse usando como denominador el dato aportado por diábaco o bien el obtenido a partir de la explotación de la Base de Datos de usuarios (BDU). La decisión de usar como denominador la BDU o los datos de diábaco correspondía a los distritos, por lo que las coberturas no eran comparables. Con objeto de garantizar una medición homogénea en el conjunto del SSPA y a fin de conocer con mayor precisión la situación epidemiológica de las enfermedades vacunables y sus coberturas los SSAA decidieron en 2013 que las coberturas vacunales serían calculadas a nivel central y la fuente común para la gestión y captación de niños mal vacunados sería la de los listados de niños mal vacunados obtenidos de forma centralizada

Conocer la efectividad de una estrategia de captación de niños mal vacunados para aumentar la tasa de cobertura en niños de 0 a 3 años adscritos al SSPA del distrito XY. Identificar las causas que condicionan el no cumplimiento del calendario vacunal

Estudio descriptivo pre_post intervención sin grupo control. Atención Primaria. Distrito XY formado por 13 centros de salud urbanos 6 periurbanos y 24 rurales. Participantes. Cohortes de niños 2011, 2014 y 2015 mal vacunados para su edad. Previamente a la intervención se tratan los listados originales a fin de obtener los mismos por centro y se analiza el estado vacunal de todos los niños sujetos de estudio posteriormente son identificados los niños mal vacunados a los que se les aplica el Plan de Captación. La estrategia de intervención consiste en una búsqueda activa de niños que no cumplen con el calendario vacunal, una captación a través de interacción con la familia, contacto social y con guarderías, identificar las causas de no vacunación y proceder a la vacunación correspondiente con la autorización de los padres

Los valores de coberturas vacunables para los diferentes indicadores mejoraron ostensiblemente tras la intervención tanto en 2014 como en 2015 se paso de coberturas de vacunación completa de un 87,50% al inicio del año a un 97,10 % en 2014 y den un 89,5% a un 97,9% en 2015. Respecto a la 2º TV, en 2014 se paso de un 91,10% a un 97,80% y de un 91,8% a un 98,55% en 2015 en 2015

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 498

TÍTULO: OBSERVAR PARA MEJORAR: MEJORAR EL CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS A TRAVÉS DE LA OBSERVACIÓN EN NUESTRO HOSPITAL

AUTORES: REYES CINTAS, FRANCISCA.; RUIZ ROMERA, P.; PINAR GARCÍA, ME.; SÁNCHEZ REYES, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La higiene de manos es la medida más efectiva para prevenir la infección asociada a los cuidados sanitarios

- Conocer si los profesionales realizan o no una adecuada higiene de manos en los momentos en los que está indicada
- Saber que productos se utilizan(jabón o solución hidroalcohólica), el uso de guantes y si la técnica de higiene de manos es correcta

MATERIAL

Tableta digital

Aplicación informática OBSERVE ANALYTICS

Formulario de observación: categoría profesional, observación, indicación, acción

MÉTODO

Realizamos la observación de higiene de manos mediante la aplicación OBSERVE. Permite realizar sesiones de observación de forma fácil y rápida. Esta aplicación está basada en el formulario observacional de la OMS, que permite la toma de datos a tiempo real y un análisis automático del cumplimiento.

El periodo de estudio fue el año 2015.

RESULTADOS

Varios estudios publicados avalan que la estrategia más efectiva documentada es el método de observación directa y feedback inmediato logrando incrementos de cumplimiento de entre el 10% y el 36%

- Oportunidades observadas: 933
- Profesionales observados: 710
- Observaciones realizadas por Unidad: 8

En el cumplimiento global de higiene de manos estamos por encima de la media de hospitales que usan la herramienta OBSERVE

Cumplimiento global del hospital: 61.09%

Comparativa punto de referencia(resto de hospitales): 59.18%

Dentro de los grupos profesionales, el de mayor cumplimiento es el de profesionales de enfermería con un 72%. Ha aumentado con respecto a los datos del año anterior(67%). Y es más alta con respecto a la comparativa del punto de referencia (64%)

En algunas unidades, cuando se ha realizado la observación había poca actividad y las pocas observaciones realizadas pueden sesgar el porcentaje de cumplimiento de esa Unidad.

En 2015 ha aumentado el gasto de solución hidroalcohólica un 6.1%. En el total de Hospital el incremento ha sido del 12.5%

CONCLUSIONES

La evidencia científica demuestra que una de las principales causas de no cumplimiento de higiene de manos es la baja presencia de productos para la desinfección de manos en los puntos de atención al paciente.

Por ello, nuestro Hospital consta de la infraestructura necesaria para realizar una correcta higiene de manos de acuerdo con los cinco momentos.

Para asegurar el éxito de la estrategia contamos con el apoyo explícito de los mandos Directivos y el compromiso e implicación de todos los estamentos del centro

Los beneficios que puede reportar una promoción eficaz de higiene de manos superan enormemente sus costes, convirtiéndola en una medida a apoyar y promover

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 499

TÍTULO: ANÁLISIS DE LA ESTANCIA MEDIA OBSERVADA A PARTIR DE LA ESTANCIA MEDIA ESPERADA

AUTORES: CAÑELLAS REVERTE, NATIVIDAD.; SOLA MIRAVETE, E.; BERENGUER POBLET, M.; ORTI LLAVERIA, A.; ESTEVE BELLOCH, P.; FAIGES BORRAS, MJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Una medida esencial en la búsqueda de la eficiencia hospitalaria es evitar estancias inadecuadas. Una utilización inadecuada de la hospitalización tiene previsiblemente una importante repercusión sobre los costos y también sobre la calidad de la asistencia, la prolongación de la estancia hospitalaria representa una innecesaria exposición a los efectos adversos de la asistencia hospitalaria

Identificar los servicios con estancias inadecuadas Determinar la proporción de inadecuación de los ingresos y de los días estancia utilizando los criterios del AEP en pacientes egresados de servicios clínicos en el período comprendido

Análisis de la razón de funcionamiento estándar (RFE) a partir del valor del índice de estancias ajustado por riesgo (IEAR): relación Estancia Media observada (EMO_ numerador) en un grupo de pacientes (numerador) con la Estancia Media esperada (EME_ denominador), cuyos valores por encima de 1 denotan mayor número EMO respecto a EME. La identificación de servicios a analizar fue a partir del valor de Impacto* en estancias (diferencia EMO y EME de cada subgrupo de episodios). Período de estudio: estancias 2015.

*El Impacto más útil que la propia RFE para cuantificar el exceso de días consumidos de una determinada unidad de análisis

Valor de IEAR de 1,27, EMO 5,40 > EME 4,24. Los subgrupos identificados con mayor impacto en RFE agrupados por Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) han resultado ser (según análisis de Pareto o regla 80/20) La identificación de los procesos con hospitalizaciones inadecuadas nos permitirá disminuir la variabilidad clínica en estos subgrupos de episodios a partir de la estandarización de la práctica (definición de trayectorias, vías clínicas) y mejorar la calidad de la atención, para finalmente aumentar la eficiencia hospitalaria sin afectar la accesibilidad a los servicios.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 500

TÍTULO: CONTROL MICROBIOLÓGICO DE PROCESOS DE REPROCESAMIENTO DE ENDOSCOPIOS

AUTORES: REYES CINTAS, F.; RUIZ ROMERA, P.; SÁNCHEZ REYES, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El reprocesamiento es el conjunto de pasos necesarios para limpiar, desinfectar y/o esterilizar adecuadamente el endoscopio: prelimpieza, limpieza y desinfección/esterilización.

Los controles microbiológicos no intentan evaluar cada uno de los endoscopios. Se evalúa si hay un número elevado de microorganismos en una muestra de los mismos. La contaminación microbiológica puede ocurrir en los siguientes casos:

- Deficiencias durante el reprocesamiento de los endoscopios:
 - Durante la limpieza de arrastre previa a la desinfección.
 - Fallos en la desinfección.
- Los endoscopios dañados pueden ser fuente de contaminación microbiana. La vigilancia microbiológica es una forma de detectar estos problemas.
- Garantizar una buena calidad asistencial y la seguridad del paciente
- Controlar el correcto reprocesamiento de endoscopios

MATERIAL

Recursos necesarios:

- Personales: dos personas
- Materiales: Guantes estériles, Campo estéril, Jeringas, Suero Fisiológico, 1 frasco estéril, 1 cepillo de endoscopia estéril, Tijera estéril y Pegatina para identificar la muestra.

METODOS

Momento de toma de muestra:

- El lunes. Es el tiempo más largo de almacenado y es el tiempo de elección para el control de infecciones.
- La toma de muestras no interfiere con el uso de los endoscopios.

Periodicidad del muestreo:

Se monitorizan algunos endoscopios ,asegurando la rotación del muestreo para que, a final de año, se hayan controlado todos al menos una vez

Puntos de toma de la muestra:

- Canales del endoscopio
- Superficies externas del endoscopio: solamente en caso de brote
- Agua de lavadora desinfectadora

Toma de muestra:

- Se realizará en campo estéril.
- Persona 1: sostiene el endoscopio colocando el extremo distal en el interior del frasco en el que se recogerá la muestra
- Persona 2: lava cada canal del endoscopio con suero, dejándolo salir por el extremo distal dentro del frasco estéril. Pasa el cepillo estéril por el canal de biopsia hasta que emerja el extremo distal dentro del frasco que contiene la solución que ha pasado por los canales
- Reintroducir el cepillo en el canal de biopsia y cepillar el interior dos o tres veces
- Cuando el cepillo emerge de nuevo por el extremo distal , se corta y se deja dentro de la solución contenida en el frasco.
- Se lava nuevamente el canal de biopsia y se recoge en el mismo frasco. Se cierra, se rotula y se envía al laboratorio con el correspondiente pedido de cultivo

En el primer semestre 2016 se han realizado 24 controles microbiológicos, resultando todos ellos negativos en hongos y bacterias.

La vigilancia microbiológica periódica de los endoscopios es un marcador indirecto de la adecuación de los procesos de limpieza y desinfección, así como una medida de la integridad estructural de los mismos.

Es una medida importante para garantizar la seguridad del paciente y una buena calidad asistencial.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 501

TÍTULO: ANÁLISIS DEL TIEMPO DE ESPERA SUBJETIVO Y OBJETIVO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES: JOVÉ EDO, M.NEUS.; RALLO MOYA, MJ.; ADELL URRACA, J.; MARTÍNEZ SEGURA, E.; MARCH PALLARES, G.; SANTAMARIA LAFARGA, .

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En el hospital de Tortosa Verge de la Cinta se utiliza el sistema de triaje MAT/SET que clasifica al paciente en cinco niveles, de más a menos urgent

Analizar los indicadores de tiempo de espera en urgencias relacionados con la complejidad y compararlo con la percepción del usuario sobre la espera para ser atendido. Conocer los niveles de triaje y motivo de urgencia de los pacientes que han reclamado por demora Comprobar que la respuesta a la reclamación se haya realizado según tiempo establecido.

Análisis retrospectivo de las reclamaciones recibidas durante el año 2015 y los indicadores de accesibilidad a urgencias. Periodo: 2015. Fuentes de información: 1. Aplicación de registro de reclamaciones del CatSalut, Unidad de Atención al Usuario; 2. Revisión de historias clínicas, historia clínica informatizada SAP; 3. Aplicación BI Argos explotación datos cuadro de mando indicadores urgencias Se clasificaron el total de reclamaciones del centro por proceso clave y motivo según los 6 ítems establecidos por CatSalut: entre todas se seleccionó el campo motivo demora / tiempo espera. De las reclamaciones se analizaron los niveles de triaje y los tiempos de espera, mediante la revisión de historias. Por último, se analizaron las respuestas a las reclamaciones

Total reclamaciones en el centro: 912. Total reclamaciones del servicio de urgencias 40 (4.30%), de estas las reclamaciones por demora/espera en urgencias fueron 19 (47,5%); sobre el total de 42623 de visitas durante 2015 representa un 0,093% de reclamaciones. Según nivel de urgencia: nivel 3 Urgente 12 reclamaciones, nivel 4 Menos urgente 7. Destino al alta de estos pacientes: domicilio 14 (73,68%), ingreso 2 (10,52%), fuga 1 (5,2%), derivación otro centro 1 (5,2%). Media de espera por nivel de triaje: nivel 3 urgente entrada vs triaje 10'56", ini.asist. 1h 39', nivel 4 menos urgente vs triaje 15'42", ini. asist. 1h.15' El total de reclamaciones del servicio no es significativo respecto al total de reclamaciones del centro. De las reclamaciones de urgencias el 47'5% han sido por tiempo de espera/demora. No hay reclamaciones por demora en los niveles de más urgencia. Los tiempos analizados entran en parámetros de estándar. Parece que la percepción del paciente no se ajusta a la espera real y a la gravedad de la urgencia. Desde la comisión de calidad y seguridad del paciente, se decidió como acciones de mejora: dar información del sistema de clasificación a la entrada de urgencia, informar del tiempo de espera estimado según niveles (pantallas sala de espera, dípticos informativos y web) introducir la reevaluaciones del triaje por niveles; promover la utilización de los servicios de urgencias de atención primaria entre los usuarios de urgencias de niveles 4 y 5 menos urgentes. El 75% de los pacientes son atendidos en un tiempo inferior a 10' y el 95% en menos de 15', aquí encontramos otro margen de mejora en el que de momento se ha decidido hacer formación a los profesionales del servicio.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 502

TÍTULO: HOSPITAL DE DÍA MÉDICO POLIVALENTE COMO ALTERNATIVA A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL

AUTORES: FORJA PAJARES, FERNANDO.; GÓMEZ RODRÍGUEZ, F.; DELGADO MORENO, S.; EGIDO AMBROSY, J.; CORADA FERNÁNDEZ, M.; PEREIRO HERNÁNDEZ, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El hospital de día es una alternativa a la hospitalización, que mejora la accesibilidad y confort del paciente, evitando ingresos. Existen escasos análisis sobre la eficacia del hospital de día médico polivalente (HDMP) en la evitación de hospitalizaciones.

Analizar los ingresos y estancias evitadas por el HDMP de un hospital universitario de especialidades.

Estudio observacional prospectivo de los pacientes estudiados y/o tratados en el HDMP de un hospital universitario de especialidades durante 4 años.

Se han atendido 47354 pacientes, realizándose 11571 procedimientos y 31054 tratamientos i.v. La consulta de orientación diagnóstica de Medicina Interna del HDMP recibió 7359 consultas telefónicas. Las consultas de atención prioritaria del HDMP realizaron 22865 visitas en 10807 pacientes. Los motivos de consulta más frecuentes fueron la anemia (15,7%) y los síntomas constitucionales (15,0%). Tras la primera visita, el 20,8% de los casos son dados de alta y menos de un 3% son ingresados. La patología diagnosticada con mayor frecuencia es la neoplásica (25,6%). En el 24,3% de los casos se evitó la hospitalización, con una disminución del 17,0% en la necesidad de camas (11,6% en la unidad de Medicina Interna). Más de la cuarta parte de las camas liberadas se generan por pacientes con neoplasias (26,3%). Disminuyeron la estancia media (6,1%), los reingresos a 30 días (12,5%), los reingresos a 90 días (10,2%), y los ingresos no adecuados (20,9%).

Conclusión: Con este tipo de HDMP se observa una mejora de la eficiencia asistencial, liberándose camas hospitalarias mediante la reducción de ingresos, ingresos no adecuados y re-ingresos precoces, con elevado nivel de satisfacción de los usuarios (pacientes y profesionales).

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 503

TÍTULO: SISTEMATIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

AUTORES: PURRIÑOS-HERMIDA, MJ.; MARTÍN-RODRÍGUEZ, MD.; HERVADA-VIDAL, X.; PAIS-IGLESIAS, B.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Aunque hasta el momento no se ha establecido en nuestra Comunidad Autónoma un Sistema de Vigilancia de Enterobacterias Productoras de Carbapenemasas (EPC), sabemos que son numerosos los hospitales de nuestra Comunidad que tuvieron/tienen pacientes con EPC, brotes, e incluso que hubo transmisión de EPC entre hospitales de nuestra Comunidad y de otras Comunidades Autónomas. Por este motivo decidimos elaborar una guía para la prevención y control de EPC en los hospitales y otra para los centros sociosanitarios y establecer un registro de EPC

Facilitar la elaboración del Plan de control de EPC en los hospitales de la Comunidad y favorecer la detección rápida de pacientes infectados o colonizados con EPC mediante el intercambio de información entre hospitales y residencias sociosanitarias. Mejorar el control de los pacientes colonizados en los centros sociosanitarios, evitando la transmisión de EPC a otros residentes y facilitar el retorno de estos pacientes una vez son alta en el hospital

Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar coordinado por dos subdirecciones generales transversales, Salud Pública, dependiente de la Consejería, y Atención al Ciudadano y Calidad, dependiente del Servicio de Salud.

En el grupo participan: especialistas en microbiología, medicina preventiva y salud pública, internistas especialistas en enfermedades infecciosas, médicos de urgencias, especialistas en cuidados críticos, farmacéuticos (15)

Consenso y aprobación de objetivos, tareas y cronograma

Análisis de situación

Revisión de la evidencia.

Elaboración de contenidos

Consenso de contenidos y redacción de las guías

Revisión y aportaciones para la mejora

Aprobación de las guías.

Publicación de las guías.

Difusión de las guías.

Implementación.

Publicación de la Guía Control EPC Hospitales en febrero 2016 y la Guía para centros Sociosanitarios en abril 2016

Presentación a Gerentes de EOXI febrero 2016. Solicitud aportaciones para la mejora

Formación de grupos multidisciplinarios control EPC en las EOXI abril 2016

Elaboración Plan Control EPC Hospitales, en desarrollo

Diseño, desarrollo e implementación del registro de EPC de la Comunidad, en desarrollo

Presentación guía EPC Hospitales a responsables de Hospitales Privados. Abril 2016

Presentación Guía EPC C. Sociosanitarios a la Consejería de Bienestar. Solicitud de aportaciones para la mejora. Mayo 2016

Planificación de la formación de profesionales sanitarios y personal no sanitario de Hospitales y C. Sociosanitarios: acciones formativas presenciales y online. Mayo 2016

La elaboración de las guías ha sido muy bien valorada por los profesionales sanitarios de los hospitales y por los responsables de los centros sociosanitarios. Se identifica como dificultad para su implantación en los c. sociosanitarios la necesidad de impartir formación presencial al personal no sanitario y la disponibilidad de los recursos necesarios para implementar las medidas de contacto.

Se identifica la necesidad de elaborar una guía para A.P.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 504

TÍTULO: DISEÑO DE WEB EMOCIONAL PARA LA NUEVA WEB DE LA ESCUELA GALLEGA DE SALUD PARA CIUDADANOS

AUTORES: CID ALVAREZ, SOL.; FIUZA BARREIRO, B.; GARCIA CEPEDA, B.; MARTIN RODRIGUEZ, D.; PAIS IGLESIAS, B.; RODRIGUEZ PEREZ, B.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En 2009 se crea la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos con los objetivos de Orientar el Sistema hacia el ciudadano y Educar en salud.

Con actividades: presenciales, y telemáticas a través de una web específica.

Esta resultó ser funcional y usable pero no conseguía atraer al usuario.

El equipo se plantea mejorar el diseño para conseguir una web amigable, una web emocional.

Mejorar la navegabilidad de la página.

Aumentar las visitas.

Mejorar el acceso a los contenidos participativos.

Disminuir las demandas telefónicas por dificultad de acceso.

La estrategia utilizada: Diseño emocional (Donald Norman) para el diseño de web emocional, con el fin de transformar esta en amigable.

Se abordaron los tres niveles de diseño:

1. Visceral, basado en los procesos psicológicos del individuo.

Percepción intuitiva: mediante iconos con bordes suaves y curvos, evitando aristas y esquinas en punta. Armonía de formas, colores corporativos y de gamas suaves.

Mejorando la apariencia de las imágenes.

2. Conductual, con respecto a su funcionalidad y usabilidad.

Se desarrolló una web sencilla y fácil de navegar; gramática hipertextual.

Duplicado de enlaces, permitiendo así acceder a la misma página objetivo a partir de varios puntos.

Fuentes tipográficas sin serifas para mejorar la lectura, textos cortos y concisos.

3. Reflexivo: Se utilizó la asociación de lo conocido.

Dibujos y formas simplificadas, iconografías, familiares para el usuario, modificadas con signos de animación.

Imágenes fotográficas de usuarios y formadores de la Escuela como vínculo emocional con la Escuela.

Gestión propia de contenidos a tiempo real.

Presencia de las actividades de asociaciones: galas benéficas, festivales ...

Se midió el número de visitas con el servicio de Google Analytics.

Para evaluar la usabilidad, se tuvo en cuenta los testimonios recogidos directamente de los propios usuarios.

El número de visitas, de visitante único, a través del servicio de Google Analytics para 15 diciembre-31 marzo, ha sido de 13.966. Este dato no es posible compararlo debido a que el sistema de explotación que se venía utilizando en la anterior web era diferente.

Testimonios de usuarios: agradable, fácil y sencilla de usar.

Se ha constatado un descenso del número de llamadas telefónicas, con el motivo de presentar dificultad en la usabilidad y funcionalidad de la página, y han aumentado aquellas para proponer contenidos y aportaciones.

Las asociaciones de pacientes envían sus novedades y campañas. Así mismo se han recibido felicitaciones y agradecimientos por los cambios realizados desde estas.

Conclusiones:

Los contenidos de calidad favorecen la permanencia, pero la emoción es la que atrae, y hace deseable la navegación.

Las páginas más vistas de primera intención, son las que requieren mayor participación de los usuarios: cursos presenciales y online. El usuario en consecuencia es más participativo.

La web emocional proporciona un sentimiento de confianza que atrae al usuario.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 505

TÍTULO: INFORMAR, ENTENDER, SABER INTERPRETAR: EL PROCESO DE EMPODERAR AL PACIENTE

AUTORES: MORENO RODRIGUEZ, ROSA MARIA.; PEREZ CASTELLS, EM.; HERNANDO DE LOS MOZOS, CA.; SERRANO HERRANZ, AN.; ALGUACIL PAU, AI.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El paciente crónico tiene que ser parte activa en el cuidado de su enfermedad. Educar en autocuidados al paciente crónico y a sus cuidadores de forma que conozcan la enfermedad y los hábitos y conductas que les permitan mejorar el estado de salud, es una potente herramienta para mejorar los resultados en salud y el uso de los servicios sanitarios. Para empoderar al paciente hay que darle información sobre su enfermedad, que además es un derecho y una necesidad. La información debe ser pertinente, estar accesible, controlada y debe cumplir criterios científicos. Para ello se constituye el Grupo Técnico de Coordinación de la Información en nuestro centro

Mejorar el acceso a la información al paciente, haciéndola personalizada, clara, comprensible, relevante, fiable, actualizada, veraz y basada en la evidencia científica para ayudar al paciente en el cuidado de su salud

En noviembre de 2014 se crea el Grupo Técnico de Coordinación de la Información cuya misión es valorar y coordinar la información sanitaria dirigida al paciente y cuidadores, aportando las mejoras que consideren necesarias antes de su difusión. Para ello, se elabora un reglamento, unos criterios de valoración, un procedimiento normalizado de trabajo, un espacio en la intranet y una base de datos de documentación. Se recopila todo el material informativo en cualquier soporte propuesto por los diferentes agentes (profesionales, servicios, instituciones, sociedades, asociaciones o empresas) que se entregan a pacientes y cuidadores en los distintos puntos de atención y se evalúan conforme a los criterios establecidos (pertinencia, claridad, comprensión, evidencia científica, no uso de marcas). La evaluación científica la hace un médico y/o enfermera y la comprensión y claridad un administrativo que evalúa con ojos de paciente, todos ellos miembros de la Unidad de calidad. Si el dictamen es favorable, se da formato institucional por la Unidad de Diseño Gráfico y se difunde a través de la intranet. Si es desfavorable se coordina con los distintos agentes implicados las modificaciones que requiere el contenido para llegar a acuerdos conforme a la evidencia científica. Todos los documentos aprobados y difundidos se incorporan a la base de datos

Se ha emitido informe favorable de 164 documentos informativos y 73 documentos de preparación de pruebas, todos difundidos en la intranet para difundir. Un paciente empoderado tiene capacidad para decidir, satisfacer sus necesidades y resolver problemas. Los pacientes han de disponer de las nociones suficientes para entender la enfermedad y su tratamiento. Corresponde a los profesionales sanitarios transferir los conocimientos y las habilidades para que el paciente sea capaz de escoger entre las opciones que tiene al alcance y actuar en consecuencia. Para ello debemos adaptar la información científica a un lenguaje comprensible y aportar conocimiento actualizado y fiable que tenga en cuenta las necesidades del paciente y le ayude en su autocuidado.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 506

TÍTULO: DETECCIÓN DE NECESIDADES PARA GESTIONAR LA TRANSMISIÓN DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UN HOSPITAL DE CUIDADOS CRÓNICOS

AUTORES: MERINO PLAZA, MJ.; RODRIGO BARTUAL, V.; BOZA CERVILLA, M.; GÓMEZ PAJARES, F.; ANDRÉS SOLER, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En hospitales de media larga estancia un alto porcentaje de los pacientes desarrolla infecciones nosocomiales (IN) por microorganismos multirresistentes (MOMR) que requieren adoptar medidas preventivas. Conocer su magnitud es indispensable para planificar la oferta asistencial.

Calcular la incidencia de IN producida por MOMR.

Evaluar la adecuación de las medidas adoptadas para prevenir su transmisión.

Estimar el número de habitaciones individuales necesarias para cumplir las recomendaciones de aislamiento.

Estudio prospectivo de cohortes. A partir del registro del servicio de Medicina Preventiva, se recopilaron los datos referentes al primer episodio de infección por MOMR y las medidas preventivas adoptadas según las recomendaciones consensuadas en la Comisión de Infección Hospitalaria y Política Antibiótica.

Se recogió información sobre MOMR, localización, centro de origen y tipo de medida preventiva adoptada (ninguna, aislamiento o precauciones).

Se describieron todas las variables mencionadas mediante las técnicas estadísticas habituales. Seguidamente se estimó el número de camas que serían necesarias para poder adoptar las medidas adecuadas.

El índice de ocupación del centro durante el año 2015 fue del 96,1%, con un total de 731 ingresos y 49.069 estancias. La estancia media fue de 67,13 días. Durante este periodo se registraron 165 episodios de infección por MOMR en 129 pacientes.

La incidencia acumulada (IA) de pacientes infectados fue 17,6 % y la de infecciones 22,5%. La densidad de incidencia (DI) de infecciones fue de 3,3‰ estancias.

Los microorganismos más frecuentemente aislados fueron enterobacterias productoras de betalactamasas: 52 (31,3%), SARM: 36 (21,7%) y Pseudomonas aeruginosa: 33 (19,9%).

Sus localizaciones más frecuentes fueron tracto urinario: 58 infecciones (34,9%), IA 7,9%, DI 1,2‰; tracto respiratorio: 40 (24,1%), IA 5,4%, DI 0,8‰ y úlceras cutáneas: 36 (21,7%), IA 4,9%, DI 0,7‰.

La infección se originó en el propio centro en 120 casos (72,3%).

Únicamente se aislaron 58 (34,9%) de los episodios, cuya mediana de duración fue de 35 días. Las estimaciones basadas en dicha duración indican que sería necesario disponer anualmente de 126 camas adicionales para poder aislar a todos los pacientes que lo requieran.

En la mayoría de los episodios de infección no se adoptaron las medidas preventivas adecuadas.

Las dificultades para su aplicación se relacionan con la alta demanda de hospitalización en centros de larga estancia.

Dado el elevado riesgo de infección por MOMR que presentan los pacientes que precisan cuidados crónicos, la aplicación de dichas medidas implica revisar las recomendaciones de aislamiento del centro, realizar modificaciones estructurales y planificar actuaciones para conciliar progresivamente oferta, calidad y seguridad asistencial.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 507

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA Y DEL CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS EN UN HOSPITAL DE CUIDADOS CRÓNICOS

AUTORES: ALCALÁ DEL OLMO OLEA, E.; BOZA CERVILLA, M.; RODRIGO BARTUAL, V.; GÓMEZ PAJARES, F.; MARTÍNEZ ASENSI, A.; MARTÍNEZ CAPELLA, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Entre los componentes de la estrategia multimodal de la OMS para la higiene de manos se encuentra la evaluación y retroalimentación de los resultados al personal sanitario. La evaluación proporciona indicadores con los que medir la efectividad de nuestras intervenciones y nos orienta en su planificación. A la vez, la retro-alimentación de los resultados sirve para motivar e implicar a los profesionales en las necesidades de mejora.

Evaluar la adecuación de la técnica y del cumplimiento de la higiene de manos.

Aprovechando la realización de 22 sesiones formativas de una hora de duración en dos meses de 2015, se invitó al personal de cada servicio a realizar higiene de manos con una solución de base alcohólica fluorescente. Se valoró la adecuación la técnica con luz ultravioleta en seis zonas de cada mano: palmas, dorso, dedos, espacio interdigital, pulgar y muñeca. Adicionalmente se recogió información acerca de la categoría profesional, servicio, uso de joyas y lateralidad.

Tres meses después se evaluó el cumplimiento monitorizando acciones, omisiones y uso de guantes en las omisiones, por servicio y estamento. Se utilizaron los formularios de observación directa y de cálculo básico del manual técnico de referencia para la higiene de manos de la OMS.

Posteriormente se informó al personal y se planificó la formación en base a los resultados.

Se describieron todas las variables recogidas mediante cálculo de las frecuencias absolutas y relativas. Seguidamente se estudiaron los factores relacionados con la adecuación de la técnica mediante el test de la Ji cuadrado. Se trabajó con un nivel de confianza del 95%. Para la creación de la base de datos y para su posterior análisis se utilizó SPSS.

Se realizaron 103 observaciones de la técnica.

La técnica se consideró adecuada cuando el número de zonas limpias en ambas manos fue superior a 8. La realizaron adecuadamente 61 profesionales (59,2%).

El análisis bivalente mostró asociación de la adecuación con el servicio ($p < 0,001$) y con el estamento ($p < 0,017$).

Se observaron 205 oportunidades de cumplimiento de higiene de manos.

La media de cumplimiento fue del 39,0%. Por servicios el rango fue de 9,0 a 74,5% y por estamentos de 25,0 a 58,3%.

El uso inadecuado de guantes estuvo presente en el 39,2% de las omisiones de la higiene de manos.

Evaluar la técnica puso de manifiesto su desconocimiento por un amplio sector del personal sanitario. El cumplimiento de la higiene de manos también fue bajo. Estos hechos, unidos al uso inadecuado de guantes orientaron las estrategias formativas a realizar en 2016, priorizando en la comprensión de las causas y consecuencias de la higiene de manos, así como del uso racional de guantes, dedicando mayor atención a las unidades y estamentos que obtuvieron peores resultados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 508

TÍTULO: JORNADA DE EQUIPO ANUAL, COMO ACTIVIDAD IMPULSORA EN EL DESARROLLO PROFESIONAL.

AUTORES: MARTIN LORENTE, ANA MARIA.; MUNIAIN DIAZ DE CERIO, MP; ORIOL COLOMINAS, E.; BARRERA URIARTE, ML.; VIRGILI MARCOS, E.; LANDIN DELGADO, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Senge (1992) analiza las características de las organizaciones que aprenden y les denomina, organizaciones inteligentes. Por otro lado y en opinión de Senge "El aprendizaje individual no garantiza el aprendizaje organizacional, pero no hay aprendizaje organizacional sin aprendizaje individual", por lo que el desarrollo personal y organizacional deben entenderse como complementarios y mutuamente reforzantes.

OBJETIVO PRINCIPAL: Difundir y evaluar objetivos estratégicos al equipo de primaria fuera del entorno habitual de trabajo, balance y enfocar hacia dónde vamos. **OBJETIVOS DE APRENDIZAJE:** 1. Compartir resultados y experiencias desarrolladas en año anterior. 2. Conocer líneas estratégicas del ejercicio actual 3. Participar en el desarrollo de proyectos y acciones para conseguir objetivos propuestos en líneas estratégicas. 4. Poner en valor trabajo en equipo, compartiendo resultados y proyectos. 5. Convivencia de todo el equipo fuera del Centro de Asistencia Primaria, sin tareas asistenciales.

Cursos, ponencias, conferencias y encuestas de satisfacción. Reuniones anuales para diseñar actividad, tras análisis encuestas y detección de necesidades formativas.

3 jornadas y 4 cursos formativos en desarrollo personal desde 2013 a 2016. Conferencias: "Optimismo y Participación", "Trabajo en equipo", "Optimismo Aprendido". 6 Ponencias y Mesas con 24 experiencias: indicadores de salud; Actividades Comunitarias; Actividades asistenciales: Crioterapia -cirugía menor; Fibromiagia; Vacunación población; Atención cronicidad; Implementación programa atención domiciliaria, ecografía atención primaria, consulta cardiología; Infiltraciones; Formación y recerca; Facturación terceros; Mantenimiento; Satisfacción usuarios; Integración tecnología información (Tics); Acreditación en Calidad (departamento de salud); Implementación programa Calidad y seguridad; Experiencia residentes; Competencias enfermera. 3 Encuestas de satisfacción 2014 a 2016 (24-51 y 27 participantes): Promedio respecto cumplimiento expectativas y satisfacción global 5/6. Cursos formativos: Trabajo en equipo y dinámicas de grupo, Planificación del trabajo y organización del tiempo, Resolución de conflictos, Comienza con talentos, y acaba con fortalezas (metodología Clifton StrengthsFinder®).

Se ofrece la oportunidad de explicar y compartir experiencias, de identificar mentoring y empowerment de los profesionales, generar conocimiento compartido y poner valor al trabajo. Las encuestas replantean metodología e incorporar actividad participativa con TODOS que experimente y exprese el trabajo. Reto 2017: integrar actividad que permita experimentar un aprendizaje conjunto con interacción entre participantes. Jornada con dedicación completa, generación de ilusión en profesionales y organizadores. Satisfacción alta, ganas de volver y superación. En jornada y cursos agradable clima con expectativas para continuar, se expresan ideas en temas y proyectos

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 509

TÍTULO: IMPACTO DE INTERVENCIÓN DE FISIOTERAPIA POSTQUIRÚRGICA INMEDIATA EN EL PACIENTE CON AMPUTACIÓN

AUTORES: ALCAZAR RUEDA, ELENA.; FERNANDEZ TORRICO, JM.; VALERO BLANCO, ML.; PEREZ LOPEZ, T.; PEÑA DE LA CUEVA, MD.; ECHEVARRIA RUIZ DE VARGAS, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Durante el periodo postquirúrgico temprano, se observa una alta incidencia de contracturas articulares en pacientes amputados que inician tratamiento en la sala de Fisioterapia de la Unidad de Ortoprótisis de nuestro Hospital. En general, sus causas son debidas a la inmovilización o las posturas inadecuadas prolongadas, afectando a la independencia y morbilidad a largo plazo, especialmente en personas mayores. Esta situación, además, conlleva un aumento del coste en recursos, tanto técnicos como humanos.

Valorar el impacto de la intervención de fisioterapia durante la hospitalización postquirúrgica tras amputación

La población sobre la que se ha realizado la intervención han sido pacientes de la unidad de Angiología y Cirugía Vascul ar de nuestro Hospital intervenidos de amputación mayor de miembro inferior.

Tras cirugía, un médico de la citada unidad comunica el caso al fisioterapeuta mediante llamada telefónica, acudiendo con un tiempo de respuesta de 48 horas máximo tras la intervención quirúrgica.

En esta visita se transmite la importancia del tratamiento en esta fase para una óptima adaptación de la prótesis y el posible éxito en la reeducación de la marcha.

Se les enseña actitudes posturales beneficiosas, ejercicios de tonificación y elasticidad del muñón, miembro inferior contralateral y miembros superiores, técnicas para desensibilizar el muñón y tratamiento de la cicatriz.

El grupo control está compuesto por los pacientes que han acudido a sala de fisioterapia de la unidad de ortoprótisis de este hospital, durante el año previo al comienzo de la intervención, 2014, así como los pacientes que acuden a sala durante 2015 y sobre los que no se ha realizado la intervención.

La variable dependiente será la existencia o no de contracturas en flexo de rodilla o cadera, para lo cual se realizará goniometría articular a todos los pacientes que acuden a consulta externa de rehabilitación.

Los resultados obtenidos tras analizar los datos son los siguientes:

- Aumenta el número de pacientes incluidos en sala de Tratamiento para protetizar ,de 35 en 2014 a 62 en 2015 , más los 87 pacientes vistos en hospitalización.
- Se reduce el tiempo que transcurre desde la fecha de la cirugía hasta la de su idoneidad para ser incluido en sala (de 103,5 a 85,47 días)
- Se reduce la incidencia de contracturas articulares (22,85 % en 2014 a 4,83% en 2015 de los asistidos en planta, siendo la incidencia de 29,16 % entre los que no se ha realizado la intervención).

Este proceso de derivación provee las condiciones necesarias para cumplir los indicadores de calidad de mejora en la asistencia, suponiendo un avance en la implementación de una vía clínica para el paciente con amputación de extremidad inferior y por ende en la mejora de los estándares de tratamiento.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 510

TÍTULO: EVOLUCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES TRAS DOS AÑOS DE AUDITORÍAS EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CATALUNYA

AUTORES: ALONSO MAYO, ESTANISLAO.; VILA MELERO, R.; RAMS I PLA, N.; JOVER ÁVALOS, A.; QUINTANA LÁZARO, M.; GONZÁLEZ CASCANTE, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Decreto 86/2014 de la Generalitat de Catalunya regula la acreditación de los equipos de atención primaria (EAP), que se otorgará por 4 años.

Tal como prevé este Decreto, la evaluación externa la lleva a cabo personal inspector de la Subdirección General de Evaluación e Inspección Sanitarias y Farmacéuticas.

En junio de 2014 se realizó un pilotaje y desde septiembre de 2014 se vienen auditando equipos para su acreditación, que se espera finalizar en 2017.

Se dispone de los resultados correspondientes hasta el momento, de aproximadamente 213 EAP, casi dos terceras partes de los EAP de Catalunya.

Presentar los resultados de los EAP auditados hasta el momento, analizando el cumplimiento de los estándares, así como su variabilidad a lo largo del tiempo en que se lleva ejecutando el proceso.

Plantear posibles hipótesis sobre las variabilidades observadas, y proponer su verificación.

Proponer cambios o mejoras en los estándares o en la metodología, para la mejora del proceso, y a la vista de la experiencia.

Presentar las conclusiones de la experiencia.

El aplicativo informático utilizado contempla cuatro entornos y es utilizado en las diferentes fases del proceso:

- 1- Gerencia. La gerencia de cada organización selecciona y valida los estándares comunes para todos sus equipos (Estándares gerenciales).
- 2- Autoevaluación. La cumplimenta cada EAP.
- 3- Auditoría/Inspección. Desarrollada por personal inspector.
- 4- Acreditación. Valoración del Comité de Acreditación

Se analizan los resultados de la auditoría, a través del porcentaje de cumplimiento de los estándares.

La franja de resultados de las puntuaciones prevé diferentes situaciones: la acreditación se consigue por encima del 60% de los estándares cumplidos, aunque los planes de mejora serán revisados cada año o cada dos años por el propio equipo o por auditores en función de si el resultado supera los dinteles de 70%, 80% o 90%.

El resultado final, en los 213 EAP analizados, tiene hasta ahora una media de 94% de cumplimiento de los estándares.

Se ha trabajado sobre aquellos estándares con menor cumplimiento y se ha analizado su variación en los sucesivos periodos de tres o seis meses en que se ha llevado hasta el momento el proceso.

Se analizan, en los gráficos que se adjuntarán, las variabilidades y algunas posibles variables explicativas de las mismas.

Se ha constatado una constante en los estándares con menor cumplimiento, para los cuáles los EAP deben preparar planes de mejora, con algunas variaciones para las que se proponen algunas explicaciones.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 511

TÍTULO: VARIABILIDAD DE RESULTADOS DE AUDITORÍAS TRAS DOS AÑOS DE ACREDITACIÓN DE EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CATALUNYA

AUTORES: VILA MELERO, RAMON.; ALONSO MAYO, E.; DAVINS MIRALLES, J.; JOVER ÁVALOS, A.; QUINTANA LÁZARO, M.; BOU VENDRELL, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Decreto 86/2014 regula la acreditación de los EAP, primer paso de la extensión de la acreditación a las diferentes líneas de servicio, objetivo del Plan de Salud 2011-2015.

Desde el año 2010, la Subdirección de Servicios Sanitarios del Departament de Salut elaboró de manera participativa el Manual de estándares para la acreditación de los equipos de atención primaria (EAP).

La evaluación externa la lleva a cabo personal inspector de la Subdirección General de Evaluación e Inspección Sanitarias y Farmacéuticas.

-Revisar y analizar la fase de evaluación externa del proceso, previa a la acreditación de los EAP.

-Comparar los resultados y puntuaciones de los diferentes auditores y analizar la homogeneidad y confluencia de dichos resultados respecto a las medias de

El modelo de acreditación es una adaptación del modelo EFQM (European Foundation for Quality Management), con los 9 criterios de Agentes y Resultados.

Se ha desarrollado una herramienta informática que contempla todas las fases (gerencial, autoevaluación de EAP, evaluación externa y alegaciones, y acreditación) y adaptable a las diversas líneas pendientes de acreditar (atención socio-sanitaria, Salud mental,...) o acreditadas, como los hospitales.

La metodología de la auditoría comprende una Autoevaluación de los EAP, una Revisión documental previa (documentación básica) y una Evaluación externa del EAP y comprobación in situ de los estándares que lo requieren, con entrevista con el equipo directivo.

En 2014 se pilotó el modelo y la herramienta con 6 EAP y se iniciaron las auditorías de 40 EAP. En 2015 se han extendido las auditorías hasta completar 117 EAP, y el año 2016 se prevé que a 136 EAP más. Se pretende durante 2017 acabar el proceso en la totalidad de los 370 EAP de Catalunya.

Se presentan brevemente los resultados hasta el momento, que son motivo de análisis sobre las variabilidades en el proceso, y se plantean las hipótesis más verosímiles o su verificación.

Se ha constatado una cierta variabilidad entre las fases de autoevaluación y de auditoría, y escasas variaciones entre auditores así como entre auditoría y puntuación final de la acreditación. De ello se deduce la necesidad de disminuir las incertidumbres y variabilidades por parte de los EAP mejorando la definición previa de las evidencias a constatar

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 512

TÍTULO: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA PATOLOGÍA MAMARIA

AUTORES: SÁNCHEZ BARBA, ÁNGELA MARÍA.; GIMÉNEZ ALCÁNTARA, M.; PÉREZ MANRIQUE, MC.; CUBERO LOPERA, ME.; RUIZ GUTIÉRREZ, D.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres. El tratamiento quirúrgico de esta patología puede promover la aparición de complicaciones, entre las que destaca los daños en el sistema linfático, especialmente el linfedema.

El linfedema es un edema progresivo del tejido blando subcutáneo debido a la acumulación de linfa, consecuencia de un drenaje linfático insuficiente a la sangre de causa mecánica originado durante la cirugía. Se trata de una complicación crónica, que acontece de forma más frecuente durante los dos primeros años tras la cirugía. Su manifestación requiere de tratamiento fisioterapéutico para reducir el volumen del miembro superior afecto y medidas de prevención de por vida para evitar recidivas. Otras complicaciones postquirúrgicas son la aparición de una cicatriz hipertrófica (cicatriz adherida a planos profundos y dolorosa pudiendo incluso tabicar y aumentar el linfedema en la zona intervenida), la capsulitis retráctil (disminución del rango de movimiento articular del hombro) y el dolor mecánico (omalgia o cervicalgia asociada al movimiento anómalo del brazo).

La Guía del Procedimiento de Rehabilitación y Fisioterapia del SAS recoge distintos tipos de propuestas de remisión de pacientes según prioridad para su tratamiento. Las pacientes mastectomizadas son propuestas como pacientes No Demorables, es decir, pacientes que han de iniciar el tratamiento de inmediato; además de encontrarse la patología de sus complicaciones secundarias a cirugía registradas dentro del listado de procesos en sala susceptibles de tratamiento de fisioterapia.

Elaboración de un procedimiento normalizado de trabajo para prevenir y tratar las posibles complicaciones derivadas de la patología mamaria.

R. HUMANOS

FEA Cirugía General, FEA RHB, Facultativos de AP y Fisioterapeuta.

R. MATERIALES

Sala individualizada (intimidad)

Camilla regulable en altura

Equipo de presoterapia

Material específico para vendaje multicapa de compresión.

PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA PATOLOGÍA MAMARIA:

Aplicación del protocolo de prevención de linfedema.

Los pacientes serán informados de las normas de prevención y cuidados que han de mantener de por vida, así como los ejercicios que han de realizar al menos 1 vez al día. El tratamiento se realizará en dos sesiones con el Fisioterapeuta y revisión por el Médico Rehabilitador cada 6 meses.

TRATAMIENTO DE COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA PATOLOGÍA MAMARIA:

Terapia descongostiva compleja: DLM, presoterapia, vendaje compresivo multicapa e indicaciones para la realización de ejercicios para miembro afecto.

Programa de actividad física: mejora del estado general y de las artralgias generalizadas por terapia hormonal.

Tratamiento en 20 sesiones continuas o alternas. Al finalizar dicho tratamiento se programa una revisión por el Médico Rehabilitador y se realiza prescripción de prendas de presoterapia. Programación de una nueva revisión a los 6 meses.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 513

TÍTULO: LAS PLATAFORMAS DE LOGISTICA SANITARIA COMO INSTRUMENTOS DE EFICIENCIA Y SOSTENIBILIDAD EN EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

AUTORES: SIMON VALERO, AMPARO.; ARAGON DELGADO, J.; GARCIA ALIJO, ML.; TIERNO ALONSO, MJ.; SANCHEZ LEON, I.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los servicios de salud necesitan de instrumentos de gestión que les permitan cumplir sus objetivos de resultados en salud de la manera más eficiente posible, contribuyendo a la sostenibilidad del sistema.

Dotar al Sistema Sanitario Público Andaluz de un instrumento de gestión eficiente de los recursos económicos destinados a la adquisición de los bienes y servicios que precisan las Unidades de Gestión Clínica para el desarrollo de su actividad y la consecución de sus objetivos de resultados en salud.

La constitución de las Plataformas de Logística Sanitaria (PLS) en el Sistema Sanitario Público Andaluz constituye una de las líneas estratégicas del nuevo modelo de compras del Servicio Andaluz de Salud.

Se definen como estructuras organizativas que realizan la integración de la diferentes fases del proceso logístico con carácter provincial:

- La detección de las necesidades de bienes y servicios en los Centros Sanitarios
- La contratación de los mismos
- La realización de su compra
- Su almacenaje y la distribución
- La facturación, contabilización y pago de las obligaciones derivadas de dichas compras

Suponen pasar de un modelo disperso a una estructura provincial única que integra las necesidades de todos y las pone en el mercado para gestionar su adquisición, distribución y la tramitación de las obligaciones derivadas de un modo mucho más eficiente.

Resultados/Conclusión

Resultados/Conclusión

La creación de las PLS en el SAS ha permitido:

- Mejorar los precios de compra y condiciones generales, mediante la agregación de la demanda que potencia la fuerza de negociación.
- Impulsar la modernización de los almacenes y de los procesos de distribución. Disminución de existencias y caducidades.
- Reducción del número de Expedientes, Pedidos, Albaranes, Facturas, Propuestas de pago. Reduciendo burocracia al simplificar procedimientos en sintonía con la propuesta de las directivas Europeas.
- Reducción de los recursos humanos dedicados al proceso logístico, liberando dichos recursos hacia otras áreas de apoyo asistencial.
- Uso racional de los productos sanitarios, homogeneizando los productos a adquirir, con la consiguiente reducción de la variabilidad de la práctica clínica, ante el necesario consenso en los bienes y servicios a consumir por los diferentes centros y con el establecimiento de acuerdos de consumo con las Unidades de Gestión Clínica.

Como resultado de todo lo anterior, la creación de las PLS en el SSPA han supuesto una REDUCCION DEL GASTO EN BIENES CORRIENTES Y SERVICIOS, facilitando con ello la sostenibilidad de sistema y el acceso a la innovación en salud.

Concretamente, la PLS de la provincia de Córdoba ha sido uno de los instrumentos clave para conseguir la reducción del gasto en bienes corrientes y servicios de los centros Sanitarios del SAS en dicha provincia, cifrada en un 21% en el período 2.011 a 2.015, lo que han supuesto un menor gasto de 286 millones de euros en cuatro años.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 514

TÍTULO: MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A INFECCIONES POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE

AUTORES: CABELLO MONTORO, FRANCISCO JOSÉ.; DE LA HABA GAVILÁN, V.; ROMERO GARCÍA, LM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Klebsiella pneumoniae es la especie de mayor relevancia del género bacteriano *Klebsiella* compuesto por bacterias Gram negativas de la familia Enterobacteriaceae. La *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa (KPC) es resistente a la terapia antibiótica de última generación y representa un patógeno emergente con alta capacidad de diseminación al que se asocian el 2-5% de las infecciones nosocomiales. Origina infecciones urinarias, neumonías, infección de heridas, peritonitis, meningitis y sepsis. Esto supone un importante aumento de la morbimortalidad y de los costes sanitarios. Los pacientes de UCI son especialmente susceptibles por reunir factores de riesgo como depresión inmunitaria, estancia prolongada, ventilación mecánica o inserción de dispositivos intravasculares.

- Identificar la presencia de infectados y colonizados.
- Proteger a los pacientes de la infección.
- Reducir el impacto de la infección por *Klebsiella* KPC.
- Adoptar las medidas necesarias para evitar la transmisión.
- Mejorar la formación sobre el tema

El material utilizado han sido los protocolos y las guías de práctica clínica disponibles en diferentes unidades y servicios del hospital referentes a la prevención y control de infecciones nosocomiales. Del mismo modo se han utilizado las historias clínicas de algunos pacientes para la recogida de datos de forma anónima y confidencial.

El método utilizado es un método descriptivo longitudinal donde se describen las medidas de prevención y control frente a la infección por *Klebsiella pneumoniae* abordando la descripción clínica y epidemiológica de la infección.

La aparición en los últimos años de bacterias resistentes a los antibióticos dificulta la eficacia de los tratamientos actuales a la vez que produce un exponencial incremento de la mortalidad y los costes sanitarios derivados. Las medidas de control y vigilancia junto con el LAVADO DE MANOS, son por el momento la más eficaz herramienta para prevenir el contagio y evitar la propagación de la enfermedad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 515

TÍTULO: ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE LA SOCIEDAD: ¿QUÉ SABEN Y QUE ESPERAN DE NOSOTROS?

AUTORES: GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, LUIS ANTONIO.; SÁNCHEZ LÓPEZ, BR.; VIDAL FERNÁNDEZ, S.; OUTOMURO DÍAZ, E.; VÁZQUEZ LÓPEZ, M.; VIDAL LÓPEZ, JI.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La COOPERATIVA SANITARIA DE GALICIA (COSAGA) es una cooperativa que presta servicios sanitarios asistenciales en la provincia de Ourense. Nuestra misión es dar respuesta a las necesidades de salud de la población objeto de atención. Orientamos nuestra estrategia hacia la calidad y seguridad del paciente como eje fundamental.

La visión de COSAGA se centra en el cliente y sus familiares como eje de todas nuestras acciones, comprometiéndose en el logro de una atención más segura, eficiente, integrada y con un alto grado de satisfacción.

El compromiso con la sociedad por parte de COSAGA forma parte de la planificación estratégica de la organización. Una herramienta que hemos diseñado es la Encuesta de Percepción de la Sociedad, que se realiza con carácter anual desde el año 2013. Ello nos permite supervisar y revisar las experiencias y percepciones de los clientes y responder rápida y eficazmente a las informaciones que nos remiten.

Principal:

Determinar el grado de conocimiento de COSAGA y cuáles son los requisitos que demandan los usuarios y sus expectativas.

Conocer las experiencias de los clientes y la imagen que tienen de COSAGA en el entorno social en el que desarrollamos nuestra actividad.

Secundarios:

Comparación con nuestra competencia directa y con otros centros sanitarios, analizando puntos fuertes y debilidades (análisis DAFO).

Identificar los mejores canales para comunicar nuestros productos y servicios a nuestros potenciales clientes.

Se realizaron 120 entrevistas, 70 en la ciudad de Ourense (urbano) y 50 en Xinzo de Limia (semiurbano/rural).

El 52 % de la población encuestada pertenece al sexo femenino, los hombres representan el 48 %.

El 24 % tiene edad comprendida entre 18-30 años, el 43 % entre los 31-45 años, el 20 % entre los 46-60 años, el 12 % entre 61-75 años y el 0,8 % más de 75 años.

El porcentaje de entrevistados que declara tener contratado un seguro médico privado alcanza el 25%.

El 60 % de los entrevistados declara haber estado en COSAGA en alguna ocasión. El 87 % conoce COSAGA; el medio de conocimiento en un 81 % de los casos es a través de otras personas, el 2,5% por la prensa y un 1,7% a través de la página web.

La Encuesta de Percepción de la Sociedad es una herramienta de gestión adecuada para conocer las necesidades de la población de nuestro entorno y los requisitos y atributos más valorados por las personas en la atención sanitaria. Los resultados de las encuestas se han utilizado para mejorar los diferentes aspectos de la atención que tienen una puntuación más baja en la percepción de los clientes y comprobar en las sucesivas encuestas el impacto de dichas mejoras.

En el marco de la Política de Comunicación de COSAGA, la Encuesta ha permitido conocer los canales de difusión más adecuados para promocionar nuestros productos y servicios.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 516

TÍTULO: GESTIÓN CLÍNICA DE LA SANGRE DEL PACIENTE: DESDE EL LABORATORIO CLINICO HASTA EL CENTRO DE TRANSFUSION

AUTORES: DE LAS NIEVES LÓPEZ, MIGUEL ANGEL.; MATA COBO, A.; DOMÍNGUEZ LOMEÑA, MJ.; PALOMO HERNÁNDEZ, AM.; MARÍN FERNÁNDEZ, A.; VÁZQUEZ DE LA VILLA, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Muchas transfusiones en nuestros hospitales pueden evitarse aplicando gestión clínica a la anemia tratable; desde su detección y orientación en el laboratorio, profilaxis primaria y tratamiento precoz en el ámbito de Atención Primaria y Hospital, así como mediante la aplicación de desencadenantes transfusionales basados en la clínica más que en estrictas cifras de hemoglobina (Hb) en sangre. Todo ello para conseguir mejores resultados en los pacientes y la gestión eficiente de un recurso limitado, caro y con riesgos.

Impacto en el perfil de prescripción de hierro oral y la transfusión de hematíes tras la implantación de un proceso específico sobre anemia ferropénica durante los años 2014 y 2015.

Entorno. Área de gestión sanitaria con su propio centro de transfusión, laboratorio clínico y servicio de transfusión con liderazgo compartido, así como cuatro centros de atención primaria.

Proceso. Desarrollo por grupo multidisciplinar con revisión previa de literatura e implantación y diseminación de directrices diagnósticas de laboratorio en primer escalón y terapéuticas con hierro oral e intravenoso, así como derivaciones oportunas a urgencias, exploraciones digestivas, ginecológicas o hematológicas. Los pacientes con anemias severas (Hb de 5,5 a 8 g/dl) de instauración crónica sin sangrado activo fueron tratados con hierro intravenoso de forma ambulatoria y seguidos estrechamente hasta recuperar tasas de Hb mayores de 9 g/d. La transfusión de hematíes tuvo lugar siempre con cifras de Hb menores de 5,5 g/dl, así como en caso de inestabilidad hemodinámica o cardiopatía isquémica conocida, en paralelo a reposición férrica intravenosa.

Datos. Prescripción de envases de hierro oral en el área sanitaria y su importe económico; así como población, número de altas, partos, urgencias hospitalarias y consumo de concentrado de hematíes durante el periodo 2010 a 2015. Análisis de la varianza con el paquete estadístico SPSS, con covariables de población y actividad hospitalaria para la transfusión de hematíes analizados trimestralmente para alcanzar potencia estadística

Prescripción de hierro oral. La media de prescripción fue de 12,040 envases en el periodo 2010-2013 y 14,639 durante 2014-2015 ($p=0,028$); con impacto económico anual de 86.582 vs 85.275 y gasto medio por receta de 7,2 frente a 5,8 respectivamente (euros).

Consumo de hematíes. La media trimestral de consumo de hematíes durante los años 2010-2013 fue de 405 CH frente a 351CH en el periodo 2014-2015 ($p=0,006$), con una reducción media de 14%. El ajuste del modelo a las covariables de actividad hospitalaria no tuvo impacto sobre esta significación estadística ($p=0,005$).

El concepto "patient blood management" promovido por la Organización Mundial de la Salud y organizaciones profesionales del mundo de la transfusión no es sólo aplicable a la anemia perioperatoria, como demuestran nuestros resultados sobre pacientes con patología médica predominante.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 518

TÍTULO: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS SENSITIVOS DEL PIE DIABÉTICO DE UN PUEBLO DE SEVILLA

AUTORES: DOMÍNGUEZ DEL TORO, JOSÉ MIGUEL.; VILLENA MCHUCA, ML.; DOMÍNGUEZ TORRES, JM.; LUQUE-ROMERO, LG.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La diabetes mellitus (DM) es una causa común de trastornos neurológicos en adultos. Entre los distintos subtipos de neuropatía diabética, la sensitiva es un motivo frecuente de lesión indolora por su alteración en la sensibilidad de la piel y está relacionada con diversas complicaciones que incluyen la amputación de miembros. Por lo tanto, la detección temprana de la alteración nerviosa sensitiva es fundamental en la evaluación de la neuropatía diabética. Entre sus síntomas se encuentran además, entumecimiento u hormigueo, dolor o molestias en los pies o piernas, y ardor en los pies.

La tasa estandarizada de amputaciones en el Área es superior a la del resto de Andalucía, por lo que nos hemos planteado en la Unidad de Gestión Clínica conocer el estado de seguimiento y resultados en el paciente con DM y concretamente en el pie diabético.

Generales

Determinar la prevalencia de la pérdida de sensibilidad protectora de la piel en pacientes diabéticos.

Identificar los factores de riesgos asociados.

Específicos

Determinar la prevalencia de la diabetes e identificar sus factores de riesgos asociados.

Estudio descriptivo observacional transversal.

Pacientes diabéticos identificados en la Historia Clínica de Salud (DIRAYA), mayores de 18 años que acudieran al CS y no tuvieran déficit mental. Muestreo aleatorio simple.

Muestra: 162 pacientes de los 790 con DM de la población (proporción 5%, nivel de confianza 95%, error beta 3%).

Variables: demográficas (edad, sexo), variables clínicas: peso, talla, IMC, estado nutricional, HbA1c, tiempo de evolución y tipo de DM, presencia de pulsos periféricos, amputación, factores de riesgo cardiovascular, tabaquismo y ejercicio físico. Variables dependientes: sensibilidad al monofilamento (MFSW) y al la vibración (diapasón 128Hz).

Análisis estadístico: descriptivo y bivariado mediante IBM-SPSS 23.0.

La prevalencia de diabetes conocida fue del 9,97%. Siendo la prevalencia de presentar alteración de la sensibilidad táctil en los pies de un 10,13% de los DM2.

Los factores asociados a la pérdida de sensibilidad al MNSW fueron: estar en tratamiento con insulina, hemoglobina glicosilada alta, pulsos periféricos ausentes, hipertensión arterial e hipercolesteremia.

No encontramos una relación estadísticamente significativa entre pérdida de sensibilidad con tabaquismo, edad, sexo, tiempo de evolución de la diabetes, IMC y práctica de ejercicio físico.

Conclusiones:

El 9,97 % de la población de Alcalá del Río son diabéticos conocidos, y el 10,13 % de estos pacientes presentan alteración de la sensibilidad táctil. La probabilidad de presentarla aumenta si está en tratamiento con insulina, diabetes mal controlada por tasas de hemoglobina glicosilada sérica altas, hipertensión arterial, hipercolesteremia, y ausencia de pulsos periféricos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 519

TÍTULO: FORMAR, UNIR, LOGRAR

AUTORES: ROS GARRIGÓS, OSCAR.; VERNET MOYA, P.; MARTIN RUBIO, M.; BRU BUDESCA, X.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En las organizaciones es básico disponer de mandos intermedios que estén alineados con los objetivos estratégicos y que se sientan parte integrante de un todo y preparados para trabajar en equipo, entre ellos para obtener los mejores resultados

- 1) DESARROLLAR EL PLAN ESTRATÉGICO
- 2) ALINEAR A LOS MANDOS INTERMEDIOS CON LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS
- 3) DAR A LOS MANDOS INTERMEDIOS DE HERRAMIENTAS DE GESTIÓN
- 4) INCORPORAR A PERSONAS CLAVES

Durante el segundo semestre de 2015 se llevó a cabo el proceso de elaboración del Plan estratégico 2015-2018 con la participación de más del 50 % de la plantilla en diferentes fases del mismo (150 profesionales)

Este proceso finalizó con la definición de 5 Líneas Estratégicas y un total de 18 Objetivos Estratégicos.

El propio Plan establecía en una de sus líneas y objetivos el alinear el talento de los profesionales con éstos para obtener los mejores resultados.

Se utilizó la formación como herramienta en dos fases consecutivas, una por grupos profesionales (administración, enfermería y facultativos) en la que se trabajó con habilidades de liderazgo, y una segunda de gestión por proyectos con grupos multidisciplinares integrados por profesionales de diferentes ámbitos.

A partir del Plan Estratégico, junto con la consultaría, la dirección identificó 7 áreas de mejora potencialmente complejas. Se alineó, inicialmente, a cada mando intermedio con una, o más de una, de las mismas. Se incorporó a 2 personas claves para participar en dos de los proyectos. Se balancearon los grupos de formación para equilibrar el número de participantes en cada uno.

Los grupos multidisciplinares se formaron con el objetivo de identificar a los jefes de proyecto que liderarían cada uno de los objetivos operativos. Sólo aquellos escogidos por su dificultad.

Se han realizado en total de 2000 horas de formación con un elevado índice de satisfacción por parte de los participantes.

Se han utilizado 2000 horas de formación.

Se han identificado 7 objetivos operativos complejos:

- 1) Puesta en marcha de un Hospital de Día
- 2) Definición del modelo de atención a la cronicidad
- 3) Reordenación de las unidades de hospitalización
- 4) Mejora del proceso de la CMA
- 5) Mejora del funcionamiento de las comisiones del centro
- 6) Certificación ISO del servicio de farmacia
- 7) Certificación SEMES del servicio de urgencias

Se han elegido a los 7 Project Managers de los equipos.

Se han constituido 7 equipos de proyecto multidisciplinares

Se han conseguido los objetivos propuestos en 3 de los proyectos (43%), el 1, 2 y 3 y los otros 4 se encuentran a más del 50 % de ejecución

La inversión en formación, ha supuesto un coste elevado considerando los costes directos (25.000,00 €) y el indirecto de las 2000 horas de formación (50.000 €, a un coste promedio de 25 €/hora) en un periodo de 2 años, pero ha permitido, en poco tiempo, dinamizar los equipos de alto rendimiento que han logrado un 43 % de las mejoras derivadas del Plan Estratégico en menos de 6 meses.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 520

TÍTULO: VISIÓN GLOBAL, ACTUACIÓN COLABORATIVA E INDIVIDUALIZADA AL PACIENTE, NUEVO MODELO ABORDAJE TERAPÉUTICO EN HEPATITIS C

AUTORES: LERMA GAUDE, M^a VICTORIA.; MORENO PLANAS, JM.; VICENTE GUTIERREZ, MM.; PÉREZ FLORES, R.; MARTINEZ ALFARO, E.; SANSÓN JUSTEL, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El cambio de paradigma en el tratamiento de la hepatitis C (HC) con la reciente comercialización de múltiples fármacos innovadores y muy eficaces, de altísimo coste, continuas variaciones de precio, evidencia científica en continuo cambio, pacientes que demandan accesibilidad inmediata y con equidad; hace necesario el desarrollo de nuevas estrategias que optimicen la eficiencia terapéutica y asistencial, la seguridad del paciente y la equidad.

Describir el nuevo modelo de abordaje para la gestión clínica del tratamiento de la HC, analizar los resultados del primer año tras la implantación e identificar oportunidades de mejora.

Ámbito: hospital de tercer nivel en el que inicialmente cada médico valoraba individualmente, con una visión fragmentada, el tratamiento para la HC de sus pacientes. En noviembre de 2014 se creó un equipo multidisciplinar, formado por tres hepatólogos, una infectóloga, una farmacéutica hospitalaria y dos miembros de la Dirección Médica; posteriormente se incorporó un internista de otro hospital. Se cambió a un nuevo modelo de abordaje terapéutico colaborativo, en el se valora consensuadamente el tratamiento de cada paciente pero con una visión global. Previo a la toma de decisiones se comparte conocimiento sobre evidencia científica, alertas de seguridad, precios, características del paciente, se revisan interacciones farmacológicas. Estudio descriptivo, observacional retrospectivo de diciembre 2014 a noviembre de 2015. Variables de actividad: número de reuniones, número total de pacientes valorados. Variable de resultado en salud: tasa de Respuesta Viral Sostenida a la semana 12 postratamiento (RVS12). Variable de eficiencia en proceso asistencial: tiempo ahorrado en elaboración de informes para autorización. Impacto económico directo: importe ahorrado al priorizar la opción terapéutica más eficiente. Se identificaron las mejoras cualitativas.

Se han realizado 13 reuniones en las que se ha valorado el tratamiento de 221 pacientes. Tasa RVS12: 95% (sin datos 3%). Tiempo ahorrado en elaboración de informes: 75,7h. Ahorro estimado: 76.417 euros (analizado de las decisiones adoptadas en sólo una de las reuniones). Mejoras cualitativas identificadas: ha disminuido la variabilidad clínica, ha mejorado la equidad, se han eliminado pasos intermedios en los procesos asistenciales, se ha evitado demora en el acceso a los tratamientos, se han evitado interacciones farmacológicas, se ha coordinado con otras especialidades médicas. Oportunidades de mejora identificadas: dificultad de conocer el momento exacto de cambio de precio de los medicamentos. El nuevo modelo colaborativo del abordaje del tratamiento de la HC ha permitido obtener un mayor conocimiento y una visión global del paciente y del sistema en el momento de la toma de decisiones. Ha mejorado la seguridad del paciente y la eficiencia terapéutica y asistencial. Este éxito ha motivado la inclusión, en los acuerdos de gestión, de este modelo para otras patologías.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 521

TÍTULO: ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DE INGRESOS COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE CAMAS HOSPITALARIA

AUTORES: FORJA PAJARES, FERNANDO.; SANCHEZ SIERRA, M.; DELGADO MORENO, S.; RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, M.; GARCÍA JUÁREZ, M.; PEREIRO HERNÁNDEZ, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Uno de los aspectos clave para mejorar la eficiencia de la asistencia sanitaria es la evaluación de los ingresos hospitalarios con el fin de conocer aquellos que no son adecuados, según el protocolo de la evaluación de la adecuación (AEP). Los ingresos inadecuados son desfavorables para los pacientes y para el sistema sanitario.

Estimar el porcentaje de ingresos inadecuados realizados en los servicios clínicos de un Hospital Universitario de referencia provincial del Sistema Sanitario Público de Andalucía Universitario (SSPA), en 2015, realizados desde el servicio de urgencias.

Estudio transversal, descriptivo, cuantitativo y retrospectivo realizado en un Hospital Universitario del SSPA. El instrumento de evaluación fue el "Appropriateness Evaluation Protocol" en su versión española, con 16 criterios para evaluar las causas de ingreso adecuado. La unidad de análisis estadístico fue la anamnesis del episodio de ingreso.

La edad media de la población estudiada fue de 71,81 años (DE+16,022), mediana de 75 años. La población mayor de 65 años fue el 73,4%. El 54,1% de los pacientes fue de sexo masculino y el 45,9% correspondió al sexo femenino. El porcentaje de ingresos inadecuados fue del 17,8%, siendo las unidades de Digestivo, con el 47% de sus ingresos inadecuados, y de Cardiología, con el 23% de sus ingresos de forma inadecuada, las que más ingresos evitables presentaron. Por su parte, los servicios con menor porcentaje de inadecuación son las unidades de Cuidados Paliativos y de Cuidados Intensivos.

Conclusión: la evaluación sistemática de los ingresos inadecuados permite identificar los servicios con mayor margen de mejora en la utilización de sus camas, promoviendo modelos alternativos a la hospitalización convencional, tales como Hospitales de Día Médico Polivalentes asociados a Consultas de Atención Preferente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 522

TÍTULO: ANÁLISIS DE LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN PCR INTRAHOSPITALARIA EN SEIS HOSPITALES. CUATRO AÑOS DE SIMULACROS.

AUTORES: ROMERO DE CASTILLA GIL, RAFAEL JAVIER.; CASTELLANO ORTEGA, MA.; LOPEZ LUQUE, IC.; GUZMÁN PÉREZ, JA.; RECIO RAMIREZ, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La parada cardiorrespiratoria (PCR) intrahospitalaria es inusual pero trascendente; el usuario espera del Sistema un estado de alerta constante que permita una intervención ajustada a los estándares más exigentes. Pero existen datos que indican variabilidad no deseada. Este trabajo muestra los principales tiempos de respuesta de simulacros en seis hospitales de una agencia sanitaria en los últimos 4 años.

- Analizar la variabilidad de tiempos de respuesta en PCR intrahospitalaria simulada en distintas áreas de seis hospitales, comparándolos con los estándares del Plan Nacional de RCP (PNRCP).

- Identificar áreas con mayor desviación para formular en ellas

De 2012 a 2015 se realizan 56 simulacros de PCR estandarizados, en dos hospitales comarcales y cuatro hospitales de Alta Resolución. Se procuró que el simulacro no fuera conocido por las personas intervinientes.

Los simulacros se realizan en distintas áreas y se identifican, entre otros, los siguientes tiempos clave:

Tiempo de reconocimiento de PCR y aviso al sistema: T_{Aviso}

inicio de compresiones: T_{Compre}

Tiempo de llegada de equipo de Soporte Vital avanzado: T_{Equipo}

Tiempo de primera desfibrilación si indicada: T_{Desf}

Tiempo de intubación orotraqueal: T_{TIOT}

Y se realiza una evaluación cualitativa del proceso de activación de la alerta de PCR hospitalario.

Se exponen los tiempos más significativos en cada área. Se expresan en minutos y como media aritmética.

Se muestran en el siguiente orden: T_{Aviso}/T_{Compre}/T_{Equipo}/T_{Desf}/T_{TIOT}/Observaciones.

- Radiología (12 simulacros): 32" / 1'30" / 1'40" / 2'28" / 7'17". Observaciones: en varios simulacros no se escala la energía de desfibrilación.

- Zonas comunes (10 simulacros): 23" / 43" / 64" / 3'50" / T_{TIOT}: 7'48". Observaciones: En ningún simulacro se coloca Guedel.

- Hospitalización (14 simulacros): 43" / 1'26" / 1'24" / 3'56" / 10'. Observaciones: Se producen varios fallos en la activación del sistema por falta de información de personal administrativo. En varias ocasiones se sobrepasan los cuatro minutos en T_{Compre}.

- Urgencias/Unidad Especial (7 simulacros): 11" / 41" / 1'35" / 3'29" / 7'. Observaciones: buen funcionamiento general por lo que no se prioriza la zona para más simulacros.

- Consultas externas (12 simulacros): 25" / 41" / 1'45" / 5' / 6'. Observaciones: En general, poca adherencia a recomendaciones, sin reanudación de compresiones tras desfibrilación, y retraso en la desfibrilación significativo.

CONCLUSIONES:

Resalta el retraso encontrado en las áreas de hospitalización en el tiempo de inicio de compresiones.

Se han corregido errores en el área administrativa (fundamentalmente la prelación de llamadas una vez activado el sistema de alarma de PCR)

Los tiempos de desfibrilación son mejorables sobre todo en consultas externas y hospitalización.

Estos hallazgos han permitido el diseño de actividades de formación orientadas a los puntos débiles del sistema.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 523

TÍTULO: UTILIDAD DE LA METODOLOGÍA “TRIGGER TOOL” PARA LA IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

AUTORES: ANGLÉS COLL, ROSER.; RODRIGUEZ ARAUJO, JA.; IGLESIAS GARCIA, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Tradicionalmente para la identificación y cuantificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (IRSP) se han utilizado sistemas de notificación, programas de control de la infección, sistemas de farmacovigilancia, sesiones de morbi-mortalidad, etc. Se estima que de estos sistemas permiten identificar un 10 - 20% de los mismos.

El Institute of Healthcare Improvement (IHI) ha desarrollado una herramienta que permite identificar eventos adversos, mediante la revisión retrospectiva de expedientes aleatorios, aplicando un conjunto de triggers (pistas) que permiten su detección.

Valorar la utilidad del uso del “trigger tool” para incrementar la detección de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, con el objetivo de poder implantar mejoras que reduzcan el riesgo de los incidentes.

Se evaluaron 60 expedientes, seleccionados de forma aleatoria, entre los pacientes adultos hospitalizados, que recibieron el alta hospitalaria durante el periodo comprendido entre 1 de agosto y 30 de septiembre de 2015.

Dichos expedientes fueron revisados para detectar los triggers de la herramienta, excluyéndose los módulos de atención perinatal y de urgencias.

Los expedientes de los pacientes con trigger fueron revisados por dos investigadores para la valoración de existencia de evento adverso relacionado según criterio clínico.

Durante el periodo establecido se realizaron 4.041 altas, de los cuales se revisaron 60 expedientes revisados. En 18 casos no se observó detectó ningún trigger. En el resto, 42 expedientes, se detectaron 81 triggers. Los triggers detectados correspondieron a modulo de cuidados (58), modulo de medicación (17), modulo quirúrgico (5) y modulo de críticos (1).

Dentro del modulo de cuidados predominó la categoría de “otros” con 5 casos de flebitis y 4 casos de extravasaciones de vías venosas, seguido de readmisión en los 30 días siguientes al alta, transfusión sanguínea y transferencia del paciente a un cuidado más elevado.

Dentro del modulo de medicación la retirada abrupta de medicación fue el más frecuente, seguido del de administración de antieméticos y aumento de BUN o creatinina sérica 2 veces por encima del valor normal.

Tras revisar los expedientes con triggers, pudimos relacionar 21 casos de los 42 detectados con eventos adversos, correspondiendo en 16 casos a triggers del modulo de cuidados, en 4 casos al modulo de medicación y en un caso al modulo quirúrgico. El promedio de triggers por paciente fue más elevado en los pacientes que habían presentado un evento adverso durante su estancia en el hospital (2,57) frente a los que no (1,29).

Ninguno de los eventos adversos detectados había sido notificado al sistema de notificación vigente en el centro (19 casos en el mismo periodo).

El uso de trigger tools constituye una fuente complementaria de detección de IRSP, con una inversión de esfuerzo relativamente pequeño y permite ampliar la detección de puntos de mejora de las organizaciones hospitalarias.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 524

TÍTULO: HACIA LA AUTOGESTION DE LA CALIDAD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL MEDIANTE UN SISTEMA DE CERTIFICACIÓN

AUTORES: SOLANO BERNAD, VICTOR MANUEL.; REAL CAMPAÑA, JM.; REVILLA LOPEZ, MC.; CONDE GARCIA, R.; VELA MARQUINA, ML.; GARCIA MATA, JR.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La certificación y acreditación ISO es una de las herramientas que las organizaciones sanitarias desarrollan para gestionar la calidad, aunque su grado de implantación esta condicionado por múltiples factores.

Describir la implantación y desarrollo progresivo de un sistema de gestión de calidad ISO en servicios/unidades de un hospital de tercer nivel sin utilizar recursos externos

En el año 2007 se inicia un ambicioso proyecto de certificación de las Centrales de Esterilización y Equipos de Atención Primaria y de acreditación de los laboratorios clínicos de nuestra comunidad autónoma. En el año 2010, se extiende este proyecto y se certifican mediante la ISO 9001:2008 los primeros servicios en nuestro hospital. A partir de ese momento, se han ido incluyendo anualmente de forma casi exponencial, y actualmente son 20 los servicios o unidades certificados.

Los servicios certificados son fundamentalmente centrales y de gestión-apoyo, pero en el año 2015 se certificó el servicio de neurología y en junio de 2016 están pendientes de certificación la unidad de lesionados medulares (Medicina Física y Rehabilitación) y la unidad de traumatología del servicio de cuidados intensivos, así como la unidad de rodilla (Cirugía Ortopédica y Traumatológica).

Todo este proceso se realiza con el apoyo de la unidad de calidad asistencial (UCA) y a través de grupos impulsores o de calidad de los diferentes servicios. Cuando un servicio o unidad inicia el proceso de certificación, desde la UCA se le proporciona todo el trabajo ya realizado por los servicios certificados previamente y las fases de la certificación son más sencillas y se realizan en menos tiempo. La colaboración entre servicios se establece en todas las fases del proceso de certificación, culminando en la realización de auditorias internas cruzadas entre servicios/unidades. En este proceso de apoyo a diversos servicios, la UCA realiza su propio esfuerzo de coordinación para minimizar el trabajo de los servicios: procedimientos y registros comunes, así como impulso de la comunicación entre todos los implicados, permitiendo un efecto inmediato de "benchmarking".

La sistemática de apoyo y formación de unos servicios/unidades con otros, así como el apoyo próximo y coordinado de la UCA, han facilitado estos procesos de certificación. Además, los servicios interiorizan este sistema de calidad y cada vez sean más autónomos, siendo contemplado como un ejemplo de autogestión por parte de la dirección. Por otra parte, la certificación ISO ha constituido en nuestro hospital la mejor herramienta para una implantación efectiva de la gestión por procesos y de la aplicación del ciclo de mejora en la dinámica de trabajo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 525

TÍTULO: INGRESOS/REINGRESOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ESPECIALIDADES

AUTORES: FORJA PAJARES, FERNANDO.; GÓMEZ RODRÍGUEZ, F.; DELGADO MORENO, S.; EGIDO AMBROSY, J.; CORADA FERNÁNDEZ, M.; PEREIRO HERNÁNDEZ, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Insuficiencia Cardíaca (IC) es un proceso crónico de alta prevalencia, que genera muchos ingresos hospitalarios y supone una elevada carga económica para el SSPA. Constituye una de las principales causas de hospitalización en pacientes mayores de 65 años, se asocia con una elevada morbilidad y a un alto porcentaje de reingreso hospitalario precoz.

Analizar los ingresos producidos por IC, su comorbilidad, reingresos precoces antes de 30 días y sus causas, así como la mortalidad intrahospitalaria.

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes ingresados por IC en un hospital universitario de especialidades durante 6 años.

El número de ingresos de pacientes con IC aumenta progresivamente durante los últimos años, con unos 1200 ingresos anuales, la mitad de ellos en Medicina Interna y la cuarta parte en Cardiología. Edad media superior a los 72 años y con importante comorbilidad (Índice de Charlson superior a 5), siendo ambas variables mayores en los pacientes que ingresan en Medicina Interna. Los reingresos precoces (30 días tras el alta) han disminuido durante los últimos años. Sin embargo, casi el 16% reingresan en el mes siguiente a su alta, siendo más frecuentes en los pacientes ingresados en Medicina Interna. La mortalidad hospitalaria es superior al 7%, aumentando progresivamente durante los últimos años en los pacientes que ingresan en M. Interna, pero disminuyendo en los pacientes ingresados en Cardiología. Las unidades multidisciplinarias conocidas como Unidades de Insuficiencia Cardíaca han demostrado ser uno de los modelos más eficientes para disminuir el número de ingresos/reingresos por IC.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 526

TÍTULO: SEGURIDAD EN EL SONDAJE NASOGÁSTRICO; DE LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA

AUTORES: PUENTE GONZÁLEZ, M^a DOLORES.; GARCÍA SANTOS, P.; MORO TEJEDOR, N.; DE FRESNO CERREZO, R.; ARIAS BAELO, C.; BLÁZQUEZ VILLACASTÍN, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La colocación inadvertida de la sonda nasogástrica (SNG) en la vía aérea puede provocar efectos adversos muy graves e incluso la muerte. Tras el análisis de un incidente crítico notificado en el hospital se hace necesario revisar este procedimiento, además en la Estrategia de Seguridad del Paciente se establece la importancia de desplegar prácticas seguras en el manejo de la SNG.

Mejorar la seguridad del paciente en relación al procedimiento y mantenimiento del SNG, trasladando las recomendaciones basadas en la evidencia a nuestro medio.

Después del análisis de un evento adverso ocurrido en una unidad de críticos, se realizó una revisión bibliográfica para establecer la práctica más segura en la inserción de las SNG. Tras la cual, se estableció la recomendación de utilizar en los pacientes con mayor riesgo (pacientes sedados y ventilados mecánicamente) un dispositivo colorimétrico de detección de dióxido de carbono (CO₂), durante la inserción de las SNG, junto con la medición de pH de contenido gástrico (valor menor o igual a 5). Y en los pacientes de bajo riesgo solo la medición de pH gástrico.

Se comenzó con un pilotaje en 1 unidad de críticos y en 3 unidades de hospitalización convencional.

Las variables que se recogieron fueron: Utilización del dispositivo colorimétrico, valores de pH obtenidos en la inserción de la sonda y en comprobaciones posteriores, prescripción de inhibidores de la bomba de protones y tiempo transcurrido desde su administración, dificultades presentadas para la inserción de la sonda y dificultad para obtener contenido gástrico.

Se obtuvieron datos de 40 pacientes; 15 de alto riesgo en los que se utilizó el detector colorimétrico de CO₂, detectándose en dos casos (13,3%), y 25 pacientes de riesgo bajo donde la comprobación de la ubicación de la sonda se realizó por determinación de pH gástrico.

El 65% de los pacientes no presentaron ninguna dificultad en la inserción de la sonda, y en el 77% de los casos pudo obtenerse aspirado gástrico. En cuanto a los valores de pH obtenidos en la inserción de la sonda, el valor era igual o inferior a 5 en el 40 % de los pacientes. Y en las 141 comprobaciones posteriores a la inserción, un 30 % de los pacientes presentaban valores de pH iguales o menores a 5.

El 97% de los pacientes tenían prescritos inhibidores de la bomba de protones, siendo la media de horas desde la última administración de 16,3 (8,7).

Estos resultados junto con la experiencia de los profesionales, indican que la utilización del dispositivo colorimétrico de detección de CO₂ resulta muy útil durante la inserción de la SNG evitando la progresión, en el caso de detección de CO₂, y por tanto el trauma pulmonar que puede ocasionar. Sin embargo los datos obtenidos de la medición de pH gástrico parecen indicar que es necesario utilizar un instrumento de medida más sensible en pacientes con alto consumo de inhibidores de la bomba de protones.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 527

TÍTULO: EFECTIVIDAD DE LA AUTOMATIZACION DE LA INDICACIÓN DE PRECAUCIONES

AUTORES: ENRÍQUEZ DE SALAMANCA HOLZINGER, IGNACIO MARTÍN.; CAVERO ZAMORANO, JE.; FERNÁNDEZ-SONEIRA, M.; RODRÍGUEZ-CONDE, I.; BERMÚDEZ SANJURJO, JR.; RODRIGUEZ RODRIGUEZ, JC.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Una intervención encaminada a la reducción del riesgo de transmisión de infección que pasa por consumir tiempo de programación, tiempo del servicio de Medicina Preventiva debe ser evaluada en lo que se refiere a su impacto para poder decidir su implantación o, en su caso, la continuidad de la medida.

Medir la efectividad de una medida encaminada a reducir el riesgo de transmisión cruzada de gérmenes multirresistentes.

En el contexto de la vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial, es de sobra conocido el riesgo de transmisión cruzada. En el caso de los pacientes que precisan precauciones especiales por colonización o infección por un germen epidemiológicamente relevante, una medida de contención muy utilizada es el aislamiento.

Sin embargo, es frecuente que la instauración del mismo no sea inmediata y haya retrasos. Este retraso supone un riesgo para el resto de pacientes y, en ocasiones, el personal.

Tras una evaluación de la situación, se destaca la dificultad de acceso a la información pertinente como el principal factor. Se instaura en la etiqueta virtual del paciente un aviso que informa de la necesidad de precauciones (aislamiento), tipo de precauciones, germen, nº de muestra y fecha de la misma para poner en primer plano la información necesaria para que el facultativo ordene el aislamiento, buscando disminuir las demoras en dicha instauración.

Se utiliza como medida de la efectividad de la medida el nº de alertas con algún retraso en la instauración del aislamiento y la suma de días de retraso en la instauración del aislamiento antes y después de la implantación de la medida.

El número de días de retraso en la instauración del aislamiento pasa de 11,1% de los días teóricos entre 2013 y 2014 a 6,6% en el periodo que va de 2015 a abril 2016.

El número de episodios con algún retraso en la instauración de las precauciones correspondientes tras la implantación del aviso en pantalla se ha reducido de un 45,6% a una 31,0% OR: 0,68 IC=95% (0,496 – 0,926) p=0,014

La medida adoptada y la metodología de la gestión del riesgo empleada parecen tener un efecto positivo en el objetivo marcado.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 528

TÍTULO: BOLSA DE TRABAJO EVALUACIÓN DE MERITOS INSTRUMENTOS BASICOS EN EL PROCESO DE SELECCIÓN Y RECLUTAMIENTO EN LA EMPRESA

AUTORES: OBIOL VALLDEPEREZ, NURIA.; ARAGONES FERRER, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El reclutamiento y la selección son dos de las actividades del Área de RRHH en la organización. Su éxito se traduce en el ahorro que supone para la empresa un buen reclutamiento tanto en el tiempo como en los recursos invertidos.

En el año 2010 y debido a la creciente demanda de trabajo producida en el departamento de Recursos Humanos se incrementan el número de curriculums presentados y la rotación de personal en el centro es considerable.

Reclutar y seleccionar personal en periodos puntuales de trabajo, así como también poder seleccionar personal para puestos de nueva creación.

Evaluar el personal que está trabajando con carácter temporal al centro y que por lo tanto han estado formados y gestionados por la empresa

Unificar la bolsa de trabajo .

Creación de unas tablas en formato Excel con ítems que sirven para valorar los ámbitos para la selección. Los ítems utilizados en general son:

Formación: máximo de nueve .

Experiencia: cuatro ítems.

Evaluación del cumplimiento en el lugar de trabajo: uno, con factor corrector de antigüedad.

Entrevista y test psicotécnico

Cada uno de estos ítems tiene una puntuación dependiendo de las categorías y del tipo de candidato si es externo o interno.

Se utiliza una base de datos a partir de los ítems desarrollados y el resultado final es una lista de personal que quedará ordenada de mayor a menor puntuación, y servirá para seleccionar a los candidatos para el puesto de trabajo concreto.

La documentación queda archivada en el departamento de Recursos Humanos del centro y las valoraciones se publican en un tablón de anuncios público que dispone la empresa por número de DNI. Los candidatos pueden solicitar explicaciones de forma personalizada respecto a su valoración, en el departamento de RRHH.

La bolsa unificada nos ha permitido tener un único registro de personal tanto interno como externo valorado y ordenado según méritos que sirve de herramienta básica a la hora de poder realizar la contratación temporal en la empresa y nos permite una máxima transparencia en dicha contratación.

Este trabajo se inició para poder gestionar los curriculums recibidos en el departamento de RRHH y para crear un mejor clima laboral en la empresa entre el personal interino a fin de tener claros los criterios utilizados para su contratación. Este trabajo se consensó con el Comité de Empresa.

El tener esta bolsa unificada nos ha permitido una mejor gestión y transparencia en la contratación de personal, sobretudo en periodos puntuales de gran actividad .

A la vez , permite una mayor motivación para el personal interino que ve como una formación continuada y una buena actitud y valoración de su trabajo puede conseguir subir su puntuación y acceder a contratos mas estables.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 529

TÍTULO: DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO Y EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO: ANALISIS Y RESULTADOS

AUTORES: ARAGONES FERRER, ADORACIO.; ALMAGRO LORCA, MJ.; CUBI GUILLEN, MT.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El documento de evaluación de competencias del centro presentaba ciertas complicaciones y resistencias de uso, debido a su complejidad. En 2015, ante esta situación, nos propusimos actualizar las descripciones de puestos de trabajo (DPT) y la herramienta de evaluación de competencias, otorgándole características de agilidad y practicidad de manejo y aplicabilidad de resultados en la gestión de personas.

Poner en marcha una nueva herramienta de evaluación de competencias de los profesionales basada en la DPT y utilizar los resultados para la gestión y el desarrollo personal y profesional de los evaluados.

Actualización de la descripción de los puestos de trabajo:

- Diseño de un formulario con la descripción actual de los puestos de trabajo.

- Acceso al formulario desde la página web corporativa.

- Información a los profesionales para su posterior acceso al formulario para incluir aquellas funciones no reflejadas en el documento.

Evaluación de competencias:

- Adecuación de los formularios de evaluación de competencias.

- Determinar el cronograma y las categorías profesionales a evaluar.

- Formación de mandos intermedios para explicar la metodología de la evaluación.

- Gestión por parte de recursos humanos de la respuesta de los formularios i seguimiento periódico con los evaluadores.

El grado de participación fue del 93,4% de la plantilla (225 profesionales).

En total hubo 13 categorías profesionales evaluadas, de los que se extrajeron los itinerarios de formación específicos (individual y por categoría profesional) .

Las competencias se clasificaron en tres grandes temáticas: Compromiso con la organización; Competencias genéricas y Competencias específicas del colectivo

Las evaluaciones de competencias de las diferentes categorías profesionales obtuvieron una media de 8,5 sobre 10.

Los planes de formación individualizados que se elaboraron a partir de las evaluaciones se estructuraron en cinco grandes apartados: F. Normativa; Competencias relacionales y de equipo; Competencias digitales; Calidad y seguridad del paciente y Competencias técnicas, con los que se diseñó el Plan de formación del centro.

Los apartados que se han tenido que reforzar a partir de los resultados de la evaluación han sido: Trabajo en equipo y Comunicación.

Se logró definir funciones para los diferentes puestos de trabajo mediante la participación de los mismos profesionales implicados.

Alta participación marcada por la implicación de la dirección y los mandos intermedios.

Se definió un plan de formación individualizado, organizado por categorías y temática de los cursos, lo que asegura una formación en consonancia con las necesidades detectadas.

La evaluación de competencias debe mejorar para potenciar la objetividad y detectar las áreas de mejora y los talentos, aumentando el feedback entre el mando intermedio y el trabajador de base y hacer un plan de seguimiento consensuado.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 530

TÍTULO: ESTRATEGIAS PARA IMPULSAR LA CULTURA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

AUTORES: COBO OCAÑA, MARÍA ANTONIA.; FORJA PAJARES, F.; MONROY MORCILLO, A.; GARCÍA JUÁREZ, MR.; DELGADO MORENO, S.; PEREIRO HERNÁNDEZ, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La seguridad del paciente es una estrategia básica de los sistemas sanitarios, cuya finalidad es alcanzar la excelencia clínica y la mejora continua de la calidad en la atención. Se considera actualmente una prioridad en la asistencia sanitaria nacional e internacional, y está promovida por la mayoría de las organizaciones y asociaciones profesionales.

Evaluar una estrategia específica dirigida a acercar a los profesionales de cada Unidad Clínica los principales contenidos en materia de seguridad del paciente.

Medir el grado de participación y aceptación de la misma.

La experiencia comenzó en 2015, mediante una campaña a la que denominamos '11 meses, 11 causas en Seguridad del Paciente', tratando de captar la atención de los profesionales. Se seleccionaron los temas específicos a tratar, dedicándole a cada uno un mes del año. La estrategia se iniciaba con una sesión plenaria en el salón de actos, y se completaba con cartelería y dípticos dirigidos a profesionales y usuarios.

Tras esta primera estrategia de sensibilización, y tras detectar en su evaluación la dificultad de los profesionales para movilizarse a las reuniones y sesiones establecidas en el Centro, se decidió completarla en 2016 con otra de acercamiento de la información a los profesionales, mediante una estrategia de formador de formadores e implicando a los cargos intermedios de todas las Unidades Clínicas y a sus responsables de Seguridad del Paciente. Las sesiones clínicas se acreditaron como un programa formativo por la ACSA, para hacerlo más atractivo a los profesionales, y se han realizado en cada Unidad Clínica.

Estudio transversal, descriptivo y retrospectivo, analizando las hojas de asistencia a las sesiones clínicas y las encuestas de satisfacción.

Durante el primer trimestre de 2016 se seleccionaron los contenidos 'Identificación de pacientes', 'prevención y tratamiento de las úlceras por presión' y 'prevención de caídas', otorgándose por la ACSA un total de 1,08 créditos en su acreditación (previsión del programa completo: 3,6 créditos)

Se han realizado un total de 57 sesiones formativas en 19 Unidades Clínicas. El número de profesionales participantes ha sido de 326 (Identificación de pacientes, 221 (prevención y tratamiento de las úlceras por presión) y 286 (prevención de caídas), fundamentalmente del área de conocimiento de enfermería (70%)

El grado de satisfacción global en la encuesta ha sido superior a 8 en más del 95% de los profesionales.

Las estrategias de seguridad del paciente son bien aceptadas por los profesionales, como elemento de calidad asistencial, y deben formar parte de la política de todos los centros sanitarios. La acreditación de las actividades formativas y su acercamiento a los profesionales (unidad de trabajo y horario adecuado) mejora la participación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 531

TÍTULO: EVOLUCIÓN DEL INTERÉS POR LA CERTIFICACIÓN DE CENTROS Y UNIDADES

AUTORES: PALOP DEL RÍO, ÁNGELA.; RUIZ PEREZ, F.; CASTELLANO ZURERA, M.; HOLGADO COBOS, M.; POZUELO PAZ, S.; TORRES OLIVERA, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Conocer el interés que muestran centros y unidades asistenciales (CyU) en solicitar la certificación y en continuar con los procesos una vez iniciados y tras obtener la certificación, respondiendo al modelo de mejora continua de la calidad.

- 1) Conocer la evolución de solicitudes de certificación de CyU en un periodo de 5 años.
- 2) Conocer cuántos proyectos no completan la fase de autoevaluación (abandonos).
- 3) Analizar cuántos deciden renovar su certificado al finalizar el periodo de vigencia de cinco años (renovaciones).

Estudio descriptivo retrospectivo. Periodo: enero 2011-diciembre 2015. Fuente de información: registros en aplicación informática, cuadro de mando integral y encuesta de satisfacción a clientes (se analizan las preguntas relacionadas con el interés por la certificación).

Hay 785 proyectos que inician autoevaluación (solicitudes) con la siguiente distribución: 176 (2011), 104 (2012), 159 (2013), 168 (2014) y 178 (2015).

Los proyectos que abandonan la autoevaluación y por tanto renuncian a certificarse son: 20% en 2011, 35% en 2012, 16% en 2013, 10% en 2014, 5% en 2015.

Existen 254 proyectos certificados en los que vence la certificación (86% sector público, 14% privado). El 89,8% han solicitado la renovación de su certificado. Hay 26 proyectos que no renuevan. En 4 casos se debe a que la unidad ha sufrido modificaciones por unión a otra mayor y en 22 casos se desconocen los motivos. 8 de estos 22 proyectos (36,4%) pertenecen al sector privado: 4 oficinas de farmacia, 3 centros de diálisis, 1 hospital.

El valor medio obtenido en la pregunta "valore su grado de interés por continuar en el futuro" es de 8,6 sobre 10 y un 97,8% recomendaría a otras unidades el inicio del proceso de certificación.

El sector sanitario se ha visto afectado por la crisis de estos últimos años produciéndose en 2012 un descenso en las solicitudes de certificación. No obstante, ha ido aumentando en años posteriores volviendo en 2015 a alcanzar las cifras iniciales. Existe actualmente un mayor interés en finalizar con éxito el proceso de certificación para aquellos proyectos que lo inician, al apreciarse una disminución de abandonos, pasando a sólo un 5% en 2015. Por otra parte, los que inician el proceso de certificación siguen mostrando al cabo de cinco años un alto interés por continuar, iniciando de esta forma nuevos ciclos de mejora continua de la calidad.

Nos planteamos analizar de manera más exhaustiva el motivo por el que algunos proyectos muestran escaso interés por iniciar o por continuar con la certificación. Este análisis nos permitirá implantar áreas de mejora en nuestros manuales de estándares y en nuestro proceso encaminadas a despertar su interés en el futuro.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 532

TÍTULO: ANÁLISIS CAUSA-RAÍZ DE UN EVENTO ADVERSO EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA PEDIÁTRICA.

AUTORES: GUERRERO PEÑA, GREGORIA.; RUIZ PALOMINO, A.; GARRIDO PEREZ, JI.; PAREDES ESTEBAN, R.; BERENGUER GARCÍA, MJ.; MIÑARRO DEL MORAL, RM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Pediátrica (UGCCP) cuenta desde 2012 con un Plan de Seguridad del Paciente. La primera actuación en la implementación de dicho Plan, ha consistido en la monitorización de eventos adversos (EAs) en la planta de hospitalización, con una periodicidad mensual y por un grupo de trabajo específico. Como parte del sistema de mantenimiento y de mejora continuada de los planes se realiza el análisis causa-raíz de los EAs más relevantes.

Describir la metodología del análisis causa raíz (ACR) realizado ante el EA: lesión física accidental en un niño durante la hospitalización, con resultado de herida inciso contusa en zona parietal que requirió aproximación de los bordes. Describir las causas identificadas y las medidas preventivas y correctoras propuestas.

Paciente pediátrico que sufre lesión física accidental durante la hospitalización en la UGCCP con resultado de herida inciso contusa en zona parietal que requiere actuación (aproximación de bordes).

Se realiza el ACR para identificar las causas que lo provocaron y se diseña un plan de intervención con acciones preventivas específicas elaborando medidas correctoras.

Para llevar a cabo el ACR se constituye un grupo de trabajo compuesto por 2 enfermeras de la UGCCP y 2 miembros de la Unidad de Calidad (un médico y una enfermera) que actúan como coordinadores. Se realiza el análisis aplicando la técnica de "los cinco porqués". Se proponen medidas correctoras para cada una de las causas identificadas.

Con el ACR se identificaron 5 causas: Caída de la barra horizontal, tornillo de sujeción no apretado convenientemente, falta de revisión de los tornillos, suero de vidrio colgado en el tornillo flojo y uso inadecuado de cama balcánica (CB).

Se propusieron 6 medidas correctoras y se designaron responsables para cada una de ellas. Las medidas planteadas fueron la revisión semanal de los ajustes de la barra de la CB, revisión diaria de la CB cuando esté en uso, colocación de un sistema de enganche fijo en el lateral de la barra de la CB para los traslados, utilización de sueros con envase de plástico, almacenamiento de las CBs ya preparadas y colocación sólo cuando sea necesario.

Se emplearon 2 horas para completar el ACR.

Se han implantado todas las medidas salvo el cambio de formato de sueros que no se ha podido cambiar en el caso del ringer-lactato.

No se ha vuelto a dar ningún EA de este tipo.

Un aspecto a mejorar en cuanto a la metodología seguida es que debe modificarse la composición del grupo de análisis incorporando un cirujano y una enfermera de quirófano.

El ACR de los EAs es un método útil para su resolución ya que intenta evitar la recurrencia de un EA a través de identificar sus causas y estableciendo las medidas correctoras oportunas. Requiere para su realización de un grupo de trabajo cohesionado y formado en Seguridad del Paciente. La metodología no requiere mucho tiempo de los profesionales, y permite elaborar medidas preventivas y correctoras.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 534

TÍTULO: PROCESO DE MEJORA DE LA SELECCIÓN DE FACULTATIVOS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS

AUTORES: VÁZQUEZ QUIROGA, BLANCA MARÍA.; CUEVAS DOMÍNGUEZ, C.; COLOMER ROSAS, A.; BUSCA OSTOLAZA, P.; MURÚA PETROBELLY, MD.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La selección de profesionales dentro del proceso de gestión del talento es un factor clave de éxito de las organizaciones. En dos evaluaciones EFQM se evidenció la necesidad de implementar perfiles de puesto de trabajo. Necesidad evidenciada en auditorías de informes clínicos de adecuar la asistencia prestada medida a través del mismo a los criterios explícitos de calidad del contrato de gestión (CG).

Mejorar la selección de profesionales facultativos en base a criterios explícitos de adecuación a perfil de puesto de trabajo y medido a través de la evaluación de IC.

Proyecto de mejora 2012-2016: Material: documento Perfiles de puesto de trabajo (PPT). Currículos profesionales. Contrato de Gestión. Informes Clínicos (IC). Diseño: Grupo experto revisa PPT y elabora criterios explícitos de selección. Valoración por pares de currículos anonimizados. Listado priorizado de facultativos. Acogida a los seleccionados. Método evaluación: Muestra aleatoria 40 IC anuales realizados por profesionales seleccionados en base a 4 criterios explícitos de adecuación a ítems CG. Porcentaje de cumplimiento de cada ítem. Estadística descriptiva. Valoración cualitativa del Responsable de Unidad Funcional (RUF). Análisis de resultados.

Nº profesionales seleccionados y acogidos: 39 (2012); 54 (2013); 63 (2014); 71 (2015); 47 (enero-mayo 2016). Nº de acogidas realizadas: 3 (2012); 6 (2013); 4 (2014); 6 (2015) y 4 (enero-mayo 2016).

Auditorías: Ítems evaluados:

- 1) Correlación pruebas diagnósticas con sintomatología; 63% (2012); 74% (2013); 91% (2014); 100% (2015); 100% (enero-mayo 2016).
- 2) Correlación Juicio Clínico con Anamnesis, Exploración y Pruebas Complementarias; 58% (2012); 67% (2013); 69% (2014); 90% (2015); 100% (enero-mayo 2016).
- 3) Correlación Juicio Clínico con Juicio Clínico Codificado; 88% (2012); 92% (2013); 93% (2014); 95% (2015); 100% (enero-mayo 2016).
- 4) Correlación Derivación, Traslado y Tipo de Traslado con Juicio Clínico Codificado. 59% (2012); 74% (2013); 83% (2014); 95% (2015); 100% (enero-mayo 2016).

Valoración cualitativa RUF: 19 de 25 consideraron que el proceso de selección había tenido un impacto muy positivo (8 sobre 10) en la atención, sobre la adecuación de sus expectativas a las tareas y sobre el desempeño de su trabajo; 7 lo valoraron positivo (6 y 7 sobre 10).

Conclusiones:

La estandarización de los procesos de selección en base a perfiles normaliza la asistencia prestada medida a través del registro de los IC y mejora en conjunto la calidad de la misma en base a criterios explícitos predefinidos.

Se evidencia la mejora en el registro de IC de los ítems evaluados, y en base a ello, la mejora de la calidad de la atención prestada.

Las acogidas de los profesionales posibilita la integración de sus expectativas al ámbito de trabajo, mejora el dominio de la organización y la interrelación, así como facilita el conocimiento y ejecución de los objetivos del CG.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 535

TÍTULO: GESTIÓN EFECTIVA DE LA COLABORACIÓN ENTRE UNA GERENCIA DE A. P, Y LOS MUNICIPIOS DE SU ÁMBITO DE COMPETENCIA

AUTORES: ALMAZÁN DEL POZO, MERCEDES.; TERAN ANCIANO, J.; TELLO GARCIA, ML.; DIAZ POZAS, J.; PADRINO RUIZ, J.; DE LA CRUZ SANCHEZ- DE LA MAJESTAD, MA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Gerencia Asistencial de Atención Primaria de esta Comunidad Autónoma, gestiona 430 puntos físicos, donde se presta asistencia sanitaria. De estos 265 son Centros de Salud y 163 son consultorios Locales y dos centros adscritos. Todo ello con una superficie de más de 600.000 m² y distribuidos por los 179 municipios de la Comunidad.

La Gerencia siempre ha considerado de interés mantener comunicación fluida con todos y cada uno de los municipios de su ámbito. Por eso es una actividad frecuente del gerente reunirse con los alcaldes, y que de estas reuniones se obtengan una serie de compromisos.

Estos encuentros han dejado de ser puntuales, para ser muy habituales, por lo que aunque hasta el momento no se hacía un seguimiento pormenorizado y a la vista de que es una práctica habitual se ha determinado realizar un seguimiento detallado de estos compromisos.

• Elaborar una herramienta para la gestión de estas reuniones y registro de los compromisos.

• Hacer seguimiento de estos compromisos y gestionar su resolución.

Se ha creado un espacio común en la intranet como herramienta de gestión con el fin de mejorar y facilitar tanto la comunicación como el seguimiento del fichero creado para conseguir el objetivo descrito anteriormente.

Se elaboró una hoja de cálculo en la que, en columnas, figura el municipio, la fecha de la reunión y/o solicitud de municipio recibido en la GAAP por cualquier otro medio (mail, correo ordinario, telefónica), el motivo de la solicitud, el tipo de petición, la contestación por parte de la GAAP, las actuaciones a realizar para resolver la demanda del municipio, actuaciones realizadas y pendientes de realizar a una fecha y comunicación oficial al ayuntamiento de que ha sido finalmente atendida su solicitud.

Este fichero es compartido por todos los actores de la Gerencia Adjunta de Gestión y Servicios Generales, que con una periodicidad quincenal, revisan el estado de estas solicitudes y actualizan su seguimiento.

Desde Octubre 2015 se han mantenido cuarenta y ocho reuniones entre la Gerencia Asistencial de Atención Primaria y municipios de su ámbito.

Se han recibido cuarenta solicitudes por otros medios (mail, correo ordinario, telefónica).

Se han remitido doce cartas a las corporaciones locales informándoles sobre actuaciones o cuestiones resueltas.

Se han resueltos setenta y tres compromisos de todos los ámbitos (asunción de gastos, mejoras y reparaciones, dotaciones de mobiliario y aparataje etc..) a fecha de hoy.

Por tanto, y a la vista de los resultados, sin duda, la herramienta diseñada ha sido de utilidad, ha resultado cómoda y sencilla y, sin embargo, eficaz.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 536

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

AUTORES: TORIBIO VICENTE, MARÍA JOSÉ.; BLANCO BALLESTEROS, N.; MORENO PARDILLO, D.; JARAMILLO GONZÁLEZ, L.; NÚÑEZ-MIMARA DELGADO, J.; PLÁ MESTRE, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La terapia asistida con animales (TAA) es una terapia complementaria a las convencionales que ha demostrado ser de utilidad en múltiples ámbitos, especialmente en aquellos pacientes que presentan algún tipo de trastorno de tipo psiquiátrico.

Instaurar un programa de TAA en la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes (UADO), que facilite la vinculación con la terapia y mejore los resultados terapéuticos de los pacientes, a través de la figura del perro de terapia, que actúa como elemento facilitador de la misma.

Se realizó una primera experiencia piloto con 7 pacientes de entre 12 y 17 años, de ambos sexos, con patología psiquiátrica grave. Participaron además dos expertos en TAA, tres técnicos en TAA y tres perros de terapia, además del personal de la UADO y del Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad (MPyGC). Se realizaron actividades de manipulación, adiestramiento básico y aproximación al conocimiento de las emociones que transmiten los animales, con una duración total de 1 hora. Se ha diseñado una evaluación pluridisciplinar (terapeuta ocupacional, psiquiatra y especialista en Medicina Preventiva) individual de cada una de estas sesiones en las que se recoge: Aceptación de la participación en la TAA; aceptación de la TAA con respecto a terapias convencionales; referencias en días posteriores y necesidad de actuación por parte de los profesionales.

Se evidenció una alta participación de los adolescentes en las actividades propuestas, en un grupo con un estado anímico muy bajo (poca energía, miradas perdidas), fomentó la interrelación entre iguales y mejoró la atención, el interés y la motivación. Al finalizar la actividad los chicos daban de comer a los perros, reían, mostraban respeto por las normas y manifestaciones de cariño hacia los animales.

A tenor de estos resultados, y con la colaboración del Colegio de Veterinarios de Madrid, se ha diseñado e iniciado un programa de TAA ("Sonrisas Perrunas") consistente en 12 sesiones de una hora de duración, con grupos de entre seis y diez pacientes elegidos por el equipo de Psiquiatría (de modo que se agrupen perfiles de patología similares en cada una de las sesiones) que participan en diferentes actividades asistidas con animales, siempre desde un punto de vista lúdico.

Podemos concluir diciendo que estas intervenciones tienen un fuerte carácter motivador en esta población, resultando un estímulo multisensorial que les ayuda a alejarse del ensimismamiento, les aumenta la autoestima y es un vehículo para expresar sus emociones.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 537

TÍTULO: DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE A LA SEGURIDAD CLÍNICA MEDIANTE LA GESTION POR PROCESOS ASISTENCIALES Y EL MODELO EFQM.

AUTORES: MATA HAYA, LUCIA.; CRUZ OLIVERAS, A.; BLANCO RODRIGUEZ, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La planificación e implantación de la Seguridad del Paciente como línea estratégica diferenciada en nuestro centro , y la necesidad de su incardinación en los cambios organizativos relacionados con la gestión de procesos asistenciales nos hicieron decidir que EFQM fuera el modelo para la ordenación del Proceso de Seguridad del Paciente. Este modelo nos permitiría la reproductibilidad o transversalidad con el resto de procesos asistenciales y en relación con la nueva estructura organizativa, así como la reproductibilidad a otros centros del grupo.

GENERAL:

Implantar la Línea estratégica de Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos como proceso diferenciado en el Hospital, realizando la ordenación del proceso, acorde con la estructura organizativa propuesta simultáneamente en aras del avance de la gestión de procesos asistenciales (GPP) y la gestión clínica (GC) .

Específicos:

1. Ordenar la Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos.
2. Organizar la estructura de gestión de la seguridad del paciente, común y adaptada a cada realidad, y su operativa de trabajo.
3. Avanzar en Seguridad Clínica para todas las areas y procesos asistenciales.
4. Favorecer el Benchmarking interno y externo
5. Desarrollar cultura de seguridad
1. Definición previa del Modelo de Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos para nuestro centro..
2. Establecer el contexto o situación basal de los tres centros en términos de Seguridad del Paciente 2012:

Análisis de situación de la SP en nuestro centro y del resto de centros del grupo del momento.

DAFO y CAME y sus propuestas.

3. Definición de Misión, visión, valores y objetivos esenciales de SP.
4. Encuesta de Cultura de Seguridad (HSOPSC)
5. Encuesta de situación y autoevaluación de la SP en modelo EFQM.
6. Revisión y ordenación de indicadores monitorizados.
7. Elaboración Cuadro de Mandos de SP.
8. Plantilla guía transversal estructura EFQM
- 9 Priorización, ordenación y Plan funcional y estratégico.

Cumplimiento absoluto del Plan estratégico.

Tendencia positiva de todos los indicadores 2012/2015

Existencia de un modelo estructurado de SP propio y transversalizable.

Benchmarking de grupo y de centros de Consejería catalana de salud con resultados relevantes.

Análisis coste eficacia de diferentes prácticas seguras.

Obtención del sello EFQM 400+ , en la primera ocasión con esencial contribución de la línea estratégica de Seguridad del Paciente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 538

TÍTULO: ATENCIÓN A LA PERSONA MAYOR, A LA FRAGILIDAD Y AL DETERIORO FUNCIONAL: DESDE LA PREVENCIÓN AL CUIDADO INTEGRAL

AUTORES: MONEDO PÉREZ, OLGA.; BAYÓN CABEZA, M.; PETIDIER TORREGROSSA, R.; ARÉVALO PÉREZ, C.; MEDIAVILLA HERRERA, I.; REGULES AZUARA, P.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En la población mayor los cambios fisiológicos asociados a la edad, las enfermedades crónicas y agudas intercurrentes y la influencia del entorno psicosocial son los desencadenantes de discapacidad. El aumento de esta no depende exclusivamente de la pirámide poblacional sino también de otros factores modificables. Las proyecciones demográficas, carga de enfermedad, impacto en calidad de vida y recursos sitúan el reto de prolongar la autonomía e independencia durante el envejecimiento y atender integralmente las necesidades del mayor entre las prioridades de las políticas sanitarias

Desarrollar una intervención poblacional en Atención Primaria (AP) para mantener la capacidad funcional a medida que se envejece, detectar precozmente la fragilidad, intervenir ante signos precoces de deterioro reversible y atender la pérdida de funcionalidad dando una respuesta integral a las necesidades de cada persona

Un grupo multidisciplinar aborda la transformación de los servicios de AP que se orientaban de forma fragmentada a la detección de problemas en el anciano, la atención al mayor frágil y a la inmovilización en un servicio integral de atención al envejecimiento, fragilidad y deterioro funcional en todos sus grados. Las fases de trabajo incluyen revisión de la evidencia, análisis y adaptación de las recomendaciones incluidas en el Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor, SNS 2014, estudio de impacto en la actividad asistencial en AP y definición final del modelo de atención

El nuevo servicio de AP diseñado incluye:

Orientación poblacional, teniendo como población diana a todas las personas de 70 años o más y a las de cualquier edad que presenten al menos deterioro funcional moderado.

Estratificación de la población diana mediante medición de la capacidad para las actividades básicas de la vida diaria (Barthel).

En personas independientes o con dependencia leve (Barthel 90-100) se realiza valoración del riesgo de caídas y cribado de fragilidad mediante pruebas de ejecución SPPB, batería validada y con alto valor predictivo de discapacidad. Como alternativa ante limitaciones físicas, cuestionario Frail.

Ante resultado negativo de ambas valoraciones se definen intervenciones destinadas a prevenir la fragilidad, sarcopenia y caídas. Ante cribado de fragilidad positivo o riesgo de caídas: valoración integral, intervención y consejo destinados a revertir la situación mediante programas de ejercicio físico multi-componente, consejo nutricional y seguimiento periódico.

Ante deterioro funcional establecido (Barthel < 60), intervenciones específicas para el deterioro funcional moderado, grave o severo que han demostrado efectividad: planes de cuidados específicos, seguimiento proactivo, gestión del caso y valoración de necesidades complejas.

Se definen indicadores que permiten medir el grado de aplicación de las intervenciones para cada nivel de necesidades, establecer estándares, objetivos de mejora y estudiar su efectividad

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 539

TÍTULO: CINCO AÑOS DE TRABAJO EN EL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECARDENAS.

AUTORES: LÓPEZ GARCÍA, JUSTA.; LÓPEZ CABRERA, D.; JUAREZ MORALES, A.; CAÑADAS NUÑEZ, F.; MORA CABRERA, A.; PUENTES SANCHEZ, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Comité para la Estrategia de Seguridad del Paciente fue creado en abril de 2011 en nuestro Complejo Hospitalario para ejercer como vehículo de implantación de las sucesivas Estrategias de Seguridad del Paciente, los objetivos del Comité pueden resumirse en: promover la seguridad del paciente como elemento clave de la calidad en todos los equipos de trabajo asistenciales y no asistenciales e impulsar proyectos que mejoren la seguridad de los pacientes, minimizando el riesgo asistencial y los eventos adversos.

Cinco años después nos proponemos hacer balance de su actividad.

Evaluar la actividad realizada desde el Comité de Seguridad del Paciente en relación a las diferentes iniciativas de Seguridad implantadas en nuestro Centro.

Analizar el impacto de dicha actividad tras cinco años de evolución.

Análisis retrospectivo de la actividad del Comité reflejada en las actas de las distintas reuniones, clasificación de las iniciativas y propuestas de mejora presentadas en diferentes áreas temáticas, organización de la información en un cuadro de mandos de actividad del Comité.

El Comité está integrado por 18 miembros de distintas categorías profesionales y ámbitos hospitalarios. Desde 2011 se han realizado 37 reuniones. La actividad realizada se ha clasificado en: elaboración, adaptación local o actualización de Recomendaciones y Protocolos de Seguridad (14 iniciativas), diseño de herramientas de evaluación de indicadores (6 herramientas), seguimiento de indicadores de Seguridad (notificación de incidentes -4 indicadores-, higiene de manos -3 indicadores-, conciliación de medicación - 2 indicadores-, uso de listados de verificación quirúrgica -8 indicadores-, identificación de pacientes - 4 indicadores-, carros de parada -9 indicadores- UGC evaluada en Estrategia Seguridad Paciente -28- profesionales con Itinerario Seguridad paciente -112-), análisis de incidentes de seguridad (35) y PSI (307 casos), actividades de difusión y formación a profesionales (4 anuales) y actividades regulares de colaboración con otras Comisiones Hospitalarias (9 participaciones).

Desde 2011 el Comité se ha mantenido muy activo, manteniendo un cronograma de reuniones periódico y arrojando unos indicadores de actividad que pueden considerarse muy importantes. Ha supuesto un foro idóneo para el seguimiento y análisis de los indicadores de seguridad del centro y para la implantación de las diferentes iniciativas en Seguridad. Según puede verse en los resultados, la actividad se ha ido incrementando exponencialmente a lo largo del tiempo y tanto el número de iniciativas como la evolución de los indicadores nos llevan a concluir que el impacto de esta actividad ha sido notable sobre todo en cuanto al incremento en la concienciación e implicación de los profesionales, de hecho, tanto profesionales como Unidades recurren mas al Comité de Seguridad del Paciente, bien para presentar notificaciones o iniciativas, o bien para asesoramiento en la mejora de la práctica asistencial.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 540

TÍTULO: INNOVACIÓN EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA EL CONTROL DE LA ASISTENCIA URGENTE

AUTORES: SALVADÓ GISPERT, MONTSERRAT.; GARCIA-FRESNEDA SEGURA, P.; TORRES FONT, M.; FONTGIVELL FERRAN, J.; FORT BARBARA, X.; HERRANZ PINILLA, Y.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Área Básica de Salud (ABS) de Riudoms es un centro rural de gran dispersión geográfica. Esto, unido al envejecimiento poblacional y al aumento de la complejidad de los pacientes crónicos, generó un cambio organizativo en el año 2015 estableciendo circuitos para mejorar la continuidad asistencial de los pacientes, incorporando la figura de la DUI gestora asistencial, que realizaba seguimiento integral a los pacientes incluidos en el programa ATDOM.

Previamente a la implantación del programa se había detectado un gran número de visitas espontáneas y derivaciones al servicio de urgencias en estos pacientes. Este estudio se plantea para valorar el efecto de la incorporación de la figura de la enfermera gestora asistencial en el programa ATDOM en relación a estos parámetros.

Evaluar la utilidad del nuevo modelo organizativo en el ABS en relación a las derivaciones a urgencias de los pacientes incluidos en el programa ATDOM.

Se realiza un estudio antes-después. Periodo: 01/03/2014 a 29/02/2016. Inicio de la intervención: 01/03/2015.

Se evalúa la totalidad de personas incluidas en el programa ATDOM en los dos periodos de estudio (N=51) sin discriminar en función del criterio de inclusión en el programa. De entre ellas, el 47% estaba etiquetada como PCC y el 1.6 % como MACA. Se excluyen aquellas que no presentan continuidad en el programa durante los dos periodos. N final =42.

Las variables observadas son: variables demográficas de los pacientes, nº de visitas en ATDOM, nº de visitas a urgencias del ABS, visitas de urgencias al hospital e ingresos de pacientes después de la derivación al centro hospitalario.

El soporte informático utilizado es el programa OMI-AP y el SPSS.

Se realizan operaciones de estadística descriptiva y comparación de medias con datos apareados para la obtención de resultados.

Etapa pre-intervención: promedio de visitas no urgentes: 3,9 por paciente/año. Urgencias por persona/ año: 4,4 en el CAP y 5,1 en el hospital. Ingresos por persona/año: 1,4.

Etapa post-intervención: se incrementa la media de visitas no urgentes en 5,7 visitas/año. Se reducen las visitas urgentes tanto al CAP (-2,28 visitas/año) como al hospital (-3,67 visitas/año) y los ingresos hospitalarios (-0,33 ingresos/año). La tasa de urgencias hospitalarias que acaban siendo ingresadas se incrementa del 23,7% en el periodo previo a la intervención hasta el 42,8% en el periodo post-intervención.

Si bien estas diferencias no resultan estadísticamente significativas por el tamaño de la muestra (excepto para el aumento de las visitas no urgentes, $p < 0,001$), sí que la presentan respecto a las mismas diferencias medidas en la población total del ABS.

En conclusión, el cambio organizativo introducido en nuestra ABS ha permitido un incremento de la actividad sobre los pacientes incluidos en el programa ATDOM con una reducción de las visitas urgentes y la adecuación de la derivación a urgencias.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 541

TÍTULO: MEJORAS EN LA GESTIÓN DE CUIDADOS EN UNA UNIDAD CLÍNICA INTERCENTROS

AUTORES: COBO OCAÑA, MARÍA ANTONIA.; FORJA PAJARES, F.; GARCÍA JUÁREZ, MR.; CORADA FERNÁNDEZ, M.; DELGADO MORENO, S.; PEREIRO HERNÁNDEZ, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El modelo de convergencia se sustenta en tres pilares: la accesibilidad, de forma que los ciudadanos tengan el mejor servicio independientemente de donde residan, la alta calidad y la actividad de excelencia, para lo que se requiere de una frecuentación y volumen de actividad que garantice los resultados y la propia experiencia de los profesionales, y la capacidad de rentabilizar los recursos existentes (mejoras en la eficiencia).

Evaluar los aspectos positivos de la convergencia hospitalaria en una Unidad Clínica (UC) de Oncología en dos hospitales del Sistema sanitario Público de Andalucía (SSPA), especialmente referidos a los cuidados de enfermería.

La experiencia de convergencia se produce en el año 2014, mediante la convocatoria de una plaza de supervisor/a intercentros para la UC de Oncología Médica, Radioterápica y Patología Mamaria de dos hospitales del SSPA, y su correspondiente proyecto de gestión.

Para realizar la evaluación, se realizó una entrevista semiestructurada a líderes clínicos del área de conocimiento de enfermería de ambos hospitales.

Las principales mejoras del modelo intercentros identificadas por los profesionales fueron:

1. Unificación de protocolos, exportando de un centro a otro aquellos aspectos que tenían mejor desarrollados (protocolos de quimioterapia en cáncer de pulmón, descentralización de la obtención de muestras de sangre, procedimiento de seguridad del paciente en la administración de quimioterápicos, ...). Disminución de la variabilidad en la práctica clínica.
2. Incremento en las oportunidades de formación e investigación conjuntas, en un grupo de profesionales mayor y con diferentes competencias.
3. Pilotaje de nuevos modelos de cuidados, tales como la implantación de la Enfermería de Prácticas Avanzadas (EPA) al unísono en ambos hospitales, enriqueciéndose de la experiencia de ambos.
4. Estrategias de mejora de la eficiencia y aprovechamiento de recursos.
5. Participación conjunta de los profesionales en diferentes comisiones (Comisión de Participación Ciudadana, Comisión de Seguridad del Paciente, Comisión de Dirección, ...). Eficiencia del tiempo de los profesionales y enriquecimiento de las aportaciones.
6. Reordenación de los flujos de pacientes, unificando en un centro determinados procesos de baja prevalencia, que garantice los mejores resultados. Esto permite al profesional desarrollar nuevas habilidades sin necesidad de que en ambos hospitales se dupliquen servicios o incorporen nuevas prestaciones.
7. Mejora de la accesibilidad y de la coordinación asistencial en la atención a los pacientes entre unidades de ambos centros (oncología médica y radioterápica).

El modelo intercentros incorpora mejoras sustanciales tanto en la calidad asistencial de sus pacientes como en las oportunidades de desarrollo profesional de sus integrantes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 542

TÍTULO: DETECCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS CON METODOLOGÍA TRIGGER TOOLS EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: TORIBIO VICENTE, MARÍA JOSÉ.; DÍAZ REDONDO, A.; RAMIRO GONZÁLEZ, MD.; IGNACIO CERRO, C.; MARAÑÓN PARDILLO, R.; LLORENTE PARRADO, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Una de las estrategias más frecuentes para la detección de eventos adversos (EA) se ha orientado a la notificación voluntaria. Sin embargo, se estima que menos de un 10% de los incidentes se comunican y, de ellos, entre un 90-95% son cuasi incidentes. La incidencia de EA en pediatría, especialmente en ámbitos como los servicios de urgencias, no está bien establecida. Es necesario establecer otro tipo de herramientas para detectar incidentes en este tipo de población.

El objetivo de este estudio es evaluar la aplicación de un conjunto de trigger tools adaptado a la urgencia pediátrica de un hospital terciario, analizando su utilidad como herramienta para detectar riesgos sanitarios en sus pacientes, que posibiliten una adecuada gestión de los mismos.

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo realizado por el servicio de Urgencias de Pediatría (SUP) y el de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad (MPyGC). Se revisó la bibliografía existente, adoptando 29 triggers (agrupados en tres módulos: medicación, cuidados y laboratorio) considerados relevantes en el ámbito de urgencias pediátricas: En el módulo de medicación se recogió la administración de antihistamínicos o corticoides, flumazenilo, naloxona, antieméticos, acetilcisteína, bolus de expansores, aportes de glucosa, suspensión brusca de medicación y dosis inadecuada de fármacos; en el de cuidados, la aparición de paracada cardiorrespiratoria o aviso a equipo de parada, caídas, agitación, paso a unidades de críticos, imagen radiológica craneal, desaturación de oxígeno, cancelación de procedimiento, quejas, fallecimiento, repetición de peticiones, readmisión antes de 72 horas tras el alta por el mismo motivo, estancia superior A 4 horas, alteraciones de ventilación o convulsiones; en el módulo de laboratorio, punción lumbar hemorrágica, muestras hemolizadas, hipo o hiperglucemia, hipo o hipernatremia, hipo o hiperpotasemia, o aumento de productos nitrogenados. Estos triggers se aplicaron sobre una muestra aleatorizada de 140 pacientes atendidos en la Unidad entre el 1 de enero y el 31 de julio de 2015. La revisión de las historias clínicas fue realizada por dos enfermeros y dos médicos entrenados.

Se identificaron 48 triggers en 38 de las 140 historias revisadas. De ellos, en 9 casos se encontró un EA, lo que supone aproximadamente el 21% de las historias clínicas en las que se detectan triggers. De ellos, 6 EAs se asocian al trigger 'reingreso por el mismo motivo en menos de 72 horas tras el alta hospitalaria' y 3 EA a una 'dosis inadecuada de fármacos'.

La herramienta trigger tools no proporciona una alta sensibilidad para la detección sistemática de EA en un servicio de urgencias pediátricas. Sin embargo, el trigger 'reingresos por el mismo motivo antes de 72 horas' sí ha demostrado mayor sensibilidad para detectar potenciales EA, por lo que sería recomendable plantear su evaluación de forma sistemática.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 544

TÍTULO: CUADROS DE MANDO ESPECÍFICOS O CÓMO DAR INFORMACIÓN A LA CARTA PARA LA TOMA DE DECISIONES EN LA ORGANIZACIÓN

AUTORES: SANCHEZ PERRUCA, LUIS.; BARTOLOME BENITO, E.; JIMENEZ CARRAMIÑANA, J.; BARTOLOME CASADO, M.; DOMINGUEZ MADUENYO, A.; SANCHEZ-CELAYA DEL POZO, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Cuadro de Mando de nuestra Comunidad surgió en 2009 para hacer seguimiento de los indicadores del Contrato Programa de Centro de Atención Primaria y de las líneas estratégicas de la Organización. Con el tiempo la información que se solicita, se hace de manera más específica en todos los niveles (directivos y profesionales de los Centros de Salud). Es preciso una reorientación de la aplicación eSOAP para adaptar la información a la evolución de las necesidades expresadas.

Aportar información útil para la toma de decisiones en todos los niveles de la organización adaptada a las necesidades identificadas.

Se canalizan las necesidades de información y se crean grupos de trabajo que acorde con la evidencia científica disponible, identifiquen los indicadores que les son útiles para su trabajo orientados a resultados bajo el modelo de Triple AIM como referente y clasificándolos por dimensiones de calidad.

Se rediseña la aplicación y se crea un módulo de Cuadros de Mando Específicos (CME) que genera información según grupos de riesgo y ámbitos temáticos estratégicos.

Se define una periodicidad de extracción trimestral (indicadores de historia clínica) o mensual (población adscrita y atendida, presión asistencial y frecuentación).

Se validan con participación de los profesionales con muestreos por aceptación de lotes.

Se implanta con una estrategia de formación a grupos de interés y difusión a toda la organización (en proceso).

Se definen de partida 11 Cuadros de Mando específicos: Resultados intermedios en salud en Procesos Crónicos (adultos/ pediatría), Pacientes hospitalizados en procesos crónicos, Estilos de vida saludables (adulto/pediatría), Unidades de Apoyo, ESAPD, Anciano, Vacunas, Lactancia Materna, Calidad de los Cuidados en enfermería.

Cada uno de ellos se ha desdoblado en dimensiones de información según características de los indicadores incluidos en cada cuadro de mando.

En total se han diseñado e incluido 175 indicadores

Eso genera una media de 108 variables que pueden sacarse en listados de pacientes y mueve un volumen de 21.329.099 de registros para cada uno de los CM.

(Se preparará video demo de uno de los cuadros de mando definidos para el Congreso)

CONCLUSION

El CM de AP de la Comunidad ha alcanzado un grado de madurez con el diseño de los CME que permiten el tratamiento de la información con una mayor agilidad a la hora de desagregarla a nivel de paciente. Asimismo, facilita una mejor selección por parte del profesional con una agrupación temática de indicadores orienta a la demanda creciente de información para la toma de decisiones. Se ha conseguido adaptar la visualización de informes a los diferentes niveles de la Organización (Comunidad, Direcciones Asistenciales, Directores de Centro y Profesionales) y a grupos de riesgo y ámbitos específicos de actuación, garantizando agilidad y autonomía del profesional.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 546

TÍTULO: MEDIDAS ANTE UNA ENDEMIAS DE ENTEROBACTERIAS BLEE: LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO

AUTORES: JARANA BOY, DANIEL.; SANCHEZ JIMÉNEZ, MT.; ROSAS CERVANTES, MJ.; MORILLO GARCIA, A.; PEREA CRUZ, E.; DIAZ SALIDO, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En septiembre de 2015 la unidad de neonatología del hospital Virgen del Rocío presenta una endemia de recién nacidos colonizados por enterobacterias multirresistentes BLEE. Dada la trascendencia del problema se crea un grupo de trabajo multidisciplinar formado por neonatólogos, preventivistas, microbiólogos, farmacéutico, responsable de empresa de la empresa de limpieza del hospital, enfermeras de neonatología y enfermeras de la unidad de medicina preventiva.

Erradicar el brote endémico de enterobacterias BLEE

El grupo interdisciplinar se reúne semanalmente evaluando las acciones realizadas en 4 campos:

- Higiene de manos: Se imparte formación en higiene de manos a todos los profesionales de la UGC de Neonatología. Se monitoriza 1 vez a la semana el cumplimiento de higiene de manos a profesionales.
- Aislamiento de contacto de los colonizados: Se realizan estudios de portadores semanales a todos recién nacidos de la unidad. Los que están colonizados por enterobacterias BLEE pasan a estar en aislamiento de contacto, separándolos en cohortes de los NO colonizados en zonas diferentes dentro de la unidad. Igualmente se evalúa el cumplimiento de estas medidas de aislamiento de contacto.
- Limpieza: Se imparte formación de limpieza general y de aparataje electromédico tanto a limpiadoras como a auxiliares de enfermería. Se realiza monitorización del cumplimiento.

Tras 24 semanas de la implantación de las medidas multidisciplinarias se consigue erradicar el brote, con lo que las medidas realizadas en los 4 campos propuestos resultan efectivas. Comparando con experiencias en brotes similares de la propia unidad y en relación a la bibliografía consultada, el carácter multidisciplinar, transversal y simultáneo de las medidas realizadas resulta clave para el éxito de las mismas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 547

TÍTULO: ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD EN UN MODELO ASISTENCIAL ALTERNATIVO A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL: RESULTADOS INICIALES

AUTORES: GARCÍA GIL, DANIEL.; FORJA PAJARES, F.; CORZO GILBERT, JR.; BRUN ROMERO, F.; DELGADO MORENO, S.; PEREIRO HERNÁNDEZ, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La UGC Área Médica de nuestro Hospital de Alta Resolución inició su actividad en Julio de 2015 con un modelo que, coordinado por especialistas en Medicina Interna, ofrece apoyo asistencial a los pacientes de un área con una población de 96.000 habitantes, procedentes de los 3 Centros de Salud (CS) y del Servicio de referencia. En su estructura se integra un Hospital de Día Médico Polivalente (HDMP) con Consultas de Enfermería (CENF), 2 Consultas de Alta Resolución (CARE), 1 Consulta de Medicina Interna (CEMI) y 12 boxes para tratamientos y procedimientos (PROC). En el último trimestre de 2015 se incorporó una Unidad de Hospitalización Polivalente (UHP) dotada de 32 camas de uso individual, para la atención de las descompensaciones de pacientes crónicos y complejos (proceso pluripatológico) o de aquellos procesos que precisen una corta estancia hospitalaria, implantado el Plan de Comunicación con CS (PCCS) de protocolos para los procesos Pluripatológico y Cuidados Paliativos.

Evaluar la actividad asistencial del HDPM y UHP de reciente implantación.

Estudio descriptivo de la actividad realizada en el HDMP y en UHP desde Julio 2015-Abril 2016. La información se ha obtenido del Módulo de explotación de información Hospitalaria (INFHOS), teniendo en cuenta que la actividad de hospitalización y de CEMI se inició en octubre de 2015.

Durante el período evaluado en el HDMP se atendieron un total de 1532 consultas: 727 CENF, 594 CARE y 211 CEMI, realizándose un total de 1259 procedimientos. En la actualidad hay 28 pacientes crónicos y complejos con frecuentes agudizaciones cardiorrespiratorias y demanda de ingreso que han sido identificados en gestión de casos e incluidos en PCCS y HDMP. Un 52% de estos pacientes se ha compensado con una o dos sesiones de tratamiento intensivo en el HDMP, sin precisar ingreso. En hospitalización se han producido un total de 463 altas (EM 78.22 años), 50 fallecimientos (10.7%), una ocupación global del 65% y una rotación de camas de 11.8. La estancia media ha sido 6.7 días, con una tasa de reingresos a los 30 días del 6.03%. Las altas por GRDs más frecuentes fueron (GRD; IUE): ICC & arritmia cardíaca con CC mayor (544; 0,58), edema pulmonar & insuficiencia respiratoria (87; 0,67), neumonía simple y otros trastornos respiratorios (541; 0,66), insuficiencia cardíaca & shock (127; 0,40), septicemia con CC mayor (584; 1,1) e infecciones de riñón & tracto urinario (320; 0,74). El IUE total fue de 0,71 con 298,33 estancias evitables en los 3 primeros meses de funcionamiento.

Conclusión: La mayoría de los hospitales han sugerido cambios organizativos asistenciales para mejorar la utilización hospitalaria. La utilización del HDMP reduce la necesidad de ingresos en las agudizaciones de PCC. Aunque el periodo de estudio es limitado podemos concluir que estas estrategias pueden ofrecer una respuesta a la demanda en los niveles asistenciales más adecuados, utilizando recursos más eficientes y por tanto, menos costosos

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 548

TÍTULO: DOS FIRMAS QUE REALIZAN UN COMPROMISO DE SEGURIDAD: TRATAMIENTO DIGITALIZADO EN U.C.I.

AUTORES: LOPEZ VALERO, MANUEL.; GALAN DOVAL, CJ.; DEL CAMPO MOLINA, E.; ROMERO DE CASTILLA Y GIL, RJ.; RAMIREZ PEREZ, MA.; PULIDO SANCHEZ, MD.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Hay pocos estudios que estimen los costes de la no calidad referida al tratamiento médico. Un evento adverso grave de medicación puede suponer un coste adicional de 4.000 dólares y una prolongación de algo más de dos estancias(Null et al, 2003). Es plausible suponer que en áreas críticas como UCI, el impacto puede ser incluso superior. Por tanto, es eficiente cualquier estrategia dirigida a evitar los errores de medicación en cualquiera de sus fases (adquisición, prescripción, transcripción, dispensación, preparación, y administración). Proponemos una estrategia de doble firma como reducción de errores.

- Analizar si la hoja digitalizada de tratamiento médico y de enfermería de una UCI aporta mejoras en la seguridad.
- Describir la percepción de los profesionales acerca de su implantación y manejo.

1ªFASE(2005):Implantación de plantilla de datos específica, formato Access®. La hoja de tratamiento incluye: Filiación, fecha de ingreso, y de actualización del tratamiento, grado de limitación de esfuerzo terapéutico, alergias, cuidados de enfermería, medicación, sueroterapia y visitas. La cumplimentación de la plantilla genera automáticamente un formato estándar de "hoja de tratamiento médico" y "tratamiento de enfermería" (Evita errores de transcripción como los de legibilidad).

2ªFASE(2010):Implantación de protocolo común:Tras la impresión de los documentos, se revisa conjuntamente (médico-enfermera responsable) y a continuación se firma el documento por ambas partes, quedando registrado la adecuada transmisión de información(Evita error de comunicación y estandariza el conocimiento del plan terapéutico).

3ªFASE (2016):Se realiza encuesta de valoración entre el personal sanitario que trabaja en UCI.

Contestan la encuesta 25 profesionales(83%)

- 100% opinan que:La duplicidad de datos es un foco de errores.La escritura a mano del tratamiento puede inducir a errores de medicación.El uso de nuevas tecnologías ayudan a mejorar la seguridad del paciente.
- Más del 90%:La hoja de tratamiento evita errores en la transcripción de medicación y cuidados. La revisión y firma conjunta mejora la seguridad del paciente.
- Más del 80%:La anotación médica "igual tratamiento" como opción a la renovación diaria del tratamiento no sustituye adecuadamente al registro completo del tratamiento.La impresión conjunta del tratamiento "médico y enfermería" disminuye los errores en la transcripción del tratamiento por parte de enfermería.
- Más del 70%:Con la sesión y firma del médico y enfermería mejora la comunicación médico-enfermería. La hoja de tratamiento digitalizado no es más lenta ni dificultosa que el tratamiento a mano.

Conclusión:Los profesionales creen que las hojas de tratamiento digitalizado son seguras y no más difíciles de cumplimentar que la tradicional; mejora el proceso de transcripción, trazabilidad y comunicación como procesos que afectan a la seguridad.Con la firma de médico y enfermería se adquiere un compromiso personal como parte de un equipo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 550

**TÍTULO: INCIDENCIA NIÑOS OSTOMIZADOS H.U. REINA SOFIA DE CORDOBA.(2011-2015).
CUIDADOS DE ENFERMERIA.**

AUTORES: GAMBERO SANCHEZ, JUANA.; CHACÓN CHACÓN, L.; MENA GOMÁRIZ, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las ostomías infantiles son una derivación quirúrgica del aparato digestivo o urinario para eliminar residuos del organismo. Una ostomía de alimentación es una abertura permanente que comunica el estómago con la pared abdominal, donde colocamos una sonda que permite la alimentación enteral a largo plazo.

Cuando a un niño se le ostomiza enfermería cumple un papel muy importante en el cuidado del niño y en la educación de los padres. Hemos considerado importante conocer la incidencia de los niños ostomizados en nuestro centro, investigando en cuales son los cuidados de enfermería que va a necesitar para que las complicaciones no surjan en la medida de lo posible o éstas sean leves. Aumentando la seguridad de nuestros pacientes así como la calidad y eficiencia en nuestra asistencia .

La enfermera debe conocer cuáles son los principales cuidados que un niño ostomizado va a necesitar desde su ingreso hasta el día del alta y posterior seguimiento. Para mantener una calidad asistencial adecuada es necesario adquirir habilidades para su cuidado, contemplando las necesidades físicas, psíquicas y sociales del paciente.

Hemos realizado un estudio analítico estadístico sobre la incidencia de niños ostomizados en nuestro centro desde el año 2011 -2015, según la base de datos registradas en dicho centro. Mediante una búsqueda extensa en las bases de datos pusmed, scielo, cuiden y enfiipo recopilamos cuales son los principales cuidados de enfermería que podemos realizar en una ostomía infantil evitando la aparición de las principales complicaciones.

A vista de los resultados obtenidos en el análisis la incidencia de niños ostomizados en este periodo es baja. Se atendieron 23 casos en la unidad de Neonatología, 15 casos en Cirugía Pediátrica, 6 en Hospitalización, y 2 casos en Cirugía Traumática. Las principales intervenciones de enfermería se centrarán en: elección del dispositivo adecuado, la realización de la técnica higiénica correcta , giros de sonda de alimentación, cambio de bolsa, cuidados del botón de gastrostomía para alimentación...Dentro de las complicaciones nos encontramos con: dehiscencia, lesiones iatrogénicas, dermatitis periestomal, granuloma, necrosis,...

El papel de enfermería en la atención al niño ostomizado es crucial, desde el momento que se planifica la intervención hasta que se resuelve el episodio patológico, y en aquellos casos crónicos , para un mantenimiento apropiado que permita al paciente adaptarse y conseguir su autonomía.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 551

TÍTULO: LA FORMACIÓN CONTINUADA DEL PERSONAL CELADOR NO ES UN FIN EN SÍ MISMA

AUTORES: LÓPEZ CASTILLO, ANTONIO.; SÁNCHEZ MIRALLES, MD.; SÁNCHEZ BOSQUET, J.; CAMILO GARRIDO, AJ.; LEÓN GARCÍA, JJ.; AYALA AGUIRRE, CI.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La formación entendida de forma tradicional, como adquisición de conocimientos, es necesaria pero no es suficiente. Si bien antes primaba la posesión de conocimientos, hoy día esto no es suficiente. La formación debe ir enfocada al desarrollo de competencias y la simple asistencia a un curso no lo garantiza.

Cuando se habla de competencias se habla de capacidades traducidas a comportamientos, ya que las competencias no son observables por sí mismas y hay que inferirlas a desempeños o acciones específicas.

El Servicio Sanitario Público de Salud no necesita celadores con conocimientos, necesita celadores competentes. No por mucho que una persona sepa o tenga títulos es más competente. Es competente cuando logra utilizar adecuadamente todos los recursos disponibles en una tarea determinada.

OBJETIVO GENERAL:

Conseguir que el personal celador sepa aplicar el conocimiento de una forma eficaz y eficiente, manifestándolo en su desempeño profesional y comportamiento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Detectar acciones formativas que se ajusten a necesidades concretas y explícitas.
- 2.- Consolidar el aprendizaje mediante la aplicación práctica de lo aprendido en un corto plazo de tiempo.
- 3.- Evaluar e identificar áreas de mejora.
 - 1.- Tras un análisis de situación para conocer el desfase entre las capacidades requeridas y las existentes, planificación de un programa formativo que responde a las necesidades de desarrollo de las competencias del personal celador, previamente identificadas y evaluadas.
 - 2.- Acciones de puesta en práctica, de entrenamiento. Primero, durante la actividad formativa y, más tarde, en la transferencia al puesto de trabajo.
 - 3.- Evaluación de indicadores de logro a través de evidencias observables en el desempeño profesional.
- 1.- Plan formativo anual y alto grado de satisfacción (97,32%)
- 2.- La Formación Continuada del personal celador y su entrenamiento:
 - Mejora y actualiza sus competencias.
 - Reduce la ansiedad y el tiempo de adaptación al puesto de trabajo.
 - Disminuye la variabilidad en la atención prestada y contribuye a prestar una asistencia más segura al paciente.
 - Favorece la autonomía y el compromiso por la calidad y la excelencia en la atención.
 - Potencia la comunicación interna y propicia un clima laboral saludable.

En conclusión:

La formación continuada del personal celador no es un fin en sí misma, es un medio para el desarrollo de sus competencias. Es un medio para el desarrollo de celadoras y celadores excelentes, que saben aplicar el conocimiento de una forma eficaz y eficiente manifestándolo en sus decisiones y comportamientos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 552

TÍTULO: SIETE PEQUEÑAS COSAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN DEL PERSONAL CELADOR EN LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA HOSPITALARIAS

AUTORES: LÓPEZ CASTILLO, ANTONIO.; CAMILO GARRIDO, AJ.; AYALA AGUIRRE, CI.; LEÓN GARCÍA, JJ.; SÁNCHEZ MIRALLES, MD.; ATAZ LÓPEZ, P.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La excelencia en el campo científico no basta. Como decía Maimónides: "No somos una determinada dolencia o enfermedad. Somos personas y como personas somos únicos, y nos damos cuenta de cómo nos tratan y, en consecuencia, juzgamos."

Siete, un número sagrado, extraordinario, simbólico, perfecto, único, mágico... Son siete los colores del arco iris, las notas musicales, los sacramentos, los pecados capitales, las bellas artes y, también, siete son las famosas Partidas de Alfonso X el Sabio, los velos de la danza sagrada, las vidas del gato, los enanitos de Blancanieves y las maravillas del mundo. Un número que está en todo. ¿Por qué no entonces calzarnos las botas de siete leguas, cruzar los siete mares e implantar en nuestro ejercicio profesional siete pequeños gestos durante los siete días de la semana, que lo hagan verdaderamente extraordinario?

Si los pequeños gestos son importantes en nuestra vida diaria, más aún lo son en el ámbito hospitalario cuando más vulnerables somos.

OBJETIVO GENERAL:

Mejorar la calidad asistencial poniendo en valor los pequeños gestos, lo intangible de nuestra actividad en el ámbito de la gestión clínica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Humanizar la atención prestada por el personal celador.
- 2.- Promover la comunicación entre el personal celador y el paciente.
- 3.- Aumentar la calidad percibida y el grado de satisfacción del paciente.
 - Estudio cualitativo mediante la técnica de grupo focal para conocer y evaluar la humanización de la atención prestada por el personal celador.
 - Elaboración del Plan de las pequeñas cosas, mediante la técnica de "Tormenta de ideas".
 - Concienciación sobre la importancia de los gestos mediante la presentación y difusión del Plan de las pequeñas cosas en las acogidas a las/los celadores de nueva incorporación; en todas las acciones formativas como materia transversal,...
 - Plan de siete pequeñas cosas:
 1. Pedir permiso, saludar y preguntar qué tal está.
 2. Identificarse e identificar inequívocamente al paciente por su nombre para que no sea un número o una dolencia.
 3. Informar de la actuación que se va a realizar (cambio postural, traslado,...).
 4. Preservar la intimidad y confidencialidad (tocar a la puerta, correr la cortina,...).
 5. Escuchar de manera activa (paciente, familiar,...).
 6. Tratar correctamente y dar las gracias (paciente, cuidador, compañero,...).
 7. Mirar a los ojos y sonreír (con los ojos del corazón).
 - Mejora de la satisfacción del paciente (18,67%).
 - Disminución del número de reclamaciones (26,31%).

Los pequeños gestos con calidez, humanidad y ética optimizan la comunicación, ayudan a curar y mejoran la calidad asistencial en el entorno de la gestión clínica porque:

No es nuestra aptitud sino nuestra actitud lo que demuestra nuestra altitud.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 553

TÍTULO: INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE DE GÉNERO AL PROCESO DE GESTIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL DEL PERSONAL CELADOR

AUTORES: LÓPEZ CASTILLO, ANTONIO.; PASCUAL SOLER, R.; LEÓN GARCÍA, JJ.; AYALA AGUIRRE, CI.; CAMILO GARRIDO, AJ.; ATAZ LÓPEZ, P.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El género es una categoría sociocultural que implica desigualdades sociales, económicas, políticas, laborales, etc. según el sexo del individuo.

En nuestro contexto laboral, a pesar de la feminización de los recursos humanos por la incorporación de las mujeres a profesiones como la nuestra, que hasta hace poco les habían sido vedadas, y de los avances legislativos de los últimos años, los diagnósticos de género demuestran que aún estamos lejos de conseguir la igualdad real entre mujeres y hombres.

Por ello, con la intención de introducir algunas medidas correctoras que equilibraran la desigualdad existente en nuestro ámbito nos propusimos:

OBJETIVO GENERAL:

Integrar la perspectiva de género en los procesos de gestión y desarrollo profesional del personal celador, situando a hombres y mujeres en el mismo plano.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Mejorar las competencias en igualdad de género de las mujeres y hombres celadores que trabajan en el hospital.
- 2.- Contribuir a la eliminación de estereotipos de género y roles profesionales asignados a lo "masculino" y "femenino".
- 3.- Favorecer la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.
- 4.- Evitar la invisibilidad del trabajo de la mujer celadora.

Metodológicamente y tras un análisis DAFO para conocer la situación real, se procedió a la definición de la estrategia en sí, concretando objetivos, asignando responsables y proyectando un plan de acción, que tampoco pretendíamos que fuera demasiado ambicioso, para posteriormente implementar las cuatro acciones propuestas:

- Fomento del enfoque de género en el Plan formativo del personal celador.
 - Revisión del lenguaje utilizado.
 - Corrección de la desigualdad de la mujer en puestos de responsabilidad.
 - Impulso y promoción de foros de encuentro que favorecieran la corresponsabilidad.
- 1.- Mejora de conocimientos, habilidades y actitudes mediante la programación de actividades formativas específicas e integración de contenidos sobre igualdad y corresponsabilidad como materia transversal en todas las acciones formativas.
 - 2.- Uso de lenguaje no sexista en toda la documentación administrativa procurando: sustituir el masculino genérico por la perífrasis, suprimir el determinante, utilizar pronombres sin marca de género,...
 - 3.- Reestructuración progresiva del cuadro de mandos. En 2006: 8 encargados de turno-8 hombres; en 2016: 3 hombres y 5 mujeres.
 - 4.- Celebración del día internacional de la mujer y el de violencia de género con comida de hermandad y elaboración y difusión de vídeos temáticos,...

En conclusión:

Los cambios en los modelos sociales y culturales no son fáciles, tampoco son rápidos. Sin embargo, la implementación de esta iniciativa entre el personal celador supone un pequeño paso más hacia la igualdad real y efectiva entre celadoras y celadores, en particular; y entre mujeres y hombres, en general.

¡De todos, hombres y mujeres, es la responsabilidad de transformar las ideas y creencias que construyen nuestra cultura!

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 554

TÍTULO: “NO PROGRAMAR” PACIENTES ANEMICOS EN CIRUGÍA ORTOPEDICA COMO PARTE DE UNA ESTRATEGIA DE AHORRO DE SANGRE

AUTORES: RUBIO ROMERO, RAFAEL.; SÁNCHEZ PEÑA, F.; GONZÁLEZ GONZÁLEZ, G.; GUERRERO DOMÍNGUEZ, R.; FEDERERO MARTÍNEZ, F.; JIMÉNEZ LÓPEZ, I.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La estrategia de ahorro de sangre se ha convertido para la OMS, desde 2010, en una directriz que promueve alternativas a la transfusión centrada en mejorar resultados clínicos y de seguridad. El acto transfusional supone un riesgo para el paciente

Un programa de ahorro de sangre tiene 3 fases:

- Preoperatorio, con detección de anemia y “optimización” del nivel de hemoglobina (Hb), principal factor de riesgo para la transfusión en el postoperatorio. Al mismo tiempo, la SEDAR propone ‘no programar’ cirugía de pacientes anémicos entre sus recomendaciones ‘No hacer’.
- Intraoperatoria, donde se minimiza el sangrado.
- Postoperatorio, donde se mejora la tolerancia a la anemia y se impone una estrategia transfusional restrictiva.

.En cirugía ortopédica, la prevalencia de anemia oscila del 15-35 % esto supone que con la actividad de nuestro centro, incluiremos unos 60 pacientes/año

- Reducir la transfusión de sangre en Cirugía Ortopédica realizados en la UGC Anestesiología y Reanimación HRT.
- Reducir el número de pacientes anémicos programados con estas indicaciones quirúrgicas.
- Elevar el nivel de Hemoglobina preoperatoria en pacientes anémicos.

En la Cta. de Preanestesia se incluyen pacientes programados y mediante un hemograma se seleccionan los que presentan valores de Hgb 10 a 12 g/dL en mujeres y 10 a 13 g/dL en hombres. Se solicita metabolismo del Hierro y si > 65 a., vitamina B12 y á. fólico, En función del nivel de Ferritina y Sat. Transferrina se hacen 3 grupos: A. Ferropénica, A. Mixta, o A. Crónica, y se asignan a tres tratamientos: Hierro carboximaltosa i.v., Hierro carboximaltosa i.v. y EPO s.c., o hierro oral más EPO s.c. Se excluyen los pacientes que no quieran recibir el tratamiento o aquellos con alergias y comorbilidades que impiden el uso de estos fármacos. El tratamiento se realiza en la CMA con la seguridad adecuada. A los 14 días se hace una determinación de Hgb, y si es preciso se repite dosis. El paciente se programa, una vez alcanzados niveles de normalidad de Hgb o cuando el tratamiento no sea efectivo. El tiempo transcurrido supone una media de 30 días para conseguir la aprobación para la cirugía.

Se valora Hgb postquirúrgica, y si se ha transfundido, el número de concentrados de hemáties.

Presentamos los primeros 10 casos:6 PTR y 4 PTC. El nivel promedio de Hb preoperatorio fue de 10,65 g/dL. Tras la conclusión del tratamiento, 7 pacientes alcanzaron niveles de Hgb para cirugía, 12,8 g/dL y ninguno precisó transfusión, con Hgb de 9,72 g/dL al alta. 3 pacientes no alcanzaron niveles óptimos, siendo uno 1 transfundido.

CONCLUSIONES:

La optimización de Hgb preoperatoria desde la consulta de preanestesia reduce la programación de pacientes anémicos en cirugía ortopédica mayor, cumpliéndose así el objetivo “no programar”.

A la vista de los resultados, reduciremos la tasa de transfusión, que aun no podemos cuantificar, y también se reducirá su morbimortalidad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 555

TÍTULO: CONOCER LA PERCEPCION QUE EVALUADORES Y EVALUADOS HAN TENIDO DURANTE EL PROCESO DE EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS.

AUTORES: BORRAS BORRAS, M. INMACULADA.; ALMAGRO LORCA, MJ.; CASAS AGUT, MR.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Nuestros profesionales están altamente cualificados, pero requieren un estímulo constante que les permita obtener el mejor de ellos en cada una de sus actuaciones.

Por ello es necesario desarrollar y poner en marcha estrategias para captar las potencialidades de todos ellos y así mantener su grado de cualificación a través de un Plan de Formación alineado a las necesidades de nuestros clientes y a las expectativas de los profesionales. Por ello dentro del plan Estratégico del centro se estable la necesidad de Evaluar las Competencias e implantamos una nueva herramienta que mejora las anteriores, fácil, accesible y consensuada con los diferentes actores del sistema, y reorganizamos la formación de las personas.

Finalmente se ve la necesidad de evaluar el proceso.

Conocer las percepciones y el feedback que se ha producido en el proceso de competencias entre evaluadores y evaluados.

Se han evaluado 10 categorías profesionales. La participación en la Evaluación de las competencias ha sido del 88,8%. Al término y para conocer la percepción se han realizado 32 entrevistas de profesionales evaluados y 7 de evaluadores lo que representa un 25% de los profesionales evaluados.

Un trabajo cualitativo en el que se ha diseñado una guía de entrevistas con 10 ítems que detectan la percepción de los profesionales a lo largo de todo el proceso de evaluación.

Los 10 ítems se basan en la percepción inicial en el momento de preparar la entrevista, percepción posterior al evaluar, actitud, dificultad relacional, aspectos positivos y negativos a destacar, cambio de actitud, satisfacción y otros.

Fase previa: los evaluadores perciben la evaluación de competencias de forma negativa, como un incremento de trabajo, con cierto miedo y cierta incertidumbre. Lo cual contrasta con la percepción positiva de los evaluados que lo viven como una oportunidad de poder establecer un diálogo con su superior.

Fase de evaluación: tanto evaluadores como evaluados perciben esta fase como un espacio de diálogo y comunicación, donde unos y otros han colaborado aportando los aspectos positivos de las personas y no tanto los negativos. Ambos colectivos, destacan de forma positiva el poder conocer la opinión que del profesional, tiene el responsable, para mejorar su autoestima y la posibilidad de hablar de forma sincera.

Fase posterior: con la nueva herramienta se percibe cierto cambio en la actitud en evaluadores y evaluados. Los evaluados nos dicen que "Ha cambiado a positivo cuando se entiende bien cuál es la filosofía de la evaluación de competencias" y los evaluados "se me ha escuchado si había alguna cosa negativa". En general ambos colectivos están satisfechos.

El proceso de evaluación de competencias es percibido como el espacio perfecto para mejorar la comunicación, el diálogo y la relación interpersonal entre profesional y responsable. Conocer las opiniones que evaluadores tienen de los profesionales, ayuda a estos a mejorar su autoestima y a saber cuáles son los objetivos de mejora.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 556

TÍTULO: EFICACIA DE LOS MÉTODOS EXISTENTES PARA EVITAR LA PÉRDIDA DE SANGRE NOSOCOMIAL EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO.

AUTORES: CHACON CHACON, LAURA.; MENA GOMARIZ, A.; GAMBERO SANCHEZ, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El paciente oncológico pediátrico va a ser sometido durante su ingreso a la extracción de muestras sanguíneas continuas para evaluar su estado general. Esto puede producir la pérdida de sangre y dar lugar a lo que se conoce con el nombre de anemia nosocomial. Existen técnicas alternativas a la técnica de extracción sanguínea tradicional con las que podemos evitar la pérdida de sangre asociada al desecho inicial en la toma de la muestra. Estas son la técnica de re-infusión y la técnica push-pull, sin embargo ambas no son igual de seguras para el paciente.

El objetivo de este estudio es conocer la eficacia de los diferentes métodos de extracción sanguínea a través de dispositivos intravasculares centrales de inserción subcutánea.

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos pubmed, scielo, cuiden, enfispo, utilizando las palabras clave "catéter venoso central", "extracción sanguínea", "oncología pediátrica", "método push pull", "método re-infusion". En un primer lugar se fijó un límite de fecha publicación no inferior al año 2005, sin embargo, conforme se hizo la revisión bibliográfica se decidió suprimirlo y no establecer límite de fecha de publicación dada la poca bibliografía existente sobre el tema.

Se obtuvieron un total de 8 artículos publicados entre los años 1996 y 2010, dentro de los cuales encontramos 3 guías de práctica clínica, 4 estudios que comparan el método de obtención de muestras push-pull con el resto de métodos tradicionales, y un caso clínico. Son pocos los estudios que comparan la efectividad de los diferentes métodos de extracción sanguínea a través de dispositivos intravasculares centrales de inserción subcutánea, en concreto sólo son 4 los estudios que lo hacen. Los resultados obtenidos en el más reciente de ellos continúa la línea de sus predecesores, y concluye que no existen diferencias significativas en los resultados obtenidos en el laboratorio utilizando la técnica push-pull en comparación con la técnica de re-infusión y la técnica tradicional de desecho. Evidenciándose además, según el potasio en sangre, que con esta técnica no se produce un aumento de la hemólisis. El hematocrito tampoco mostraba presencia de hemodilución.

En conclusión, existen diferentes técnicas como son la técnica de re-infusión y la técnica push-pull para evitar la pérdida de sangre nosocomial en el paciente oncológico pediátrico, sin embargo, ambas no son igual de seguras para el paciente. Con el método de extracción sanguínea push-pull evitamos los riesgos asociados a la técnica de re-infusión, tales como el riesgo de infección al no desconectar la jeringa del paciente en ningún momento, además del riesgo de reintroducir coágulos al paciente si la técnica de extracción se demora en el tiempo. Se concluye en los estudios publicados que no existe riesgo de hemólisis ni de hemodilución con el método push-pull. Sin embargo, son pocos los estudios publicados al respecto, es por ello que es necesario seguir investigando el tema.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 557

TÍTULO: IMPULSO DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL (CA) A TRAVÉS DE UNA HERRAMIENTA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

AUTORES: RODRIGUEZ MORALES, DAVID.; GARCÍA CUBERO, C.; JIMÉNEZ GÓMEZ, C.; SANZ DEL OSO, J.; MONEDO PÉREZ, O.; FERNÁNDEZ DE CANO MARTÍN, N.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Se están desarrollando numerosos proyectos de coordinación y continuidad asistencial entre los profesionales que trabajan en los diferentes ámbitos de nuestra Comunidad. Se planifica el desarrollo de una aplicación que permita compartir estos proyectos, facilitando la comunicación y colaboración entre profesionales

Impulsar la CA a través de una herramienta de gestión del conocimiento. Desarrollar una plataforma de gestión del conocimiento, un banco de iniciativas en CA. Conocer y poner en valor las distintas actividades que se están llevando a cabo en CA. Identificar aquellas con mayor grado de madurez y con posibilidad de ser extendidas

Constitución del grupo de trabajo. Identificación de las actividades a desarrollar y cronograma de implantación: diseño e implantación de herramienta online, diseño e implantación de un visor para consultar las iniciativas recogidas, difusión de la herramienta y recogida de la información. Una vez desarrollada la aplicación en fase I de registro de iniciativas, se adaptó la intraweb de crónicos para alojar el mapa de iniciativas y se comunicó a los profesionales por el boletín croninet. En la fase II se estableció un módulo de búsqueda y consulta de iniciativas. Ha servido de plataforma para el envío de comunicaciones al primer encuentro en continuidad asistencial siendo presentado en el mismo. La aplicación permite: registrar un nuevo proyecto que incluye: Título, fecha, fase (diseño, pilotaje, implantación, evaluación), participantes, ámbitos, elemento principal (rutas / procesos asistenciales integrados, paciente activo, continuidad de cuidados, conciliación de la medicación, coordinación sociosanitaria, canales de información y comunicación) la descripción del proyecto y permite incluir documentación adjunta. A su vez, el módulo de búsqueda permite buscar por: palabra(s) clave(s) Título / Objetivos, fecha, Dirección Asistencial, hospital, ámbito, fase del proyecto o por el elemento principal del proyecto

En la actualidad se han incluido más de 90 proyectos: 11 en fase de diseño, 9 en pilotaje, 44 en implantación y 28 en evaluación. Por ámbito: 74 de Atención hospitalaria, 55 de Atención primaria, 15 de Servicios sociales y 5 del SUMMA. Por elemento principal 27 de continuidad y coordinación sociosanitaria, 27 de rutas/procesos asistenciales, 18 de continuidad de cuidados, 13 de canales de información y comunicación, 4 de paciente activo y 3 de conciliación de la medicación. Esta aplicación permite compartir proyectos relacionados con la continuidad asistencial que se están llevando a cabo en los distintos ámbitos de nuestra Organización, facilitando la comunicación y colaboración entre profesionales. Como próximos pasos está planificado realizar una selección de los proyectos más relevantes en cuanto a impacto sobre la continuidad asistencial, innovación y exportabilidad para ser difundidas en la página de cronicidad de la intraweb a toda la organización

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 558

TÍTULO: VALIDACIÓN DE UN NUEVO ÍNDICE OBJETIVO PARA LA DERIVACIÓN DE PACIENTES EN ARTROPLASTIA DE RODILLA

AUTORES: LOPEZ PULIDO, MANUEL JESUS.; ALCANTARA MARTOS, T.; GOMEZ BRUQUE, I.; DIAZ MIÑARRO, JC.; ESCALANTE FERNANDEZ, CM.; DELGADO MARTINEZ, AD.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Muchos pacientes con artrosis de rodilla se derivan para cirugía de forma incorrecta desde atención primaria. Esto provoca muchas interconsultas innecesarias y molestias al paciente. Existen recomendaciones para las derivaciones, pero se basan en síntomas subjetivos (dolor), siendo difícil para el médico general valorar esto de forma objetiva.

Recientemente se ha descrito un nuevo índice objetivo para la derivación de estos pacientes a los servicios de cirugía ortopédica y traumatología (COT) desde atención primaria. Se compone de la suma de cinco ítems objetivos (1-14): la edad (3 puntos) , grado radiológico de Kellgren (4 puntos), el peso (3 puntos) , fisioterapia previa (2 puntos) e infiltraciones previas (2 puntos).

El objetivo de este trabajo es validar la utilidad de este índice en el ámbito clínico.

Se seleccionaron 200 pacientes consecutivos derivados a consulta de nuestro servicio de COT con diagnóstico de gonartrosis. Los pacientes mayores de 85 años quedaron excluidos.

Para cada paciente se completó el índice y se registró la decisión terapéutica final (cirugía o no cirugía) sin saber el resultado de la prueba (ciego). Con estos datos, se construyó y analizó una curva ROC (receiver operating characteristic), con el fin de determinar la validez del índice y el mejor punto de corte para la correcta derivación.

Resultados: Tras la evaluación de 178 pacientes , el área bajo la curva (AUC) de la curva ROC fue de 0,809 (-0,03 + S.D.) (P = 0,00001). Se consideró como mejor punto de corte 7,5 puntos; (sensibilidad 0,83 y especificidad 0,636), indicando que, por debajo o igual a 7, no tiene indicación de derivación.

Sin embargo, si se consideraba como menor o igual a 6 puntos la no indicación y mayor ó igual a 9 la indicación (dejando como puntos intermedios el 7 y 8); la sensibilidad y especificidad de la prueba aumentaban drásticamente (0,989 y 0,875 respectivamente).

Conclusión: Este nuevo índice para la derivación de los pacientes con artrosis de rodilla susceptibles de artroplastia, es una herramienta sencilla, objetiva y barata; evitando derivaciones innecesarias a los servicios de COT. Los pacientes con un índice igual o mayor a 9 puntos, deben ser remitidos a consulta; mientras que las valoraciones menores o iguales a 6 puntos, no son subsidiarias de derivación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 559

TÍTULO: ¿SON ÚTILES LOS CRGs EN LA MICROGESTIÓN DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD?

AUTORES: MEDINA MARTIN, GUILLERMINA.; COLLADO CUCÒ, A.; PÀMIES HIDALGO, M.; SALVADO GISPERT, M.; PIÉ ROVIRA, G.; MOLLA CALABUIG, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El uso de agrupadores de morbilidad como herramienta de gestión se ha venido introduciendo en nuestro medio en los últimos años. Si bien han demostrado su utilidad como predictores del consumo de recursos, su capacidad predictiva de la demanda asistencial no parece tan evidente. Por otra parte, el cálculo de estos agrupadores se realiza a partir de los registros de historias clínicas, con los consiguientes problemas de heterogeneidad y falta de exhaustividad. En el presente estudio intentamos valorar la utilidad de los CRGs junto a otros marcadores de condición de salud en la atención primaria.

Valorar la utilidad de los CRGs como variables explicativas de la demanda asistencial en una Zona Básica de Salud.

Estudio observacional trasversal.

Se recogen datos demográficos, el médico responsable de la atención (cupo), de demanda asistencial (visitas al Centro de Atención Primaria (CAP), urgencias al CAP, urgencias hospitalarias, ingresos hospitalarios) durante un año, y de morbilidad (CRGs, otras agrupaciones como PCC, ECA, ATDOM) a partir de la historia clínica informatizada OMIWEB y los registros de actividad del hospital de referencia. Se realiza estadística descriptiva, comparaciones de proporciones y medias y análisis de regresión.

Se analizan 11300 historias clínicas. (48% mujeres; edad media 40.9 ± 0.4 años)

El número medio de visitas no urgentes en el CAP fue de 6.9 ± 0.17 . Vistas a urgencias: 0.97 ± 0.03 en el CAP y 0.18 ± 0.01 en el hospital. Ingresos hospitalarios: 0.03 ± 0.004 . Frecuencias de los CRGs (excluyendo los "no visitados"). 1: 48.5 %; 2: 3.88%; 3: 4.37%; 4: 0.89%; 5: 18.66%; 6: 20.80%; 7: 2.04%; 8: 0.73%; 9: 0.13%. Estos valores difieren significativamente de los encontrados en el conjunto de Cataluña, y de los observados en otros estudios.

Los pacientes etiquetados como PCC, ECA y los incluidos en el programa ATDOM muestran distribución de frecuencias significativamente diferentes a la del conjunto de la población. La distribución de CRGs, es también significativamente diferente entre los cupos.

Los CRG y las variables demográficas explican el 17.8% de la demanda asistencial al CAP. Si se incluyen en el análisis las condiciones de PCC, MACA y ATDOM, se explica el 21.5 %. Para las urgencias en el CAP el modelo solo explica el 4% y el 1.3 % para las hospitalarias. El modelo explica el 3% de los ingresos.

La inclusión del cupo eleva estos valores al 27.4% de la demanda asistencial al CAP, al 10.2 para las urgencias al CAP, al 7.9% para las hospitalarias y al 4.9% para los ingresos.

En nuestro estudio, los CRGs no resultan buenos predictores de la demanda asistencial y, menos aún, del uso de los servicios de urgencias.

Convendría comprobar si las diferencias observadas respecto a otros estudios se relacionan con la variabilidad en los registros, especialmente al observar el efecto de la inclusión del factor cupo en nuestro modelo

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 560

TÍTULO: ESTRATEGIA Y RESULTADOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE ACREDITACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

AUTORES: DAVINS MIRALLES, JOSEP; RAMS PLA, N.; LÓPEZ VIÑAS, LL.; GARCÍA CARBAJO, A.; ALONSO MAYO, E.; VILA MELERO, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La seguridad de los pacientes es un concepto poco incorporado en el primer nivel de salud. Entre las estrategias en calidad para atención primaria (AP) del Plan de Salud de nuestra comunidad se establecieron como prioritarias la seguridad de los pacientes y la acreditación.

Principal: Impulsar la seguridad de los pacientes en la AP, a través del modelo de acreditación.

Secundario: Conocer la opinión de los equipos de atención primaria (EAP) en relación a la acreditación y la seguridad de los pacientes.

Un grupo de expertos en calidad y AP diseñó en 2010 un modelo de acreditación después de revisar diversos modelos (Joint Commission, EFQM, ACSA...), que consta de 347 estándares. En 2011 se identificaron 185 de estos estándares que tenían relación con la seguridad de los pacientes, y se establecieron como Modelo de Seguridad de Pacientes para AP (MSP). De éstos se identificaron 30 que se consideraron sinequanon (SNQ) (revisión de carro de paros, gestión de medicación, atención urgente, continuidad asistencial...).

Durante los años 2011 a 2013 se introdujeron los estándares SNQ en los contratos de gestión, así como diversos objetivos relacionados con el resto de estándares.

En el año 2014 se publicó un decreto que establecía la obligatoriedad de la acreditación para los EAP para poder contratar con el servicio de salud a partir del 2017. Hasta entonces se introducen objetivos en la parte variable del contrato para promover de forma progresiva su evaluación. En este período, los EAP no acreditados, tienen en su contrato de gestión la autoevaluación mediante el MSP.

En mayo del 2016 se encuestaron 160 EAP acreditados hasta esa fecha para conocer su opinión sobre el proceso de acreditación.

Situación de partida (2010/2011): Modelo Acreditación: 71,3%. MSP: 63,4%. Estándares SNQ: 56,8%.

Hasta junio 2016 se han acreditado 183 de los 365 EAP de nuestra comunidad autónoma (51%): Modelo Acreditación: media 93,7 %. MSP: 95,8%. Estándares SNQ: 99%.

Los estándares con porcentajes más bajos corresponden a criterios de resultados y a la implantación de sistemas de notificación.

Se obtuvieron 145 encuestas de los 160 EAP acreditados hasta mayo del 2016. El 96% opinan que el proceso de acreditación ha sido útil, el 95% que promueve la cultura de la seguridad y el 91% que promueve mejoras en el equipo. En las preguntas abiertas, como positivo, destacan en la mayoría de EAP que ha significado un impulso a la calidad y seguridad de los pacientes, ha significado un cambio cultural, ha servido para identificar oportunidades de mejora (en especial en seguridad), para ordenar, para revisar procedimientos y guías, y para promover el trabajo en equipo. Como negativo, que significa burocracia, la falta de formación y metodología, y la complejidad del modelo.

Conclusión: El modelo de acreditación ha servido para dar un impulso muy importante a la seguridad del paciente en nuestra comunidad autónoma. Los profesionales están muy satisfechos de esta experiencia.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 561

TÍTULO: ESTRATEGIA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA PARA LA SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO: SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

AUTORES: DAVINS MIRALLES, JOSEP.; RAMS PLA, N.; MASSANÉS GONZÁLEZ, M.; ÁLAVA CANO, F.; GASPAR CARO, M.J.; RABANAL TORNERO, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los eventos adversos relacionados con el medicamento son uno de los principales riesgos de la atención sanitaria. Para minimizar éste riesgo, una estrategia es la notificación de eventos adversos, tanto de reacciones adversas intrínsecas, como de errores de medicación.

Describir la estrategia en una comunidad autónoma para identificar eventos adversos relacionados con medicamentos.

Desde los ochenta existe en España el programa de notificación espontánea a reacciones adversas a medicamentos (RAM) con daño (tarjeta amarilla).

En el año 2000 se inició en nuestra comunidad un programa dirigido a la prevención de errores de medicación con el objetivo de identificar eventos relacionados con el medicamento, tanto si causan daño al paciente como si no.

En el año 2013 se inició un sistema que además, permite analizar los incidentes de seguridad del paciente (relacionados con medicamento u otros) en cada centro sanitario (TPSC-Cloud®).

Mediante el programa de notificación espontánea de nuestra comunidad, en 2015 se han recibido 4067 notificaciones de sospechas de RAM, 3128 corresponden a notificaciones de casos iniciales.

Desde el 2002 se han notificado en nuestra comunidad mediante el programa de prevención de errores de medicación 17503 incidentes. El 75% se originan en hospital y solo un 3,7% en atención primaria. El 68% son errores potenciales o detectados antes de que lleguen al paciente. El 3% causan lesión al paciente.

Desde el 2013 se han notificado en el TPSC-Cloud® 15909 eventos de cualquier tipo, de los cuales 4185 corresponden a incidentes relacionados con medicamentos (26,3%). El 69% se originan en el hospital, el 21,1% en atención primaria.

El profesional que notifica principalmente en el Programa de prevención de errores de medicación es el farmacéutico (44,3%), seguido de enfermera (26,2%). En el TPSC-Cloud®, a nivel hospitalario es la enfermera (71,2%) en cuanto a eventos adversos generales, seguido por médico (8,8%) y farmacéutico (8,1%). Mediante el TPSC-Cloud® en atención primaria el principal notificador es el médico (43,3%), seguido por enfermera (32,9%), siendo este porcentaje más acentuado a favor del médico en eventos relacionados con el medicamento (55,9%).

De los 3355 eventos generales notificados al TPSC-Cloud® en atención primaria, los relacionados con la medicación (N=658) son los más frecuentes (19,6%). De éstos, el 22,3% causa alguna lesión al paciente, siendo ésta permanente en el 0,9% de los casos.

Conclusión: si bien las tres estrategias analizadas van orientadas a la seguridad del medicamento, cada una de ellas aporta información y utilidades que se complementan. El programa de notificación espontánea del sistema de farmacovigilancia se orienta a RAM con daño, el programa de prevención de errores de medicación pone en valor la detección de errores potenciales o que no llegan al paciente, y el TPSC-Cloud® incluye ámbitos asistenciales poco representados en otras estrategias, como la atención primaria.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 562

**TÍTULO: MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS EN SITUACIONES ESPECIALES DE USO.
RESULTADOS EN SALUD**

AUTORES: BAENA CAÑADA, JOSÉ MANUEL.; ARROYO ÁLVAREZ, C.; RODRÍGUEZ PÉREZ, L.; RODRÍGUEZ MATEOS, ME.; MARTÍNEZ BAUTISTA, MJ.; BENÍTEZ RODRÍGUEZ, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El uso de medicamentos antineoplásicos (MA) en situaciones especiales (SE), aquéllas que se realizan fuera de las indicaciones terapéuticas o condiciones de utilización aprobadas en la ficha técnica, es común en la práctica clínica. Representan entre 6,7–33,2% de todas las prescripciones en pacientes con cáncer en los países occidentales. Su empleo está fuertemente regulado y hay poca información sobre sus resultados. Se usan sobre todo en pacientes con cáncer avanzado y existe preocupación sobre su efectividad real y su seguridad.

Describir el empleo de MA en SE de uso.

Analizar el tipo de situación especial de uso.

Describir los resultados en salud en los pacientes tratados, en términos de tasa de respuesta, seguridad y supervivencia.

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, unicéntrico, de serie de casos de MA en SE de uso en un servicio de Oncología desde 2005 a 2015, en cualquier cáncer y estadio. Se clasificaron como MA en investigación, en condición diferente a la aprobada, próximo a comercializar y no incluido en Guía Farmacoterapéutica (GFT) del centro. Se han recogido los datos relacionados con los pacientes y con el tratamiento recibido de las historias de salud (hasta 2009 eran de papel y desde 2010 eran digitales).

Fueron evaluados 196 pacientes, 168 aprobados y 28 denegados. 154 recibieron al menos 1 dosis y 14 ninguna. 85 hombres y 83 mujeres tenían 56 años de mediana de edad, sufrían mayoritariamente tumores metastásicos o recurrentes y fueron tratados con una mediana de 4 ciclos (0-118) de quimioterapia, hormonoterapia o bioterapia, con finalidad paliativa entre 1ª y 4ª línea (80% de casos). Eran MA en investigación 16 casos (9,5%), en condiciones diferentes 89 (53%), próximos a comercializar 45 (26,8%) y no incluidos en GFT 18 (10,7%). Suponen un 2,5% de todas las indicaciones de antineoplásicos (20 de 800 pacientes al año).

La tasa de respuestas fue: subjetiva 32,5%, completa 1,9%, parcial 8,8%, estabilización 15,6%, progresión 38,8% y no valorable 35,1%. La mediana de seguimiento fue 11 meses (0-116), de duración de la respuesta 2,5 (1-17), de supervivencia libre de progresión (SLP) 5 (4 – 21,3) y global (SG) 11 (9,2-20,6). En el análisis uni-multivariante, el estado funcional (ECOG) (HR 0,41; IC 95% 0,25-0,68), la línea de tratamiento (HR 0,64; IC 95% 0,49-0,93), número de ciclos (HR 3,67; IC 95% 2,51-5,37) y tipo de respuesta (HR 0,44; IC 95% 0,28-0,69) influyeron en la SG.

Las toxicidades grados 3 y 4 más frecuentes fueron: astenia (19%), neutropenia (10,7%) y náuseas y vómitos (8,9%).

Conclusiones: El empleo de medicamentos antineoplásicos en situaciones especiales de uso es menos frecuente en nuestro medio que el descrito en la literatura. Fueron usados mayoritariamente en tumores metastásicos, con relativamente poca efectividad. El estado funcional y línea de tratamiento deben ser tenidos en cuenta para seleccionar los pacientes a tratar para optimizar su eficacia y seguridad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 563

TÍTULO: GESTION DEL RELEVO GENERACIONAL

AUTORES: RAMIREZ FLORES, F.; GALVAN LEDESMA, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Hay una serie de factores comunes a todos los países, en el caso de los enfermeros, que apuntan al envejecimiento de la población activa, paralela a la población en general, y la falta de relevo generacional para los enfermeros que van a jubilarse,

Para los colegios profesionales, el relevo generacional es una de las grandes preocupaciones para mantener la calidad de los servicios sanitarios. Más de 158.000 profesionales sanitarios tienen más de 55 años y unos 184.000 están en la franja de edad anterior (entre 45 y 54 años). Y plantean estudios que desvelan que entre 55.000 y 57.000 personas se van a jubilar en el próximo lustro al tener más de 50 años.

En nuestro sistema, no existen requerimientos oficiales de competencias específicas por parte de los profesionales de enfermería para trabajar en quirófano.

Por lo tanto siendo la capacitación de los profesionales de enfermería en el área quirúrgica un elemento importante para alcanzar buenos resultados clínicos de calidad y seguridad dentro del quirófano, las vías de especialización con las que actualmente cuenta el SNS, no logran solucionar las necesidades existentes en este ámbito.

El relevo generacional se tiene que tomar como un problema organizativo. Abordar políticas estratégicas comunes sobre desarrollo profesional que no se limiten a atajar los problemas de demografía profesional, sino que traten de dar una respuesta más global, de rediseño de los mapas de competencias profesionales.

se ha elaborado un estudio a 5 años de profesionales a jubilarse (59). Se ha reestructurado a los profesionales con competencias por áreas de conocimiento, estableciéndose profesionales de referencia con competencias de excelencia en la especialidad y profesionales de nueva incorporación que van rotando y adquiriendo las competencias específicas.

Este plan de desarrollo, será evaluado al cabo de 6 meses para ver el grado de alcance del mismo e introducir los cambios necesarios en el tiempo

Como conclusión podemos afirmar que posiblemente el problema generacional sea uno de los retos más importante que se enfrentan las organizaciones, sobre todos de aquellas unidades con alta especificidad en las competencias necesarias para abordar la cartera de servicios y el trabajo en equipo.

La gestión del Bloque Quirúrgico requiere desarrollar políticas específicas de selección de personal y de formación en servicio que compensen la ausencia actual de requerimientos estandarizados de competencias para el acceso de los profesionales de enfermería a los puestos quirúrgicos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 564

TÍTULO: ABORDAJE DEL DERECHO DE OPOSICIÓN AL TRATAMIENTO DE DATOS POR VÍA TELEMÁTICA EN LOS SERVICIOS SANITARIOS

AUTORES: HERNANDEZ PASCUAL, MONTSERRAT.; DE LUIS MORAN, MA.; ROMÁN SAIZ, E.; ARÉJULA TORRES, JL.; POLO HERRADOR, MJ.; VILLANUEVA GUERRA, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En el sistema sanitario se han implementado aplicaciones que facilitan la accesibilidad de la población a los servicios asistenciales utilizando procedimientos telemáticos para la gestión de citas. Existen situaciones de vulnerabilidad que promueven que el ciudadano (mayoritariamente mujeres y menores) ejerciten el derecho de oposición al tratamiento de datos personales por vía telemática. En el año 2014, se abordó esta situación al objeto de que los sistemas alternativos de cita (SAC) permitieran respetar la confidencialidad y limitar el conocimiento por terceros de cualquier cita concertada por el interesado en un centro sanitario y con ello su localización.

Se plantea la necesidad de adaptar los sistemas de información que se utilizan en el ámbito sanitario para dar respuesta a esta nueva situación de pacientes que solicitan el bloqueo de accesos a sus datos por medios telemático.

Permitir a los ciudadanos el ejercicio de Oposición al tratamiento de los datos en SAC mediante la adecuación de los aplicativos informáticos utilizados en la gestión de citas.

Adaptar la aplicación de historia clínica electrónica para la identificación de la condición de bloqueo, inhabilitando el acceso con información de la normativa del ejercicio de derecho y el desbloqueo indicativo con trazabilidad de acceso.

Constitución grupo de trabajo multidisciplinar con asesoramiento de la Oficina de Seguridad (OSS).

1ª Fase: Elaboración de un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) y definición de requerimientos de los sistemas informáticos a adaptar.

2ª Fase: Adaptación de las aplicaciones informáticas implicadas: SAC, HCE y plataforma multicita. Identificación de limitaciones.

3ª fase: Difusión a todos los profesionales. Inclusión de contenidos en la formación a profesionales sanitarios y no sanitarios

4ª fase: Evaluación

En el 2014 se elabora el procedimiento normalizado de trabajo (PNT) para la tramitación de estas solicitudes. Se desarrolla la condición de 'bloqueo' en la aplicación de registro poblacional que bloquea la gestión telemática por los SAC. En la HCE se desarrollan dos fases: inserción de pantalla de bloqueo con información sobre tratamiento y registro de trazabilidad ante el acceso a datos (octubre 2015) y solución finalista para la gestión de citas con especializada a través de las Unidades de Atención al Usuario de los Centros, permitiendo el ejercicio de la Libre Elección de hospital. Se han tramitado 89 solicitudes, 36 de ellas en el 2016. Se ha reducido el tiempo de tramitación, 100% en menos de 3 días.

La participación multidisciplinar ha reforzado la sensibilización de la Organización ante este derecho del ciudadano. Contamos con un PNT automatizado validado por la OSS, centralizado en las Unidades de Atención al Paciente. El ciudadano canaliza de forma ágil su derecho, resolviendo su necesidad y protegiendo su vulnerabilidad en los canales de citación. Se está ampliando el proyecto de forma normalizada para el ámbito hospitalario.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 565

TÍTULO: IMPACTO DE LA IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CÓDIGO ICTUS EN UN HOSPITAL COMARCAL DE ANDALUCÍA

AUTORES: RÍOS TORO, JUAN JESÚS.; OLLERO ORTIZ, A.; URIBE RAMÍREZ, AI.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Hospital comarcal de la Serranía atiende una población de aproximadamente 85.000 habitantes. La peculiar dispersión geográfica y tradicional aislamiento de las poblaciones de la Serranía de Ronda justificó en 2012 la necesidad de implantar el Código Ictus en este hospital.

Implantación del Código Ictus en el AGS Serranía

En 2013, de acuerdo con el Plan Andaluz de Atención al Ictus (PAI), se constituyó un Comité de Ictus en el área para desarrollar y aplicar un protocolo de actuación en la atención del ictus en fase aguda, mediante la aplicación del Código Ictus. Registramos la actividad neurovascular en este hospital entre 2012 y 2015 en el contexto de la aplicación del protocolo.

Los ingresos neurológicos representan 15% de los ingresos en Medicina Interna, siendo el 50% la patología Neurovascular. Desde la implantación del protocolo, se ha incrementado la cobertura hospitalaria del ictus, con un claro crecimiento del porcentaje de activaciones del código ictus (más del 25% del total de ictus), principalmente a nivel extrahospitalario (85% del total de activaciones) y se ha aplicado el tratamiento fibrinolítico en un 5% del total de pacientes con ictus isquémico.

Nuestra experiencia con la implantación en un hospital comarcal del PAI desde un comité coordinado por neurología y con soporte neurológico en distintas fases del tratamiento, manifiesta los avances hacia la equidad territorial en la mejor asistencia al ictus en aquellas áreas sanitarias con características geográficas complejas. Sin embargo, son necesarias medidas que hagan llegar la asistencia neurológica para mejorar su manejo en fase aguda.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 566

TÍTULO: HOMBRO DOLOROSO EN PACIENTES CON ICTUS: TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA CONVENCIONAL Y KINESIOTAPING

AUTORES: PEREZ MOREIRA, ROSALIA.; BERNAL MARQUEZ, M.; CUEVAS GONZALEZ, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El ictus es una enfermedad cerebrovascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro.

El hombro doloroso hemipléjico (HDH) es una complicación muy frecuente tras el accidente cerebrovascular (ACV). La causa no está definida del todo, un buen manejo de los pacientes puede reducir tanto la frecuencia de aparición de hombro doloroso, como la intensidad del mismo, mejorando así el pronóstico funcional. Las principales limitaciones que produce son dolor y restricción de la movilidad articular.

En cuanto al tratamiento, por un lado tenemos:

El farmacológico con administración con AINES para aliviar el dolor, aunque la administración con altas dosis aumenta el riesgo cardiovascular.

El no farmacológico con fisioterapia. Entre las técnicas convencionales de fisioterapia podemos encontrar la kinesiterapia, la electroterapia, la termoterapia, la terapia manual, etc y nuevas técnicas a las que la práctica demuestra sus buenos resultados, tales como acupuntura, aromaterapia, punción seca profunda, estimulación eléctrica funcional, kinesiotaping, etc.

Efectuamos un estudio comparativo de casos con una muestra de 8 pacientes, en los que hacemos tratamiento convencional en 4 de ellos y a los otros se les aplica tratamiento convencional y kinesiotaping, para valorar si mejora la amplitud articular y disminuye del dolor

Valorar resultados entre pacientes con tratamiento de fisioterapia convencional y los que también se le aplica kinesiotaping

Se seleccionan 8 pacientes de forma aleatoria en tratamiento ambulatorio por ictus y con hombro doloroso de los Hospitales Virgen del Rocío de Sevilla e Infanta Elena de Huelva.

Se forman también de manera aleatoria dos grupos de cuatro pacientes cada uno, en los cuales en uno de ellos se realizará tratamiento convencional de fisioterapia (Grupo A) y en el otro de fisioterapia más kinesiotaping (Grupo B).

Se realiza una valoración a cada paciente al inicio del tratamiento, en la cual hacemos una inspección estática y dinámica, balance muscular, balance articular.

Se inicia el tratamiento diario de aproximadamente una hora de lunes a viernes, con diferentes técnicas de fisioterapia convencional (movilizaciones, pendulares, PNF) y durante tres meses en todos los pacientes y una vez por semana se procede a la colocación del vendaje neuromuscular a los pacientes seleccionados para ello.

En el estudio comparativo de estos dos grupos (A y B), hemos encontrado resultados más satisfactorios en cuanto a la disminución del dolor y aumento del rango articular en aquellos pacientes que fueron tratados con fisioterapia convencional y kinesiotaping (Grupo B), esta mejoría se produjo de forma gradual.

Esto nos hace concluir que en esta intervención la utilización añadida del kinesiotaping ha mejorado el estado de los pacientes.

De cualquier manera estos datos no se pueden extrapolar a la población en general, se haría necesario estudios comparativos con una muestra mayor.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 567

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN DIRECTIVOS Y GESTORES

AUTORES: GIMÉNEZ-JÚLVEZ, TERESA.; AIBAR-REMÓN, C.; GUTIERREZ-CÍA, I.; HERNÁNDEZ-GARCÍA, I.; GIMÉNEZ-BURILLO, A.; GASCÓN-GIMÉNEZ, I.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Diversos estudios han identificado una falta de compromiso y liderazgo en materia de seguridad del paciente (SP) en directivos y gestores. Pese a ser un grupo reducido en cuanto a número, representan un estamento muy significativo por la importancia de sus decisiones ya que afectan tanto a planes presentes como de medio y largo plazo.

Esta investigación se realizó con los objetivos de analizar la cultura de seguridad del paciente (CSP) en directivos y gestores, así como evaluar la validez de un cuestionario elaborado a tal efecto.

Estudio transversal llevado a cabo en abril y mayo 2011 en personal directivo y de gestión del Servicio Aragonés de Salud (SALUD). Para recoger la información se diseñó un cuestionario ad hoc formado por 85 ítems. Se validaron los resultados del cuestionario mediante análisis factorial y el alfa de Cronbach. Las respuestas se recodificaron para su análisis en tres categorías (negativo, en transición/neutra y positivo). Para analizar las diferencias se utilizaron la prueba χ^2 o el test exacto de Fisher. El nivel de significación estadística considerado fue p -valor $< 0,05$.

El análisis psicométrico de los resultados ha sido satisfactorio (KMO=0,75 y alfa de Cronbach 0,608 y 0,917).

La CSP entre gestores del SALUD puede considerarse adecuada y similar a la de otros colectivos profesionales. El perfil de directivo muestra profesionales sanitarios médicos de atención especializada, con experiencia profesional en el SALUD de más de 11 años, pero con poca antigüedad en su cargo de directivo (3 a 6 años). Destacan como aspectos positivos las actitudes directivas frente a la SP, mientras que existe una percepción negativa de la participación de los pacientes, compromiso de la organización, existencia de mecanismos de respuesta inmediata para informar al paciente y familiares ante eventos adversos (EA) graves, inexistencia de asesoría a profesionales que sufren un EA y la no utilización de técnicas de simulación que mejoren la comunicación en entornos de alto riesgo.

CONCLUSIONES

La evaluación de la CSP de directivos permite identificar aspectos clave como la capacidad de liderazgo y su conocimiento de las líneas de actuación en prácticas seguras necesario para lograr un despliegue de la estrategia de SP en la organización que dirigen. El cuestionario diseñado ha demostrado ser un buen instrumento de medida de CSP entre directivos y gestores.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 568

TÍTULO: CIRUGÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS NEONATALES: COMO HACER MÁS SEGURO LO DIFÍCIL

AUTORES: SOTO BEAUREGARD, CARMEN.; ÁVILA RAMIREZ, LF.; RODRÍGUEZ ABUELO, A.; FRAGA MOYA, E.; GONZALEZ PERRINO, CC.; ARRUZA GOMEZ, L.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El traslado al bloque quirúrgico de un paciente con patología quirúrgica urgente puede suponer un riesgo añadido por sus características o por su situación clínica. En el recién nacido, sobre todo en el gran prematuro, se añaden problemas específicos (ventilatorios y hemodinámicos) por lo que la asistencia neonatal de alto nivel en un centro terciario obliga a estandarizar este procedimiento de alto riesgo.

Desarrollar la Vía Clínica de Cirugía en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) aprobada por la Comisión de Protocolos, guías y vías clínicas de nuestro centro definiendo qué recién nacidos deben ser intervenidos en la UCIN y protocolizando el procedimiento.

Se estableció un grupo de trabajo multidisciplinar formado por personal sanitario y no sanitario pertenecientes a diferentes Servicios y Unidades (Cirugía Pediátrica, Neonatología, Anestesia y Bloque quirúrgico)

Se analizaron las indicaciones, necesidades estructurales, materiales y de personal estableciendo los flujos de recursos necesarios en torno al paciente neonatal crítico subsidiario de procedimiento quirúrgico urgente.

Para cada una de las fases valoradas se estableció un responsable médico, una dotación de personal sanitario y personal no sanitario de apoyo.

Se definieron los documentos necesarios y se elaboró un check-list de inicio y de finalización del mismo. Se establecieron los indicadores de entrada, de proceso y de resultados necesarios para la evaluación y la mejora de la vía clínica.

Durante los últimos dos años se han realizado 16 procedimientos quirúrgicos en la UCIN en 12 pacientes.

La mediana de la edad gestacional fue de 26+6 semanas (rango 23+3s - 39+6s) y el peso al nacimiento fue de 890 grs (rango 500-3640 grs). Un 33% fueron fruto de gestaciones múltiples.

La mediana de edad a la cirugía fue de 15 días (rango 2-61 días) y en siete casos (58%) el diagnóstico fue de enterocolitis necrotizante.

En un 70% de los casos se consiguió comenzar el procedimiento antes de la hora de la indicación médica. La duración media de la cirugía fue de 50 minutos (rango 24-160 minutos)

En cuatro ocasiones se precisó de una segunda cirugía, en tres casos por progresión de la enfermedad y en uno como complicación de la primera (evisceración). La mortalidad de esta serie es del 33.33%.

Conclusión:

Se han realizado en los últimos dos años 16 procedimientos siguiendo esta vía sin incidentes y con un alto grado de satisfacción de todos los profesionales implicados, disminuyendo el tiempo de respuesta tras la indicación quirúrgica, una menor duración del procedimiento en sí al evitar el traslado, una menor morbilidad al minimizar los efectos de la exposición del paciente y una aceptación completa por parte de todos los equipos profesionales participantes con un uso eficiente de los recursos ya que esta nueva organización no ha supuesto ningún coste añadido.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 569

TÍTULO: ANÁLISIS CUALITATIVO DE ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS DE DIRECTIVOS Y GESTORES SOBRE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES: GIMÉNEZ-JÚLVEZ, TERESA.; GUTIÉRREZ-CÍA, I.; AIBAR-REMÓN, C.; HERNÁNDEZ-GARCÍA, I.; FEBREL-BORDEJÉ, M.; GASCÓN-GIMÉNEZ, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los profesionales que desarrollan actividades directivas y de gestión en el ámbito asistencial y académico de las ciencias de la salud son claves para promover una cultura proactiva de la seguridad del paciente (SP) y desarrollar actividades y programas efectivos y sostenibles al respecto.

Por esta razón, conocer sus actitudes, expectativas y prácticas son determinantes para poder emprender acciones de mejora en el contexto de una organización sanitaria.

Una forma de complementar la información cuantitativa es a través de la investigación cualitativa que permite su enriquecimiento y una mejor aproximación y mayor comprensión de la seguridad del paciente y de la cultura de seguridad del paciente (CSP).

Estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas (guión común) en personal directivo y de gestión del Servicio Aragonés de Salud incluyéndose también profesionales de representación sindical y del ámbito académico durante los meses de abril y junio de 2011. Los criterios de participación fueron: sexo, categoría profesional, cargo actual, ámbito de atención y tamaño del centro. Además, estar motivados y tener experiencia y conocimiento sobre la infraestructura, procesos y cuestiones sobre CSP. Las entrevistas que fueron grabadas se transcribieron y el análisis cualitativo se realizó extrayendo los descriptores y seleccionando los verbatimim (datos cualitativos) más representativos.

Se desarrollaron 10 entrevistas semiestructuradas (10 perfiles profesionales). Relacionado con el concepto de SP, el grupo de respuestas ha sido bastante heterogéneo encontrándonos conocimientos, formación e ideas muy diferentes entre los entrevistados. Reconocen la existencia de problemas de SP y dentro de los factores contribuyentes para su producción identifican los relacionados con los profesionales, la formación, el equipo, la comunicación y el paciente como los más importantes. Todos los participantes coinciden en que se reconoce como prioritaria la SP, pero de forma más teórica que práctica. Señalan que la excesiva rotación de los directivos les dificulta el establecimiento de estrategias a largo plazo y dar continuidad a medio plazo. La cultura de la culpa y la resistencia al cambio entre profesionales puede dificultar el desarrollo de su implantación. Destacan la necesidad de despliegue de una estrategia global con líneas de SP y calidad coordinada a través de una Unidad Funcional transversal y multidisciplinar.

CONCLUSIONES

El discurso de profesionales clave (directivos y gestores) refleja cuestiones relevantes sobre la CSP de una organización útiles para complementar a la información obtenida por cuestionarios.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 570

TÍTULO: LA OPINIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS

AUTORES: GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, LUIS ANTONIO.; SÁNCHEZ LÓPEZ, BR.; VIDAL FERNÁNDEZ, S.; ALONSO PÉREZ, A.; VÁZQUEZ LÓPEZ, M.; CANO GUIMAREY, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La COOPERATIVA SANITARIA DE GALICIA (COSAGA) dentro de nuestro Modelo de Generación de Valor y fiel a nuestra Línea de Visión Sociedad se caracteriza por su afán de ser un centro abierto a la sociedad, transparente, comprometido con la sostenibilidad medio-ambiental y colaborador con ONGs y entidades con valores coincidentes con los nuestros. Así, mantenemos una actitud participativa y de apertura con aquellos agentes que influyen y sobre los que influimos en todas nuestras actividades. Para dar respuesta a las necesidades y expectativas de todos los Grupos de Interés debemos partir de la identificación de sus necesidades y expectativas (compromiso social, ética, valores sociales y cumplimiento de la normativa).

Para ello se ha puesto en marcha la Encuesta de Partners, Proveedores y Clientes que se realiza cada 3 años, con el fin de captar objetivamente la eficacia de nuestras acciones para el logro de nuestra línea de visión Sociedad.

- Conocer la opinión de nuestros proveedores, partners y clientes sobre la atención recibida de CO.SA.GA.
- Comparar la relación con CO.SA.GA. con las relaciones mantenidas con otros clientes.
- Evaluar el impacto de las acciones de mejora llevadas

En la última oleada se han entregado 45 encuestas a proveedores, clientes y partners, obteniendo un índice de respuesta del 76%; segmentadas las encuestas observamos que la mayor participación se obtiene de partners -83,3%-, seguida de los proveedores con un 77,8% y la menor respuesta viene dada por clientes -66,7%-.

Se compara con la primera oleada tanto a nivel de porcentaje de respuesta como de satisfacción con los diferentes ítems.

Las variables sobre las que se pide opinión son: cumplimiento de los contratos, eficacia y trato, relación flexible, perspectivas de crecimiento, referencia en el mercado, comparación con otros clientes y nivel de satisfacción general.

Se constata el 100% de satisfacción respecto a la eficacia y trato recibido por parte de los interlocutores de COSAGA.

La totalidad de los encuestados consideran a COSAGA una valiosa referencia en el mercado.

EL 100% de partners consideran que las relaciones que tienen con COSAGA son mejores que las que tienen con otros clientes; los proveedores y clientes opinan que son iguales el 50% y mejores el otro 50%.

En cuanto a la valoración de la relación con COSAGA en el último año, el 87% de los clientes opina que ha mejorado; partners y proveedores manifiestan esta evolución en menor medida, 60% y 62% respectivamente.

En la valoración global de la satisfacción el 80% de los partners, el 71% de los proveedores y el 37% de los clientes se consideran muy satisfechos. El resto de porcentaje satisfechos.

Los resultados son positivos en general debido a las acciones de COSAGA, al esfuerzo realizado en campañas de marketing, la colaboración y sentimiento de apertura de los líderes y personas de la organización y a la orientación a los Grupos de Interés.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 571

TÍTULO: CONSULTA DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL COSTA DEL SOL, ANÁLISIS DEL PRIMER AÑO DE IMPLANTACIÓN

AUTORES: RODRIGUEZ MONTALVO, JOSE ANTONIO.; JIMENEZ CORTES, Y.; ENRIQUEZ DE LUNA RODRIGUEZ, M.; MORA BANDERAS, A.; CANCA SANCHEZ, JC.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La implantación de protocolos de triaje y clasificación de pacientes por niveles de gravedad ha mejorado la eficacia y eficiencia en los servicios de Urgencias, en los que la actividad se ha visto aumentada progresivamente. Con la incorporación de las prácticas avanzadas de enfermería en el triaje se está intentando mejorar la calidad de la primera atención en estos servicios. Por ello en 2015, se creó una Consulta de Enfermería de Urgencias con el fin de mejorar la accesibilidad a los pacientes que sólo requieran atención y cuidados por parte de Enfermería sin precisar ser valorados por un facultativo.

1.- Generales:

- Evitar los ingresos y/o consultas médicas innecesarias en pacientes que acuden a Urgencias que precisan atención específica del personal de enfermería
- Potenciar la presencia, autonomía y desarrollo de las actividades propias de la enfermería en la asistencia hospitalaria.

2.- Específicos:

- Evitar la ansiedad del paciente derivada de los tiempos de espera prolongados en los servicios de Urgencias.
- Evitar riesgos no deseados y respetando en todo momento el derecho a la autonomía, información y participación en su proceso de enfermedad del paciente y familia.
- Unificar criterios de actuación basados en la evidencia científica y en los medios disponibles y soportados en guías de práctica clínica y asistencial consensuados.
- Favorecer la continuidad asistencial

La implantación de la Consulta de Enfermería se realizó en junio de 2015, en el servicio de Urgencias de la Agencia Sanitaria Costa del Sol. Para ello se definió la cartera de servicios: curas simples, cambios de inmovilización y cambios de dispositivos de eliminación (Sondaje Vesical y Nasogástrico) prescritos previamente. Se realizó formación y se colocó cartelería con la descripción del procedimiento en triaje, salas de curas y yesos. No fue preciso aumentar la plantilla para su ejecución. Se establecieron los siguientes indicadores de resultados: número de intervenciones, tiempo medio de atención, reingresos en menos de 48h por el mismo motivo y satisfacción del usuario. El procedimiento consiste en detectar al paciente con criterios de inclusión desde triaje, siendo este derivado directamente al enfermero responsable de la zona de curas o yesos para realizar la atención finalista.

Se han realizado 178 consultas de enfermería, con un tiempo medio de atención de 93 minutos, con sólo 1 reingreso. El 97.19% de los usuarios atendidos se han mostrado satisfechos o muy satisfechos con la atención exclusiva por parte de enfermería. El tiempo medio de atención médica sobre el mismo motivo de consulta previo a la implantación ha sido de 156 minutos, reducción en la atención en 63 minutos. Encontramos muy positiva su implantación, disminuye tiempos de atención, aumenta en eficacia y eficiencia de los servicios de urgencias, aumenta la satisfacción del usuario, las competencias y la autonomía de la enfermería.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 572

TÍTULO: MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LAS UGC DE ATENCION PRIMARIA

AUTORES: LACIDA BARO, MANUELA.; JAEN RUIZ, I.; ALONSO HIDALGO, C.; ANCA GOMEZ, J.; JEAN MCHUGH, L.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La accesibilidad universal es aquella condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad, comodidad y de la forma más autónoma y natural posible. La accesibilidad es un derecho de la persona y, como tal, debe ser tratado para conseguir la equiparación de oportunidades.

Objetivo general: Mejorar la accesibilidad de las personas con discapacidad al sistema sanitario público de Andalucía

Objetivos específicos:

- Mejorar la información a las personas con discapacidad y sus familias
 - Mejorar la sensibilización y formación de los profesionales de atención primaria en relación a los cuidados de personas con discapacidad
1. Elaboración en Junio del 2015 del plan de mejora de la atención socio sanitaria para las personas con discapacidad con la incorporación de las asociaciones de personas con discapacidad: ALBOR (asociación de personas sordas de Cádiz), FEGADI (Federación gaditana de personas con discapacidad física y orgánica), ADACCA (Asociación de personas con daño cerebral adquirido), AUTISMO CADIZ, PARKINSON CADIZ y FAEM (Federación de familiares y allegados de personas con enfermedad mental)
 2. Incorporación de las asociaciones en las mesas de participación ciudadana.
 3. Elaboración de un Blog
 4. Realizar un estudio de la situación actual de los Centros de Salud
 5. Colocación de cartelería mediante ayudas visuales (fotografías, pictogramas). Incorporación de los QR
 6. Implantar medidas para la accesibilidad a las personas sordas:
 - a. Persona referente en cada centro que realice labores de intérprete
 - b. Disponibilidad de correos electrónicos de los jefes de grupo
 - c. Implantar el sistema de mensajería SMS de los teléfonos corporativos
 - d. Incorporación a la agenda de citas en el campo de observaciones la situación de persona sorda
 7. Promover convenios con asociaciones
 8. Realización de cursos de lenguaje de signos

Se han elaborado e instalado en las 23 UGC del distrito pictogramas identificando todos los espacios, en total 650 pictogramas

Formación de 60 profesionales de las UNIDADES DE ATENCION A LA CIUDADANIA en lenguaje de Signos en dos ediciones durante dos años (2015 y 2016) con una media de satisfacción global de ambas ediciones sobre 9,5

Se han firmado convenios de colaboración con la asociación AUTISMO, pendiente de firmar con FEGADI, ADACCA, PARKINSON

La elaboración y la implantación del plan de mejora de la accesibilidad ha supuesto mejoras en la población destinataria y mejora de las ACTITUDES Y APTITUDES de los profesionales.

De igual forma estas medidas ha permitido abrir nuevas líneas de trabajo, como son la elaboración de protocolos de actuación clínica y administrativos en lenguaje adaptado a las personas con trastorno del espectro autista, adaptación de la cartelería del distrito a las personas con discapacidad intelectual...

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 573

TÍTULO: PROCESO ASISTENCIAL CATARATAS. CIRCUITO ASISTENCIAL Y DE GESTIÓN

AUTORES: ROMERO LOPEZ, PILAR.; RODRIGUEZ PEREZ, C.; DEL NOZAL NALDA, M.; ALVAREZ FERNANDEZ, R.; ECHEVARRIA MORENO, M.; GARCÍA BERNAL, AM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las cataratas es un proceso que afecta cada vez a un mayor número de personas. Su incremento se asocia al envejecimiento de la población y al aumento de la esperanza de vida. En las Unidades de Gestión Clínica de oftalmología es uno de los procesos que genera más demanda asistencial, ambulatoria y quirúrgica. Esto justifica la necesidad de agilizar los circuitos asistenciales y de gestión.

Describir la implementación del proceso de gestión clínico-administrativo de los pacientes a intervenir de cataratas

La intervención de cataratas se hace en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), y los pacientes se atienden en el Hospital de Día. Una vez efectuado el diagnóstico e indicada la intervención, se cumplimenta el registro de demanda quirúrgica (RDQ) que es incluido por el personal administrativo de Lista de Espera Quirúrgica (LEQ) en la Agenda de Demanda de Gestión (AGD). En el RDQ el facultativo responsable del paciente registra en observaciones el tipo de anestesia a utilizar. Posteriormente a los pacientes se les envía por correo, una hoja de indicaciones y teléfonos de contacto, en las que se refleja la necesidad de leer el Consentimiento Informado de anestesia que será firmado el día de la intervención en presencia del anestesista y cumplimentar el cuestionario sobre riesgo anestésico que se revisará con el anestesista el día de la intervención. Para pacientes a intervenir con anestesia tópica no se realiza estudio preoperatorio, y para el resto de pacientes se les envía la petición de analítica y del EKG para realizársela en su centro de salud y en su caso, la cita para la consulta de anestesia. La programación quirúrgica se realiza desde LEQ según la antigüedad, y es supervisada por la Dirección de la UGC. El personal de LEQ contacta telefónicamente con los pacientes para informar de la fecha y hora de la intervención. En el día de la intervención los pacientes acuden al HDQ, donde son entrevistados por un anestesista y se les aplica los cuidados preoperatorios necesarios. Después de la intervención y de acuerdo con el criterio facultativo se gestiona su estancia en el HDQ para la recuperación y su posterior alta a domicilio

Un proceso tan prevalente exige la coordinación multidisciplinar y la gestión administrativa es un aspecto de especial relevancia. Es por ello que la implantación de este procedimiento ha permitido realizar en el año 2015, 2.430 intervenciones quirúrgicas, con importantes medidas de eficiencia al evitar consultas de preanestesia, realización de pruebas analíticas y favoreciendo la accesibilidad del usuario a la asistencia, evitando desplazamientos, y mejorando la calidad de la asistencia prestada a través del contacto personalizado. Podemos concluir que el procedimiento es seguro pues el porcentaje de suspensiones se mantiene por debajo del 4% (año 2015).

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 574

TÍTULO: PERFIL DEL ABSENTISMO EN CCEE DE HOSPITAL: UN COSTE DE INEFICIENCIA

AUTORES: GARCÍA GONZÁLEZ, MARÍA LOURDES.; FERNÁNDEZ GARCÍA, PJ.; CABRERA MUÑOZ, S.; NIEBLA CORSINO, P.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Hospital de Jerez, dentro del Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz, nivel II, cubre las CCEE de especialidades hospitalarias a una población de 402.854 h. Ello requiere un enorme esfuerzo de gestión y de recursos asistenciales, haciendo necesario alcanzar los mejores niveles de eficiencia posible, siendo el absentismo a las CCEE un elemento que va en sentido contrario. Así, es imprescindible el estudio pormenorizado de esta disfunción, contando con los elementos y circunstancias locales.

General:

- Estudiar las características de los pacientes citados en consultas externas del hospital y, concretamente, de aquellos pacientes que habiendo solicitado una atención especializada "No Acuden" (NA) a la consulta.

Específicos

- Analizar la repercusión que tiene el volumen de pacientes que NA sobre la lista de espera de CCEE.
- Definir el perfil del absentismo.
- Detectar áreas de mejora para poder disminuir significativamente el porcentaje de pacientes que NA.
- Estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo en pacientes del AGSNC que han sido registrados en las agendas de CCEE en el año 2015.
- Se excluyen las consultas de enfermería, atención urgente, inteconsultas, de pruebas diagnósticas y/o por rechazo clínico o administrativo
- Variables estudiadas: asistencia o no a la consulta, edad, sexo, localidad, CP, especialidad, tipo consulta y horario.

RESULTADOS

- Cuando se calcula cada ítem sobre sí mismo, la media de ausencias es 25%, sea primera o sucesiva.
- Destaca Alergología, con casi la mitad de las ausencias sobre su agenda y Dermatología, que también lo es sobre el total de los NA.
- Jerez aporta el total de ausencias (es la población mayor), pero con un 26%, al igual que el resto.
- Las mujeres entre 35 y 64 años presenta un 28,8%, frente a un 17,2% en hombres.
- El nivel de absentismo es algo mayor en los tres primeros días de la semana y especialmente en el tramo horario de las citas asignadas entre 11:00 – 13:00 horas

CONCLUSIONES

• El absentismo en las agendas programadas de CCEE de hospital es un problema crónico, sin que halla protocolos o estrategias de intervención para corregirlo en la mayoría de los casos. Esto crece en importancia en momentos de limitaciones importantes en los recursos..

• Se constata un elevado valor, tanto relativo como absoluto, de citas perdidas, lo que conlleva una gran ineficiencia económica, asistencial y de gestión.

• Sería procedente iniciar una línea de trabajo de carácter cualitativo, con perspectiva de género.

• Habría que profundizar en aspectos como la situación laboral, incapacidades permanentes, jubilaciones, fallecimiento o cambios de cita y su repercusión en la NA.

• Queda abierta el definir lo más aproximadamente posible, el coste económico que representa este nivel de absentismo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 575

TÍTULO: CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON SCACEST

AUTORES: CALLE URRA, JOSÉ EDUARDO.; PARRA HIDALGO, P.; PINAR BERMÚDEZ, E.; LÓPEZ ROJO, C.; ARELLANO MORATA, C.; MÁS CASTILLO, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El SCACEST constituye un importante problema de salud pública en nuestro medio, a pesar de la reducción de la incidencia conseguida por las medidas preventivas y de la mejoría pronóstica lograda con los avances terapéuticos de los últimos años.

Evaluar la calidad de la atención al síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) en los hospitales de un Servicio Regional de Salud (SRS).

Se han valorado 8 indicadores sobre prescripción farmacológica y reperfusión obtenidos a partir de la propuesta de "Indicadores de Calidad para Hospitales del Sistema Nacional de Salud" publicada por SECA en 2012. Las unidades de estudio fueron el total de episodios de hospitalización por SCACEST en el primer semestre de 2012 y segundo semestre de 2013, excluyendo los casos solapados (620 para todo el SRS). La identificación de los casos se realizó mediante el CMBD de hospitalización, y para el estudio de los mismos se utilizó la historia clínica completa. Para cada indicador se calculó el porcentaje de cumplimiento global y desagregado para cada uno de los hospitales (prescripción farmacológica, áreas de salud (reperfusión) y/o sexos (reperfusión)). También se obtuvo la razón de variación entre hospitales o áreas con 20 o más casos (RV).

Prescripción de ácido acetil salicílico a la llegada a urgencias (global: 93,4%, RV: 1,14). Prescripción de medicación al alta: antiagregantes (global: 99,8%, RV: 1,00), betabloqueantes (global: 91,8%, RV: 1,32), IECA o ARA-II (global: 81,0%, RV: 1,61) y estatinas (global: 95,4%, RV: 1,07). Realización de reperfusión (global: 77,6%, RV: 1,32; hombres: 80,7%; mujeres: 68,7%). Fibrinólisis en 30 minutos desde llegada a primer dispositivo con capacidad de reperfusión (PDCR) (global: 31,5%, RV: 2,41). Angioplastia primaria en 90 minutos desde llegada a PDCR (global: 40,1%, RV: 2,01).

CONCLUSIONES:

Las tasas de prescripción de fármacos son superiores a las descritas en otros estudios. El menor porcentaje corresponde a los IECA o ARA-II, que presentan también la mayor variabilidad entre hospitales. El porcentaje de pacientes reperfundidos, aunque supera al de otros trabajos, no puede considerarse aún óptimo. Existen además diferencias de género, y son bajos los porcentajes de pacientes que se reperfunden dentro de los tiempos recomendados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 576

TÍTULO: EL NUEVO ABORDAJE TRANSVERSAL DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: MARTINEZ PATIÑO, M DOLORES.; GARCÍA MAÑOSO, MI.; FERNÁNDEZ JIMÉNEZ, I.; MANTILLA MORATÓ, T.; RICOTE BELINCHÓN, M.; DURALDE RODRÍGUEZ, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas de nuestra CCAA propone el desarrollo de servicios específicos para los pacientes según su nivel de intervención (NI): bajo (autocuidado), medio (gestión de la enfermedad) o alto (gestión del caso). El nivel se determina por la estratificación poblacional con la herramienta GMA y el criterio del profesional. En Atención Primaria (AP) la oferta de servicios (Sº) se recoge en la Cartera de Servicios Estandarizados (CSE), que incluye 43 Sº entre los que figuran los de atención a los factores de riesgo cardiovascular (FRCV): hipertensión (HTA), diabetes mellitus (DM), hipercolesterolemia (HPCL) y obesidad (de adultos e infantil). Actualmente estos Sº ofrecen el mismo proceso para todos los pacientes, están dirigidos a la gestión de la enfermedad (NI medio). Incluyen un indicador de cobertura y varios criterios de buena atención (CBA). En la actualidad las guías clínicas establecen con alto nivel de evidencia que la valoración del RCV debe marcar el abordaje de la HTA y la HPCL.

- Adaptar los servicios de atención a los FRCV de la CSE de AP a los NI, adecuando la prestación del proceso a la necesidad asistencial del paciente
- Utilizar la clasificación del RCV como herramienta de ayuda para la definición de los NI en estos Sº

En febrero de 2015 se forma un grupo de trabajo multidisciplinar para abordar los Sº de FRCV. Se revisan la evidencia disponible y la prevalencia por tramos etarios de los FRCV para definir las poblaciones diana. El principal reto consistió en incluir la clasificación del RCV como un CBA de estos Sº para definir diferentes actividades y periodicidades dentro del proceso asistencial. Hasta la fecha la valoración del RCV se contemplaba en un Sº específico de la CSE que incluye la clasificación del RCV según las tablas SCORE de bajo riesgo y la periodicidad de nuevas valoraciones según el riesgo inicial.

Se adaptan los 5 Sº. Se incluye un CBA inicial de valoración del RCV en HTA e HPCL. Se suprime el Sº específico de valoración del RCV. En un Sº ya existente en CSE (detección de problemas de salud prevalentes en el adulto) se incluye como CBA nuevo la valoración del RCV para la población sana.

Los 5 Sº incluyen un CBA para pacientes con NI bajo y medio. Solo la DM incluye un CBA para el NI alto; en obesidad, HTA y HCL no se estima oportuno ya que a largo plazo pueden originar procesos cardiovasculares contemplados en otros Sº que si incluyen un NI alto. Se concretan actividades asistenciales y periodicidades para los distintos NI. En HTA e HCL se establece que en el NI bajo están los pacientes con RCV bajo y en el medio los de RCV moderado, alto y muy alto.

Los nuevos Sº definen una atención actualizada e integradora para la población con FRCV ya que diferencian las actividades clínicas y su periodicidad de seguimiento y establecen NI según el RCV global. Diferenciar el proceso según la necesidad de los pacientes optimiza los recursos y adecúa y mejora su atención.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 577

TÍTULO: GESTIÓN ELECTRÓNICA DE CITAS RADIOLÓGICAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.

AUTORES: CÁRDENAS VALLADOLID, JUAN.; AREJULA TORRES, JL.; CASADO LÓPEZ, M.; RUÍZ ALONSO, S.; SÁNCHEZ-CELAYA DEL POZO, M.; VICENTE HERRERO, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Hasta el año 2011 las citas para las prestaciones radiológicas solicitadas desde Atención Primaria (AP) se han realizado mediante diferentes circuitos administrativos, con gran variabilidad en los procedimientos, lo que provocaba situaciones de inequidad, problemas de accesibilidad y una pérdida relevante en la trazabilidad de las solicitudes. En AP contamos con una historia clínica electrónica única centralizada que ha facilitado la integración con 32 hospitales de la Comunidad. Se abordó de forma multidisciplinar involucrando a la Dirección General de Sistemas de Información, Coordinación de Direcciones de Continuidad Asistencial y Gerencia de Atención Primaria de la Consejería de Sanidad para aportar soluciones a los problemas detectados.

Establecer un proceso de gestión de la cita electrónica de prestaciones radiológicas desde los Centros de AP que minimice los procesos administrativos, mejore la accesibilidad a las prestaciones y garantice la seguridad de los pacientes.

El grupo de mejora aplicó la metodología de mejora continua (PDCA), realizó un análisis causa-raíz, evidenciando los problemas principales: insatisfacción de los administrativos por la complejidad de los procedimientos de citación (programa mostrador); por la necesidad de transcribir datos clínicos a las herramientas de citación electrónica externas al aplicativo que utilizaban, y problemas de seguridad para el paciente. Insatisfacción de los pacientes por el tiempo hasta la comunicación de la cita e insatisfacción de los profesionales sanitarios por la pérdida de trazabilidad de la prestación y las vías de devolución de los resultados.

Se estableció un Plan de Acción con 4 intervenciones:

1. Normalización de las prestaciones de radiología, utilizando el catálogo de pruebas diagnósticas consensuado para AP mapeándolas con las agendas de los Hospitales.
2. Elaboración de una plataforma de citación que permitiera la comunicación entre AP y cada hospital.
3. Diseño de la funcionalidad que permitiera enviar la información clínica registrada en la solicitud e insertar los resultados de las pruebas en la aplicación informática de AP.
4. Elaboración del cronograma de implantación con procedimientos de comunicación y de formación y gestión de incidencias para el nuevo sistema.

Inicio en 2011 finalizando en mayo de 2016. Se mapearon hasta 96 prestaciones radiológicas (codificación SERAM), peticionables desde AP; se desarrolló la plataforma de comunicación (262 centros y 163 consultorios con las agendas de los 32 hospitales); se comunicó y formó, según el cronograma previsto, a una alta representación de los profesionales de todos los Centros implicados. Pendiente de finalizar la acción 3, pero los profesionales tienen acceso a la información de los resultados mediante los visores disponibles en la HCE de AP.

Los procedimientos normalizados e integrados en los sistemas informáticos, garantizan la trazabilidad de las peticiones y mejoran la satisfacción de los usuarios.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 578

TÍTULO: GRADO DE CONOCIMIENTO DEL “COMPROMISO POR LA CALIDAD DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS” Y “NO HACER” EN MÉDICOS HOSPITALARIOS

AUTORES: LOZANO RODRÍGUEZ-MANCHEÑO, AQUILES.; ZAMBRANA GARCÍA, JL.; GRANADOS GARCÍA, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En Abril de 2.013 el Ministerio de Sanidad presentó la iniciativa “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas” con el fin de dar difusión a las más de 100 recomendaciones referentes a evitar hacer pruebas o procedimientos ineficaces, obsoletos o faltos de respaldo científico

Conocer el grado de conocimiento de dichas recomendaciones en facultativos hospitalarios, así como la actitud de éstos ante cuestiones relacionadas con esta nueva forma de entender la prestación asistencial

Estudio transversal realizado mediante encuesta online a 182 facultativos dos hospitales comarcales públicos de Andalucía durante mayo de 2.016

Respondieron a la encuesta 142 facultativos (tasa de respuesta 79 %), siendo el 56% varones y encontrándose el 83% en la franja de edad de los 36 a 55 años. Un 39% de los facultativos respondieron conocer poco o nada la iniciativa del Ministerio, reduciéndose a un 30% cuando se les preguntaba por el conocimiento de la iniciativa “No hacer”. El 80% de los facultativos indicaron que frecuentemente los pacientes solicitaban pruebas innecesarias en su quehacer diario, existiendo un 20% de los facultativos que accedían a dicha petición. Las razones fundamentales que llevan a pedir una prueba innecesaria fue en el 29 % temor a dejar escapar un posible diagnóstico y en el 28% el evitar litigios/reclamaciones. El 57 % de los respondedores se mostraron totalmente o muy de acuerdo con la afirmación de que el uso de pruebas médicas innecesarias era un problema grave de la asistencia sanitaria. Para el 57% de los encuestados consideran que son los profesionales sanitarios los que deberían liderar esta iniciativa.

En conclusión, existe un significativo porcentaje de facultativos que desconocen la iniciativa “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas”, así como la referente a “No hacer”. El uso de pruebas médicas innecesarias es frecuente y conocido por los propios facultativos, siendo además objeto de preocupación

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 580

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS ANUALES DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS EN LOS "COMITÉS DE SEGUIMIENTO": RESULTADOS 2009-2015

AUTORES: LLEDÓ-RODRÍGUEZ, RAFAEL.; ALOY-DUCH, A.; BOTTA-SANTASUANA, M.; TUSQUELLAS-OTO, C.; MARTÍN-SÁNCHEZ, E.; PLA-POVEDA, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El desarrollo de cualquier Plan Estratégico (PE) institucional se realiza mediante la implantación de los objetivos anuales alineados con los objetivos estratégicos del PE, y requiere de evaluaciones periódicas que permitan controlar la evolución de los objetivos, de sus actividades e indicadores anuales. Los procesos clave, estratégicos y de soporte están realizados por los distintos equipos del centro, sustentados por el organigrama funcional y organizacional, denominados "Equipos de Proceso" (servicios, unidades o áreas) o equipos interdisciplinarios de profesionales que realizan las distintas actividades del mapa de procesos de la institución.

Presentar la estrategia organizativa y la evolución, desde el 2009 al 2015, de los resultados obtenidos (indicadores) en los objetivos anuales por los distintos equipos de proceso, presentados en las jornadas anuales públicas de los "Comités de Seguimiento", espacio de mejora de la calidad y de transparencia institucional de los procesos.

Desde 2006 en nuestro centro, un hospital general universitario de referencia de ámbito comarcal de 350 camas, se han implementado 3 PE (quinquenales); cada PE define un conjunto de objetivos estratégicos, que se distribuyen anualmente en objetivos anuales con sus respectivos indicadores. La estrategia desde 2006 consiste en la convocatoria anual en febrero, de 3 sesiones diarias de 8 horas (ámbitos médico, médico-quirúrgico, y servicios centrales) en donde los responsables médico y enfermero del equipo de proceso presentan, conjuntamente durante 20' y con un formato en "power point" idéntico, públicamente ante el equipo directivo, los mandos intermedios y el resto de profesionales, un DAFO, el % de objetivos conseguidos mediante autoevaluación y validación directiva, y la propuesta de objetivos e inversiones para el año siguiente. Se presentan los resultados promedio comparados de los períodos 1º PE (2009-2012) respecto al 2º PE (2013-2015) para: 1) los equipos directivos; 2) los Servicios, Unidades y Áreas; y, 3) los globales.

La consecución promedio de los objetivos en los períodos 1º y 2º, respectivamente fue, para: 1) el equipo directivo (9 direcciones) con un 85% (DE \pm 7%); y, 83% (DE \pm 7%); 2) los servicios, unidades y áreas (27 equipos) con un 78% (DE \pm 12%); y, (31 equipos) 73% (DE \pm 13%); y, globalmente como institución (32 equipos) con un 80% (DE \pm 11%); y, (39 equipos) 74% (DE \pm 13%).

Se aprecia un leve descenso en la consecución de los objetivos planificados (< 80%), que nos debe alertar y poner sobre aviso sobre aquellas medidas de corrección necesarias a realizar para reorientar el PE; si bien, diversas causas pueden influir en esa disminución, por una parte, la mejora en la sistematización de la estrategia de realización de los objetivos anuales, también el aumento en el sector de la exigencia de eficiencia y calidad y, por último, la disminución de los recursos sanitarios destinados a los centros.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 581

TÍTULO: PROYECTO DE IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA

AUTORES: MORENO CALVETE, MARIA CONCEPCIÓN.; MERINO RODRIGUEZ, A.; ERAÑA ARANAGA, MI.; RODRIGUEZ ITURRIZAR, AI.; URIARTE URIARTE, JJ.; PEREIRA RODRIGUEZ, CJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Dentro del tratamiento del Trastorno Mental Grave (TMG) una de las intervenciones que se deben de ofrecer es "la psicoeducación", que implica "informar y educar al usuario con una enfermedad mental grave y duradera". La evidencia científica menciona que la psicoeducación mejora el conocimiento de la enfermedad e incluyendo a la familia, se reducen las recaídas o los reingresos. Por ello, se consideró necesario implementar un programa psicoeducativo basado en la mayor evidencia científica disponible que contribuyese al abordaje integral de las necesidades de las personas con un TMG y sus familiares.

Describir el diseño e implantación del programa psicoeducativo para personas con TMG y sus familiares.

Se llevaron a cabo siguientes actividades:

- Revisión de la literatura
- Elaboración del programa para usuarios y para familiares por un grupo de expertos internos.
- Evaluación de la calidad del programa por expertos externos.
- Piloto para evaluar el programa en los usuarios, de octubre del 2015 a Mayo de 2016, dejando el de las familias para una fase posterior.

En el piloto se evaluó el conocimiento adquirido por los usuarios mediante 5 indicadores del NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería-Nursing Outcomes Classification) 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad y la satisfacción.

Se incluyeron 9 centros con un total de 87 personas, no obstante para el análisis de los resultados hubo que excluir a 26 por no finalizar el piloto.

Para el análisis estadístico se llevó a cabo la prueba de Kolmogorov-Smirnov o Shapiro-Wilk para determinar si la distribución de la variable fue normal. Para el análisis estadístico antes y después se utilizó la prueba t de Student de muestras relacionadas o Wilcoxon, con un intervalo de confianza del 95%. Se consideró significativo una $p < 0.05$. El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 22.0.

De los 61 personas, la mayoría fueron hombres con un 56% ($n=34$), con una media de edad de 47,62 años. Dentro de los trastornos del espectro de la esquizofrenia predominó la esquizofrenia paranoide con un 73,5% ($n=36$) y predominaron los estudios primarios y secundarios.

El 74% ($n=45$) de los participantes tuvo un aumento de 1 a 3 puntos en el conocimiento.

Se encontró diferencias estadísticamente significativas en el conocimiento antes y después de la intervención individual ($Z=-4,548$) $p=0,000$.

Los usuarios tenían un conocimiento significativamente menor antes de la intervención grupal en comparación a después de la intervención ($M=-0,680$ $SE=0,505$, $t(29)=-7,369$ $p=0,000$, $IC95\%$ (-0,869, -0,491).

Se obtuvo una media global en la Satisfacción de 8,36.

Se concluye que el programa puede ser utilizado a nivel individual y/o grupal, que los usuarios se muestran satisfechos y que la metodología enfermera es una herramienta que permite evaluar programas a través de valoración la evolución en los usuarios.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 582

TÍTULO: IMPLEMENTACIÓN DE UN NUEVO MODELO DE “CONSULTA PREANESTÉSICA TELEFÓNICA VIRTUAL”: ‘MENOS VISITAS, MÁS EFICIENCIA’

AUTORES: MASSÓ-GAROLERA, MONTSERRAT.; SOPENA-GARCIA, R.; MARTOS-CANTO, M.; VILA-SENANTE, M.; MARZUELO-FUSTÉ, L.; ALOY-DUCH, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El riesgo quirúrgico de los pacientes programados se evalúa mediante la denominada consulta preanestésica, con la finalidad de asegurar y mejorar la seguridad de los pacientes. Sin embargo, se ha publicado que para algunos procedimientos menos complejos más del 60% de las pruebas podrían ser innecesarias, sin contar en ello el alto coste en horas de desplazamientos a los centros sanitarios de los pacientes y de su entorno.

El objetivo del estudio ha sido implementar un nuevo proceso de “Consulta Preanestésica Telefónica Virtual (CPTV)” para reducir las visitas presenciales, introducir el anestésista en el modelo y potenciar el rol de la enfermera en este nuevo proceso de evaluación preanestésica.

Se ha realizado un 1º estudio transversal y retrospectivo cuantitativo comparando la actividad del 2015 y del 2016 evaluando las variables que se describen en los resultados; y un 2º estudio con una muestra aleatoria de 100 pacientes agendados a las endoscopias para evaluar las respuestas a las llamadas telefónicas. Los criterios de la CPTV fueron: baja complejidad de las intervenciones quirúrgicas (IQ) traumatológicas, de cirugía, oftalmología, y endoscopias digestivas altas y bajas con sedación; anestesia local; y que no requirieran ninguna prueba complementaria (Rx, ECG o analítica). Se crearon unas agendas telefónicas enfermeras (endoscopias) y médicas (el resto de IQ). Por teléfono se revisaba con el paciente y/o familiar los datos clínicos relevantes y las pruebas, se pedía oralmente el Consentimiento Informado (CI) y se daban las directrices para la IQ (ayuno...). La enfermera disponía de un médico referente para las interconsultas. La exploración clínica y la firma final del CI se realizaban el mismo día de la IQ. Ante cualquier duda o exclusión, el paciente se remitía a la agenda presencial. El servicio de Anestesia formó a los profesionales médicos y enfermeros del área de visita preanestésica en el nuevo proceso.

Se programaron 1798 procedimientos en la CPTV en el año 2015 y 2244 en 2016, +25% de aumento asociado a las endoscopias ($P < 0,00$); se han cancelado un 25% al no establecerse el contacto telefónico, siendo el número de cancelaciones más alto en el procedimiento enfermero que en el médico ($P < 0,00$). La derivación de la CPTV a la agenda presencial ha sido baja (1%). El proceso ha aumentado en 2016 su actividad diaria en un 126%. En el 2º estudio de endoscopias por enfermería, se constató que el 74% contestaron a la 1ª llamada, y el 7% en la 2ª o 3ª (en el 19% no se pudo contactar); se originaron un 13% de interconsultas al servicio de anestesia.

La CPTV ha supuesto un salto cuantitativo mejorando la eficiencia del proceso de la visita preanestésica, el ahorro en horas de desplazamientos de los usuarios, la utilización de los espacios de consulta y, sobre todo, la potenciación del rol enfermero en una tarea clave de seguridad clínica quirúrgica.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 583

TÍTULO: IMPLANTAR LA EVIDENCIA PUEDE SER FÁCIL

AUTORES: TIÑENA AMORÓS, MONTSERRAT.; BARBA FLORES, A.; MARTÍNEZ MUÑOZ, M.; FERNÁNDEZ GARCIA, S.; PONCE RUIZ, S.; HERNÁNDEZ LUQUE, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Una herramienta que facilita la traslación del conocimiento científico a la práctica son las guías de práctica clínica. Su implantación supone la aplicación de la mejor evidencia disponible, con la intención de mejorar los resultados clínicos y disminuir la variabilidad como parte de una atención segura y de calidad. Ello sólo será posible con la participación activa de los profesionales

Implantar guías de buenas prácticas en todas las unidades de hospitalización, incrustándose en el sistema y asegurar su sostenibilidad

Evaluar resultados tras cuatro años de implantación

Guías implantadas: Prevención de caídas en personas mayores, Manejo y cuidado del paciente ostomizado, en el marco del Programa Best Practice Spotlight Organización®

Método: Toolkit Implementation of Best Practice Guidelines de Registered Nurses Association of Ontario

Adaptación a nuestro contexto, evaluación del entorno, determinación de recursos humanos y financieros, aplicación prioritaria de las estrategias descritas más efectivas, y el compromiso de los colaboradores

Unidades inicio 2012: caídas 11; ostomías 5

Captación de impulsores/seguidores/simpatizantes/adeptos a la evidencia

Intervenciones continuadas: actividades informativas en todos los ámbitos, itinerarios formativos diseñados por guía y adaptados según profesional, revisión de protocolos, circuitos, procedimientos y recomendaciones al alta, identificación unidades y personales con cinta como impulsor, jornadas de reconocimiento a los profesionales implicados, concursos, reuniones periódicas, visitas de agentes relevantes, sesiones de casos, evaluación y retroalimentación, promoción, asistencia y apoyo técnico para publicaciones y congresos, y difusión en los medios de logros conseguidos

Evaluación: 5 últimos días laborables/mes; 4 indicadores proceso y 2 de resultado por cada guía; la extracción de datos es a través de la Estación de trabajo de hospitalización

Profesionales impulsores adheridos: 609

Caídas: pacientes evaluados 3316; edad media 76,19 años; aumento progresivo de todos los indicadores: valoración del paciente aumenta 16.02%; plan de prevención aumenta 2.89%. Valoración post-caída 85.93%; 55,29%. Descenso caídas en mayores 65 años 1,67%

Ostomías: pacientes evaluados 342; edad media adultos 69 años y 3 recién nacidos; aumento significativo de las evaluaciones pre-operatorias en 38.46% y intervenciones educativas en 51.38%, cuando previamente se hacían principalmente en el postoperatorio

Conclusiones

Es un proyecto a largo plazo, innovador y ambicioso en el ámbito de los cuidados de enfermería. Contamos con la experiencia y colaboración de RNAO

Las estrategias adoptadas han contribuido de forma efectiva al cambio de modelo cultural y los resultados de los indicadores muestran el avance en la implantación con resultados cada vez más satisfactorios

Implantar la evidencia puede ser fácil pero no es sencillo

Se amplía la implantación a todo el hospital. Total unidades: caídas 26 y ostomías: 13

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 584

TÍTULO: EVALUACIÓN 360° Y PLAN DE MEJORA DE LAS COMPETENCIAS DE LOS DIRECTIVOS Y MANDOS INTERMEDIOS DE UN HOSPITAL GENERAL

AUTORES: LLEDÓ-RODRÍGUEZ, RAFAEL.; NAVARRO-RIVERA, S.; PLA-POVEDA, C.; ALOY-DUCH, A.; SABATER-RAGA, RM.; MARTÍN-SÁNCHEZ, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La evaluación de 360° es una herramienta que permite obtener una fotografía concreta de la vida profesional de una persona, para descubrir sus potencialidades y el perfil competencial respecto al puesto/profesión que realiza, ponerlas en valor y reforzarlas, a la vez que detecta aquellas otras que precisan de una atención especial.

Describir la implantación, desde la Dirección de Recursos Humanos (RRHH), de un nuevo proceso estratégico de evaluación del desempeño y del nivel competencial de los directivos y mandos intermedios, utilizando un cuestionario evaluativo de competencias 360° con 4 niveles (autoevaluación, evaluación de mandos superiores, compañeros y colaboradores), y diseñar e implementar planes de mejora trienales individuales y grupales.

En 2012 se elaboró este proceso estratégico confidencial que contenía: 1) todos los procedimientos, circuitos e indicadores, y el cuestionario anónimo 'online' de competencias profesionales con 4 niveles de evaluación, basado en el modelo adaptado propuesto por Spencer y Spencer (1999); 2) el sistema de base de datos anónima de los evaluados en Excel; y, 3) las 2 sesiones individuales de acompañamiento en la lectura de resultados y consenso con el evaluado.

El cuestionario online contenía 11 competencias (con 30 comportamientos observables en cada una): orientaciones (ética, a resultados, y a proceso), liderazgo, comunicación, trabajo en equipo, negociación, adaptación, autoconocimiento, inteligencia emocional y, compromiso. La escala de Likert iba del 1 (peor) al 10 (mejor). En 2013 se evaluaron los directivos, y en 2015 los mandos intermedios. Los gestores únicos, con los datos anonimizados, fueron el Director de RRHH y el técnico de desarrollo.

El número de evaluados fueron 12 directivos y 28 mandos intermedios; con 324 profesionales evaluadores (20% de la plantilla). La media de competencia global de los directivos fue de 7,7 +/- 0,2, con un coeficiente de correlación de Pearson (CCP) "r" de +0,8; la de los mandos intermedios fue de 7,4 +/- 0,7, con un CCP "r" de +0,6. Se realizaron 87 sesiones individuales de acompañamiento (2,2 por evaluado), provocando un replanteamiento de rol en 5 (12%). Se planificaron un total de 100 acciones de mejora (2,5 per evaluado) destacando: escucha activa en 20 (50%); hablar en público 10 (25%); coaching en 8 (20%); comunicación formal en 8 (20%); y, formación en gestión del tiempo y conflictos en 6 (15%). Un 20% de las acciones se han implantado en los últimos 2 años

A pesar de su innegable utilidad, esta herramienta es motivo de debate en muchas organizaciones, al considerarse como una posible amenaza. Nuestra experiencia está siendo muy positiva, pues se orienta como un pacto de mejora y desarrollo competencial entre el compromiso del profesional hacia la mejora y la del superior para promocionarla.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 585

TÍTULO: LOS PROFESIONALES NOS LAVAMOS MÁS LAS MANOS, ¿PERO LO HACEMOS MEJOR? UNA VARIABLE MÁS A TENER EN CUENTA: LA CALIDAD.

AUTORES: SABATER-RAGA, ROSA M^a.; VÁZQUEZ-SAEZ, R.; BELLIDO-CAMUNI, I.; POZO-JIMENEZ, L.; ZOMEÑO-VALLMANA, MD.; ALOY-DUCH, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Uno de los objetivos institucionales consiste en incrementar la toma de consciencia acerca de la importancia de la Higiene de Manos (HM) para reducir las infecciones asociadas a la atención sanitaria. Además de realizar diferentes campañas para aumentar la adherencia de nuestros profesionales, nos propusimos evaluar también la calidad de la misma, pues es igual de importante que la cantidad.

Presentar los resultados obtenidos al realizar una observación directa a los profesionales de diferentes colectivos (médicos, enfermeras, auxiliares, y otros) evaluando cómo realizaban la HM en distintas unidades de hospitalización agudos y urgencias de un hospital general universitario.

Desde 2011 hasta la actualidad anualmente se realizan diferentes estudios cuantitativos de prevalencia evaluando la adherencia de los profesionales a la HM en las 5 oportunidades de la OMS. El 5/5/2016, "Día mundial HM", se realizó una nueva observación directa de la adherencia realizando, por primera vez, un estudio cualitativo de la HM, aprovechando los resultados obtenidos para realizar una formación "in situ".

Para ello se utilizó la solución alcohólica (SA) con fluoresceína, una lámpara ultravioleta en una caja oscura, el procedimiento con la técnica para higienización correcta de la HM y un registro con las variables a evaluar: servicio, sexo, años de profesión, categoría profesional, presencia de joyas y esmalte; y la descripción de las 5 zonas de las manos (1., palma, 2. puntas de dedos, 3. dedo pulgar, 4. Interdigital, y 5., dorso de la mano). Según la bibliografía se consideró: HM "adecuada" con las 3 primeras zonas impregnadas con SA (contacto frecuente con el paciente y su entorno), e "inadecuada" si alguna de éstas 3 zonas no lo estaba.

Los estudios cuantitativos en nuestro centro han mejorado la adherencia pasando del 20%(2013), al 46%(2014), al 52%(2015) y al 58% (2016).

En el estudio cualitativo (mayo-2016) se observó la HM de 105 profesionales (24 médicos, 39 enfermeras, 22 auxiliares y otros 15) con < 5 años de profesión (16%), entre 6 y 10 (12%) y >11 (72%); un 23% llevaban joyas y un 9% esmalte. El 28% de los profesionales realizaron una HM adecuada y en 72% inadecuada. En la evaluación por nº de zonas se visualizaba la SA con fluoresceína en: sólo 1 zona el 7%, dos 28%, tres 29%, cuatro un 25% y 5 en un 11%.

La observación directa de cómo se realiza la HM y la visualización inmediata por parte de los profesionales de sus resultados (formación "in situ") ha de permitir mejorar su concienciación, reforzando los puntos débiles detectados en la técnica empleada de manera personalizada en cada profesional.

En general observamos una mejora en la adherencia a la HM, si bien al profundizar en la realización de la técnica, sorprende la baja calidad de la misma. Por ello es indudable que debemos evaluar y añadir las observaciones cualitativas a las cuantitativas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 586

TÍTULO: PROCESO DE EVALUACIÓN DE LA MORTALIDAD EN UN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE REFERENCIA: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS

AUTORES: ALOY-DUCH, ANDREU.; SERRANO-VIDA, A.; JIMENEZ-ORTIZ, JL.; BLANCO-VIDAL, C.; CAPELL-FONT, S.; SABATER-RAGA, RM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Tanto los Comités de Mortalidad de los Servicios (CMS) clínicos troncales como la Comisión de Mortalidad Hospitalaria (CMH) tienen como objetivo la investigación mediante indicadores de la mortalidad global y por servicios del centro, el análisis de los Procesos Asistenciales Incorrectos (PAI) y las Muertes Evitables (ME), y la promoción de las necropsias totales o parciales, con el objetivo de detectar aquellas desviaciones que permitan tomar medidas correctoras.

Presentar los resultados de la elaboración, difusión, implementación y revisión de un procedimiento interdisciplinario, transversal y global, de evaluación de la mortalidad en un hospital general universitario comarcal de referencia, liderado por la CMH y los representantes de los CMS, desde 2006 hasta 2016, con la finalidad de detectar 1º los PAI, y 2º la ME secundaria a los PAI, así como la realización de las acciones de mejora pertinentes y el rediseño del propio procedimiento.

Nuestro centro dispone de 350 camas, y se atienden 113.000 urgencias, 318.000 consultas externas, 21.000 ingresos y 522 éxitos anuales. La CMH, creada en 1990, se rediseñó en 2006 para introducir las siguientes novedades: 1) respuestas individuales de los participantes en la CMH y los CMS decidiendo los PAI y la ME en los casos evaluados de mortalidad; 2) elección de casos "centinela"; y, 3) el indicador de discordancia clínicopatológica para la necropsias. En 2014 se añadieron nuevas variables: 4) la evaluación mediante el programa de ámbito español "lametrics" de la empresa "lasist" con los datos de mortalidad del propio centro comparados respecto a otros años ("peer") y con el resto de centros ("benchmark") mediante el "índice de mortalidad ajustada a riesgo"; 5) la implementación de una base de datos común a todos los CMS y a la CMH, para la explotación conjunta de resultados; 6) desde 2006 se realiza una presentación anual pública de los resultados de la CMH.

Los resultados entre 2010 y 2015 fueron: 1) los PAI pasaron del 5,1% al 4%; y la ME del 3,2% al 3%; 2) el número de casos "centinela" analizados aumentó en un 2% en 2015 relacionados con muertes inesperadas en pacientes jóvenes, quirúrgicos programados u otros; 3) el indicador de discrepancias en las necropsias ha pasado del 30% al 21%; 4) la evaluación mediante "lametrics" ha mostrado, en los últimos 2 años una tasa bruta de mortalidad del 3,5% (estándar 4,1%) y un "índice de mortalidad ajustada a riesgo" excelente de 0,7656; 5) la implementación de una base de datos común a todos los CMS, para la explotación conjunta de resultados, han mejorado su evaluación del 26% al 76% de sus casos.

La mortalidad en nuestro centro es repetidamente más baja que la estándar en el benchmark realizado, y se evalúa sistemáticamente tanto por los CMS como por la CMH, la cual asesora al centro y a sus responsables sobre el proceso de mortalidad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 587

TÍTULO: DESARROLLO DE UNA FICHA DE EVALUACIÓN DE EQUIPOS TECNOASISTENCIALES, FÁRMACOS E INVERSIONES EN UN CENTRO HOSPITALARIO

AUTORES: ALOY-DUCH, ANDREU.; POLA-ROBLES, N.; LLEDÓ-RODRÍGUEZ, R.; PADULLÉS-GARCIA, C.; MARTÍN-SÁNCHEZ, E.; RODRÍGUEZ-SADURNÍ, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las empresas, centros e instituciones más destacadas en investigación (farmacéuticas, sobre todo) marcan el ritmo del progreso, y los distintos departamentos de salud, además de los centros sanitarios, van a remolque en conocimiento y recursos para poder dar una respuesta eficiente a los pacientes a quién asisten. Así, los centros deben mantener un frágil equilibrio entre los recursos, la evidencia científica y las necesidades de los pacientes, lo que en ocasiones supone un verdadero dilema ético-asistencial.

Presentar los resultados de la elaboración, difusión, implementación y revisión de una herramienta de ayuda "Ficha de Evaluación Recursos Tecno-Asistenciales y Fármacos" (FERTAF) en un hospital general universitario comarcal de referencia desde 2012 hasta 2016, con la finalidad de asesorar a la dirección en la adquisición de la mayoría de los recursos anteriores.

Nuestro centro dispone de 350 camas, y se atienden 113.000 urgencias, 318.000 consultas externas y 21.000 ingresos anuales. En enero de 2012 se desarrolló un borrador de la ficha FERTAF (participando 20 mandos intermedios de distintas especialidades), se validó mediante un estudio comparativo (índice Kappa 0'9 con 10 profesionales), se aprobó y se implementó en 2013 hasta la actualidad.

La ficha FERTAF, para cada recurso, evalúa distintos apartados (ponderado por puntos), destacando, entre otros, la efectividad y evidencia científica, el benchmarking, y el balance gastos-ingresos. Los baremos son: >80%, recomendación positiva; 61-79%, indefinida positiva; 40-60%, indefinida negativa; < 40%, negativa. Para cada nuevo recurso, se rellena la FERTAF conjuntamente con Calidad, y ésta se envía a los comités de recursos, inversiones o farmacia para la decisión definitiva.

Entre 2013 y 2016 se han evaluado 44 recursos, destacando 30 (69%) fármacos (29% inmunosupresores, 26% citostáticos, 19% antiretrovirales-HIV/antivirales-VHC, 26% otros); además de 9 (20%) tipos de equipos tecnoasistenciales (tabla basculante, fototerapia, criobiopsia, litotriector...); y 5 (11%) de distintos materiales (agujas, colchones antiescaras, contrastes ecográficos...).

Por baremos, los resultados de recomendación han sido: 18% positivos, 50% indef. positivos, 23% indef. negativos y 0% negativos. Se adquirieron 37 (84%) de los recursos (100% fármacos, 44% de los equipos, y el 60% de los materiales). Las recomendaciones indefinidas negativas, se originan mayormente cuando para aquel recurso se suman las características de ser destinados a pocos pacientes, muy caros, coexistir otros recursos con la misma finalidad y existe una evidencia científica aún incipiente.

La ficha FERTAF ayuda a los profesionales a concienciar y evaluar adecuadamente la utilidad, evidencia y coste-eficiencia de cada recurso solicitado, y a la dirección a tomar las decisiones más acertadas sobre los mismos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 588

TÍTULO: SISTEMA DE DETECCIÓN DE ÁREAS DE MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO

AUTORES: VEGA MORENO, INMACULADA.; DOCE DE LA CRUZ, M.; CANTALAPIEDRA RECIO, J.; ESCUJURI MARTINEZ, A.; ORTIZ DE ZARATE MANGAS, E.; RUIZ DE OCENDA, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La implicación de las Auxiliares de Enfermería (TCAEs) en la seguridad del paciente en el Servicio de Medicina Intensiva del HUA, sede Santiago, ha sido esencial desde que se creó el grupo multidisciplinar en el año 2005. El análisis y estudio de los eventos adversos declarados en el SNASP (Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente) realizados por el grupo, generó una serie de medidas correctoras encaminadas a mejorar la seguridad del paciente crítico. Se confeccionó un listado de verificación (Check – list) con los cuidados que se deben revisar en cada cambio de turno:

- Transmisión de parte oral de la TCAE responsable del paciente.
- Leído evolutivo con DUE responsable del paciente.
- Estado sonda nasogástrica/ vesical según pauta.
- Dieta enteral correctamente identificada
- Bolsa resucitadora (Ambú) y toma de O2. Correcto montaje y conexión.
- Higiene del paciente
- Box completo.

Detectar áreas de mejora en la seguridad del paciente crítico referido a tareas de TCAEs mediante la auditoría del listado de verificación del cambio de turno

Estudio observacional y descriptivo :

Auditoría interna, 4 TCAEs , en la primera hora después del cambio de turno, registraron el cumplimiento de los ítems de seguridad definidos en el listado de verificación en los pacientes ingresados del 2 al 10 de Abril de 2016.

Los datos se analizaron en SPSS 23.0., en Frecuencias absolutas y relativas en porcentajes para describir las variables, y la asociación por el tipo de variable, cualitativas, prueba de chi cuadrado, considerando significativa la $p < 0,05$.

Realizadas 222 observaciones en 3 turnos. 87 de mañana, 73 de tarde, 62 de noche. Con 9,49 pacientes de media, mediana de 10 (unidad de 13 camas). El análisis de estas, nos mostró respecto a los ítems verificados: Parte oral : correctas 219, incorrectas 2, no procede 1; Identificación dieta enteral: correctas 55, incorrectas 14, no procede 153; Velocidad dieta enteral: correctas 65, incorrectas 3, no procede 154; SNG correcta S/P : correcto 145, incorrecto 1, no procede 76. Sonda vesical correcta S/P : correctas 204, incorrectas 0, no procede 18. Bolsa resucitadora (Ambú) : correctas 185, incorrectas 6, no procede 31. Análisis bivariante Utilizando la prueba de chi cuadrado, considerando significativa la $p < 0,05$, nos indica que no hay relación estadística significativa entre ítems medidos y turno de trabajo e ítems relacionados con carga de trabajo.

Sí señala que hay relación entre el turno de trabajo (noche) y los incorrectos en la identificación de la dieta enteral.

CONCLUSIONES

La auditoría interna nos proporciona información necesaria para la implementación de medidas correctoras. De forma priorizada son:

- 1º Actuación sobre la identificación de las dietas enterales preferentemente en el turno de noche
- 2º La correcta verificación de la velocidad de la dieta (relacionada con la anterior)
- 3º La correcta preparación de la bolsa resucitadora adecuada en cada box.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 589

TÍTULO: LA GESTIÓN CLÍNICA EN EL PLAN DE MEDIDAS DE EFICIENCIA: EXPERIENCIA DEL PLAN PROVINCIAL DE LA PLATAFORMA DE CÓRDOBA

AUTORES: TIERNO ALONSO, MARIA JOSE.; SIMON VALERO, A.; GARCIA ALIJO, ML.; ARAGON DELGADO, J.; SANCHEZ LEON, I.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Ley Orgánica de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera, fija los límites de deuda y de déficit, y establece que ninguna Administración podrá incurrir en déficit estructural. Ante la insostenibilidad económica, los planes de eficiencia nacen por imperativo legal. Es de obligado cumplimiento formular un plan económico financiero que permita en un año, formulando medidas asistenciales propuestas desde los decisores del gasto, ajustar los gastos al presupuesto aprobado.

Los planes de medidas de eficiencia tienen como finalidad contribuir a la consecución de los objetivos económicos del SAS. La Gestión Clínica, instrumentalizada en las Unidades de Gestión clínica, es la base de los agentes implicados en la elaboración y consecución de los mismos, configurándose como elemento de sostenibilidad del sistema sanitario.

En 2013 se habla de Planes de ajustes, pactando reducciones porcentuales de consumos, en la medida en que se vieron minorados los objetivos de gasto de los centros. Las Plataformas Logísticas sanitarias, con el programa de gestión SIGLO, hacían seguimiento de los consumos.

Partiendo de estos planes de ajuste, el SAS elabora un modelo normalizado. En 2014 toman nombre los Planes económicos financieros (PEF) que se presentan como un escenario sobre el cual las Plataformas plasman una batería de medidas para reducir la brecha entre el consumo y el objetivo del gasto. Las medidas planteadas tenían que ser asistenciales y los agentes implicados eran UGCs, Centro, y Plataforma. Las UGCs plantearían medidas de reducción del gasto a través de la racionalización del consumo, por tanto su participación era fundamental, y son quienes identifican las propuestas claves y quienes proponen medidas de optimización del uso de los recursos. Las plataformas plantearían medidas relacionadas con la reducción de precios y gasto y son las encargadas de impulsar y evaluar la ejecución del plan provincial.

La metodología era que las medidas planteadas por parte de cada UGC, se agregarían a nivel de centro y luego de plataforma, dando lugar al plan provincial que sería sometido al análisis y seguimiento.

A lo largo de 2014 y 2015 los Planes, se han ido perfeccionando pero en la base del éxito está la implicación de las UGCs que, proponen medidas de optimización y que encuentran en el seguimiento de los mismos, una herramienta para poder cumplir con los objetivos económicos de sus Acuerdos de Consumo

En dos años de desarrollo, los planes provinciales de eficiencia de Córdoba, han conseguido un ahorro de 6.218.446 euros, con importantes impactos económicos en áreas de Farmacia, Implantes quirúrgicos y Conciertos sanitarios. Para 2016 se han planteado 297 medidas que prevén conseguir un ahorro de 6.734.870 euros, solo en el primer trimestre ya se ha conseguido 1.890.872 euros. Los planes se configuran como herramientas de sostenibilidad del sistema con su base en la Gestión Clínica

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 590

TÍTULO: ANALISIS PROACTIVO DE RIESGOS DE UN PROCEDIMIENTO DE TRATAMIENTO DEL DOLOR EN CONSULTA DE ENFERMERIA (RAC) DE URGENCIAS

AUTORES: AGUILERA PEÑA, MANUEL.; BLANCO ALVARIÑO, A.; PEREZ RAMIREZ, MA.; DEL CAMPO MOLINA, E.; MUÑOZ SEGURA, R.; RECIO RAMIREZ, JM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Plan Andaluz de Atención a personas con Dolor permitirá un mejor abordaje en sus distintas fases (prevención primaria, detección precoz, seguimiento y tratamiento para disminuir su impacto y sus complicaciones). Dentro del conjunto de problemas en los que el dolor puede presentarse como síntoma, consecuencia o enfermedad en sí mismo, incluye el dolor agudo en situaciones de atención urgente o en emergencias, y es en este ámbito, donde el primer profesional en atender al paciente, es responsable de la detección precoz de aquellos procesos dolorosos que precisen de tratamiento para su alivio lo más inmediato posible. En nuestro hospital nos marcamos como objetivo la realización de un procedimiento estandarizado y consensuado para la evaluación y manejo del dolor en la consulta de RAC, ya que la administración de medicación de forma temprana en la consulta de RAC, en determinadas situaciones, todas ellas protocolizadas, mejora la calidad en la atención centrada en el paciente, de forma segura.

Dentro de este procedimiento, el objetivo de este trabajo, es realizar un análisis proactivo de riesgo en la implantación del tratamiento del dolor en la consulta de RAC.

Realización en un análisis modal de fallos y efectos (AMFE), al procedimiento de administración de medicación analgésica por Enfermería en Urgencias (consulta RAC).

Se siguió la metodología AMFE, e inicialmente se seleccionó un equipo de trabajo multidisciplinar, donde se incluyen distintos grupos profesionales.

Nuestro hospital cumple con los objetivos marcados en el Plan de Atención al paciente con dolor, respecto a la puesta en marcha de medidas de Seguridad del Paciente en la implantación del mismo.

La realización del AMFE al procedimiento de tratamiento del dolor en consulta de RAC se enmarca en la elaboración y desarrollo del Mapa de Riesgos de nuestro hospital, dando respuesta a parte del desarrollo de la nueva estrategia de Seguridad del Paciente.

A luz de los resultados del AMFE se desarrolló un procedimiento de detección precoz de paciente con procesos dolorosos subsidiarios de tratamiento por parte de enfermería.

Asimismo se diseñaron y adaptaron a nuestro entorno los distintos circuitos que seguirán nuestros pacientes dependiendo de su situación clínica.

Debido a que la mayoría de causas detectadas fueron la falta de formación, se desarrolló un programa formativo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 592

TÍTULO: ANÁLISIS DEL COSTE ECONÓMICO DEL ABSENTISMO DE PACIENTES EN CONSULTAS EXTERNAS DE LA AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL

AUTORES: JABALERA MESA, LOURDES.; PORRAS GONZALEZ, H.; FRANCISCO RIVAS RUIZ, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El absentismo a consultas externas es un problema que no solo afecta a los resultados del paciente debido a la pérdida de oportunidades para el diagnóstico y tratamiento, sino que también reduce la eficiencia de los sistemas de salud y aumenta los costos de la atención sanitaria, a pesar de ello y del impacto del absentismo de los pacientes a consultas externas en las organizaciones sanitarias son muchos los autores que hacen referencia a este problema en sus estudios ; pero han sido muy escasos los estudios que han llevado a cabo el análisis económico, tanto dentro como fuera de nuestras fronteras.

El objetivo del estudio es realizar una estimación del coste económico del absentismo de las citas de Consultas Externas en la Agencia Sanitaria Costa del Sol (ASCS).

Se realizó un análisis de costes derivados del absentismo en consultas de las citas (primeras visitas y revisiones) de cada una de las especialidades de los centros pertenecientes a la Agencia Sanitaria Costa del Sol. Se determinó el coste unitario por citas por centro y especialidad, mediante la imputación directa de costes controlables e indirecta de costes de servicios, junto con el coste estimado de re-citas a partir de estudio previo de casos y controles.cifra a partir del cual estimar los costes que suponen las re-citas para las cifras globales de absentismo.

El impacto del gasto del absentismo por centros, el coste económico registrado en el Hospital Costa del sol ascendió a 2.475.640 € con un incumplimiento del 14,2% (256.377 citas), en el Hospital de Alta Resolución de Benalmádena fue de 515.936 € con el 12,2% (44.848 citas) y en el Centro de Alta Resolución de Mijas se registró un coste de 395.342 € con una tasa de inasistencia del 13,5% (99.536 citas).

Así mismo, las especialidades que presentan un mayor coste medio unitario global son en primer lugar Digestivo cuyo coste medio unitario global asciende a 134,18€ (DE=66,54), seguido de Medicina Interna con 87,65€ (DE=63,52) y a continuación Rehabilitación con 76,57€ (DE=50,72) y Cardiología con un coste ligeramente inferior 73,57€ (DE=40,81). Y por el contrario entre las especialidades que presentan un coste unitario global menor destacan Dermatología que presenta el coste unitario global más bajo con 34,18€ (DE=9,10), seguida de Oftalmología cuyo coste arroja la cifra de 40,91€ (DE=10,76) y a continuación Urología con 43,66€ (DE=18,80) y Anestesia con un coste ligeramente superior 44,38€ (DE=8,55).

El sobrecoste medio que esto supuso fue de 12,95 € por cita. Si se extrapolan estos datos al total de citas fallidas en 2013 en la ASCS, el coste total de asignar nuevas citas ascendería a 413.544 €.

Conclusión: El coste económico del absentismo de los pacientes a consultas programadas de la ASCS fue superior a 3 millones de euros para una tasa de inasistencia del 13,8%, siendo el CARE de Mijas el centro que presentó un coste unitario medio por cita médica más reducido.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 593

TÍTULO: ACERCANDO LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA CLÍNICA: INICIATIVA “12 MESES 12 CUIDADOS”

AUTORES: MOYA MIER, SUSANA.; RENEDO GONZÁLEZ, C.; COBO SÁNCHEZ, JL.; LÁZARO OTERO, M.; GONZÁLEZ MENÉNDEZ, F.; FERNÁNDEZ CARRAL, G.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La literatura refiere que existe una marcada brecha entre la generación de evidencia y la aplicación de este conocimiento en la práctica diaria, debido a la falta de tiempo, de formación, de recursos, de manejo de las tecnologías de la información y de bases de datos científicas y la escasa lectura de artículos científicos. Las instituciones sanitarias deben buscar maneras de disminuir estas barreras si quieren ser unas organizaciones excelentes que presten cuidados seguros y de calidad. Se debe prestar especial atención a los profesionales de enfermería como profesionales emergentes en el campo de la investigación y la práctica basada en la evidencia

Diseñar una estrategia para acercar a los profesionales del Área de Enfermería el conocimiento más actual sobre la evidencia en cuidados y generar cultura de consumo de literatura científica

Hospital Universitario de tercer nivel de 800 camas. Desde el Área Calidad y Formación de Enfermería se diseñó la estrategia “12 meses 12 cuidados” que consistió en seleccionar un cuidado por mes para aproximar la evidencia relacionada. Los temas se priorizaron en base a los 100 estándares del proyecto Séneca, el Plan de Salud de la Comunidad, el Plan de Calidad del Área, las guías RNAO, y los días mundiales relacionados con los cuidados. Estrategia de búsqueda: se utilizaron términos DeCS y se consideraron los últimos 5 años de publicación en el idioma castellano. La selección se realizó priorizando artículos de revisión, documentos de consenso de sociedades científicas, guías de práctica clínica e investigaciones primarias, en base a su relevancia y el área de atención donde trabajan los profesionales: hospitalización, pediatría, cuidados intensivos, urgencias, área quirúrgica y rehabilitación principalmente. Los artículos se enviaron impresos a las unidades y se facilitaron en formato electrónico a través de la intranet. En el boletín informativo del hospital se creó una sección donde se resumen las recomendaciones, se facilitan los enlaces a otras revisiones sistemáticas, a documentos de consenso y sitios web de sociedades científicas. En 2015 se enviaron 72 artículos (una media de 4 al mes por unidad, rango 1-6). Los cuidados abordados fueron: manejo del dolor, cuidado de los catéteres venosos, cuidados del sondaje vesical, prevención de caídas, prevención de infección nosocomial, identificación de pacientes, prevención de la broncoaspiración, lactancia materna, prevención efectos adversos relacionados con la medicación, cuidados de la herida quirúrgica, prevención úlceras por presión y humanización.

Es una iniciativa innovadora, dentro del aprendizaje informal, que ha conseguido acercar a los profesionales materiales basados en la evidencia, con las recomendaciones más recientes para mejorar los cuidados. Ha tenido una gran acogida y ha conseguido sus principales objetivos. La disponibilidad de los artículos ya seleccionados en cada unidad asistencial ha sido un elemento clave.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 594

TÍTULO: ANÁLISIS DEL REGISTRO Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CRÓNICOS. RESULTADOS SEGÚN SU ESTRATIFICACIÓN POBLACIONAL

AUTORES: RODRIGUEZ MORALES, DAVID.; SANCHEZ PERRUCA, L.; JIMENEZ CARRAMIÑANA, J.; GARCIA CUBERO, C.; JIMENEZ GOMEZ, C.; FERNANDEZ DE CANO MARTIN, N.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La adherencia terapéutica (AT) hace referencia a la medida en que la conducta del paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida, coincide con las indicaciones dadas por su profesional sanitario. En los países desarrollados, sólo el 50% de los pacientes crónicos (PC) cumplen con su tratamiento.

La falta de adherencia repercute en términos tan diversos como la falta de control del proceso o el aumento de los costes sanitarios y no sanitarios.

Conocer la AT en los PC atendidos en las consultas de atención primaria (AP). Conocer las características según los niveles de complejidad (NC) asignados en la estratificación poblacional.

Nuestra historia clínica electrónica (HCE) permite registrar la AT de los PC. Valora el cumplimiento del plan de cuidados y del tratamiento farmacológico pautado. Se realiza un estudio descriptivo transversal del registro de la AT, y del grado de cumplimiento, de todos los PC atendidos en consultas de AP en el periodo comprendido entre enero de 2014 y junio de 2015, y ajustada por niveles de complejidad. Además se analizó la AT para las patologías prioritizadas en nuestra Estrategia de crónicos: diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular y enfermedad renal crónica.

Se analiza la AT ajustada a los NC asignados tras la estratificación de la población de la Comunidad: nivel bajo (NB; 80% de PC); nivel medio (NM; 15% de PC); nivel alto (NA; 5% de PC).

El porcentaje de PC en los que constaba registro de la AT en su HCE fue del 21% para todas las patologías y del 50% para las prioritizadas. Por NC fueron del 15 y 43%, respectivamente, para NB, del 44 y 56% con NM y del 50 y 57% con NA.

De los PC con registro, la AT fue del 22% para todas las PC y del 30% para las seleccionadas. Por NC: 8 y 19%, respectivamente, con NB; 27 y 32% con NM; 31 y 34% con NA.

Mejorar la AT comienza por concienciar a los profesionales sanitarios de la importancia de su abordaje. Si bien en las patologías prioritizadas el registro se realiza en la mitad de los pacientes, en el global de las patologías crónicas su registro es bajo (21%).

Llama la atención el bajo grado de AT en general, inferior al descrito en la bibliografía internacional para PC en países desarrollados. Ajustado por NC, es significativo la baja AT de los PC con NB, de escasa multimorbilidad, en los que la modificación de estilos de vida es de gran importancia para evitar la progresión de su enfermedad.

Este análisis permitirá adaptar las estrategias de mejora de la AT según la patología crónica y el NC del paciente, es decir, ajustar su abordaje según las características de cada paciente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 595

TÍTULO: DESNUTRICIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: MUCHO POR MEJORAR

AUTORES: PÉREZ GONZÁLEZ, EVA.; MONTAÑO ROSA, .

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La prevalencia de la desnutrición hospitalaria oscila entre el 30% y el 55% de los pacientes ingresados. Éstos pierden una media del 5% de su peso independientemente del motivo de ingreso. A pesar de la resolución del Consejo de Europa en 2003 sobre "alimentación y asistencia nutricional en los hospitales" las cifras no han mejorado. La enfermera, como parte del equipo multidisciplinar, posee un perfil idóneo para la detección al ingreso de pacientes con riesgo de desnutrición.

1. Identificar los test validados y recomendados por las autoridades científicas para detectar riesgo nutricional en pacientes hospitalizados.
2. Identificar los test disponibles en las herramientas corporativas del SSPA.
3. Revisar y cuantificar el uso de los test disponibles por la enfermería durante 2015 en un hospital del SSPA.

Objetivo 1: Se realizó una búsqueda de referencias en PubMed, Scopus y SciELO, utilizando como descriptores "malnutrition", "hospitalized patients", "risk screening", "nutrition assessment" a fin de identificar las herramientas de screening nutricional. Se procedió a comprobar que las mismas se encontraban validadas, eran aplicables encontrándose definida su población diana.

Objetivo 2: Se procedió a identificar y analizar las herramientas disponibles para enfermería en la Estación de Cuidados de la aplicación corporativa Diraya.

Objetivo 3: Se realizó una consulta a la Unidad de Sistemas de Información del Hospital donde se desarrolló el estudio a fin de conocer el uso efectivo de las herramientas disponibles en Diraya durante 2015.

Objetivo 1:

Los test validados y recomendados por las autoridades científicas en pacientes hospitalizados para detectar riesgo nutricional son NRS-2002, MUST, VGS y el MNA especialmente destinado para población geriátrica.

Objetivo 2:

En la Estación de Cuidados de Diraya se encuentran disponibles tres cuestionarios para medir riesgo nutricional:

Cuestionario "Conozca su salud nutricional"

Mini Nutritional Assessment (MNA)

Malnutrition Universal Screening Tool (MUST).

Del análisis de los cuestionarios se pone de manifiesto que existe una carencia de instrucciones básicas para su correcta cumplimentación ya que por ejemplo, el cuestionario "Conozca su salud nutricional" está indicado para población anciana mayor de 65 años. El MUST no aporta las fórmulas para calcular el IMC ni el porcentaje de la pérdida de peso involuntaria en los últimos 3-6 meses. Esto puede hacer desistir al profesional.

Objetivo 3:

El empleo de dichos cuestionarios por parte de los profesionales durante 2015 fue nulo en el centro analizado.

Desconocimiento de los profesionales.

Baja concienciación en este ámbito.

Pertinencia de ofrecer formación reglada.

Incluir esta tarea entre los objetivos individuales.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 596

TÍTULO: INNOVANDO EN LA DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO: ACTUALIZACIÓN DE UN BOLETÍN INFORMATIVO PARA ENFERMERÍA

AUTORES: RENEDO GONZÁLEZ, CRISTINA.; MOYA MIER, S.; COBO SÁNCHEZ, JL.; GONZÁLEZ MENÉNDEZ, F.; LÁZARO OTERO, M.; FERNÁNDEZ CARRAL, G.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La falta de recursos, tiempo y acceso a la información adecuada suponen una barrera para los profesionales que desean actualizar sus conocimientos, integrar la evidencia científica en su práctica diaria y avanzar en proyectos de investigación. Las instituciones sanitarias que buscan alcanzar la excelencia deben fomentar y facilitar el desarrollo del conocimiento y las capacidades de las personas que en ellas trabajan para asegurar una asistencia segura y de calidad.

Actualizar un medio de comunicación interna que permita acercar a los profesionales de enfermería los recursos para la obtención de información científico-técnica, las posibilidades de formación, los recursos relacionados con la investigación y la evidencia en cuidados.

En el año 1998 el Área de Calidad y Formación de Enfermería de un hospital de tercer nivel (994 enfermeras, 751 auxiliares de enfermería y 42 fisioterapeutas) comenzó a emitir un boletín mensual que se enviaba a todas las unidades en papel, con información relacionada con cursos de formación, jornadas y congresos, premios y becas y sesiones de enfermería. Desde entonces el boletín ha aumentado sus contenidos y se ha adaptado a los nuevos avances tecnológicos, hasta 2014 cuando se digitaliza por completo y deja de enviarse en papel a las unidades. El formato digital permite enlazar a documentos, vídeos y otros sitios web. Actualmente el boletín contiene las siguientes secciones: editorial, recursos de la biblioteca del hospital, recursos electrónicos para la búsqueda de evidencia y recursos de salud 2.0., enfermería basada en la evidencia, metodología enfermera, oferta formativa, agenda de congresos, jornadas y simposios, fuentes de financiación de investigación, sumarios de revistas científicas y protagonista del mes (profesional del área de enfermería destacado por su labor investigadora o trabajo realizado). La difusión del boletín informativo se realiza a través del correo electrónico y un anuncio en la intranet y web del hospital, pudiendo revisarse los boletines anteriores que quedan archivados en la intranet/web. En 2016 se registraron entre 771 y 1362 descargas mensuales.

La actualización del Boletín ha permitido acercar la información al profesional y facilitar su puesta al día en conocimientos.

La digitalización del boletín tiene dos ventajas: se incluyen enlaces a otros sitios web o documentos, aumentando así su capacidad para informar y, en la era digital, se encuentra disponible para los profesionales en cualquier momento y en cualquier lugar.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 597

TÍTULO: INDICADORES DE GESTIÓN DE UN SERVICIO DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA: EVOLUCIÓN DURANTE LOS PRIMEROS SIETE AÑOS

AUTORES: GIL RUBIO, IRENE.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Algunas de las actividades desarrolladas por un Servicio de Protección Radiológica (SPR), se centran en la PR de los trabajadores expuestos a radiaciones ionizantes (TE): vigilancia dosimétrica, acreditaciones, clasificación, formación, etc.

Nuestro SPR dispone de 24 procedimientos aprobados por el Consejo de Seguridad Nuclear (CSN) en 2009. Todos ellos cuentan con indicadores, algunos relacionados con los TE y las instalaciones de radiodiagnóstico/radiactivas, que gestiona la administrativa del SPR. Es necesario evaluar su evolución durante estos siete primeros años.

Presentar los resultados de una selección de indicadores claves en la gestión de un SPR, relacionados con las instalaciones gestionadas y sus TE, durante un periodo de siete años con el fin de establecer un ciclo de mejora continua.

La actividad del SPR se registra informáticamente en una base de datos propia, dónde se recogen los trámites y datos de los TE relacionados con la PR. Para la gestión dosimétrica se explotan datos de la web del Centro Nacional de Dosimetría (CND).

Se presentan los seis indicadores seleccionados de los siguientes procedimientos:

- Clasificación del personal:
 - o Nº de TE comunicados por RRHH/ total altas procesadas
 - o Nº de TE de categoría A que no han realizado el reconocimiento médico preceptivo/total
- Control dosimétrico del personal:
 - o Nº de dosímetros perdidos/nº total
 - o Porcentaje de lecturas de dosímetros personales
- gestión de licencias y acreditaciones:
 - o Tiempo entre inicio de los trámites de solicitud/renovación de la licencia o acreditación y la obtención
- Intervención del SPR en la documentación preceptiva de las instalaciones:
 - o Tiempo entre una solicitud de autorización de una IRA y la resolución favorable

La identificación de TE que llegan desde RRHH ha empeorado paulatinamente de un 21% a un 1%. Esto generó una acción de mejora en 2016 incluyendo información de PR en el plan de acogida al centro hospitalario del trabajador susceptible de ser expuesto y habilitando un circuito para que acudan al SPR.

Se destaca positivamente la disminución de TE de categoría A que no se realizan la revisión médica obligatoria, pasando de un 17% a un 6%. Se observa un modelo sólido en la gestión dosimétrica con estabilidad en el porcentaje de lecturas de dosímetros entre el 86% y 95%, y una disminución de pérdidas de dosímetro pasando de un 10% a un 2% (ahorro económico para la institución).

Los indicadores que dependen de organismos externos, como el CSN o el Servei de Coordinació d'Activitats Radioactives, no permiten realizar gestiones internas que mejoren el proceso a pesar de que los intervalos registrados sean superiores a lo deseable.

Se dispone de un sistema robusto de recogida de datos, lo que permite realizar acciones de mejora en aquellos ítems en los que se observa alguna deficiencia y dependen directamente del SPR.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 598

TÍTULO: COMUNICACIÓN DE ENFERMERÍA MEDIANTE REGISTROS CLÍNICOS

AUTORES: SEL ESCALANTE, MARIA DEL CARMEN.; GARCIA CAÑEDO, FJ.; ARENAS GALLERO, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los registros clínicos de enfermería conforman la evidencia escrita de los cuidados brindados al paciente, son por excelencia un medio de comunicación y coordinación entre los profesionales de la salud, su realización correcta permite la continuidad de los cuidados y la seguridad del paciente.

Construir y validar un instrumento para evaluar la calidad de los registros clínicos de enfermería.

Partiendo de la variable calidad de los registros clínicos de enfermería se realizó la búsqueda de información con respecto a la temática en diversas bases de datos como Pub Med, medline, Elsevier, Cochraner, se consultó la Ley General de Salud, la Norma Oficial Europea del Expediente Clínico (nom-168-SSA-1998), el Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros en Europa. Así como los protocolos y estándares para la Certificación de Establecimientos de la Atención Médica del Consejo de Salubridad General. Con ello se consideró la normativa para el relleno del formato de los registros clínicos de enfermería, elaborada por la Subdirección de Enfermería perteneciente a una Unidad Médica de Primer Nivel de Atención del sector público. Se construyó un instrumento que mide la calidad de los registros clínicos de enfermería en sus tres dimensiones ; Estructura, continuidad de los cuidados y seguridad del paciente.

Coincidiendo con el Modelo vips un acrónimo sueco para la documentación de enfermería que significa bienestar, integridad, prevención y seguridad vistos como los principales objetivos de los cuidados de enfermería y la perspectiva de Björvell C et al, quienes construyeron instrumentos para evaluar el grado en que los registros describen aspectos importantes del paciente en relación con la atención de enfermería. El instrumento de enfermería aquí propuesto concuerda con los autores mencionados en virtud de que integra la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente.

El instrumento reúne los elementos esenciales de confiabilidad y validez así como el poder de discriminación entre las variables intervinientes. Por lo anterior se propone como un instrumento para la evaluación objetiva de los registros clínicos de enfermería en instituciones de salud pública y privada.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 599

TÍTULO: SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN NEONATAL

AUTORES: HERNÁNDEZ BORGES, ANGEL ANTONIO.; DE LUIS RODRÍGUEZ, CR.; ORMAZÁBAL RAMOS, JC.; GONZÁLEZ BRAVO, MN.; PÉREZ HERNÁNDEZ, R.; GONZÁLEZ CAMPO, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El análisis de la satisfacción de usuarios es básico en las Unidad de Neonatología, debiéndose considerar prioritarios aspectos como la percepción de dolor del bebé, la calidad de la información recibida y el entorno físico (nivel de ruidos, instalaciones, etc.), aspectos que además tienen repercusión en el neurodesarrollo del lactante (asistencia centrada en el desarrollo y la familia).

1. Analizar la satisfacción de los padres de neonatos atendidos en nuestro hospital (tercer nivel, unos 2500 nacimientos al año), atendiendo a varios grupos de aspectos: información recibida, confort durante la estancia, implicación en los cuidados de su hijo y contacto humano percibido.

2. Detectar áreas deficientes

Análisis de las encuestas de satisfacción al alta (anónimas). Formulario de la encuesta (en papel) estructurado en treinta y seis variables. Período de estudio: octubre 2014- diciembre 2015. Análisis estadístico: estudio de correlaciones (rho de Spearman), contraste de medias (Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney), variables discriminativas: existencia de prematuridad (EG < 34 semanas), duración de la estancia y trimestre. Significativos niveles de $p < 0.05$.

Se obtuvieron 251 encuestas. Tasa global de respuesta de 41,7% (rango por trimestres, 24,6-59,3%), con alta fiabilidad del cuestionario (alfa = 0,903). El grado de satisfacción general medio es alto ($8,85 \pm 1,150$). Las variables relacionadas con la información y el contacto humano cuentan con alta satisfacción (entre 8,8 y 9,85), alcanzando valores máximos (>9,2) el horario de visita para padres, nivel de participación que se les permite en los cuidados del niño e información que reciben al alta, tanto del equipo médico como por enfermería. La mayoría de padres (88,4%) cree que los profesionales han intentado evitar dolor en los recién nacidos. Los padres se sienten menos satisfechos con el horario de visita de abuelos y hermanos, el mobiliario, el alto nivel de ruidos y el espacio por puesto de hospitalización.

Encontramos correlaciones positivas entre la satisfacción general y el apoyo y la tranquilidad que muestran los profesionales en el trato, la participación en los cuidados del niño, el contacto humano percibido y nivel de ruidos en la unidad, así como entre la satisfacción con el apoyo y la información recibidos.

A destacar que la satisfacción general, y en concreto la satisfacción con la información y con el contacto humano aumentó entre los padres con hijos cuyo ingreso fue de mayor duración.

Hubo cierta variabilidad de estos resultados por trimestre reflejando las rotaciones trimestrales del personal médico.

En conclusión: satisfacción general de nuestros padres alta, sobre todo en las estancias largas, destacando positivamente la información y el contacto humano, mientras que los aspectos relacionados con el entorno físico de la unidad y el horario de visita para familiares deben ser mejorados, al igual que la satisfacción de padres en ingresos cortos y la variabilidad entre profesionales.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 600

TÍTULO: RESULTADOS ASISTENCIALES DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE DOLOR AGUDO

AUTORES: MORENO MARTÍN, GABRIEL.; MORALES FERNANDEZ, A.; GÓMEZ ORTIGOSA, MI.; CASTILLO PORTILLO, C.; GONZALEZ RONDA, A.; VERGARA ROMERO, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En el sistema sanitario público andaluz, el modelo de gestión de una unidad de dolor agudo (UDA) que se puede desarrollar es el denominado modelo europeo. Este propone una mejor relación coste-beneficio, en el que la UDA pivota sobre el estamento de enfermería como personal fijo bajo la supervisión de un anestesiólogo. Nuestro centro ha implantado este modelo con el desarrollo del proceso enfermero de atención al paciente hospitalizado con dolor agudo, basando en la actividad de enfermería la gestión de casos, el abordaje, manejo y tratamiento del dolor de los pacientes hospitalizados.

Conocer el impacto de las intervenciones de enfermería en la actividad asistencial en una unidad de dolor agudo.

Diseño: Estudio transversal descriptivo de 1 de enero de 2009 a 31 de diciembre de 2014. Muestra total: 2701 pacientes. Criterios de selección: paciente adulto hospitalizado y valorado por la UDA. Se seleccionaron y compararon los episodios de ingreso en dos grupos por fecha de atención, del 1 enero 2009 al 31 diciembre 2011 (Gr1: anestesiólogo) y del 1 enero 2012 al 31 diciembre de 2014 (Gr2:anestesiólogo+enfermera). Las variables de estudio fueron pacientes atendidos, actividad asistencial programada (supervisión técnicas especiales de analgesia) y no programada (respuesta a alertas por dolor intenso), seguimiento y cumplimentación de los registros. Se realizó una extracción de la base de datos mediante aplicación online centralizada y un análisis descriptivo con medidas de tendencia central para variables cuantitativas y distribución de frecuencias para las cualitativas.

Los principales resultados obtenidos han sido los siguientes: En el Gr1 se atendieron 304 pacientes/año frente al Gr2 se atendió a 598 pacientes/año. Las intervenciones generadas del Gr1 fueron de 807/año y aumentaron con el Gr2 a 2172 intervenciones/año. La actividad programada se cumplió en el Gr1 en un 55%, frente al Gr2 donde se cumplió en 100%. La actividad no programada generada ha subido del 25%/año en el Gr1 al 38%/año en el Gr2. La atención proporcionada por la unidad del dolor se ha visto aumentada en el Gr2 siendo de 3.6 días actualmente frente a 2.6 días del Gr1. Se ha observado una mejora importante en la cumplimentación de la historia clínica en referencia a datos relevantes para poder hacer un correcto abordaje y seguimiento del dolor, llegando en la actualidad hasta > 90%.

Este modelo de gestión de la UDA ha favorecido el trabajo en equipo propiciando una mejora significativa en la accesibilidad de los pacientes hospitalizados a la unidad de dolor, tanto de actividad programada como demandada en el transcurso de su ingreso, en la seguridad clínica, en la continuidad asistencial y en la calidad de los registros documentados.

Es necesario comparar éste modelo organizativo con el de otras unidades de dolor de centros hospitalarios del mismo nivel asistencial que nuestro hospital.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 601

TÍTULO: APLICACION INFORMATICA PARA MEJORAR LA VALORACION Y TRATAMIENTO DE LA ULCERA POR PRESION EN ATENCION PRIMARIA

AUTORES: LOPEZ SANCHEZ, ANTONIA.; MARTINEZ MORA, M.; LOPEZ MORENO, JL.; LUQUE BAREA, MA.; LACIDA BARO, M.; BALLESTA GARCIA, MJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Desde la perspectiva de la seguridad del paciente la Ulcera por Presión (UPP) adquiere gran importancia como efecto adverso de la atención sanitaria, de manera que en los Acuerdo de Gestión y Resultados del Contrato Programa que el Servicio Andaluz de Salud establece con los distintos se han incluido indicadores relacionados con la UPP, así como, practicas seguras en Centros Sociosanitarios (CS). Desde esta doble perspectiva hemos trabajado para mejorar la calidad y los cuidados que se prestas a los pacientes inmovilizados tanto en el domicilio como en los CS, entre otros se ha priorizado el abordaje de las UPP mediante la utilización de herramientas informáticas como elemento fundamental para acceder fácilmente a la información, transmitirla eficazmente y evaluarla.

Establecer un sistema de valoración de la integridad de la piel, en pacientes inmovilizados incluidos en cartera de servicios, que disminuya la incertidumbre en la toma de decisiones clínicas.

Realizar el tratamiento, control y seguimiento de las UPP, así como, unificar y mejorar el registro de las mismas en la historia del paciente.

Disminuir el gasto farmacéutico de apósitos mejorando la eficiencia en la prescripción enfermera.

Definición de los parámetros básicos que describen e intervienen en las UPP y posterior elaboración de las combinaciones de estos parámetros que permiten definir las recomendaciones de practica clínicas, ajustadas a las recomendaciones de la Guía UPP del SAS y a la evidencia científica.

Elaboración de un algoritmo para la valoración de la piel, características de la ulcera, recomendaciones de tratamiento y adecuación de los apósitos a dichas recomendaciones.

En colaboración con la Unidad de Informática creación, pilotaje e implantación de la aplicación informática para la valoración, indicación y consumo de apósitos para pacientes inmovilizados.

Elaboración del catalogo de productos para la indicación autónoma de apósitos que incluye 33 productos.

Presentación y formación a los Coordinadores de Cuidados de Enfermería el 17 de mayo.

Implantación de la herramienta en todas las Unidades de Gestión Clínica a partir del 18 de mayo.

Acceso a través de la Historia de Salud Digital a la aplicación informática de valoración y tratamiento de UPP y registro de la misma en hoja de seguimiento en la historia de salud del paciente.

El desarrollo de este tipo de aplicaciones informáticas garantiza la accesibilidad desde la historia de salud del paciente a herramientas que favorecen la valoración y recomendaciones de tratamiento de UPP. Favorece la continuidad de los cuidados y homogeniza las actuaciones de las enfermeras. Mejora de la eficiencia en el consumo de apósitos y facilita la elaboración de indicadores para el control y seguimiento de los pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 602

TÍTULO: RATIO ENFERMERO-PACIENTE: SISTEMAS DE MEDIDAS, RATIOS ÓPTIMOS Y EFECTOS DE UN RATIO INSUFICIENTE

AUTORES: PÉREZ GONZÁLEZ, EVA.; ABRIL GONZÁLEZ, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La enfermería es un pilar fundamental para garantizar una atención sanitaria de calidad. Sin embargo, la presión que introducen las restricciones presupuestarias impiden mejorar los ratios enfermero/a-paciente.

1. Conocer los distintos sistemas de medidas existentes para cuantificar las necesidades de cuidados de los pacientes y para asignar una ratio enfermero/a paciente adecuada, con especial atención a los más conocidos en España.

2. Conocer si se han propuesto ratios óptimos a nivel internacional y si éstos se han fijado normativamente, además de identificar evidencias sobre las consecuencias de inadecuada ratio enfermera/paciente.

Revisión de la literatura identificada a partir de búsquedas en las principales bases de datos bibliográficas relacionadas con la materia, complementadas con búsquedas manuales con texto libre y con el método de búsqueda iterativa de referencias o "bola de nieve".

Se han identificado y descrito los distintos sistemas utilizados en España para cuantificar las necesidades de los pacientes, elemento básico para la construcción de ratios enfermero/a paciente, concretamente el PNR y la Parrilla de Montesinos. Se han identificado las distintas ratios existentes en nuestro país entre los distintos servicios regionales de salud, así como la existencia de ratios óptimas propuestas por distintas entes u organismos. Asimismo, se han identificado experiencias de fijación por ley de dichas ratios. Por último, se han descrito las repercusiones que un número inadecuado de profesionales tiene tanto en éstos como en los usuarios del sistema: aumento del síndrome de burnout, insatisfacción laboral, aumento del riesgo de infecciones, dolor, caídas entre otras.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 603

TÍTULO: PROFESIONALES DE INSTITUCIONES SANITARIAS. PROFESIONES DE RIESGO.

AUTORES: RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, MARÍA PAZ.; GÓMEZ MARTÍNEZ, J.; MONTAÑO PACETTI, AM.; GÓMEZ NAVARRO, MV.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Dar a conocer la creciente violencia que rodea a profesionales médicos, enfermeros y administrativos en el ejercicio de sus funciones, en los niveles asistenciales de Atención Especializada (AE) y de Atención Primaria (AP). Período 1/1/15-31/12/15.

Objetivos: Se analizan solo las agresiones validadas en las 9 Áreas de Salud con 10 hospitales y un Hospital Psiquiátrico, y 85 Zonas Básicas de Salud.

Material y Métodos/Descripción de la Experiencia: Emplazamiento: Servicio Murciano de Salud.

Muestra: TSI: 1.407.800. Total efectivos sujetos de estudio: 19.399. En AE: 14.942 (sexo mujer, 10.809. Sexo hombre, 4.123). En AP: 4.022 (sexo mujer 2.443. Sexo hombre, 1.579).

El instrumento de medición para la explotación de datos ha sido el Registro/Web de comunicación interna de agresiones del SMS. Se analizan solo las agresiones validadas.

Se trata de exponer por ámbito de asistencia, que categoría profesional y sexo, son los que mas registran/sufren agresiones y el lugar y motivo por el que las sufren.

Resultados /Conclusiones: Profesionales agredidos durante el año 2015: 227.

En AP, se producen el 52,24% de agresiones. En AE, el 39,80% de las mismas. Hay más Registros en AP que en AE.

Numero de agredidas sexo mujer: 172. Número de agredidos sexo hombre: 55.

En AP, se han registrado 72 en profesionales médicas/os, 24 en personal de administración y 16 en profesionales enfermeras/os, como las profesiones mas significativamente agredidas. En AE, se han identificado 36 sufridas en profesionales médicas/os, 35 en enfermeras/os y 18 en auxiliares de enfermería como las profesiones mas significativamente agredidas.

En AP, en las consultas se han producido 75 incidentes, en recepción, 22 y en las salas de espera 25. En AE, en las plantas de hospitalización, se han registrado 22 agresiones, en urgencias 25 y en consultas, 17.

En ambos ámbitos, el motivo que mas causa agresiones, es el de "no aceptación de normas del centro", con 126 incidentes, seguido de "exigir prueba complementaria o medicación", con 30 registros.

Por tanto podemos concluir con que la profesión médica tanto en AP como en AE es la que más agresiones padece, seguida por la profesión personal de administración en AP y la profesión enfermera y la de auxiliar de enfermería en AE.

Las sufre más el sexo mujer que el sexo hombre en todos los ámbitos (69,60% profesionales mujer del global de profesionales del SMS).

El lugar donde más se producen las agresiones en AP es en las consultas, seguido por salas de espera y recepción.

El lugar donde más se producen las agresiones en AE es en puertas de urgencias seguido por plantas de hospitalización y consultas.

El motivo más frecuente en AP y AE es común. Lo que hace pensar la conveniencia de revisión por parte de la Administración Sanitaria de las "Normas del Centro", dado que por ellas, se producen mayoritariamente las agresiones.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 607

TÍTULO: PROYECTO DE COMUNICACION ENTRE MEDICOS DE AP Y FARMACEUTICOS DE UNA ZONA BASICA DE SALUD

AUTORES: GOMEZ DIAZ, MARIA ISABEL.; GARCIA ARISTA, R.; PASCUALBARRERA, AM.; OJEDA CASARES, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La implantación de la receta XXI ha supuesto un avance para la gestión de la demanda en atención primaria aunque su aplicación práctica tiene limitaciones como la dificultad para control del cumplimiento terapéutico o detección de errores en la prescripción de fármacos, especialmente en entornos sociales vulnerables donde el índice de analfabetismo es mayor y el nivel socioeconómico bajo.

Estas limitaciones tienen como resultado la reconsulta del paciente y un riesgo sanitario evitable en relación con la seguridad del medicamento, que podría corregirse entre médico y farmacéutico con un procedimiento de comunicación adecuado.

En el contexto tecnológico actual, la implantación de un sistema de comunicación entre oficinas de farmacia y centros de salud de la misma zona básica, garantizaría la seguridad del paciente y disminuiría la frecuentación al centro

Objetivo general:

Implantar un sistema de comunicación entre el centro de salud y las oficinas de farmacia que prestan servicio en la misma Zona Básica de Salud

Objetivos específicos:

Garantizar la seguridad del paciente, implantando un sistema de notificación de incidentes relacionados con prescripción/dispensación

Promover canales de comunicación entre farmacéuticos y facultativos de la misma zona básica de salud

Disminuir la frecuentación de pacientes a la UGC

El proyecto se recoge en un documento de consenso con las aportaciones derivadas de reuniones entre los representantes de ambos colectivos.

El canal fundamental de comunicación entre las partes elegido es el correo electrónico.

El vehículo de comunicación se concreta en un documento de Interconsulta o ficha de notificación de incidentes

Se ha designado un Médico Referente del centro de salud encargado de recibir y gestionar la notificación de incidentes relacionados con:

Discrepancias en posología

Errores en prescripción

Sospechas de incumplimiento terapéutico

Los incidentes se clasifican según tabla de prioridades que llevan implícito el compromiso de revisión en plazos:

Prioridad Alta: Incidentes urgentes que suponen riesgo para la salud del paciente e implican resolución en menos de 24h

Prioridad Media: Incidentes demorables que puedan resolverse en un plazo de 72h sin repercusión inmediata para la seguridad del paciente

Prioridad Baja: Incidentes que no tienen repercusión directa sobre la salud del paciente y pueden resolverse en el plazo de 1 semana

Periódicamente se elaborará un informe de registro de incidentes, farmacia de procedencia, médico prescriptor y tiempo de respuesta, con el fin de detectar y corregir errores en el desarrollo del proceso y evaluar los resultados de mejora en la calidad de las prescripciones.

En casos de demora en la resolución del incidente o en cumplimentación de la ficha, las personas implicadas se pondrán en contacto con su referente, el delegado de zona para de los farmacéuticos y el referente de la UGC en caso de los médicos, con el fin de subsanarlo a la mayor brevedad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 608

TÍTULO: GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO EN EL HUNSC DESDE EL AÑO 2009

AUTORES: VILLÁN GARCÍA, JULIO.; RODRÍGUEZ RAMOS, ST.; CERRO LÓPEZ, P.; DOMÍNGUEZ SUÁREZ, EA.; ROJAS VILLEGAS, NC.; SANTOS RUIZ, AC.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Hospital es el Centro de referencia de Trasplante Hepático (TH) para la CCAA . Desde el año 2009 tiene la certificación en la Norma ISO 9001/2008. Con este estudio queremos determinar el grado de satisfacción de los pacientes con TH.

Conocer el grado de satisfacción de los pacientes con TH. Determinar el porcentaje de satisfacción en los diferentes procesos del TH. Conocer la opinión de calidad del Hospital. Mejorar la calidad del programa mediante acciones de mejoras.

Estudio descriptivo retrospectivo mediante el análisis de encuestas autocumplimentadas (Encuesta de diseño propio y a partir del 2013 modelo del cuestionario Serqvhos) por el propio paciente o un familiar al alta hospitalaria, después de un TH. Criterios de exclusión: Éxito del paciente y la negativa a participar. Variables: edad, sexo, tasa de respuesta, valoración global, nivel de estudios, estado civil, tiempo de indicación del TH y la inclusión en lista de espera, atención recibida, trato en la coordinación de trasplante, trato en la consulta de digestivo y de hospitalización, grado de información del proceso, capacitación del personal. El cuestionario presenta un apartado de respuesta abierta para sugerencias y comentarios. Se garantiza la confidencialidad de la información y se solicita el consentimiento verbal del paciente para participar en el estudio. El paciente puntúa cada una de estas preguntas en una escala de Likert, desde 1 (muy bajo) a 5 (muy alto). Los datos se procesaron en el paquete estadístico SPSS y se realizó un análisis descriptivo, obteniendo frecuencias y tablas de contingencia entre las distintas variables. Los resultados se muestran en gráficas e histogramas

El 74 fueron hombres y el 26 mujeres. La tasa global de respuesta fue 65,8 y el grado de satisfacción de 9,1. La valoración sobre el tiempo de indicación de trasplante-inclusión en lista de espera 86,2 mucho mejor de lo esperado. La atención recibida en todo el proceso de hospitalización fue alto en el 100 y el trato en la coordinación de trasplante mucho mejor de lo esperado en el 100. La capacitación del personal fue mucho mejor de lo esperado en el 97. Consideran que el trato fue personalizado fue mucho mejor de lo esperado en el 95, así como la disposición del personal para ayudarle mucho mejor de lo esperado en el 99. Finalmente el 97,8 de los encuestados recomendaría el hospital.

Se objetiva un alto grado de satisfacción de los pacientes con TH, durante todo el proceso.

El cuestionario presentaba un apartado de respuesta abierta para sugerencias y comentarios, de estas respuestas se elabora la Guía de Información del paciente candidato a TH.

A pesar de complejidad geográfica de la CCAA (insularidad), se evidencia un alto grado de satisfacción de los pacientes durante todo el proceso.

Uso de las encuestas como instrumento de obtener información y detección de deficiencias en la atención prestada, nos ha permitido diseñar y/o evaluar planes de mejora.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 610

TÍTULO: PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LUGARES DE TRABAJO. ANÁLISIS PREVIO DE NECESIDADES

AUTORES: JIMÉNEZ SOTO, MIKEL.; RUS CEJUDO, MC.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El primer paso para la aplicación de un programa de promoción de hábitos de vida saludables será el análisis de las necesidades existentes entre la población trabajadora.

Mediante el análisis de necesidades se pretende adecuar las medidas que integrarán el programa de promoción de la salud a los requerimientos específicos que posean los trabajadores, en lo que respecta a sus hábitos de vida y su estado de salud general.

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo, mediante la elaboración y distribución de un cuestionario entre los profesionales del área de gestión sanitaria. A través del mismo, se pretende obtener información relacionada con los siguientes aspectos: hábitos alimenticios, consumo de tabaco, tipo de actividad física que realizan en su vida cotidiana y participación en el desarrollo de actividades que mejoren y promuevan su salud.

El cuestionario es totalmente anónimo y consta de un total de 16 de preguntas de respuestas cerradas.

Tras el análisis de los datos obtenidos en los cuestionarios se han obtenido los siguientes resultados:

196 trabajadores han cumplimentado el cuestionario, 113 pertenecientes a Atención Primaria y 83 a Atención Especializada.

En cuanto a datos referentes a sus hábitos alimenticios, el 98.9 % de los trabajadores consume aceite de oliva para cocinar habitualmente, aunque en cantidades inferiores a dos cucharadas diarias (81.6%). El 60.7% consume dos o más verduras u hortalizas al día y el 64.8% dos o más piezas de fruta al día.

En lo referente a actividad física, el 55.6% de los trabajadores han realizado actividad física durante más de dos días en la última semana, siendo ésta principalmente de carácter moderada, (caminar entre 10 y 30 minutos).

En lo que respecta al consumo de tabaco, cabe destacar que el 23.5% de los trabajadores reconocen ser fumadores habituales, de los que un 86.4% estarían dispuesto a realizar un esfuerzo para dejar de fumar con ayuda de un profesional.

Atendiendo a la participación en acciones encaminadas a la mejora de su salud, el 86.7% de los trabajadores responde afirmativamente a formar parte de estas actividades, como por ejemplo, mediante la realización de cursos sobre higiene postural, gestión del estrés, técnicas de relajación, dieta equilibrada, etc.

Conclusión:

La obtención de datos previos sobre los requerimientos de los trabajadores será fundamental para el desarrollo de un programa de promoción de la salud en el trabajo que resulte satisfactorio para conseguir los objetivos perseguidos por el mismo.

El uso de un cuestionario como técnica para la recogida de información previa se percibe como una herramienta útil y eficaz para conocer y evaluar distintas variables relacionadas con la promoción de la salud en la población trabajadora.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 611

TÍTULO: ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS PRESTADOS EN LAS UNIDADES CON TURNOS CONVENCIONALES Y TURNOS DE 12?

AUTORES: LEAL LLOPIS, JESUS.; PEREZ GARCIA, MC.; SANCHEZ ORO, I.; CABALLERO ESPIN, J.; LOPEZ ALCARAZ, F.; ALONSO FRIAS, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Debido a necesidades económicas, de producción o sociales, en algunos colectivos profesionales ha sido necesario establecer turnos de trabajo que permitan ofrecer una continuidad en los servicios prestados. Estos turnos forman parte de las condiciones laborales y tienen una repercusión directa y primordial sobre la salud.

La población sanitaria, y en concreto los profesionales enfermeros, son uno de los colectivos afectados por el trabajo a turnos, aspecto que puede tener repercusión en la calidad asistencial. El trabajo a turnos actualmente sigue siendo un aspecto directamente relacionado con el bienestar personal y profesional, y puede influir en la calidad de los cuidados prestados

Conocer la evolución de los indicadores de calidad de los cuidados de enfermería en unidades con diferentes turnos de trabajo

Se ha realizado un estudio descriptivo, longitudinal comparativo. Sujetos de estudio: pacientes ingresados en unidades de hospitalización. Periodo de estudio: Noviembre 2015-Marzo 2016. Las variables utilizadas son: Pacientes con valoración de riesgo de úlceras por presión (UPP) al ingreso, pacientes con valoración de riesgo de caídas, pacientes con registro de peso, pacientes con registro de talla y porcentaje de informes de continuidad de cuidados al alta. Para la recogida de datos se automatizó un sistema de extracción de datos asistenciales todos los martes y los viernes a las 7h de la mañana. El procesamiento de los datos se realizó de forma centralizada y se utilizó para el análisis de los mismos el programa SPSS 15.0.

Durante el periodo de estudio se han realizado 41 evaluaciones en las que se han incluido 12848 pacientes. La valoración del riesgo de UPP al ingreso se realizó en las unidades con turno rotado convencional en el 90,95% y en las unidades con turnos de 12 horas en el 89,32%. La valoración del riesgo de caídas al ingreso se realizó en las unidades con turno rotado convencional en el 81,78% y en las unidades con turnos de 12 horas en el 78,33%. Respecto al registro del peso, en las unidades con turno rotado convencional estaba en el 56,91% frente al 59,44% en las unidades con turnos de 12 horas. El registro de la talla estaba presente en el 36,07 de los pacientes de unidades con turno rodado convencional y en el 52,40% de las unidades con turnos de 12h. En relación a los informes de continuidad de cuidados, las unidades con turnos rodados convencionales se lo realizaron al 58,25% de los pacientes y en las unidades con turnos de 12h al 56,01%. No encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,005$) en ninguna de las variables estudiadas.

Conclusiones: Tras analizar los datos encontrados, podemos afirmar que en nuestro centro no existen diferencias en la calidad de los cuidados evaluados que se prestan a los pacientes en función del turno de trabajo que desarrollen los profesionales de enfermería.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 613

TÍTULO: HUMANIZANDO LOS CUIDADOS EN UCI. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

AUTORES: DIAZ CARO, MANUEL.; BLANCO ALVARIÑO, AM.; RAMIREZ PEREZ, MA.; AGUILERA PEÑA, M.; RODRIGUEZ LOPEZ, B.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

A nivel internacional, no existe un consenso aparente en las políticas relativas a las visitas restringidas o abiertas en instituciones sanitarias para pacientes adultos y pediátricos. Las reglas que gobiernan la práctica suelen basarse en el precedente institucional y las creencias del personal, y pueden tener poca o ninguna evidencia que las apoye.

Históricamente, las visitas en las unidades de cuidados intensivos (UCI) españolas, han sido muy restrictivas atendiendo a diversos criterios. En algunas de ellas se han liberalizado de forma progresiva propiciando mayor satisfacción en los familiares y mejor cobertura de sus necesidades.

Durante nuestra práctica asistencial en UCI, constatamos como los familiares y acompañantes atraviesan una situación traumática y con importantes consecuencias para la vida futura tanto del enfermo como de los propios seres queridos. Los primeros momentos son los más delicados, la familia llega a un ambiente desconocido, intuyendo que las próximas horas serán cruciales, no saben si son las últimas horas que van a estar a su lado o si quedará incapacitado para el resto de su vida.

Facilitar una información mas adecuada a pacientes y familiares

Flexibilizar los horarios de visita hasta conseguir que la UE sea de puertas abiertas para los familiares.

Adecuar las medidas de protección a la evidencia disponible.

Fomentar la participación de los familiares en los cuidados del paciente y en la toma de decisiones.

Revisión sistemática de distintos estudios, para aproximarnos a la práctica habitual que en las UCI españolas se produce con respecto a política y régimen de visitas, gestión de la información, medidas de protección y la atención e implicación de los familiares.

La organización de las visitas de familiares en las UCI españolas es muy variable, no se basan en unos criterios uniformemente establecidos.

El patrón habitual es restrictivo, manteniendo una gran separación de los familiares con el equipo cuidador y con el propio paciente.

No se ha demostrado la eficacia de las batas como medida preventiva de contagios, aunque se siguen usándose preferentemente frente al lavado de manos (6%), que en la actualidad se considera el mejor método preventivo de infecciones intrahospitalarias, por lo que habría que emponderar a los familiares en el proceso de medidas de protección, fomentando el lavado de manos.

La práctica habitual observada no se corresponde con las recomendaciones surgidas del análisis de la evidencia disponible:

Más visitas.

Mayor libertad de horarios.

Mayor implicación de los familiares en los cuidados de los pacientes.

Un abordaje multidisciplinar de la información.

Estas conclusiones nos suponen un interesante punto de partida para observar cambios futuros en las prácticas y la mentalidad de los profesionales sanitarios de nuestro hospital, con respecto a la atención prestada a los familiares de pacientes críticos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 614

TÍTULO: ANÁLISIS PROACTIVO DEL RIESGO EN SUBPROCESOS POCO COMUNES: TRANSFERENCIA EN URGENCIAS Y AREA DE SILLONES

AUTORES: ROMERO DE CASTILLA GIL, RAFAEL JAVIER.; BLANCO ALVARIÑO, AM.; VEGA ROMERO, MM.; AGUILERA PEÑA, M.; ALHAMA LUCENA, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El análisis modal de fallos y efectos está reconocido como herramienta consolidada de enfoque proactivo de riesgos. No obstante, no encontramos muchos ejemplos de AMFES de microprocesos, como la transferencia desde la recepción, acogida y clasificación de pacientes hasta la atención en urgencias. Este trabajo pretende ofrecer un enfoque analítico de gestión de los fallos en este subproceso, que muchas veces quedan olvidadas y ocasionan acontecimientos adversos imprevistos.

- Determinar los fallos potenciales, sus efectos, las posibles acciones proactivas y su priorización, mediante determinación del número de prioridad de riesgo.
- Determinar los puntos básicos para diseñar un plan de seguridad del paciente en el subpro

Se realiza un análisis modal de fallos y efectos (AMFE), a los subprocesos de transferencia de pacientes desde el triaje a la sala de espera de urgencias y a la gestión del paciente en área de sillones (tratamientos rápidos y espera de resultados), identificados como críticos previamente en el mapa de procesos de urgencias.

El trabajo se realizó por un equipo multidisciplinar (médicos, enfermeras, auxiliares, celadores, administrativos), coordinado por el área de calidad del Hospital.

Se han encontrado áreas de fallo potencial no detectadas previamente: en:

- Identificación de pacientes en el área de sillones a pesar de portar pulsera identificativa
- Desplazamientos erróneos del paciente por no existir canales de información para los cambios de ubicación, o en pacientes incapacitados no acompañados.
- Fallos en la prescripción de tratamiento en el área de sillones.
- Duplicidades de medicación por prescripciones verbales a distintos profesionales.

Y se han implantado las siguientes acciones preventivas:

- Procedimiento para identificación sistemática en el área de sillones
- Protocolo para la transmisión de órdenes médicas de tratamiento evitando duplicidades
- Información sistemática acerca de no administrar medicación domiciliaria por parte de los familiares.
- Formación específica en meses de verano (incorporaciones)

CONCLUSIONES:

La metodología AMFE permite implementar mejoras en seguridad del paciente en procesos que habitualmente no se priorizan como la transferencia de pacientes en urgencias o la atención en las áreas de sillones; hemos identificado que esta última área es especialmente sensible a errores.

La metodología estructurada de calidad con participación de grupos multidisciplinarios es un acercamiento efectivo en procesos poco atendidos.

Se han identificado e implantado acciones preventivas gracias a dicha técnica que aumentan la seguridad del paciente en nuestro medio.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 615

TÍTULO: INCIDENTES DE SEGURIDAD RELACIONADOS CON EL USO DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN URGENCIAS

AUTORES: ALCARAZ MARTÍNEZ, JULIÁN.; PÉREZ VERA, S.; AGERO MORIÑIGO, CL.; BELDA PALAZÓN, M.; SERRANO MARTÍNEZ, JA.; RAMIRO TENA, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En los últimos años el Ministerio de Sanidad junto a sociedades científicas, se ha planteado la evaluación de la utilidad de determinadas prácticas, con el fin de disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias. Su objetivo es entre otros, disminuir la variabilidad en la práctica clínica y evitar la yatrogenia secundaria a la realización de estas actuaciones inadecuadas.

Con este trabajo se pretende analizar esta variabilidad en el uso de pruebas complementarias y su relación con la detección de incidentes de seguridad en Urgencias.

Se han analizado 935 pacientes atendidos en los 10 servicios de urgencia hospitalarios de nuestra Región. En todos ellos se ha recogido datos sobre el sexo, edad, si la atención se realizó por un médico adjunto o residente, nivel de triaje, petición de pruebas radiológicas, uso de vía heparinizada, minutos de estancia, hospital donde se atendió y utilización de medicación oral, intramuscular e intravenosa. Así mismo, se buscaron diferencias en el uso de vías heparinizadas y pruebas radiológicas por centro. Finalmente se analizó la relación entre estas variables y la detección de incidentes de seguridad.

Como fuente de datos para detección de estos incidentes se utilizaron la historia e informes de Urgencia, junto a la observación presencial y además una encuesta telefónica al paciente o familiar a la semana de la atención.

Como test estadísticos se utilizaron la T de Student para variables cuantitativas, la Chi cuadrado para cualitativas y adicionalmente el test de ANOVA.

Se han utilizado vías heparinizadas en 397 pacientes, el 42,4% (intervalo de confianza 39,3-45,5%) con una variabilidad con diferencias significativas entre centros ($p < 0,01$), que van desde el uso en el 37% al 81,8%. Así mismo se ha comprobado que en el 23,4% (i. c. 19,2-27,6%) de los casos, sólo se utilizó para la primera extracción.

Se han pedido pruebas radiológicas a 351 paciente, el 37,7% (i. c. = 34,6 - 40,8%), también con diferencias significativas entre centros ($p < 0,01$), variando desde el 24,6 al 65,1%.

Se han detectado 95 pacientes con incidentes, el 10,2% (i. c. = 8,3-12,1%) en el total de centros evaluados.

Se han evidenciado diferencias significativas entre la aparición de incidentes de seguridad y uso de vía heparinizada ($p = 0,03$), petición de rx ($p = 0,04$) y estancia ($p < 0,001$). En el resto de parámetros estudiados no.

Se constata así la variabilidad entre centros y la relación del uso de vías heparinizadas (muchas de ellas inadecuadas) y pruebas radiológicas, con la aparición de incidentes de seguridad en Urgencias.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 616

TÍTULO: CULTURA DE SEGURIDAD EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA: IMPLANTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE MEJORA

AUTORES: ORDÓÑEZ DÍAZ, MARÍA DOLORES.; PÁRRAGA QUILES, MJ.; DEL RÍO OBEJO, L.; RUMBAO AGUIRRE, JM.; TEJEDOR FERNÁNDEZ, M.; PÉREZ NAVERO, JL.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La cultura de seguridad es esencial en la gestión de la calidad asistencial, especialmente en pacientes neonatales.

Exponer los eventos adversos más importantes detectados en la Unidad de Neonatología tras el diseño de un Plan de Seguridad. Descripción de las principales medidas preventivas instauradas para la reducción de los mismos.

La creación del Plan de Seguridad en Neonatología se llevó a cabo dentro de la elaboración del Plan de Seguridad en la Unidad de Gestión clínica de Pediatría, con la colaboración del Servicio de Calidad y Documentación Clínica. El plan estaba coordinado por un médico y una enfermera, e integrado por otras cuatro áreas asistenciales. Se designó un trabajo multidisciplinar neonatal y se elaboró un Análisis Modal de Fallos y Efectos.

Se obtuvieron un total de 47 fallos y 277 posibles causas. Tras la categorización en base a su frecuencia, gravedad y criticidad, se priorizaron 4 de los principales: infección nosocomial (IN), errores en la medicación, extubaciones no programadas, fallo en la aplicación de los cuidados centrados en el desarrollo (CCD) en prematuros.

Las estrategia establecida para la reducción de la IN fue la implantación del "Proyecto Bacteriemia Zero", englobando: creación de un equipo líder con una enfermera y un médico; formación y motivación del personal con 12 sesiones formativas impartidas a 57 profesionales; estrategias comunes de inserción y mantenimiento de catéteres vasculares centrales (CVC); control del cumplimiento mediante listas de verificación y evaluación de las tasas de bacteriemia relacionadas con CVC.

Las estrategias para la reducción de los errores en la medicación fueron: mejora del almacenamiento (etiquetado-colocación por grupos); elaboración de una gráfica mejorada para la prescripción de tratamientos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales; creación de un grupo de 10 profesionales para la elaboración de una guía de Uso seguro del Medicamento en Neonatología, en colaboración con el servicio de farmacia; creación de una "Biblioteca" de medicación en las bombas de perfusión continua intravenosa.

La adquisición de un nuevo sistema de fijación de los tubos endotraqueales (Neotech NeoBar® ET Tube Holder) fue la estrategia adquirida para la disminución de las extubaciones accidentales.

Para la mejora de los CCD, 3 enfermeras de la unidad recibieron formación presencial específica, con difusión posterior al resto de profesionales; se elaboró un registro individualizado con las intervenciones de contención apropiadas a la edad gestacional; se mejoró la política de entrada de los padres y familiares a la unidad; se adquirieron medidas para el control de la luz y el ruido; se incorporó a las gráficas de cuidados la escala PIPP para el control del dolor.

Se ha iniciado un camino hacia la cultura de seguridad en la Unidad de Pediatría. La identificación de los eventos adversos que puedan existir constituye el primer punto para la implantación de estrategias de mejora.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 617

TÍTULO: "¿ME TENDRÉ QUE OPERAR? PUES DEPENDE DE TU MÉDICO". VARIABILIDAD EN INCLUSIONES EN LEQ POR MÉDICO Y CENTRO HOSPITALARIO.

AUTORES: SOMMER ÁLVAREZ, ENRIQUE.; DIOS DEL VALLE, R.; NAVARRO DORBERT, M.; FERNANDEZ SUAREZ, I.; LLANEZA VELASCO, ME.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Variabilidad en la Práctica Clínica está ampliamente estudiada desde los años 30 del pasado siglo motivada por la incertidumbre ante diferentes opciones terapéuticas planteadas ante una determinada dolencia, que crea discrepancias en los criterios de los clínicos a la hora de su abordaje y que originan diferentes formas de práctica clínica. Del mismo modo, la LEQ es uno de los caballos de batalla de las instituciones sanitarias al existir un importante desfase entre oferta y demanda de Servicios Sanitarios. Además de alcanzar niveles óptimos de salidas por IQ se puede influir en la LEQ controlando las entradas. El primer paso consistirá en conocer el comportamiento de los clínicos a la hora de incluir en LEQ.

Analizar la Variabilidad en las indicaciones quirúrgicas de los Especialistas de Traumatología.

Estudio descriptivo transversal. Se analizan todas las inclusiones en LEQ de Traumatología del Área (2 hospitales y 1 centro de especialidades) realizadas en 2014 y 2015. Variables: consultas realizadas, inclusiones, médico, sección, centro. Análisis estadístico: las cualitativas se describen con distribución porcentual de frecuencias. Se muestra el IC95% de los resultados más relevantes. Bivariante: Chi-cuadrado.

El 7,9% (IC95%: 7.7-8.09) de las consultas vistas en el H1 acaban en LEQ. En el H2 este porcentaje es del 8.8% (8.26-9.27) y en CE del 5.8% (5.47-6.06); $p < 0,001$. Por secciones, la de Miembro Superior (MMSS) incluye en LEQ el 10.8% de sus consultas, la de Miembro Inferior (MMII) el 8.9%, la Unidad de Columna el 6.3% y la Consulta Generalista el 6.8%. Existe una amplia variabilidad por facultativo, en MMSS va de 14.8% a 4.9%, en MMII de 18.1% a 3.1%, y en Columna de 5.2% a 8.4%, Consulta General del 4.1% al 15.9%, con población similar.

Conclusión/Discusión

Constatamos una gran variabilidad en la indicación de Cirugía entre los centros del área, y dentro del mismo centro entre los facultativos de cada sección. Siendo la población similar estas variaciones no se pueden atribuir a diferencias en las necesidades poblacionales inicialmente. Parece necesario establecer estrategias encaminadas a homogenizar los criterios de indicación, reduciendo con ello la variabilidad existente. Conocer estos datos tiene importancia a nivel de gestión de la LEQ, pudiendo valorar el impacto sobre la misma al aumentar la actividad de las consultas en función del profesional que las pase.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 618

TÍTULO: "ME DUELE LA ESPALDA, ¿ME OPERARÉ?". VARIABILIDAD EN LA CIRUGÍA DE COLUMNA EN DOS SERVICIOS DEL MISMO CENTRO.

AUTORES: SOMMER ÁLVAREZ, ENRIQUE.; DIOS DEL VALLE, R.; NAVARRO DORBERT, M.; CORDERO BLANCO, E.; PEREZ-HOLANDA FERNANDEZ, S.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las intervenciones quirúrgicas de espalda suponen en nuestro área sanitaria un importante volumen de pacientes en LEQ que sufren, en la mayoría de los casos, grandes esperas antes de su resolución quirúrgica. En nuestro centro además, la misma intervención quirúrgica puede ser abordada desde dos Servicios distintos, Traumatología (TRA) y Neurocirugía (NRC). Conocer cómo se comportan ambos servicios a la hora de abordar dicha patología nos puede ayudar a comprender y predecir mejor su evolución futura.

Analizar las diferencias existentes entre el abordaje quirúrgico de la Columna (NRC y TRA) entre dos Servicios de un mismo Centro tanto en indicadores de LEQ como en coste por proceso.

Estudio descriptivo transversal. Población: pacientes intervenidos por TRA y NRC por patología de Columna y los GRD's asociados en 2013-2015, así como estudio de costes asociados a los ingresos producidos por ella.

N=333. El 65% de las I.Q. de columna las hace NRC y el 35% TRA. La Discectomía es la IQ más prevalente en NRC (71.3%) mientras que la Artrodesis lo es en TRA (77.78%). La Estancia Media del GRD 758 (Procedimientos sobre espalda y cuello excepto fusión espinal sin CC) en NRC es de 4 días mientras que en TRA es de 9.2 días. Del GRD 756 (Fusión vertebral sin CC) en NRC es de 9.26 días y en TRA 12.4 días. El coste medio por proceso del GRD 758 en NRC es 2.637€ por 3.544€ en TRA (un 34,39% más). Del GRD 756 en NRC es 7.625€ por 10.247€ en TRA (un 34,38% más). En el año 2015, de media un paciente esperó para operarse de columna en NRC 206 días, mientras que en TRA esperó 341 días.

Conclusión/Discusión

En el tratamiento quirúrgico de los problemas de columna existen una importante Variabilidad entre el abordaje por parte de Neurocirugía y por parte de Traumatología. También lo será los días que permanecerá en lista de espera y los que estara ingresado durante su intervención. Del mismo modo, el coste por proceso en ambos casos también es distinto, siendo, de promedio, un 34,5% más caro en un Servicio que en otro. Dependiendo del servicio al que deriven al paciente, el manejo de su dolencia a nivel quirúrgico, demoras, y estancia en el hospital será diferente, así como el coste. Nos encontramos ante una oportunidad de mejora en la equidad y eficiencia del sistema. Avanzar del análisis de la actividad al análisis de los procesos nos permite detectar oportunidades de mejora en el sistema.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 619

TÍTULO: MONITORIZACION DE INDICADORES DE CALIDAD DE ENFERMERIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES: GARNES GONZALEZ, SUSANA.; CABALLERO ALEMAN, F.; ALCAÑIZ RIAÑO, A.; ABENZA HURTADO, JD.; MARTINEZ PEÑALVER, A.; LEAL LLOPIS, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La monitorización de indicadores de calidad es una herramienta de gestión fundamental para conocer el control de la actividad asistencial que se esta prestando.

Analizar los indicadores de calidad de enfermería en una unidad de cuidados intensivos

Se ha realizado un estudio descriptivo, longitudinal comparativo. Sujetos de estudio: pacientes ingresados en la unidad de Cuidados Intensivos. Periodo de estudio: Marzo 2015-Marzo 2016.

Los indicadores evaluados están relacionados con la prevención del úlceras por presión (UPP), el manejo de alarmas y la identificación de registros.

El proceso de recogida de datos lo ha realizado una sola persona durante todas las evaluaciones que se han llevado a cabo. El procesamiento de los datos se realizo de forma centralizada y se utilizo para el análisis de los mismos el programa SPSS 15.0.

Tras los 13 meses de monitorización se han llevado a cabo 52 evaluaciones, donde se han incluido 686 pacientes.

El 92.16% de los pacientes tenia realizada la Valoración del Riesgo de UPP y el 96.30% tenía registrados los cuidados según el protocolo de la unidad.

En relación al protocolo de manejo de alarmas, durante el periodo de estudio se han encontrado 2 pacientes con la alarmas anuladas (0.19%) y en el 93.84% de los pacientes estaban ajustadas según las características del paciente y el protocolo establecido en la UCI.

Respecto a la correcta identificación de los registros, estaba presente el nombre y apellidos legibles en el 95.25% de Enfermería y en el Auxiliares de Enfermería.

CONCLUSIONES

La monitorización continuada de los cuidados de Enfermería nos facilita el control y seguimiento de la actividad asistencial que les prestamos a los pacientes. En nuestro caso, la mayoría de los indicadores evaluados presentan unos resultados de calidad óptimos y dentro de unos estándares adecuados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 620

TÍTULO: VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA DE DOS INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

AUTORES: ARANDA GALLARDO, MARTA.; ENRIQUEZ DE LUNA RODRIGUEZ, M.; VAZQUEZ BLANCO, MJ.; CANCA SÁNCHEZ, JC.; PÉREZ JIMÉNEZ, C.; BARRERO SOJO, S.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Según la Organización Mundial de la Salud, las personas mayores que viven en instituciones sanitarias se caen más que las que viven en la comunidad: entre el 30-50% de las personas que viven durante un tiempo prolongado en las instituciones caen cada año y el 40% de ellos tienen caídas repetidas. Una de las medidas de prevención más extendida es la utilización de instrumentos de valoración del riesgo de caídas. En Andalucía la consejería de salud recomienda el uso de la escala Downton en cualquier entorno asistencial.

Evaluar la precisión y validez de dos instrumentos de valoración del riesgo de caídas (Downton y STRATIFY) en residencias de mayores.

Estudio transversal de validación psicométrica. Los sujetos de estudio fueron mayores institucionalizados con edad superior a 16 años. Se excluyeron aquellos sujetos que por cualquier razón no podían ser seguidos en los plazos establecidos o rechazaban participar en el estudio. El periodo de estudio comprendió desde mayo de 2014 a mayo de 2015. La muestra se recogió de forma consecutiva en las 28 residencias participantes. Se realizó una valoración inicial con ambos instrumentos y se re-evaluó a los ancianos seis meses después. Tras esta segunda valoración se siguió durante tres meses a los participantes para detectar la ocurrencia de caídas.

Un total de 549 ancianos componían la muestra de pacientes reclutados. De ellos 400 culminaron el estudio tras los 9 meses de seguimiento. Se realizó la valoración inicial al total de la muestra reclutada y se consiguió realizar el seguimiento o reevaluación a 419 residentes (76,32%). En total se obtuvieron 1132 valoraciones. En total se registraron 209 caídas. La incidencia acumulada fue del 38,06%. Las puntuaciones medias de ambos instrumentos fueron significativamente superiores en el caso de los caedores: STRATIFY en caedores 1,53 (DE 1,08) frente a 1,14 (DE=1,04) en los no caedores ($p < 0,001$); Downton: puntuación media 4,78 (DE=1,71) en caedores frente a 3,75 (DE=1,68) en los no caedores ($p < 0,001$). Para el análisis de las curvas ROC se tuvieron en cuenta las puntuaciones de ambas escalas inmediatamente anteriores a las caídas. El área bajo la curva (AUC) ofrece mayor validez en términos de sensibilidad y especificidad a la escala Downton. Así, para STRATIFY $AUC = 0,59$ (IC 95%: 0,55-0,64; $p = 0,023$) mientras que para Downton $AUC = 0,68$ (IC 95%: 0,65-0,72; $p = 0,02$). Con STRATIFY la sensibilidad fue del 51%, la especificidad 65%, VPP 25% y VPN 58%. Con Downton la sensibilidad fue 82,3%, la especificidad 41,1%, VPP 24%, VPN 91,1%.

El análisis de la curva ROC puso de manifiesto la escasa capacidad de precisión diagnóstica de ambos instrumentos. Respecto a Downton, este instrumento obtuvo muy buen comportamiento en términos de sensibilidad pero muy pobre en cuanto a especificidad. STRATIFY demostró peor comportamiento clinimétrico que Downton. Con estos resultados no se puede recomendar la implementación de ninguno de estos instrumentos en ancianos institucionalizados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 621

TÍTULO: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE CAÍDAS EN HOSPITALES DE AGUDOS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

AUTORES: ENRÍQUEZ DE LUNA RODRIGUEZ, MARGARITA.; ARANDA GALLARDO, M.; VAZQUEZ BLANCO, M.; MOYA SUÁREZ, A.; GÓMEZ GONZÁLEZ, A.; FEDOTOV, O.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las caídas constituyen un serio problema para los pacientes ingresados en los hospitales, mermando su calidad de vida. Las tasas de caídas varían en función de las prácticas sanitarias, el entorno y el método de medición. Existe gran variabilidad sobre cifras relativas a la incidencia de caídas en hospitales a nivel mundial.

Determinar las características de los pacientes agudos hospitalizados que sufren caídas mediante el análisis de su distribución y su perfil de cara al establecimiento de medidas preventivas.

Estudio longitudinal de seguimiento prospectivo, multicéntrico durante el período comprendido entre mayo de 2014 y mayo 2016. Se incluyeron pacientes mayores de 1

6 años ingresados en unidades médicas, quirúrgicas y de cuidados intensivos de 5 hospitales de agudos. A todos los pacientes se les realizó una valoración al ingreso con

dos instrumentos de valoración de caídas (STRATIFY y Downton) y reevaluaciones cada 72 horas hasta el alta a domicilio o fallecimiento. Los datos se volcaron a una aplicación informática para su posterior análisis.

Durante el período de estudio se reclutaron 1247 pacientes a los que se les realizaron 3386 valoraciones de riesgo de caídas. El 59% de pacientes estaban ingresados en unidad

es médicas, el 34% en quirúrgicas y el 6% en las unidades de cuidados intensivos. La incidencia de caídas registrada fue del 2,4% (24 caídas) que corresponde a 23 pacientes. La edad media de los pacientes que se cayeron, 73,57 años (DE 14,19) fue significativamente mayor que de los que no se cayeron. No hubo diferencias significativas por sexo en la ocurrencia de caídas. En cuanto a las circunstancias de las caídas, los martes (30,4%) y en el turno de noche (56,5%) fue donde se produjeron más caídas. El 73,9% estaban conscientes y orientados, estando solos en el 47,8% de los casos. Un 30,4% se cayeron cuando se dirigían al baño. No hubo graves consecuencias tras las caídas, presentando hematoma el 13% y el 4,3% luxación o esguince. El análisis multivariante reveló que aquellos pacientes que presentaban alteraciones visuales 2,7 (IC 95%:1,8-4,1) $p < 0,001$, se desplazaban al baño 2,2 (IC 95%:1,4-3,3) $p = 0,001$, habían tenido caídas previas 1,8 (IC 95%:1-3) $p = 0,033$ y habían ingresado en el hospital tras una caída 6,1 (IC 95%:3,6-10,2) $p < 0,001$ tenían más posibilidad de caerse en el medio hospitalario.

De los resultados obtenidos se observa que tener más edad sigue siendo un factor de riesgo para caerse en el medio hospitalario. Aunque la incidencia de caídas ha permanec

ido baja, haber ingresado en el hospital tras sufrir una caída se muestra como el mayor predictor de ocurrencia de este evento. Esto se debe tener en cuenta al realizar la valoración inicial para implementar medidas preventivas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 623

TÍTULO: SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CUIDADOS INTENSIVOS: EVALUACIÓN DE INDICADORES RELACIONADOS CON ENFERMERÍA

AUTORES: GARNES GONZALEZ, SUSANA.; CABALLERO ALEMAN, F.; ALCAÑIZ RIAÑO, A.; SAEZ PAREDES, P.; GARCIA GIMENEZ, MJ.; LEAL LLOPIS, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La evaluación de indicadores de calidad es una herramienta de gestión fundamental para conocer el control de la actividad asistencial que se está prestando

Analizar los indicadores de calidad de enfermería en una unidad de cuidados intensivos

Se ha realizado un estudio descriptivo, longitudinal comparativo. Sujetos de estudio: pacientes ingresados en la unidad de Cuidados Intensivos. Periodo de estudio: Marzo 2015-Marzo 2016.

Los indicadores evaluados están relacionados con el manejo del paciente con intubación orotraqueal (Proyecto Neumonía Zero) y el manejo del paciente portador de catéter venoso central (Proyecto Bacteriemia Zero).

El proceso de recogida de datos lo ha realizado una sola persona durante todas las evaluaciones que se han llevado a cabo. El procesamiento de los datos se realizó de forma centralizada y se utilizó para el análisis de los mismos el programa SPSS 15.0.

Tras los 13 meses de monitorización se han llevado a cabo 52 evaluaciones, donde se han incluido 333 pacientes con intubación orotraqueal y 387 pacientes con catéter venoso central.

Respecto al Proyecto Neumonía Zero, el indicador que presentó mayor cumplimiento fue el Inflado del neumotaponamiento 20-25 mmHg con un 98.95% de los casos. El indicador con peor cumplimiento fue el registro de la Aspiración Subglótica, con un 92.05%. Los demás indicadores presentaron valores por encima del 95% de cumplimiento.

En relación al Proyecto Bacteriemia Zero. El 100% de los pacientes presentó el punto de punción en perfecto estado, el 99.69% de los apósitos estaba limpio y la fijación estaba correcta en el 98.86% de los casos. No se encontraron pacientes con flebitis ni catéteres trombosados.

CONCLUSIONES

La evaluación continua y continuada de los cuidados de Enfermería nos facilita el control y seguimiento de la actividad asistencial que les prestamos a los pacientes. En nuestro caso, la mayoría de los indicadores evaluados presentan unos resultados de calidad óptimos y dentro de unos estándares adecuados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 624

TÍTULO: LA FORMACION COMO HERRAMIENTA PARA IMPLANTAR LAS NORMAS ISO EN EL SECTOR ZARAGOZA II. ABRIENDO CAMINOS

AUTORES: REAL CAMPAÑA, JOSE MANUEL.; REVILLA LOPEZ, MC.; CONDE GARCIA, R.; SOLANO BERNAD, VM.; VELA MARQUINA, ML.; GARCIA MATA, JR.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En el año 2010 el Hospital inicia un ambicioso proyecto de certificación al que se incorporan los dos primeros servicios. A partir de este momento se han ido incluyendo de forma casi exponencial, y son ya 20 los servicios certificados.

Describir la formación realizada en un Hospital para impulsar, diseñar, apoyar en su implantación y desarrollo el sistema de gestión de calidad ISO. Aprovechar/rentabilizar el conocimiento de los servicios certificados.

Todo este proceso se realiza con el apoyo de la unidad de calidad y a través de grupos impulsores o de calidad de los diferentes servicios. Para conseguir resultados con un esfuerzo razonable que permita seguir creciendo, la UCA ha generado un sistema de formación con responsables de calidad expertos y motivados. Esta formación tiene varias áreas de interés, la propiamente impulsora y formativa para servicios que se están certificando, que se complementa con talleres prácticos donde los profesionales, además de adquirir conocimientos teóricos y herramientas necesarias, consiguen resultados prácticos y terminan con el trabajo hecho: cuadro de indicadores, plan de acciones correctivas, plan de contingencias, revisión y mejora del cuestionario de auditoría, etc. Además, se impulsa la comunicación entre todos los implicados.

Desde 2011 se ha realizado 1 curso anual de formación de iniciación para servicios que están en fase o van a implantar la ISO sobre la ISO 9001 nivel básico y 1 curso anual de nivel intermedio/avanzado y/o auditorías internas, y 3 talleres desde el Salud de auditorías internas. Inicialmente la formación fue realizada por una empresa externa, y desde 2013 por profesionales de servicios certificados. En estos cursos han participado hasta 330 alumnos, lográndose un grupo de más de 40 auditores internos capacitados. Estos auditores han participado en 54 auditorías internas desde 2013 correspondientes a los 20 servicios certificados en la actualidad. Todos los servicios lograron posteriormente la certificación ISO 9001:2008. En estos cursos, además de recibir formación para el desarrollo de la auditoría, se desarrolló un cuestionario de ayuda. Así mismo, la otra gran área de interés consiste en que la formación de auditores internos para que las auditorías se puedan realizar por los propios profesionales del Hospital, enriquece tremendamente el sistema, ya que hay un mutuo aprendizaje entre los servicios, y se crean sinergias de apoyo entre los mismos. Los alumnos de los cursos mostraron un alto grado de satisfacción con la formación recibida.

La sistemática de apoyo y formación de unos servicios con otros, ha supuesto un revulsivo en la mejora de la calidad de servicios del Sector; así como una mayor implicación de los profesionales y la puesta en marcha de nuevas dinámicas de trabajo.

Las ventajas del apoyo interno, aumentan cada vez que nuevas unidades se unen al proyecto y pueden trabajar sin apoyo externo. Además, esta estrategia de formación permite que el sistema sea sostenible.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 626

TÍTULO: RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL MODELO EFQM EN 29 HOSPITALES EN UN SERVICIO DE SALUD

AUTORES: FERRÁNDIZ SANTOS, JUAN.; PARDO HERNÁNDEZ, A.; NAVARRO ROYO, C.; MORENO MATÉ, E.; ZARCO RODRÍGUEZ, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Modelo EFQM es la referencia normativa para la autoevaluación de los servicios públicos de nuestra Comunidad Decreto 85/2002, habiéndose realizado el 4º ciclo de autoevaluación del Servicio de Salud. La evaluación EFQM y despliegue de planes de acción fue un objetivo institucional (2014-15) para el total de hospitales. Conocer exhaustivamente las características de la autoevaluación permite comprobar el grado de consolidación del Modelo y su aplicabilidad en el área de la gestión de calidad de los centros sanitarios

Analizar los resultados de la aplicación del Modelo EFQM de Excelencia en el conjunto de los hospitales del Servicio de Salud

Cada hospital realizó la planificación/evaluación en su ámbito de referencia. Desde servicios centrales se elaboraron herramientas para la comprensión del Modelo (Manual Aplicación EFQM adaptado a Sanidad), la cumplimentación del Informe de Autoevaluación (aplicativo informático para registrar fortalezas PF, áreas de mejora AM, evidencias, matriz REDER, puntuación y gráficos), así como el análisis global de informes, incluyendo la metodología, distribución PF, AM y RADAR por criterio/subcriterio, categorización de éstos y de Planes de Acción PA según los 8 conceptos fundamentales de excelencia CFE

El 85% de los hospitales (29/34) realizó la autoevaluación EFQM, precisando grupos de trabajo en 83% (25/29) con 123 grupos y 857 personas, y formación en 86% (833 personas).

Se identificaron 3686 PF (78% Agentes, 22% Resultados) y 3197 AM (74% Agentes, 26% Resultados). La media de PF fue 12-17% (Agentes) y 5-6% (Resultados), y 12-17% y 5-6% respectivamente para AM. Se identificó un rango de 88-126 PF y 89-134 AM por criterio. La puntuación total (mediana 399, desviación típica 104, media 405 puntos) se distribuyó (en orden decreciente) para los criterios 9, 6, 4, 5, 1, 2, 8, 3 y 7 desde 51 hasta 25 puntos.

La relación de PF/CFE muestra el predominio de la gestión con agilidad y el desarrollo de la capacidad de la organización (20 y 15% respectivamente sobre el total), siendo el liderazgo, la creatividad e innovación lo menos citado (10% y 3%). La relación de AM/CFE muestra el protagonismo de la gestión con agilidad, desarrollo de la capacidad de la organización y el mantenimiento de resultados sobresalientes (24%, 15% y 15% respectivamente).

Se planificaron 113 PA tras la priorización de AM (mínimo 3/hospital). Relacionando con CFE se observa un patrón orientado a la eficacia del cambio y la mejora interna de la organización siendo precisamente los 3 CFE citados en las AM los más señalados (27%, 22% y 15% respectivamente).

En conclusión, este 4º ciclo de evaluación EFQM ha mostrado un alto rendimiento, alcanzando 85% de los hospitales del Servicio de Salud, 6883 PF y AM detectadas, con distribución por CFE coherente y generando 113 PA (al menos 3/hospital). Los resultados muestran no sólo la carga de análisis por centro sino que identifica las prioridades de intervención de los hospitales tras una autoevaluación EFQM

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 627

TÍTULO: LA CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES.....UNA REALIDAD

AUTORES: CASTELLANO ZURERA, MARÍA DEL MAR.; CARRASCO PERALTA, JA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Andalucía apostó por el desarrollo de un modelo propio de certificación de los servicios sociales como herramienta para mejorar la calidad de la atención que prestan a sus usuarios. Se llevaron a cabo tareas como: consenso de estándares por Comités Técnicos Asesores, definición del proceso de certificación, difusión del modelo, desarrollo de la metodología de evaluación y cualificación de evaluadores.

Difundir los resultados obtenidos tras la implantación del modelo de certificación de servicios sociales.

Estudio descriptivo de los resultados obtenidos, de marzo de 2014 a mayo de 2016, en las fases en las que se ha estructurado el proceso de certificación: solicitud, autoevaluación, evaluación externa y seguimiento. Fuentes de datos: cuadro de mando operativo.

- 63 solicitudes de certificación recibidas (23 residencias, 17 residencias con sus servicios de día, 15 centros de día, 6 centros de atención infantil temprana y 2 centros de información).
- Los centros durante su autoevaluación han identificado un total de 717 áreas de mejora y conseguido 364 (50,8%). Las mejoras identificadas están dirigidas a realizar protocolos y procedimientos (314), acciones formativas (134), evaluaciones periódicas (73), otras (47), modificaciones organizativas (45), estrategias de comunicación dirigidas a ciudadanos (26), modificaciones estructurales (26), estrategias de comunicación dirigidas a profesionales (17), soluciones informáticas (16), constitución de grupos de mejora (13), adquisición de equipos y compra de servicios (5) e introducción de nuevos servicios (1). Tiempo medio empleado en la autoevaluación: 7,7 meses.
- 38 visitas de evaluación externa realizadas con 11 evaluadores cualificados. 28 buenas prácticas identificadas en los centros y 2 recomendaciones publicadas. Satisfacción media de los centros con el proceso: 9,3 sobre 10.
- 21 proyectos certificados de los cuales 4 han pasado la visita de seguimiento para comprobar que mantienen el nivel de certificación logrado.

El modelo desarrollado ha despertado el interés de los servicios sociales, principalmente en las residencias de personas con discapacidad y de mayores, debiéndose reforzar su difusión a otros sectores. La satisfacción de los centros con el proceso de certificación es muy elevada.

La fase de autoevaluación favorece la identificación e implantación de mejoras, especialmente dirigidas a organizar el trabajo y realizar actividades formativas y de difusión.

El proceso de certificación permite la difusión de la innovación, la creatividad y las soluciones elaboradas por los centros ante los retos del día a día y que pueden ser aplicados en entornos similares (buenas prácticas). Además, el análisis de los datos recogidos en los centros permite la publicación de recomendaciones para facilitar el abordaje de los estándares que presentan una mayor dificultad de cumplimiento.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 628

TÍTULO: PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA: CÓMO Y PARA QUÉ.

AUTORES: CARRASCO PERALTA, JOSÉ ANTONIO.; CASTELLANO ZURERA, MM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los sistemas sanitarios públicos ponen como eje de sus estrategias a la persona, haciendo girar sobre ella la gestión y la propia asistencia. Pero realmente, ¿hasta qué punto y cómo se está permitiendo a los pacientes participar en nuestros centros y unidades asistenciales?

Analizar las iniciativas puestas en marcha por centros y unidades del Sistema Sanitario Público de Andalucía para incluir a los pacientes en aspectos de la asistencia que reciben, identificando los logros alcanzados y los retos por acometer.

Sobre los registros generados en procesos de certificación de unidades de gestión clínica (UGC) se han analizado las evidencias de cumplimiento aportadas por las propias UGC en lo relativo a tres aspectos de participación ciudadana, recogidos en estándares de certificación:

- Apoyo a la toma de decisiones del paciente sobre su proceso asistencial.
- Mecanismos de participación ciudadana
- Información al paciente para facilitar su participación en el proceso asistencial y su autonomía.

Unidades analizadas: 15 UGC certificadas entre 2014 y 2015

Se ha realizado un análisis descriptivo de los registros de los procesos de certificación de las 15 UGC analizadas, identificando las medidas de participación implantadas.

Apoyo a la toma de decisiones del paciente sobre su proceso asistencial: Un 30% de las UGC tienen definidas estrategias de apoyo a la toma de decisiones con herramientas validadas, aunque todas realizan acciones informativas que pueden facilitar al paciente decisiones sobre su proceso.

- Mecanismos de participación ciudadana. Un 53% de las UGC han desarrollado Comisiones de Participación ciudadanas que están activas en el momento de la certificación, aunque sólo un 7% tienen planificado el papel de las mismas en su gestión. Un 80% tienen definido claramente como incorporar la opinión de las personas a la gestión de sus centros, pero sólo un 13% de las UGC pueden demostrar la incorporación efectiva de las sugerencias recogidas.
- Información al paciente para facilitar su participación en el proceso asistencial y su autonomía. Aunque en todas las UGC analizadas existen iniciativas en marcha para informar a los pacientes sobre diferentes aspectos de la asistencia (diagnóstico y tratamiento, funcionamiento de la UGC, etc.), un 60% puede evidenciar que la entrega de la información se recoge en la historia clínica. Sólo un 7% tienen definido de manera explícita un plan de comunicación con el paciente que al menos contemple qué informar y quién lo hace. Un 20% demuestra tener la formación a los pacientes sobre el autocuidado planificada y con evaluación de la efectividad de dicha información.

Las UGC ponen en marcha iniciativas de participación ciudadana, pero uno de los mayores retos pendientes es la planificación y normalización de estas acciones, identificando oportunidades, valorando recursos y posibilidades, y desarrollando líneas de trabajo claras en este sentido, que sea posible evaluar y mejorar.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 629

TÍTULO: OPTIMIZACIÓN DEL REENVASADO DE MEDICAMENTOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA CON METODOLOGÍA LEAN HEALTHCARE

AUTORES: POCINO CAMPAYO, ANGÉLICA.; BALLESTER ROCA, M.; SALA PIÑOL, F.; CASANELLAS CHUECOS, A.; BONAFONT PUJOL, X.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La función del reenvasado de medicamentos en un servicio de farmacia hospitalaria es proveer medicamentos para la dispensación mediante sistema de unidosis, proporcionando los medicamentos apropiados, en la cantidad adecuada y en el momento en que son necesarios, con la máxima eficiencia. Tiene un impacto importante en la administración de fármacos por parte de la enfermería en las unidades de hospitalización y contribuye a la trazabilidad de los fármacos y la seguridad del paciente.

En el marco de un proyecto de optimización de la dispensación de medicación a las unidades de hospitalización, se detectó la necesidad de mejorar el proceso de reenvasado de medicamentos, ya que se producían frecuentes roturas de estoc que generaban errores en la dispensación de la unidosis, puesto que los fármacos se reenvasaban cuando ya no estaban disponibles en la zona de preparación de unidosis. Asimismo, el proceso de reenvasado consumía mucho tiempo de técnico, gran parte del cual no añadía valor al cliente, y generaba numerosas interrupciones en el trabajo de los farmacéuticos.

El objetivo era conseguir un reenvasado en cantidad y tiempo adecuados. Se plantearon los siguientes objetivos operativos y medibles: disminuir las roturas de estoc de fármacos reenvasados, disminuir los fármacos reenvasados como urgentes, disminuir el tiempo total de reenvasado.

Mediante metodología Lean Healthcare se estudiaron los principales problemas y sus causas: observación, análisis de datos históricos, análisis causal. Las acciones de mejora consistieron en: orden y limpieza en la sala de reenvasado (5S), estandarización del proceso de reenvasado, eliminando los pasos que no añadían valor, planificación anual (Heijunka) del reenvasado de los fármacos más utilizados, implantación de un sistema de gestión Kanban para el resto de fármacos, implantación de un nuevo sistema de almacenaje de los fármacos reenvasados, formación in situ del personal técnico de farmacia. Comportó la revisión de los estocs mínimos y puntos de pedido del almacén de farmacia.

Se redujeron las roturas de estoc de fármacos reenvasados de 16 mensuales a 6. Se redujeron los fármacos reenvasados como urgentes de 45 a 14 a la semana. El tiempo total de reenvasado ha pasado de 5 horas/ día a 4. El tiempo de técnico liberado se ha utilizado para generar mayor valor al proceso de dispensación de fármacos.

La aplicación de las herramientas propias del Lean Healthcare ha contribuido significativamente a la mejora del sistema de reenvasado, proporcionando mayor valor al proceso cliente, aumentando la satisfacción de los profesionales implicados y mejorando la eficiencia en la dispensación de fármacos en el hospital.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 630

TÍTULO: PRÁCTICAS CLÍNICAS AL FINAL DE LA VIDA EN PACIENTES FALLECIDOS CON DAÑO CEREBRAL CATASTRÓFICO Y DONACIÓN HUNSC

AUTORES: VILLÁN GARCÍA, JULIO.; RODRÍGUEZ RAMOS, S.; CERRO LÓPEZ, P.; DOMÍNGUEZ SUÁREZ, EA.; ROJAS VILLEGAS, NC.; SANTOS RUIZ, AC.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El hospital está acreditado para la extracción e implante de órganos y tejidos. Mediante este estudio queremos incrementar la disponibilidad de los mismos para trasplante.

Estudio Internacional denominado ACCORD y patrocinado por la Organización Nacional de Trasplante

Describir las prácticas clínicas al final de la vida que son relevantes para la donación de órganos. Identificar áreas para la mejora a nivel local.

Estudio unicéntrico, observacional, prospectivo para la descripción de las decisiones tomadas en la asistencia al final de la vida en pacientes fallecidos por un daño cerebral catastrófico (DCC) entre 1 mes y 85 años de edad, con escala de Glasgow previa al fallecimiento de 9 puntos, durante el período entre el 1/11/14 al 30/4/15. Se realizó un cuestionario hospitalario y por pacientes, que incluyó los diferentes procesos desde el ingreso hasta el éxitus. Entre las variables destacan: edad, sexo, causa de fallecimiento, lugar del éxitus, tiempo de evolución, contraindicaciones, descripción del escenario, conducta tomada, notificación a la Coordinación de Trasplantes (C.T.), etc. Los datos se procesaron en el paquete estadístico SPSS y se realizó un análisis descriptivo, obteniendo frecuencias y tablas de contingencia entre las distintas variables. Los resultados se muestran en gráficas e histogramas.

Se auditaron un total de 30 casos. El 56 % fallecieron en la UCI de adultos. El 53 % tenían entre 70 y 79 años. La causa principal de fallecimiento fue el ACV. A la mayoría de los pacientes se les practicó el máximo esfuerzo terapéutico, hasta que sucede el éxitus o se ingresaron con el objetivo de incorporar la donación a los cuidados al final de la vida. La retirada de la ventilación mecánica fue la principal medida de limitación. El 36 % de los casos en que se debería haber notificado a CT no se realizó, con un 66 % de casos no identificados como donantes. En el 53 % de los casos no se realizó entrevista familiar para petición de la donación. Se describen varias posibilidades de mejoras mediante la notificación de los casos a CT y realización de las entrevistas por personal formado para ello.

El escape de potenciales donantes con DCC se debe principalmente a la falta de notificación a CT. Con estos resultados se elabora un plan de mejora para identificar hasta el 95 % de los potenciales donantes mediante charlas formativas, valoración por la Unidad de Cuidados Intensivos, entre otras.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 631

TÍTULO: UN PROYECTO DE TRABAJO ENFERMERO CON ESTRATEGIA DE OCÉANO AZUL EN PACIENTES CRÓNICOS: EPOC E INSUFICIENCIA CARDIACA (IC)

AUTORES: DE CRISTINO ESPINAR, MARISOL.; GARCIA LARA, E.; CAMACHO BUENOSVINOS, A.; AGUILERA LOPEZ, MD.; GONZALEZ DELGADO, A.; SANTOS BLANCO, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La tesis del libro "Estrategia de Océano Azul" es que los mercados se caracterizan por exceso de oferta y las compañías deben competir ferozmente y los océanos (metáfora) se tiñen del rojo de las hemorragias de la lucha. Los autores proponen a compañías (como el Circo del Sol) que vayan a la búsqueda de océanos azules, donde sus productos serán incontestables, debido a que la gente los verá como novedosos y útiles.

Reducir los ingresos evitables y reingresos en menos de 30 días de EPOC e IC, usando la estrategia Océano Azul que debe percibirse como una innovación dentro del modelo fragmentado de atención. Aplicar la teoría comercial del libro es difícil pero el grupo se quedó con la visión seductora de los océanos azules y probar una nueva forma de coordinar profesionales y de integrar niveles asistenciales.

Hemos realizado la estrategia Océano Azul que consiste en:

- 1- Definir las 3 cualidades del océano azul en el abordaje pacientes EPOC e IC: *Definir Foco de atención *Negociar las divergencias entre profesionales implicados *Ponerse de acuerdo en el mensaje central
- 2- Concretar cuatro acciones para poner en valor lo nuevo: *¿Que tenemos que incorporar a la consulta de crónicos que nunca se ha ofrecido? *¿Que tenemos que eliminar de la consulta de crónicos pero no hacemos? *¿Que tenemos que incrementar en la consulta de crónicos por encima de lo ofrecido? *¿Que tenemos que reducir en la consulta de crónicos por debajo de lo ofrecido?
- 3- Definir estrategias para afrontar las cuatro barreras de innovación: *barrera cognitiva para superar la comodidad del status quo imperante y desterrar el ¿para qué cambiar las cosas? *barrera de los recursos, desterrando el mito que todo cambio provoca más gasto *barrera motivacional que hace que los profesionales estén desmotivados *barrera política, entendida como la alineación de nuestra organización.
- 4- Implementar en 2º semestre 2016 las intervenciones diseñadas y en 2017 medir resultados en salud

Sólo disponemos de resultados de proceso, no de resultados en salud al no estar implementada la estrategia. Así las 3 cualidades son: *proveer atención a pacientes que por cronicidad son frequentadores de AP /Hospital *las comisiones de cuidados de área dan un paso más a "la coordinación interniveles" para disminuir problemas de la práctica asistencial fragmentada. Elaboración de Planes de Actuación Conjunta. Conciliación al alta *la responsabilidad asistencial es de todos los profesionales independientemente de que los pacientes estén en casa hospital o residencia. Se ha realizado una matriz de acciones a desarrollar, entre las que destacamos: reducir revisiones mensuales a pacientes diabéticos, HTA, incluir pacientes EPOC y IC a consulta enfermería, eliminar visita recogida resultados, crear vía clínica. Desde un discurso enfermero integrador hemos generado una estrategia de océano azul en las intervenciones generadas para pacientes EPOC y IC en 2016

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 632

TÍTULO: ADAPTACIÓN DE UN HOSPITAL TERCIARIO A LA NORMA ISO 9001:2015: UN ENFOQUE PRÁCTICO PARA LA GESTIÓN DEL CAMBIO

AUTORES: LLORENTE PARRADO, CÉSAR.; IZQUIERDO MEMBRILLA, I.; TORIOBIO VICENTE, MJ.; DÍAZ REDONDO, A.; PUENTE GONZÁLEZ, MD.; SUÁREZ RUBIO, MC.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La nueva versión de la norma ISO 9001 (UNE-EN-ISO 9001:2015), sin perder de vista el control y la mejora que articulaban la filosofía de las ediciones anteriores, se enfoca en la gestión del CAMBIO en las organizaciones, a través del conocimiento de SU ENTORNO.

El hospital dispone actualmente de un sistema integrado certificado por ISO 9001 con alcance a 23 áreas y servicios, asistenciales y no asistenciales, que deben adaptarse a los nuevos requisitos contemplados en la Norma.

Identificar e implantar en el hospital, de forma práctica, los nuevos requisitos contemplados en la norma ISO 9001:

- Adaptación a los cambios constantes del entorno (interno y externo).

- Enfoque por procesos más real.

- Gestión de riesgos y oportunidades.

1. Análisis por parte de los líderes formales del contexto y despliegue de la estrategia, seleccionando líneas de acción de carácter estratégico en función de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que pueden influir en el funcionamiento de los procesos de la organización.

2. Revisión de partes interesadas tanto generales como específicas en los servicios certificados. Para cada una de ellas se identifican sus requisitos y expectativas, y se establece una metodología para el seguimiento de los mismos y evaluación de calidad percibida. Se establece un circuito de comunicación reglada con partes interesadas.

3. Revisión de modelos de los procesos tanto generales como operativos, determinando sus límites, secuencia, seguimiento, recursos, y asignando responsabilidades entre los profesionales del equipo.

4. Identificación de riesgos y oportunidades de los procesos. Mediante metodología AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos), los profesionales de las áreas incluidas en el alcance desarrollan mapas para la determinación, a través del análisis de sus procesos de:

- Riesgos de seguridad del paciente.
- Riesgos que puedan afectar a otras dimensiones de la calidad: accesibilidad, demoras, efectividad, calidad percibida, confortabilidad...
- Oportunidades: cambios previstos que deberían ser tenidos en cuenta para la introducción de cambios mejoras en los procesos.

A partir de ellos, se establece un mapa describiendo los riesgos que tengan una implicación transversal, es decir, que tengan un potencial impacto negativo en el conjunto de la institución.

5. Plan de mejora. A partir de los riesgos priorizados, se desarrollan planes de acción general y por servicio para un período planificado de 1 a 3 años.

La aplicación de los nuevos requisitos de la norma ISO 9001:2015, aproxima los requerimientos a otros modelos de gestión de calidad y a la realidad asistencial del hospital ya que, optimizando la carga documental, promueve una mejor adaptación al contexto, y permite integrar la gestión de riesgos en el sistema de gestión de calidad y abordar riesgos estratégicos que son claves en organizaciones de alta complejidad y en la que intervienen tantos actores diferentes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 633

TÍTULO: PUESTA EN MARCHA DE SEGUIMIENTO TELEFONICO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA DESDE ATENCION PRIMARIA Y GRADO DE SATISFACCION

AUTORES: PAREDES SIDRACH DE CARDONA, ANTONIO.; MORENO PINA, JP.; LEAL LLOPIS, J.; MARTINEZ SANCHEZ, E.; MARTINEZ GARCIA, JA.; AVILES ARANDA, JD.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La vuelta a casa tras el alta hospitalaria es un momento delicado para el paciente: sale con incertidumbres e inseguridades sobre sus cuidados. Esto se puede corregir con mejoras como: promoción de una monitorización estrecha con el paciente, mejorar la comunicación y colaboración con Atención Primaria tras el alta.

Evaluar la puesta en marcha de un programa de seguimiento telefónico, desde atención primaria a los pacientes dados de alta en su hospital de referencia.

Intervenir precozmente ante problemas de salud relacionados con el alta.

Mejorar la continuidad de cuidados.

Evaluar la satisfacción de usuarios y enfermeros de AP

Se realiza un cambio organizativo, se pasa de esperar a que la persona que ha sido dada de alta solicite el seguimiento de sus cuidados en AP, a realizar un seguimiento telefónico en las 24-72 horas tras su alta hospitalaria

Se consulta el listado de los pacientes dados de alta del día anterior. Se fuerza cita con su enfermera. Ésta ve las citas y consulta los informes de alta informatizados. Contacta telefónicamente con el paciente. Si es necesario se cita al paciente para seguimiento en domicilio o en la consulta. Se registra en OMI-AP en el protocolo de continuidad de cuidados.

Se realiza pilotaje en ZBS urbana en 2015 haciendo extensivo al resto de las zonas del Área durante 2016, estando instaurado actualmente en diez y quince centros del Área

Durante el pilotaje el 87,7% tenían cita forzada con su enfermera al día siguiente al alta, en el 73,3% se registra la apertura de historia clínica en agenda y en el 22,9% se había registrado la realización de una llamada telefónica de contacto. En el 54,1% existe protocolo de continuidad de cuidados en OMI-AP y registro de seguimiento continuado en el 91,5%

El 100% de los enfermeros afirmaba conocer el programa, el 77% está bastante de acuerdo o completamente de acuerdo en que facilita la continuidad de los cuidados, el 78,4% está bastante de acuerdo o completamente de acuerdo que aumenta la seguridad tras el alta y el 63,5% lo valora por encima de notable

Se ha entrevistado telefónicamente a una muestra de 30 pacientes: el 100% cree que se mejora en la atención y seguridad, el 100% ayuda en el autocuidado, el 100% cree que este programa se debería extender a todo el Servicio de Salud Autonómico y el 100% califica de sobresaliente (9-10) el proyecto

Conclusiones:

El contacto telefónico precoz ha permitido la detección de necesidades de cuidados y establecer intervenciones proactivas y permite una mejor gestión de los recursos

El dato más relevante del presente estudio es el número de contactos telefónicos registrados que se podría considerar bajo. Pero al existir solo un teléfono de la responsable de enfermería y otro en administración, a menudo con poca intimidad, se dificulta considerablemente

El proyecto aporta valor añadido a los cuidados, afecta a todos los pacientes que son dados de alta y pone en comunicación a los servicios hospitalarios con los EAP

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 634

TÍTULO: EFECTIVIDAD DEL LIDERAZGO DE ENFERMERÍA EN GESTIÓN CLÍNICA HOSPITALARIA

AUTORES: MARTÍNEZ-CLARET, DOLORS.; MURCIANO SÁNCHO, S.; CARRERAS SERRAT, M.; COT GUILLEN, R.; CARRASCO GÓMEZ, G.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La implicación de Enfermería en la Gestión Clínica constituye un relevante cambio cultural, pero se desconoce su impacto en la Mejora de la Calidad y la Seguridad de los Pacientes.

Determinar la efectividad de los Grupos de Trabajo liderados por Enfermería para mejorar los indicadores asistenciales hospitalarios.

Diseño del estudio: Prospectivo y quasi-experimental. Se compararon los resultados de cinco indicadores clave antes (2010) y después (2015) de las intervenciones realizadas por cinco Grupos de Trabajo liderados por enfermeras expertas. Análisis Estadístico: Student's T test y Fisher exact test. IC95%. Significación estadística, $p < 0,05$.

Tras la aplicación de las directrices enfermeras, las recomprobaciones incorrectas del grupo sanguíneo disminuyeron del 5% (IC95%=4,3-5,6%) hasta el 0,05% (IC95%=0,0-0,12%) ($p < 0,01$). El grupo de úlceras por presión consiguió reducir un 5,4% la prevalencia de estas lesiones (16,0% [IC95%=15,4-16,5%] versus 10,6% [IC95%=10,0-11,1%]; $p < 0,01$). Las mejoras implementadas en el lavado de manos aumentaron significativamente el consumo de solución hidroalcohólica (7,0+/-1,8 litros/1000 días/paciente versus 19,5+/-3,2 litros/1000 días/paciente; $p=0,001$). El número de errores de medicación comunicados se duplicó tras la intervención enfermera (0,06% [IC95%=0,53-0,67] versus 0,14 [IC95%=0,10-0,15]) ($p=0,01$). La evaluación del dolor mejoró significativamente (44,0% [IC95%=34,0-53,9] versus 65,0% [IC95%=57,2-72,9]) ($p=0,02$) tras las acciones de mejora aplicadas por el grupo de trabajo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 635

TÍTULO: LEVANTANDO EL MAPA DE RIESGOS DE UN CENTRO HOSPITALARIO: EJEMPLO PRACTICO DE APLICACIÓN A UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES: LLORENTE PARRADO, CÉSAR.; DÍAZ REDONDO, A.; IZQUIERDO DEL MONTE, G.; IZQUIERDO MEMBRILLA, I.; ALMENDRO MARTÍNEZ, I.; PLÁ MESTRE, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las organizaciones sanitarias, debido a su complejidad científico-técnica y al número de personas que participan en la atención, están expuestas a múltiples riesgos y oportunidades que podrían dificultar o favorecer el cumplimiento de sus metas. En organizaciones grandes, supone un reto conseguir desarrollar un mapa de riesgos/oportunidades con participación activa de los profesionales pero con criterios homogéneos en todos los ámbitos asistenciales.

Desarrollar una metodología participativa y coherente para levantar el mapa de riesgos/oportunidades en un hospital terciario.

Todo el proyecto se ha llevado a cabo con recursos propios.

- a. Preparación material base: revisión de los mapas de procesos de las unidades con SGC implantado (23) y esquematización de procesos tipo por segmento asistencial (Pruebas in vitro, pruebas in vivo, atención ambulatoria, hospitalización, atención proceso quirúrgico, atención urgente) desarrollando para cada segmento riesgos básicos y volcando estos en una matriz AMFE.
- b. Formación: 2 ediciones de curso-taller de 10 horas dirigidas a miembros de los comités de calidad de los servicios. Elaboración sobre la maqueta de riesgos básicos, del borrador de mapa de riesgos particularizados para cada uno de los procesos de su unidad incluyendo (riesgos para la seguridad del paciente, accesibilidad, demoras, calidad percibida, confortabilidad y cambios potenciales que deberían ser tenidos en cuenta para adecuar los procesos clave (oportunidades).
- c. Validación de mapas de riesgos: en las reuniones del Comité de Calidad de los servicios implicados, se revisan, completan y aprueban los mapas de riesgos, realizándose priorización de los mismos según los criterios de gravedad, frecuencia y detectabilidad.
- d. Identificación de riesgos transversales a la organización: los responsables del Sistema Integrado, a partir de los mapas de riesgos de todas las áreas, identifican aquellos riesgos que tengan un potencial impacto en el conjunto de la institución.
- e. A partir de los riesgos priorizados en los mapas, se plantearán propuestas de mejora (transversales y por servicios) que se priorizaran en función de su importancia y viabilidad.

Han participado en este proyecto 93 personas. La satisfacción media de los participantes en el taller ha sido de un 8,61 sobre 10 y la valoración global del apoyo recibido para el desarrollo final de los mapas ha sido de 8,45. La metodología planteada garantiza homogeneidad y coherencia en el desarrollo del mapa de riesgos de un hospital, aprovecha la riqueza de las aportaciones de los propietarios de procesos y preserva la operatividad que estos mapas deben tener en la gestión de riesgos en cada unidad. Aunque en nuestra experiencia se han llevado a cabo solo en los servicios con un SGC implantado, tanto la metodología como los resultados para distintos segmentos asistenciales pueden extenderse a cualquier otra unidad del hospital.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 636

TÍTULO: GRADO DE ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DIETÉTICA EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS

AUTORES: DIEZ SÁNCHEZ, BEATRIZ.; CASTELLÀ CREUS, M.; CASANOVAS CUELLAR, C.; QUILEZ CASTILLO, FJ.; ANDRÉS MARTINEZ, IM.; SÁNCHEZ-MIGALLÓN MONTULL, JM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La dietoterapia es un tratamiento no farmacológico con un marco competencial compartido por varios profesionales, tanto para la prescripción como su gestión. En muchos centros esta competencia es compartida. Este hecho permite agilizar los cambios de tratamiento y garantizar que la dieta prescrita sea la adecuada a la situación clínica del enfermo.

Evaluar el grado de adecuación de la prescripción dietética en el Sistema de Información Asistencial (SIA) de enfermería en unidades de hospitalización de agudos

Ámbito: Unidades de hospitalización de pacientes agudos de los servicios de Cardiología, Neurociencias, Neumología, Medicina Interna y Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Diseño: descriptivo observacional transversal. Sujetos: Pacientes ingresados en las unidades de estudio el día 13 de junio de 2013 con prescripción de dieta oral o ayunas. Se excluyeron los menores de 18 años y pacientes con dieta absoluta. Variables: Discordancia de la dieta en el SIA según el protocolo del hospital, tipo de discordancia, tipos de dietas solicitadas en el SIA, tipo de textura dietética solicitada, presencia y tipo de condicionantes de la dieta. Así como sociodemográficas. Recogida de datos: corte de prevalencia transversal en un día laboral escogido al azar. Datos secundarios procedentes de el SIA de cuidados (Gacela Care®) y el SIA de prescripción electrónica (Silicon®). Análisis: descriptivo mediante el programa estadístico SPSS® V.15.0 versión española.

Se incluyeron en el estudio 152 pacientes, de los cuales 42,8% (65) fueron mujeres y 57,2% (87) hombres. La edad media de la población a estudio fue de 68,6 (DE: 16,9). Un 82,2% (125) de los pacientes se encontraba consciente y orientado.

La prescripción dietética fue correcta en un 57,9% (88) de los pacientes. En el 42,1% (64) de las dietas erróneas existía ausencia de prescripción: sin sal 8,6% (13), sin grasas 6,6% (10), baja en proteínas y potasio 5,3% (8), baja en proteínas 5,3% (8), ayunas 3,9% (6).

Las dietas más prescritas fueron la controlada en hidratos de carbono sin sal 23% (35), la básica 17,1% (26), la bajo contenido en grasas sin sal 15,1%(23), la básica sin sal 14,5%(22), entre otras. Las texturas solicitadas fueron: normal 71,7% (99), triturada 12,3% (17), fácil masticación 11,6% (16) y pastosa 4,3% (6).

El 23,3% (35) de los pacientes presentan un condicionante de la dieta, 30,3% (46) dos condicionantes, 46,4% (71) presentan tres o más condicionantes. El 75,7% (115) de los pacientes se les pidió una textura adecuada a su estado de masticación y deglución. El 15,1% (23) de los pacientes no presentaban una dieta prescrita por el médico.

Los condicionantes más frecuentes en la dieta son los relacionados con la HTA, diabetes y cardiopatía. La prescripción de textura es una de los puntos de mayor adecuación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 637

TÍTULO: PROYECTO 'MORPHEO': MEJORANDO EL DESCANSO NOCTURNO DEL PACIENTE INGRESADO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES: LLORENTE PARRADO, CÉSAR.; TORIBIO VICENTE, MJ.; IZQUIERDO DEL MONTE, G.; IZQUIERDO MEMBRILLA, I.; TOLEDO BARTOLOMÉ, D.; RODRÍGUEZ QUIRÓS, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En España, según el RD 1367/2007, los niveles de ruido recomendados en un ámbito hospitalario oscilan desde los 30 dB (dormitorios) hasta los 50 dB (zonas comunes). Sin embargo, en la práctica, se está llegando a los 72 dB durante el día o 60dB durante la noche. Los potenciales efectos negativos del ruido, son un problema de salud pública de primer nivel, especialmente en personas mayores o que padecen alguna enfermedad física o mental.

1. Evaluar el nivel de calidad de silencio ambiental del centro hospitalario.
2. Definir un mapa de fuentes que pueden interrumpir el descanso nocturno de los pacientes hospitalizados.
3. Valorar el impacto de un plan de intervención sobre los niveles de ruido nocturno y la calidad del descanso.

Diseño: Evaluación antes-después de implantar un plan de acción.

Herramientas: Encuesta validada en castellano (Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh). Dosímetro acústico modelo CESVA "DC 112" para evaluar niveles de ruido en habitaciones y controles de enfermería durante períodos de 24 horas.

Dos períodos de evaluación: preintervención y postintervención.

Alcance: pacientes ingresados en 4 unidades de hospitalización quirúrgica y 2 médicas durante más de 48 horas.

Evaluación basal (diagnóstico de situación): 126 pacientes, 69,2% mujeres. Mediana de edad de 72 años. Percepción de la calidad del descanso nocturno mala o bastante mala en el 34,1% de los pacientes. En todas las unidades los valores medios de ruido superan, tanto en periodo diurno como nocturno, los valores objetivos recomendados. En el análisis multivariante del cuestionario, se observa que las variables con mayor impacto negativo sobre la calidad del descanso son el ruido ambiental, las interrupciones, el calor ambiental y el control del dolor.

Plan de intervención (3 meses): sesiones de concienciación, instalación de carteles y sonómetros tipo semáforo, plan de mantenimiento de instalaciones, adaptación de horarios de procedimientos de enfermería y recogida de lencería y basuras.

Evaluación postintervención: 105 pacientes, 67,8% mujeres. Mediana de edad de 73 años. La percepción del descanso nocturno como malo o bastante malo se reduce en un 5,6%. El impacto negativo del ruido en la calidad del descanso es significativamente menor y los valores de ruido medidos se reducen, aunque manteniéndose por encima de los umbrales recomendados.

La implantación de un plan basado en la concienciación de profesionales y pacientes, revisión del mantenimiento de instalaciones y adaptación de horarios de procedimientos asistenciales y recogida de lencería y basuras, ha mejorado la calidad del descanso nocturno percibida por los pacientes, aunque un 30% de ellos siguen valorándola como mala o bastante mala y los niveles de ruido siguen manteniéndose por encima de los umbrales recomendados.

Además del ruido, deben tenerse en cuenta otros factores clave como el control del dolor, o la temperatura ambiental.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 638

TÍTULO: ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA POSTOPERATORIA: MEJORANDO A PARTIR DEL ANÁLISIS DEL OBSERVATORIO DE RESULTADOS

AUTORES: PLÁ MESTRE, ROSA.; LLORENTE PARRADO, C.; DE LORENZO PINTO, A.; RIBED SÁNCHEZ, A.; RODRÍGUEZ HUERTA, AM.; COSANO PÉREZ, ML.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Consejería de Sanidad publica anualmente un Observatorio de Resultados de indicadores clave para la calidad de la asistencia sanitaria. En el ámbito hospitalario, entre ellos, se evalúa la enfermedad tromboembólica venosa (ETE) postoperatoria. Esta complicación grave conlleva un riesgo elevado de muerte en los pacientes intervenidos, particularmente en todos los casos que requieren inmovilización. Nuestro Ratio de Morbilidad Estandarizado (RME) es de 1,52, significativamente superior al estándar de la Comunidad de Madrid.

- Verificar las causas que han podido asociarse a la desviación negativa de este indicador.

- Evaluar la adecuación de la profilaxis a las recomendaciones del protocolo de profilaxis de ETE implantado en el hospital.

- Establecer un plan de acciones de

1. Análisis de datos clínico-administrativos incluidos en el numerador del indicador, de acuerdo a la definición establecida por AHRQ (119 en 2013-2014). La base de la información es el Conjunto Mínimo Básico de Datos (C.M.B.D.).

2. Evaluación de adecuación de la profilaxis de ETE postoperatoria en procedimientos quirúrgicos críticos mediante sendos estudios observacionales de seguimiento prospectivo a lo largo de dos meses de 2015, de 85 pacientes con intervenciones de miembros inferiores y 44 pacientes con intervenciones de colon y estómago.

1. El 65% de los casos incluidos en el numerador no se corresponden con episodios de ETE postquirúrgico por los siguientes motivos: casos presentes en el ingreso; antecedentes personales que se registran como episodios nuevos; complicaciones durante el ingreso sin relación de causalidad con la cirugía.

2. Se detecta alguna desviación en relación al protocolo en el 57,9% de los pacientes. Las causas de desviación se han producido por inadecuación en: duración de la profilaxis (32,5%); reintroducción postquirúrgicas (15,8%); falta de profilaxis mecánica documentada (13,2%); infradosificación (9,6%); omisión al alta (5,2%).

3. Se lleva a cabo un plan de mejora que incluye las siguientes acciones:

- Auditorías periódicas de la incorporación del campo POAS en el registro en CMBD del hospital.

- Promoción de mejora en la cumplimentación de informes de alta por parte de los profesionales.

- Campaña de difusión de resultados y recomendaciones de Práctica Basada en la Evidencia en la prevención de ETE postquirúrgico dirigida a los profesionales.

- Actualización y difusión de nueva versión de protocolo de profilaxis de ETE postquirúrgico en el paciente adulto hospitalizado.

El análisis sistemático de los resultados proporcionados por el Observatorio de Resultados de la Comunidad de Madrid para el hospital ha permitido identificar puntos débiles, analizar sus causas y establecer un plan de mejora. En la edición 2015 del Observatorio de Resultados el número de casos de ETE se ha reducido a 49, que están siendo evaluados actualmente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 639

TÍTULO: RELACIÓN ENTRE TIPO DE PARTO Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LAS MUJERES A LA 6ª SEMANA Y 6º MES

AUTORES: PLA MESTRE, ROSA.; TRIVIÑO JUAREZ, JM.; NIETO PEREDA, B.; ARRUTI SEVILLA, B.; AVILES GAMEZ, B.; OLIVER BARRECHEGUREN, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un área emergente en la evaluación de intervenciones sanitarias. En el caso del parto (primera causa de frecuentación hospitalaria en mujeres adultas), hay numerosos trabajos sobre la CVRS en el postparto, pero es más limitado el número de estudios que tuvieron en cuenta como variable independiente principal el tipo de parto y sus resultados no son concluyentes. Además, la mayoría de estudios no diferenciaron tipos de parto instrumental.

Explorar las diferencias en CVRS a la sexta semana y sexto mes postparto, según tipo de parto.

Diseño: Estudio observacional, longitudinal, prospectivo. Criterios de inclusión: mujeres primíparas de 18 a 45 años, que hablaran castellano, que hubieran dado a luz a un recién nacido sano con una edad gestacional de 36-42 semanas.

Variable independiente: Tipo de parto (Eutócico, fórceps, ventosa, cesárea programada y cesárea urgente). Variable dependiente: puntuación a la 6ª semana y 6º mes postparto de CVRS medida con el cuestionario SF-36. Variables de ajuste: sociodemográficas, realización de episiotomía, tipo de alimentación infantil, incontinencia urinaria postparto, satisfacción con las relaciones sexuales coitales reiniciadas tras el puerperio.

El reclutamiento de las mujeres tuvo lugar durante la estancia hospitalaria. A la 6ª semana y 6º mes postparto, se realizó una entrevista telefónica en la que se recogieron nuevos datos sociodemográficos y clínicos y se administró el cuestionario SF-36.

Análisis estadístico: Estadísticos descriptivos para variables cualitativas y cuantitativas. Test Chi cuadrado o análisis de varianza (ANOVA). En las dimensiones del SF-36 en las que se encontraron diferencias significativas según tipo de parto se llevó a cabo un análisis de covarianza (ANCOVA). El cambio longitudinal de las puntuaciones del SF-36 entre la 6ª semana y 6º mes postparto, se analizó con la t de Student para muestras relacionadas. El análisis estadístico se llevó a cabo con los programas SPSS versión 22 y Epidat versión 3.1.

FINANCIACION DE ESTE PROYECTO A CARGO DEL PROYECTO FIS PI12/03031

571 púerperas cumplieron los criterios de inclusión. De éstas, rechazaron participar 25, por lo que la muestra hospitalaria estuvo compuesta por 546 mujeres. Un total de 484 mujeres completaron el seguimiento de seis meses postparto. No se encontraron diferencias en CVRS a la 6ª semana ni 6º mes postparto, según tipo de parto. A la 6ª semana postparto, independientemente del tipo de parto, las mujeres con incontinencia urinaria postparto informaron de una menor CVRS. Entre la 6ª semana y 6º mes postparto, mejoró la CVRS en todos los tipos de parto.

El tipo de parto no está directamente relacionado con la CVRS, pero sí parece tener una relación indirecta. Las mujeres que informaron de una menor CVRS fueron aquellas con incontinencia urinaria postparto y la mayor proporción de éstas se encontraba en el grupo de fórceps.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 640

TÍTULO: EVOLUCIÓN DE UN MAPA ESTRATÉGICO DE INDICADORES DE RESULTADO: EVALUANDO EL IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES EN CRONICIDAD

AUTORES: MONEDO PÉREZ, OLGA.; BARTOLOMÉ BENITO, E.; RODRÍGUEZ MORALES, D.; PARDO HERNÁNDEZ, A.; DOMÍNGUEZ BERJÓN, F.; IZQUIERDO PALOMARES, JM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Desde la definición de la estrategia de atención a la cronicidad en nuestra comunidad, la evaluación de su impacto constituye una de las líneas clave de ejecución. En 2014 se aborda el proyecto de elaborar un mapa de indicadores que permita la monitorización periódica de resultados de acuerdo al modelo estratégico Triple Aim (TA) (Berwick, IHI, 2008), orientado a la búsqueda simultánea de la mejor salud posible de la población, la mejor experiencia en atención en salud, al costo per cápita más justo. En 2015 se publica el primer informe en base a un mapa compuesto por 82 indicadores priorizados, agrupados en clases, y estructurado de acuerdo al modelo TA que ofrece una imagen de resultados en cronicidad desde un nivel macro a otro específico para proceso seleccionado

Revisar y actualizar el mapa estratégico de indicadores de resultado definido según el modelo de la TA y difundir la información relevante poniéndola a disposición de gestores, profesionales y sociedad

Fases de trabajo: revisión de los indicadores incluidos en los bloques de resultados de la TA (salud, experiencia, eficiencia) acorde con la experiencia internacional consultada, priorizándolos y redefiniendo algunos; incorporación de nuevos indicadores identificando sus fuentes; obtención de datos normalizados a nivel Comunidad con tendencia de tres años; publicación a través de una plataforma de seguimiento visible a gestores, profesionales y población

Se priorizan 56 indicadores de resultado, unitarios o agregados, manteniendo la agrupación en 15 clases correspondientes a dimensiones de resultados organizadas en torno al modelo estratégico: 25 indicadores de resultado en salud poblacional: nivel de riesgo (4), prevalencia de factores de riesgo (2), prevalencia de procesos crónicos relevantes (1), cobertura de actividades de promoción de la salud (2), cobertura de atención a procesos crónicos (8), carga de enfermedad (4) y tasa ajustada de mortalidad por procesos crónicos seleccionados (4); 24 indicadores de experiencia del paciente: educación para la salud grupal (1), cobertura de planes de cuidados en población con procesos crónicos (3), efectividad (5), seguridad (2), reingresos en procesos crónicos (7), satisfacción (4) y percepción de la calidad del cuidado (2), estos últimos medidos por primera vez en 2015; 7 indicadores de eficiencia: hospitalizaciones potencialmente evitables en procesos crónicos seleccionados (4) y gasto farmacéutico relacionado con tratamiento de procesos crónicos (3).

Se ofrece un mapa de acuerdo al enfoque estratégico TA, con definición de indicadores, datos normalizados y tendencia en 3 años. Se difunde a través del espacio web de seguimiento de la estrategia de cronicidad del portal de transparencia de la Comunidad. Los próximos pasos incluyen la definición, medición y obtención de nuevos indicadores robustos de resultado, en diferentes niveles de agregación que permitan la gestión integral, multidisciplinar y transparente de la cronicidad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 641

TÍTULO: ESTADO ACTUAL DE LOS SISTEMA DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN EL ÁMBITO SANITARIO

AUTORES: MOSQUERA GORDILLO, MIGUEL ARMANDO.; REQUENA PUCHE, JU.; ZALDIVAR GARCIA, GE.; GARRIDO GAMARRO, BL.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Para medir la satisfacción existen muchos instrumentos. En España se encuentra el cuestionario SERVQHOS, que es una adaptación del SERVQUAL(8). Propuesto por la Subdirección General de Atención Especializada (SGAE) para cumplir uno de los objetivos del programa de mejora de la calidad en los hospitales, siendo una herramienta para medir la calidad percibida no basada en los aspectos técnicos que ofrece el centro sanitario. Este cuestionario combina las percepciones y expectativas respetando la hipótesis de "desconfirmación". El uso de este tipo de cuestionarios ayuda a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, detectando áreas que a juicio de los usuarios, no funcionan adecuadamente(9-11). Siendo una nueva estrategia para la organización y diseño de procesos asistenciales(12-15).

Describir el estado actual de los sistemas de evaluación de satisfacción de los pacientes desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2015 en España

Revisión sistemática de la literatura biomédica relacionada con la satisfacción de los pacientes asociado a la atención sanitaria. Se consultó la base de datos electrónica del Índice Médico Español, Embase y PubMed, seleccionando los documentos con fecha entre 2010 y 2015. La búsqueda bibliográfica se completó revisando sumarios desde el año 2010 de la Revista de Calidad Asistencial (no incluida en su totalidad en PubMed) identificando el país y el idioma (inglés, español) y el ámbito de aplicación (atención sanitaria).

Cuando se evaluó el tipo de cuestionario implementado, el SERVQHOS es ampliamente utilizado en Colombia y algunas regiones de España (Andalucía, Comunidad Valenciana, Madrid, Salamanca) y de manera puntal en otras comunidades como lo son Cataluña y Asturias, remitiéndose a los 3 últimos años. Mientras que otros países como Islandia, utilizan modelos basados en la teoría de Donabedian, mediante métodos cualitativos para la elaboración de los cuestionarios y su posterior validación, dentro de estos se encuentran el consenso de expertos, el metaplán y las entrevistas semi-estructuradas con análisis del discurso a una muestra de pacientes/usuarios, entre otros. Permitiendo objetivar los temas más importantes para el grupo entrevistado; llevando consigo la generación de indicadores propios que les permiten medir las debilidades y fortalezas de su estructura. se propone la necesidad implementar un sistema de evaluación de la satisfacción de los pacientes como una necesidad de la estructura sanitaria, siendo prioritario la implementación de un mecanismo más homogéneo que permita la comparación entre centros de similares características y de diferentes zonas geográficas, para poder identificar los procesos que son susceptibles de cambios y los mecanismos que deben ser implementados para la mejora en la calidad de los servicios prestados, y por lo tanto con el uso de una misma herramienta poder identificar el grado de las desigualdades que se presentan en la atención sanitaria en diferentes regiones.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 642

TÍTULO: GESTIÓN INTEGRAL Y MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL SEGURO DE SALUD

AUTORES: GRACIA SAN ROMAN, FRANCISCO JAVIER.; BURGOA AYESTARAN, M.; SANCHEZ MARTIN, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El amplio cuadro médico ofrecido por una compañía aseguradora a sus clientes debe garantizar la mejora continua de la calidad de sus procesos asistenciales, para lo cual es necesario la evaluación y seguimiento de los proveedores a través de indicadores clave de calidad asistencial, tanto de calidad objetiva (científico-técnica) como de calidad percibida.

Definir la sistemática llevada a cabo para el desarrollo e implementación de una Herramienta de Gestión y Mejora de la Calidad Asistencial que permita la evaluación continua de los proveedores a través de indicadores clave de calidad asistencial con sus correspondientes estándares, facilitando la detección de aquellos centros/profesionales con valores desviados sobre los que se pueda poner en marcha planes de acción para la mejora de la calidad de los servicios asistenciales prestados a los asegurados de la Compañía.

Se realizó una revisión de los indicadores clave de calidad asistencial publicados tanto por las Sociedades científicas como por instituciones y observatorios de resultados de salud de diferentes organismos. Asimismo, a través de la información disponible registrada en los sistemas de información de la Compañía aseguradora se construyeron aquellos indicadores clave finalmente seleccionados estableciéndose los estándares apropiados. Además se estableció el procedimiento de análisis y mejora continua de la calidad asistencial, el cual se integró en el desarrollo de las funcionalidades de la propia herramienta elaborada. La implementación de la herramienta se ha llevado a cabo en las distintas Delegaciones de la Compañía con una formación operativa específica de los usuarios, un plan específico de implementación y una monitorización continua de la misma.

La Herramienta cuenta con indicadores y funcionalidades (filtros, gráficos) que permiten el análisis integral de la calidad asistencial a nivel global de la Compañía y de cada una de las Delegaciones y proveedores a los que afecta cada uno de los indicadores implementados, integrando la calidad objetiva y la calidad percibida. Asimismo, a través de la comparación con estándares de calidad asistencial, la herramienta permite detectar los proveedores desviados, estimándose el coste de no calidad que implica esa desviación. La herramienta facilita a su vez la selección de dichos proveedores para realizar un análisis en detalle de los mismos y poner en marcha planes de mejora, con sus objetivos y acciones específicos por proveedor. Incluye además un diagrama de GANTT para hacer el seguimiento de los planes, objetivos y acciones de manera gráfica, así como el cálculo del grado de consecución y la repercusión económica de la mejora de dichos objetivos. El análisis y seguimiento se facilita a través del cuadro de mando establecido, que cuenta con informes tanto a nivel de Delegación como de proveedor, lo que permite la gestión directa con los mismos para estimular la puesta en marcha de las acciones de mejora en sus procesos asistenciales.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 643

TÍTULO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS DEL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE CARDIOLÓGICO HOSPITALIZADO

AUTORES: SANCHEZ MOYANO, MARINA.; GARCIA MERINO, A.; ROMERO ALBERCA, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El cuidador principal informal (CPI) es la persona encargada de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente durante la mayor parte del día, sin recibir retribución económica por ello. La dedicación exclusiva del cuidador en ocasiones provoca un impacto para su salud.

Describir las características que identifican a los cuidadores principales de los pacientes con patología cardíaca ingresados en nuestra Unidad de Cardiología.

Se realizó estudio descriptivo y prospectivo, desde Diciembre de 2015 a Mayo de 2016 a 77 cuidadores de pacientes con patología cardíaca hospitalizados en nuestra Unidad. Mediante entrevista y previa autorización con firma de documento de consentimiento informado se les proporcionó encuesta donde se reflejan datos sociodemográficos, sociosanitarios y sociolaborales, tanto del paciente como del cuidador. Se elaboró una base de datos que se analizó con el paquete estadístico SSPS.

La edad media del cuidador es de 55 años, con estudios primarios 53%. la mayoría 72% mujeres, casadas 80%, con hijos a su cargo un 65%, con otras personas a su cargo 23%, el 61% cónyuges, 38% hijos, con el paciente conviven el 80%. El 50% dedica la mayor parte de la jornada al cuidado. Un 45% trabaja, de ellos el 80% redujeron su jornada laboral y un 19% dejaron de trabajar. Un 35% son amas de casa. Un 60% presenta alguna patología. El 51% presenta restricción de tiempo de ocio y nerviosismo, el 45% tristeza y falta de formación en cuidados el 50%. Desde que están cuidando el 50% consideran que su estado de salud ha empeorado.

Conclusiones: Conocer las características de los cuidadores de nuestros pacientes nos permite identificar sus carencias y necesidades. Elaborando actuaciones multidisciplinarias encaminadas a apoyar tanto de forma preventiva como de soporte, favorecemos el bienestar del cuidador, aumentando su afrontamiento y garantizando así la calidad del cuidador.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 644

TÍTULO: IMPLEMENTACIÓN DE 12 RECOMENDACIONES RELACIONADAS CON EL COMPROMISO POR LA CALIDAD DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS

AUTORES: ZAMBRANA-GARCÍA, JOSÉ LUIS.; GAVILÁN-GUIRAO, F.; LOZANO RODRÍGUEZ-MANCHEÑO, A.; VELASCO-MALAGÓN, MJ.; MACÍAS-BLANCO, C..

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En abril de 2013, el Ministerio de Sanidad presentó la iniciativa denominada “Compromiso por la calidad de las Sociedades Científicas en España”, con el objetivo principal de disminuir la utilización de intervenciones sanitarias con efectividad escasa. El resultado a día de hoy son más de 140 recomendaciones propuestas por 26 sociedades científicas españolas. En términos globales se desconoce el impacto de las recomendaciones de “no hacer” en el quehacer diario de la atención sanitaria, existiendo muy pocos estudios hasta ahora estudios centrados en este tema. .

El objetivo principal de nuestro trabajo es evaluar en términos de efectividad y seguridad el impacto de una selección de estas novedosas recomendaciones de “no hacer” en un área hospitalaria

Estudio antes-después llevado a cabo en un hospital público y su área hospitalaria durante los años 2.014 y 2.015. Se consensuó en base a las recomendaciones de “no hacer” existentes diferentes actuaciones centradas en determinaciones de laboratorio. Analizamos el número y costo de las determinaciones de 6 marcadores tumorales, así como de la tiotropina, tiroxina T3 y T4, hemoglobina glicada, urea, ferritina y anticuerpos anti gliadina, antes y después de la difusión e implantación de dichas recomendaciones.

Un análisis preliminar DAFO colocó la implementación del procedimiento de las recomendaciones en una posición de éxito que permitiría una mejora sistemática en la calidad de atención a nuestros pacientes. En números globales se dejaron de hacer en el año 2.015 respecto al año anterior 27.391 determinaciones (reducción del 33%), con un ahorro global de 42.003 euros. La reducción en número de determinaciones se produjo principalmente en la urea plasmática (-76%) y el marcador tumoral CA 15.3 (-20%). En cuanto a coste, el ahorro se produjo en la ferritinemia (-11.563 €) y la tiotropina plasmática (-7.556 €). Existían diferencias en la reducción del número de pruebas según la procedencia de la solicitud (atención primaria -20% frente a -50% las procedentes de atención hospitalaria). La reducción en atención primaria se produjo fundamentalmente en la solicitud de urea plasmática (-97%) y marcadores tumorales (en torno al 95% de descenso). En el ámbito hospitalario la reducción se produjo sin embargo sobre todo en las solicitudes de urea plasmática (-72%) y anticuerpos IgA e IgG anti gliadina (-68%), existiendo un incremento en las solicitudes de los marcadores tumorales que osciló entre el 2% del CEA 125 y el 23% en el caso del antígeno prostático. En conclusión, entendemos que consensuar e implementar recomendaciones respecto a pruebas y tratamientos innecesarios puede ser factible y viable. Nuestro estudio también sugiere que ello conlleva una mejora en la atención de los pacientes, reduciendo el gasto innecesario. Es, además, iniciativa viva y abierta que en futuro puede incorporar nuevas y variadas recomendaciones.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 645

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LOS SERVICIOS DE GESTIÓN Y APOYO A LA INVESTIGACIÓN DEL IMIBIC.

AUTORES: MUÑOZ-VILLANUEVA, MARIA CARMEN.; ESCABIAS PAREJO, ML.; GUZMAN DE DAMAS, JM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Este Instituto de Investigación Sanitaria (IIS) es una institución compleja que alberga más de 570 profesionales, integrados en 38 grupos de investigación y 12 unidades de soporte técnico y de gestión.

Tras su acreditación por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), su primer Plan de Calidad ha ido evolucionando hacia un Sistema Integral de Calidad (política de calidad, cartera de servicios, mapa de procesos,...). Año tras año se han establecido objetivos específicos de calidad en torno a líneas estratégicas marcadas por el Consejo Rector, haciendo especial énfasis en la evaluación y mejora continuas.

Dentro de este Sistema Integral de Calidad es fundamental conocer la voz del usuario, y por ello, nos planteamos la confección de un modelo de encuesta fácil, rápida y amigable que nos cuantificara el nivel de satisfacción global y específica de los Servicios de Apoyo a la Investigación y de Gestión que ofrece este IIS a sus principales usuarios.

Evaluar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios de apoyo a la investigación y de gestión de un IIS acreditado.

A finales de cada año natural, se envía por correo electrónico un enlace para acceder a una encuesta on line (de respuesta anónima) a todos los profesionales del Instituto. Pasado un mes (y tras dos recordatorios), la encuesta se cierra, se computan los resultados y se elaboran los informes correspondientes para conocimiento de la Comisión de Calidad y de los Servicios implicados.

La encuesta consta de 6 preguntas:

1. Ha tenido facilidad para contactar con estos servicios?
2. Su consulta en estos servicios ha sido recibida/recepcionada con rapidez?
3. La consulta realizada en estos servicios ha sido resuelta con diligencia adecuada?
4. El trato recibido en estos servicios ha sido amable y correcto?
5. Considera que estos servicios son proactivos* en la atención que se les demanda?
6. En general, cual es su grado de satisfacción global con estos servicios?

Para responder a las cinco primeras preguntas se utilizó una escala ordinal de 4 categorías: mucho/a, bastante, poco/a y ninguno/a. Para la última pregunta, se utilizó una escala cuantitativa de 1 a 10 puntos.

De los servicios de gestión y de apoyo a la investigación que ofrece este IIS, han sido evaluados Gestión de Proyectos, Metodología y Bioestadística, Proteómica, Bioinformática, Microscopia Confocal y Citometría, Biobanco, Ensayos Clínicos, Innovación y Transferencia.

El 84,9% de los encuestados se muestran globalmente satisfechos/muy satisfechos con los servicios recibidos (94,7% para Gestión de Proyectos, 93,8% Metodología y Bioestadística, 92,5% Proteómica).

La nota media concedida a los servicios fue de 8,08 puntos (8,71 Gestión de Proyectos, 8,59 Metodología y Bioestadística, 8,48 Proteómica).

El grado de satisfacción de los usuarios con los servicios de Gestión y Apoyo a la Investigación de este IIS es muy alto y, respecto al año anterior, prácticamente todos los servicios aumentaron su valoración.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 646

TÍTULO: USO DEL ÁCIDO TRANEXÁMICO EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA: EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO.

AUTORES: LOZANO ALVAREZ, CARLOS.; VIDAL MOLINA, V.; RIEGO FERNANDEZ, R.; RODRIGUEZ GARCIA, N.; MURCIA MAZON, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La anemia postoperatoria y la necesidad de hemotransfusión son algunos de los principales problemas tras una artroplastia total de cadera (ATC). El ácido tranexámico se ha mostrado eficaz en el control del sangrado peroperatorio tras diferentes cirugías mayores.

Evaluar el efecto del ácido tranexámico como factor protector del sangrado postoperatorio en las ATC y en la reducción del número de transfusiones .

Estudio de cohortes donde se evaluaron 185 pacientes (05/2014 a 04/2015), con edad media de 67,9 años ($\pm 11,1$). 137 (74,1%) recibieron 3 dosis de ácido tranexámico endovenoso, según el protocolo de nuestro centro. Se indicaba transfusión con hemoglobina ≤ 10 g/dL en reanimación y ≤ 9 g/dL en planta. Se evaluaron los valores de hemoglobina preoperatoriamente, en el postquirúrgico inmediato, a las 24 horas y al 4º día tras la intervención, así como, la diferencias entre dichos valores, la tasa de transfusiones, el número de unidades transfundidas y las complicaciones

Se transfundieron 19 pacientes (13,9%) con ácido tranexámico y 16 (33%) que no lo había recibido. En total, se necesitaron 58 concentrados de hemáties. El valor medio de hemoglobina fue superior a 10,5 g/dL en todos los controles analíticos. Hubo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) entre el grupo con tratamiento y el que no a partir del control a las 24 horas, en la variación de la hemoglobina desde el día de la intervención hasta las 24 horas y 4º día y en el número de concentrados transfundidos. El ácido tranexámico es un factor protector con una OR 0,322 (IC95% 0,149 – 0,696). No hubo complicaciones tromboembólicas en ninguno de los 2 grupos.

Conclusión. Según nuestro estudio y lo reflejado en la literatura, el uso del ácido tranexámico es una eficaz medida peroperatoria tanto para el tratamiento y prevención del sangrado postoperatorio, así como, del número de transfusiones en los pacientes intervenidos de ATC. Es un tratamiento seguro en términos de posibles complicaciones. En nuestro centro, con un protocolo de 3 dosis, se mostró como una medida coste-efectiva, segura y que ha facilitado la reducción en 1 día el tiempo medio de ingreso de nuestros pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 647

TÍTULO: ACTUACIÓN DE UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA EN UN CASO DE ISOAPARIENCIA PARA PREVENIR ERRORES DE MEDICACIÓN

AUTORES: CONTRERAS REY, MARIA BEATRIZ.; YAÑEZ FERIA, D.; RODRIGUEZ MOLINS, E.; YNFANTE MILA, JI.; GRUTZMANCHER SAIZ, S.; BOCANEGRA MARTIN, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La situación de desabastecimiento de dos presentaciones de un mismo principio activo (con diferente dosis), originariamente bien diferenciadas por el envase, propició su adquisición a otro laboratorio distinto al habitual, del que se recibieron presentaciones con cartónes muy similares entre sí. Esta nueva circunstancia provocó que se produjesen errores en la cadena de dispensación.

Describir las estrategias desarrolladas en un servicio de farmacia hospitalaria para prevenir errores de medicación relacionados con la isoapariencia del cartón de estos dos medicamentos.

El origen de este plan de actuación fue la existencia de una dispensación errónea al poco tiempo de recibir las nuevas presentaciones de remifentanilo de 1 mg y de 5 mg y que se solventó antes de que alcanzase a algún paciente.

A partir de entonces evidenciamos la necesidad de llevar a cabo una estrategia integral para prevenir la ocurrencia de más errores de este tipo. Las medidas que se pusieron en marcha fueron:

- Instalación de un cartel informativo en la estantería donde se ubican los dos medicamentos, advirtiendo mediante una fotografía y un texto adjunto de la necesidad de realizar una revisión del medicamento antes de que la dispensación sea realizada y validada.
- Difusión de la información relativa a la similitud de las presentaciones, tanto al personal del servicio de farmacia responsable de la dispensación de estos medicamentos como a los farmacéuticos que se encargan de validar los pedidos dispensados.
- Separación en la estantería, ya que dado que el principio activo es el mismo en ambos casos y sólo existe diferencia en la dosis, se encontraban situados de forma anexa. Se instaló una barrera física entre ambos que impidiese una posible mezcla de los envases y que pudiese facilitar la selección de la presentación correcta.
- Comunicación a los supervisores de enfermería responsables de las unidades (quirófanos) a las que estos medicamentos se dispensan de forma habitual, para que hiciesen llegar la información al resto de personal sanitario encargado de la administración.
- Colocación en los botiquines donde se ubican estos medicamentos en el quirófano de un cartel informativo que refuerce el mensaje cuando se proceda a la administración.

El error se notificó además al Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España).

Con las resoluciones adoptadas se prevé una minimización en el riesgo de ocurrencia de errores relacionados con la isoapariencia de estos dos medicamentos.

El desarrollo desde el servicio de farmacia de esta estrategia que aborda medidas de actuación a varios niveles resulta fundamental para asegurar la trazabilidad del medicamento en el proceso de dispensación-administración, prevenir errores de medicación y contribuir a la seguridad del paciente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 648

TÍTULO: EXPERIENCIA INICIAL DE UNA UNIDAD DE TERAPIAS INTRAVENOSAS HOSPITALARIA GESTIONADA POR ENFERMERAS

AUTORES: GARCIA MATEZ, SUSANA.; CARREÑO SANCHEZ, R.; FORTES ESCALONA, N.; FERNANDEZ DOMINGUEZ, J.; TEJEDOR VALCARCEL, P.; HIJANO CUETO, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La calidad asistencial, seguridad clínica y prevención de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria han experimentado un aumento en los últimos años, diferentes estudios como ENEAS, APEAS o EPIDEA dan buena muestra de ello. El Centro para la Prevención y Control de Enfermedades recomienda el uso de equipos de enfermería entrenados en terapias intravenosas para mejorar la seguridad y mantenimiento de los catéteres intravasculares

El objetivo de este trabajo es analizar los resultados a medio plazo de una unidad de terapias intravenosas (UTIV) gestionada por enfermeras de práctica avanzada.

Método:

Se trata de un estudio observacional prospectivo de 383 pacientes realizado por enfermeras del hospital Virgen de la Victoria de Málaga. La recolección de los datos se realizó entre julio de 2015 y febrero de 2016. Se analizaron todas las solicitudes realizadas a la UTIV, se canalizaron 272 catéteres Midline y 57 PICC. No fueron resueltas 111 interconsultas.

Se recogieron datos sociodemográficos de los pacientes además de los relacionados con la indicación, características del catéter, duración y motivo de retirada. Los pacientes con catéteres PICC no se incluyen en este estudio, la larga duración de estos catéteres justifica un estudio a más largo plazo para establecer conclusiones.

se canalizaron 272 catéteres Midline y 57 PICC. No fueron resueltas 111 interconsultas. Las indicaciones fueron: 72.2% mal acceso venoso, 31.8% tratamientos de larga duración, 32.8% tratamientos vesicantes. El acceso venoso más utilizado fue el brazo derecho (62.2%) y la vena basilíca (80.8 %). El catéter más utilizado, fue el de 25 cm (87.5 %). Las causas de retirada fueron: 59% finalización de tratamiento, 13.4% fallecimiento, 3.4% complicaciones.

Los catéteres venosos de línea media se muestran como eficaces y aseguran la disminución del número de canalizaciones a las que se ve sometido el paciente con tratamientos prolongados o vesicantes y, en consecuencia reducen los costes en recursos sanitarios tanto materiales como humanos.

Se hacen necesarios futuros estudios que analicen el coste efectividad de los catéteres midline, como alternativa a los PICC o vía central yugular, en tratamientos intravenosos de fármacos vesicantes en el ámbito hospitalario y ambulatorio.

Las enfermeras formadas pueden gestionar de forma autónoma una UTIV hospitalaria.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 649

TÍTULO: LA SATISFACCIÓN D LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN, RESULTADOS DE UNA ENCUESTA A PIE DE CAMA.

AUTORES: GARCES SAN JOSE, ANA CRISTINA.; LAFUENTE OJEDA, N.; CASTILLO AZNAR, J.; DELGADO DOMINGO, JA.; VIGUERA FERNANDEZ, L.; TRES RITTERBACH, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las Unidades de Reanimación se dedican a la vigilancia y cuidado postoperatorio a corto-medio plazo de pacientes que son sometidos a diferentes tipos de intervenciones quirúrgicas.

La evaluación de la satisfacción de los pacientes después de un procedimiento anestésico es considerada una medida de la calidad asistencial y permite una mejora continua en la atención hospitalaria.

El objetivo del trabajo es comunicar los resultados de satisfacción global y variables asociadas en una Unidad de Reanimación.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de todos los pacientes ingresados en la Unidad de Reanimación en el mes de Enero de 2013. Se realizó la encuesta preguntándole directamente al paciente justo antes de ser dado de alta a planta de hospitalización. El cuestionario fue una adaptación de cuestionarios validados para evaluar la satisfacción del paciente en anestesia. Se utilizó una escala de 0 a 10, siendo 10 el máximo grado de satisfacción global. Se analizaron los datos que habían sido recogidos por el personal de la Unidad de manera retrospectiva.

Ingresaron en la Unidad 79 pacientes, de los que se logró encuestar a 69 pacientes (86,95%).

El 89,8% de los pacientes (n=62) manifestó haber recibido información previa en cuanto al procedimiento anestésico-quirúrgico. Un total de 64 pacientes (92.7%) calificó como bueno el respeto de su privacidad durante su estancia en la Unidad. Respecto al confort el 97.1% de los pacientes (n=67), se sintió muy confortable y en un mismo porcentaje también el trato por parte del personal fue calificado como bueno.

La temperatura ambiente fue agradable para el 72.4% (n=50) de los pacientes y un total de 19 pacientes (27.5%) la percibieron como demasiado fría.

Un total de 45 pacientes (65.2%), no presentó dolor postoperatorio en las tres primeras horas, 15 pacientes (21.7%) presentaron dolor leve, 6 pacientes (8.69%) dolor moderado y 3 pacientes (4.3%) manifestaron dolor severo.

El 82.6% (n=57) de los pacientes no presentaron náuseas ni vómitos postoperatorios en las primeras horas, mientras que un 17.3% (n=12) pacientes si los presentaron.

La satisfacción de los pacientes tras un acto anestésico es un indicador del resultado y un posible reflejo de la calidad asistencial en las Unidades de Reanimación, existen trabajos que demuestran la importancia que tiene la opinión del usuario y esto permite una mejora constante en la asistencia.

Se consideró que la realización de la encuesta al alta del paciente (en la Unidad a las 24-48 horas del procedimiento quirúrgico), facilitaba por su proximidad con el evento una alta tasa de respuesta y el estudio también de las complicaciones postoperatorias precoces.

Se encontró un alto índice de satisfacción global, lo que permite valorar de forma positiva el proceso asistencial realizado

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 650

TÍTULO: INNOVANDO EN LOS CUIDADOS; MÚSICA Y ENFERMERÍA; INTERVENCIÓN ENFERMERA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES: TITOS PÁEZ, YOANA.; ROJAS AMEZCUA, M.; GÓMEZ ESPEJO, M.; LUNA ALCAZAR, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Introducción

El uso de la música en enfermería no es algo nuevo, Florence Nightingale, ya reconoció los beneficios de la música destacándolos en su obra Notas de Enfermería.

En la Taxonomía Diagnóstica de la Nanda, en la primera Clasificación de Intervenciones de Enfermería de 1992, se incluye la intervención "Terapia Musical", actualmente se denomina MUSICOTERAPIA (4400): utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o cambios fisiológicos.

Hablaremos de la música como Cuidado para referirnos a la intervención enfermera diferenciándolo del trabajo del musicoterapeuta.

La actual concepción multidimensional de la salud requiere un abordaje multidisciplinar y justifica la contribución de la música como cuidado e innovación en la calidad asistencial

Las alteraciones emocionales que sufren los pacientes ingresados en una unidad de Cuidados intensivos pueden continuar incluso meses después del alta, llegando a desarrollar un trastorno por estrés postraumático.

Para trabajar con música y obtener beneficios tanto en las esferas física, psicológica y conductual se hace necesario la incorporación a nuestras intervenciones enfermeras del desarrollo de un protocolo de musicoterapia. (registro y guías) que hemos puesto en marcha en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos con el objetivo en la atención de los pacientes críticos de obtener un nivel óptimo de confort emocional y mejorar la calidad asistencial en los cuidados.

Contribuir con las intervenciones y desarrollo de actividades enfermeras en musicoterapia en mantener un nivel óptimo de confort emocional mediante la monitorización de escalas validadas.

Incluir en los cuidados de enfermería en pacientes críticos la intervención enfermera en musicoterapia

Establecer un registro de actividades definiendo los cambios de conducta y/o fisiológicos desados para obtener el nivel óptimo de bienestar emocional en el paciente ingresado en cuidados intensivos.

Creación y elaboración de una Biblioteca de Música

Reproductores musicales, auriculares individuales y de un sólo uso.

Se establecen dos grupos de pacientes:

grupo A : a los que se le realizan sesiones personalizadas e individualizadas de musicoterapia con la colaboración en la unidadde una musicoterapeuta especializada

grupo B: pacientes a los que enfermería usa la música como cuidado o intervención enfermera.

registro de la intervención para la continuidad en los cuidados

La música como cuidado constituye un nuevo reto en el campo de actuación del rol profesional enfermero, permitiendo desarrollar este nuevo potencial en la mejora en la calidad de los cuidados al paciente

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 651

TÍTULO: PLAN DE CALIDAD PARA LA MEJORA DE LA SATISFACCIÓN CIUDADANA EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA SUR DE SEVILLA.

AUTORES: SIANES BLANCO, ADRIANO.; CAMINERO GARCÍA, G.; GARCÍA RODRÍGUEZ, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Comparando 2014 y 2015, se ha incrementado en el Área Sanitaria un 8,5% las reclamaciones. Dado que esto puede ser no más que la punta de un iceberg, se pone en marcha un plan incorporando diferentes herramientas de opinión de pacientes y ciudadanía (no solo reclamaciones) para posteriormente poner en marcha medidas diseñadas tras el uso de estas donde la ciudadanía se exprese y manifieste.

- Conseguir incorporar en el Área diferentes herramientas de análisis de insatisfacción
 - Dar respuesta a los principales aspectos detectados en diferentes niveles de atención (aspectos cualitativos y cuantitativos)
 - Crear cultura de calidad en el seguimiento y control
1. Recopilación de opinión de pacientes y ciudadanía. Análisis de información e identificación de áreas prioritarias, usando: Base de Datos reclamaciones, Comisión Participación Ciudadana y Otras fuentes (Agradecimientos, Hojas Sugerencias y Quejas verbales)
 2. Priorizadas, a cada área de mejora se le asignan objetivos, acciones, responsables, indicadores y cronograma implantación

RESULTADOS

Se priorizan 8 motivos:

1. 4 más frecuentes procedentes de Base de datos reclamaciones (2 en Atención Hospitalaria –Lista espera consulta y demora excesiva urgencias- y 2 de Atención Primaria –desacuerdo del paciente y demora excesiva atención-)
2. 2 procedentes de aportaciones Comisión Participación Ciudadana: mejora calidad de comidas y Mejora accesibilidad revisiones CPAP
3. Otras fuentes (36 Agradecimientos, 22 Hojas de Sugerencias y Libro de registro de quejas verbales): mejora señalización interna Hospital y mejora información circuito quirúrgico

Se plantean 11 acciones. A 13 Junio, se han implantado 6 y ya se conocen datos para valorar efectividad de medidas. Se han reducido en un 47,8% el número de reclamaciones (239 entre 1 enero y 13 junio de 2015 y 126 en mismo periodo 2016), con reducciones en los 4 motivos que oscilan entre el 20,8% y 59,1%.

Ya se ha corregido la dificultad de una de las medidas planteadas por la Comisión y respecto a las procedentes de otras fuentes, se han establecido planes estratégicos de mejora con puesta en marcha de grupos focales.

Además se han establecido 16 planes de mejora siguiendo la misma metodología en las 8 UGC's con mayores números de reclamaciones en Atención Hospitalaria y en las otras 8 UGC's con mayores tasas de en Atención Primaria.

CONCLUSIONES:

Se ha logrado poner en marcha diferentes herramientas de análisis de insatisfacción y se ha dado respuesta a los principales aspectos priorizados atendiendo criterios cualitativos y cuantitativos. Asimismo se garantiza la puesta en marcha de medidas representativas en ambos niveles de atención.

La metodología de calidad usada ha supuesto una cultura seguida y puesta en marcha en 16 UGC's del Área Sanitaria con herramientas de seguimiento, control y evaluaciones.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 652

TÍTULO: EXPERIENCIA DE UNA ORGANIZACIÓN EN LA TRANSFORMACIÓN LEAN

AUTORES: COSSIO, YOLIMA.; GARCIA, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

LEAN es una metodología de mejora de la calidad de los procesos, que ha mostrado diferentes resultados en el sector sanitario.

Las publicaciones se centran en explicar resultados de la aplicación de herramientas provenientes de esta metodología, pero poco se sabe de la experiencia en la adopción del LEAN como filosofía de pensamiento y práctica, que represente una transformación cultural y de forma de trabajar de todos los miembros de una empresa.

Nuestra organización ha apostado por incorporar la filosofía LEAN como parte de su estrategia y queremos compartir la experiencia de esta implementación desde una perspectiva de vivencia real y lesiones aprendidas hasta el momento.

Explicar el proceso de transformación LEAN de una empresa del sector salud

La implementación del proyecto comienza en octubre de 2015.

La estrategia de implementación se centró en garantizar sostenibilidad y continuidad. Para esto se siguieron estos pasos

1. Elección de una empresa que nos asesorara en las primeras etapas sin hacernos dependientes.
2. Comunicación a todos los estamentos en diferentes foros para explicar, despejar las dudas y aclarar rumores.
3. Formación a diferentes niveles
 - Lean básico: Obligatorio para directivos y mandos intermedios y abierto todo el personal.
 - Lean avanzado: Dirigido a personas de primera línea de acción, caracterizadas por implicación, liderazgo y credibilidad dentro de su grupo, que estuvieran dispuestos a convertirse en impulsores de los cambios LEAN.
 - Posgrado LEAN practitioner: para un coordinador general de todo el proyecto.
4. Selección de 3 proyectos pilotos: quirófano (tiempos interquirúrgicos), admisiones y diálisis, a desarrollar por los impulsores con la asesoría de la empresa externa.
5. Extensión: Identificar por medio de un mapa de necesidades y recursos facilitadores, los siguientes proyectos a liderar exclusivamente por personal interno.

Actualmente hay 8 impulsores LEAN activos. Los resultados preliminares de los proyectos pilotos son variados: En quirófano se han hecho mejoras que han repercutido en el personal. El tiempo interquirúrgico no se ha reducido de forma significativa pero sí su variabilidad.

En admisiones se han organizado varios circuitos de información, entrega de resultados y programación de visitas que han reducido/ eliminado las colas en el mostrador.

En diálisis se han aprovechado espacios aplicando 5's y reduciendo desplazamientos y retrabajos del personal de enfermería, sin cambios de infraestructura.

Las principales lesiones aprendidas han sido que es necesario implicar a personal de cada categoría profesional que participe en el proceso y a los mandos intermedios. Se deben definir indicadores claros desde el comienzo, hacer seguimiento con el grupo y feedback a todo el equipo

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 653

TÍTULO: ANALISIS DE LOS OBJETIVOS DE SEGURIDAD EN LA UGC DEL DISTRITO BAHIA DE CADIZ LA JANDA

AUTORES: MARTINEZ MORA, MANUEL.; GOMEZ CORDON, R.; MURES FERNANDEZ, A.; LARGO FERNANDEZ, J.; LOPEZ SANCHEZ, A.; JAEN RUIZ, IJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La seguridad del paciente es un componente esencial de la calidad de la asistencia sanitaria, su incorporación a los objetivos de las Unidades de Gestión Clínica (UGC) implica un cambio en las actuaciones de los profesionales y en la organización de la propia UGC.

Su implantación ha supuesto la incorporación de buenas prácticas en el trabajo cotidiano, orientadas a evitar, prevenir o reducir los posibles daños que la atención sanitaria pudiera producir.

La incorporación de la Estrategia de Seguridad en los acuerdos de las UGC, establece objetivos e indicadores específicos en cada una de las áreas de seguridad lo que favorece su implantación y seguimiento.

Objetivo general:

- Desarrollar los objetivos de seguridad de las UGC de Distrito Bahía de Cádiz –La Janda durante los años 2014-2015.

Objetivo específico:

- Analizar la evolución de los objetivos establecidos en los acuerdos de las UGC.
- Establecer el mapa de distintivos obtenidos por la UGC del Distrito.

Nuestro Distrito dispone de 24 UGC (22 se corresponden con Equipos de atención básica EBAP, 1 dispositivos DCCU y 1 UGC de salud bucodental.)

Centramos la recogida de datos en 4 Objetivos establecidos en el Contrato Programa 2014 y 2015: Manos seguras, Prácticas seguras en cirugía, Centros contra el dolor y Estrategia para la seguridad del paciente, para su análisis realizamos una búsqueda activa en la plataforma del Observatorio de Seguridad del Paciente.

Obtuvimos los siguientes resultados:

Durante el año 2014:

 21 UGC cumplieron con el objetivo de "Manos seguras" (87,5%)

 17 UGC cumplieron con el objetivo de "Práctica segura en Cirugía" (74%)

 8 UGC cumplieron con el objetivo de "Centros contra el dolor" (34%)

 9 UGC cumplieron con el objetivo de "Estrategia para la Seguridad del Paciente " (37,5 %)

Durante el año 2015:

 20 UGC cumplieron con el objetivo de "Manos seguras" (83,3 %)

 17 UGC cumplieron con el objetivo de "Práctica segura en Cirugía" (73,9%)

 18 UGC cumplieron con el objetivo de "Centros contra el dolor".(75%)

 21 UGC cumplieron con el objetivo de "Estrategia para la Seguridad del paciente " (87,5%)

Obtuvieron el distintivo:

 15 UGC para el objetivo "Manos seguras". (62,5%)

 9 UGC para el objetivo "Práctica segura en Cirugía".(39,1%)

 3 UGC para el objetivo "Centros contra el dolor".(12,5%)

Conclusiones.

 Aunque la mayoría de las UGC de Nuestro Distrito obtuvieron buenos resultados en algunas de ellas la cultura de seguridad no está muy afianzada.

 Es necesario mejorar algunos indicadores de seguridad, estimulando aquellas UGC con peores resultados para la consecución de los mismos.

 Es necesario progresar en el desarrollo de una buena cultura de seguridad en todas las UGC, más sensibles a todos los niveles de atención.

 Destacar el trabajo realizado por las UGC que obtuvieron los diferentes distintivos de Seguridad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 654

TÍTULO: CREANDO ENTORNOS PARA LA MEJORA DE LA GESTIÓN CLÍNICA: SELECCIÓN DE OBJETIVOS EN AGRUPACIÓN CLÍNICA (SOAC)

AUTORES: QUERO PERABÁ, JUAN JULIÁN.; MANCHA PARRILLA, ML.; TIBOS, F.; MESAS RODRIGUEZ, A.; BARÓ RODRIGUEZ, L.; ORTIZ LEAL, FJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las Unidades de Gestión Clínica (UGC) del Distrito Sanitario Costa del Sol firman sus Acuerdos de Gestión Clínica (AGC) cada año y adquieren el compromiso de cumplir una serie de objetivos pertenecientes a diferentes áreas evaluables. En el año 2016 el número de objetivos incluidos en el AGC ha sido de 82, pertenecientes a 12 áreas diferentes.

Es norma común que los responsables de UGC trasladen cada año estos objetivos a los profesionales para su conocimiento y orientación del trabajo hacia su cumplimiento. Sin embargo, su elevada cantidad, su clasificación administrativa, los diferentes usuarios diana y los diversos medios de registro hacen que a los profesionales sanitarios les cueste manejar, en su práctica clínica diaria, toda esta información y esto hace que la Gestión Clínica sea ineficaz.

Crear una herramienta para facilitar la Gestión Clínica que realizan los profesionales sanitarios de las UGC, con una serie de premisas:

- Los objetivos a que se orienten los profesionales deben seleccionarse en función de su importancia y pertinencia.
- Deben ser considerados, conocidos y comprendidos desde la perspectiva de los pacientes.
- Deben estar claramente definidos, así como los sistemas de registro y evaluación.

El trabajo ha consistido en:

1. Revisión de los objetivos del AGC y selección de aquellos a los que la contribución directa del profesional sanitario es determinante.
2. Clasificación de estos objetivos según los diferentes tipos de pacientes a que afectan.
3. Selección de las categorías de pacientes cuya atención más incide en el cumplimiento de los objetivos del AGC: cardiopatía, cáncer, diabetes, EPOC, HBP/Ca. Próstata, hipercolesterolemia primaria, lumbalgia, paciente pluripatológico, inmovilizado, pediátrico; y atención urgente.

Además se ha incluido un anexo con actividades relativas a pacientes fumadores, sedentarios y/o con obesidad/sobrepeso, por su carácter transversal.

4. Realización del documento 'Selección de Objetivos en Agrupación Clínica' compuesto por fichas de cada una de las categorías. En cada ficha, 4 apartados:

- A. ¿Qué?: Se describen las acciones que contribuyen al cumplimiento de algún objetivo del AGC. Incluye objetivos de farmacia relacionados.
- B. ¿Cómo?: Información sobre cómo llevar a cabo las acciones designadas y su registro.
- C. Observaciones.
- D. Documentación: Se ha aportan diferentes documentos sobre evidencia clínica y de ayuda práctica al profesional.

5. Creación de una versión digital del documento, con páginas dinámicas y enlaces a los documentos recomendados y ubicación en la Intranet del Distrito, de muy fácil acceso para el profesional.

6. Difusión de la herramienta en las diferentes UGC.

Esperamos obtener información del uso y utilidad de la herramienta por diferentes medios:

- Valoración por los responsables de UGC.
- Número de entradas al documento digital.
- Variación en el grado de consecución de objetivos con respecto a ejercicio previo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 655

TÍTULO: ¿CÓMO CONSEGUIR QUE UN PROTOCOLO FUNCIONE?. ESTRATEGIAS DE DIFUSIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES: HERNÁNDEZ PÉREZ, ENCARNACIÓN.; GIL LÓPEZ, J.; LÓPEZ LOZANO, E.; MORENO REINA, S.; ESTEBAN LLORET, C.; CUEVAS ATENZA, MD.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La formación es esencial puesto que los Cuidados Paliativos son cuidados transversales dentro de la asistencia sanitaria y puede haber pacientes que precisen de este tipo de cuidados en cualquier unidad hospitalaria. Se ha evidenciado que todavía existen carencias a nivel formativo y sobre la forma de prestar cuidados al paciente en cuidados paliativos dentro de los Servicios de Urgencias. El proceso de comunicación de un protocolo de actuación compromete a la mayoría de los actores, dependiendo de esta su legitimidad y grado de adhesión, de ahí la importancia de la misma.

-Proporcionar información sobre organización y funcionamiento del Protocolo de Cuidados Paliativos en el Servicio de Urgencias del Hospital a los profesionales del equipo multidisciplinar.

-Comunicar las características principales del protocolo.

-Promo

Desarrollo de actividades de comunicación que favorezcan la presentación y difusión del protocolo al equipo multidisciplinar:

Seminarios de materias específicas que componen dicho protocolo (manejo de la vía subcutánea, preparación de infusores para analgesia, pautas médicas para el manejo y control de la sedación en la agonía, atención al duelo a la familia, desarrollo de habilidades de comunicación y relación de ayuda

Utilizar herramientas y espacios de comunicación y difusión para la puesta en marcha del protocolo. (Póster y trípticos)

RESULTADOS

El aporte de herramientas metodológicas y tecnológicas favorece el desarrollo del protocolo con eficacia y una adecuación de las actividades del equipo sanitario que trabaja en Urgencias, encaminadas hacia unos cuidados de calidad; estableciéndose entornos abiertos de colaboración y aprendizaje para dichos profesionales; y además permite concienciar sobre la importancia de desarrollar comportamientos más humanizados, basados en principios éticos y valores humanos, mostrando el compromiso para la atención y cuidado de este tipo de pacientes. Con motivo de esta difusión se han realizado dos trípticos. Uno de ellos con información general y otro con información específica acerca de la sedación en agonía como herramienta de consulta rápida

La puesta en práctica de esta estrategia de comunicación, ofrece principalmente información y comunica al equipo multidisciplinar sobre la puesta en marcha de un protocolo de cuidados paliativos, lo que supone para el paciente de paliativos/familia que acude al servicio de urgencias una unificación en las actuaciones, no estando sujeta

a la variabilidad individual y subjetiva de los profesionales, y la garantía de sentirse acogido y con sus necesidades cubiertas en todo momento. En definitiva, se impulsan unos cuidados de calidad basados en la priorización de este tipo de pacientes y en una atención humana y humanizada durante toda su estancia, hacia el paciente y su familia, incluso en un momento tan delicado como la muerte

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 656

TÍTULO: ADHERENCIA DE LOS PACIENTES A LA PULSERA DE IDENTIFICACIÓN

AUTORES: PÉREZ GONZÁLEZ, EVA.; CABRERA TINTORERO, C.; CARDONA PERAZA, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La identificación inadecuada de los pacientes se asocia con frecuencia a errores en la administración de medicamentos, pruebas diagnósticas, transfusiones de sangre y hemoderivados, etc. Se ha observado una disminución del 50% en los errores asociados a la inadecuada identificación de los pacientes. En el hospital Universitario de Valme se implantó un procedimiento interno para la identificación de pacientes en 2015, que descansa en que desde el momento en que el paciente es atendido por el Servicio de Admisión el personal administrativo procede a la impresión de la pulsera que entrega al paciente, familiar o cuidador, indicándole la necesidad de su autocolocación e informándole de la necesidad de llevarla puesta durante toda su estancia, debiendo mostrársela a los profesionales del área en la que sea atendido.

1. Contabilizar la adherencia de los pacientes a la pulsera de identificación.
2. Analizar los motivos que exponen los pacientes para su no uso.

Durante mayo y junio 2016 se realizaron 9 cortes entre los pacientes ingresados en la unidad de hospitalización de Hematología que permitieron determinar el número de pacientes portadores de pulseras. Dichos controles fueron realizados por dos auxiliares de enfermería. Se procedió a preguntar a los pacientes los motivos por los cuales no llevaban las pulseras, recogándose los mismos en un documento elaborado al efecto.

Del total de los pacientes ingresados, 29 pacientes, un 15%, no portaban la pulsera.

Los motivos aducidos fueron:

1. Nadie le explicó la necesidad y no se la llegó a poner: 15 (52%)
2. Autorretirada al no considerarla importante: 7 (24%)
3. Retirada por profesional para realizar procedimiento: 3 (10%)
4. Vino de otra Unidad sin pulsera: 2 (7%)
5. Otros: 2 (7%)

Si bien el porcentaje de pacientes incorrectamente identificados no es excesivamente alto, no por ello deja de ser importante insistir en la correcta aplicación del protocolo por su importancia en garantizar la seguridad del paciente. A partir de los datos se infiere que existe una carencia en la información y concienciación tanto de pacientes como de profesionales ya que los motivos 1 y 3 revelan un 76% de los casos. La formación de estos y la implicación del paciente y sus familiares es imprescindible.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 657

TÍTULO: RETOS DE LA ADHERENCIA AL CHECK LIST QUIRURGICO

AUTORES: OLVEIRA LORENZO, CLARA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los listados de verificación quirúrgica o check list tienen efecto positivo sobre la seguridad del paciente quirúrgico en cuanto al descenso en la morbimortalidad y a la mejora en la comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico.

Sin embargo, el grado de cumplimiento de los listados de verificación quirúrgica que ha sido publicado en diversos estudios es muy variable y se sitúa en el 30 al 95%.

Analizar la experiencia y dificultades que en nuestro centro sanitario hemos identificado para la implantación del check list quirúrgico y las estrategias diseñadas para mejorar la tasa de cumplimiento.

El listado de verificación de la OMS se implantó en uno de los cuatro centros hospitalarios que forman el Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. En 2014 revisamos los resultados de cumplimentación del año previo: la mitad de los ítems estaban cubiertos en menos del 30% de los listados.

Se presentaron los resultados a los responsables del equipo quirúrgico y comunicaron que se había convertido en un documento a cubrir, junto con el resto de formularios y registros del área quirúrgica, pero que no estaba siendo aplicado como verificación en alto.

Elaboramos grupos de trabajo con profesionales del área quirúrgica escuchando las modificaciones propuestas. Se elaboró un documento específico y un procedimiento de aplicación con indicaciones y responsabilidades. A pesar de estar disponible, pocos servicios lo utilizaron al principio.

Un año después tras un ACR por un incidente de seguridad en el área quirúrgica, una de las mejoras propuestas por los profesionales, fue la implantación del check list quirúrgico, elaborando un cronograma de implantación con presencia directa en el área quirúrgica para resolución de dudas y apoyo a los líderes para su normalización.

Diversos factores se han descrito como dificultades en la implantación de los listados de verificación quirúrgica: la falta de liderazgo, poca comunicación, la ausencia de información, la falta de implicación activa del equipo y la percepción de su uso como pérdida de tiempo o imposición.

En nuestro centro el factor más relevante para la implantación del listado creemos que ha sido la necesidad de crear previamente una cultura de seguridad de los servicios o áreas quirúrgicas. Construir una cultura de seguridad, de equipo y de orientación multidisciplinar hacia la mejora es un proceso lento de concienciación y capacitación para llegar a reconocer que las cosas pueden ir mal, aprender de los errores y actuar anticipándose compartiendo información para disminuir los riesgos.

Esta cultura necesariamente debe estar enfocada al sistema, a la percepción de que las mejoras no están solo ligadas al individuo, sino al equipo y entorno de trabajo. Una vez creada esa cultura y disponible la herramienta, los profesionales se adhieren a la misma percibiéndolo como una necesidad y una buena práctica clínica.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 658

TÍTULO: UTILIZACIÓN DEL ÁCIDO TRANEXÁMICO EN ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA: EXPERIENCIA DE NUESTRO HOSPITAL

AUTORES: LOZANO ALVAREZ, CARLOS.; MOLINA VIDAL, V.; RIEGO FERNANDEZ, J.; RODRIGUEZ GARCIA, N.; MURCIA MAZON, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La anemia aguda postoperatoria y la necesidad de hemotransfusión es uno de los principales problemas durante el postoperatorio en las artroplastias totales de rodilla (ATR). El ácido tranexámico es un fármaco que se ha mostrado eficaz en el control del sangrado peroperatorio en cirugía mayor.

Evaluar el efecto del ácido tranexámico como factor protector del sangrado postoperatorio en las ATR y la reducción del número de transfusiones.

Estudio de cohortes donde se revisaron 241 pacientes (05/2014 a 04/2015), con edad media de 72,3 años ($\pm 8,4$). 176 (73%) recibieron 3 dosis de ácido tranexámico endovenoso, según el protocolo de nuestro centro. Se indicaba transfusión si hemoglobina ≤ 10 g/dL en reanimación y ≤ 9 g/dL en planta. Se evaluaron los valores de hemoglobina en sangre preoperatoriamente, en el postquirúrgico inmediato, a las 24 horas y al 4º día tras la intervención, así como, la diferencias entre dichos valores, la tasa de transfusiones, el número de unidades transfundidas y las complicaciones.

Se transfundieron 40 de los 176 pacientes (22,7%) con ácido tranexámico y 35 de los 65 (53,8%) que no lo habían recibido. En total, se necesitaron 130 concentrados de hematíes. El valor medio de hemoglobina fue > 10 g/dL, en todos los controles analíticos. Hubo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) entre el grupo con tratamiento y el que no a partir del control a las 24 horas, en la variación de la hemoglobina desde el día de la intervención hasta las 24 horas y 4º día y en el número de concentrados transfundidos. El ácido tranexámico es un factor protector con una OR 0,252 (IC95% 0,138–0,46). No se objetivaron complicaciones tromboembólicas en ninguno de los 2 grupos.

Según nuestro estudio y lo reflejado en la literatura, el uso del ácido tranexámico es una eficaz medida peroperatoria tanto para el tratamiento y prevención del sangrado postoperatorio, así como, del número de transfusiones en los pacientes intervenidos de ATR. Es un tratamiento seguro en términos de posibles complicaciones. En nuestro centro, con un protocolo de 3 dosis, se mostró como una medida coste-efectiva, segura y que ha facilitado la reducción en 1 día el tiempo medio de ingreso de nuestros pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 659

TÍTULO: ESTRATEGIA DE GESTIÓN PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA EN VERANO EN LA COSTA DEL SOL

AUTORES: TORRES MORENO, SALVADOR.; CARMONA GONZALEZ, F.; CUERDA PALOMO, M.; CARABAÑO MORAL, R.; QUERO PERABÁ, J.; SALCEDO GOMEZ, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Partiendo desde el contexto de la Costa del Sol, donde en época estival se incrementa la población a la que se presta asistencia en A.P. (Atención Primaria) y donde el equipo de profesionales se ve mermado debido al disfrute de vacaciones, la Dirección de los Centros de A. P. se ven obligados a tomar una serie de medidas excepcionales para poder atender a dicha población con menos recursos humanos. La demanda puede incrementarse entre un 20-25%, y el equipo se ve reducido en algún periodo incluso en un 40%.

De ahí la importancia de encontrar la mejor estrategia organizativa en los Centros para ofertar un alto nivel de accesibilidad con los pocos recursos ya mencionados en verano.

El objetivo es medir el impacto de un paquete de medidas organizativas excepcionales en la que se incluyen tanto ideas innovadoras en la configuración de las agendas así como la oferta de citas no presenciales ayudados por las nuevas tecnologías, en una época donde la optimización de los recursos es primordial para mantener la accesibilidad.

Si demostramos que estas medidas representan un impacto positivo en la Atención Sanitaria, la idea sería normalizarla y aplicarla al resto de Unidades.

Durante los meses de Julio y Agosto de 2016 en 4 Centros de A.P. de la Costa del Sol, se aplicarán una serie de medidas organizativas con la finalidad de mejorar la accesibilidad en una época de alta demanda asistencial con menos recursos humanos, como son: Cartelería informando del periodo de vacaciones de su Médico para planificar las visitas de crónicos fuera de este periodo si fuese posible, agendas con acumulo a otro profesional para dar solución a una semana vista y a agendas de sustitución que se abren en el día accesibles a Salud Responde para solucionar problemas agudos no demorables. Fomento de consultas administrativas no presenciales que las soluciona la dirección del centro/Médicos EBAP. Consultas on line con la ayuda de correo electrónico/ Click Salud. Reserva de citas sólo accesibles a Salud Responde.

Mediremos variables como población atendida, número de profesionales, datos de frecuentación, número de consultas presenciales y no presenciales, reclamaciones en relación a accesibilidad. Test de satisfacción a los profesionales, todo ello en comparación con los datos del año anterior en el mismo periodo.

Obviamente no tenemos los datos, ya que el estudio sobre el impacto de este paquete de medidas se realizará durante estos meses de Julio y Agosto, pero estamos convencidos que los resultados no dejarán indiferente a nadie.

Como conclusión decir que tras 10 años de experiencia en la organización de las Unidades, hemos recogido las medidas que creemos tendrán un mayor impacto positivo en la accesibilidad en un periodo tan crítico y donde la optimización de los recursos es fundamental.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 660

TÍTULO: CULTIVANDO UN ENTORNO SEGURO PARA EL CUIDADO DE NUESTROS PACIENTES

AUTORES: RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, M.; JÍMENEZ DE PRADA, M.; HERRERA ALVAREZ, R.; ALVAREZ ALONSO, D.; SALCEDO DE DIEGO, I.; ORTIZ MOVILLA, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La creación de grupos multidisciplinar de seguridad del paciente dentro de los propios servicios nos puede ayudar a crear un entorno seguro para el paciente, favoreciendo la mejora continua de los procesos asistenciales y creando una cultura proactiva, de conocimiento y prevención, que sustituya a la cultura reactiva de culpabilidad y ocultar

Dar a conocer la experiencia sobre la creación y consolidación de un grupo de trabajo multidisciplinar de seguridad en el Área de Pediatría-Neonatología en un Hospital de nivel terciario.

Exponemos de manera descriptiva (4 fases) nuestra experiencia en la creación de un grupo de seguridad multidisciplinar del paciente pediátrico . Este grupo y los "responsable de seguridad de la unidad" se encargan de estimular la notificación, analizar las mismos, diseñar e implantar las correspondientes estrategias de acción / prevención y trasladar dichos datos al resto de miembros del equipo, favoreciendo una cultura de comunicación y no punitiva.

De las 777 Notificaciones del hospital, el 18.9% pertenecen al Área pediátrica . Se analizaron un total de 147 notificaciones durante el año 2014, de enero a mayo en formularios en papel (82) y de junio a diciembre en formato electrónico on-line (51). Frente a las 12 comunicaciones en 2012 y 15 en 2013. Se ha hecho un análisis descriptivo en función de la repercusión al paciente, categoría profesional, características del paciente, clasificación del problema y satisfacción con el sistema online de comunicación.

Las estrategias de acción /prevención implantadas son:

- Sesiones formativas en materia de seguridad obligatorias anuales(dentro de objetivos)
- Identificación inequívoca de pacientes : implantación de pulseras de identificación
- Revisión del protocolo de antisépticos en neonatos: Checks-lists de verificación en PICIS y estándares de usos según edad gestacional. Uso monodosis productos tópicos
- Protocolo de limpieza de incubadoras y utilización de amonio cuaternario(con Preventiva)
- Protocolo de medicación de alto riesgo
- Procedimiento general del uso seguro del medicamento en pediatría
- Creación línea prescripción segura
- Diagrama de flujo y 7 puntos críticos para el procesamiento de leche materna que garantice la trazabilidad y seguridad de las propiedades
- Monitorización en conjunto con M Preventiva del cumplimiento higiene de manos .

La creación de grupos de trabajo y la figura de responsables de seguridad incentiva la comunicación de incidentes ,permite detectar áreas críticas de actuación y desarrollar, difundir e implantar estrategias y evitar estos incidentes o más improbables en un futuro. Estos grupos, necesariamente multiprofesionales, facilitan la creación de una cultura de seguridad en el servicio, pasando de una forma de trabajo reactiva a proactiva, favoreciendo una cultura de seguridad y comunicación no punitiva.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 661

TÍTULO: ERRORES EN EL USO DE SISTEMA TURBUHALER EN PACIENTES CON EPOC

AUTORES: VÁZQUEZ ALARCÓN, RUBÉN LUCIANO.; LEIVA FERNÁNDEZ, J.; LEIVA FERNÁNDEZ, F.; BARNSTEIN FONSECA, MP.; AGUIAR LEIVA, V.; LOBNIG BECERRA, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El uso incorrecto de los inhaladores es un problema significativo tanto en el asma como en la EPOC, debido a que el resultado es una disminución del efecto terapéutico de los fármacos que deriva a un peor control de los síntomas y por lo tanto, en un control inefectivo de la enfermedad. Como resultado, los pacientes reciben un tratamiento que, sin una apropiada educación sanitaria o entrenamiento en una correcta técnica de inhalación, resulta en un efecto terapéutico menor que el óptimo, un mayor uso de dispositivos para mejorar el control de síntomas, una mayor frecuentación y uso de los servicios sanitarios, y un mayor coste para la sanidad

Determinar el porcentaje de pacientes que realizan una buena técnica de inhalación según el tipo de dispositivo inhalado utilizado.

Diseño: Se trata de un ensayo clínico de preferencia parcialmente aleatorizado o diseño de cohorte comprensivo.

Población y muestra: Se han seleccionado a 465 pacientes con EPOC que reciben tratamiento inhalado por muestreo consecutivo en 9 centros de salud de la provincia de Málaga.

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico confirmado de EPOC en su historia clínica.
- Recibir la atención sanitaria en los centros de salud de la provincia de Málaga incluidos en el estudio.
- Tener prescrito tratamiento inhalado para la EPOC en forma de Turbuhaler®, cartucho presurizado, Accuhaler o Handihaler.
- Aceptar participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado

Abandonos: 80

Variables: Resultado principal: realización correcta de la técnica de inhalación. Resultado secundarias: realización de espirometría.

Análisis estadístico: SPSS 15.0.

Duración del estudio: 3 meses. media, porcentaje, intervalo de confianza al 95%, y NNT. análisis por intención a tratar.

Sexo: 91.4% varones.

Edad 69.8 años (69.41-70.19).

Espirometría: FEV1/FVC del 63.25% + 15.86 (IC 95%, 62.51-63.98), FEV1 del 55.17% + 19.91 (IC 95%, 54.26-56.07) y un FVC del 63.96% + 20.88 (IC 95%, 63-64.92), patrón mixto en un 65.9 %, patrón obstructivo 21%, restrictivo en un 12.6%.

El 29.5% de la muestra recogida (n = 137) corresponde a fumadores activos, con una media de consumo de 28.94 + 20.13 cigarrillos diarios (IC 95%, 28-29.88) y de 59.15 paq/año (IC 95%, 54.69-63.61).

Comorbilidades: Hipertensión arterial (HTA) con un 49.5% (n = 230), seguida de patología osteoarticular con 29.5% (n = 137) y Diabetes Mellitus 20% (n = 93)

Usaban turbuhaler: 54.8% (n= 255), realizaban de forma inadecuada el dispositivo 89.5%.

Fallos más comunes: girar la rosca en sentido contrario a las agujas del reloj y en el otro sentido 16.6%, expulsar aire lentamente y profundamente 80.2%, colocar boquilla entre los labios 0.8%, inspirar fuerte y profundamente 6.9%, aguantar la respiración 10 segundos 72.9%, cerrar el dispositivo 6.1%

Conclusiones: es necesario enseñar de forma adecuada la técnica de inhalación a los pacientes con EPOC teniendo delante el dispositivo a modo de ejemplo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 662

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA ONLINE EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: CUERDA PALOMO, MIGUEL ANGEL.; PAEZ RODRIGUEZ, MV.; ESCRIBANO PADILLA, MP.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El significativo avance de la tecnologías de la información y la comunicación abren nuevas vías de interrelación entre profesionales y usuarios.

La UGC Sabinillas valoró la implementación de una forma de consulta en el centro a través del uso de las nuevas tecnologías, concretamente el correo electrónico para mejorar la accesibilidad de su población y abrir nuevas vías de comunicación con los usuarios.

El objetivo fue implementar una consulta online en la Unidad de Gestión Clínica de forma estandarizada y normalizada para crear nuevas modalidades de consulta y mejorar la accesibilidad del usuario y mejorar la comodidad del mismo al evitar desplazamientos innecesarios.

Se diseñó un protocolo normalizado de trabajo tras varias reuniones ya que no existía experiencia similar en nuestro Distrito . En colaboración con el Unidad de Sistema de Información e informática (SII) se realizó un documento de conformidad del usuario y la apertura de una cuenta de correo institucional. Se creó una agenda específica dentro de las actividades de la unidad y se pilotó la experiencia con un profesional. Asimismo, se verificaron sistemas de identificación inequívoca del usuario y se creó un circuito específico de recepción de correo y asignación de actividades a los profesionales. Se realizó sesión formativa en el centro dirigida a los profesionales para comunicar esta modalidad de consulta

Se ha realizado un estudio retrospectivo de la actividad de dicha consulta durante el período de un año , evaluando diferentes aspectos

Actualmente se está procediendo a terminar el análisis de los resultados , pero el análisis parcial de los mismos demuestran que un 75% de los facultativos del Centro de Sabinillas han habilitado esta nueva forma de consulta médica , El número de usuarios que usan este servicio aumenta con el tiempo en el que está instaurada dicha modalidad de consulta por cada facultativo así como la relación entre consultas presenciales y virtuales. Llegando a ser hasta del 16.95% de consultas virtuales en relación con el total , con una media del 9% del total de citas de facultativos del centro. Asimismo se ha observado variaciones según la estacionalidad atribuibles a períodos vacacionales.

Actualmente estamos terminando el análisis de los resultados que son muy esperanzadores.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 663

TÍTULO: IMPORTANCIA DE INSTRUCCIÓN PERIÓDICA EN LAS TÉCNICAS DE INHALACIÓN

AUTORES: VÁZQUEZ ALARCÓN, RUBÉN LUCIANO.; LEIVA FERNÁNDEZ, F.; LEIVA FERNÁNDEZ, J.; BARNESTEIN FONSECA, MP.; AGUIAR LEIVA, V.; LOBNIG BECERRA, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El uso incorrecto de los inhaladores es un problema significativo tanto en el asma como en la EPOC, debido a que el resultado es una disminución del efecto terapéutico de los fármacos que deriva a un peor control de los síntomas y por lo tanto, en un control inefectivo de la enfermedad. Como resultado, los pacientes reciben un tratamiento que, sin una apropiada educación sanitaria o entrenamiento en una correcta técnica de inhalación, resulta en un efecto terapéutico menor que el óptimo, un mayor uso de dispositivos para mejorar el control de síntomas, una mayor frecuentación y uso de los servicios sanitarios, y un mayor coste para la sanidad

Evaluar la eficacia de dos intervenciones educativas para mejorar la técnica de inhalación en pacientes con EPOC.

: Diseño: Se trata de un ensayo clínico de preferencia parcialmente aleatorizado o diseño de cohorte comprensivo.

Población y muestra: Se han seleccionado a 465 pacientes con EPOC que reciben tratamiento inhalado por muestreo consecutivo en 9 centros de salud de la provincia de Málaga.

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico confirmado de EPOC en su historia clínica.
- Recibir la atención sanitaria en los centros de salud de la provincia de Málaga incluidos en el estudio.
- Tener prescrito tratamiento inhalado para la EPOC en forma de Turbuhaler®, cartucho presurizado, Accuhaler o Handihaler.
- Aceptar participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado

Abandonos: 80

Intervenciones: Se dividieron en 2 brazos, uno explicación con folleto demostrativo (intervención A) y otro explicación con aprendizaje con monitor (intervención B).

Variables: Resultado principal: realización correcta de la técnica de inhalación. Resultados secundarios: realización de espirometría.

Análisis estadístico: SPSS 15.0.

Duración del estudio: 3 meses. media, porcentaje, intervalo de confianza al 95%, y NNT. análisis por intención a tratar.

El grupo de preferencias (GP) tuvo una mejor evolución en la técnica de inhalación que el grupo de aleatorización (GA), fundamentalmente al finalizar la última visita. Destaca que la mejor evolución de la correcta técnica de inhalación ocurre en la Intervención B, teniendo un perfil de evolución similar entre el brazo de preferencias de la intervención B (BPB) y el brazo de aleatorización de la intervención B (BAB) (con una diferencia de un 6%), siendo más notable la mejoría en BPB. Con respecto a la Intervención A, mantienen una evolución

similar entre ambos, siendo mejor la evolución de la correcta técnica de inhalación para el brazo de aleatorización de la intervención A (BAA) que para el brazo de preferencias de la intervención A (BPA) (con una diferencia del 2%). A su vez, el perfil de la evolución del brazo de aleatorización control (BAC) es similar (aunque tiene menos mejoría) que la intervención A.

La importancia de realizar una buena técnica de inhalación radica en el aprendizaje de los pacientes para utilizar sus inhaladores.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 664

TÍTULO: INFLUENCIA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA DE LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPEÚTICO

AUTORES: GAVILÁN GUIRAO, FUENSANTA.; MARTÍNEZ LUQUE, L.; ADARRAGA CANSINO, MD.; VELASCO MALAGÓN, MJ.; DEL CAMPO MOLINA, E.; ZAMBRANA GARCIA, JL.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) entendida como la adecuación de las técnicas diagnósticas y de las medidas terapéuticas a la situación clínica del paciente, está considerada una práctica clínica de calidad tanto desde el punto de vista técnico, como ético y jurídico. Es por tanto deseable que el grado de LET se encuentre documentado en la historia clínica de los pacientes que ingresan en un Hospital lo que permite disminuir la variabilidad en la práctica clínica, evitar la obstinación terapéutica y mejorar los cuidados del paciente y la atención a los familiares

- 1) Calcular el porcentaje de historias clínicas en las que se documenta el grado de LET en los pacientes hospitalizados
- 2) Determinar si, en la práctica clínica habitual, la especificación del grado de LET en la Historia Clínica del paciente puede ser una herramienta útil de mejora de la calidad asistencial

Tras impartir durante un año charlas formativas sobre limitación de esfuerzo terapéutico a médicos y enfermer@s, realizamos un estudio transversal consistente en:

-1 Revisión de las historias clínicas de los pacientes ingresados en los servicios de MI, (Neumología, Cardiología, Digestivo y Medicina Interna), Cirugía, Traumatología e Intensivos para determinar en cuántos pacientes estaba documentado la indicación de LET y su grado.

2-Encuesta al personal médico y enfermero que recoge 11 ítems con 3 posibles respuestas (no, si y no varía) relacionados con la LET y la asistencia sanitaria y que quedan analizados en el apartado de resultados

De un total de 77 historias revisadas, el grado de LET estaba reflejado en el 75%

Participaron en la encuesta 49 sanitarios: el 59,2% eran enfermer@s, El rango de edad más frecuente fue de 36-45 (años 57%) con una frecuencia acumulada del 95,9% entre 46-56 años. De todos los encuestados el 55,1% eran mujeres.

En todos los casos (100%) se consideró que la especificación del grado de LET en la historia de un paciente homogeneizaba criterios de actuación entre médicos y enfermeros y entre los propios médicos, al tiempo que facilitaba el trabajo en equipo.

El 79,6% de los encuestados consideraban que disminuía la realización de pruebas diagnósticas fútiles y el 85% que también lo hacía la prescripción de tratamientos fútiles

Para el 91,8% disminuía el stress sanitario mientras que no variaba para el 8,2% restante

Las llamadas al médico de guardia disminuyeron para el 61,2%

El 65,3% consideró que mejoraba la aceptación de la enfermedad por parte de la familia, mientras que la mejor aceptación de ésta por parte del paciente no varió para el 48,9%.

Para el 85,7% de los encuestados, la especificación en la historia clínica del grado de LET es una herramienta útil para disminuir el encarnizamiento terapéutico y para el 91,8% ayuda a mejorar la calidad asistencial.

Conclusiones: La especificación en la historia clínica del paciente de la LET y su grado es una herramienta útil para la mejora de la calidad asistencial.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 665

TÍTULO: MEJORA DE LAS PRÁCTICAS DE DESINFECCIÓN DE LOS FONENDOSCOPIOS PARA DISMINUIR LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

AUTORES: EXPÓSITO SÁNCHEZ, CARMEN.; VILLAR TURÓN, R.; FONDEVILA LÓPEZ, J.; RUIZ, MA.; LAPRESTA, C.; REZUSTA, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los fonendos pueden convertirse en transmisores de microorganismos patógenos. Hay artículos que así lo indican.

La experiencia demuestra que hay diferencias en cuanto a la desinfección de los fonendoscopios por parte del personal sanitario.

Observamos un desconocimiento del método más eficaz para la desinfección de los fonendoscopios.

Evaluar por medio de un cuestionario estructurado, las prácticas de desinfección de los fonendoscopios del personal sanitario.

Identificar la presencia de gérmenes potencialmente patógenos en los fonendoscopios.

Influir en el personal sanitario para mejorar los hábitos y la frecuencia de limpieza de los fonendoscopios.

Determinar la relación existente entre la frecuencia de limpieza de los fonendoscopios y la contaminación de los mismos.

Conocer la efectividad en la desinfección de los fonendoscopios comparando dos métodos: alcohol 70% y toallitas comerciales (Menalind HartMann Laboratories).

Al personal que accedió a participar en el proyecto, se le entregó un cuestionario para caracterizar sus hábitos de limpieza con respecto al fonendoscopio. Después de rellenar el cuestionario, se tomaron muestras del diafragma del fonendoscopio y se enviaron a cultivar al laboratorio. Tras la toma de muestras, el fonendoscopio fue limpiado con alcohol de 70%, ó con toallitas comerciales (Menalind HartMann Laboratories). Seguidamente se volvieron a tomar muestras del diafragma y se volvieron a enviar a cultivar al laboratorio.

En una segunda fase, se analizaron los resultados de los cultivos obtenidos.

En una tercera fase se realizó una campaña informativa para concienciar al personal sanitario de la importancia de la desinfección de los fonendoscopios.

Posteriormente a esta campaña, se tomarán nuevas muestras y se pasará de nuevo la encuesta para evaluar la eficacia de las medidas adoptadas.

Se recogieron un total de 87 muestras.

El 65% del personal sanitario limpia el fonendoscopio menos de una vez por semana.

Un 11,5 % limpia el fonendoscopio después del contacto con cada paciente.

Se aislaron bacterias en el 90,8 de las muestras recogidas, siendo la mayoría bacterias no patógenas o patógenas oportunistas, aunque en cuatro de las muestras se encontraron bacterias potencialmente patógenas (2 SARM, 1 Pseudomon aeruginosa y 1 Acinetobact).

Los factores asociados estadísticamente con un menor crecimiento bacteriano es la limpieza del fonendoscopio entre pacientes y el uso de fonendoscopios compartidos.

Tanto las toallitas como el alcohol 70% mostraron una efectividad superior al 90% en la desinfección.

Conclusiones:

Actualmente la mayoría del personal sanitario no limpia los fonendoscopios con asiduidad.

El 91,8 de los fonendoscopios revelan que contienen microorganismos.

Tanto el alcohol como las toallitas presentan una efectividad en la desinfección, superior al 90%.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 666

TÍTULO: ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS Y SU IMPLICACIÓN EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE

AUTORES: CASTIELLA GARCÍA, MARINA.; PEREZ DEIZ, C.; REAL CAMPAÑA, JM.; NAVARRO PARDO, I.; PERRINO GARCÍA, MJ.; CARCELEN ANDRÉS, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Con la monitorización terapéutica se pretende asegurar el uso racional y apropiado de los medicamentos. Las intervenciones farmacéuticas contribuyen a ello ya que ayudan a resolver los problemas potenciales o existentes relacionados con el medicamento, optimizando así, la atención al paciente.

Análisis y valoración de la aceptación de las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas sobre la prescripción médica electrónica durante los años 2014 y 2015.

Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron las IF realizadas entre febrero-diciembre de 2014 y enero-diciembre de 2015 en 9 y 13 unidades de hospitalización (UH), respectivamente. Las IF se realizaron tras la revisión de la prescripción médica y del perfil farmacoterapéutico del paciente. El destinatario de la información fue el médico responsable de la prescripción. Variables registradas: datos demográficos del paciente y unidad de hospitalización; fármaco implicado, motivo de IF, forma de comunicación al interlocutor y grado de aceptación. La valoración de la aceptación se llevó a cabo semanalmente, a través de la información obtenida del programa informático, analizando los cambios relacionados con las intervenciones que se habían producido en la prescripción.

Durante los periodos de 11 y 12 meses, respectivamente, se registraron un total de 944 y 1.559 IF, lo que supone una media de 2,83 IF/día, en 2014 y 4,27 IF/día, en 2015. En cada periodo se realizaron 670 (71%) y 1.127 IF (75%) en 6 y 9 UH del hospital general y 236 y 358 en UH de traumatología, respectivamente.

Las IF se realizaron sobre 233 fármacos distintos en 2014 y 294 en 2015. En 2014 los principios activos implicados con más frecuencia fueron HBPM (19,3%), estatinas (17,6%), ARA2 (13,7%) y cefazolina (12,9%). En 2015 fueron HBPM (5,5%), levofloxacino (5,5%) estatinas 3,9%, amoxicilina/clavulánico 3% y ARA2 2,3%. La modificación de la dosis y/o frecuencia de administración fue el motivo principal de IF tanto en 2014 como en 2015: 43% y 48,7%. El 14% (2014) y 15,5% (2015) de las IF correspondieron a la suspensión del medicamento por duplicidad terapéutica, alergia, medicamento no indicado ó interacción, el 10% (2014) y 13,9% (2015) al mantenimiento del tratamiento domiciliario que no había sido prescrito y el 5,1% (2014) y 8% (2015) a la falta de introducción de las alergias medicamentosas en el perfil del paciente. La principal vía de comunicación fue por escrito en sendos periodos 73,6% y 68,1% (2015) seguida de la telefónica 20% y 21,9%. En cuanto al impacto, 80,6% y el 88,1% en 2014 y 2015, respectivamente fueron aceptadas.

El aumento de unidades con prescripción electrónica favorece la intervención farmacéutica. El grado de aceptación de las IF muestra su contribución a la optimización de la prescripción médica. La IF minimiza los riesgos y persigue el aumento de la calidad asistencial.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 667

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL HOSPITALARIA MEDIANTE EL USO DE LOS IQI: PROPUESTA METODOLÓGICA

AUTORES: CAMINO DURÁN, FRANCISCO.; VÁZQUEZ GONZÁLEZ, A.; DIAZ MARTÍNEZ, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Tras varios años de realizar el análisis de los indicadores de calidad asistencial IQI, en un hospital de referencia, se ha constatado que se realiza generalmente encargando a profesionales de distintas disciplinas su elaboración, en base a los objetivos anuales que se acuerdan para los Centros Sanitarios y sus Unidades de Gestión Clínica, sin una metodología concreta y en ocasiones finalizando con la simple emisión del mismo y su entrega a la Unidad Central encargada del seguimiento de los objetivos.

Proponer una metodología de análisis que contemple desde la elección de los indicadores a estudiar, la realización del informe, su difusión, la realización de propuestas de mejora y la evaluación de las mismas.

Se han analizado informes sobre los IQI realizados durante tres años para concluir en la elaboración de una propuesta metodológica homogénea, que sirva de referencia a los profesionales y/o Unidades de Gestión a los que se encargue la evaluación de estos indicadores, al objeto de culminar con la puesta en marcha de actuaciones de mejora.

La metodología propuesta se resume en:

1. Realizar el estudio evolutivo de dichos indicadores desde el año 2007 en adelante, analizando la tendencia de cada indicador y, seleccionando para su estudio:
 - Indicadores con tendencias ascendentes
 - Aquellos indicadores IQI cuyas razones estandarizadas sean superior a 1.
2. Los indicadores IQI seleccionados se analizan por la parte de la comisión clínica relacionada con el mismo que, emitirá un informe tras revisar las historias clínicas correspondientes en el que se propondrán medidas de mejora.
3. Los informes elaborados se presentarán a las direcciones de las UGC implicadas, acordándose las actividades a poner en marcha.
4. Se convendrá un plazo para iniciar la puesta en marcha de las actividades de mejora acordadas y para la evaluación de los resultados alcanzados.
5. El plazo indicado también contemplará el momento en el que se realizará un informe final de evaluación a remitir a las Unidades implicadas y a las de Control y seguimiento de los objetivos acordados por el Hospital y las UGC correspondientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 668

TÍTULO: EXPERIENCIAS EN ANÁLISIS DE DATOS Y CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD

AUTORES: MAGDALENA LÓPEZ, PILAR.; MARCUÑO CENDÓN, A.; MUÑOZ MELLA, MA.; CABADAS AVIÓN, R.; RODRÍGUEZ PANTÍN, L.; ENRÍQUEZ DE SALAMANCA HOLZINGER, I.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El circuito de Gestión de Riesgo Clínico y mejora de la calidad asistencial del Hospital incluye, a partir del mapa de riesgos, la planificación de una serie de acciones de mejora que se plasman en el Plan de Calidad y Seguridad del paciente. Se diseñan una serie de indicadores de calidad para realizar el seguimiento y evaluación de la implantación de estas acciones. Es crucial disponer de una herramienta que genere periódicamente estas medidas sin que ello suponga carga adicional de trabajo para el personal clínico. Se trata de una herramienta importante para identificar oportunidades de mejora que debe integrar automáticamente la actividad clínica con el seguimiento y evaluación de la calidad asistencial.

Desde el área de Tecnologías de la Información (TI) el objetivo es dar respuesta a estas necesidades estratégicas y es crear una herramienta que automáticamente genere dos tipos de medidas: indicadores periódicos de calidad asistencial e indicadores puntuales de investigación clínica y tratamiento de encuestas.

Hemos creado nuevos programas reutilizables con una serie de lenguajes de programación que acceden a la base de datos de la Historia Clínica Electrónica del Hospital y extraen, seleccionan y depuran los datos relativos a episodios de Hospitalización y Urgencias (valoraciones, cuidados, administraciones, medicación domiciliaria, etc.). Estos datos se cruzan con el registro de trazabilidad de pacientes, transformándose en un panel de resúmenes de casos por unidad de hospitalización, paciente, episodio y actividad. En el caso de indicadores de práctica clínica y tratamiento de encuestas, se desarrollan nuevos componentes que extraen los datos del registro clínico, calculan los tamaños muestrales representativos de la población de estudio y aplican minería de datos o modelos matemáticos de asociación, regresión y predicción, con programas estadísticos SPSS, Stata, R o Excel, hasta generar un informe de resultados para su interpretación y validación clínica.

Hemos conseguido automatizar el ciclo de vida de indicadores de calidad asistencial, que incluye: generar los resultados de las medidas, realizar la validación técnica con un test de pruebas sobre una batería de pacientes aleatoria y completar la puesta en marcha con la publicación y difusión en el Cuadro de Mando del Hospital, para su validación, interpretación periódica y análisis de tendencia. Además, aplicamos este tipo de análisis para generar indicadores de investigación clínica, como estudios de supervivencia, estudios predictivos, estudios de concordancia interobservador o tratamiento de encuestas de satisfacción de pacientes.

El análisis de datos y la ingeniería informática nos han permitido transformar la carga masiva de datos que se registra en la Historia Clínica Electrónica del Hospital en conocimiento inteligente de gran ayuda para la toma de decisiones de gestión clínica y de gran beneficio para la calidad asistencial.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 670

TÍTULO: ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL ALTA EN UN CENTRO DE CIRUGÍA DE ALTA RESOLUCIÓN

AUTORES: GOMEZ BUJEDO, LOURDES.; JURADO JIMÉNEZ, R.; LÓPEZ-MOSQUERA BAYÓN, E.; PÉREZ DE LA FUENTE, MJ.; GÓMEZ GRAS, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La conciliación de la medicación al alta es una de las actuales necesidades de los pacientes que precisan hospitalización. La falta de conciliación se ha identificado como fuente de errores de medicación y morbilidad asociadas a los procedimientos. Tras la cirugía en régimen ambulatorio o de corta estancia, la conciliación es más difícil de realizar que tras estancias hospitalarias prolongadas.

Revisar las estrategias puestas en marcha para la mejora en la conciliación de la medicación al alta en nuestra Unidad de Cirugía de Alta Resolución, así como los resultados obtenidos en los primeros años de implantación.

Como paso inicial, se elaboró un Protocolo de conciliación de medicación al alta que contó con la supervisión y el visto bueno de la Comisión de Seguridad del Centro.

La conciliación de la medicación en nuestra Unidad, se realiza en varias fases que implican tanto la consulta de preoperatoria de Anestesia como las prescripciones que se realizan el día de la intervención quirúrgica y del alta del paciente.

El Anestesiólogo que realiza la visita preoperatoria, recopila todos los fármacos que el paciente usa de forma habitual y los recoge en su formulario de historia clínica. Desde éste, la medicación (Con su dosificación y posología), se vuelca automáticamente al campo 'tratamiento conciliado' que aparecerá en el informe de alta del cirujano cuando dicho informe se redacte, facilitando así su inclusión en el mismo.

El día de la intervención, y generalmente del alta, el cirujano comprueba la medicación anotada por el anestesiólogo, contrastándolo con la información que da el propio paciente; y con los datos de la Historia de Salud de Andalucía (Diraya), a los que también tiene acceso por vía electrónica, desde la historia clínica del paciente.

Una vez finalizado este proceso, se elabora el tratamiento definitivo, al que se añaden los fármacos que el proceso intercurrente (en este caso intervención quirúrgica), haga aconsejables.

El personal de enfermería asignado a hospitalización, revisa el informe, y el tratamiento con el paciente y sus acompañantes, dándole opción a que resuelva las dudas que puedan surgirle.

El protocolo se redactó y aprobó en 2012. Entre 2013 y 2014 se pusieron en marcha las medidas descritas y se formó al personal implicado. El porcentaje de informes de alta con la medicación correctamente conciliada conciliación, fue de un 80%. En 2014 y de 100% en 2015.

Consideramos que la motivación del personal facultativo, el conocimiento del problema y las estrategias facilitadoras descritas, son los pilares fundamentales de esta mejora,

La continuidad asistencial sale beneficiada, evitándose duplicidades, interacciones e incluso posibles efectos tóxicos de algunos fármacos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 671

TÍTULO: EQUIPO DE TERAPIA INTRAVENOSA DE GESTIÓN AUTÓNOMA: IMPLANTACIÓN Y EVOLUCIÓN

AUTORES: MORAZA DULANTO, M^a INMACULADA.; ARMENTEROS YEGUAS, V.; TOMAS LOPEZ, A.; CRISTOBAL DOMINGUEZ, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Según el EPINE 2013 el 70% de los pacientes hospitalizados requieren terapia intravenosa y el 15% de ellos presenta una infección relacionada con el acceso vascular.

Con el fin de mejorar la seguridad del paciente, se realizó un ensayo clínico para evaluar la efectividad de una intervención consistente en la implantación de recomendaciones de Cuidado Vascular de la Guía de Práctica Clínica RNAO.

La intervención consistió en una valoración proactiva del dispositivo más adecuado según el tipo y duración de la terapia de infusión (línea media-LM o catéter central de inserción periférica-PICC), su inserción mediante técnica eco-guiada y el seguimiento de las posibles complicaciones. Esta intervención era llevada a cabo por enfermeras expertas trabajando en colaboración con otros profesionales. Los resultados del ensayo demostraron una disminución de la estancia media y del número de dispositivos necesarios para finalizar el tratamiento. Este estudio dio pie a la ideación y puesta en marcha del servicio de terapia intravenosa en nuestra organización.

Describir la experiencia de implantación y evolución de un Equipo de Terapia Intravenosa de gestión autónoma (2012-2105)

En 2012 el ETI se formó dependiente de la Unidad de Hospitalización de Oncología-Hematología. Se difundió su disponibilidad en sesiones clínicas. Desde entonces da respuesta a pacientes de cualquier especialidad con necesidad de terapia intravenosa de una duración prevista mayor de 7 días o con sustancias irritantes o vesicantes.

Su cartera de servicios incluye la inserción de LM y PICC eco-guiados, el seguimiento de los dispositivos y complicaciones (en colaboración con otros servicios) y la formación en cuidado vascular. Participa en grupos de expertos a nivel nacional e internacional y desarrolla investigación e innovación con la introducción y evaluación de nuevos sistemas y dispositivos.

En 2015 el ETI se configuró como un Equipo de Gestión autónomo tras la presentación a la Dirección del proyecto con sus propios objetivos, indicadores de actividad y autogestión del recurso material y humano. Su actividad se organiza a través de una agenda basada en interconsultas realizadas en la Historia Clínica Electrónica al igual que cualquier otro Servicio Médico.

La evolución de actividad ha ido en progresión continua con 430 catéteres insertados en 2012, 863 en 2013, 1365 en 2014 y 1848 en 2015.

Los resultados de 2015 vienen definidos por un 79,6% de dispositivos retirados con éxito, un 1,9% de trombosis relacionada con catéter y una incidencia de bacteriemia de 0,14/1000 días de uso de catéter. Estos resultados muestran una mejora en la seguridad del paciente.

Podemos concluir que es posible desarrollar con éxito un servicio enfermero de práctica avanzada en terapia intravenosa de gestión autónoma, pudiendo ser implantando en otras organizaciones.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 672

TÍTULO: EL BARÓMETRO SOBRE APLICACIONES MÓVILES DE SALUD. UNA HERRAMIENTA PARA MONITORIZAR EL AVANCE DE LA MHEALTH EN ANDALUCÍA

AUTORES: HERRERA-USAGRE, MANUEL.; ESCOBAR-UBREVA, A.; BUIZA-CAMACHO, B.; FERRERO ÁLVAREZ-REMENTERIA, J.; SANTANA-LÓPEZ, V.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En la actualidad, se está experimentando un desarrollo cada vez mayor de la e-sanidad, y en particular de la mHealth, de la cual hay que aprovechar para analizar, fomentar e impulsar iniciativas en este ámbito, pues es un elemento ineludible del futuro del mundo de la salud (ONTSI, 2016). De acuerdo con Deloitte, en 2013 el mercado de la mHealth suponía 2.400 millones de euros y se estimar que para 2018 alcance los 21.500 millones con una tasa de crecimiento del 55% anual. Esta expansión del mercado, debe verse acompañada por una monitorización de las expectativas, deseos, necesidades y barreras de la ciudadanía.

Analizar las opiniones y expectativas de la ciudadanía sobre el conocimiento, uso y expectativas sobre las aplicaciones móviles en salud, de manera que se hace un diagnóstico de los patrones de percepción y uso actuales de la población andaluza respecto a la mHealth.

Encuesta "Barómetro sobre aplicaciones móviles de salud" (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2016). Población: Población andaluza mayor de 18 años. Periodo: marzo de 2016. N=1069 encuestas telefónicas. Nivel de confianza 97% (p=0,5). Error muestral: ±3%.

El 70,9% de la ciudadanía Andaluza de 18 o más años son potenciales clientes para el mercado de las Apps de salud, ese mercado comprende unos 4,8 millones de andaluces/as de 18 o más años. El 58,8% de la ciudadanía andaluza de 18 o más años que dispone de dispositivo conoce alguna App de Salud y el 63,8% de ellos utiliza alguna de esas Apps de Salud que conoce, lo que se traduce en que un 28,8% de la ciudadanía andaluza de 18 o más años que dispone de algún dispositivo conoce y utiliza Apps de salud, es decir, casi 2 millones de andaluces/as de 18 o más años usan App de Salud. Los principales motivos por los que la población no utiliza dichas aplicaciones son: que no las necesitan (41,1%), que prefieren el contacto directo con el médico (16%), que no tienen suficientes conocimientos (13,7%) y que desconocían la existencia de estas Apps (12%). Un 87,3% de la ciudadanía que usa estas aplicaciones dice tener bastante o mucha confianza en dichas Apps, un 11,1% indica alguna confianza y solo un 1,3% dice tener poca o ninguna confianza. Seis de cada diez usuarios de Apps de Salud desconoce si existen profesionales sanitarios que avalan la seguridad de las Apps que utiliza. Un 21,6% de ellos dice que hay profesionales sanitarios que avalan la seguridad en todas las Apps de Salud que utiliza.

Conclusiones: A pesar de que existen barreras importantes en cuanto a la difusión y uso de aplicaciones móviles en salud, una buena parte de la ciudadanía andaluza está haciendo un uso responsable de las mismas. Cuestiones como la seguridad y fiabilidad de las apps en salud es un tema que debe ser abordado por las instituciones y profesionales sanitarios.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 673

TÍTULO: MODELO DE SEGUIMIENTO DE LOS OBJETIVOS ECONÓMICOS DE LAS UGCS COMO INSTRUMENTO DE GESTION CLINICA Y DE SOSTENIBILIDAD

AUTORES: SÁNCHEZ LEÓN, IRENE.; SIMÓN VALERO, A.; CALVO CUENCA, J.; MAYOR CALLEJÓN, I.; TIERNO ALONSO, MJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Dentro del desarrollo del modelo de Gestión Clínica del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), los Acuerdos de Gestión son el instrumento del que se dota a la Dirección Gerencia de los hospitales del Servicio Andaluz de Salud (SAS) para establecer anualmente los objetivos a alcanzar por sus Unidades de Gestión Clínica (UGC) y la dotación de recursos para la consecución de los mismos

En dichos Acuerdos hay establecidos unos objetivos de desarrollo crítico, entre los que se encuentran los objetivos económicos de consumo de recursos de los Capítulos de gasto II y IV (Gastos en bienes corrientes y servicios y transferencias corrientes)

Para el seguimiento de los objetivos económicos de los Acuerdos de Gestión suscritos con las UGCs del Hospital Universitario Reina Sofía (HURS), se ha desarrollado un sistema de información adaptado a las necesidades de los responsables de dichas UGCs, como instrumento de gestión que permita la consecución de los mismos y el análisis de resultados obtenidos

El sistema de información utiliza las bases de datos de consumos disponibles, "Réplica de SIGLO", "Dominion" para consumo de farmacia y "Gestor" para consumo de ortopedia.

La herramienta elegida para el desarrollo es Microsoft Office 7, único software disponible que permite el acceso mediante ODBC a los datos y la presentación dinámica de la información. Se ha realizado un sistema de Información mediante la integración de Microsoft Access como herramienta de base de datos y Microsoft excell como herramienta de presentación mediante tablas dinámicas.

El sistema posibilita el seguimiento mensual consumos, mediante la generación de informes que permiten:

- La comparación del consumo del ejercicio actual con el consumo del mismo periodo del ejercicio anterior
- La comparación del consumo del ejercicio actual con el objetivo establecido en el Acuerdo de Gestión
- La comparación del consumo en los diferentes niveles de Catálogo de Bienes y Servicios
- Análisis de desviaciones, económicas y técnicas
- Seguimiento del Plan de eficiencia de la UGC

Para analizar estos resultados, mensualmente se mantienen reuniones entre la Unidad de Control de Gestión y los responsables de las UGCs, así como con la Dirección Gerencia y el equipo directivo del HURS

La disponibilidad en el HURS de un sistema de seguimiento y control del objetivo de consumo adaptado a las necesidades de información específica de los distintos usuarios (Dirección Gerencia y Equipo Directivo, Directores de Unidades Clínicas y no Clínicas) y que tiene las siguientes características:

- Ágil
- Útil para el destinatario,
- Fácil de usar
- Flexible y dinámico

En conclusión, el sistema de seguimiento de los objetivos de consumo individualizado por UGC, es una herramienta que contribuye de forma significativa a la consecución de los mismos y a la sostenibilidad del SSPA, como lo demuestra el % de variación de consumos obtenido en el periodo 2015/2012 de un -7,95%

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 674

TÍTULO: IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE CLASIFICACION Y AVISO A PACIENTES DE URGENCIAS

AUTORES: GARCIA CAÑADAS, MANUEL ANGEL.; MARFIL VICENTE, CA.; RAMIREZ CUERVA, RA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los puntos de urgencias del Distrito Sanitario Almería se encuentran en ocasiones saturados de pacientes, para intentar mejorar la asistencia sanitaria se ha pensado en establecer un sistema de pantallas informativas y clasificación, para que los usuarios del sistema puedan tener información en tiempo real de la situación de las consultas, y se puedan priorizar a los pacientes en situación mas grave.

Los objetivos que planteamos con este sistema es mejorar la comunicación con los pacientes mediante una serie de pantallas informativas de forma que en tiempo real los pacientes pueden ver en que situación se encuentran.

Otro de los objetivos es utilizar estas pantallas informativas para avisar a los usuarios de las urgencias, de cuanto tiempo que pasar a consulta y a que consulta tienen que ir.

También se pretende agilizar la atención de urgencias y reducir el tiempo de los usuarios en las mismas.

La implementación de este sistema ha tenido un coste cero para el distrito, se han reutilizado pantallas de infosalud que no se estaban utilizando.

El desarrollo de la aplicación informática a sido realizada por el área TIC del distrito sanitario del distrito Almería, de forma que el coste del mismo ha sido cero.

Para llevar a cabo este proyecto se han utilizado herramientas de software libre, de esta forma se ha conseguido que el desarrollo de todo el proceso no ha supuesto ningún coste para la organización.

Los resultados obtenidos han sido muy favorables, la aceptación de la aplicación por parte de los profesionales de urgencias ha sido muy buena.

Los usuarios de las urgencias también han aceptado muy bien las pantallas de información, ya que cuentan con una información en tiempo real que antes no tenían.

Gracias a este sistema, junto con la consulta de triaje, se ha conseguido reducir el tiempo de espera de los pacientes en urgencias.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 675

TÍTULO: ¿CUÁLES SON LOS GRUPOS DE RIESGO DE EXCLUSIÓN PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA MHEALTH EN LA ATENCIÓN SANITARIA ANDALUZA?

AUTORES: HERRERA-USAGRE, MANUEL.; BUIZA-CAMACHO, B.; ESCOBAR-UBREVA, A.; SANTANA-LÓPEZ, V.; FERRERO ÁLVAREZ-REMENTERIA, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La alta tasa de penetración de las tecnologías móviles emergentes en la población (smartphones, tablets, wearables, etc.) es hoy una realidad que ofrece grandes posibilidades para la mejora de la atención sanitaria. No obstante, las barreras pueden ser todavía un freno para su desarrollo y tenerlas bien identificadas es importante a la hora de establecer estrategias de implantación eficaces.

Delimitar cuáles son las características sociales que mejor predicen las situaciones de riesgo de exclusión y vulnerabilidad a la hora de utilizar una aplicación móvil que permita guardar y compartir información personal de salud con los profesionales sanitarios.

Encuesta "Barómetro sobre aplicaciones móviles de salud" (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2016). Población: Población andaluza mayor de 18 años. Periodo: marzo de 2016. N=1069 encuestas telefónicas. Nivel de confianza 97% ($p=0,5$). Error muestral: $\pm 3\%$. Técnica analíticas: Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y Análisis de Regresión Logística (ARL). Variable dependiente: "¿Cuánto le gustaría disponer de una App de Salud que le permita guardar y compartir con profesionales sanitarios información personal de salud, consultar información, realizar trámites sanitarios, etc.?" Escala 0-10 (variable dicotomizada: 0-7=No y/o con dudas; 8-10=Sí, le gustaría mucho). Variables independientes: Género, edad, nivel educativo, situación profesional, tamaño de hábitat, Índice de Aceptabilidad de la mHealth (IAmH), familiares con dependencia, cronicidad y estado de salud subjetivo

En primer lugar se calculó el IAmH, un índice sintético elaborado a partir de un AFE con 10 preguntas sobre el grado de aceptabilidad, confianza y expectativas en las aplicaciones móviles de salud. Posteriormente se realizó un ARL con la variable dependiente dicotomizada usando la técnica "paso a paso hacia atrás". Después de eliminar las variables menos significativas (nivel de estudios, situación profesional, estado de salud subjetivo y familiar con dependencia) el modelo final presentó un pseudo $R^2=36,2\%$ de la varianza explicada.

Conclusiones: Un 58,5% de la población andaluza mayor de 18 años está muy dispuesta a utilizar aplicaciones móviles que permitan compartir información de salud personal con los profesionales sanitarios. Esta alta disposición tiene un perfil socio-demográfico que identifica claramente las situaciones de riesgo y vulnerabilidad en el ámbito de la mHealth: Los hombres tiene un 48% menos de probabilidades que las mujeres, las personas mayores de 60 años tienen 4,5 veces menos probabilidades que las personas de entre 30 a 44 y aquellos que tienen la mínima puntuación en el IAmH tienen 3,6 veces menos probabilidades que aquellos que puntúan más. Por otro lado, las personas que viven en núcleos de entre 50.000 a 100.000 habitantes tienen un 17,6% menos probabilidades que los que viven en entornos por encima de esa cifra.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 676

TÍTULO: LEAN HEALTHCARE. APLICACIÓN DE LA METODOLOGIA 5'S

AUTORES: PUMAR DELGADO, DAVID.; MOMPÓ AVILÉS, C.; GIMENO RUBERTE, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La herramienta más utilizada de la gestión Lean es el método 5'S (mejora del orden y la seguridad en los procesos).

El Consorci Sanitari Integral (CSI) inicia la implementación en el 2011 mediante la realización de Micro-Auditorías 5'S mensuales. El enfoque de esta manera de implementar las 5'S es generar normas de estándar para mejorar la actividad diaria y conseguir que la filosofía llegue a toda la organización.

El objetivo del CSI es la implementación de esta herramienta para mejorar la organización operativa de los procesos, la seguridad del paciente y la del profesional.

Etapas de la incorporación de un proceso al método 5'S:

- * Formación de 4 horas: teoría y aplicación de las 5'S / Kanban (gestión de los materiales)
- * Adaptación del check-list 5'S a la estructura de cada proceso.
- * Si la situación inicial lo requiere, se realiza un Kaizen 5'S (proyecto de 2 o 3 días para conseguir unas condiciones mínimas para iniciar las auditorías).
- * Inicio de la sistemática de mejora mediante auditorías mensuales. En las auditorías 5'S se siguen las etapas del método:
 - Eliminar todo lo que no es necesario.
 - Ordenar lo que es necesario.
 - Limpiar o eliminar las fuentes que generen suciedad.
 - Estandarizar.
 - Mantener.
- * Realización de las acciones identificadas.
- * Compartir los resultados con los integrantes del equipo.

Una vez al año cada proceso recibe asesoramiento metodológico para mantener la sistemática definida y soporte de la Dirección para fomentar la importancia del tema.

Resultados:

- * Actualmente la herramienta está implementada en el 73% de los procesos clave (16/22 procesos) y en el 40% del total de procesos de la organización (28/70 procesos). Se realizan más de 60 auditorías cada mes.
- * En el año 2015 el 84% de los procesos alcanzaron sus objetivos de resultado de la auditoría 5'S que se habían marcado en la planificación estratégica.
- * Desde el inicio de la sistemática en julio del 2011, se han cerrado más de 4.500 acciones de mejora 5'S. Actualmente se cierran acciones a una velocidad de 100 acciones cerradas/mes.
- * Se ha incrementado cada año la cantidad de horas de formación realizadas en 5'S. Actualmente 275 h recibidas por año.

Conclusiones:

- * La metodología de las 5'S ayuda a sistematizar el orden y la seguridad en los procesos, gracias a la realización de muchas pequeñas acciones de mejora (atomización de la mejora).
- * Tan importante como la realización de las acciones de mejora es el cambio cultural que necesita la organización, por eso es importante que la herramienta sea muy participativa.
- * Es necesario que la herramienta esté en revisión continua. Desde el 2011 se han realizado dos revisiones con cambios tanto de check-list como de la sistemática. Ejemplos:
 - Cambio del check-list para añadir conceptos nuevos y eliminar conceptos consolidados.
 - Incorporación de la Dirección en la realización de las auditorías.
 - Creación de un equipo experto en 5'S con el objetivo de dar refuerzo al resto de procesos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 677

TÍTULO: SEGURIDAD DEL PACIENTE Y USO DE SISTEMA DE NAVEGACIÓN Y DETECCIÓN DE PUNTA DE CATÉTER CENTRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: TOMAS LOPEZ, M^a ARANZAZU.; MORAZA DULANTO, MI.; ARMENTEROS YEGUAS, V.; CRISTOBAL DOMINGUEZ, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La correcta ubicación de la punta de un catéter venoso central es fundamental para disminuir los riesgos y evitar complicaciones para el paciente.

En la actualidad existen nuevos métodos para determinar la ubicación de la punta de catéter intra-procedimiento, como el sistema Sherlock 3CG que consta de un sistema electromagnético que localiza la progresión del catéter hasta Vena Cava Superior (VCS) y un sistema electro-cardiográfico intracavitario (ECG-IC) para determinar la posición en unión cavo-atrial. Esto evita la necesidad de realización de radiografía posterior, y minimiza el riesgo de malposición o migración de la punta de catéter en la inserción.

Describir los beneficios de la utilización de un sistema de navegación y detección de punta de catéter intra-procedimiento mediante la descripción de un caso.

Paciente de 21 años de edad, ingresada a cargo de Medicina Interna para estudio de Hemorragia Digestiva en paciente anticoagulada por trombosis de vena yugular derecha de etiología desconocida.

Se realiza interconsulta por necesidad de acceso venoso central de doble luz para infusión endovenosa continua de Heparina Sódica. La paciente es portadora de línea media (insertada mediante técnica micro-seldinger eco-guiada 5 días antes por el equipo de terapia intravenosa) en vena basilica de extremidad superior izquierda.

Se realiza recambio de catéter sobre guía para la colocación de Catéter Central de Inserción Periférica (PICC) de doble luz, 5 Fr. No se utiliza el Sherlock 3CG, por no estar disponible en ese momento. El recambio se realiza sin complicaciones, la progresión del catéter se produce sin dificultad, se comprueba yugular izquierda estando limpia.

Se realiza comprobación radiológica posterior comprobándose ubicación de la punta de catéter en yugular contralateral (derecha, trombosada). La migración a la yugular ipsilateral es frecuente, no así la migración a la yugular contralateral.

Para la reubicación del catéter utilizamos el Sherlock 3CG, comprobando in situ en todo momento la posición de la punta del catéter y su correcta progresión hacia vena cava superior. Sin la utilización del Sherlock hubiera sido necesaria la intervención de radiología vascular, con el retraso, la radiación y el coste que ello conlleva.

La utilización del Sherlock en la primera intervención hubiera evitado un riesgo para el paciente por la migración del catéter a una vena trombosada. En este caso no hubo daño para la paciente. El catéter fue retirado 15 días después por fiebre y fin de tratamiento, con hemocultivos y cultivo de punta de catéter negativo.

La utilización de sistemas de navegación y detección de punta de catéter intra-procedimiento aumentan la seguridad del paciente, evitando la migración de los catéteres en la inserción, disminuyendo la radiación a los pacientes y permitiendo un inicio más temprano de la terapia intravenosa

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 678

TÍTULO: LEAN HEALTHCARE. APLICACIÓN EN SANIDAD

AUTORES: GIMENO RUBERTE, CARMEN.; PUMAR DELGADO, D.; MOMPÓ AVILÉS, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La trayectoria en herramientas de gestión del Consorci Sanitari Integral (CSI) ha evolucionado de la siguiente manera:

- EFQM, 1998 primera autoevaluación
- Gestión por procesos, a partir del 2001
- Diversas certificaciones ISO, entre 2003 y 2010

Siendo cada herramienta de gestión complementaria con la anterior.

En el 2008 se identifica la necesidad de introducir la búsqueda de la eficiencia de los procesos a través de la metodología Lean Healthcare. Sistemática de gestión que deriva del Lean Management originaria del automóvil.

El Lean tiene objetivos de mejora de la calidad operativa, la reducción de los tiempos del proceso, el uso eficiente de los recursos y el aumento de la motivación.

La aplicación del Lean Healthcare en el CSI tiene dos capas:

1 El desarrollo de conceptos de la filosofía Lean:

- Poner el centro de atención donde se agrega valor
- Identificar las actividades que no agregan valor (derroches) con el objetivo de eliminarlas
- Dar soporte en el lugar de trabajo (gemba)

2 El desarrollo de herramientas integradas con la gestión por procesos para conseguir aplicar la filosofía Lean.

El objetivo es generar una estructura de herramientas específicas de gestión Lean, desarrolladas internamente, y de uso sencillo i accesibles para toda la organización.

Se ha desarrollado una matriz de evaluación[©] con todos los conceptos que se quieren desarrollar y 5 niveles de integración.

Las herramientas se estructuran en dos pilares:

- Pilar organizativo: para generar estándar operativo.
- Pilar técnico: para mejorar la eficiencia de los flujos y de los tiempos de proceso.

Resultados:

- * El 59% de los procesos trabajan con esta metodología.
- * La formación es base para integrar la filosofía en la organización. Se dispone de una ruta formativa Lean con 13 cursos y más de 300 personas formadas cada año.
- * La sistemática se evalúa anualmente con los procesos implicados en una jornada de feed-back, con una satisfacción de 8,4 sobre 10.

Conclusiones:

- * La matriz de evaluación (conceptos a desarrollar x niveles de integración) permite saber que herramientas ir desarrollando, así como evaluar la situación actual.
- * El pilar organizativo nos permite integrar lo que se necesita para gestionar el proceso:
 - Requisitos externos: acreditaciones, seguridad del paciente, LOPD, seguridad laboral, etc.
 - Recursos de otros procesos internos:
 - Descripciones de puestos de trabajo.
 - Mantenimientos preventivos.
 - Etc.
- * Se trabaja para desarrollar herramientas que puedan utilizar el mayor número de profesionales, con el objetivo de evolucionar de pocos macroproyectos a muchas microacciones de mejora.
- * Comenzamos a gestionar la organización por procesos (no sólo gestión de procesos) con herramientas que facilitan la gestión entre procesos:
 - Panel Andón de estado del hospital y toma de decisiones estandarizadas.
 - Indicadores en cascada.
 - Puertas de calidad cliente-proveedor internos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 679

TÍTULO: ESTUDIO DE OCUPACIÓN Y NECESIDADES DE PERSONAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: I FASE

AUTORES: PEREDA MAS, ARTURO.; MATEO PEREA, G.; TORRANO GARCÍA, R.; PORTO GALLEGO, MT.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los estudios de ocupación de un Unidad de enfermería sirven habitualmente para poder planificar las necesidades de recursos humanos. Esta programación habitualmente lineal a lo largo del año, permite la correcta dotación en unidades con un porcentaje de ocupación estable. Sin embargo, en unidades en las que existen gran variabilidad en la ocupación, esta estimación lineal no es suficiente y puede generar problemas de dotación de personal tanto por defecto como por exceso.

Conocer la ocupación media histórica de una unidad de cuidados intensivos pediátricos.

Poder adelantar las previsiones de recursos humanos en los picos de ocupación repetidos a lo largo de los años.

Análisis descriptivo de las bases de datos del hospital, donde está registrada la ocupación de los últimos 6 años

Se ha estudiado la media de ocupación mensual de una unidad con un ratio enfermera/paciente de 1:2.

La media histórica de ocupación de la unidad en estos 6 años es de 7,0 niños, que genera unas necesidades de 4 enfermeras por turno. Hemos podido comprobar un pico estacional repetido todos los años, entre enero y marzo, en el que la ocupación sobrepasa 8,5 niños/día durante el cual las necesidades de enfermería aumentan en una por turno de trabajo.

Hemos observado que existen 2 picos de ocupación desestacionalizados que se repiten a lo largo de todos los años analizados, en junio y octubre, con una ocupación media de 7,6 y 7,9 niños respectivamente, y un mínimo anual, sin apenas variaciones entre los años estudiados, en los meses de agosto y septiembre de 5,1 y 4,9 niños respectivamente, sin llegar a superar ningún año los 6,1 niños de media de ocupación, que permiten una disminución de plantilla de una enfermera por turno.

Según este análisis, se tendrá prevista esta necesidad desde recursos humanos, que generará un aumento de plantilla de una enfermera por turno en los meses de junio y octubre y se programarán las horas libres que generan los contratos de verano para el mes de septiembre.

En la presentación final se expondrán los resultados obtenidos en los meses de junio y septiembre y si se han cumplido las previsiones esperadas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 680

TÍTULO: INFORMANDO A LOS GESTORES

AUTORES: MONTESINOS LOPEZ, EVA MARIA.; CASAS MOYA, MS.; MARTINEZ HERNANDEZ, JM.; TAPIA DOMINGUEZ, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Cuando la información debe ser procesada en lapsos cortos de tiempo y es necesaria para la toma de decisiones, en ocasiones vinculadas al uso o no de recursos, se precisa un sistema capaz de ser elaborado, analizado y comunicado en el menos tiempo posible. Los actuales sistemas de información asistenciales son sistemas pesados necesariamente para garantizar los accesos legítimos y evitar fugas de información o intrusiones en los mismos. De la misma manera el diseño de informes y explotación precisa de un nivel técnico muy alto lejano a los profesionales de a pie. El Servicio de Admisión es el encargado de identificar, validar y gestionar el parque de camas disponibles a diario comunicando al equipo de Dirección Asistencial y a los diversos Directores de Unidades de Gestión Clínica las solicitudes de cama, tanto urgente como programada, y la disponibilidad existente en el centro.

Implantación de un subsistema de información de fácil registro y sostenible en el tiempo que permita aglutinar la información existente en diversos sistemas de información y que permita la toma de decisiones y el análisis de eventos pasados y su evolución temporal.

La sustitución del Sistema de Información Hospitalario en nuestro centro por un sistema corporativo conllevó una momentánea laguna en la visión global de la gestión de camas, recurriendo a diversos sistemas de registro manual que permitiera analizar la situación puntual en varios momentos críticos de la jornada. El uso continuado de esos registros y el feed back de los profesionales a los que iba dirigido, aconsejó la estandarización del formato de los mismos y su volcado a hojas de cálculo que contienen los registros diarios de movimientos de hospitalización y de urgencias, las solicitudes de hospitalización a las 15 horas, la gestión de aislamientos y la hospitalización de pacientes ectópicos de sus áreas naturales.

Se confeccionaron dos libros de excell, uno para los movimientos de hospitalización y urgencias, de registro diario con resumen mensual; y otro de registro diario con la relación de aislamientos con expresión de la causa de la misma y observaciones de Medicina Preventiva.

Dichos libros de excell se distribuyen a diario por correo electrónico al equipo directivo asistencial y los directores de unidad.

El uso continuado de esos subsistemas de fácil registro, interpretación y difusión ofrece a los profesionales una información valiosa del recurso cama, su disponibilidad o no, y apoya la toma de decisiones, en ocasiones difíciles, como puede ser la suspensión de programación, la apertura de áreas asistenciales extras, o la gestión de traslados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 681

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS CUIDADORAS DE PACIENTES DEPENDIENTES

AUTORES: PÉREZ RIVAS, FRANCISCO JAVIER.; LASHERAS LOZANO, ML.; CÁRDENAS VALLADOLID, J.; MINGUET ARENAS, C.; PIRES ALCAIDE, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El cuidado familiar de un enfermo dependiente es una actividad compleja que puede afectar negativamente a la salud de la persona cuidadora. Desde los servicios de Salud Pública y Atención Primaria se ha diseñado e implementado un protocolo clínico y una variedad de instrumentos para potenciar la realización de medidas preventivas y de promoción de la salud y asegurar una atención integral a las personas cuidadoras.

Evaluar el protocolo de atención a la persona cuidadora del paciente dependiente (PCPD).

Tipo de estudio: Análisis descriptivo de revisión de historias clínicas

Ámbito de estudio: 262 centros de salud (CS) de la Gerencia de Atención Primaria.

Periodo estudio: 1/04/2015 al 31/03/2016.

Instrumentalización:

- Diseño de un sistema de registro en la historia clínica electrónica (HCE) para identificar y registrar el proceso de atención a las PCPD.
- Elaboración y difusión de una guía breve para los profesionales, con los contenidos relevantes del protocolo.
- Inclusión en la HCE de planes de cuidados estandarizados para los diagnósticos de cansancio del rol del cuidador y riesgo de cansancio.
- Distribución en los CS de folletos divulgativos para mejorar la capacidad de autocuidado de las PCPD.
- Diseño de un taller de educación para la Salud grupal dirigido a PCPD.
- Realización de 11 cursos sobre el protocolo de atención, la guía breve, el taller de EPS y el sistema de registro en la HCE.

Mediciones:

- Indicadores definidos en el protocolo de Atención integral a la PCPD.
- Se han identificado 1646 PCPD (cobertura del 3,4% sobre el total de pacientes inmovilizados).
- Al 92% se les ha realizado alguna intervención de promoción de la salud y prevención y el 88,3% tienen realizada una valoración por patrones funcionales de

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 682

TÍTULO: LA FORMACION EN SEGURIDAD CLINICA COMO COMPONENTE DE MEJORA EN CALIDAD

AUTORES: DE LA FUENTE ALONSO, ANGEL.; TORRES MANRIQUE, B.; GOMEZ-ULLATE RASINES, S.; TEJA BARBERO, JL.; MARTINEZ SANTIAGO, R.; VILLORIA DIEZ, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La formación en seguridad clínica permite sensibilizar a los profesionales de un servicio de salud en la importancia de la atención sanitaria segura. Por ello, a través de la formación se pretende obtener como resultado un cambio en las competencias y en las actitudes de la práctica diaria de todos los profesionales del servicio de salud.

- Explicar las acciones formativas impartidas relacionadas con la seguridad clínica.
- Describir el perfil del profesional que se ha formado en seguridad clínica.
- Describir el grado de satisfacción de los profesionales con los cursos impartidos relacionados con la seguridad clínica.

Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Para el estudio, se seleccionaron las actividades formativas de la categoría de seguridad clínica durante el año 2015 en el servicio de salud. La muestra total de profesionales destinatarios de acciones formativas fue de 7.661 a 31 de diciembre de 2015. Para la explotación de los datos de todas las actividades formativas se utilizaron herramientas Business Intelligence (BI) realizándose posteriormente su análisis a través de una hoja de Excel creada para este fin.

Durante el año 2015 se impartieron 9 cursos relacionados con la seguridad clínica resultando el tercera área con mayor número de acciones formativas. El número de profesionales inscritos fueron 1.127 siendo 628 los profesionales que cursaron las acciones formativas. La media de cursos por profesional fue 1,03 cursos. Por sexo, el 84,87% fueron mujeres frente a un 15,13% de hombres. Las categorías profesionales que recibieron la formación fueron 58,76% del grupo A2, 16,56% del grupo C2 y un 16,40% del A1. La valoración global en las encuestas de opinión sobre los cursos de los profesionales fue 8,20 sobre 10 y para el aula virtual y el profesorado fue 8,11.

La formación en seguridad clínica es un componente de mejora para sensibilizar a los profesionales del servicio de salud tanto sanitario como no sanitario. Para el año 2016, se están planificando y organizando acciones formativas dado el alto número de inscripciones recibidas, la buena valoración obtenida así como desarrollo de la estrategia de la organización. Los temas de la seguridad clínica que se abordarán serán higiene de manos, cirugía segura, infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, cultura, notificación de eventos adversos. Por tanto, la formación en seguridad clínica debe ir orientada a la cultura de seguridad, a las actitudes de los profesionales y a los procesos asistenciales.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 683

TÍTULO: NUEVO CIRCUITO QUIRURGICO

AUTORES: CASAS MOYA, MARIA SOLEDAD.; MONTESINOS LOPEZ, EM.; CASTELLON GOMEZ, F.; MARTINEZ HERNANDEZ, JM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La optimización de los tiempos quirúrgicos pasa por varios factores, el primero de ellos es la presencia del paciente en el lugar adecuado en el tiempo adecuado, para así dar comienzo a la secuencia de actuaciones asistenciales para resolver el proceso.

Cambio en la secuencia temporal de admisión de pacientes con el fin de adelantar el comienzo efectivo de la intervención quirúrgica. Coordinación con otros agentes para disminuir los tiempos de espera innecesaria en el acceso del paciente al área quirúrgica. Evitar ingresar el día de antes a los pacientes del programa quirúrgico.

Se planteó comenzar la admisión de pacientes a las 7 de la mañana, asegurando que tanto la documentación como todas las tareas previas al ingreso estuvieran realizadas antes de las 8 de la mañana.

El día de antes se revisa el programa quirúrgico previsto, se asignan y reservan las camas necesarias, se ordenan los pacientes según el orden previsto en el programa en un listado y se comprueba que la documentación necesaria al ingreso está presente. Se lanzan los listados de trabajo preparados para recepción de pacientes y celadores y para el turno de tarde.

Se establecieron dos cortes de ingresos, uno a las 7 de la mañana para todos los pacientes primeros del parte y otro a las 7,20 para el resto de pacientes.

Se coordinó con el personal subalterno para la recepción y acompañamiento de los pacientes a los diversos destinos de los mismos.

Después de tres meses de funcionamiento del nuevo circuito los resultados son esperanzadores al haber disminuido los ingresos del día de antes, todos los primeros pacientes del programa, y lograr que los tiempos quirúrgicos comiencen casi con una hora de antelación del histórico.

El papel de Admisión de pacientes a la hora de gestionar ese cambio, cambio que en un principio fue recibido con escepticismo, ha sido relevante al lograr efectuar todas las admisiones en los tiempos previstos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 684

TÍTULO: PROGRAMACION DE ALTAS

AUTORES: FERRER GARCIA, MARIA DOLORES.; ROMERO ESCOBAR, M.; RODRIGUEZ MELLADO, J.; MARTINEZ HERNANDEZ, JM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El conocer con la suficiente antelación el número y la ubicación de las altas de hospitalización es un reto permanente en los servicios de admisión. De dicho conocimiento se deriva el poder acomodar con presteza y calidad las diversas solicitudes asistenciales de hospitalización, tanto procedentes del servicio de urgencias como las procedentes de la programación quirúrgica.

El equilibrio entre la oferta disponible y la demanda asistencial y su resolución satisfactoria es una de las tareas fundamentales en la gestión clínica diaria.

Nuestro centro se planteó una estrategia de gestión de altas en tres horizontes: uno a corto plazo, otro a medio y otro a más largo plazo, dependiendo de la naturaleza de los pacientes ingresados.

A corto plazo con la puesta en marcha de un sistema de notificación, registro y gestión de aquellos enfermos identificados como prealtas el día anterior. A medio plazo con la programación de altas semanal y a más largo plazo con los pacientes de media y larga estancia con un gran componente social y que en reuniones semanales entre profesionales del hospital y profesionales de la Delegación de Igualdad y Políticas Sociales se analizaban los casos y se identificaban posibles destinos y soluciones a esos pacientes de larga estancia.

Conocer con antelación suficiente la relación de pacientes que van a causar alta en dos horizontes temporales: un día y a una semana.

La programación de altas semanal se lleva a cabo con los servicios de Traumatología, para mayores de 65 años, Neurocirugía y Cirugía Vascular, que cuenta con un equipo multidisciplinar, FEAs de la especialidad, Enfermería, Trabajadores Sociales, Enfermería de Admisión y Rehabilitación con el apoyo de Internista Consultor, que semanalmente analizan los casos y estiman una fecha de alta probable.

El programa de prealtas afecta a todo el centro y consiste en a diario identificar aquellos pacientes que son posibles altas al día siguiente y gestionar y coordinar a profesionales de enfermería, trabajo social y admisión para que el día de alta el paciente abandone el hospital antes de las 12 de la mañana. Son las altas tempranas. El compromiso de admisión es que en esas camas libres solo podrán ingresar pacientes de esa misma especialidad.

Ambos programas después de un tiempo de andadura arrojan datos crecientes en el número de altas programadas y que abandonan el hospital antes de las 12 de la mañana, alcanzando el nivel del 50% del total de altas previstas, camas que engrosan el parque de camas disponibles diarias, susceptibles de ser asignadas a pacientes de urgencias y de programación quirúrgica.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 685

TÍTULO: EFICACIA DEL METODO SCHROTH EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCOLIOSIS IDIOPATICA DEL ADOLESCENTE. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

AUTORES: BERNAL MARQUEZ, MANUELA.; PEREZ MOREIRA, R.; CUEVAS GONZALEZ, MC.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Escoliosis Idiopática es una deformidad tridimensional que se produce sobre una columna que no tiene alteraciones anteriores. Es la forma más frecuente de escoliosis representando entre el 80 y 90% de los casos.

Su prevalencia es variable según la localización geográfica, estimándose entre el 1,2 y 1,7% en Europa en niños de 2 a 14 años.

El método de tratamiento propuesto por Katherina Schroth se centra en corregir dicha deformidad mediante unos ejercicios que se basan en la reeducación postural tridimensional utilizando la respiración.

Actualización del perfil del fisioterapeuta

Eficacia de los ejercicios propuestos en el método Schroth

El trabajo se ha llevado a cabo realizando una exhaustiva búsqueda de artículos con base científica a través de MEDLINE de PubMed, Scopus, CINAHL y PEDro.

La búsqueda en dichas bases de datos, se realizó utilizando las siguientes palabras claves o términos "MESH": "idiopathic scoliosis", "Schroth method", "Schroth" y "children".

Los operadores booleanos utilizados han sido: "AND" y "OR". Se han combinado las palabras clave con los conectores para poder encontrar artículos válidos para el objetivo de trabajo. Cabe descartar que el conector "OR" se utiliza juntando las palabras que significan casi lo mismo, como 'Schroth' y "Schroth method", escritas entre paréntesis, y el conector "AND" se puede utilizar entre todas las palabras para poder dar una mayor sensibilidad y especificidad de la búsqueda.

Finalmente, con todos los condicionantes anteriores, se llevó a cabo una búsqueda avanzada con la combinación de los términos de las palabras clave y los booleanos:

1. "idiopathic scoliosis" AND (Schroth OR "Schroth method") AND children.

Se obtuvieron 34 artículos en total.

2. scoliosis AND idiopathic AND "Schroth method" AND children.

Se obtuvieron 29 artículos en total.

3. scoliosis AND idiopathic AND Schroth AND children.

Se lograron 35 artículos.

4. "idiopathic scoliosis" AND Schroth.

Se consiguieron 102 artículos en total.

Diagrama de flujo

Finalizada la búsqueda, se obtuvo un total de 200 artículos de los cuales 22 eran duplicados. Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, redujimos la búsqueda a 55 artículos, de los cuales seleccionamos 12 tras la lectura del título y el resumen. Tras la lectura del texto completo de estos 12, artículos se seleccionaron 9 para la elaboración de esta revisión bibliográfica.

Como conclusión general, se ha demostrado que el método Schroth es eficaz dentro de un tratamiento conservador, porque retrasa la progresión de la curva y favorece una mejor calidad de vida de los pacientes con escoliosis idiopática. Pero también es verdad, que se necesitan más estudios que incluyan muestras más grandes y resultados a largo plazo en los diseños controlados aleatorizados, así como una comparación de diferentes tipos de ejercicios específicos para la escoliosis.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 686

TÍTULO: UTILIDAD DEL ANÁLISIS DE LOS PQIS PARA LA MEJORA DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES

AUTORES: BOTELLO DIAZ, BLANCA.; MESA GALLARDO, MI.; CARRION DOMINGUEZ, L.; AGUILAR CARNERERO, M.; CRUZ RODRIGUEZ, F.; COMINERO BELDA, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Un proceso asistencial es un conjunto de actuaciones coordinadas (preventivas, diagnósticas, terapéuticas, de cuidados y seguimiento) realizadas por equipo multidisciplinar que permiten identificar a las personas que presentan signos y síntomas de una patología, estableciéndose mecanismos de diagnóstico precoz y medidas terapéuticas, de cuidados y seguimiento necesario para el mantenimiento de la salud, mejorar la calidad de vida y prevenir complicaciones. Los indicadores de calidad preventivos, PQIs, hacen referencia a las hospitalizaciones por condiciones sensibles a los cuidados ambulatorios, que podrían haberse evitado mediante cuidados ambulatorios de calidad, o cuya gravedad podría haber sido menor.

Analizar las hospitalizaciones potencialmente prevenibles, especialmente en cuidados ambulatorios por Insuficiencia Cardíaca (IC) de 2013 de un distrito atención primaria en salud.

Analizar los casos individuales y estudiar los factores que explican las causas.

Establecer propuestas de intervenciones correctoras para obtener mejoras en los resultados.

Estudio descriptivo univariante. Utilización de los ingresos codificados al alta con diagnóstico de IC en CMBD en 2013. Revisión de las historias clínicas mediante check list elaborado según PAI.

Variables: UGC, edad, sexo, aportación farmacia, consulta AP durante el año previo al ingreso, patologías previas relacionadas, variables relacionadas con estilos de vida (obesidad, hábito tabáquico y alcohólico y actividad física registrada y FRCV). Recomendaciones vacunales, plan terapéutico y de seguimiento, mal control de FRCV, plan de cuidados, recogida de PA y de IMC. Otras sobre adecuación del tratamiento y sobre intervenciones no farmacológicas.

Se revisaron 207 pacientes, 26 (12.5%) tuvieron más de un ingreso. El total de casos analizados fue 198 (8 UGC). La edad media de los ingresos fue de 78.76 años, siendo el 85% de los casos mayor de 65 años. La distribución por sexo corresponde el 45.26% a hombres y el 54.74% a mujeres.

La patología previa al ingreso más frecuente fue IC (68,69%) y la NYHA aparecía únicamente en < 14%. Otras patologías previas eran fibrilación auricular y diabetes. Entre los factores de riesgo la hipertensión arterial (83,33%) y dislipemia (39%). La presión arterial se recogía en 82,95% y el IMC solo en el 9%.

La revisión de historias por PQIs es útil como herramienta de análisis y puede servir como herramienta educativa. Sería necesario mejorar la identificación de pacientes con IC, mejorar el registro de datos, sensibilizar sobre la utilidad del PAI para el manejo terapéutico, analizar los tratamientos de estos pacientes, realizar formación específica en el manejo de la IC y factores asociados. Podría ser interesante, establecer un plan de conciliación enfocado a >65 años con alta por IC y monitorizar los reingresos < 1 mes con alta de PQI IC con ajuste por morbilidad y clasificación de la IC.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 687

TÍTULO: ESTRATEGIA DE CAMBIO

AUTORES: MARTINEZ HERNANDEZ, JOSE MIGUEL.; PENA GONZALEZ, J.; BARAZAS SEVILLA, F.; JIMENEZ SERRANO, V.; ANGUIA ANGUIA, E.; TEROL GADEA, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La entrada en vigor el año 2016 de la nueva versión de la CIE y los interrogantes que a priori se plantearon en cuanto a complejidad de uso de la nueva herramienta, las demoras inherentes a esa novedad y a la propia complejidad de la misma, obligaron a establecer una estrategia de gestión de cambio con el fin de afrontar el mismo con el mínimo impacto en demoras y calidad de la codificación clínica.

Diseñar un plan de actuación sustentado en formación y desarrollo de habilidades de los profesionales de codificación clínica.

Elaboración de una guía rápida de requisitos de información que dicho cambio obligaba a contemplar y que tradicionalmente los servicios clínicos desconocían su importancia.

En primer lugar se contó con el apoyo del equipo directivo que impulsó la formación de todos los profesionales de codificación clínica que trabajaban en ese momento en nuestro centro. La formación se realizó en el cien por cien de los casos.

Se diseñaron una serie de sesiones semanales con el formato de taller en los que durante una hora y media semanal se presentaban tanto el marco teórico de normas y conceptos nuevos como una serie de casos a codificar. Estos talleres se prolongaron desde junio hasta diciembre 2015.

Se estableció un foro en correo electrónico en el que se presentaban dudas y casos a codificar.

Ambas actuaciones han logrado que los profesionales aborden el cambio tecnológico de versión de la CIE 9 MC a la versión 10 con un nivel tolerable de ansiedad y permitió comenzar a codificar en la nueva versión desde el primer día, logrando acabar en los plazos normativos de entrega del CMBDA en un 65 % del total de altas cuando la previsión inicial de resultados no llegaba al 40 %.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 688

TÍTULO: ESTUDIO DE LAS RECLAMACIONES ESCRITAS POR TIEMPO DE ESPERA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS : 2010-2015

AUTORES: MONTESINOS COTS, JOSEP.; ARENAS PRAT, M.; SARRÀ MORETÓ, S.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La demanda de atención urgente en el sistema sanitario público español ha adquirido en nuestros días una importante complejidad asistencial y organizativa. Los distintos Modelos de Gestión hospitalaria tienen como objetivo buscar metodologías de trabajo que permitan proporcionar la atención médica de la manera más organizada y eficiente posible. La gestión de la calidad es un elemento imprescindible en estos modelos, gestión que se dirige de manera universal a la satisfacción del cliente. El Servicio de urgencias del Hospital en donde se ha realizado el estudio basa su plan funcional en la Gestión por Procesos, y en sus indicadores de calidad se incluye el "estudio del número de reclamaciones orales/escritas". Se describe en este trabajo el análisis de las reclamaciones en el periodo 2010-2015 que tienen como motivo la apreciación por parte del usuario de un tiempo de espera en ser atendidos excesivo.

Este trabajo pretende hacer un estudio del perfil del usuario que ha presentado la reclamación: incluyendo la frecuentación del usuario al sistema público de salud. También pretende comprobar los datos asistenciales y organizativos de dicha reclamación con la finalidad de intentar aplicar medidas organizativas que reduzcan su incidencia.

Se analizan las reclamaciones escritas dirigidas al SU de un hospital de Nivel I (comarcal), durante 6 años consecutivos (2010-2015 incluidos), de forma retrospectiva, cuyo motivo principal es el tiempo de espera considerado excesivo por parte del usuario.

La historia clínica digital compartida con la Atención Primaria nos ha permitido el estudio de las variables presentadas (gravedad del episodio, destino al alta, perfil del usuario...)

Se han recibido en el SU 878 reclamaciones, de las que 490 (56%) son debidas al tiempo de espera en ser atendidos. Un 55% de las reclamaciones fueron formuladas por mujeres. El 44% tienen entre 15 y 45 años, mientras que un 27% tienen más de 45 años. El 40% se formulan por la tarde. El 96% de las reclamaciones corresponden a urgencias con un nivel de triage de 4 y 5 (según Sistema español de Triage). Un 20% de los pacientes abandonaron el servicio sin la correspondiente visita médica, aunque el 100% habían pasado por la sala de triage.

CONCLUSIONES

La tasa de reclamaciones tiene una distribución lineal aunque con cierta tendencia a la alza. Prácticamente la totalidad de quejas se producen en procesos médicos banales.

La frecuentación alta de muchos usuarios que reclaman dibujan un perfil de paciente muy demandante.

La rápida resolución de la reclamación mejora la percepción del usuario de la gestión de su problema, y ayudan a mantener la confianza del reclamante en el centro hospitalario.

El uso de las reclamaciones como indicador de calidad es una herramienta muy útil para detectar posibles errores funcionales y proponer acciones de mejora dentro de la gestión por procesos del SU.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 689

TÍTULO: EL SISTEMA DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS IRAS, CERTIFICADO POR LA UNE 179006:2013

AUTORES: SAINZ DE VICUÑA BRAVO, L.; DE LA FUENTE ORTIZ DE ZÁRATE, J.; ECHENAGUSIA CAPELASTEGUI, VM.; ULIBARRENA SAINZ, MA.; ZALDUA LÓPEZ, L.; ROMERO BASTERRETxea, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En 2009 se constituyó nuestra Comisión de Infecciones, con la misión de minimizar los efectos adversos ligados a la asistencia sanitaria relacionados con las infecciones.

Describir el recorrido de nuestra entidad en la implantación de un sistema de vigilancia, prevención y control de las IRAS, que nos ha llevado a prestar una asistencia más segura y a la obtención de la certificación UNE 179006:2013.

Tras la aprobación en 2008 de nuestro Plan de Seguridad de Pacientes, se constituyó la Comisión de Infecciones, quien elaboró su propio plan de acción y cuadro de mando de indicadores, y comenzó con la aprobación de guías de práctica clínica, elaboradas a partir de la mejor evidencia científica.

En 2009 se implantó el checklist quirúrgico, y en 2010 nos adherimos a la estrategia de Cirugía Segura de la OMS. También se implantó la Hoja de Infección como parte de la historia clínica (en papel), como fuente de detección de posibles infecciones.

En 2012 se elaboró el primer mapa de riesgos de seguridad de pacientes, en el que se incluyeron los riesgos relacionados con las IRAS. Y en 2013 se elaboró el Plan de Tratamiento de Riesgos, definiendo un conjunto de acciones que daban respuesta a los riesgos altos o extremos detectados en el mapa. Ese mismo año obtenemos la certificación UNE 179003 de Gestión de Riesgos de Seguridad de Pacientes.

A lo largo de los siguientes años continúa el trabajo de elaboración y revisión de guías de práctica clínica.

En 2016 se incorpora la Hoja de infección a nuestra Historia Clínica digital, una mejora que nos ha permitido un mejor control y seguimiento de las IRAS que se producen en nuestros hospitales. El programa detecta de forma automática una posible sospecha de infección en los siguientes supuestos:

- Al solicitar un cultivo
- Cuando se prescribe un antibiótico
- Cuando se graba una solicitud de ingreso hospitalario con aislamiento
- En una solicitud de quirófano, cuando se marca "infeccioso"
- Cuando se graba un alta hospitalaria con algún tipo de infección seleccionada

Además, la obtención de indicadores se automatiza a través de nuestro sistema de business intelligence.

Este mismo año superamos con éxito la auditoría de AENOR, obteniendo la certificación UNE 179006:2013 a nuestro sistema para la vigilancia, prevención y control de las IRAS.

La apuesta de nuestra organización por trabajar la estrategia de seguridad de pacientes y control de las infecciones nos ha llevado a un camino de esfuerzo y también de éxito.

Es especialmente relevante el buen dato de las infecciones asociadas a las intervenciones quirúrgicas realizadas en nuestros hospitales, habiéndose registrado complicaciones infecciosas en sólo alrededor del 1% de los procedimientos quirúrgicos realizados, dato que se sitúa entre los mejores parámetros hospitalarios de nuestro entorno.

Todo ello es posible gracias a la ilusión y al esfuerzo del equipo que trabaja en la Comisión de Infecciones y al apoyo del resto de profesionales sanitarios.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 691

TÍTULO: GESTION DE DOSIS DE RADIACION EN EXPLORACIONES RADIOLOGICAS

AUTORES: SERNA, ALFREDO.; CHANS, MA.; SANTIAGO, C.; SEDES, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El continuo incremento de exploraciones radiológicas en la última década, fundamentalmente de tomografía computarizada, puede llegar a convertirse en un potencial problema de salud si no se establece un adecuado programa de justificación y optimización de las exploraciones.

Implementar una nueva metodología para la gestión de la dosis de radiación a los pacientes debido a exploraciones radiológicas, dentro del programa de protección radiológica de los pacientes en el ámbito de un sistema de salud autonómico.

Se ha implantado un sistema de registro y gestión de dosis, DoseWatch (General Electric) para todas las exploraciones radiológicas realizadas en los hospitales y centros de salud públicos de la red sanitaria del Servicio Murciano de Salud. El sistema registra de forma automática los índices de dosis así como los parámetros técnicos de las exploraciones en un historial de exposiciones individual para cada paciente. Nuestra metodología para conseguir la excelencia de dosis se basa en tres pilares fundamentales: 1) estandarización de los protocolos de exploración, 2) establecimiento de niveles de dosis de referencia (NDR), y 3) optimización de la dosis.

Actualmente están conectados al sistema y enviando información 60 dispositivos radiológicos de 10 hospitales públicos: 13 tomografía computarizada, 9 equipos de radiología intervencionista, 9 mamógrafos y 23 equipos convencionales. Cada mes el sistema recoge aproximadamente 9000 estudios de CT, 800 estudios de intervencionismo radiológico, 2500 mamografías y 3300 estudios de radiología convencional.

La estandarización de los protocolos debe ser el primer paso a realizar puesto que existe una gran variabilidad en la nomenclatura empleado en cada sistema y hospital. Para ello hemos establecido una lista máster de 82 protocolos, basada en parte por el catálogo de la SERAM y en parte por la experiencia de un comité de radiólogos. De este modo el análisis de los datos provenientes de distintos equipos y hospitales puede ser realizado de forma coherente.

El establecimiento de NRD es una herramienta fundamental para la optimización de los protocolos de exploración. Gracias a la cantidad de datos que se reciben continuamente es posible obtener estos niveles y mantenerlos actualizados continuamente. Los datos obtenidos podrán servir además para la elaboración de NRD a nivel nacional, que actualmente no existen.

La optimización de la dosis recae en el Comité Multidisciplinar de Dosis, compuesto por radiólogos, radiofísicos, técnicos, dirección del hospital y especialista de aplicaciones. Su objetivo consiste en la búsqueda activa de oportunidades de reducción de dosis, basándose para ello en el análisis comparativo entre equipos a nivel regional y con los NRD similares a nivel internacional.

El uso de sistemas de gestión automática de dosis puede jugar un papel importante en la tarea de seguridad radiológica de los pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 695

TÍTULO: LA ENFERMERA CLÍNICA EXPERTA EN CRONICIDAD COMO FACILITADORA DE LA SOSTENIBILIDAD DE LOS SISTEMAS SANITARIOS

AUTORES: SAMPER SALDES, ELENA.; PADILLA LLAMAS, C.; CUADRA ROJANO, E.; SERRANO AGUDO, C.; RUZ GARCIA, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El envejecimiento de la población y los hábitos de vida poco saludables son origen de enfermedades crónicas muy comunes con fuerte impacto en la calidad de vida de la población. El 34% de la población catalana padece al menos una enfermedad crónica, supone el 50% de los recursos sanitarios destinados a ellos.

La Generalitat De Catalunya en su Plan de Salut 2011-2015 tiene como objetivo un sistema de atención integrado más resolutivo desde los primeros niveles de atención y dar respuestas más adecuadas a las demandas de atención inmediata de estos pacientes crónicos con complejidad (PCC), ello implica una estrecha colaboración entre atención primaria (AP) y la especializada (AE).

En nuestro centro la gestión de la cronicidad la realiza la Enfermera clínica (EC), coordina la atención de los PCC identificados (PCCi) y la continuidad de los cuidados entre niveles asistenciales.

1. Promover alternativas a la hospitalización convencional de los PCCi ingresados en el Servicio de Urgencias (SU).
2. Garantizar la continuidad de cuidados de los pacientes PCCi atendidos en el SU y dados de alta a su domicilio e informar a AP de las derivaciones a otros dispositivos.

La EC se ha integrado en el morning del SU y forma parte activa en la coordinación del PCCi mientras permanece en él.

La EC, con el equipo asistencial, realiza una valoración integral del estado del paciente y cuidador y propone alternativas a la hospitalización: hospitalización a domicilio (HAD), hospital de día (HD), ingreso en unidad sociosanitaria de subagudos o convalecencia.

Si el paciente es dado de alta a domicilio la EC realiza coordinación asistencial con la gestora de casos de AP para asegurar la continuidad de los cuidados. Si el alta es a otro dispositivo informa de este hecho.

En 2015, 2401 pacientes identificados como PCC fueron atendidos en el SU, 1416 (59%) ingresaron en unidad convencional y 985 (41%) fueron alta a: otro hospital 12 (1,2%), CSS convalecencia 12 (1,2%), domicilio 686 (69,3%), éxitus 33 (3,3%), HAD 37 (3,7%), CSS Larga estancia 6 (0,6%), CSS Paliativos 6 (0,6%), CSS Subagudos 197 (19,9%).

De los 686 PCCi con alta a domicilio al 86% (592) se les realizó coordinación asistencial con AP. De estos, el 8,7% (52) volvieron al SU antes de los 30 días. De los 94 PCCi a los que no se les había realizado coordinación, 50% (47) regresaron al SU antes de los 30 días, 18 de ellos ingresaron en el hospital, 20 regresaron a su domicilio y 9 a CSS subagudos.

De los 270 PCC con alta a otros dispositivos ninguno regresó al SU antes de los 30 días.

1. La coordinación asistencial entre AE y AP disminuye los reingresos de los PCC en episodios de reagudización.
2. Los PCC se pueden beneficiar de dispositivos alternativos a la hospitalización convencional, la EC por sus competencias clínicas avanzadas tiene capacidad y conocimientos para valorar y coordinar estos recursos.
3. La valoración del perfil de los PCCi que ingresaron en dispositivos alternativos fue adecuada pues ninguno de ellos reingresó al SU.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 696

TÍTULO: ADAPTACIÓN DEL PROTOCOLO DE CURAS A UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA, MEJORANDO LA EFICIENCIA Y DISMINUYENDO LA VARIABILIDAD.

AUTORES: CALAMOTE MANSO, FILOMENA.; CLOTAS SANCHO, L.; GONZALEZ GONZALO, S.; NEVOT BUENO, E.; FERNANDEZ GARCIA, F.; SANTIGOSA AYALA, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Actualmente se encuentra adscrita a nuestra población de referencia una residencia geriátrica de gestión privada, que cuenta con su propio equipo de profesionales sanitarios.

Con el fin de garantizar la equidad de la atención para estos, se ha iniciado un modelo colaborativo a la hora de decidir tratamientos a aplicar u otras actuaciones asistenciales.

Entre ellas y debido a las discrepancias en el uso de material, tipo de cura y tiempo de la misma con nuestro protocolo territorial, se realiza una acción de mejora, haciendo una valoración in situ de todos aquellos pacientes que precisan curas por personal de la residencia y la enfermera referente de curas.

- Garantizar un tratamiento según criterios de calidad y eficiencia a los pacientes que precisan curas realizadas por personal sanitario externo al centro.
- Utilizar el protocolo territorial consensuado, para el manejo de curas de úlceras y cuidados de la piel.
- Unificar los criterios utilizados para las curas y su seguimiento entre los profesionales del centro y los de la residencia.

Material y Métodos:

Pacientes que actualmente precisan de curas de dificultad moderada/severa N= 32

Protocolos territoriales

Catálogo de productos usados según consenso coste eficiencia

Descripción de la experiencia:

Actualmente en la residencia se realizan curas diarias a los pacientes con úlceras.

La enfermera referente de curas acude durante 3 días de su jornada laboral a la residencia geriátrica para valorar los casos junto al personal de enfermería de la institución. Se comentan los casos de complejidad moderada y alta para consensuar el tipo de cura, material y periodicidad de la misma.

Se instruye al personal de la residencia en el manejo de nuestro protocolo Territorial

Se facilita consulta on-line con la referente de curas del centro para futuras dudas.

Resultados:

Se revisan un total de 32 pacientes, dos de ellos de elevada complejidad.

Se instruye en el paso de cura diaria a cada 48 o 72 horas según exudación de las mismas.

Se instruye en la cura seca de un paciente complejo con pie diabético.

Se disminuye la variabilidad entre los profesionales de enfermería de la residencia usando el mismo protocolo que el centro de referencia y los mismos productos, previamente catalogados según coste / eficiencia

Coste medio cura /día pre intervención 142,4 euros (total de curas)

Coste medio cura /día post intervención 71,2 euros

Conclusión:

Se consigue un mejor manejo cualitativo de las úlceras y una menor variabilidad en el manejo de las mismas.

Mejora la calidad de vida del paciente que requiere menor número de intervenciones al espaciar las curas que así lo permitan.

Se reduce el coste en material en un 50% con la misma efectividad. Garantizamos la equidad en el manejo de pacientes institucionalizados respecto a pacientes atendidos en el domicilio.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 697

TÍTULO: ACCIONES DE MEJORA EN UN CENTRO DERIVADAS DE DECLARACIONES DE INCIDENTES NOTIFICADOS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES: CLOTAS SANCHO, LOURDES.; ARANDA SANCHEZ, B.; AINSA ABÓS, E.; CALAMOTE MANSO, F.; FERNANDEZ GARCÍA, FA.; MAGRANÉ FRANCESCH, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En nuestro territorio existe un sistema de notificación de incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente al que pueden acceder todos los profesionales de Atención Primaria. Cada unidad productiva tiene la figura de un referente de seguridad del paciente responsable de analizar y notificar los incidentes declarados en su equipo.

A partir del registro y su análisis, se detectan oportunidades de mejora en los procesos clave del equipo, con la finalidad de reducir el número de errores.

- Implantar acciones de mejora en los procedimientos del EAP, mejorando los procesos clave
- Minimizar nuevos incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente

1-Análisis de las notificaciones declaradas

2 - Detección de áreas a mejorar

3- Se proponen acciones de mejora

4- Se presentan en sesión al todo el equipo, para ratificarlas

5- Se implantan

Durante el periodo de Enero 2015- Mayo 2016, se notifican 40 incidentes, de los cuales:

40% - Uso seguro del medicamento

27,5%- Vacunas

22,5% - Laboratorio

5% - Box de urgencias

2,5 %- Error de citación

2,5%- Gestión del material

Procedimientos modificados: petición i circuito de extracciones

Revisión del circuito de citación en el mostrador

Acciones implantadas: Formación grupal en actualización calendarios de vacunación y periodos entre vacunas multidosis.

Detección y declaración al responsable territorial de un error en la posología calculada de un fármaco por el sistema de receta electrónica.

Conclusión

- Las acciones de mejora implantadas conllevan minimizar el riesgo de errores en la seguridad del paciente
- Los profesionales visualizan una mejora al ver acciones concretas derivadas de sus declaraciones de incidentes
- El sistema de notificación de incidentes a nivel territorial tiene un claro impacto en la mejora continua de los procedimientos aplicados en los centros de Salud
- El número de incidentes declarados en el centro, se va incrementando una vez el profesional entiende el impacto positivo en la calidad de su trabajo

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 698

TÍTULO: ATENCIÓN AL DOMICILIO

AUTORES: BORREGUERO GUERRERO, EDUARD.; MARTIN LORENTE, A.; ORIOL COLOMINAS, E.; MORON UGALDE, A.; AGUILERA GONZALEZ, L.; MASSAGUES VIDAL, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

2012 se planteo como se realizaba la atencion en domicilio...?genero inquietudes en el equipo...donde habitualmente las necesidades por el usuario y/o familia son mas complejas. En el marco Programa de mejora de la atencion al domicilio desde la atencion primaria de Salud (3 modelos: integrado, sectorizado y funcional) y Plan de Salud de Catalunya 2012-2015 (linea 2: un sistema mas orientado a enfermos cronicos y linea 5: Atencion integrada social y sanitaria).

Objetivo principal: mejorar la asistencia al domicilio, disminuir la variabilidad clinica e incrementar la calidad en curas a poblacion que no puede desplazarse al centro con criterios de fragilidad/complejidad. Objetivos secundarios: Adecuar atencion sanitaria en el lugar más adecuado y beneficioso tanto para el paciente como para la familia: DOMICILIO. Mejorar RESULTADOS EN SALUD. Comodidad calidad de vida en personas y cuidadores/familiares: SATISFACCIÓN USUARIO. EFICIENCIA del sistema. Trabajar coordinadamente con equipos de soporte Atencion Primaria. Facilitar atencion proactiva, resolutive, adecuada y satisfactoria

Creacion equipo multidisciplinar de atencion primaria: 3 enfermeras, 1 medico, 1 trabajadora social. EAP urbano privacion alta y docente, poblacion asignada mayo 2016: 27.270 habitants (13,67% mas 64 a). 22,64% poblacion extranjera. Variables evaluar: EQA (Estandar de calidad asistencial) ATDOM (EQA0401 valoracion integral, EQA0402-valoracion del riesgo de ulceras por presion, EQA0403-intervenciones para conseguir un ambiente seguro en casa, EQA0404-valoracion sobrecarga del cuidador); Identificacion paciente cronico complejo (PCC) y MACA; % de realizacion Plan Intervencion individualizado compartido (PIIC) en PCC/MACA; % Nivel de dependencia (Barthel); % Deterioramiento cognitivo (Pfeiffer). Elaboracion de Procedimientos asistenciales.

1 equipo multidisciplinar en programa ATDOM y Grupo integrado por profesionales de medicina interna, servicio urgencias hospital referencia, sociosanitario y subagudos de referencia, PADES, hospitalizacion a domicilio, gestoras de caso de Hospital y primaria, reuniones quincenales en que se evalua/seguimiento de casos complejos. Indicadores de calidad asistencial en ATDOM (70-90%). 258 pacientes (35,97% Hy 64,93%M) con edad media 82,7a (31-98). Prevalencia mayo 2016 PCC 74,34%; MACA 25,66%, realizado el PIIC 89,5%. Nivel de dependencia 78,28%, deterioro cognitivo Pfeiffer 53,3%. Procedimientos elaborados: inclusión en ATDOM; contacto con ATDOM; manejo bomba perfusion; agonía y sedación; voluntades anticipadas... Se ha conseguido: trabajo interdisciplinar y conocimiento compartido; experteza en el manejo a domicilio (bombas perfusion, sondas, sondas, nebulizaciones,... Empoderamiento a la familia, mayor conocimiento del entorno y social, Respuesta a las urgencias lo que contribuido a una mayor resolucion en Atencion Primaria, sin olvidar Docencia e innovacion. Respecto a la longitudinalidad.. quien sufre el duelo? paciente/familia o profesional...

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 699

TÍTULO: GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS: PLAN DE CONTINGENCIAS

AUTORES: NAVARRO VAZQUEZ, FERNANDO.; LOPEZ RAMIREZ, D.; MONTESINOS LOPEZ, EM.; GAY LOPEZ, N.; TAPIA DOMINGUEZ, A.; TEODORO SEGURA, D.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La cobertura de incidencias en el ámbito de gestión de recursos humanos teniendo en cuenta la situación de reducciones de jornada laboral al personal eventual, la variación de nombramientos en la cobertura de IT, vacaciones en períodos no tradicionales y otras varias suponen un alto coste en gestión para lograr cubrir esas incidencias al menor coste posible.

Diseñar un plan de contingencias ante las ausencias imprevistas de personal de función administrativa que permita la resolución inmediata de esa ausencia y no ocasionar distorsión en otras unidades y profesionales que podrían cubrir la misma.

Durante los años 2014 y 2015 se llevo a cabo un plan de rotación de profesionales en otras áreas de trabajo diferentes a los destinos que ocupaban en ese momento. El plan incluía un período de formación y un período de prácticas para lograr que el profesional adquiriera una cierta soltura en ese puesto de trabajo.

Los profesionales se seleccionaron, en función de sus habilidades, para tal experiencia contando con su consentimiento previo y realizándose en períodos de trabajo para que en sus unidades de origen ocasionaran el menor impacto negativo.

La unidad nutricia de personal fue el Servicio de Admisión y Documentación Clínica y de Admisión de Urgencias.

Se les explicó a los profesionales de ambas unidades el propósito de dicho plan y se contó con la colaboración de todos.

Durante el año 2015 se cubrieron más de cien incidencias de ausencias de personal sin coste para el sistema con una media de duración por incidencia de cinco días. Este sistema aportó la disminución de ansiedad inherente al cambio repentino en el puesto de trabajo y la satisfacción de la unidad destino al contar con profesionales ya preparados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 701

TÍTULO: PROYECTO CUIDESEG: INCLUSIÓN DE RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

AUTORES: MORÁN SÁNCHEZ, ALBERTO JOSÉ.; CRISTOBAL CAÑADAS, C.; GARCÍA HITTA, S.; RIVERA CAPILLA, C.; YÁÑEZ COLLADO, F.; FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, MM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El proyecto CuideSEg nace como una estrategia innovadora mediante la cual se pretende integrar información para pacientes, familiares y cuidadoras sobre seguridad del paciente en los informes de continuidad de cuidados y de recomendaciones al alta, a través de instrucciones sencillas y comprensibles.

“La seguridad no termina con el alta”.

Con la instauración de este proyecto, nos proponemos como objetivos: facilitar y/o mejorar la información relacionada con los problemas potenciales de seguridad que pueden surgir durante su proceso, fomentar la participación activa en su atención sanitaria con el fin de mejorar su estado de salud y lograr que la ciudadanía identifique a las enfermeras como líderes en materia de seguridad.

El proyecto CuideSEg surge como respuesta a una necesidad sentida por parte de los profesionales y DE los Gestores del Centro para dar soporte a situaciones y problemas detectados, tanto en las valoraciones de cuidados de los pacientes como de las notificaciones recibidas a través de la aplicación del Observatorio de Seguridad del Paciente.

Se seleccionó un grupo de profesionales especialmente sensibilizados en cultura de seguridad en cada una de las Unidades que conforman nuestro Centro, los cuales han detectado situaciones de riesgo relacionadas con cada proceso, elaborando unas pequeñas guías de recomendaciones para pacientes, familiares y/o cuidadoras.

Existen tres líneas de trabajo: Una de ellas a través del módulo de cuidados de la Aplicación informática Ariadna, otra en los informes de recomendaciones al alta en pacientes de procesos quirúrgicos y una tercera en el área de consultas.

El éxito en la mejora de los servicios sanitarios depende en gran medida de la cultura de las organizaciones y de los profesionales que en ellas trabajan.

El proyecto CuideSEg nace de las intersecciones del fomento de la cultura de seguridad del paciente por parte de las organizaciones, de lo intrínseco en los profesionales enfermeros como es cuidar y de la necesidad de difundir de una manera clara y sencilla aspectos relevantes en materia de seguridad a pacientes, familiares y/o cuidadoras a la vez que se les hace partícipes de los mismos.

A través de la aplicación de notificaciones de eventos adversos del Observatorio de Seguridad del Paciente y de los propios sistemas de información del Hospital, pretendemos constatar una disminución de Eventos Adversos (EA) a través de las intervenciones descritas así como un aumento de satisfacción percibida por parte de pacientes y cuidadoras antes, durante y después de su proceso.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 702

TÍTULO: OPTIMIZACIÓN DE URGENCIAS ATENDIDAS

AUTORES: RUS CEJUDO, MARIA CARMEN.; JIMENEZ SOTO, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La atención en urgencias hospitalarias se realiza sin importar la vía de acceso (Medios propios, remitidos por el Centro de Salud, Ambulancias y otros) ni la gravedad de la urgencia.

¿En qué tipo de urgencias se invierten los medios disponibles? ¿Qué perfil poblacional mal-utiliza las urgencias? ¿Qué diagnósticos son los más frecuentes? ¿Cuándo se producen los picos de actividad?

En este sentido el análisis de las urgencias nos va a ayudar a concretar actuaciones que podrían desarrollarse para disminuir los tiempos de espera y de esta forma mejorar la asistencia sanitaria.

El objetivo de este estudio es analizar las urgencias atendidas en el Hospital La Inmaculada entre los años 2010 y 2015

Se ha realizado un análisis descriptivo de las urgencias entre los años 2010 y 2015. Para ello se ha utilizado la aplicación Quiterian DDWeb que recoge, entre otros, datos como la procedencia del paciente, prioridad de la urgencia, diagnóstico de entrada e información relevante hasta que el éste es dado de alta

Entre 2010 y 2015 se han atendido 322.894 pacientes, más de 50.000 al año de los cuales más del 75% tuvieron una prioridad baja (4 y 5) y más del 79% decidieron ser atendidos sin acceder anteriormente al Centro de Salud más próximo. Las horas en las que mayor número de urgencias se registraron se concentran en el tramo 9-21 h siendo de 10 a 13 cuando el pico es mayor.

En conclusión, se deberían tomar medidas desde la dirección del centro para potenciar que el usuario acceda primero a las Urgencias de Atención Primaria y que así la atención desde Urgencias Hospitalarias sea más eficiente disminuyendo las urgencias no críticas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 703

TÍTULO: ADAPTACIÓN A LA NUEVA NORMA ISO 9001:2015 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

AUTORES: LEON MARTIN, ANTONIO ALBERTO.; TEBAR BETEGON, MA.; ARMENTEROS LECHUGA, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real existen 11 servicios certificados por esta norma en su versión 2008 que la implantan como modelo de calidad.

La Organización Internacional de Normalización (ISO) ha publicado en Septiembre de 2015 una nueva versión de la Norma internacional ISO 9001, que obliga adaptar los nuevos requerimientos a los sistemas implantados en los servicios certificados.

Desde la Unidad de Calidad proponemos una adaptación progresiva a lo largo del año 2016 que nos permita una transición más eficiente en el cumplimiento de los objetivos y la utilización de los recursos.

El siguiente proyecto tiene por objeto diseñar la adaptación de la norma 9001:2015 en los servicios donde dicho sistema de gestión de calidad está implantado.

Desde la Unidad de Calidad se implementarán las diferentes etapas en la planificación de la adaptación recogidas en el presente proyecto:

Etapas:
Etapa 1. Actividad Formativa "Modelos de gestión en los servicios sanitarios: Norma Iso 9001:2015". Se realizará una valoración del impacto formativo de la misma. El contenido de la actividad garantizará la capacitación del alumno en el conocimiento de los requerimientos de la nueva versión de la norma así como de la capacitación en las herramientas DAFO y AMFE.

Etapa 2. Análisis de contextualización (DAFO). Se realizará en todos los servicios un análisis de sus características internas (Debilidades y Fortalezas) y su situación externa (Amenazas y Oportunidades) en una matriz cuadrada.

Etapa 3. Análisis de riesgos (AMFE). Se realizará en todos los servicios un análisis de fallos potenciales, estableciendo un sistema de priorización de riesgos, en base a criterios de gravedad, ocurrencia y detectabilidad.

Etapa 4. Adaptación al modelo implantado de las tareas anteriores. Se incluirán en el propio sistema implantado las acciones derivadas de las tareas 2 y 3: priorización de proveedores, indicadores críticos, acciones derivadas del análisis de riesgos.

El despliegue de las fases 1 y 2 ha sido altamente satisfactorio entre los profesionales de los servicios con implantación de la norma ISO en nuestra gerencia, y ha derivado en la solicitud de charlas informativas en los propios servicios.

La satisfacción global de las actividades formativas realizadas ha sido de 4,2 en una escala de 1 a 5, participando el 80% de los servicios con la norma implantada.

Todos los servicios incluidos en el alcance han incluido entre sus objetivos estratégicos 2016 la realización de las diferentes etapas incluidas en este proyecto.

En conclusión, podemos considerar que una adaptación progresiva a la norma UNE-EN-ISO 9001:2015 está teniendo un impacto positivo en la capacitación de los profesionales de los servicios certificados en el conocimiento de la nueva norma, el análisis del contexto y el análisis de riesgos así como una adaptación eficiente en la gestión de las barreras y dificultades

que puedan derivarse de la misma

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 704

TÍTULO: ESTUDIO COMPARATIVO DEL MANEJO INICIAL DE LOS PACIENTES CON ICTUS

AUTORES: MIRA SOLVES, JOSÉ JOAQUÍN.; NAVARRO SOLER, IM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El proyecto QUICK presentó un análisis de los parámetros logísticos en el abordaje multidisciplinario de pacientes con sospecha de ictus y en los que se hubo activado el Código Ictus en 8 hospitales que disponían de unidad de ictus (UI). En estos centros con UI, el paciente con sospecha de ictus fue atendido muy rápidamente y se comprobó, que el nivel de funcionamiento los centros con unidades de ictus lograban unos estándares elevados (tipo medio-alto).

Las unidades de ictus son unidades de cuidados agudos, no intensivos, destinadas de forma exclusiva a la atención de pacientes con infarto cerebral. Estas unidades se caracterizan por una atención sistematizada al paciente, con personal formado, con criterios de ingreso, proceso de diagnóstico y terapéutica definidas, y enfocados a una rehabilitación funcional y social del paciente temprana, todo ello con una eficaz coordinación multidisciplinar.

Una característica fundamental es su concepto geográfico como área establecida a la que llegan los pacientes con ictus agudo. Después de una revisión desde el grupo de estudio de enfermedades cerebrovasculares de la SEN, se observó que los centros con UI no estaban homogéneamente distribuidos en el territorio español, así se decidió analizar el impacto que esto podía suponer en las áreas sin una UI cercana.

Comparar variables relativas a los procedimientos de atención al paciente (tiempos de latencia), a los resultados clínicos (mortalidad y discapacidad) y de calidad percibida en pacientes con sospecha de ictus que acuden a hospitales con o sin unidad de ictus.

Estudio prospectivo, cuasi-experimental (sin aleatorización de las unidades analizadas) para realizar comparaciones de los resultados entre los centros con UI (n=2, 120 pacientes) y los centros con atención por neurología –equipo ictus (n=4, 120 pacientes). Tamaño estimado para diferencias de 15 puntos porcentuales, potencia al 0.8 y significación al 0.05.

Los pacientes se seleccionan mediante muestreo sistemático de todos los ingresos producidos que cumplan criterio: paciente que ingresa en el hospital por presentar un episodio de infarto cerebral agudo. La derivación a neurología puede darse por indicación desde atención primaria, urgencias del propio hospital o de otro centro. Se excluyen los casos de ictus hemorrágico.

Los indicadores han sido definidos tras comprobar su factibilidad y de su pertinencia clínica.

El análisis estadístico considerará la aplicación de modelos lineales univariantes comparando los datos en las variables de proceso y de resultado entre los dos grupos.

Se establecen prioridades organizativas, asistenciales y de uso de recursos que contribuyan a reducir la mortalidad y la discapacidad asociada de manera sostenible, en base a las variables de resultado definidas y sumadas a las variables de proceso que actualmente se utilizan en la evaluación de la activación del código de atención al paciente con ictus extrahospitalario en centros con y sin UI.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 705

TÍTULO: LA CARTA DE SERVICIOS: HERRAMIENTA DE TRANSPARENCIA, PARTICIPACIÓN, RESPONSABILIDAD Y COMPROMISO CON LOS CIUDADANOS

AUTORES: CARTELLE PÉREZ, TERESA.; BERNÁRDEZ OTERO, M.; BARREIRO DÍAZ, MV.; CAAMAÑO MARTÍNEZ, M.; CODESIDO MIRÁS, R.; IGLESIAS VÁZQUEZ, JA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las cartas de servicios son instrumentos de gestión de la calidad cuyos resultados se plasman en documentos divulgativos de acceso público, en los cuales se identifican los servicios que se prestan, las expectativas de los ciudadanos, sus derechos, los compromisos de calidad que se adquieren, su grado de cumplimiento y la forma de compensación en caso de su incumplimiento.

Detectar las necesidades y expectativas de los ciudadanos gallegos destinatarios de la carta de servicios del servicio de emergencias extrahospitalario mediante realización de encuestas. Conocer con que dimensiones de la calidad se relacionan. Establecer compromisos con los ciudadanos en relación con los resultados que ellos pueden esperar en la prestación del servicio. Concretar medidas y procedimientos de compensación que se adoptarán en caso de que se produzca incumplimiento de los compromisos.

Se administró un cuestionario para detección de expectativas en formato electrónico de 39 ítems (7 de mayo a 10 de junio 2013) para cada uno de ellos deberían responder a dos cuestiones: valoración del grado de importancia otorgada a cada una de las preguntas formuladas, expectativa concreta sobre la prestación del servicio. El grupo de trabajo relacionó expectativas detectadas con las dimensiones de la calidad: información, accesibilidad, capacidad de respuesta, fiabilidad, tangibilidad, empatía y competencias técnicas utilizando una Matriz de determinación de factores de calidad. Estableció compromisos sobre las expectativas e indicadores de medición con las metas a alcanzar así como procedimientos de compensación en caso de incumplimiento.

Se enviaron 624 cuestionarios a ciudadanos de las cuatro provincias gallegas: A Coruña 38 %, Lugo: 9%,Ourense: 11 %, Pontevedra: 42 %. Se contestaron 147 cuestionarios (23,5%) Los resultados se recogieron en una tabla de datos y se analizaron para conocer las frecuencias de las expectativas. Se priorizaron 31 expectativas de las cuales el 38,7% se relacionaron con la capacidad de respuesta, el 25,8% con la fiabilidad, el 16,2% con la competencia técnica, el 16,1% con la información y el 3,2% con la empatía. Se establecieron 34 compromisos con los ciudadanos y 14 métodos de compensación en casos de incumplimiento de los compromisos.

Las encuestas de detección de expectativas utilizadas en la elaboración de la carta de servicios son un instrumento útil para detección de expectativas de los ciudadanos.

La dimensión de calidad más directamente relacionada con las expectativas es la capacidad de respuesta, lo cual está directamente relacionado con lo tipos de servicios que prestan un servicio de emergencias extrahospitalario .El número de compromisos asumidos por el servicio de emergencias en relación a las expectativas detectadas es elevado. Las medidas de compensación alcanzadas, en relación a los compromisos asumidos, son escasas, por lo que será necesario establecer nuevos procedimientos de compensación cuando se revise la carta de servicios.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 706

TÍTULO: MEJORAR EL CONTROL DEL DOLOR AGUDO. DERECHO DEL PACIENTE, DEBER DEL PROFESIONAL.

AUTORES: PADILLA LLAMAS, CATALINA.; GÓMEZ TABOADA, N.; SAMPER SALDÉS, E.; ESTEVE FERRÁN, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular actual o potencial. Es un síntoma de gran importancia en el ámbito socio sanitario y económico.

El control del dolor durante el ingreso influye en la mejor evolución del paciente, reduce la estancia hospitalaria y los costes y mejora la satisfacción y la calidad percibida por el paciente.

En nuestro centro la Dirección de Enfermería, decide poner en práctica un proyecto diseñado en dos años (2013-2015) de control y manejo del dolor en pacientes ingresados, con este proyecto se pretende instaurar y consolidar buenas prácticas en la evaluación y manejo del dolor

-Mejorar la evaluación sistemática del dolor en las unidades de hospitalización.

-Disminuir la frecuencia de pacientes ingresados con dolor agudo no tratado

1. Diagnóstico y planificación:

-Identificación de los líderes, responsables de llevar a cabo el proyecto.

-Identificación de las unidades y diseño del cronograma de implantación.

-Presentación del proyecto a los profesionales.

-Evaluación basal de la situación. Se evalúan 8 indicadores: Valoración del dolor al ingreso, prevalencia del dolor, prevalencia del dolor en las últimas 24h, registro y evaluación (mínimo cada 8 h.), revaloración del dolor si EVA>3, efectividad del tratamiento, grado de instauración analgésica e información y educación al paciente.

-Identificación de problemas, definición de objetivos específicos de unidad y estrategias de mejora.

2. Implementación del proyecto:

-Difusión de los resultados y objetivos a los profesionales.

-Determinar acciones de mejora conjuntamente con los equipos.

-Sesiones de seguimiento en las unidades.

-Formación on-line (9h. enfermeras, 3h. auxiliares)

-Monitorización de la práctica a través de seguimiento de indicadores.

-Despliegue del proyecto a todas las unidades según cronograma.

Evolución de los indicadores en el 3er. estudio post- intervención.

En cuanto a la valoración al ingreso se constata un incremento del 34,38% al 79,31%, registro y evaluación del dolor cada 8h, se observa una mejora significativa, se pasó de un valor del 38,29% al 60,69%.

Revaloración del dolor ha pasado del 12,73% al 43,87% .

Prevalencia del dolor > 3 del resultado inicial del 20,18% se pasó al 10,9%. La prevalencia del dolor en las últimas 24h. disminuyo muy levemente del 34,75% al 32,94%.

En cuanto a la información/educación al paciente, también los resultados muestran ligera mejoría del 52,65% al 54,65%.

La efectividad del tratamiento pasó del 60,36% al 63,4% y el grado de instauración del tratamiento del 99,16% al 100%.

La disminución de la prevalencia y otros indicadores, es fruto del abordaje interdisciplinar y multifactorial (adecuación de los tratamientos, mejorar formación sobre el manejo de los analgésicos, implementación de escala adecuada al paciente, difusión del proyecto, comisión del dolor...).

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 707

TÍTULO: EL SERGAS EN EL MÓVIL: PLATAFORMA É SAÚDE

AUTORES: PAIS IGLESIAS, B.; FARJAS ABADIA, P.; GARCIA CEPEDA, B.; GARCIA TENORIO, P.; CID ALVAREZ, S.; OITAVEN BARCALA, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los tiempos cambian y nuestros pacientes también. El discurso sobre el empoderamiento de los pacientes y su cambio de rol, acorde a nuevos contextos era necesario, pero se queda estéril si no va acompañado de herramientas que permitan que su alfabetización sanitaria mejore, y su empoderamiento se posibilite de forma real. La Plataforma E Saúde, un proyecto cosubvencionado con fondos Feder, de prestación de servicios on line a ciudadanos, surge para incorporar definitivamente al paciente como sujeto activo y eje vertebrador del sistema de salud, y para propiciar una forma diferente de comunicación que ayude al trabajo colaborativo entre pacientes y profesionales, y de ellos entre sí. Permite a los pacientes acceder desde el móvil o el PC a su historia, a su medicación, a sus pruebas; le permite realizar cualquier trámite o gestión sanitaria, o consultar su estado, le facilita su formación a través de una escuela on line, le da acceso a comunidades y asociaciones de pacientes, y pone a su alcance todos los recursos formativos e informativos del sistema.

Realizar una primera evaluación de la plataforma en su escenario demostrador, para determinar si cumple las expectativas exigibles a este tipo de plataformas, e identificar situaciones que potencialmente pudieran dificultar su implantación.

Se seleccionó una muestra de 250 pacientes, convocados desde el Consello Asesor de Pacientes, en noviembre de 2015. Se combinó metodología cuantitativa y cualitativa. Se definieron indicadores que se clasificaron en funcionales, técnicos o de eficacia. Se explotaron para la evaluación, los registros propios de la plataforma, y por otro lado se realizaron 132 cuestionarios electrónicos, 16 encuestas telefónicas, 11 pruebas de usabilidad y 11 grupos focales. Se obtuvieron 65 recomendaciones de mejora, que se han incorporado en su totalidad a la versión actualmente vigente de la herramienta.

En junio de 2016 están dados de alta en la Plataforma 700 personas, y está planificada su extensión al total de la población gallega en septiembre de 2016.

El 40% de los indicadores cumplieron los objetivos fijados, y un 30% estuvieron cerca de hacerlo. La plataforma ha tenido una excelente acogida, el 90% de los usuarios la recomendarían y consideran que aporta valor al sistema. El 54% de los usuarios piloto combinaron el uso en PC y móvil. El proceso de registro se identificó como complicado. Las funcionalidades más usadas fueron las de información personalizada sobre salud: acceso a informes de historia clínica, medicación, citas, informes de pruebas. 87% de los encuestados de más de 60 años consideró el uso de la plataforma de complejidad baja o media.

Consideramos que la herramienta É Saúde es un elemento disruptivo, que va a modificar y enriquecer sustancialmente nuestro sistema sanitario y que responde a lo que nuestros usuarios nos estaban demandando.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 708

TÍTULO: PROYECTO RESISTENCIA ZERO: EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL.

AUTORES: MARTINEZ RUBIO, CARMEN.; JESUS DE LA CALLE, I.; FREYRE CARRILLO, C.; RODRIGUEZ IGLESIAS, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Proyecto Resistencia Zero, elaborado conjuntamente por el Ministerio de Sanidad y las Sociedades médicas y de enfermería de Cuidados Intensivos, tiene como objetivo la detección y prevención de la emergencia de bacterias multirresistentes (BMR) en el paciente crítico.

Hacer la detección y seguimiento de las BMR en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Desde el año 2015 iniciamos una búsqueda activa de la existencia de BMR en muestras de pacientes ingresados en la UCI, con o sin infección, en al menos tres muestras que denominamos "de vigilancia" (frotis faríngeo, nasal, perineal o rectal, nasofaríngeo y/o axilar) tomadas al ingreso de cada paciente, y semanalmente mientras dura el ingreso en la unidad. Las muestras de broncoaspirado, por consenso con UCI, las evaluamos como muestras clínicas en todos los casos y no como muestras de vigilancia. Los microorganismos investigados son: Staphylococcus aureus MR, Pseudomonas aeruginosa MR, Enterococcus spp VIM, Enterobacterias productoras de BLEA o carbapenemasas y Acinetobacter baumannii MR.

Durante el período de estudio se han evaluado 1048 muestras de 199 pacientes. No ha habido ningún aislamiento en muestras de vigilancia de: S. aureus MR, ni Enterococcus spp VIM, ni Enterobacterias productoras de carbapenemasas. El protocolo nos ha permitido la detección de A. baumannii MR en muestras de pacientes durante su ingreso de manera puntual de Enero hasta Abril de 2016. En el mes de Mayo (desde el día 3 al 14), se detectaron 6 casos de pacientes ingresados en la UCI en las mismas fechas en los que se aisló en una o más muestras A. baumannii. Estas cepas eran fenotípicamente iguales, y presentaban un perfil de resistencia a todos los antibióticos testados, con la excepción de la Amicacina (Sensible) y los Carbapenems (Intermedio). Se trataba de cepas productoras de betalactamasas tipo OXA 51 y OXA 58 (PCR multiplex) cuyo estudio de clonalidad mediante rep-PCR muestra un único perfil, demostrando que se trata de la misma cepa de A. baumannii. Ante este hallazgo, los responsables de la UCI, Medicina Preventiva y Microbiología evaluaron la situación y tomaron medidas de atención extrema a las medidas de aislamiento de barrera de los pacientes y de limpieza completa. Asimismo, se realizaron controles de superficie, que no detectaron la presencia del microorganismo. Desde ese momento hasta la fecha, no se ha detectado ningún paciente nuevo en la UCI colonizado o infectado por A. baumannii.

Con esta información, creemos que la implantación de un protocolo de monitorización de BMR permite por una parte detectar el tipo de gérmenes multirresistentes presentes en la UCI local, monitorizar precozmente la presencia en todos los pacientes de estos microorganismos así como realizar un seguimiento de la efectividad de las medidas tomadas ante un acúmulo de casos como el que presentamos o incluso de un brote.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 709

TÍTULO: MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ATRAVÉS DE LAS ACTAS DE LOS COMITÉS DE TUMORES INTEGRADAS EN LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA

AUTORES: SIN CABRERO, ROSER.; EXPÓSITO PAGAN, J.; ANGLADA TORT, L.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El sistema tradicional guardaba las actas en una base de datos interna, que no llegaba al alcance de todos, no permitía hacer análisis de la actividad óptimo y era muy pesado, duplicando la información y exigiendo complementar algunos indicadores no esenciales para la decisión

Durante el 2015 se trabajó en la creación de una nueva plantilla más específica, centrada en la decisión terapéutica y plan asistencial, y no tanto en la redacción del historial clínico del paciente ya que está disponible en la historia. Se resumió en cuatro apartados: diagnóstico, motivo de presentación, propuesta de comité y otros (información clínica relevante). Ésta se trasladó a la historia clínica informatizada (SAP) para incorporarla como un informe

En febrero de 2016 se empezó a trabajar con este modelo con el fin de mejorar la gestión administrativa, ahorrar pasos asistenciales y mejorar la comunicación entre los profesionales

Mejorar la accesibilidad y disponibilidad de la información clínica y de la comunicación entre los profesionales, además de modificar las funciones administrativas incidiendo en la gestión del caso

Se programan los pacientes SAP, se registra y cumplimentan los datos del informe y se redacta la decisión en el curso clínico, en el mismo momento de la sesión, que se comparte con todos los profesionales implicados

El tiempo de dedicación para finalizar el acta después de la sesión se reduce, permitiendo que la secretaria se centre en la gestión del caso, coordinando el despliegue terapéutico (controlar tiempos de visitas, pruebas y tratamientos)

Existen 13 comités de tumores coordinados por un presidente y dos secretarías, y cada uno tiene asignado un día y una hora de la semana

Desde el 29/02/16 hasta 10/06/16 se han elaborado 1111 actas de un total de 810 pacientes en 139 reuniones, repartidos de la siguiente manera: pulmón:131 actas/109 pacientes;colorectal: 206 actas/127 pacientes;mama: 116 actas/75 pacientes;piel: 21 actas/ 17 pacientes;neurooncología:36 actas/27 pacientes;linfomas: 64 actas/ 60 pacientes;cabeza y cuello: 140 actas/ 98 pacientes;urología:108 actas/ 86 pacientes;ginecología: 98 actas/ 70 pacientes;endocrinología y tumores neuroendocrinos: 39 actas/ 37 pacientes;hepatobiliopancreático: 99 actas/ 70 pacientes;esofagogástrico: 53 actas/ 36 pacientes

El nuevo sistema de recogida de datos permite que todos los profesionales sanitarios puedan acceder al informe, ya sean de la misma institución o de otra que dispongan de SAP, disponer de la decisión de forma inmediata, mejorar la comunicación entre los trabajadores implicados, así como mejorar la organización asistencial, dando soporte administrativo a todo el proceso, especialmente en aquellos casos que requieren intervención conjunta con otros servicios a fin de reducir el intervalo de tiempo entre la valoración y el inicio de tratamiento

Queda pendiente evaluar la validación de las actas ya que en algunos comités es difícil conseguir hacerlo in situ debido a su complejidad

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 710

TÍTULO: EL ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ ES UN BUEN MÉTODO PARA LA MEJORA CONTINUA.

AUTORES: SERRANO BERMÚDEZ, SONIA GALA.; ASENSIO BLASCO, E.; CARPENA HERNÁNDEZ, A.; SUREDA BALARI, A.; TRELIS NAVARRO, J.; VIDAL MILLA, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Nuestro hospital es un centro monográfico de cáncer que abarca la prevención, asistencia, docencia e investigación. Los servicios asistenciales comparten la atención del paciente durante todo el proceso de la enfermedad onco-hematológica. El modelo de atención está centrado en el paciente. Se analiza la intervención de los servicios de Hematología y de Cuidados Paliativos (SCP) en un caso de paciente con mieloma múltiple, en el que se detecta dificultad en la toma de decisiones y de aplicación del nivel de intervención en las complicaciones clínicas.

Identificar los errores para definir acciones correctivas y áreas de mejora, incorporando los filtros de control durante el proceso asistencial para evitar futuros acontecimientos similares.

Mediante la metodología causa-raíz se analiza el caso con los datos asistenciales informatizados de la historia clínica registrada por los facultativos referentes, se compara el nivel de intervención que se realiza al paciente según lo acordado en la guía de práctica clínica de la institución. Se realizan entrevistas con el personal implicado, estableciendo la cronología de los hechos. A continuación, se analizan los errores del proceso y se definen las áreas de mejora para implementar las acciones correctivas y de mejora continua.

El caso expone un paciente en curso de tratamiento hematoactivo que ingresa en el SCP con deterioro cognitivo atribuido inicialmente a posible toxicidad opioide. Durante el proceso se constata deterioro clínico, con diferente nivel de intervención según los facultativos tratantes, discordante con los niveles propuestos por la Icopraxis de final de vida y con dificultad en la toma de decisiones con la familia. Finalmente el paciente presenta mayor deterioro a pesar de las medidas activas y sobreesfuerzo diagnóstico y terapéutico, siendo éxitus por complicación vital irreversible. El análisis causa-raíz permite la medición de los diferentes factores implicados (de estructura, recursos, organización y coordinación de los diferentes equipos), permitiendo implementar las medidas de mejora para mayor consenso y decisión terapéutica ante pacientes con tratamiento hematológico activo y dificultad para la toma de decisiones clínicas.

Conclusiones:

- La participación de los profesionales implicados, evitando la culpabilidad y acciones punitivas, ayuda a la difusión de la cultura de calidad en el centro.
- Nuestra institución apuesta por la evaluación de la práctica clínica para validar el cumplimiento de las guías consensuadas como mejores prácticas.
- El análisis causa raíz ha demostrado ser una buena herramienta para identificar los puntos débiles del proceso en la atención asistencial, siendo la metodología adoptada para analizar los casos que se identifiquen en el resto de servicios.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 711

TÍTULO: PROYECTO RESISTENCIA ZERO: RESULTADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL EN UN PERIODO DE 18 MESES.

AUTORES: MARTINEZ RUBIO, CARMEN.; JESUS DE LA CALLE, I.; FREYRE CARRILLO, C.; RODRIGUEZ IGLESIAS, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) evalúan de manera continua los pacientes con una o más bacterias multirresistentes (BMR), aisladas en muestras de vigilancia, desde su ingreso hasta su alta de la UCI. Se evalúan las tasas comparadas con resultados obtenidos en la C. A. de Andalucía y con los datos nacionales.

Analizar el estado de colonizado o infectado en los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario de Puerto Real a lo largo de toda su estancia en la Unidad en relación con los días de estancia, los días de antibioterapia, los días de BMR y los días de aislamiento.

Estudiamos la información recogida en la UCI desde Junio de 2014 hasta Diciembre de 2015. Dicha información incluye: 1.- Datos de la situación de infección y/o colonización por alguno de los microorganismos analizados (MRSA, Enterococcus spp. Vancomicina R, Pseudomonas multirresistente, Acinetobacter baumannii Imipenem R, Enterobacterias productoras de BLEA o Carbapenemasas). 2.- Tasas comparadas con la Comunidad autónoma de Andalucía y con el resto de la nación en función de los días de estancia en la UCI de los pacientes con algún aislamiento de BMR, días que con este motivo recibieron antibioterapia, días en que persistió el aislamiento del microorganismo. 3.- Microorganismos aislados.

En la UCI del Hospital Universitario de Puerto Real se registraron en el período de estudio un total de 890 pacientes, que generaron un total de 3321 estancias. Dichos pacientes fueron tratados con antibióticos 1831 días. Nuestros 28 casos detectados con BMR de entre los 890 ingresados suponen una tasa por cada 100 pacientes de 3.15 casos, que es intermedia entre la andaluza (2.45) y la nacional (4.09). Los días de estancia de nuestros pacientes suponen una tasa por cada 100 días de 8.43, casi el doble de la tasa andaluza (4.89) y algo superior a la nacional (7.56). Sin embargo la tasa de días de antibioterapia es inferior a las tasas andaluza y nacional, mientras que la tasa de días de de BMR es más elevada. De entre los gérmenes que se detectaron durante el ingreso, un total de 17 producían colonización e infección (Pseudomonas MR 3, A. baumannii R Imipenem 10 y Enterobacterias productoras de BLEE 11), lo que supone tasas por cada 100 pacientes inferiores a las obtenidas a nivel de Andalucía y a nivel nacional, excepto para A. baumannii. Si solo consideramos los pacientes infectados, nuestras tasas son más parecidas a las obtenidas a nivel nacional, si bien el escaso número de casos no permiten hacer una evaluación comparativa. En el período de estudio no se han aislado en nuestra UCI ningún microorganismo causante de infección de las especies MRSA, Enterococcus spp. Vancomicina R ni Enterobacterias productoras de Carbapenemasas. Creemos que los datos comparados suponen una información de gran utilidad, que permite evaluar de manera prospectiva y continuada la situación en cada UCI.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 712

TÍTULO: APPS EN SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DEL PROFESIONAL SANITARIO: UN ESTUDIO CUALITATIVO

AUTORES: ESCOBAR-UBREVA, ÁNGELA.; BUIZA-CAMACHO, B.; HERRERA-USAGRE, M.; FERRERO ÁLVAREZ-REMENTERIA, J.; SANTANA-LÓPEZ, V.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En el marco de proyecto mSSPA, cuyo objetivo principal es el desarrollo un ecosistema de innovación basado en servicios móviles de salud interconectados con los sistemas del SSPA, se pone en marcha el Barómetro Andaluz de Aplicaciones Móviles de Salud para conocer la perspectiva general de la situación real de Andalucía en el uso de apps de salud.

Analizar la percepción y discursos sobre el uso de aplicaciones móviles de salud de los profesionales sanitarios para la realización del primer barómetro de actitudes y uso de apps de salud de profesionales en Andalucía.

Investigación cualitativa mediante Grupo de discusión (GD): 8 sanitarios del SSPA, equilibrado en atención primaria y hospitalaria y en género. Fecha de celebración: mayo 2016. Software de análisis ATLAS.Ti

Principales problemáticas planteadas: alto volumen de apps de salud existentes y escasa información sobre la fiabilidad de las mismas; necesidad de un organismo regulador-validador; confidencialidad de los datos; apps sin utilidad que tienden a medicalizar a la población; efecto “paciente informado, médico descolocado”; oposición de algunos profesionales al uso de móvil personal para el trabajo; diversidad de conexión a internet en los centros; necesidad de integrar y dimensionar el uso de apps en una estrategia global de asistencia sanitaria (comunicación entre profesionales, profesionales-pacientes); diferencias en el uso entre sanidad pública-privada.

Clave de éxito propuestas: sencillez de uso, manejabilidad, información útil, rapidez de acceso a consulta de datos; estrategia general y homogénea, implicación del personal; grupos de trabajo de nuevas tecnologías que coordinen la implementación; implantación de prescripción de apps y formación.

Conclusiones:

Existe inquietud general acerca de la desigualdad de uso de las apps de salud por parte de profesionales y pacientes. Para los primeros puede facilitar su trabajo, mientras que para los segundos puede ser un peligro si estas no están validadas.

El uso de las apps podría mejorar la eficiencia de la atención a pacientes disminuyendo desplazamientos y tiempos de espera. Además podrían facilitar el empoderamiento de los pacientes convirtiéndolos en sujetos activos en sus procesos de salud.

Existe consenso sobre la necesidad de repositorio corporativo de apps de salud.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 714

TÍTULO: PACIENTE FRÁGIL QUIRÚRGICO: ES POSIBLE REDUCIR LA MORBIMORTALIDAD Y COSTE-EFECTIVIDAD ?

AUTORES: CASTELLVI VALLS, JORDI.; BORRELL BRU, N.; PASCUAL HUERTAS, LL.; BERNAT ALVAREZ, MJ.; REIG PUIG, LL.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La edad avanzada, la comorbilidad y la fragilidad repercuten en la morbilidad postoperatoria. Una atención multidisciplinar, individualizada, integrada y continuada durante todo el proceso asistencial permitiría reducir las complicaciones, estancias y reingresos.

Valorar el efecto de la implantación de un Área de Atención al Paciente Quirúrgico Complejo (AAPQC) sobre la morbilidad, los reingresos, costes del proceso, nivel de satisfacción y calidad de vida después de una intervención quirúrgica en el paciente frágil.

Desde 1 Enero 2015 a 30 Mayo de 2016 se han incluido en el AAPQC, 58 pacientes frágiles (Grupo I) que deben someterse a una intervención quirúrgica con un grado de complejidad quirúrgica III o IV según clasificación NHS y con ASA IV o ASA III con Barthel < 70 i/o Pfeiffer > 3 errores. Se efectúa una valoración integrada, individualizada, multidisciplinar (por mismo equipo del área). Se optimizan los pacientes previa a la intervención y se ofrece una continuidad asistencial. Se analizan datos demográficos, peso específico de complejidad, intervalo diagnóstico-intervención, complicaciones (DINDO III y IV), mortalidad (30 días), estancias, reingresos y encuesta de satisfacción (a 90 días postintervención). Se compara con Grupo II, 65 pacientes de las mismas características intervenidos durante 1 Enero 2013 a 31 Diciembre 2014 en el mismo equipo quirúrgico.

Resultados: no hay diferencias significativas en edad (74a [30-92] vs 74a [40-92]), sexo (32H/26M vs 40H/25M), ASA (51 ASAIII/7 ASAIV vs 62 ASAIII/3 ASAIV), IMC (27,3 [20-50] vs 27,2 [19-40]) y tipo de IQ (neoplasia colon derecho [53% vs 45%], colon izquierdo [38% vs 32%], recto [19% vs 23%]) entre ambos grupos. Las complicaciones (8% vs 20%, $p < 0.02$), estancia media (7d [5-44] vs 12d [4-29] $p < 0.001$) y exitus (3,4% vs 9% $p < 0.04$) fueron menores en el Grupo I. No hubo diferencias en reintervenciones (1 vs 3) ni en reingresos (2 vs 3). La satisfacción y calidad de vida (grupo I) fue de 96,5%.

Conclusiones: la instauración de un AAPQC que permita una atención integrada, multidisciplinar e individualizada junto a una optimización y continuidad asistencial, resulta ser una medida coste-efectiva en el manejo del paciente frágil quirúrgico complejo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 716

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DEL CHECKLIST TRANSFUSIONAL COMO HERRAMIENTA DE TRANSFUSIÓN SEGURA

AUTORES: PANISELLO BERTOMEU, JOSE MANUEL.; TOMAS CARTES, MM.; BARRACHINA SALES, MM.; MASDEU ROIG, MJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El sistema de Hemovigilancia de Cataluña analiza los efectos adversos y los incidentes de la donación y de la transfusión sanguínea. Los errores transfusionales se clasifican en incidentes (errores no detectados a tiempo y en el que el componente sanguíneo ha sido transfundido) y en casi incidentes (cuando al ser detectados, hemos podido evitar la transfusión).

La verificación antes, durante y después de la transfusión es un procedimiento fundamental en la prevención de errores de transfusión. Por este motivo, el Listado de Verificación (Checklist Transfusional) en la cabecera del paciente, se propone como una herramienta efectiva en la mejora de la seguridad del paciente.

Disminuir los errores en los procesos de la transfusión.

Implantar el Checklist Transfusional de forma rigurosa y a tiempo real, en la cabecera del paciente.

Estudio descriptivo transversal, realizado en un hospital comarcal durante el periodo comprendido entre julio 2014 a marzo de 2016. La muestra analizada fue un total de 406 actos transfusionales de concentrados de hemáties.

Se diseñó un Checklist compuesto por 24 ítems en la Historia Clínica informatizada del paciente, con tres apartados diferenciados a cumplimentar por el profesional que realizó el acto transfusional: antes, durante y después de la transfusión.

Se realizaron acciones formativas de seguridad transfusional y del Checklist a todos los profesionales médicos y de enfermería.

Se registraron los errores transfusionales notificados al sistema de Hemovigilancia de Cataluña.

Se auditó periódicamente el cumplimiento del Checklist, mediante la explotación de los datos de la historia clínica informatizada mediante una hoja de cálculo Microsoft Excel®, y los resultados fueron analizados trimestralmente por el Comité de Transfusiones.

El cumplimiento del registro de los ítems del Checklist durante el 2º semestre de 2014, fue del 75%. En el año 2015 fue del 93% y en el primer trimestre de 2016, del 94%.

En el 2º semestre de 2014 se detectaron 2 casi incidentes, (1 por identificación incorrecta de la muestra en el momento de la extracción y 1 error en la cabecera del enfermo). En el año 2015 hubo un incidente sin efecto en el servicio de transfusión (no relacionado con el Checklist en la cabecera) y en el primer trimestre de 2016 no hubo ningún error.

Como conclusiones, el Checklist consiguió implicar a los profesionales en la seguridad transfusional según muestran los elevados resultados de cumplimiento del registro.

Estos resultados refuerzan el hecho que el Checklist Transfusional se perfila como una herramienta válida para la disminución de los errores transfusionales en la cabecera del paciente, ya que durante los 15 últimos meses no hemos detectado ningún incidente ni casi incidente evitable. Según nuestro histórico de hemovigilancia, desde el año 2010 hasta la introducción del Checklist se habían producido 2 incidentes transfusionales y 5 casi incidentes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 717

TÍTULO: PARTICIPACIÓN DEL CIUDADANO EN LA TOMA DE DECISIONES EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL

AUTORES: MARTINEZ MORENO, LUIS MANUEL.; JURADO MELERO, AB.; RODRIGUEZ MARIN, EV.; CABALLERO RUIZ, AM.; REYES TABOADA, AM.; DEL PINO LOPEZ, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental tiene como misión ofrecer una asistencia de calidad a las demandas de atención de los usuarios de nuestros servicios, con una prestación asistencial definida en tres pilares:

1. Unidad de gestión clínica.
2. Un modelo de recuperación de la persona afecta de un trastorno mental, basado en un enfoque multidisciplinar y con estrecha cooperación entre atención primaria y especializada garantizando la continuidad de cuidados siguiendo la metodología de Procesos Asistenciales Integrados, además del trabajo de coordinación interniveles y con otras instituciones sanitarias y no sanitarias.
3. Garantizar los derechos de las personas que padecen un trastorno mental basándonos en el tratado de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad.
 - Favorecer la participación del usuario en las decisiones de la Unidad de Gestión Clínica, creando una cultura de participación y transparencia en la gestión con objeto de incorporar la perspectiva del paciente en el proceso sus propias necesidades.
 - Desarrollar líneas estratégicas que permitan la contribución del usuario en la planificación de la gestión.

De cara a conocer las necesidades de los usuarios, así como su implicación en la planificación de la gestión de la UGC, se desarrollan una serie de actividades encaminadas a fomentar su participación:

- Asambleas semanales de usuarios en los distintos Dispositivos Asistenciales Hospitalarios.
- Realización de grupos focales semestrales para conocer la opinión de los usuarios respecto a las dinámicas asistenciales y de funcionamiento de los dispositivos asistenciales hospitalarios.
- Mesa cuatrimestral de Participación ciudadana.
- Procedimiento Normalizado de recogida de sugerencias en Dispositivos Asistenciales.
- Análisis desde la Dirección de la UGC de las distintas reclamaciones emitidas por los usuarios en los distintos Dispositivos Asistenciales. Y emisión de un informe de reflexión con incorporación de medidas de mejora.

Una vez realizadas estas intervenciones, se extraen conclusiones de los mismos que sirven para realizar cambios tanto a nivel de planificación de la UGC como a nivel de intervención diaria con el usuario en los diversos dispositivos. Asimismo, se realiza devolución al usuario respecto de las conclusiones y medidas de mejora llevadas a cabo.

La realización de este tipo de intervenciones ha demostrado:

- La experiencia es satisfactoria tanto para los usuarios como para la planificación y gestión de recursos de la UGC.
- En los últimos años se han incrementado estas intervenciones, aumentando su número así como los dispositivos implicados.
- Esta línea de trabajo permite orientar de manera adecuada los recursos en función de las necesidades percibidas de los usuarios desde la perspectiva del enfoque recuperador.
- Conocer la existencia de prácticas asistenciales que puedan vulnerar los derechos de los usuarios, así como la implementación de medidas para reorientarlas de manera adecuada.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 718

TÍTULO: "IMPLEMENTACIÓN, IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE CONSULTA DE ENFERMERÍA A PACIENTES OSTOMIZADOS"

AUTORES: GUIL LOPEZ, FRANCISCA.; CABRERA LOPEZ, M.; VARGAS TORRES, I.; PARRA JUAN DE LA CRUZ, A.; CASCOS ARIAS, E.; RAMAL SOLA, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Analizar las distintas estrategias llevadas a cabo para la implantación de la consulta de enfermería para pacientes ostomizados del Hospital de Poniente. Evaluación de resultados.

- Determinar las competencias profesionales del área para liderar este proyecto.
- Conocer las expectativas y necesidades de los profesionales del área.
- Creación de la consulta.
- Analizar resultados.

Este proyecto forma parte de una estrategia para dar respuesta a una demanda de los usuarios ante la falta de conocimientos y habilidades en el manejo de la ostomías:

1. Revisión de las competencias necesarias de la enfermera que atenderá dicha consulta.
2. Técnica de análisis DAFO con los profesionales del área de Cirugía.
3. Organización y plan funcional de la consulta.
4. Análisis de resultados tras un año de implantación

Se han establecido las competencias profesionales que debe tener la enfermera estomaterapeuta de nuestra unidad.

- Análisis DAFO multidisciplinar del área: conocimiento de expectativas y necesidades, propuesta de líneas de trabajo, análisis de resistencias y facilitadores ante la creación de la consulta.

- Implantación de la consulta.
- Resultados, mediante realización de encuesta de calidad de vida "cuestionario Montreaux" para evaluación de resultados.

La formación y dotación de competencias de la enfermera estomaterapeuta, está haciendo que el paciente reciba unos cuidados de calidad basados en la evidencia científica.

El uso de técnicas cualitativas con los profesionales ha hecho que obtengamos líneas de trabajo encaminadas en su mayoría a la información y han favorecido el trabajo en equipo en la unidad ante la implantación de la consulta.

Elaboración de un plan funcional, adaptando agendas, circuitos y estructuras ante la creación de la consulta.

Los resultados obtenidos en las encuestas avalan la necesidad y los magníficos resultados de esta consulta, y produce una gran motivación en los profesionales implicados que lo que persiguen no es otra cosa que la mejora de la calidad de vida de nuestros pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 719

TÍTULO: GESTIÓN EFICIENTE Y FLEXIBLE DE AGENDAS DE CITACIÓN DE PET/TAC CONVENCIONAL CON FDG, TRAS LA IRRUPCIÓN DEL PET COLINA.

AUTORES: SANCHEZ IGLESIAS, ROSANA.; GIL RODRIGUEZ, A.; GONZALEZ QUINTAS, N.; NOGUEIRAS ALONSO, J.; GUITIAN IGLESIAS, R.; PIÑEIRO REDONDO, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En nuestra Unidad de Medicina Nuclear, dado el creciente número de solicitudes de PET con FDG (para detección de todo tipo de tumores) con carácter urgente, y siendo nuestro turno de trabajo ordinario el de la mañana, en función de la demanda se abren agendas con turnos extraordinarios de tarde. Comenzamos a realizar PET COLINA (para recidivas de cáncer de próstata), que no solo influyen en la modificación de la programación en nuestra Unidad, sino también en la programación del CICLOTRÓN que nos suministra los radiofármacos, porque los produce también para el otro hospital público de nuestra Comunidad Autónoma que realiza esta prueba, y porque la producción de FDG y COLINA no puede ser simultánea.

Cumpliendo el compromiso con los médicos prescriptores de PET con FDG de realizarlos antes de que el paciente acuda a su cita, hemos de encajar en nuestra agenda los PET COLINA, cuya producción de radiofármaco por parte del CICLOTRÓN paraliza la producción de FDG, coordinando además la citación de PET COLINA con la del otro hospital, para que la dedicación del CICLOTRÓN a la fabricación de COLINA ocupe el menor tiempo posible.

Cuando solo hacíamos PET con FDG, la citación se realizaba en turno de mañana, añadiendo los turnos de tarde necesarios para que la demanda de solicitudes urgentes fuera satisfecha. Con el inicio de la realización de PET COLINA, se les asignó un turno los miércoles por la tarde (para 5 pacientes). El miércoles de la semana previa a la citación de estos pacientes (necesitamos ese plazo como mínimo, ya que es el periodo en el que los pacientes que se van a someter a un PET COLINA necesitan llevar una dieta especial), nos ponemos en contacto con el CICLOTRÓN, que a su vez se pone en contacto con el otro hospital de la Comunidad Autónoma.

1.- Si el otro hospital no va a realizar esa semana PET COLINA, nosotros citaremos el próximo miércoles 5 pacientes en turno de tarde, y el CICLOTRÓN fabricará FDG para los PET convencionales las mañanas de lunes a viernes y las tardes necesarias exceptuando la del miércoles.

2.- Si el otro hospital va a realizar esa semana PET COLINA, citará a sus pacientes en turno de mañana con lo cual nosotros cambiamos nuestra programación de ese miércoles: citaremos 4 pacientes para PET COLINA a primera hora de la mañana (suministrando COLINA a esa hora a ambos hospitales), y 3 pacientes con FDG a continuación, ya que el CICLOTRÓN puede realizar un segundo bombardeo para FDG. En el turno de tarde se citarán pacientes para PET con FDG en función de la demanda.

La gestión flexible de nuestras agendas de citación, en coordinación con el otro hospital público de la Comunidad Autónoma que realiza PET COLINA y con el CICLOTRÓN que fabrica para ambos el radiofármaco, permite que se programen conjuntamente las agendas semanales para este tipo de prueba, permitiendo en el tiempo restante una citación flexible y eficiente de PET convencional con FDG en turno ordinario o extraordinario, en función de la demanda y prioridad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 720

TÍTULO: MEJORANDO CUALITATIVAMENTE UN PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADO Y COMPARTIDO DEL PACIENTE CRÓNICO EN UN CAP.

AUTORES: GONZÁLEZ GONZALO, SONIA.; CLOTAS SANCHO, L.; CALAMOTE MANSO, F.; FERRÉ GRAS, J.; AINSA ABÓS, E.; MOR LLAGOSTERA, L.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Entre la población asignada al centro nos encontramos pacientes con alta complejidad y morbilidad que deberían ser identificados como tales, para poder ofrecer una óptima atención por parte de todos los profesionales que participan en el manejo de los mismos y dar la mejor respuesta a sus necesidades.

Estos pacientes son identificados como Pacientes Crónicos Complejos (PCC) o pacientes con Enfermedad Crónica Avanzada (MACA) y la forma de recoger sus necesidades, valores y preferencias y poder compartirlas con el resto de profesionales es mediante la realización del Plan de Intervención Individualizado y Compartido (PIIC), accesible a través de la historia clínica compartida informatizada.

Identificar que información debe contener un PIIC estructurado con un Plan de Decisiones Anticipadas (PDA) en pacientes identificados como PCC o MACA para garantizar que sea útil para los profesionales que los puedan atender en cualquier momento.

Identificación de los pacientes PCC/MACA según morbilidad, estratificación de grupos de riesgo (GMA) realizada por sus profesionales de referencia en Atención Primaria..

Formación a los profesionales del EAP sobre como elaborar un PIIC de calidad y la información que debe contener

Programación de visitas con los usuarios, tanto en el centro como en su domicilio, por su equipo de referencia, para elaborar el PIIC con un PDA que recoja las decisiones tomadas por los usuarios.

Periódicamente se reúnen los profesionales que están al cuidado de estos pacientes para participar en la redacción del plan, con visión multidisciplinar.

Resultados

En el último año se han duplicado el número de pacientes identificados como PCC/MACA, pasando de 128 (datos diciembre 2015) a 225 (datos mayo 2016), de los cuales el 80% tienen un PIIC elaborado. Eso supone que 18,16% del total de la población asignada tiene un PIIC, lo que indica que estamos por encima de la media del ICS (13,01 %).

Adecuación de calidad del PICC a los estándares requeridos: (del total de PIIC realizados)

Antes de la intervención 29,6%

Después de la intervención 81,2%

Conclusiones

La formación de los profesionales es imprescindible para que puedan realizar planes de intervención individualizados de calidad que contengan la información necesaria descrita en la bibliografía.

Los PIIC deben ser revalorados y modificados por los sanitarios de referencia, periódicamente o si hay cambios relevantes en el estado del paciente.

Valoramos positivamente el esfuerzo realizado hasta el momento por los profesionales del centro ya que los profesionales de otros ámbitos pueden consultar el PIIC en la HC3 y pueden actuar según el PDA.

Consideramos que debemos continuar planificando estrategias para aumentar la identificación de pacientes de alta complejidad con un PIIC elaborado.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 721

TÍTULO: CÓDIGO ÉTICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

AUTORES: CASTAÑO PASCUAL, ANGEL.; ORTIZ OTERO, MM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Desde su apertura en 2004, el compromiso de nuestro hospital hacia las personas ha estado siempre fundamentado en unos sólidos valores y principios que aún sin ser explícitos, han guiado los pasos de la organización y de todas las personas que la componen.

La Dirección ha decidido formalizar y plasmar en un documento ese sentir común latente que nos ha guiado hasta este momento.

El Código ético está llamado a desarrollar los principios éticos recogidos en la Misión, Visión y Valores del hospital y a servir de guía para la actuación de sus profesionales en un entorno global, complejo y cambiante.

Se dirige a la ciudadanía y a las personas que trabajan en el Hospital, ya sean de la propia organización o de otras empresas que presten servicios en la misma.

Para su elaboración, se ha constituido un Grupo de Trabajo multiprofesional y multidisciplinar, coordinado por la Unidad de Calidad. Se ha dado participación a todos los trabajadores con independencia de su categoría mediante un buzón en la Intranet para que puedan manifestar sus opiniones, sugerencias y aportaciones al documento.

Se ha dado oportunidad al Comité de Ética Asistencial y al Gabinete Jurídico del Hospital, para que puedan hacer aportaciones éticas y legales. Finalmente ha sido aprobado por el Comité de Dirección del centro.

El Código Ético de Conducta, está disponible en la Intranet, y será revisado cada cinco años de igual forma participativa.

El Código está redactado en coherencia con la misión y la visión del Hospital, de acuerdo con el Plan Estratégico.

Nuestro compromiso ético, alcanza cuatro diferentes ámbitos o dimensiones que se afinan después en valores y principios, y que finalmente se concretan en una serie de artículos que serán de ineludible cumplimiento para el hospital en su conjunto y para los profesionales individualmente.

Las dimensiones del compromiso se refieren 1. a los pacientes y usuarios, 2. a los profesionales con el Hospital, 3. al Hospital con los profesionales, y 4. con la sociedad.

Los valores en los que el Hospital apoya su actividad son el compromiso con la sociedad, la empatía a las personas, la profesionalidad con criterios éticos y de responsabilidad social, el trabajo en equipo y la innovación para avanzar.

Nuestros principios se resumen en: considerar al paciente como el centro de nuestra actuación; respetar a los pacientes sin discriminación; reconocer la autonomía de las personas; respetar la intimidad del paciente; preservar la confidencialidad de la información del paciente; innovar y buscar la mejora; adecuar la actuación del Hospital a los valores éticos respecto a la publicidad, comercialización, prácticas competitivas, procedimientos económico-financieros y sostenibilidad medioambiental; considerar a los profesionales el principal activo de la organización; fomentar el compromiso de compartir nuestro conocimiento y de generar nuevo conocimiento.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 722

TÍTULO: " EVALUACIÓN DE LA MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS. CONSULTA DE OSTOMÍAS"

AUTORES: CABRERA LOPEZ, MONTSERRAT.; GUIL LOPEZ, F.; NIETO LOPEZ, A.; PEREZ MARTINEZ, E.; LOPEZ GUIJARRO, J.; GUERRERO SALGUERO, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Evaluación de resultados tras implantación de consulta de enfermería de ostomías.

Analizar y propuestas de mejora tras un año de implantación .

Analizar resultados.

1. Análisis tras año de implantación de la consulta, uso de técnicas cualitativas para detectar áreas de mejora de la consulta.

2 . Análisis de resultados tras un año de implantación mediante realización de encuesta de calidad de vida en personas con ostomías " cuestionario Montreaux"

- El análisis tras el año de implantación realizado, tanto por los profesionales como por los pacientes ha servido para detectar más áreas de mejora en la atención de los cuidados que prestamos.

- Los resultados, mediante realización de encuesta de ca

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 723

TÍTULO: EVOLUCIÓN DE LAS SUBSANACIONES EN LA ACREDITACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUADA

AUTORES: MUDARRA ACEITUNO, MARÍA JOSÉ.; HERRERA MORIÓN, MJ.; MUÑOZ CASTRO, FJ.; VALVERDE GAMBERO, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Dentro del proceso de acreditación de formación continuada, que se inició en Andalucía en el año 2003, se encuentra la fase inicial de validación, en la cual se valora el cumplimiento de los requisitos básicos establecidos por la Comisión de Formación Continuada. Si alguno de ellos no cumple la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía le requerirá información adicional para su subsanación.

Analizar la evolución de las subsanaciones de las actividades formativas por modalidad

Sujeto de estudio: Nº Subsanaiones de actividades por modalidad de acreditación

Variables: Subsanaiones de actividades normales y modalidades de acreditación (presencial, no presencial, semipresencial y elearning)

Periodo de estudio: 2010-2015

Tipo de estudio: Análisis descriptivo

Resultados:

Durante el periodo de estudio el número de actividades validadas fue 16733.

- Según la modalidad presencial

Del total de actividades validadas, el porcentaje de actividades subsanadas fue del 19% en el año 2010, 13% en el año 2011, 10% en el año 2012, 11% en el año 2013, 6% en el año 2014 y 13% en el año 2015.

- Según la modalidad semipresencial

Del total de actividades validadas, el porcentaje de actividades subsanadas fue del 7% en el año 2010, 9% en el año 2011, 6% en el año 2012, 4% en el año 2013, 5% en el año 2014 y 8% en el año 2015.

- Según la modalidad no presencial

Del total de actividades validadas, el porcentaje de actividades subsanadas fue del 4% en el año 2010, 3% en el año 2011, 2% en el año 2012, 2% en el año 2013, 3% en el año 2014 y 8% en el año 2015.

- Según la modalidad E-learning

Del total de actividades validadas, el porcentaje de actividades subsanadas fue del 2% en el año 2010, 3% en el año 2011, 2% en el año 2012, 1% en el año 2013, 5% en el año 2014 y 8% en el año 2015

Conclusión:

Las actividades con modalidad presencial son las que tienen mayor tasa de subsanación.

El año con mayor tasa de subsanaciones es 2015.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 724

TÍTULO: MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA POR INSUFICIENCIA CARDÍACA A LA LUZ DEL CMBD. FACTORES PRONÓSTICOS

AUTORES: GARCÍA TORRECILLAS, JUAN MANUEL.; OLVERA PORCEL, MC.; ATAZ LOPEZ, P.; MORENO MILLÁN, E.; LEA PEREIRA, MC.; DUARTE CARAZO, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La insuficiencia cardíaca (IC) es una entidad de alta prevalencia, constituyendo un problema de salud pública que llega a tensionar la balanza del gasto sanitario y dificulta una gestión eficiente del proceso. El conocimiento de los factores asociados a los efectos adversos durante las hospitalizaciones, especialmente mortalidad, puede ayudar a optimizar la gestión y promover circuitos individualizados y de calidad durante las agudizaciones.

PRINCIPAL: Detectar factores asociados a la mortalidad intrahospitalaria de los pacientes ingresados por IC.

ESPECÍFICO: Evaluar la capacidad discriminativa y calibración de un modelo basado en variables procedentes de bases de datos clínico-administrativas.

Diseño: Estudio de cohorte histórica a partir de registros clínico-administrativos. **Muestra:** Todos los episodios de hospitalización en España bajo el GRD 127 en el periodo 2008-2012. **Fuente:** CMBD del MSCPS. **Variables principales:** edad, sexo, estancia, tipos de ingreso-alta, reingreso, número de diagnósticos y procedimientos (NDA-NPA), comorbilidades cardiovasculares y sistémicas.

Análisis estadístico: Estudio bivalente mediante T de Student y Chi2. Análisis de regresión logística múltiple para las variables asociadas a mortalidad intrahospitalaria con evaluación de la discriminación del modelo (C-Statistic) y calibración (Test de Hosmer-Lemeshow).

Se estudiaron 304.045 episodios de hospitalización durante el periodo de estudio. La edad media fue de 78.46 años (DS 10.61). Presentaron una estancia de 6.66 (DS 3.97) días. Al alta presentaron 8.66 (DS 2.91) diagnósticos y 2.20 (DS 2.32) procedimientos. La mortalidad hospitalaria fue del 5.6% y el 16.3% de los episodios estaban cursando un reingreso.

Los principales factores asociados a mortalidad en el análisis multivariante fueron el sexo masculino (OR 1.23, IC 95% 1.19-1.27), no estar cursando un reingreso (OR 1.73, IC95% 1.67-1.79), tener codificados diagnósticos de hipertensión (OR 1.36, IC95% 1.32-1.41), valvulopatía (OR 1.18, IC95% 1.14-1.22), fibrilación auricular (OR 1.28, IC95% 1.24-1.33), dislipemia (OR 1.61, IC95% 1.55-1.68), obesidad (OR 1.64, IC95% 1.54-1.75) y diabetes mellitus (OR 1.19, IC95% 1.15-1.23). La capacidad discriminativa del modelo fue baja-moderada (AUC 0.647, IC95% 0.642-0.651). La calibración mediante el test de Hosmer-Lemeshow fue significativa en relación al elevado tamaño muestral, si bien el correlato visual de los deciles de riesgo observados y esperados mostró un comportamiento adecuado).

Conclusiones: Es posible detectar factores asociados a una mayor probabilidad de fallecer durante el ingreso por IC aguda subsidiarias de implementarse en los circuitos asistenciales y de gestión que permitan la optimización de la atención a este grupo de pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 725

TÍTULO: PLAN PARA LA MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE EL HOSPITAL Y CENTROS SOCIOSANITARIOS DE SU ÁREA DE INFLUENCIA

AUTORES: ORTIZ OTERO, Mª MERCEDES.; CASTAÑO PASCUAL, AC.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En las últimas años la población a la que damos asistencia es cada vez mas anciana y hay que considerar las características de los Centros SocioSanitarios (CSS) junto con los datos de profesionales de Atención Primaria (AP).

Los municipios de Fuenlabrada, Moraleja de Enmedio y Humanes, que son las poblaciones de referencia de este estudio, también se ven afectados por el envejecimiento de su población y cada vez más "pluripatológico" o "Frágil. Su asistencia se encuentra fraccionada, con grandes problemas de coordinación y comunicación interinstitucional.

Se han incorporado a la actividad diaria los postulados de la Estrategia de Atención a la Cronicidad.

1-Mejorar la coordinación y comunicación entre el HUF y los CSS del área de influencia, para garantizar calidad asistencial, evitando traslados innecesarios a los servicios sanitarios evitando riesgos sanitarios.

2- Conocer las características de los CSS del área.

3- Mejorar la calidad percibida del proceso asistencial por parte del paciente y de sus familiares.

4- Promover la transferencia de información interinstitucional.

5- Mejorar la información clínica y actualizada a pacientes y familiares.

6- Potenciar el proceso de conciliación de la medicación.

1- Creación de un Grupo de trabajo multidisciplinar y de distintos ámbitos asistenciales (Hospital - Centros Salud - Centros Sociosanitarios).

Etapas I Planificación y presentación del proyecto

2- Revisión bibliográfica sobre los temas a tratar.

3- Cronograma de actividades, planificación y convocatoria de reuniones.

Etapas II Recolección y procesamiento de la información.

4- Diseño de un cuestionario para los CSS y encuesta.

5- Visitas a los CSS in situ.

6- Análisis DAFO y discusión de resultados.

Etapas III Evaluación y Propuestas

7- Procesamiento de toda la información.

8- Plan de Mejora para la continuidad asistencial

1 Se han generado muchos datos sobre el conocimiento de los CSS y líneas nuevas de trabajo compartido.

2 Gran heterogeneidad de los CSS en recursos, estructura y capacidad, dificultando la coordinación con el H y CS.

3 Nuevas expectativas de mejora y cooperación para todos los actores del proyecto.

4 Mejora de la comunicación entre profesionales, facilitando la conciliación de la medicación de los pacientes.

5 Establecimiento de una línea de comunicación directa entre el trabajadores sociales de los CSS y uno de referencia.

6 Mejorar la información y documentación a familiares y acompañantes, cuando están en la Urgencias.

7 Implementar un sistema para compartir algunos datos imprescindibles de la HCE entre el personal sanitario de los CSS, para mejorar la información y tratamiento de los pacientes, siempre respetando la confidencialidad.

8 Implantar la figura de médico-geriatra de enlace o consultor, para mantener contacto vía e mail o teléfono, sobre dudas de tratamiento o problemas de salud de los residentes del CSS.

9 Reuniones periódicas para establecer un vínculo de contacto e intercambio de conocimientos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 726

TÍTULO: ¿SE CUMPLEN LAS EXPECTATIVAS DE LOS FAMILIARES EN LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS EN EL ÁMBITO DE URGENCIAS?

AUTORES: LUQUE RAMIREZ, JUAN MANUEL.; VAZQUEZ GONZALEZ, A.; APONTE TOMILLO, I.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En los servicios de urgencias, el contexto en el que se ofrece la información que va a variar dependiendo de cuestiones como, los horarios, la demanda asistencial, etc., la disponibilidad de consulta específica. Analizar el modo en que se está produciendo el proceso de comunicación desde el punto de vista de los familiares implicados en el mismo, puede resultar pertinente, al permitir ofrecer un poco de luz a este complejo proceso.

Conocer cómo se comunican las malas noticias al familiar/es de los pacientes en situación grave en las unidades de gestión clínica de cuidados críticos y urgencias del HU Virgen del Rocío de Sevilla.

Estudio epidemiológico descriptivo transversal. Realizado en el HU Virgen del Rocío, en la UGC Cuidados Críticos y Urgencias de los centros que lo conforman: HG, HRT, HMI. Durante seis meses, de enero- junio 2014. Dos tipos de muestras: Una muestra corresponde a profesionales de distintas categoría que trabajan en las unidades de cuidados críticos y urgencias de los centros anteriormente citados. Otra muestra corresponde a los familiares de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados críticos y urgencias de los hospitales anteriormente mencionados durante el mes de abril del año 2014. Se paso un cuestionario con todas las variables: variables descriptivas del proceso comunicativo, variable que dificultan la comunicación, variables referentes al contexto. Análisis de lo datos SPSS. 22.0

No todos los familiares comprende la información recibida, igual ocurre con la aclaración de dudas y la posibilidad de preguntar todo lo que se le planteara, no todos se sienten escuchados, ni sienten cercano al profesional, si refieren amabilidad por parte de los profesionales casi en la totalidad. No todos los familiares se sienten comprendidos ni apoyados, se destaca que la mayoría de los familiares no han recibido ningún contacto físico por parte del profesional en el momento de darle la mala noticia y no todos los familiares están de acuerdo con la cantidad de información transmitida. A pesar de todo, un elevado porcentaje de familiares refieren tener un alto grado de satisfacción con el trato recibido durante la comunicación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 727

TÍTULO: ANÁLISIS DE FÁRMACOS EN AGUAS RESIDUALES CON CFIS (CONTINUOUS FLOW INTEGRATIVE SAMPLER) EN TRES HOSPITALES DE LA XXIS

AUTORES: FERRER OZORES, UXÍA.; FERNÁNDEZ TORRES, JM.; VÁZQUEZ LÓPEZ, N.; ASSOUMANI, A.; LAGO CALO, A.; GÓMEZ LÓPEZ, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En los últimos decenios, se ha identificado la presencia de numerosas sustancias químicas en distintos entornos medioambientales, como aguas, suelos, etc. En algunos casos, la liberación de estos contaminantes químicos al medio ambiente se han producido durante mucho tiempo, no se han reconocido hasta el desarrollo de nuevos métodos de detección, precisamos evaluar su amenaza potencial para la salud humana y el medio ambiente

A pesar de que los contaminantes orgánicos polares (APS) como los productos farmacéuticos son considerados contaminantes emergentes pocos de ellos están regulados o incluidos en programas continuos de monitoreo

La creciente preocupación entre el público y los investigadores junto con la nueva legislatura dentro la Unión Europea, aumentan la futura necesidad de estrategias sencillas y de bajo costo para el monitoreo y evaluación de este tipo de contaminantes

Obtener, mediante un sensor más eficiente y preciso, datos de concentraciones de distintos productos farmacéuticos, en aguas residuales en tres de nuestros hospitales con diferentes características

Demostrar las ventajas de utilización de este tipo de dispositivo frente a lo utilizado anteriormente, muestreos puntuales de agua

Plantear medidas de reducción de la contaminación al medio ambiente resultado de nuestra actividad

Este trabajo se encuentra circunscrito dentro del proyecto europeo de investigación: CFIS ECOPHARMA, en donde además de probar el dispositivo CFIS en nuestra red de hospitales también se prueba en otras dos empresas con problemáticas diferentes

Se plantean 3 periodos de muestreo en los 3 hospitales en tres épocas diferentes: 1º muestreo en otoño del 2015, 2º muestreo en primavera de 2016 y 3º muestreo en verano de 2016 Cada muestreo de 6 días de duración, y dos muestreos en cada periodo. En cada muestreo se recogen 3 muestras puntuales para la comparación de los resultados

A partir de los resultados de la primera campaña y en espera de los resultados finales, es posible resaltar que:

El CFIS permite una mayor cuantificación de los analitos que el muestreo puntual.

Existen diferencias significativas entre los resultados obtenidos en las muestras puntuales y los obtenidos con el CFIS que indica que la actividad hospitalaria varía a lo largo del día.

Los compuestos analizados presentes en las aguas residuales también muestran diferencias significativas en los distintos hospitales.

Es conveniente revisar el tipo de compuestos analizados y aumentar el número de medicamentos basados en terapias potenciales aplicados en cada centro para obtener más datos. Por ej., psicofármacos, tranquilizantes, nuevos antibióticos o anti-inflamatorios y algunos compuestos anestésicos.

Dado que se lleva a cabo gran número de operaciones en algunos de los hospitales de la muestra, sería interesante estudiar las diferencias entre la composición de las aguas residuales en función del tipo de hospital y las terapias desarrolladas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 728

TÍTULO: COSTES SANITARIOS AL FINAL DE LA VIDA: ANÁLISIS DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

AUTORES: HERNANDEZ TORRES, ELISA.; NAVARRO ESPIGARES, JL.; EXPOSITO HERNANDEZ, J.; PEREZ CARRASCOSA, FM.; RUIZ CENTENO, FJ.; JIMENEZ MORALES, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La literatura sobre costes sanitarios al final de la vida identifica elevados costes en estas fases de la enfermedad. La mayoría de estos estudios se basan en datos agregados con escasa información sobre costes individuales de la asistencia.

El objetivo de este trabajo es calcular el coste sanitario de la asistencia sanitaria a pacientes oncológicos al final de la vida.

Estudio descriptivo a partir de registros administrativos de actividad y costes. La población de estudio son pacientes oncológicos fallecidos en la provincia de Granada durante los años 2009-2012. No se realiza muestreo. Las fuentes de datos son el Registro de Cáncer de Granada, los registros de actividad sanitaria de los hospitales públicos de la provincia y el Sistema de Contabilidad Analítica del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Combinando la información recogida en los sistemas mencionados se procederá a la creación de una base de datos informativa de la Historia Económica del Paciente.

Se han identificado 3000 casos incidentes en el período 2009-2010 y fallecidos en el periodo 2009-2012. De éstos 22 casos han sido excluidos del análisis porque no se conoce su NUHSA o éste es erróneo, quedando una población de análisis de 2978 pacientes, de los que el 63,86% son hombres y más del 70% son mayores de 65 años. Las localizaciones más frecuentes son A. Digestivo (20,71%) y Pulmón (19,47%) y, en promedio, el tiempo entre diagnóstico y defunción es de 9 meses. Hasta la fecha se ha identificado actividad sanitaria en los registros hospitalarios de 2748 pacientes, para los que se está construyendo la base de datos que combina información clínica, de actividad asistencial y de costes.

El conocimiento del coste hospitalario unitario del tratamiento de un paciente oncológico al final de la vida y su composición facilitará una mejora en la eficiencia clínico-económica en pacientes oncológicos y la identificación de patrones de tratamiento más eficientes según situación clínica. Igualmente aporta información para la toma de decisiones sobre (re-) asignación de recursos en los centros sanitarios.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 729

TÍTULO: ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DEL CONSUMO Y BÚSQUEDA DE MEJORAS EN EL EMPLEO EFICIENTE DE AGENTES BIOLÓGICOS EN PSORIASIS

AUTORES: VALENCIA SOTO, CARMEN MARIA.; SÁNCHEZ GÓMEZ, E.; SIERRA TORRES, MI.; LÓPEZ MANCHA, MT.; GRUTZMANCHER SAIZ, S.; BOCANEGRA MARTÍN, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La psoriasis en placas es una enfermedad que contempla como última opción terapéutica el empleo de agentes biológicos (AB). El coste directo de la adquisición de estos fármacos es considerablemente alto. Sin embargo, existen diferencias sustanciales entre las distintas alternativas, tanto a nivel del coste como de efectividad. Relacionar los costes de los tratamientos con los beneficios reales esperables permitiría optimizar la elección de los tratamientos a emplear.

Describir la evolución del consumo de AB utilizados en el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave, con el objetivo de optimizar la elección de la terapia de esta enfermedad en función de los beneficios clínicos reales y no sólo de los costes directos.

Estudio retrospectivo descriptivo que analizó la evolución del consumo correspondiente a los pacientes con psoriasis en tratamiento con AB (adalimumab, ustekinumab, infliximab y etanercept) en un Complejo Hospitalario Universitario. Se evaluó el consumo por semestres desde abril de 2012 hasta abril de 2016.

Mediante el programa de gestión se extrajeron los datos de consumo asociados a cada uno de los fármacos en los periodos considerados, calculando su empleo relativizado a nuestra población de referencia mediante las DDD/1000 habitantes y día y coste por semestre.

Posteriormente, se seleccionaron de la literatura de referencia el número de pacientes a tratar para obtener, al menos, un paciente con beneficio clínico (NNT para cada fármaco). Con este dato, se realizó el cálculo de costes asociado a beneficio clínico (coste por NNT) para 52 semanas de tratamiento, con el objetivo de evaluar la eficiencia del fármaco, más allá del precio como único indicador.

Los consumos semestrales (DDD/1000 habitantes/día) de los AB estudiados desde abril de 2012 hasta abril 2016 fueron:

Adalimumab: 0.0625, 0.0657, 0.0599, 0.0505, 0.0614, 0.0585, 0.0603, 0.0689

Ustekinumab 0.0798, 0.0798, 0.0851, 0.0949, 0.0917, 0.0947, 0.0915, 0.1160

Infliximab: 0.1253, 0.1314, 0.1307, 0.1365, 0.1338, 0.1431, 0.1226, 0.1104

Etanercept: 0.0886, 0.0883, 0.0820, 0.0845, 0.0828, 0.0903, 0.0774, 0.0601

El coste directo de adquisición para 52 semanas de tratamiento fue: adalimumab (12692,1 €), ustekinumab (15857,7 €), infliximab (8008 €), etanercept (13011,2 €)

El NNT para cada fármaco fue: 1,58 adalimumab, 1,49 ustekinumab, 1,28 infliximab y 2,1 etanercept.

El coste asociado al beneficio calculado para 52 semanas fue: adalimumab (20053,5€), ustekinumab (23627,9€), infliximab (10250€) y etanercept (27323€).

Conclusiones

Los costes directos pueden resultar insuficientes al establecer comparaciones entre alternativas.

En nuestra población, tras ajustar los datos de coste a la eficiencia, se observa como la diferencia en términos monetarios a favor de infliximab se incrementa. Etanercept pasa de ser tercera a última opción con una amplia diferencia.

Por tanto, es necesario considerar el beneficio clínico para una toma de decisiones basada en criterios de eficiencia.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 730

TÍTULO: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE REINGRESOS HOSPITALARIOS: IDENTIFICANDO FACTORES DE RIESGO PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL

AUTORES: PEREZ MORENO, JIMENA.; LEAL BARCELÓ, A.; TOLEDO DEL CASTILLO, B.; GONZÁLEZ MARTÍNEZ, F.; GONZÁLEZ SÁNCHEZ, M.; RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La tasa de reingresos es un indicador de calidad de la asistencia hospitalaria y su análisis se considera una herramienta para diseñar estrategias de prevención.

El objetivo del trabajo es estudiar las características de los pacientes que reingresan en la hospitalización pediátrica para intentar describir factores de riesgo de reingreso y poner en marcha medidas de prevención, mejorando así la calidad asistencial.

Estudio descriptivo, analítico, longitudinal y unicéntrico en reingresos en las plantas de Pediatría de un hospital terciario (junio 2012-noviembre 2015). Se definió reingreso al que acontecía en los primeros 30 días del ingreso previo: muy precoz (en menos de 48 horas), precoz (2-7 días) y tardío (a partir de 7 días). Se define reingreso prevenible al que ocurre en los primeros 15 días y por la misma causa del primer ingreso. Se analizaron variables epidemiológicas y clínicas. Para los estudios comparativos se utilizó U de Mann-Whitney y chi-cuadrado. Se realizó un estudio univariante y posteriormente multivariante.

Resultados: En el periodo de estudio ingresaron en las plantas de Pediatría 5459 pacientes y reingresaron 226 (tasa de reingreso 4,1%). La tasa de reingreso precoz fue del 1% (n=50) y 0.6% muy precoz (N=36). La mediana de tiempo hasta el reingreso fue de 12 días (IC 95%: 10.1-13.8). Cuando la tasa de ocupación hospitalaria es mayor del 70%, el porcentaje global de reingresos es significativamente mayor (8.5% vs 2.5%) $p < 0.001$. Analizando la cohorte de pacientes que reingresaron por la misma causa (N= 164), 62 lo hicieron en menos de 7 días y 30 en menos de 48 horas. Encontramos que los pacientes con necesidades especiales (gastrostomía, monitorización, ventilación mecánica...) que reingresan precozmente lo hacían más frecuentemente en las primeras 48 horas ($p=0.04$). Los pacientes más graves y los que precisaron ingreso en UCIP reingresaron más entre los días 7-15 tras el alta (reingreso prevenible). Los niños ingresados por patología digestiva reingresan más en las primeras 48 horas ($p < 0.01$) y sin embargo los pacientes con patología respiratoria reingresan más a partir de los 15 días del alta ($p < 0.01$). En el análisis multivariante encontramos que la gravedad, y el ingreso previo en UCIP son factores de predicción de reingreso prevenible.

Conclusiones:

- La tasa de reingresos es mayor en los periodos de mayor presión asistencial
- El reingreso de los pacientes con patología digestiva, con necesidades especiales, o aquellos que estuvieron más graves en su primer ingreso es prevenible, y por lo tanto hay que diseñar estrategias para intentar evitarlo.
- Las estrategias implantadas a raíz de este análisis incluyen designar un pediatra de enlace con atención primaria, la creación de una consulta de revisión a las 24 horas del alta hospitalaria en pacientes crónicos y consulta de Telemedicina en pacientes con movilidad reducida.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 731

TÍTULO: EVOLUCIÓN DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: BLANCO SÁNCHEZ, GERMÁN.; SUÁREZ CARRASCOSA, FJ.; DOMÍNGUEZ LÓPEZ, M.; SALGUERO OLID, A.; SANTOS RODRÍGUEZ, C.; MARTÍNEZ BAUTISTA, MJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La nutrición parenteral (NP) preparada en el Servicio de Farmacia puede administrarse tanto en el hospital como en el domicilio del paciente (NPD), evitando esto último la estancia hospitalaria.

El objetivo del estudio es analizar la evolución de la NPD en los últimos cuatro años en un hospital de tercer nivel, así como cuantificar el grado de eficiencia que puede suponer para el sistema sanitario.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, entre los años 2012 y 2015. Se obtuvieron datos a través del programa de nutrición artificial NutriWin® de todas las mezclas de NP de adultos elaboradas y dispensadas por el Servicio de Farmacia. Se calculó el importe medio de una NP extrayendo los datos del programa corporativo de gestión APD Athos®. Se realizó una búsqueda bibliográfica del coste medio de un día de estancia hospitalaria en hospitales de tercer nivel en España. Se analizaron los datos a través de una hoja de cálculo Excel®.

El número de pacientes adultos que han recibido NP en los años 2012 a 2015 han sido 250, 289, 287 y 280 respectivamente, de los cuales con NPD han sido 2 los tres primeros años y 4 el último. El número de mezclas de NP preparadas en Farmacia en dicho período fue de 3.103, 3.604, 3.889 y 3.799, de las cuales NPD han sido 247 (7,96 %), 565 (15,67 %), 729 (18,74 %) y 957 (25,19 %). El coste de las NPD en el período de estudio, teniendo en cuenta un precio medio de 36,37 euros por cada una, ha sido 90.852,26 euros. La diferencia entre las NPD respecto a lo que hubiera supuesto si hubieran sido administradas en el hospital, teniendo en cuenta que el coste medio en unidad de hospitalización es de 500 euros sin incluir tratamiento, es de 1.249.000 euros en los 4 años del estudio, es decir, 312.250 euros por año. En conclusión, el número de NP se ha mantenido estable en los últimos años, sin embargo las mezclas de NPD se han cuadruplicado hasta llegar a ser un cuarto de las NP totales. Esto ha supuesto una mejora económica para el sistema sanitario de hasta el 90 %, lo que ayuda a su sostenibilidad evitando además la estancia hospitalaria prolongada y por consiguiente las complicaciones asociadas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 732

TÍTULO: “QUÉ NO HAY QUE HACER” EN LA EPOC

AUTORES: MIRA SOLVES, JOSÉ JOAQUÍN.; NAVARRO SOLER, IM.; VILLAR ÁLVAREZ, F.; MORENO ZABALETA, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La sobreutilización inadecuada es una causa de no calidad. Los enfoques “Not To Do” o “Qué no hacer” comparten el objetivo de informar a profesionales y pacientes sobre prácticas con riesgos asociados superiores a los beneficios que puedan aportar o, sencillamente, que no supongan ningún beneficio para el paciente.

Con este estudio, se pretende identificar, por consenso, prácticas diagnósticas, terapéuticas o de cuidados que resultan inadecuadas, de dudosa efectividad, que no son coste-efectivas, que resultan inseguras, o que no aportan valor a pacientes con EPOC, en fase estable o durante una agudización o en relación a sus autocuidados.

Estudio de consenso basado en técnicas de investigación cualitativa. Mediante la técnica Metaplan se identificaron y ordenaron posibles prácticas inadecuadas, inefectivas o ineficientes en pacientes con EPOC. Después, de entre las prácticas identificadas en la fase inicial y mediante la técnica Delphi, se identificaron aquellas prácticas relativamente frecuentes pero de las que se conoce que resultan inútiles o perjudiciales en pacientes con EPOC. Se descartaron aquellas prácticas con un grado de intensidad en la recomendación bajo o sobre las que no existía suficiente consenso. Para llevar a cabo el estudio, se contó con profesionales de las especialidades de Neumología, Medicina de familia, enfermería y fisioterapia. Este estudio está auspiciado por Neumomadrid y financiado por AstraZeneca.

Inicialmente se identificaron 95 prácticas de sobreutilización inadecuada (30 en EPOC agudizado, 28 en EPOC estable y 37 realizadas por los propios pacientes). El estudio Delphi facilitó consenso sobre 16 recomendaciones “No hacer” en la EPOC (6 en EPOC estable, 6 en EPOC agudizado y 4 realizadas por los propios pacientes). Para cada una de estas prácticas se diseñó una ficha con el siguiente contenido: descripción operativa, su justificación, el nivel de evidencia que soporta la recomendación y se definen indicadores para evaluar si se logra un cambio en la práctica y monitorizar la frecuencia de los No hacer en la EPOC. Seguir las recomendaciones “Qué no hacer en la EPOC” fruto de este estudio, mejorarán el manejo de esta patología al reducir las prácticas diagnósticas, terapéuticas o de cuidados que sean inadecuadas o no coste-efectivas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 734

TÍTULO: CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA A ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: TURRADO MUÑOZ, M^a ÁNGELES.; FLOREZ ALMONACID, CI.; ALFAYA TIERNO, J.; FERNÁNDEZ MARTÍNMT, MT.; MORENO SANCHEZ, MI.; OJEDA PIZARRO, S.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La continuidad de los cuidados constituye un elemento clave en la atención de uno de los grupos más vulnerables como son los pacientes mayores con úlceras por presión (UPP), para garantizar la coordinación entre niveles, la interrelación profesional, la retroalimentación y la interacción socio-sanitaria

Al alta hospitalaria todos los pacientes con úlceras por presión tengan informe de continuidad de cuidados

Estudio prospectivo de Enero al 31 de Mayo 2016 en la UGC de M. interna de un hospital de tercer nivel del Sur de Andalucía. Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron en este periodo. Variables: edad, valoración del riesgo de UPP y del grado de dependencia para las actividades de la vida diaria, número de pacientes con úlceras por presión al ingreso hospitalario, incidencia de UPP en el periodo de estudio, porcentaje de pacientes con informe de continuidad de cuidados con descripción de las úlceras por presión estadio, tratamiento y evolución

El total de ingreso fueron 2616 pacientes, el 85,71% tenían riesgo alto y medio de presentar UPP y el 98,14% dependencia severa y total para las actividades de la vida día con una prevalencia de úlceras por presión al ingreso fue de 16,56%, la incidencia de 3,7%

El 69,57% de los pacientes con UPP al alta hospitalaria tuvieron informe de continuidad de cuidados.

El informe de continuidad de cuidados en la transferencia de pacientes con úlceras por presión de Atención especializada a primaria, incrementa la comunicación, coordinación y seguridad del paciente y disminuye la variabilidad de la práctica clínica

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 735

TÍTULO: ¿QUÉ OPINAN LOS PROFESIONALES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN? ¿APORTA VALOR?

AUTORES: HERNANDEZ VIDAL, NURIA.; GENS BARBERA, M.; FERRER-VIDAL CORTELLA, D.; ANSA ECHEVARRIA, X.; AYALA VILLUENDAS, D.; DALMAU VIDAL, S.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Departament de Salut(DS) mediante el decret 86/2014 del 10 de junio, impulsa el sistema de acreditación de los Centros de Salud(CS) mediante un manual de estándares(MADS) a partir del año 2014. Nuestro territorio está formado por 20CS. Todos han sido acreditados con excelentes resultados.

Conocer la opinión de los profesionales en relación al proceso de acreditación según el modelo autonómico de nuestra comunidad

Diseñar una encuesta con preguntas abiertas relacionadas con los beneficios(B), inconvenientes(I) y 3 palabras clave relacionadas por el proceso de acreditación. Presentar los resultados en la jornada anual: "La calidad de la idea a la práctica", mediante una mesa debate y reflexionar si "Aporta valor la acreditación".Diseñar una app para la jornada para fomentar la participación durante el debate.

Resultados encuesta: 150 respuestas. 88% han participado en el proceso de acreditación.

B: Estrategia: mejora de la calidad, mejora organizativa, impulsa la mejora continua, identifica puntos fuertes y débiles, es una oportunidad, ofrece una visión global de la organización, una oportunidad y ayuda a "abrir los ojos" a la realidad. Personas: potencia el trabajo en equipo, ayuda a crear cultura, facilita el trabajo, proporciona seguridad "clínica y jurídica". Procesos: unifica criterios, procesos, ordena y impulsa la protocolización. I: liderazgo: Imposible de hacerlo si la dirección no se lo cree. Estrategia: Falta de tiempo, excesiva burocracia. Personas: es necesario profesionales implicados, motivados y activos al cambio. 3 palabras clave: mejora, satisfacción, orgullo, orden, unión, compañerismo, oportunidad, excelencia, compromiso, estandarización, esfuerzo, reflexión, satisfacción, "puesta al día", "un enredo satisfactorio", "cambio de xip", "un buen trabajazo", "aprendizaje enriquecedor participativo". Resultados participación app: B más importantes: 23% potencia el trabajo en equipo;23% unificar criterios; 19% orden, 19%mejora de la calidad, 14'5%seguridad al profesional y 2% reconocimiento. I más importantes: 36'5ausencia de liderazgo directivo; 25%dificultad para implicar a los profesionales; 23% falta de tiempo, 7'7 % excesiva burocracia; 7'7% modelo no adaptado a la realidad. De quién es la responsabilidad:51'7% todos; 36% dirección; 7% profesionales y 5% comisión de calidad.

Conclusiones

La visión de los profesionales en relación al proceso de acreditación, podríamos concluir que es positiva. Ha generado en los CS unos "hábitos saludables": mejora, orden, unión, compañerismo, estandarización,etc.. Se ha vivido como una oportunidad que ha generado una dinámica de trabajo en equipo orientado a la mejora. Para ello, es imprescindible la implicación de la dirección y la búsqueda de estrategias para poder implicar a los profesionales. En estos momentos, después de 2 años del inicio del proceso, sería necesario revisar el modelo y incorporar las mejoras objetivadas durante el proceso

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 736

TÍTULO: SISTEMA DE ALERTAS PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE PACIENTES INFECTADOS/ COLONIZADOS POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE BLEE O KPC

AUTORES: PÉREZ GATA, JOSÉ MARÍA.; VERGARA LÓPEZ, S.; ROMÁN CASARES, E.; GÓMEZ MATEOS, JM.; VERA BORREGUERO, A.; MIRA ESCARTI, JA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las infecciones por *Klebsiella* spp. resistente a antibióticos son actualmente una emergencia sanitaria a nivel mundial. En este sentido, a mediados de 2014 se detectó un incremento en la incidencia de pacientes infectados y/ colonizados por *Klebsiella pneumoniae* productora de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) en el Hospital Universitario de Valme (Sevilla). Debido a ello, se pusieron en marcha diferentes medidas, entre las que destacaba de forma prioritaria la detección y el aislamiento precoz de estos enfermos en los contactos con la asistencia sanitaria para evitar la transmisión por contacto entre pacientes. Sin embargo, no disponíamos en nuestro entorno de una herramienta informática para poder detectar y dar una respuesta adecuada para el aislamiento precoz de pacientes infectados/colonizados por *Klebsiella* BLEE o o productoras de carbapenemasas (KPC) que tuvieran contacto con nuestras diferentes áreas asistenciales.

Diseñar e implantar un sistema automático de alertas tempranas para la detección e identificación precoz de pacientes infectados/colonizados por *Klebsiella pneumoniae* BLEE o KPC en el Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla

Durante 2015, fruto del trabajo colaborativo de profesionales de la Unidad de Informática y de las UGC de Medicina Preventiva, Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas y Microbiología se ha diseñado y desarrollado una herramienta, denominada HAM (Health Alert Monitor), que da respuesta a los objetivos planteados, concretamente para enfermos con *Klebsiella* BLEE (enero-mayo 2016) y KPC (mayo 2016). El sistema desarrollado se integra con los distintos sistemas de información hospitalarios de manera que examina los eventos producidos por los contactos de los pacientes con el sistema sanitario (hospitalización, urgencias, consultas externas..), examina su historial clínico para ver si tiene alguna alerta de salud objeto de seguimiento, y en caso positivo avisa mediante los canales definidos a los receptores que correspondan (por sms o e-mail). Para cada una de las alertas se define a nivel asistencial el consiguiente protocolo de actuación temprana.

Este sistema ha comprobado a 68.295 y 12.347 enfermos para alerta de *Klebsiella* BLEE y KPC, respectivamente. De ellos, 110 enfermos fueron casos positivos de detección de enfermos con *Klebsiella* BLEE (77 en urgencias, 19 en hospitalización y 14 en hospitales de día) y 18 de KPC (12 en urgencias, 5 en hospitalización y uno en hospital de día).

El sistema HAM es una herramienta que supone un salto cualitativo muy significativo en el control de organismos multirresistentes tanto a nivel local como potencialmente a nivel de comunidad autónoma, capaz de alertar y detectar enfermos con cualquier microorganismo multirresistente, versátil y muy fácil de usar. Además, el sistema es susceptible de ser usado para alertar a los profesionales que correspondan en función de otros tipos de alertas de interés asistencial que puedan definirse.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 737

TÍTULO: CAMPAÑA 'MES DE' PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.

AUTORES: MEROÑO RIVERA, MARÍA DOLORES.; ROLDÁN CHICANO, MT.; RODRÍGUEZ TELLO, J.; NAVARRO MANCHADO, AM.; GONZÁLEZ MARTÍNEZ, M.; MARTÍNEZ BERNAL, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La complejidad es una de las características que define la atención a los procesos de salud-enfermedad de los individuos, familias y colectividades, ya que requiere de la interconexión de diferentes elementos: entornos, personas e información. Varios estudios han informado sobre los numerosos e importantes problemas que afectan a la calidad y seguridad del paciente. No sólo los profesionales deben implicarse y establecer estrategias para garantizar una atención segura y de calidad, también los usuarios, como principales receptores de la atención sanitaria deben formar parte activa de este proceso. La monitorización de la calidad y los incidentes de seguridad en el Área de Salud 2 (Cartagena) ha permitido detectar áreas de mejora que requieren una intervención efectiva e inmediata.

Desarrollar una metodología que permita mejorar la calidad y seguridad del paciente de forma efectiva en el Área de Salud.

Involucrar a los profesionales y usuarios del Área de Salud como actores proactivos en el desarrollo de las estrategias y planes de trabajo para ofrecer una atención sanitaria segura y de calidad.

A comienzos del año 2016, la Dirección de Enfermería del Área de Salud 2, siguiendo la metodología establecida en la iniciativa "los 12 del año" de la Unidad de Seguridad del paciente del Área de Salud de Eivissa y Formentera (Servicio de Salud de Islas Baleares), se desarrolló una actividad anual ("Mes de..."), que dedica cada mes a una temática establecida según las notificaciones de seguridad, los indicadores de calidad y las líneas estratégicas de la organización. Cada mes se realizan múltiples actividades como cartelería, salvapantallas, sesiones formativas, trípticos, uso de redes sociales, medios de comunicación....

La organización de las actividades las realiza un grupo compuesto por 8-12 personas, seleccionadas en base a sus conocimientos sobre el tema, competencias, capacitaciones y habilidades.

Tras cada mes se realiza una evaluación del impacto de la iniciativa en el tema correspondiente.

Se han establecido las temáticas hasta febrero de 2017, entre ellas, identificación inequívoca, checklist quirúrgico, higiene de manos, administración segura de fármacos, participación comunitaria, recogida segura de muestras, etc.

El importante impacto de la iniciativa en sus 4 primeros meses ha quedado manifestado por:

- Formación a 150 profesionales a través de sesiones clínicas.
- Amplia difusión en profesionales y usuarios mediante cartelería, trípticos y medios de comunicación.
- Mejora relativa de un 22,84% en la identificación inequívoca con pulseras, estadísticamente significativa.
- Incremento de la realización de checklist quirúrgico.

La campaña "Mes de..." ha tenido un fuerte impacto organizacional. A los pocos meses se unió otra Área de Salud al proyecto y, actualmente se ha convertido, con el apoyo de la Consejería de Sanidad, en una iniciativa corporativa del Servicio Murciano de Salud, implicando a todas las Áreas de Salud de la Región de Murcia.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 738

TÍTULO: EVALUACIÓN DE UN PLAN DE CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿QUÉ HEMOS CONSEGUIDO DESPUÉS DE CUATRO AÑOS?

AUTORES: GENS BARBERA, MONTSERRAT.; HERNANDEZ VIDAL, N.; MENGIBAR GARCIA, Y.; DALMAU VIDAL, S.; FERRER-VIDAL CORTELLA, D.; AYALA VILLUENDAS, D.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Desde el año 2012 disponemos de un plan de calidad(PC) territorial que incorpora los objetivos de nuestra organización y del Departament de Salut(DS). El territorio está formado por 20 centros de salud(CS), 75 consultorios, 13 centros de urgencias, 1 línea pediátrica y 2 centros de atención sexual y reproductiva. El DS, en 2012 impulsó las unidades funcionales de seguridad de los pacientes(UFSP) y en 2014 un modelo de acreditación(MADS) propio. A nivel territorial se integraron estos proyectos en nuestro PC. Se definieron las diferentes líneas(L)estratégicas y objetivos; una metodología de trabajo participativa y un liderazgo distributivo

Evaluar la consecución de los objetivos del PC 2012-2015 en la atención primaria de un territorio.

PC alineado con las líneas de nuestra institución y DS. L1: definir e implantar la política de calidad en el territorio. L2: desarrollar la política de calidad de nuestra organización. L3: Implantar el plan estratégico del DS. L4: acreditar a todos los CS. L5: fomentar la formación e investigación en calidad. Se aplicó la metodología según Hoshin Hanri y se trabajaron con equipos de mejora y fichas de proyecto.

L1: Disponemos de 5 órganos de gobierno(comité ejecutivo, comisión de calidad, UFSPterritorial, comisión de seguridad clínica y comisiones en cada unidad), 100% con normativa de funcionamiento, reuniones planificadas y ficha de proyecto. L2: 85% CS cumplen el 100% de los indicadores de SP(ISP): Revisiones carro de paros: 6139 realizadas(94%); 10402 registros de control de temperatura de fármacos termolábiles(91%); ausencia de fármacos caducados y material clínico; 703 profesionales(p) formados en código ictus (92%)y 700p formados en código IAM y RCP (91%), 283 acogidas a los nuevos p(100%), 688 aparatos tecnoasistenciales revisados (30 equipos no aptos). L3: 11 procesos, 82 procedimientos y participación de 350p; creación de una aplicación para realizar los check-list informatizados, gestionar las incidencias y evaluar. Se ha implantado un sistema de notificación de incidentes(SNI)SP, se han notificado 2275 incidentes, se han identificado 17 áreas críticas y se han implantado prácticas seguras(PS). L4: 100% CS acreditados en el MADS. L5: 850p formados en un curso on-line de calidad, 420p en SNI, 350p en gestión por procesos y 80p MADS. Benchmarking en congresos y jornadas. 2 reconocimientos de sociedades científicas.

Conclusiones

La implicación y participación multidisciplinar ha permitido conseguir los objetivos del PC. Se han consensado procesos a nivel territorial. Disponemos de una aplicación que permite disminuir la variabilidad asistencial. El análisis de los incidentes nos permite rediseñar los procesos e implantar PS. Para ello, hemos necesitado una dosis importante de constancia y paciencia, liderazgo en las diferentes comisiones y equipos de mejora; trabajo en equipo y una mente abierta a la mejora continua.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 739

TÍTULO: DESARROLLO DE COMPETENCIAS EN ABORDAJE DEL DOLOR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. EXPERIENCIA BASADA EN UN ITINERARIO FORMATIVO

AUTORES: GONZÁLEZ GONZÁLEZ, ANA MARÍA.; CUÉLLAR OBISPO, E.; MARTÍNEZ CAÑAVATE, MT.; SÁNCHEZ CARRIÓN, JM.; ALARCÓN SÁNCHEZ, ML.; MARTÍN MARTÍN, ME.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El dolor es uno de los problemas de salud que genera más sufrimiento y malestar en la población, un elevado coste en incapacidad y utilización de servicios sanitarios. Sin embargo se ha demostrado que el dolor está infradiagnosticado e infratratado. Es un objetivo de los Sistemas Sanitarios actuales el desarrollo de competencias en todos los profesionales sanitarios para mejorar esta situación.

La formación tiene reconocido un lugar importante en la organización sanitaria, se configura como factor determinante en la calidad de nuestros servicios, es por esto que los profesionales del SSPA deben disponer de una formación adecuada en el abordaje del dolor, orientada a la adquisición y mantenimiento de competencias necesarias para el correcto desempeño profesional, que abarque todas las etapas formativas (grado, postgrado y formación continuada) y los diferentes niveles de complejidad en la práctica clínica.

El objetivo del Plan Andaluz de Atención a las Personas con Dolor ha sido definir un itinerario formativo coherente con la estrategia, escalonado en complejidad, enfocado a todos los colectivos implicados, y orientado a las áreas de conocimiento que implican el abordaje del dolor de forma integral y multidisciplinar.

Esta hoja de ruta ha sido elaborada en colaboración con la línea IAVANTE de FPS y es ofertada a los profesionales del SSPA de forma gratuita y abierta.

Se han desarrollado en 3 niveles

TRANSVERSAL

Atención integral al dolor en la práctica clínica

FORMACION ESPECIFICA

DCNO

Dolor oncológico y en situación terminal

Dolor agudo

Dolor en pediatría

PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS

Ecografía en dolor

Ecografía en dolor perioperatorio

Ecografía en dolor crónico

Infiltraciones intra y periarticulares

Técnicas intervencionistas mayores

Neuromodulación

Radiofrecuencia

Para el desarrollo de competencias en conocimientos se utilizó el formato Virtual, Masivo y Abierto, con metodologías innovadoras basadas en el autoaprendizaje y accesibles a todos los profesionales interesados.

Para competencias de habilidades se ha optado por un método semipresencial, utilizando en la fase práctica modelos de simulación complejos con paciente simulado y cadáver.

Durante 2015-2016 se han formado en este itinerario formativo un total de 8000 profesionales, con una media de satisfacción global de un 8,5 (escala 1 a 10). 2968 en la Atención a los pacientes con dolor en la práctica clínica; 497 en Abordaje del dolor en Pediatría; 645 en Abordaje del paciente con Dolor Crónico no Oncológico; 16 en Entrenamiento básico en localización y punción ecoguiada para el tratamiento del dolor crónico; 13 en Entrenamiento en técnicas ecoguiadas para el tratamiento del dolor perioperatorio; 45 en Infiltraciones intra y periarticulares.

La elaboración de un itinerario formativo permite tener definido el recorrido formativo de los profesionales implicados en el abordaje de cualquier tipo de paciente con dolor y en cualquier punto asistencial, mejorando así las competencias profesionales y la práctica clínica.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 740

TÍTULO: SELECCIÓN DE INDICADORES PARA LA ORGANIZACIÓN DE UN CUADRO DE MANDOS INTEGRAL EN UN BIOBANCO

AUTORES: AROCA SIENDONES, MARÍA INÉS.; VALDIVIESO GÓMEZ, V.; SÁNCHEZ LÓPEZ, AM.; AGUILAR QUESADA, R.; SÁEZ CASTILLO, AI.; MIRANDA SERRANO, B.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Un Cuadro de Mandos Integral (CMI) es una herramienta para medir las actividades de una organización en términos de visión y estrategia, proporcionando una visión global del rendimiento del negocio, para revisar el cumplimiento y el progreso en el logro de objetivos.

En la actualidad, no se conoce ningún CMI con indicadores que permitan medir y evaluar procesos propios de la actividad de los biobancos.

El Biobanco del Sistema Sanitario Público de Andalucía (BBSSPA) está organizado un biobanco en red, formado por 26 nodos, distribuidos a lo largo de toda la comunidad autónoma. Para su gestión, como en cualquier otra organización, se hace necesaria una herramienta que permita medir de forma continua el desempeño de las tareas y la consecución de los objetivos

Organizar una herramienta con indicadores de los procesos propios de un biobanco que permita el seguimiento de cada área, así como el desarrollo y la consecución de los objetivos del BBSSPA.

En base a las líneas estratégicas del biobanco, se identificaron los procesos clave y se definieron un conjunto de indicadores, que fueron clasificados en 4 grupos de acuerdo a las diferentes perspectivas: Procesos, Clientes, Recursos humanos y Financieros. Así mismo, se identificó la factibilidad de la medición y los registros necesarios para llevarlo a cabo.

Una vez realizada la medición de los indicadores definidos en 2014, los indicadores fueron revisados, principalmente en los aspectos relacionados con la relevancia de la información proporcionada y la complejidad en la medición

Como resultado, se dispone de un CMI con 38 indicadores (de los 53 originales): 26 indicadores de proceso, 6 desde la perspectiva financiera, 3 desde la perspectiva de clientes y 3 desde la perspectiva de recursos humanos. Este CMI se complementa con cuadros específicos de cada área.

Este CMI permite tener una visión global de la organización, además de detectar desviaciones del plan estratégico, y por tanto, ayudar a expresar los objetivos e iniciativas para la mejora continua

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 741

TÍTULO: LOS PROFESIONALES SANITARIOS COMO GESTORES DE SUS PROPIOS SERVICIOS

AUTORES: GARCIA, FERRAN.; BUSQUÉ, C.; SARDÀ, A.; PUIGORIOL, T.; COSSIO, Y.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La participación de los profesionales sanitarios en la gestión es un elemento clave en la mejora la calidad de la atención y los costes para el sistema. En nuestro centro se desarrolla una estrategia para implicar a profesionales sanitarios que realizan tareas asistenciales en la gestión de sus propios servicios, por medio de contratos autonomía de gestión. En estos, se plasman objetivos de calidad y eficiencia, con un presupuesto asociado que debe gestionar el director del servicio y que implica una transferencia de riesgo (el servicio puede ganar o perder en función de los resultados)

- Acercar la gestión a los profesionales asistenciales.
- Incorporar la toma de decisión compartida (profesionales y Dirección).
- Establecer la transparencia y la información como elementos de diálogo.
- Mejorar los resultados en términos de calidad y eficiencia.
- Fidelizar los profesionales.
- Incorporar la gestión clínica en la toma de decisiones.

La implementación se ha venido realizando de forma progresiva por servicios desde el 2011.

Los contratos se pactan y firman al comienzo del año y en general constan de dos apartados:

- Acuerdos que se pactan anualmente relacionados con objetivos de actividad y estándares de calidad.
- Asignación de presupuesto económico para cada una de las líneas de gasto acordada.

La información de la evolución del mismo está abierta en un cuadro de mandos para que la consulten los profesionales y periódicamente se hacen reuniones con la dirección para mirar evolución y poder corregir desviaciones

Al final de año se realiza la evaluación final y los beneficios son utilizados para mejoras del mismo servicio, como formación, asistencia a congresos, etc.

Actualmente 8 servicios tienen contrato de gestión.

El porcentaje de cumplimiento de objetivos de calidad asistencial durante 2015 ha estado entre 70 y 90% en todos los servicios y 50% de los servicios (4) lograron conseguir los objetivos económicos y por tanto los beneficios.

Algunos de los indicadores que han mejorado con estos contratos son, la reducción de lista de espera quirúrgica (-9%), rendimiento del bloque quirúrgico (+7%), reducción de costes de material de quirófano (más de 8%), reducción de número de referencias sanitarias (más de 4.5%), aumento de altas de cirugía sin ingreso (+5%)

Los resultados han sido muy satisfactorios tanto en reducción de costes, como mejora de calidad en la atención y en la creación de una cultura de la evaluación, la participación y el diálogo dirección-servicios.

Queremos dar a conocer esta estrategia ya que consideramos que es exportable a otros centros sanitarios y una base sólida que se debe conocer antes de empezar cualquier proyecto de descentralización de gestión.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 742

TÍTULO: CIUDADANÍA Y HOSPITAL, EL TRABAJO DE UNA GESTIÓN COMPARTIDA

AUTORES: DELGADO MORENO, SILVIA.; RODRÍGUEZ BELLO, JA.; FORJA PAJARES, FM.; COBO OCAÑA, MA.; TORRES PÉREZ, E.; PEREIRO HERNÁNDEZ, RM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Mediante la Participación Ciudadana, los ciudadanos presentan mayor interés en los temas de salud, deseos de cooperar con los profesionales sanitarios y mayor posibilidad de respeto mutuo y desarrollo de vínculos que favorecen la colaboración y buen funcionamiento.

La implicación activa de las personas, es determinante para afrontar los problemas de salud, ya que ésta no sólo depende de la intervención sanitaria, sino de múltiples factores, y la participación ciudadana busca mejorar la orientación en todas las vertientes.

-Crear las subcomisiones “Reclamaciones” e “Información al Ciudadano”, para trabajar temas de especial relevancia.

-Conocer resultados de la actividad de estas dos subcomisiones.

Constitución de dos grupos de trabajo dependientes de la Comisión de Participación Ciudadana del Hospital, para abordar específicamente dos cuestiones fundamentales del Plan de Participación.

La metodología de trabajo es participativa, con miembros del Hospital, de Atención Primaria y representantes de colectivos de pacientes, usuarios y ciudadanía en general.

Reclamaciones de los ciudadanos

Análisis de las reclamaciones con propuestas de mejora para disminuir las causas más frecuentes o cuestiones clave de la satisfacción del usuario/familia.

Información que reciben los ciudadanos

Información recibida por los usuarios en relación a la asistencia prestada. Se centra inicialmente en la información que reciben los usuarios de Urgencias, al ser un problema fundamental en lo relativo a la calidad percibida y a la adecuación de expectativas con el servicio.

S. Reclamaciones: Los temas de trabajo se centran en aquellas áreas de mejora detectadas a través de reclamaciones, según prevalencia, salvo indicadores centinela.

Se analiza la evolución del número de reclamaciones, causas más frecuentes, UGC y categorías de profesionales más afectadas, y análisis en profundidad de los temas de mayor impacto.

Se recogen las propuestas de la ciudadanía y se elabora un Plan de Mejora conjunto, desde organizaciones y movimiento asociativo y hospital.

S. Información al ciudadano: Planificación de la comunicación a la ciudadanía en situaciones generadoras de insatisfacción, por falta de información. El trabajo se inicia en Urgencias Generales, donde el 74% de las reclamaciones están directamente relacionadas con comunicación/información.

Se elabora un Plan de Información al Ciudadano en Urgencias Generales con las aportaciones de todos los miembros y posterior revisión y aportación por parte de los profesionales.

Como conclusión, decir que este centro hospitalario, conocedor de la importancia de la Participación Ciudadana en el diseño de la política de salud, trabaja estrechamente con los ciudadanos en la organización y mejora de los servicios que se ofrecen a través de la transparencia de los datos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 743

TÍTULO: INICIATIVAS PARA EVITAR LA VARIABILIDAD EN AUDITORÍAS

AUTORES: BARROSO GUTIERREZ, CARMEN.; VILAPLANA GARCÍA, AM.; ROMÁN FUENTES, M.; RODRIGUEZ PAÑOS, T.; CASTAÑEDA PALMA, MA.; VALIENTE MÉNDEZ, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los miembros de la Comisión de Protocolos del Hospital Universitario Virgen Macarena, con el apoyo de la Unidad de Calidad, realizan auditorías presenciales en unidades asistenciales para valorar la adherencia de los profesionales a las buenas prácticas y protocolos implantados en el hospital relacionadas con la seguridad del paciente. Desde la Comisión de Protocolos se han ideado una serie de actividades encaminadas a evitar la variabilidad en la realización de dichas auditorías y por tanto minimizar el sesgo en los resultados obtenidos.

Describir la metodología utilizada para evitar la variabilidad en la realización de las auditorías cuando intervienen varios auditores.

Desde 2009 los miembros de la Comisión de Protocolos realizan auditorías basadas en observación directa en unidades asistenciales. Se auditan aspectos relacionados con buenas prácticas de seguridad del paciente: Identificación Inequivoca de Pacientes, Administración Segura de Medicación, Control de Medicación y Fungibles o Productos Sanitarios, Revisión del Carro de Parada, Medicación LASA (Look Alike-Sound Alike) y Medicación de alto riesgo. Desde las primeras auditorías se han ido incorporando una serie de iniciativas para minimizar la variabilidad que pudiera surgir debido al alto número de auditores.

Resultados/Conclusión

Garantizar la validez interna de una auditoría puede significar un reto, sobre todo cuando participan varios auditores a la vez. En nuestro caso a este hándicap se une que la auditoría se basa en una observación directa en diferentes ubicaciones de las unidades asistenciales. Por este motivo ha sido imprescindible establecer una serie de medidas que minimicen la variabilidad que pueda darse entre los distintos auditores:

1. Utilización de registros unificados como soporte para la auditoría.
2. Elaboración de tabla que relaciona los aspectos a auditar en cada unidad asistencial y la ubicación de dicha unidad.
3. Distribución de los auditores entre las unidades a auditar, evitando que coincida la unidad a auditar con la unidad a la que pertenece el auditor.
4. Establecimiento del periodo de auditoría y tiempo y forma para el envío de los registros cumplimentados.
5. Previo a cada auditoría, se programa una sesión formativa con todos los auditores en los que se expone:
 - Objetivo y justificación de la auditoría.
 - Descripción minuciosa de los indicadores y aspectos a auditar.
 - Instrucciones básicas para la correcta realización de la auditoría (cumplimentación del registro de la auditoría, realización en turno de mañana, no avisar a la unidad con anterioridad, higiene de manos, etc.
6. Tutelaje de los nuevos auditores: los auditores de nueva incorporación realizarán la auditoría junto con un auditor experto.
7. Apoyo directo por la Unidad de Calidad a los auditores durante todo el periodo de auditorías.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 744

TÍTULO: RONDAS DE SEGURIDAD: UNA HERRAMIENTA PARA AFIANZAR LAS BUENAS PRÁCTICAS

AUTORES: QUINTELA PORRO, MARÍA VALLE.; DÍAZ FERREIROS, S.; DOMÍNGUEZ LÓPEZ, P.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las rondas de seguridad se integran como una estrategia para involucrar a los profesionales en los problemas de seguridad de los pacientes, a través de sesiones de carácter formativo a pie de cama, donde se abordan riesgos potenciales o eventos ocasionados en la práctica diaria.

Mejora continua de la práctica profesional, analizando las inconformidades que comprometan la seguridad en el paciente hospitalizado.

Promover la participación en la identificación de los riesgos del paciente o eventos ocasionados en la práctica diaria.

Incrementar la alerta en los profesionales: crear "cultura de seguridad".

Se implantan en el ámbito de hospitalización, integrando un equipo de 6 enfermeras "consultoras" que evalúan mensualmente la adecuación de los procesos relacionados con los objetivos del plan de calidad y seguridad del año 2014 y con las metas internacionales de seguridad (identificación inequívoca; comunicación efectiva; manejo y uso seguro de los medicamentos de alto riesgo; prevención del riesgo de infección; prevención de caídas; prevención y tratamiento de UPP; manejo del dolor y adecuación en el proceso de contención mecánica).

A través de la inspección directa y revisión de los registros en la historia clínica electrónica se detectan incumplimientos, variabilidad de criterios entre profesionales o registros incongruentes con la situación clínica del paciente que puedan dar lugar a problemas de seguridad.

Identificados los puntos críticos, se analizan a pie de cama con el equipo de enfermería implicado, orientando a cada profesional y evaluando su respuesta a través de una escala elaborada a partir del cuestionario sobre seguridad de los pacientes del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, en la que se aborda el grado de conocimiento; el grado de respuesta en cuanto a la cultura de seguridad y adherencia a buena praxis y en cuanto a si subsana los errores de forma inmediata.

Se realizaron 78 rondas de seguridad desde el mes de Enero a diciembre del año 2015 evaluando 10 procesos, conformados por 35 ítems, en cada una de las 7 unidades de hospitalización. Los procesos evaluados se cumplieron correctamente en un 71% en el mes de enero llegando al 84% en el mes de diciembre.

La respuesta de los profesionales ante los puntos analizados resultó:

1. Un 77,3% de los profesionales conocían la adecuación de los procedimientos al inicio de las rondas, y un 94% en el mes de diciembre.
2. El 47,7% de los profesionales subsanaron inmediatamente los incumplimientos en enero, llegando al 86% en el mes de diciembre.
3. Inicialmente el 40,9% de los profesionales mostraron una actitud proactiva y conocimiento del grado del riesgo, incrementándose hasta un 74,5%.

Así se concluye que la implantación de las rondas de seguridad incrementó la implicación del profesional en los problemas de seguridad de los pacientes y la orientación individualizada y continuada sobre las buenas prácticas es un buen aliado para afianzar la cultura de seguridad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 745

TÍTULO: DEL HOSPITAL AL DOMICILIO: CONTINUUM ASISTENCIAL SEGURO

AUTORES: VIDAL ESTEVE, ELISA.; BADIA RAFECAS, W.; BORRAS GAVALDA, A.; FORTUNY NUÑEZ, M.; PUJOL VIDAL, M.; TOMAS MARTI, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La transición entre niveles en el continuum asistencial, supone para el paciente frágil y con más comorbilidad, un mayor grado de vulnerabilidad. El alta hospitalaria al domicilio supone un momento clave, de riesgo máximo, donde hay que extremar medidas y activar prácticas seguras necesarias para evitar el reingreso. La Atención Domiciliaria (ATDOM) es un punto estratégico para garantizar la seguridad en la atención a los pacientes incluidos en programa. Nuestro programa ATDOM contempla la valoración integral global, con las áreas de riesgo identificadas desde el momento de inclusión del paciente en programa y también al alta hospitalaria al domicilio según clasificación GMA (Grupos Morbilidad Ajustada). La coordinación entre niveles al alta se realiza a través del informe PreAlt de nuestro aplicativo informático, desde donde la enfermera referente visualiza los datos del paciente antes del alta

Proporcionar una atención más segura a nuestros pacientes alta hospitalaria. Identificar las situaciones de riesgo al alta. Activar prácticas seguras según riesgo identificado

La valoración global de los pacientes en ATDOM y al alta hospitalaria es realizada por enfermería siguiendo los criterios de nuestro programa ATDOM y criterios de complejidad definidos al alta. Utilizamos metodología de calidad, profesionales con buen nivel de cultura de calidad y seguridad que periódicamente reciben formación actualizada. Dada la variabilidad y complejidad de cuidados que requieren estos pacientes, hemos elaborado un mapa de riesgo de nuestra población en ATDOM con la finalidad de identificar las áreas críticas y desarrollar prácticas seguras. Creamos un registro propio y específico donde se recogen todas las variables relacionadas con las áreas críticas identificadas: identificación del paciente según GMA, valoración global, valoración cuidador, úlceras, caídas, recursos sociales, continuidad asistencial... disponemos de escalas validadas que nos permiten medir el nivel de complejidad y el grado de dependencia. Según resultados, se proponen prácticas seguras específicas, avaladas y recomendadas por diferentes organismos de índole nacional e internacional (Departament de Salut (DS), Servicio Nacional de Salud (SNS), OMS, Joint Commission (JCI). Registramos los datos en documento excel que nos permite, analizar y evaluar las variables. La enfermera gestora de casos Atención Primaria-Hospital elabora el informe Pre-Alt en el aplicativo informático de nuestro sistema eCap 48 horas antes del alta real, desde este momento la enfermera referente del centro de salud AP, activa según recomendación del informe pre-alt las actividades y cuidados necesarios para el paciente en el domicilio.

80% profesionales formados en SP; 94,7% Altas hospitalarias con Prealt y contacto en 48h

Se identifican: total pacientes ATDOM 119, PCC 69%, MACA 6,7%, demencias 18,5%, sin cuidador 33%, pacientes con UPP 12%, caídas en el domicilio 18,5%, con dependencia severa-moderada 36%, soporte social 40,5%

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 746

TÍTULO: PERSONALIZACIÓN DE CUIDADOS ¿CÓMO ES PERCIBIDA POR LOS PACIENTES?

AUTORES: JIMENEZ LIRIA, MARIA JOSÉ.; LÓPEZ MEDINA, A.; GARCIA PANIAGUA, J.; GARCIA HITTA, S.; CARMONA RODRIGUEZ, B.; LOPEZ PEREZ, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El modelo de asignación primaria es un sistema de organización que se caracteriza por la atribución de la responsabilidad de la planificación y seguimiento del cuidado sobre un grupo reducido de pacientes a una enfermera durante toda la estancia hospitalaria. Este modelo se sostiene sobre principios humanistas, dirigidos a la individualización, integralidad, y participación de los pacientes y sus familiares en el cuidado.

En el año 2010, empezamos la recogida de datos en la unidad de hospitalización de salud mental, mediante el cuestionario del índice de personalización de los cuidados.

Los objetivos son, analizar los datos obtenidos a través del cuestionario "Índice de personalización de cuidados" y averiguar cómo es percibida la personalización, para introducir los cambios oportunos según las áreas de mejora identificadas.

El estudio tiene un diseño analítico observacional retrospectivo de cohortes, en el cual se mide la satisfacción del paciente con el cuidado prestado por su enfermera de referencia, tras haber aplicado un modelo de personalización de cuidados. Se ha utilizado una encuesta validada post-intervención para la recogida de datos durante el periodo de tiempo 2010 - 2014, a los pacientes que estuvieron hospitalizados en la unidad de salud mental del Hospital de Poniente.

Esta encuesta de satisfacción y anónima, consta de 7 preguntas con doble respuesta SI/NO, la identificación del paciente mediante sexo y edad, dividida en diferentes franjas etarias.

En la recogida de datos, se ha podido analizar un total de 452 encuestas, siendo nulas 123 de ellas por falta de identificación del paciente según sexo y/o edad o por falta de identificación si paciente/acompañante. De las 452 encuestas revisadas, 287 poseen los 7 ítems (preguntas) con una afirmación SI. Las 58 restantes poseen en varios ítems la calificación de NO en las respuestas.

En cuanto a la identificación del paciente, expresado como la persona que rellena la encuesta, 152 se identificaron como hombres y 112 como mujeres. Fueron 50 los que se identificaron como acompañantes.

En relación a la franja etaria, 95 tenían una edad comprendida entre 15 y 29 años, 168 estaban en la franja de 30 a 45 años, 71 tenían entre 46 y 65 años y mayores de 65 solamente fueron 13 pacientes.

Tras analizar los datos obtenidos, podemos ver como la mayor puntuación de respuestas negativas las obtiene la pregunta nº 6, en la que se refleja las recomendaciones de cuidados al alta, la pregunta nº3, en la que la entrevista inicial para realizar la valoración del paciente es escasa y en las preguntas nº 4 y nº5 donde prima la autonomía del paciente, respecto sus opiniones y preferencias. Hemos de decir que la pregunta con menos respuestas negativas es la nº 1, en la que la enfermera se presenta como referente y responsable de sus cuidados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 747

TÍTULO: PROYECTO GIOCONDA SALUD. LA MIRADA DE LOS ADOLESCENTES COMO AGENTE TRANSFORMADOR.

AUTORES: IZARZUGAZA ITURRIZAR, ESTIBALIZ.; BENITO RUIZ DE LA PEÑA, R.; RICA ETXEBARRIA, I.; GALLEGO CAMIÑA, I.; GUTIERREZ ARNAIZ, AS.; ORTEGA GUTIERREZ, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El retrato de la Gioconda (Leonardo Da Vinci) nos sirve como analogía del planteamiento que queremos realizar con el programa de puertas abiertas de la OSI EEC (Hospital Universitario Cruces) y el IIS BioCruces. Pretendemos que el alumnado nos ayude a reinterpretarnos, al igual que la Gioconda ha sido re-interpretada en múltiples ocasiones. Además, queremos introducir otras formas de mirar nuestras organizaciones. Nuevas miradas que introduzcan perspectivas distintas desde la que observar el trabajo que desarrollamos a diario. Para ello, les hemos pedido que, con sus ideas, nos inspiren para seguir avanzando en nuestra labor de mejorar la salud de la ciudadanía.

Acercar al alumnado la actividad investigadora, docente y asistencial que desarrollan nuestras organizaciones, así como sus valores y contribución a la sociedad.

Fomentar las ciencias de la salud y su atractivo como profesión.

Recibir propuestas innovadoras por parte del alumnado participante.

Un equipo de trabajo conjunto de la OSI EEC, el IIS BioCruces y el Dpto. de Educación, definió la estructura del programa en 4 fases.

- Presentación del programa en el centro educativo, durante la que se explica al alumnado nuestra misión y los servicios a visitar.
- Visita al HU Cruces-BioCruces: cada clase se divide en 3 grupos (grupos 6-8 estudiantes, acompañados de un profesor/a) y visita distintos servicios (sanitarios, de investigación, servicios generales...). Un profesional hace las labores de guía de un servicio a otro ('cicerone').
- Trabajo en clase: cada grupo explicaba a sus compañeros qué servicios habían visitado, qué habían aprendido y trabaja las ideas a proponer a los servicios.
- Presentación de resultados: sesión final en el Salón de Actos del Hospital en el que el alumnado presenta a todos los servicios participantes su visión sobre nuestras organizaciones y sus ideas.

El proyecto Gioconda Salud ha servido para introducir en nuestras organizaciones un nuevo punto de vista. Además, nos ha permitido establecer una alianza con el Departamento de Educación, ser más transparentes y acercar nuestra actividad al colectivo de los adolescentes de nuestro entorno. Se han realizado dos ediciones en las que han participado un total de 20 servicios, 65 profesionales del Hospital-BioCruces, 27 profesores y 178 estudiantes (3º ESO y 1º Bachiller). Un 87% de los servicios está satisfecho con el proyecto en general, el mismo porcentaje de profesorado recomendaría a otros centros participar en el proyecto (87%). Respecto al alumnado, un 69% siente que ha aumentado su interés por las ciencias de la salud, un 93% está satisfecho con el proyecto y un 90% recomendaría a otros alumnos participar en la experiencia. (Puntuaciones 4 a 5 en una escala de 1 a 5).

La clave del éxito del proyecto ha sido la implicación de los servicios participantes, así como la estructura del programa, co-diseñada entre profesionales de la organización sanitaria y del Departamento de Educación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 748

TÍTULO: SEGURIDAD DEL PACIENTE: GESTION DE LOS INCIDENTES NOTIFICADOS EN UN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

AUTORES: ARANDA SANCHEZ, BELEN.; AINSA ABOS, E.; CLOTAS SANCHO, L.; GONZALEZ GONZALO, S.; CALAMOTE MANSO, F.; GASULL GOMIS, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

A nivel territorial del Camp de Tarragona existe un sistema de Notificación de Incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente (TPSC_Cloud).

Nos planteamos la necesidad de implantar un circuito interno que permita gestionar y analizar los incidentes notificados en el centro.

conseguir la máxima eficacia en la gestión, análisis y comunicación de los incidentes notificados por los profesionales en el centro

PROCEDIMIENTO INTERNO DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES:

-El profesional detecta un incidente y lo notifica a través de un aplicativo informático.

-El núcleo de seguridad del paciente del centro, recibe un aviso de notificación vía e-mail, y valora el riesgo:

1. Riesgo moderado, bajo o muy bajo:

1.1-Incidente de resolución interna:

a) Si el núcleo de seguridad lo soluciona, comunica la conclusión y/o acciones de mejora al equipo directivo, a la comisión de la calidad y al notificante.

b) Si el núcleo de seguridad no lo puede solucionar, solicita una reunión con el equipo directivo, comisión de calidad, con los profesionales implicados y notificante, para hacer un análisis conjunto.

1.2- Incidente de resolución externa: UFSP (Unidad Funcional de Seguridad del Paciente) Territorial: Se analiza y se comunica al equipo directivo, comisión de calidad y al notificante. Lo resuelve la Dirección de Atención Primaria.

2. Alto riesgo o riesgo extremo:

El equipo directivo, comisión de calidad y profesionales implicados inician un análisis causa-raíz y se comunica la solución a la Dirección de Atención Primaria y comisión de calidad territorial para implantar las medidas oportunas.

COMUNICACIÓN DE INCIDENTES Y ESTADO DE RESOLUCIÓN AL RESTO DE PROFESIONALES: -Cada tres meses se convoca una sesión informativa para todo el equipo explicando los incidentes notificados, su análisis y acciones de mejora implantadas, Si el incidente de alto riesgo o riesgo extremo, se comunica inmediatamente a los profesionales del equipo.

Resultados:

La notificación de los incidentes declarados en el año 2015:

•Ubicación:

45% consultas en general;

35 % área de urgencias;

10 % recepción.

5 % laboratorio

5 % control de enfermería

•Riesgo:

40 % muy bajo

40 % bajo

20% moderado

•Gravedad según TPSC_Cloud:

35%: el error no ha producido lesión

20%: paciente requiere observación pero no hay lesión

30%: circunstancia con capacidad de producir error

15%: el error se ha producido pero se ha detectado antes de producir lesión

Conclusión:

Al implantar el sistema de Notificación de Incidentes se detectan y analizan errores en Áreas Críticas permitiendo que se apliquen acciones de mejora con tal de minimizarlos.

El profesional aumenta la Cultura de Seguridad del Paciente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 749

TÍTULO: MEJORA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO QUE NECESITA TRASLADO ENTRE CENTROS PARA PRUEBAS E INTERCONSULTAS

AUTORES: OJEDA FEO, JOSÉ JONAY.; VILLÁN VILLÁN, YF.; YAGÜE DE ANTONIO, G.; RAMIREZ GARCÍA, E.; ELÍAS UCEDO, C.; FERNÁNDEZ DE CASTRO POMBO, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Desde su inauguración el Hospital Universitario La Paz ha ido cambiando su fisonomía y creciendo hasta convertirse en un complejo hospitalario compuesto por un entramado de seis edificios de hospitalización. Con la adscripción del Hospital de Cantoblanco y del Hospital Carlos III al complejo hospitalario, la continuidad en la atención sanitaria de los pacientes hospitalizados presenta nuevos retos debido, entre otros aspectos, a la distancia física existente entre los diferentes edificios. En el año 2015 la CCALPERH detectó problemas de calidad percibida en el tránsito de determinados pacientes hospitalizados en esos edificios que se trasladaban al Hospital General/Traumatología para realizar interconsultas y pruebas complementarias. Asimismo, la UFGR analizó varias notificaciones de seguridad del paciente relacionados con esta situación, en la que se detectaba insuficiente supervisión de los pacientes durante el traslado y discontinuidad de cuidados.

Diseñar un plan integral de atención al paciente hospitalizado en tránsito entre los edificios de hospitalización, garantizando su seguridad y continuidad de cuidados. Describir tipos y situaciones en las que se encuentra el paciente en desplazamiento, cuantificando cada una de ellas. Dotar convenientemente de recursos humanos y materiales este plan y evaluar los resultados obtenidos tras su implantación.

El plan integral fue impulsado por la Subdirección Gerencia del hospital mediante la constitución de un grupo operativo ad-hoc al que se incorporaron los responsables asistenciales implicados, la CCALPERH y la UFGR. A partir de un informe elaborado por ambas comisiones, el grupo operativo estableció como prioridad de trabajo el abordar en una primera fase la atención recibida por los pacientes hospitalizados revisando los procedimientos de hospitalización existentes, las derivaciones innecesarias al Hospital de Cantoblanco y Carlos III, la existencia de consultas programadas con anterioridad, y los traslados urgentes. A continuación se revisó el protocolo de actuación y la dotación de recursos necesaria habilitándose dos circuitos diferenciados; uno dirigido a los pacientes con interconsulta solicitada y otro específico para los pacientes trasladados para pruebas complementarias. Finalmente se detallaron los indicadores de actividad necesarios para evaluar el funcionamiento del plan.

La difusión del protocolo y la puesta en marcha de los nuevos circuitos se produjo en enero de 2016. Durante los 3 meses siguientes la sala de tránsito destinada a los pacientes programados para la realización de pruebas diagnósticas ha recibido 2,21 pacientes/día de uso. Por otra parte, el circuito destinado a interconsultas con especialistas no disponibles en los demás hospitales ha incluido a 21 pacientes hospitalizados. Entre las siguientes tareas del grupo operativo está prevista la ampliación del alcance de este plan a otros colectivos de pacientes no hospitalizados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 750

TÍTULO: MANEJO DE HERRAMIENTAS Y RECURSOS EN AP. IMPACTO DE UNA FORMACION BASICA DIRIGIDA A PROFESIONALES SANITARIOS

AUTORES: VICENTE DEL HOYO, MONICA.; MALILLOS PEREZ, D.; BECERRIL ROJAS, B.; BARBERA MARTIN, A.; ESTEVEZ MUÑOZ, JC.; ALONSO SAFONT, T.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Desde hace unos años, el auge de las aplicaciones informáticas en nuestra comunidad ha sido muy importante. En el año 2015 una unidad de apoyo técnico a los profesionales (UAT) detecto desconocimiento en su manejo en muchos profesionales sanitarios. Poseer habilidades en todas estas herramientas ayudan a mejorar la gestión y la atención de la población. Además las competencias tecnológicas, en calidad, seguridad, acceso y manejo de la información son básicas para mejorar la toma de decisiones y la mejora continua del servicio que prestamos. En este sentido, se elaboró y ofertó a los profesionales un curso que pretende abordar de manera integrada las herramientas de ayuda a la consulta más importantes de la organización.

Mejorar el conocimiento y manejo de las herramientas y recursos de uso habitual en Atención Primaria (AP)

Conocer el grado de satisfacción de los profesionales con el curso

Los cursos se ofrecieron durante los años 2015 y 2016. Estaban dirigidos a profesionales sanitarios con un nivel de conocimientos bajo sobre las herramientas y recursos en AP.

Cada curso tenía una duración de 20 horas repartidas en 4 días. Los contenidos abordados fueron: Intranet institucional, uso del correo corporativo, protección de datos clínicos, historia clínica informatizada, aplicación de formación continuada, Cartera de Servicios Estandarizados (CSE), Contrato programa de centro, herramienta de gestión del cuadro de mando de AP, conocimientos básicos sobre incidentes de seguridad y errores de medicación y su registro en la aplicación, uso de recursos bibliográficos y espacio de explotación de datos clínicos. Se impartía por 2 profesionales de la UAT y constaba de una exposición de contenidos teóricos, acompañada en todo momento de práctica dirigida sobre las aplicaciones en entorno real. La difusión de la actividad formativa se llevo a cabo a través de la aplicación de formación continuada y del correo institucional y estaba incluida dentro del plan de formación anual de la Gerencia

Los criterios de evaluación han sido: Número de cursos realizados, número de participantes, satisfacción de los discentes y aspectos positivos y negativos de la formación, evaluados mediante un cuestionario de satisfacción

La actividad se evaluó mediante un cuestionario con preguntas cerradas y respuestas con escala Likert de 1 a 10 y tres preguntas abiertas

Se realizaron un total de 6 ediciones, 2 en 2015 y 4 en 2016 en las que participaron 87 profesionales. Cumplimentaron la evaluación 63 de ellos con una valoración global del curso de 8,07 sobre 10. Los contenidos también se puntuaron favorablemente (8,13). La utilidad para su trabajo habitual se puntuó con 8,7. Finalmente el grado de aprendizaje conseguido se valoró con 8. La satisfacción con la duración del curso fue de 7,1

La formación sobre el manejo básico de las aplicaciones informáticas está muy bien valorado por los profesionales sanitarios y les ayuda a mejorar la calidad y la fiabilidad de sus registros

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 751

TÍTULO: SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE NEONATOLOGÍA RESPECTO A LA IMPLANTACIÓN Y USO DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD

AUTORES: SANZ LÓPEZ, ESTER.; ARRIAGA REDONDO, M.; DÍAZ REDONDO, A.; RGUEZ SÁNCHEZ DE LA BLANCA, A.; TORRES CUENCA, MI.; MARSINYACH ROS, I.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las unidades neonatales, especialmente las unidades de cuidados intensivos neonatales, son áreas de alto riesgo para la aparición de efectos adversos (EA), dada la complejidad de los tratamientos y las características de los pacientes (no verbales, susceptibilidad a infección...). En 2015, dentro de un plan de mejora de seguridad del paciente, se implantó en el servicio de neonatología del hospital, el uso de listas de verificación de seguridad (LVS) para prevenir y detectar posibles incidentes. Aunque las LVS han demostrado su utilidad en otras áreas (por ejemplo LV quirúrgica o el WHO Safe Childbirth Checklist programme), no existen LVS validadas para Neonatología. Además siempre existe cierto grado de reticencia del personal a la hora de llevarlo a cabo en la práctica diaria.

Conocer la opinión del personal del servicio de Neonatología sobre la utilidad y satisfacción del uso de una LVS.

Realización de una LVS basada en los EA descritos en la literatura y en la experiencia propia del servicio (incidentes notificados), junto con formación del personal. En noviembre 2015, tras 8 meses de la implantación de la LVS realizada conjuntamente por los enfermero/a y médico/a responsables del paciente una vez por turno, y con más de 3000 LVS completadas, se realiza una encuesta de satisfacción al personal médico y de enfermería de este servicio.

48 profesionales (54% del personal) completaron voluntariamente la encuesta. El 75% (36/48) consideró que la LVS es útil o muy útil, indiferente el 14.58% (7/48) y poco útil o inútil el 10.42% (5/48). El 68.75% (33/48) respondió que la LVS había conseguido evitar al menos 1 EA. Para el 87.5% (42/48) de los encuestados la LVS no suponía una carga excesiva de trabajo. En cuanto al grado de satisfacción con la LVS, 54.16% (26/48) se mostraron satisfechos o muy satisfechos, 31.25% (15/48) indiferentes y 14.58% (7/48) insatisfechos. El 100% los encuestados respondió afirmativamente a la pregunta "Si su hijo/a estuviera ingresado, ¿le gustaría que se aplicasen las LVS para mejorar su seguridad?".

Del personal con menos de 5 años de experiencia (12 personas), el porcentaje de personas que consideraban útil la LVS fue del 75% (9/12) y el de satisfechos o muy satisfechos alcanzó el 83.33% (10/12). Respecto a la categoría profesional, el 100% de los médicos que contestaron a la encuesta (10/10) consideraron muy útil la LVS y el 90% (9/10) estaban satisfechos con su implantación, frente a un 68.4% (26/38) y un 50% (19/38) respectivamente de los enfermeros.

La mayor parte del personal sanitario consideró útil y se mostró satisfecho con la realización de la LVS. El grado de satisfacción fue mayor en el grupo con menos años de experiencia profesional y en el personal médico.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 752

TÍTULO: DE LA INFORMATIZACIÓN DEL SERVICIO A UNA URGENCIA HOSPITALARIA SIN PAPELES

AUTORES: CONESA HERNANDEZ, ANDRES.; CRUZADO QUEVEDO, JA.; RODRIGUEZ PEREZ-REVERTE, F.; MADRID FERREIRO, VM.; MARINEZ SALDUMBIDE, S.; ALCANTARA ZAPATA, FJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

No hay nada que se haga en papel que un proceso informático no pueda sustituir.

Las Tecnologías de Información y Comunicación (TICs) mejoran la calidad, la seguridad, agilizan la atención y el acceso a la información, permitiendo la cooperación entre distintos niveles asistenciales, situando al paciente en el centro del sistema.

A pesar de la informatización de los procesos asistenciales manteníamos un alto nivel de duplicidades en papel.

El objetivo general del Servicio de Urgencias es eliminar el papel en aquellos procesos internos, con el consiguiente beneficio ambiental, en base a un mayor desarrollo de la herramienta informática y sus aplicaciones.

Situación inicial.

Desde 2009 se ha ido informatizando la mayoría de los procesos asistenciales, con un desarrollo casi total en 2016.

En 2010, la apertura del Hospital General Universitario Santa Lucía (HGUSL) dota al Área II de un hospital de alta tecnología.

Un DAFO permitió desarrollar estrategias:

Oportunidades

- En 2013, tras un cambio organizativo y en el modelo de triaje, se plantea la eliminación del papel en sus procedimientos internos.
- Implicación de la Dirección del Área.

Debilidades.

- Inicialmente el temor de los profesionales al eliminar el soporte físico: los profesionales quieren papel, los pacientes también.
- No todos los papeles se pueden sustituir: listados, justificantes e informes de alta, consentimientos informados, etc.

Fortalezas.

- La tecnología del nuevo hospital dispone de ordenadores y equipos informáticos en todos los puestos asistenciales.
- Alta Informatización previa. Brazaletes, lectores de códigos, etc.
- Utilización de Tablets con el aplicativo SELENE Mobility.

Amenazas.

- Reticencias de profesionales.
- Relaciones con otros servicios.
- Necesidad de un plan de contingencia, ante posibles caídas del sistema.

Fases de la experiencia

Adaptación.

Se trató de generar en los profesionales una cultura de cambio en el desarrollo de su actividad asistencial.

Hubo una gran implicación de la Dirección y mandos intermedios del servicio.

Se formaron grupos con todos los estamentos con capacidad de decisión.

El apoyo informático, ha incorporado nuevas herramientas a los procesos asistenciales, logrando el correcto seguimiento y trazabilidad del paciente y su ubicación.

Estabilización

Se da un soporte individual al profesional, valorando necesidades y aportando formación continuada adecuada a todos los estamentos.

Evaluación

En la actualidad estamos valorando el ahorro en el consumo de papel y la opinión de los profesionales mediante encuestas de satisfacción.

Desde el 10 de marzo de 2014, durante su estancia, hasta su alta o ingreso todos los formularios, pruebas, y resultados del paciente se hacen en soporte informático, sin usar papel.

Conclusiones

1. El servicio de urgencias es un servicio sin papel.
2. Para lograrlo han sido claves: las TIC's, la implicación de los profesionales y el apoyo de la Dirección del centro.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 753

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS EN LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA

AUTORES: RODRÍGUEZ-BENAVENTE, ANA.; CARRASCO-PERALTA, JA.; CENTENO-ASTUDILLO, J.; NOGUERAS-RUIZ, S.; GONZÁLEZ-GAGGERO PRIETO-CARREÑO, L.; PALOP-RÍO, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Programa de Certificación de Unidades de Gestión Clínica (UGC) de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) está dirigido a las unidades de servicios de salud integrados en un hospital, Área Sanitaria o Distrito Sanitario de atención primaria.

La gestión por procesos asistenciales integrados es una de las líneas prioritarias de este Programa, reconociendo esta estrategia como clave para garantizar la continuidad asistencial y la disminución de la variabilidad en la práctica clínica.

El objetivo de este estudio ha sido analizar la evolución del cumplimiento del estándar de calidad relacionado con la implantación de los procesos asistenciales integrados durante el periodo 2011-2016 con el fin de poder identificar los logros y retos pendientes.

Estudio descriptivo retrospectivo de los resultados obtenidos en el cumplimiento del estándar obligatorio 04.01 del manual de certificación de UGC ME 5 1_06.

N = 402 UGC de Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH).

Periodo: Enero 2011 a Diciembre 2015.

El cumplimiento del estándar 04.01 implica tener una estrategia de implementación de procesos, con la consecución de los siguientes pasos:

- 1)Priorización de los procesos a implantar en función de los grupos relacionados diagnósticos (GRDs) más frecuentes.
- 2)Designación de un profesional referente para la implantación y actualización de cada proceso.
- 3)Análisis de situación para identificar los factores clave internos y externos para la implantación y desarrollo de los procesos.
- 4)Descripción del proceso, identificando claramente: qué, quién, cuándo, cómo y dónde las actividades se llevan a cabo. Además, se identifican los puntos críticos de control de riesgo para la seguridad del paciente en cada etapa se identifican, de acuerdo con las nueve soluciones de seguridad del paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- 5)Desarrollo de grupos de mejora como facilitadores entre los diferentes niveles y disciplinas de la salud.
- 6)Estrategia de difusión para que los profesionales sean conscientes de sus funciones y responsabilidades en relación con los procesos implementados.

% cumplimiento 04.01 en evaluación inicial por año: 29,1% (2011); 36,0% (2012); 69,5% (2013); 70,1% (2014) y 71,6% (2015)

Total de Unidades evaluadas por año: 86 (2011); 75 (2012); 59 (2013); 87 (2014);95 (2015)

Total de Unidades certificadas por año: 29 (2011); 103 (2012); 55 (2013); 71 (2014); 91 (2015)

Los resultados muestran una tendencia positiva a lo largo del tiempo en el cumplimiento del estándar sobre la implantación de procesos.

Al ser un estándar de carácter obligatorio, todas las Unidades certificadas terminan consiguiendo cumplir con todos los factores de correcta implantación de un proceso, por lo que la certificación se muestra como una efectiva herramienta de mejora en este aspecto.

Los resultados serán considerados en la próxima revisión del programa de certificación, en 2016.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 754

TÍTULO: MEJORÍA DE LA CALIDAD EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO. BUSCANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

AUTORES: TOLEDO DEL CASTILLO, BLANCA.; PARDO RUIZ, E.; PEREZ MORENO, J.; GONZÁLEZ MARTÍNEZ, F.; GONZÁLEZ SÁNCHEZ, MI.; RODRIGUEZ FERNÁNDEZ, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El traslado intrahospitalario es un periodo en el pueden ocurrir múltiples complicaciones que amenazan la seguridad del paciente, por lo que crear estrategias para su prevención y tratamiento es fundamental para mejorar la asistencia.

Analizar las características de los traslados de pacientes ingresados en una planta de pediatría antes y después de la implantación de un protocolo de transporte intrahospitalario.

Estudio descriptivo unicéntrico longitudinal en la hospitalización pediátrica de un hospital terciario. Se recogen datos antes y después de instaurar un protocolo de transporte (julio 2015- marzo 2016). Se analizan: edad, sexo, diagnóstico, lugar y motivo del traslado, personal sanitario acompañante, complicaciones y cambios de constantes del paciente.

Los datos se expresan como mediana, rango intercuartílico (RIQ) y porcentajes. Se comparan las variables cualitativas mediante el test de chi cuadrado.

Durante el periodo de estudio ingresaron 1432 pacientes en la unidad, requiriendo transporte el 21% (239). Se incluyen 309 traslados en 239 pacientes, 93 antes de protocolizar el transporte y 214 después.

El 54,4% eran varones y la mediana de edad fue 21 meses (RIQ 3-60). El diagnóstico más frecuente fue patología respiratoria (48,5%), posteriormente digestiva (25,4%), neurológica (24,8%), renal (11%) e infecciosa (13%). El principal motivo del desplazamiento fue la realización de pruebas (87%): radiografía de tórax (41%), ecografía abdominal (21,8%) y estudios electrofisiológicos (15,6%). Los destinos principales fueron: radiología (73%), electrofisiología (10,7%) y cuidados intensivos (UCIP) (9,8%). El médico adjunto estuvo presente en el 14% de los traslados.

Comparando ambos grupos, la complejidad del traslado fue mayor en el segundo periodo, donde precisaron 32,7% oxigenoterapia convencional y 14,5% oxigenoterapia de alto flujo (OAF) frente a 4,3% y 7,5% respectivamente en el primer periodo ($p < 0,001$). Sólo se produjeron 8 incidencias, 6 en traslados a UCIP y 2 en la realización de pruebas complementarias, todos dependientes de OAF o ventilación mecánica domiciliaria (VMD). Se redujo la tasa de complicaciones de 3,2% a 2,3% tras implantar el protocolo, a pesar de la mayor complejidad de los pacientes en el segundo periodo ($p < 0,702$). Se observó una disminución del número de eventos con repercusión clínica en el paciente, de 100% en el primer periodo a 40 % en el segundo, aunque sin alcanzar significación estadística ($p < 0,196$).

CONCLUSIONES Existe un mayor riesgo en el traslado de pacientes con patología respiratoria y principalmente aquellos dependientes de OAF y VMD. Estas complicaciones pueden tener una repercusión clínica importante por lo que realizar una hoja de verificación previa al traslado, adaptando el material y el acompañamiento a la patología del paciente, parece disminuir la incidencia de complicaciones y la repercusión clínica en los pacientes mejorando por lo tanto la calidad de su atención.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 755

TÍTULO: Y DESPUES DE LA ACREDITACION, QUÉ.

AUTORES: ROCA BURILLO, CARLOS.; MANUEL MARTI, B.; ESTELA ABAD, C.; GARRABELLA PUYAL, FJ.; POLO SENTAÑES, M.; MAS PERENDREU, L.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La aplicación de PLAN-DO-CHECK-ACT supuso para el equipo de atención primaria un avance significativo en su forma de trabajar. Se manifestó con el resultado de la acreditación de atención primaria, según Decreto 86/2014 de la Generalitat de Catalunya, de 10 de junio, que establece el sistema de acreditación de equipos de atención primaria, con un 93,6% de los estándares obtenidos.

- 1) Avanzar en la concreción de los Planes de Mejora derivados de todos y cada uno de los estándares evaluados. Especialmente los que hacen referencia al box de urgencias, al control del almacén y al registro y clasificación de incidencias.
- 2) Mantener el nivel de implicación de los profesionales del equipo en temas relacionados con la calidad.

Con los resultados de 24/346 estándares evaluados negativamente y sin olvidar los acreditados positivamente, según consta en la evaluación final y siguiendo el ciclo de Deming se priorizan los planes de mejora.

Se identifican planes de mejora internos y externos, que dependen de la empresa y no del propio equipo de atención primaria (EAP)

Planes identificados:

- Evaluación y control del apartado de recursos humanos (RR HH)
- Mejora de la accesibilidad y comunicación. Telefonía. Revisión de la encuesta de satisfacción de los usuarios. Nueva unidad de atención al usuario (UAU)
- Registro de incidencias y su clasificación. Avance en el uso de TPSC Cloud.
- Actualización de la documentación.
- Seguimiento del proceso de revisión del box –urgencias y almacén. Mantenimiento del etiquetado, stocks y registros
- Favorecer una buena dinámica de grupo / equipo. Establecer grupos de trabajo.

Planes de mejora ya iniciados:

- Unidad de atención al usuario.
- o Revisión e identificación de tareas, redistribución horaria.
- o Mejora de la accesibilidad telefónica.
- o Encuestas de satisfacción de los usuarios.
- o Revisión del panel de comunicación del centro.
- Incidencias:
 - o Identificación clara
 - o Recordatorio importancia uso TPSC Cloud.
- Revisión del registro box urgencias, “antes-después” 30%-99%. Reducción de un 95% de las incidencias de stock almacén.
- 7 grupos de trabajo, no clínico-asistenciales, (calidad, formación, actividades comunitarias, pediatría, seguridad del paciente, cronicidad, investigación), de 6 miembros cada uno, con una media de 4 reuniones /año. Metodología básica de los grupos de trabajo.

Planes de mejora en fase de elaboración:

- Revisión general de la documentación.
- Evaluación del plan de mantenimiento general y evaluación del plan estratégico.

Planes de mejora que dependen de la empresa:

- RR HH
- o Cuantificación e identificación de costes.

Conclusión

Únicamente una revisión sistemática después de la acreditación nos permite aprovechar al máximo el esfuerzo realizado en la misma y garantizar que no solo el nivel de calidad se mantiene, si no que los profesionales del equipo no pierden la motivación para trabajar hacia la excelencia. La clave está en hacer partícipe al equipo de todas las decisiones.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 756

TÍTULO: ANÁLISIS DE CAUSA-RAIZ DEL EVENTO CENTINELA HIPOXIA AGUDA GRAVE EN UNA UGC DE CIRUGIA PEDIÁTRICA.

AUTORES: RUIZ PALOMINO, AURORA.; GUERRERO PEÑA, G.; GARRIDO PEREZ, JI.; BERENGUER GARCÍA, MJ.; MIÑARRO DEL MORAL, RM.; PAREDES ESTEBAN, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En el contexto del Plan de Seguridad del Paciente de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Pediátrica se llevan a cabo diversas actuaciones para monitorizar la aparición de Eventos Adversos (EAs) y diseñar actuaciones preventivas: Ante la aparición de un Evento Centinela se ha de realizar un análisis en profundidad para identificar las causas que lo provocan y establecer medidas correctoras específicas para evitar que vuelva a suceder.

- Describir la metodología empleada para la identificación de las causas de aparición del EA Hipoxia Aguda Grave en una UGC de Cirugía Pediátrica (UGC-CP)

- Presentar las causas identificadas y las actuaciones preventivas y correctoras propuestas.

Ante la aparición del EA Hipoxia Aguda Grave se realizó un análisis causa raíz (ACR) para identificar las causas que lo provocaron. Para llevar a cabo el ACR se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar integrado por 2 enfermeras y un facultativo de la UGC-CP y 2 miembros de la Unidad de Calidad (un médico y una enfermera, que actuaron como coordinadores del grupo). Para el ACR se aplicaron las técnicas del "Diagrama de Ishikawa" y de "los 5 por qué". Se estableció un plan de intervención a partir de las medidas preventivas propuestas de forma específica para cada una de las causas identificadas designando responsables de cada bloque de actuaciones y concretando un cronograma de implantación.

Se identificaron 19 causas en el ACR entre las que figuran: Falta de formación en el uso de los diferentes manómetros de los aspiradores, Sistema de vacío deficiente o Sólo una toma de vacío por habitación.

Se propusieron 14 medidas correctoras diferentes algunas de las cuales implicaban la participación de otras unidades. Entre las medidas planteadas cabe destacar la necesidad de realizar Simulacros de situaciones críticas, Sesiones de actualización o Colocar un aspirador portátil.

Se emplearon 2 horas para completar el ACR. Se han implantado todas las medidas preventivas dependientes de la UGC y no se ha vuelto a dar ningún EA de este tipo.

Como aspecto a mejorar en relación a la metodología empleada se detectó que habría que incorporar al grupo de análisis un cirujano y una enfermera de quirófano.

El ACR de los EAs es un método útil y rápido para el establecimiento de medidas correctoras específicas. Es necesario para su realización contar con un grupo de trabajo multidisciplinar con formación en Seguridad del Paciente y cohesionado.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 757

TÍTULO: PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LOS PLANES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HURS

AUTORES: MILLÁN CASADO, MARÍA.; BERENGUER GARCÍA, MJ.; TEJEDOR FERNÁNDEZ, M.; CASTRO RUÍZ, MJ.; JIMBER DEL RÍO, M.; DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ, MC.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La seguridad de los pacientes es un aspecto central de la mejora continua de la calidad. La participación de los profesionales en el diseño e implantación de Programas de Seguridad del Paciente, es imprescindible.

Describir el nivel de participación de profesionales sanitarios en Planes de Seguridad del Paciente, llevados a cabo en el HURS durante el período del 2008 hasta diciembre 2015.

Se constituyeron grupos mixtos entre profesionales sanitarios de UGC, de PAI y de otros Procesos Clínicos, conjuntamente con el Servicio de Calidad y Documentación Clínica .

Mediante el Análisis de Fallos y Efectos (AMFE), se diseñaron y aplicaron Programas de Seguridad del Paciente tanto en las UGC, en los PAIs y en otros Procesos Clínicos.

Se establecieron tres grandes bloques en Seguridad del Paciente: Unidades de Gestión Clínica, PAI y de Soporte y Procesos Clínicos.

En UGC: Se trabajó con 42 grupos.

En PAI y de Soporte: Se trabajó con 28 grupos.

En Procesos Clínicos: Se trabajó con 10 grupos.

Nº Total de grupos: 80

Nº Total de Profesionales: 371 de distintas categorías (FEAs, Médicos EBAP, Epidemiólogos, Enfermeras, Auxiliares Enfermería, TER, Celadores)

Toda esta información se encuentra recogida en una base de datos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 758

TÍTULO: BUENAS PRÁCTICAS EN CIRUGIA: LISTADO DE VERIFICACIÓN DE TRASLADO QUIRÚRGICO EN UNA UGC DE CIRUGIA PEDIATRICA

AUTORES: RUIZ PALOMINO, AURORA.; GUERRERO PEÑA, G.; DOMINGUEZ GARRIDO, R.; TAPIA SERRANO, MJ.; MIÑARRO DEL MORAL, RM.; PAREDES ESTEBAN, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Pediátrica elaboró su Plan de Seguridad del Paciente en 2012. Entre los posibles fallos identificados figuraban los problemas de comunicación en la transferencia de los pacientes a lo largo del recorrido quirúrgico. Como medida preventiva era necesario diseñar un Listado de verificación (LV) que estuviera a disposición de los profesionales de la UCG para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables en todo el recorrido quirúrgico.

Describir el diseño del LV, su pilotaje y los resultados obtenidos desde su implantación en 2015.

Identificar puntos críticos y proponer áreas de mejora en las partes implicadas del área quirúrgica.

El LV de traslado se divide en dos bloques correspondientes a las etapas prequirúrgica y postquirúrgica. Se diferencian mediante colores (azul para hospitalización y el verde para la zona de quirófano) para identificar más fácilmente las dos fases de comprobación de datos.

En la prequirúrgica se comprueban las intervenciones en seguridad necesarias, consensuadas por el equipo de trabajo, en la unidad de hospitalización antes del traslado del niño a la zona quirúrgica, donde se vuelven a verificar las mismas a su llegada a la zona de bahía. Las intervenciones se dividen en 3 bloques:

- Preparación prequirúrgica (identificación del paciente, lavado prequirúrgico.);
- Acceso venoso (tipo, sellado, sueroterapia en curso...);
- Medicación administrada (Profilaxis antibiótica, medicación.).

En la postquirúrgica se realiza la comprobación en la sala de reanimación, tras concluir el tratamiento quirúrgico y el despertar del niño, volviéndose a comprobar nuevamente en la unidad de hospitalización. Las intervenciones se dividen en 3 bloques.

- Acceso venoso (sueroterapia en curso, caída libre. en bomba de infusión);
- Medicación administrada (analgesia, antibióticos, hemoderivados...etc.);
- Zona quirúrgica, donde se especifican características propias de la intervención (localización, estado de apósitos, férulas.).

Ambos bloques disponen de espacios para observaciones de la enfermera referente, así como para la hora de salida (de hospitalización o de reanimación, según la etapa) y de llegada (a la bahía de quirófano o a hospitalización).

Se elaboró el Procedimiento Operativo Estandarizado del traslado de paciente al área quirúrgica y se difundió a todos los profesionales de la UCG en sesión clínica.

Como evaluación se realizan dos auditorías de historias clínicas de la UCG al mes identificando la incorporación del LV en la HC y las intervenciones en seguridad del paciente de cada etapa.

Se ha conseguido alcanzar el objetivo fijado inicialmente en la unidad con una implantación del LV en el 82% de las historias auditadas. La herramienta ha sido bien acogida por los profesionales. No obstante persisten ciertos problemas de cumplimentación en la etapa postquirúrgica.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 759

TÍTULO: LOS PADRES DE LOS NIÑOS INGRESADOS EN NEONATOLOGÍA COMO TERMÓMETRO DE SEGURIDAD

AUTORES: ARRIAGA REDONDO, MARIA.; SANZ LÓPEZ, E.; DÍAZ REDONDO, A.; VÁZQUEZ MONTALVO, ML.; LAMBEA RUEDA, L.; SANGUESA ALBA, CV.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) son lugares de riesgo para sufrir un evento adverso (EA). Los padres de los pacientes pueden suponer un importante elemento de seguridad. Recientes estudios muestran que los padres son muy conscientes de todos los aspectos del tratamiento de sus hijos y que quieren y pueden colaborar en mejorar la seguridad de sus bebés durante la estancia hospitalaria.

Evaluar la percepción de seguridad que tienen los padres de los neonatos hospitalizados en nuestra unidad.

Se seleccionaron padres que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: 1) Padres cuyos niños lleven ingresados más de 7 días. 2) Que hablen y entiendan castellano sin dificultad. 3) Que visiten diariamente a sus hijos. 4) Que no presenten ningún problema psiquiátrico ni de drogodependencia. 4) Que acepten participar en el estudio. Dichos padres recibieron una sesión sobre seguridad del paciente y posteriormente al alta de la UCIN, rellenaban el "Cuestionario sobre la Percepción de Seguridad de la Atención Sanitaria en el Ámbito Hospitalario" validado por el Ministerio de Sanidad.

Durante un periodo de 3 meses aceptaron participar en el estudio 25 padres, de ellos un 84% consideró que había recibido suficiente información sobre la enfermedad de su hijo, el 88% dijo haber podido preguntar al personal sanitario todas las dudas que tenía, el 92% pensaba que el personal sanitario había contestado de forma concisa y clara a sus preguntas, sin embargo solo el 29,2% referían que se hubiese tenido en cuenta su opinión respecto a los cuidados y tratamiento de sus hijos, el 88% referían que se les había pedido su consentimiento para realizar alguna prueba u operación y tan solo un 52% pensaba que se había respetado la confidencialidad de su hijo durante el ingreso. Solo un 8% (2 pacientes) creían que su hijo había sufrido un incidente durante su ingreso. En ambos casos los padres referían que el incidente se había resuelto con rapidez; solo uno de los padres consideraba que la información recibida sobre el incidente fue suficiente. En ambos casos los padres manifestaron que pudieron participar en la toma de decisiones respecto a cómo resolver el incidente y recibieron disculpas por parte del personal sanitario, pero ambos referían que el personal no les comunicó que se fueran a tomar medidas para evitar que volviera a suceder. Respecto a la sensación global de seguridad refirió sentirse bastante seguro el 64% y el 24% restante muy seguro. Aunque la sensación global de seguridad de los padres de los niños ingresados en nuestra unidad fue muy buena, es importante mejorar en aspectos como la participación de los mismos en la toma de decisiones respecto al tratamiento de sus hijos, así como mejorar la confidencialidad. El número de padres que sentían haber sufrido un incidente fue bajo sin embargo es importante destacar la sensación de falta de información respecto al incidente y las medidas para evitar la repetición del incidente sufrido

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 760

TÍTULO: CALIDAD ASISTENCIAL EN EL MANEJO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE: CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN TTO CON ALEMTUZUMAB

AUTORES: RUIZ BAYO, LIDIA.; PRIETO JIMENEZ, S.; TENA GARCIA, B.; NAVARRETE GOMEZ, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad autoinmune del Sistema Nervioso Central que cursa con trastornos motores y sensitivos tales como visuales, problema de equilibrio y coordinación, disfunción vesical o intestinal, disfunción cognitiva, espasticidad, fatiga, anomalías en el habla y dolor. Afecta a más de 2,1 millones de personas en el mundo y aproximadamente a 630.000 personas en Europa. En España, se estima que 45.000 personas sufren EM y cada año se diagnostican 2.300 nuevos casos.

Alemtuzumab es un nuevo tratamiento IV para la EM (un anticuerpo monoclonal humanizado) que llevamos un año administrando a pacientes en nuestra Unidad de Neurología.

- Realizar protocolo de actuación para el tratamiento con Alemtuzumab
- Evaluar y realizar un seguimiento de los efectos secundarios de la medicación
- Se han realizado reuniones multidisciplinares compuestas por 2 enfermeras y 2 neurólogos para la elaboración del protocolo de actuación coordinándonos con el resto de los servicios que intervienen en el tto de estos pacientes: Admisión y farmacia.
- Se ha realizado un estudio observacional del 100% de los pacientes ingresados para tratamiento (34 pacientes) durante un año (marzo 2015-marzo 2016) y se han analizado las RAI
- La realización del protocolo y su difusión mediante formación acreditada a todos los profesionales de la UCG ha favorecido la administración del tratamiento en condiciones óptimas.
- Del total de la muestra (34 pacientes) 28 eran mujeres y 14 hombres, con una edad media 39.4 (20-60) y con una evolución de la enfermedad de 12.8 años (3-30)

29 de los 34 pacientes han presentado algún tipo de RAI, todas de intensidad leve o moderada y todas resueltas tto sintomático: 19 cefaleas, 13 rash cutáneo, 6 urticaria, 1 ansiedad, 3 febrícula, 2 insomnio, 1 hipotensión, 1 hipertensión, 5 no RAIs

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 761

TÍTULO: ESCUCHAR A LOS PACIENTES PARA MEJORAR SU SEGURIDAD

AUTORES: DÍAZ REDONDO, ALICIA.; RAMIRO GONZÁLEZ, M.; CIMAS BALLESTEROS, M.; MIGUEZ SANTIYAN, A.; VIGIL ESCRIBANO, D.; LLORENTE PARRADO, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La participación del paciente y familiares en el proceso asistencial es esencial en la seguridad clínica, puesto que son los únicos presentes en la totalidad de dicho proceso. Sin embargo, ellos no siempre son conscientes del riesgo que supone la asistencia sanitaria ni de la relevancia de su papel. Es pertinente conocer la percepción de seguridad que tienen los pacientes durante sus ingresos hospitalarios.

Analizar la percepción de seguridad que tienen los pacientes durante su ingreso hospitalario, para establecer áreas de mejora.

Estudio descriptivo transversal, en el que se entrevistó telefónicamente a 335 pacientes, seleccionados aleatoriamente, entre aquellos dados de alta hospitalaria durante un mes, o sus familiares, si no pudieran responder por sí mismos. Se excluyeron pacientes dados de alta por fallecimiento. Para ello, se utilizó una encuesta (adaptada del "Cuestionario sobre la Percepción de Seguridad de la Atención Sanitaria en el Ámbito Hospitalario", validado para nuestro ámbito). La entrevista fue realizada por personal entrenado y con un guion para ello.

Se recogieron, entre otras variables: sexo, edad, información recibida sobre enfermedad y tratamiento, solicitud consentimiento informado antes de pruebas o intervenciones, participación en la toma de decisiones, percepción de haber sufrido algún incidente, sensación de seguridad global respecto a la atención sanitaria recibida.

La tasa de respuesta fue alta (68%). 63% recibieron suficiente información sobre su enfermedad y 67% sobre el tratamiento recibido. Se facilitó consentimiento informado antes de pruebas/intervenciones en el 80%. Menos del 40% referían que se hubiese tenido en cuenta su opinión respecto a los cuidados y tratamiento.

24% de los pacientes percibieron haber sufrido un incidente, para la mayoría el incidente se había resuelto con rapidez. Aunque la información recibida sobre éste y las medidas tomadas había sido escasa en casi todos los casos; si habían recibido disculpas por parte del personal sanitario. 88% se sintieron bastante o totalmente seguros con la asistencia sanitaria.

La alta tasa de respuesta muestra el interés de los pacientes en participar en la toma de decisiones de su proceso, al que debemos responder con una mejora en la información, tanto sobre su proceso, como a la hora de realizar una prueba o intervención.

A pesar de que una cuarta parte de los pacientes percibió haber sufrido algún incidente, casi todos indicaron sentirse bastante o totalmente seguros con la asistencia sanitaria recibida. Es reseñable que la información recibida sobre incidentes y las áreas de mejora implementadas tras el análisis de éstos fue claramente deficiente.

En general, debemos desarrollar intervenciones para potenciar la participación activa del paciente para disminuir la aparición de incidentes de seguridad, pues su visión de la asistencia enriquece mucho el conjunto del equipo, dado que es el único elemento presente durante todo su proceso de atención.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 762

TÍTULO: BUSCANDO LA EFICIENCIA EN EL SISTEMA SANITARIO: ADECUACIÓN DE INDICACIONES DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

AUTORES: ESTEBAN MORENO, MARIA ANGELES.; VILLALOBOS LOPEZ, PA.; CARVAJAL MARTINEZ, RO.; SERRANO CASTRO, PE.; GARCIA GALVEZ, JO.; LOPEZ CABRERA, DO.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Desde el ámbito asistencial debemos de establecer un objetivo compartido que implica a todos los profesionales que participan en el proceso diagnóstico y terapéutico de los pacientes: mejorar la adecuación de la práctica asistencial y clínica. La adecuación hace referencia al balance riesgo-beneficio de una determinada prestación (medicamentos, procedimientos diagnósticos o terapéuticos, cirugías, terapia física) y al valor clínico que esta pueda tener, en comparación con otras prestaciones disponibles. Una prestación inadecuada es aquella con un balance riesgo-beneficio negativo, dudoso y/o de poco valor clínico. Desde la unidad de neurofisiología del Complejo Hospitalario Torrecárdenas se objetivó la solicitud de un número elevado de exámenes neurofisiológicos y en muchos casos sin valor diagnóstico para el paciente, que ocasionaba una demora innecesaria en los inicios de tratamiento.

Con el objetivo de optimizar el abordaje clínico de los pacientes y la adecuación de los estudios neurofisiológicos solicitados desde las distintas Unidades de Gestión Clínica, en el primer semestre de 2015 se creó una Comisión de Adecuación de Indicaciones de Estudios de Neurofisiología, formada por responsables clínicos de la UGC de Neurología y Neurofisiología y la dirección asistencial del centro (subdirectora médico y directora de enfermería).

En ésta comisión se elaboró un DOCUMENTO ÚNICO DE SOLICITUD (optimizando la información clínica del paciente) y un PROTOCOLO DE INDICACIONES DE ESTUDIOS NEUROFISIOLÓGICOS, donde se recogieron todos las pruebas de la cartera de servicios especificando las patologías en las que estaba indicada la realización de cada una de ellas.

Tras la difusión de los nuevos documentos se estableció que todas las solicitudes deberían cumplimentarse en el nuevo formato y adecuarse al protocolo de indicaciones.

Posteriormente, pasamos a evaluar de forma periódica las solicitudes de pruebas de estudios de neurofisiología, estableciendo su prioridad y valorando su adecuación.

Evaluamos el impacto desde la puesta en marcha de las medidas anteriormente detalladas realizando un estudio comparativo pre- post intervención del número de pruebas solicitadas, número de pruebas no diagnósticas e impacto global en tiempo de demoras con los siguientes resultados:

- 1) Disminución del 33% en el número global de solicitudes, con un impacto mayor en las pruebas más complejas (electromiogramas y electroneuogramas).
- 2) Disminución del 24,88% de pruebas no diagnósticas.
- 3) Reducción del 87% del tiempo de demora en los estudios de neurofisiología.

Como conclusión establecemos que medidas de adecuación en todos los ámbitos de asistencia al paciente (medicamentos, procedimientos diagnósticos o terapéuticos, cirugías, terapia física) tienen un gran impacto en la seguridad, económico y en último término en la calidad asistencial. Por todo esto, debemos de evaluar de forma continua el riesgo/beneficio de nuestras decisiones.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 763

TÍTULO: EVOLUCIÓN DE LA GESTIÓN BASADA EN PROCESOS EN HOSPITAL PLATÓ

AUTORES: MORET FERRON, MARIA LUISA.; PUJOL BALCELLS, J.; PUJOL BORRAS, D.; BURGUES BURILLO, L.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El año 2003 el Hospital Plató empezó a implantar la Gestión basada en procesos .Este es un modelo para gestionar las organizaciones que fomenta la mejora eficiente y continuada de la satisfacción de sus clientes y profesionales así como de la calidad de sus procesos.

La alta participación de personal del hospital en los procesos (46 personas) ha llevado a dedicar muchas horas en las distintas reuniones de identificación de problemas , priorización y selección de proyectos y quick-wins, así como en las reuniones de los grupos de trabajo para realizar las acciones de mejora durante el año.

Los procesos asistenciales trabajaban por separado con lo cual se duplicaban proyectos que afectaban a varios procesos a la vez con la consecuente disminución de la eficiencia.

Hemos evolucionado a trabajar los procesos asistenciales desde la globalidad, ya que todos los procesos están interconectados..

Los equipos están formados por un responsable y un experto por proceso asistencial, entre los procesos clave y de soporte participan 11 personas.

Hemos creado una 'Comisión de procesos' con reuniones de forma periódica donde se realiza el seguimiento de las acciones a trabajar durante el año, estas se presentan a dirección asistencial que les da carácter ejecutivo.

Hemos revisado el funcionamiento de los procesos mediante el análisis de los subprocesos que los formaban para poder unificar responsabilidades y la forma de trabajar. A partir de este análisis se ha creado la Comisión de procesos que los integra.

Los proyectos que se llevan a cabo están alineados con la línea estratégica del Hospital i se incluyen el los PAO.

Hemos aumentado la eficiencia en la gestión de los procesos manteniendo la eficacia.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 764

TÍTULO: EVOLUCIÓN EN EL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE CALIDAD RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES: CENTENO-ASTUDILLO, JUSTO.; CARRAL-SUTIL, C.; PALOP-RIO, A.; RODRIGUEZ-BENAVENTE, A.; GONZALEZ-GAGGERO PRIETO-CARREÑO, L.; NOGUERAS-RUIZ, S.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El primer Manual de Estándares para la certificación de Unidades de Gestión Clínica se elaboró en el año 2003. En 2010 se publicó una nueva versión que impulsaba la valoración de los aspectos relacionados con la seguridad del paciente, en la línea de la Estrategia para la Seguridad del Paciente promovida por la Consejería de Salud.

Los estándares obligatorios relacionados con la seguridad del paciente, permiten identificar los puntos críticos y promueven líneas de actuación que contribuyen a convertir la seguridad en un valor presente en cada práctica asistencial, y para cada paciente, así como garantizar un entorno seguro y confortable en los centros.

Analizar el trabajo de las unidades para abordar los aspectos relacionados con la seguridad del paciente contemplados en el Manual de Estándares de Unidades de Gestión Clínica.

El manual tiene un total de 109 estándares (39 obligatorios). Los estándares obligatorios se han de cumplir para obtener algún nivel de certificación. El informe de evaluación refleja los motivos de no cumplimiento para permitir su abordaje por la Unidad. Se ha estudiado el cumplimiento en evaluación inicial de 12 estándares obligatorios relacionados con la seguridad del paciente, incluidos en las áreas temáticas: consentimiento informado, información clínica, procesos asistenciales, equipamiento, medicación, riesgos asistenciales y laborales, identificación segura, notificación de riesgos y resultados.

El periodo estudiado comprende desde 2011 a 2015 e incluye un total de 403 proyectos (220 de atención primaria y 183 de atención hospitalaria).

Se ha observado un aumento global del cumplimiento en los estándares obligatorios relacionados con seguridad del paciente, alcanzando en 2015 un cumplimiento global de más de un 75% frente al 63% que se obtuvo en 2011.

Los estándares con mayor incremento en el nivel de cumplimiento son el referido a la implantación de los procesos asistenciales integrados (54.30%) seguido del que valora la implantación de un plan de prevención de riesgos laborales (33.80%). Ha descendido en el nivel de cumplimiento el relativo a la identificación segura de las personas (-13.30%) seguido del que evalúa la identificación de los riesgos para la seguridad del paciente (-11.30%).

El proceso de certificación favorece e impulsa procesos de mejora y de autoevaluación continua en el tiempo, reflejado en este mayor cumplimiento global de los estándares obligatorios. La experiencia de unas unidades de gestión clínica es transmitida a otras de su área, hospital o distrito permitiendo alcanzar mejores resultados respecto a las primeras evaluaciones con la versión actual del manual.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 765

TÍTULO: SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: ¿POR QUÉ NO UN GRUPO FOCAL?

AUTORES: FIDALGO HERMIDA, BEATRIZ.; PASTOR MARTINEZ, A.; TEBAR BETEGON, MA.; RIVERA VILLAVERDE, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La estigmatización y los problemas de comunicación del paciente con enfermedad mental grave le hacen especialmente vulnerable a no ser escuchado de ahí que sea necesario utilizar herramientas que permitan conocer la percepción que tiene el paciente con Trastorno mental grave sobre la calidad del servicio que le prestamos.

Con el grupo focal a pacientes se pretende implementar una técnica de evaluación cualitativa en el ámbito de la calidad percibida, complementaria a las encuestas de satisfacción, para conseguir una aproximación más fiable a las necesidades y expectativas de los pacientes que están ingresados en una Unidad de hospitalización de Tratamiento y Rehabilitación.

Se realizará un grupo focal a pacientes de una Unidad de hospitalización de Tratamiento y Rehabilitación. Fase I: Planificación del grupo focal: Elección de lugar, día y hora de realización del grupo focal, Elección del grupo de profesionales que participaran, tanto al moderador como a los observadores, procurando que no pertenezcan a la misma unidad y creación del grupo de pacientes que participan de forma voluntaria en el grupo focal. Fase II: Preparación del grupo focal: Elaboración de la documentación necesaria (autorizaciones de los pacientes que permitan grabar el grupo focal, elaboración de preguntas estímulo estudiadas con anterioridad que deberá seguir el moderador, elaboración de escarapelas con el nombre de los pacientes para que sean identificados durante el grupo focal, establecimiento de tiempo de duración, etc. Fase III: Realización del Grupo Focal: El moderador comienza comprobando con un check list que se cumple todo lo necesario para comenzar el grupo focal: documentación, autorizaciones, escarapelas, observadores, acondicionamiento de la sala, etc. Posteriormente el moderador explica brevemente el objetivo del grupo focal mientras los pacientes exponen sus expectativas y opiniones con respecto a las preguntas estímulo. Fase IV: Realización del informe: Se elabora un informe en el que consta todo lo tratado en el grupo focal junto las áreas de mejora aportadas tanto por el moderador como por los observadores y la acciones de mejora pactadas con la dirección. Fase V: Difusión y seguimiento de las acciones de mejora. Serán supervisadas por el Comité de Calidad Percibida y la Dirección, a través de cuadros de mandos que se difunden semestralmente en la intranet.

Participaron 9 pacientes (23% de los pacientes ingresados) y 5 profesionales. Se elaboró y difundió un informe en el que constaban 14 acciones de mejora con indicadores y responsables de implantación.

Se ha Integrado la voz del paciente con TMG en la mejora de la calidad del servicio que prestamos y se ha mejorado la comunicación entre el paciente con TMG y los profesionales lo que aumenta la implicación de los profesionales, considerando el grupo focal como una técnica cualitativa de medición de la satisfacción adecuada para conocer las expectativas y necesidades de los pacientes con TMG.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 766

TÍTULO: ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

AUTORES: CASTRO RUIZ, MARIA JOSE.; GIMBERT DEL RIO, MA.; MILLAN CASADO, MA.; DOMINGUEZ SANCHEZ, MA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El análisis de causa raíz es, un una herramienta fundamental para poder mejorar el sistema de seguridad del paciente y reducir la incidencia de eventos adversos. Cuando, después de aplicar toda una serie de medidas derivadas de un plan de seguridad, se detecta un evento adverso, lo lógico es analizarlo e investigarlo para conocer qué ha ocurrido y establecer los mecanismos necesarios para que este evento no vuelva a ocurrir en el futuro.

Analizar los eventos adversos acontecidos en un hospital de tercer nivel, relacionados con la identificación del paciente. Establecer propuesta de mejora para que los eventos no se vuelvan a producir en el futuro.

Se procedió a analizar los eventos notificados por los profesionales del Centro entre el año 2009 y 2014 utilizando los registros de notificaciones de eventos adversos del Hospital y llevando a cabo un análisis de aquellos que estaban relacionados con la identificación de pacientes mediante el método "Causa-Raíz" y la herramienta "Diagrama de Ishikawa". La primera base de datos arrojó un total de 1519 notificaciones. Se normalizó la base de datos original estableciendo una clasificación en grupos, subgrupos y tipos de incidentes. Se establecieron los siguientes grupos de incidentes. Encontramos varias causas relacionadas con los incidentes de seguridad del paciente: Datos erróneos, etiqueta errónea, falta documentación, falta identificación, mezcla / intercambio de documentos. Estos incidentes también se han tenido en cuenta en el estudio.

En número de incidentes relacionados con la identificación del paciente, teniendo en cuenta sus causas, además de su origen es de 362. Los resultados finales obtenidos son los siguientes:

Los incidentes de identificación representan el 23,83%

Para el estudio no hemos seguido las causas detectadas en el análisis inicial registrado en la base de datos utilizada, sino que hemos seguido el modelo socio técnico para el estudio de las Tecnologías de la Información Sanitarias partimos de las causas iniciales planteadas en el modelo: Hardware y Software, Contenido clínico, interfaces hombre-máquina, personas, flujos de trabajo y comunicación, políticas, procedimientos, cultura y organización interna, regulación legal y presiones externas, medida y monitorización de sistemas.

Como se puede observar, todas las causas detectadas inicialmente pueden tener su origen en las personas (profesionales), problemas en el diseño o el seguimiento de las políticas, procedimientos, cultura y organización interna, y problemas con el hardware y el software.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 767

TÍTULO: IMPORTANCIA DE LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN LA UNIDAD DE ICTUS

AUTORES: PRIETO JIMENEZ, SONIA.; RUIZ BAYO, L.; TENA GARCIA, B.; NAVARRETE GOMEZ, C.; RAMIREZ LOPEZ, E.; ASENCIO PEREZ, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las EGC forman parte del equipo multidisciplinar en nuestra Unidad de Ictus. El ictus supone la primera causa de discapacidad en el adulto, sus secuelas no solo afectan a la persona que lo ha sufrido, sino que también compete a los familiares cercanos, pues son estos quienes deben hacerse cargo de sus cuidados. Al alta hospitalaria, dichos cuidados son administrados en su mayoría por los cuidadores/as familiares.

Describir las intervenciones llevadas a cabo por la Enfermera Gestora de Casos en la UGC de Neurología

Evaluar la efectividad de dichas intervenciones facilitando la labor de la persona cuidadora familiar.

Estudio retrospectivo observacional. Recogida de datos mediante hoja de registro elaborada ad hoc en la UGC. Análisis cuantitativo de los datos obtenidos durante el segundo semestre del año 2015 sobre pacientes derivados a la Enfermera Gestora de Casos.

Resultados:

En el segundo semestre del año 2015 han sido ingresados en la Unidad de Ictus un total de 195 pacientes. De estos, el 15.2 % presentó ictus hemorrágicos y el 84.8%, ictus isquémicos. La distribución por sexos fue del 64.41 % en hombres y el 35.58 % en mujeres.

La estancia media en la unidad es de 2-3 días durante los cuales los pacientes están en monitorización continua.

El 28% de pacientes fueron alta directa a domicilio sin necesidad de pasar por hospitalización, sin secuelas o secuelas mínimas.

Del 72% de pacientes que se trasladaron a hospitalización el 44% fueron atendidos por la enfermera gestora de casos siendo derivados en un 30% por el neurólogo, 34% Fisioterapeuta, 36% por enfermería.

Los diagnósticos enfermeros más prevalentes referidos a los pacientes son:

00008: Déficit de autocuidados

00085: Deterioro de la movilidad física

00039: Riesgo de aspiración

00155: Riesgo de caídas

00047: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

Diagnósticos más prevalentes de la persona cuidadora familiar:

00075: Disposición para mejorar el afrontamiento familiar.

00161: Disposición para mejorar los conocimientos.

Las intervenciones más frecuentes (pacientes/personas cuidadoras):

7040: Apoyo al cuidador principal

5510: Educación sanitaria

1100: Manejo de la nutrición

6490: Prevención de caídas

3540: Prevención UPP

5602: Enseñanza: proceso de enfermedad

Intervenciones y gestiones de coordinación:

8100: Derivación

7960: Intercambio de información de cuidados

01: Gestión de material ortoprotésico

07: Contacto con EGC de Atención Primaria para la gestión de casos

La EGC se ha convertido en un profesional de referencia, tanto para aquellas personas que están al cuidado de un familiar con Ictus, aportando apoyo específico e individualizado a la propia persona cuidadora, como sirviendo de apoyo al resto de los profesionales del equipo multidisciplinar de la UGC de Neurociencias de nuestro hospital, constituyendo una pieza fundamental dentro del equipo facilitando la transferencia del paciente al domicilio y su continuidad de cuidados en A. Primaria .

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 769

TÍTULO: MONITORIZACIÓN DE RIESGOS SANITARIOS TRAS UN AÑO CERTIFICADOS EN LA NORMA UNE 179003:2013

AUTORES: FIDALGO HERMIDA, BEATRIZ.; CARRASCOSA BERNALDEZ, JM.; BURGOS ORTEGA, L.; RIVERA VILLAVERDE, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Nuestra organización se apoya en normas de calidad como guía para la mejora de su gestión. En el 2015 obtuvimos la certificación por una entidad externa del sistema de gestión de riesgos sanitarios en Seguridad del paciente conforme a La Norma UNE 179003:2013, que permita a la organización conocer y controlar sus riesgos y así ofrecer una asistencia sanitaria más segura. Como criterios importantes a cumplir por la norma es el tratamiento y seguimiento de los riesgos, de ahí la necesidad de realizar una monitorización de los riesgos identificados.

Creación de un cuadro de mandos en el que se monitoricen los riesgos identificados en la organización y se realice el seguimiento de las acciones tomadas ante las desviaciones de los indicadores.

Fase I: Elaboración de cuadro de mandos (CM): Realización de un CM en el que se reflejen como ítems: "Riesgo identificado", "Clasificación del riesgo", "El ámbito: hospitalización o ambulatorio", "Indicador: la formula necesaria para medir el riesgo", "Responsable de medición del indicador", "Observaciones: Apartado para cualquier comentario y definición de donde se obtienen los datos", "Resultados anuales" y en caso de que se detecte alguna desviación durante la evaluación de los resultados de los indicadores, quede registrado "Causa de la desviación, acción de mejora a tomar, seguimiento de la acción de mejora, responsable y cierre de la acción de mejora". Este CM es aprobado por la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios. Fase II: Seguimiento de los riesgos: En las reuniones de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios con periodicidad mínima semestral se realiza el seguimiento de los riesgos y las acciones de mejora tomadas, que queda registrado en el CM y en las actas. También realiza el seguimiento la Dirección a través de las Revisiones del Sistema por la Dirección. Fase III: Difusión de resultados. La información es difundida a todos los profesionales a través del correo electrónico y la Intranet.

Disponemos de un CM en Excel en el que se registran 13 ítems, transcurrido un año desde la implantación y certificación de un sistema de gestión de riesgos sanitarios conforme a la norma UNE 179003:2013 se ha comenzado con la medición y monitorización de 5 riesgos disgregados en 8 clasificaciones y según el ámbito de hospitalización y ambulatorio. Se ha producido la desviación de uno de los riesgos implantando 9 acciones de mejora, reduciendo su desviación.

Ajustarnos a los requerimientos de la norma es arduo por lo que con la creación de un CM disponemos de un "sitio" para el registro de resultados de indicadores y seguimiento de acciones de mejora implantadas ante posibles desviaciones de los riesgos facilitando así la monitorización de los riesgos, y permitiendo la gestión, medición y control de los riesgos de nuestra organización de forma proactiva.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 770

TÍTULO: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON SORAFENIB EN PACIENTES CON CARCINOMA HEPATOCELULAR

AUTORES: DOMÍNGUEZ LÓPEZ, MARÍA.; HUERTAS FERNÁNDEZ, MJ.; DOMÍNGUEZ CANTERO, M.; SUÁREZ CARRASCOSA, FJ.; BLANCO SÁNCHEZ, G.; SALGUERO OLID, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El carcinoma hepatocelular (CHC) es una enfermedad que genera una elevada mortalidad. Aunque su diagnóstico y manejo terapéutico han evolucionado significativamente en los últimos años, la supervivencia global de los pacientes sigue siendo todavía limitada. Actualmente, sorafenib tiene la indicación por la FDA, la AEMPS y la EMEA en pacientes adultos con CHC.

Evaluar la efectividad y seguridad de sorafenib en pacientes con CHC en un hospital de referencia.

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron a los pacientes diagnosticados de CHC que recibieron al menos una dosis con sorafenib entre mayo de 2015-mayo 2016. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, etiología, Child-Pugh, tratamientos previos, datos analíticos previos al inicio con sorafenib, fecha de inicio y fin de dicho tratamiento, reducción de dosis, duración del tratamiento y motivo de suspensión del mismo. La seguridad se evaluó mediante el perfil de efectos adversos recogidos en la historia clínica del paciente durante el tratamiento. Los resultados del estudio fueron comparados con los del ensayo pivotal.

Se incluyeron a 7 pacientes (1 mujer y 6 hombres), con una mediana de edad de 61 años (48-78). Al inicio del tratamiento, el 85,7% (6/7) de los pacientes tenía una adecuada función renal y hemograma normal, el 42,8% (3/7) presentaba transaminasas alteradas y el 57% (4/7) hiperbilirrubinemia. El 57% (4/7) de los pacientes presentaba un Child-Pugh A, el 28,5% (2/7) tipo B y sólo un paciente presentaba tipo C. El 28,5% (2/7) había recibido quimioembolización como tratamiento previo.

En cuanto al posible agente etiológico del CHC, el 57% (4/7) de los pacientes estaban infectados por el virus de la hepatitis C y el 42,8% (3/7) tenían antecedentes de alcoholismo.

La mediana de duración del tratamiento fue de 3 meses (1-12). Un 85,7% (6/7) suspendió el tratamiento con sorafenib: 28,5% (2/7) de los pacientes por éxitus; 14% (1/7) por progresión de la enfermedad y el resto (57%, 4/7) por toxicidad relacionada con el medicamento, sin mejoría tras reducción de dosis previa. Las reacciones adversas que motivaron la suspensión del tratamiento fueron principalmente diarreas (42,8%, 3/7), hipertensión portal (28,5%, 2/7), anemia (14,28%, 1/7), síndrome mano-pie (42,8%, 3/7) e ictericia obstructiva (28,5%, 2/7). Actualmente sigue en tratamiento con sorafenib un paciente, con buena tolerabilidad al mismo.

La mediana de duración de tratamiento con sorafenib fue algo inferior a la del ensayo pivotal (3 meses (1-12) vs 5,3 meses (0,2-16,1)). Sin embargo el porcentaje de pacientes que suspendió el tratamiento en nuestro caso fue mayor, principalmente por toxicidad asociada al mismo (85,7% vs 76,1%).

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 771

TÍTULO: DISEÑO DE UNA HERRAMIENTA EN LA HISTORIA CLÍNICA PARA DIFUSIÓN SELECTIVA DEL CONOCIMIENTO SOBRE TECNOLOGÍAS SANITARIAS

AUTORES: CASTRO CAMPOS, JOSÉ LUIS.; GARCÍA HERNÁNDEZ, R.; MOLINA LOPEZ, MT.; BENOT LÓPEZ, S.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En un sistema sanitario de calidad, la toma de decisiones debe estar basada en las mejores evidencias científicas disponibles. Para facilitar el acceso a éstas evidencias son necesarias e indispensables mejorar las estrategias de difusión, las estructuras de soporte y recursos empleados.

Diseñar, implantar y evaluar una herramienta que facilite y potencie la difusión del conocimiento sobre tecnologías sanitarias (dispositivos y procedimientos médicos, diagnósticos y medicamentos) a los profesionales sanitarios.

FASES:

1. Creación del equipo multidisciplinar. 2. Diseño y definición de la herramienta informática. 3. Definición y desarrollo de la estrategia de implantación y monitorización. 4. Evaluación.

Fase 1. Se creó un equipo multidisciplinar de expertos constituidos por profesionales relacionados con la evaluación de tecnologías sanitarias, gestión del conocimiento, informáticos y profesionales sanitarios (médicos y enfermeros de ambos niveles asistenciales) con el objetivo de definir las características de la herramienta informática.

Fase 2. Se definió y diseñó la herramienta con las siguientes características:

Accesibilidad.

Especificidad: Adaptación automática al área del conocimiento del profesional. La herramienta gestionaría la información ajustándose al área de conocimiento que posee el profesional que accede a dicha herramienta.

Formato de la información: Repositorio de resúmenes de evaluación de tecnología sanitarias, nuevas y emergentes y re-evaluaciones, con posibilidad de acceso a la documentación completa. Posibilidad de incorporar resúmenes de publicaciones científicas de alto impacto.

Comunicación bidireccional: Posibilidad de envío de consultas sobre tecnologías sanitarias a las Comisiones específicas.

Enlace a agencias de evaluación de tecnologías sanitarias.

Fase 3. Basada en una sesión formativa de 30 minutos de duración dirigida a los potenciales usuarios de la herramienta: médicos, enfermeros, trabajadores sociales, etc. Tiempo de monitorización: tres meses.

Fase 4. Evaluación mediante cuestionario específico dirigido a los profesionales sanitarios usuarios, que incluya posibles mejoras.

Se ha diseñado una herramienta disponible en la estación clínica de trabajo y en la historia clínica del paciente que cumple los criterios prefijados y permite la difusión selectiva y automática de la información. Se ha implantado a modo de pilotaje, en varios centros de una provincia sanitaria. Las áreas de conocimiento implicadas en el pilotaje hasta el momento son Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Obstetricia y Ginecología, Neumología y Medicina Familiar y Comunitaria. Los resultados de la evaluación estarán disponibles en septiembre de 2016.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 772

TÍTULO: MEJORA DE LA GESTIÓN DEL ALTA EN UN HOSPITAL TERCIARIO COMO HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

AUTORES: DÍAZ REDONDO, ALICIA.; TORIBIO VICENTE, MJ.; RAMIRO GONZÁLEZ, M.; TOLEDO BARTOLOMÉ, D.; IZQUIERDO DEL MONTE, G.; LLORENTE PARRADO, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La gestión del alta tras un ingreso hospitalario, supone trasladar de forma efectiva, información al paciente respecto a sus cuidados y también facilitar la continuidad de la atención tanto por el propio hospital como por Atención Primaria, todo ello con el mínimo de incomodidad para el propio paciente y sus allegados.

Evaluar el impacto de un programa de sensibilización de los profesionales en la mejora del proceso de alta tras el ingreso hospitalario en un hospital de tercer nivel.

Estudio analítico antes después respecto a una intervención de sensibilización de los profesionales en la mejora de la gestión del alta hospitalaria. Periodo 2014-2015. La información de ambos estudios se obtuvo mediante una encuesta de diseño propio por entrevista telefónica 2- 4 meses después del alta. Se seleccionaron los pacientes por muestreo aleatorio estratificado por área de alta, proporcional al peso del área en el conjunto del hospital, a partir de la base de datos del CMBD. Las entrevistas fueron realizadas por médicos residentes del Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad entrenados para ello. Se evaluó la entrega de informe médico, de enfermería, recetas de medicamentos nuevos y gestión del transporte sanitario y la citación para revisión o pruebas diagnósticas pendientes.

La participación fue similar en ambos periodos 67%. En 2015 hubo una inferior representación de mujeres en la muestra seleccionada (57,1% frente a 48,5%). No hubo diferencias significativas respecto a la edad de los encuestados (53 años frente 50 años).

La entrega de recetas, si eran necesarias, aumentó algo más de 6 puntos porcentuales en el segundo estudio.

La entrega del informe de enfermería(IE) aumentó el 18% en algunas áreas, aunque el porcentaje de pacientes que lo recibieron es claramente inferior al informe médico(IM) en ambos estudios, mientras el IM supera el 95 % el IE se refiere solo en el 65%.

La entrega de citas para revisión ha aumentado en casi todas las áreas hospitalarias en al menos un 10%.

Un bajo porcentaje de pacientes (5,1% en el primer estudio y 4,5% en el segundo) refirió haber necesitado ser trasladado en ambulancia para acudir a alguna de estas citas.

En general, las medidas implementadas tras el primer estudio, han producido una mejora en todos los parámetros evaluados, aunque algunas comparaciones no alcancen la significación estadística.

La entrega del informe de alta de Enfermería es una iniciativa reciente respecto a la ya consolidada de informe médico, y debe reforzarse su implantación tanto en su elaboración por parte de los profesionales, como en trasladar al paciente su utilidad ya que en algunos casos podrían no identificarlo. La prescripción de la medicación necesaria, aunque ha mejorado debe seguir consolidándose como una práctica imprescindible para garantizar la adherencia terapéutica.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 773

TÍTULO: CRITERIOS DE CALIDAD Y BUENAS PRÁCTICAS EN ORGANIZACIONES PÚBLICAS DEDICADAS A LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS

AUTORES: NAVARRO PALENZUELA, CARMEN.; MÁRQUEZ PELÁEZ, S.; MOLINA LÓPEZ, T.; CASTRO CAMPOS, J.; CASTELLANO ZURERA, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) por parte de los organismos encargados de la misma requiere planificación, organización, coordinación, rigor, independencia y transparencia. La mejora continua de la calidad es un compromiso de estos organismos y para ello se hace necesario disponer de criterios de calidad explícitos y descripción de buenas prácticas.

Definir y establecer criterios de calidad y buenas prácticas en ETS en organismos públicos con competencias específicas en esta materia, y diseñar una herramienta para la autoevaluación.

Revisión sistemática de literatura que permita sintetizar la evidencia científica disponible sobre los estándares de calidad y de buenas prácticas de organismos nacionales e internacionales dedicados a la evaluación de tecnologías sanitarias. Se han utilizado estrategias de búsqueda adaptadas a las bases de datos referenciales MEDLINE (Ovid) y EMBASE (Evidence Based Medicine) utilizando términos MeSH y Emtree hasta marzo de 2016. Se completó la estrategia de búsqueda con búsquedas en páginas web de instituciones de ETS. Contando con el asesoramiento de un organismo específico de gestión de calidad en instituciones sanitarias, se agruparon los criterios en bloques, para posterior discusión, validación y selección definitiva por un grupo de profesionales de los organismos de ETS en grupo nominal. En una última fase se definirán buenas prácticas ligadas a cada criterio.

La estrategia de búsqueda permitió recuperar 800 referencias. Una vez eliminadas las duplicidades,, resultaron 716 referencias para lectura de título y resumen. Tras aplicar los criterios de inclusión un total de 36 referencias fueron seleccionadas para lectura a texto completo. Finalmente, se seleccionaron para inclusión en este informe 4 referencias. Se completó con la búsqueda manual que permitió localizar dos documentos adicionales que cumplieron nuestros criterios de inclusión y fueron seleccionados. La información localizada permitió definir un total de 64 estándares que se agruparon en 12 criterios, los que a su vez se estructuraron en 4 bloques: responsabilidad, clientes-grupos de interés, procesos de producción y recursos. Para cada uno de los estándares se definieron los elementos evaluables que permiten realizar una autoevaluación de cada institución.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 774

TÍTULO: ESTRATEGIAS DE GESTION EN SEGURIDAD EN LA UCG DE NEUROLOGÍA Y NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA

AUTORES: RUIZ BAYO, LIDIA.; PRIETO JIMENEZ, S.; LOPEZ MARCOS, MJ.; NAVARRETE GOMEZ, C.; ALBALA GUTIERREZ, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La estrategia en seguridad del paciente tiene como objetivo promover y mejorar la cultura de la seguridad en las organizaciones sanitarias; incorporar la gestión del riesgo sanitario; formar a los profesionales y a los pacientes en aspectos básicos de seguridad del paciente; implementar prácticas seguras e implicar a pacientes y ciudadanos.

Seguindo la línea estratégica la Unidad ha analizado las notificaciones realizadas en el año 2015- 2016

Conocer las notificaciones realizadas por el personal de la UGC

Efectuar una gestión adecuada del riesgo.

Desarrollar líneas de mejoras en seguridad en la Unidad.

Material: Intranet (sistema de notificación)

Método: Creación de un grupo de trabajo formado por 3 miembros de la UCG, que recibe el feedback de la Unidad de Calidad del Hospital de todas las notificaciones realizadas durante el año 2015 y primer semestre del 2016 por miembros de la Unidad. Se realiza una evaluación de las mismas y se establecen áreas de mejora.

Tras el análisis de las notificaciones se obtienen los siguientes resultados:

Se han realizado un total de 21 notificaciones.

33.3% Relacionadas con medicación : incorrecta reposición del omnicell (5), no suministro de medicación (1), Circuito de suministro de Alemtuzumab (1)

77.7% No relacionada con medicación: Limpieza (3), Visitas (2), Gestión de ingresos (2), Rasurado quirúrgico (2), Dietética (2), Materiales (1), SSGG (2)

La mejora en la gestión en la seguridad en la actividad asistencial, haciendo participe a los propios profesionales garantiza mayor éxito en la consecución de resultados e implicación en la propuesta de líneas de mejora.

Gracias a los resultados se establecen las siguientes líneas de mejora:

Creación de protocolo de Alemtuzumab, Protocolo de revisión de caducidades del Kamban, Revisión de caducidades de Omnicell. Adquisición de sujeciones para pacientes para la Unidad, insonorización de sala estudio sueño, actualización del protocolo de rasurado, Plan de visitas responsable

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 775

TÍTULO: ADECUACIÓN DE LA TASA DE DERIVACIÓN DE INTERCONSULTAS DESDE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: VÁZQUEZ ALARCÓN, RUBÉN LUCIANO; PÉREZ GÓMEZ, S.; GARCÍA PLAZA, NE.; GARCÍA LÓPEZ, MF.; GÓMEZ BONILLO, L.; GARCÍA MASEGOSA, JF.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La derivación de interconsultas es un procedimiento que implica a tres partes fundamentales: el médico de cabecera, el paciente y el especialista hospitalario. Desde el lado profesional, médicos de cabecera y especialistas deben consensuar mecanismos de derivación para mejorar la coordinación entre ambos, reducir la variabilidad en las tasa de derivación y garantizar la calidad de la atención prestada al usuario del sistema público sanitario. La función de filtro la realiza el médico de atención primaria quien pretende adecuar la intensidad de la atención a la gravedad y la rareza de la enfermedad, disminuyendo así el volumen de derivaciones al segundo nivel hospitalario, mediante la implementación de diferentes recursos en atención primaria.

Adecuar la tasa de derivaciones de interconsultas entre atención primaria y especializada hospitalaria mediante la implementación de diferentes herramientas en un centro de salud.

Diseño: Estudio observacional descriptivo

Población: Centro de salud de atención primaria.

Intervenciones:

- Puesta en marcha en cirugía menor con crioterapia, bisturí eléctrico, y cirugía menor ambulatoria.
- Realización de espirometrías con profesionales adecuadamente formados y realización de sesiones formativas del proceso de EPOC
- Formación de profesionales para la colocación del implante subcutáneo anticonceptivo en el centro de salud, así como el aumento en el número de profesionales que realizan citologías en el centro de salud (para disminuir tiempo de espera en la realización de las mismas).
- Realización de la solicitud de gastroscopias, y prueba del carbono 13 desde atención primaria.
- Formación de los profesionales sanitarios en retinografías y algoritmo de derivación de diferentes patologías.
- Realización de RNM craneal mediante algoritmo en función de diferentes patologías.

Comparación de la tasa anual

Se ha objetivado un descenso en la tasa de interconsultas de aquellas especialidades donde se han implementado los recursos y técnicas diagnóstico-terapéuticas al paciente desde la atención primaria.

Tasa de derivaciones en Aparato digestivo: 1.22 (2015), 1.15 (2016). Dermatología: 0.95 (2015), 0.91 (2016). Ginecología: 1.38 (2015), 1.33 (2016). Medicina Interna: 1,26 (2015), 1.25 (2016). Neumología: 1.01 (2015), 0.94 (2016). Oftalmología: 0.87 (2015), 0.86 (2016).

Conclusiones: la puesta en marcha de diferentes herramientas en atención primaria, y la formación adecuada de los profesionales sanitarios que la componen, pueden ser la causa de la disminución de la tasa de derivaciones de interconsultas hacia el segundo nivel de atención especializada. Con ello disminuimos la carga asistencial de consultas en el segundo escalón asistencial, se disminuye el tiempo de espera de los usuarios del sistema público mejorando con ello la satisfacción de los mismos, y realizamos una adecuada gestión clínica.

Habría que realizar un estudio mayor para poder determinar la eficacia de las medidas realizadas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 776

TÍTULO: É-SAÚDE: “EJERCICIO FÍSICO A LA CARTA”

AUTORES: GARCÍA TENORIO, PAULA.; FARJAS ABADÍA, P.; PAIS INGLESÍAS, B.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La plataforma É-Saúde surge con el objetivo de dar respuesta a la tendencia de las organizaciones sanitarias de incorporar definitivamente al paciente como sujeto activo y eje vertebrador del sistema de salud. Proporciona servicios interactivos y personalizados en un entorno gestionado por nuestro sistema público de salud, accesible desde cualquier dispositivo conectado a internet y con las máximas garantías de seguridad y de confidencialidad.

Frente a la ambigüedad generalizada en la prescripción de ejercicio físico, É Saúde ofrece recomendaciones individualizadas para pacientes crónicos y en situaciones especiales, en un punto de encuentro virtual entre la ciudadanía, los profesionales y el sistema sanitario de nuestra comunidad.

Capacitar y enseñar autocuidados en relación con las patologías crónicas de mayor prevalencia y situaciones especiales a través de la práctica de ejercicio físico orientado a la salud, para que el paciente, la familia y/o cuidadores se puedan corresponsabilizar con su proceso salud-enfermedad.

al menos un 60% de la población mundial no realiza la actividad física necesaria para obtener beneficios para la salud y el sedentarismo es ya el cuarto factor de riesgo de la mortalidad global. É-Saúde ha publicado fichas y herramientas audiovisuales sobre recomendaciones de ejercicio físico. No pretenden sustituir el consejo de un profesional de la salud, sino facilitar la comprensión de sus recomendaciones para una toma de decisiones compartida. Los contenidos tienen fines educativos y están avalados por un Comité Técnico compuesto por médicos, enfermeros, farmacéuticos, profesionales de documentación sanitaria y especialistas en prescripción de ejercicio físico para la salud.

Para facilitar el control individualizado de la intensidad del esfuerzo, se han creado calculadoras que permiten una estimación fiable a través de la frecuencia cardíaca de reserva o de la percepción subjetiva del esfuerzo.

En É-Saúde, en la Escuela de Salud para Ciudadanos de nuestra comunidad o en las Redes Sociales (Facebook, Twitter, Google+, YouTube) están disponibles:

-31 fichas sobre recomendaciones de ejercicio físico asociadas a: diabetes, EPOC, hipertensión arterial, esclerosis múltiple, osteoporosis, fibromialgia, linfedema, suelo pélvico, embarazo, personas mayores y descansos activos.

-18 videos sobre: hipertensión arterial, prevención del dolor lumbar, estiramientos, condición física, ejercicio en bicicleta estática, elíptica, calentamiento, estabilidad central, abdominales, carrera aeróbica, bioparque, senderismo, linfedema y suelo pélvico.

- 4 calculadoras de intensidad del ejercicio físico.

Desde la plataforma é-Saúde, incorporamos definitivamente al paciente como sujeto activo. Los pacientes activos, con altos niveles de alfabetización, son claves para la sostenibilidad del sistema optimizando así el uso del Sistema desde todos los puntos de vista: para los profesionales, para la administración y sobre todo, para el propio paciente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 777

TÍTULO: PLAN DE FORMACIÓN INTEGRAL EN CUIDADOS PALIATIVOS PARA LOS PROFESIONALES DEL SSPA. EXPERIENCIA EN 1 AÑO DE IMPLANTACION

AUTORES: RUIZ GARCIA, ROCÍO.; DE LA BANDERA BERLANGA, R.; GONZALEZ BUSTOS, V.; FERNÁNDEZ LÓPEZ, A.; CIA RAMOS, R.; MARTÍNEZ-CAÑAVATE LÓPEZ-MONTES, T.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El progresivo envejecimiento de la población y la necesidad de atención de los pacientes en situación avanzada y terminal ha sido analizada desde el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos de Andalucía, identificando una oportunidad de mejora en una propuesta de Formación Integral, orientada a la adquisición y mantenimiento de competencias generales o específicas de todos los profesionales sanitarios que atienden a pacientes al final de la vida en el SSPA. La atención a los pacientes en situación terminal presenta en un porcentaje elevado de situaciones que exige profesionales competentes y capaces en los diferentes niveles asistenciales, con una formación específica. Es requisito necesario tener competencias específicas en cuidados paliativos para dar respuesta adecuada a los recursos generales, de asesoramiento o de intervención directa en situaciones de alta complejidad.

Extender la formación en cuidados paliativos entre los profesionales del SSPA de forma amplia y a la vez eficiente.

Profundizar en conocimientos específicos de profesionales ya vinculadas a unidades avanzadas o específicas de cuidados paliativos para mejorar su competencia.

El programa de formación se realizó a través de la Línea IAVANTE mediante un conjunto de acciones formativas con metodología virtual, abierta y masiva. Esto permitió que numerosos profesionales del SSPA se formaran simultáneamente en diferentes niveles de profundidad, complejidad y especificidad sobre la atención a los Cuidados Paliativos en: Formación Básica, Pediatría, Urgencias, Ancianos y Control de Síntomas difíciles.

La metodología basada en el autoaprendizaje y la autogestión del conocimiento utiliza recursos didácticos innovadores, utilizando material audiovisual y revisión documental de la mejor evidencia disponible en cada tema. Incluye Foros interactivos que crean una comunidad de aprendizaje entre participantes y equipo docente, garantizando un aprendizaje interactivo basado en el intercambio de conocimientos y experiencias.

En el año 2016 y atendiendo a las nuevas formas de aprendizaje a través de la Formación Masiva, se han formado 2948 profesionales (2052 mujeres y 896 hombres) principalmente de las disciplinas de medicina (1811) y enfermería (1002). La edad media del alumnado ha sido de 43 años y la media de satisfacción obtenida en este tiempo y de forma global es de un 7,5 sobre 10. La distribución de profesionales por provincias ha sido el siguiente: Sevilla 681, Cádiz 636, Jaén 391, Málaga 296, Granada 289, Almería 240, Huelva 238 y Córdoba 149.

El modelo de formación masiva se ha mostrado como una opción eficaz y eficiente, dentro de un plan diversificado, para el desarrollo y actualización de competencias en un elevado número de profesionales, en un tiempo limitado y de manera simultánea, dando respuesta a los diferentes niveles de complejidad y atención a los Cuidados Paliativos en Andalucía.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 778

TÍTULO: DESARROLLO EN EL ASISTENTE CLÍNICO MÓVIL DE UN MÓDULO DE CÁLCULO PARA LA PERFUSIÓN INTRAVENOSA DE MEDICAMENTOS

AUTORES: HERNÁNDEZ JARAS, M^a VICTORIA.; MARTÍNEZ GÓMEZ, J.; COLOMER ROSAS, A.; RISCO TÉLLEZ, D.; PRIETO BARRIO, I.; SOLANO LÓPEZ, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los medicamentos de administración intravenosa (IV) poseen mayor potencial de riesgo para el paciente, siendo los más frecuentemente implicados en errores de medicación, con una tasa de mortalidad significativamente superior a otros medicamentos, debido en gran parte a la complejidad y múltiples pasos que requiere su preparación y administración. Los estudios indican que en la administración IV de medicamentos los errores asociados a la preparación y administración se cometen en un 13-84% de los casos. En los servicios de emergencias la rapidez e imprevisibilidad en la asistencia conllevan un riesgo añadido que podría incrementar este tipo de errores de medicación.

Elaborar un desarrollo farmacéutico e informático para integrar en la solución tecnológica Asistente Clínico Móvil (MCA, Mobile Clinical Assistant) un módulo que realice los cálculos precisos para la administración de fármacos en perfusión IV.

Elaborar una tabla base con los medicamentos incluidos en la Guía Farmacoterapéutica susceptibles de administrarse en perfusión IV.

Completar en cada medicamento 5 campos básicos: 1- si es soluto o diluyente, 2 y 3 -masa (valor y unidad de medida), 4 y 5 - volumen (valor y unidad de medida). En los solutos se añade un campo más que indica si requieren reconstitución.

Determinar las unidades estándar para realizar los cálculos (miligramo en masa y litro en volumen). Elaborar una tabla maestra con las unidades de medida y factores de conversión a unidades estándar, y de éstas a las unidades introducidas en la tabla base.

Realización desde el MCA de los cálculos necesarios para preparar y administrar un medicamento en perfusión IV:

Seleccionar en MCA medicamento-soluto e introducir nº de unidades de dosificación que utilizará (en nº racional), si precisa reconstitución introducir por teclado valor y unidades (éstas a seleccionar de un listado). El programa calcula masa y volumen total de soluto.

Seleccionar en MCA solución (suero) e introducir nº de unidades de envases. Calcula el volumen del diluyente. Alerta si precisa desechar del suero el volumen del soluto (No/Si).

El programa calcula la concentración de la solución preparada, con sus unidades.

Cálculo del ritmo de la perfusión:

Seleccionar si dosis es según peso del paciente (No/Si):

No: introducir dosis por teclado, en masa o masa/tiempo (tiempo en minutos), el programa calcula volumen total o volumen/tiempo a administrar de la solución preparada, y convierte a ml/h o ml/min.

Si: introducir peso del paciente en kg, introducir dosis (en mg/kg o mg/kg/h o mg/kg/min o mcg/kg/min). El programa calcula volumen (por tiempo) a administrar de la solución preparada, y convierte a ml/h o ml/min.

La integración de un módulo en el MCA para calcular la concentración de diluciones, ritmo de administración según dosis, tiempo y peso, es un sistema seguro para preparación y administración de medicamentos en perfusión IV al evitar al profesional la realización manual de los cálculos y conversión de unidades.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 779

TÍTULO: ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD PREVENTIVOS EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: DE IRIGOYEN DÍAZ, ANA.; RUIZ BARBOSA, C.; LLORET JIMENEZ, P.; FERNÁNDEZ MACÍAS, MC.; MORENO ÁLVAREZ, MM.; GOMEZ PARRA, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Un Objetivo estratégico de resultado clínico en salud incluido en el Acuerdo de gestión Clínica de la Unidad es mejorar la tendencia del período interanual 2009-2013 de las hospitalizaciones potencialmente prevenibles por Insuficiencia cardiaca congestiva, complicaciones agudas de la diabetes y por Enfermedad cerebrovascular /ictus. Para ello, se decide analizar en nuestra zona, los Indicadores de Calidad Preventivos (PQI), los cuales permiten identificar enfermedades susceptibles de tratamiento ambulatorio, que son aquellas en las que un buen abordaje en este ámbito podrían evitar una hospitalización, o en las que la intervención precoz prevendría complicaciones o la progresión a estadios más severos.

Analizar los Indicadores de calidad preventivos de la Unidad

Realizar un plan de intervención sobre las enfermedades prevalentes detectadas en la misma.

Desde el Distrito Sanitario se remiten a la Unidad registros individuales del CMBD de hospitalización 2013 afectados por estos procesos (fallecidos por ECV-ICTUS) (incluyendo el NUHSA de los pacientes). A partir de estos listados de pacientes adscritos a las claves médicas de nuestro centro, se procede a analizar cuatro indicadores. Para facilitar el registro y posterior explotación de los datos, elaboramos un check-list que incluyen ítems sobre variables sociodemográficas, comorbilidad, indicadores clínicos y sociales.

Se analizan los Ingresos por insuficiencia cardiaca congestiva, por Complicaciones de la Diabetes, por amputación de miembro inferior en pacientes con diabetes y Defunciones por Ictus. El análisis de estos indicadores de calidad preventivos nos orienta hacia la necesidad de realizar actividades de mejora, que se incluyen como medidas de prevención en un Plan de intervención centrado en los pacientes y extensible a la población sana. Este plan será evaluado anualmente. Además de lo anterior, ha contribuido a que el profesional sanitario constatare la importancia de realizar un óptimo registro de los problemas de salud en la Historia de salud del ciudadano.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 781

TÍTULO: ESTRATEGIA DE GESTIÓN DE LOS PACIENTES TRANSITORIAMENTE NO PROGRAMABLES DEL REGISTRO DE DEMANDA QUIRÚRGICA

AUTORES: NARVÁEZ RODRÍGUEZ, ANTONIO.; MOLINA MERIDA, O.; PENDÓN NIETO, E.; ROMÁN CASTILLO, MD.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El decreto de garantías de tiempos de respuesta para intervenciones quirúrgicas en Andalucía, reconoce el derecho del ciudadano a ser atendido en un tiempo máximo de 180 días para 700 técnicas quirúrgicas, 120 días para los 11 procesos más comunes y 90 días para procedimientos de cirugía cardíaca. La Consejería de Salud considera un objetivo de primer orden la transparencia en la información en la garantía de plazos de respuesta asistencial a las intervenciones quirúrgicas. Los pacientes pendientes de una intervención quirúrgica que transitoriamente no pueden ser intervenidos por motivos clínicos o a petición del paciente, forman un listado de pacientes transitoriamente no programables (TNP). Se considera un criterio de calidad en la gestión clínica de la lista de espera quirúrgica, que el nº de pacientes en situación TNP no supere el 10% del total de pacientes pendientes. En nuestra área sanitaria a 30 de diciembre de 2015 teníamos un total de 210 pacientes en TNP, que suponían el 21.8% del total de pacientes pendientes.

Objetivo General: disminuir el nº total de pacientes TNP y que representen menos del 10%.

Objetivos Específicos:

-disminuir los pacientes en TNP a petición propia, permaneciendo en esta situación el tiempo estrictamente necesario siguiendo los tiempos máximos recogidos en el Manual de Procedimiento Administrativo para la gestión de la demanda

-establecer un circuito específico para el proceso de re-evaluación clínica, para que el paciente pase el tiempo imprescindible en esta situación y pueda ser nuevamente programado.

En Enero 2016 se creó un grupo de trabajo formado por los directores de UGC de las especialidades quirúrgicas, anestesia, supervisora del bloque quirúrgico, jefa de grupo administrativa de lista de espera, dirección asistencial y dirección gerencia. Cada director realizó un análisis exhaustivo de sus pacientes en TNP. Tras contacto telefónico se actualizó su situación: a los TNP a petición propia se les exigió un justificante de la causa que motivó la interrupción y se activó el procedimiento administrativo que regula esta situación. En los TNP por Re-evaluación clínica, se estableció un circuito de citación preferente en las consultas de especialidad y una vez terminada la interconsulta el paciente era de nuevo citado en pre-anestesia para nueva valoración. Además se revisaron los criterios de derivación desde pre-anestesia a las especialidades para unificar criterios y disminuir la variabilidad en la práctica clínica.

Tras 5 meses, se han disminuido el nº de pacientes a 55, todos por re-evaluación clínica, suponen un 7.8% de los pacientes pendientes de intervención. Además, el tiempo medio en situación de TNP por re-evaluación clínica ha disminuido de 5 meses a 2.5 meses.

Conclusión: la creación de un procedimiento específico de gestión de pacientes en TNP mejora los pacientes pendientes de una intervención quirúrgica, además de acortar los tiempos de espera de los pacientes por re-evaluación clínica.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 782

TÍTULO: CAMBIO EN LA INFORMACIÓN DE LA ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN DE MUESTRAS

AUTORES: ACEDO SANZ, JUAN MANUEL.; TORREGROSA BENAVENT, A.; SERRANO OLMEDO, GM.; HERRERO ALONSO, MC.; CASAS LOSADA, ML.; LORENZO MARTINEZ, S.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En noviembre de 2015 con motivo del cambio del sistema informático de gestión de peticiones clínicas se presentó la oportunidad de que los controles de enfermería imprimieran las etiquetas para la identificación de los tubos de muestra de los pacientes. Al realizar el cambio informático mencionado nos encontramos con ciertos obstáculos que teníamos que superar de tal manera que viésemos reflejados en la etiqueta de identificación la información requerida.

Se presentaron distintos desafíos en la implantación del nuevo sistema de etiquetado de las muestras:

Primero, resolver la propia implantación del nuevo sistema de etiquetado en los controles de enfermería.

Segundo, la resolución de la discrepancia entre la numeración del nuevo sistema de petición y el sistema informático del laboratorio.

Tercero, solucionar el chequeo entre las muestras recibidas y la petición solicitada tras la digitalización de la petición.

Y por último y como opción de mejora de la seguridad del paciente, la optimización de la información en la etiqueta.

Antes del cambio informático el personal encargado de realizar las extracciones de sangre en las plantas (pacientes hospitalizados) identificaba los tubos a mano con el número de petición de la solicitud analítica, el número de historia clínica (NHC) del paciente o los datos de los demográficos del paciente. Una vez llegaban las muestras al laboratorio, estas se identificaban y se etiquetaban con una etiqueta con código de barras para poderlas procesar en los distintos analizadores.

En el resto de circuitos del hospital, como urgencias y extracciones programadas de consulta, disponían de sus propias impresoras de etiquetas para la identificación de las muestras de pacientes.

Hasta este momento la etiqueta incluía el código de barras, el número de petición asociado a la solicitud clínica, nombre y dos apellidos del paciente y la fecha de la extracción de la petición.

El primero de los obstáculos detectado fue que el nuevo sistema peticionario de analíticas (Cerner) generaba un número de identificación que se describía en el volante impreso pero que no coincidía con el número de identificación del laboratorio, por lo que se incluyó este segundo número paralelo en la etiqueta. Al imprimir las etiquetas en los distintos controles la enfermera coteja los demográficos del paciente y además este número de identificación de la petición (Cerner).

El segundo se presentaba por la retirada del papel como medio de comunicación de solicitudes en el hospital, por lo que al no poder revisar la coincidencia de las muestras extraídas con las solicitadas se incluyó un número en las etiquetas que indica el número de tubos que deben de llegar asociados a la petición.

Para terminar, como opción de mejora en la calidad y seguridad del paciente se decide incluir el NHC en la etiqueta y así asegurar la trazabilidad de la muestra, siendo esta una tarea complicada debido al reducido espacio que queda disponible en la etiqueta.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 783

TÍTULO: LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y SU RELACIÓN CON RESULTADOS EN SALUD

AUTORES: GUILABERT MORA, MERCEDES.; MIRA SOLVES, J.; SOLAS GASPAR, O.; DEL RÍO CÁMARA, M.; GONZÁLEZ MESTRE, A.; FERNÁNDEZ CANO, P.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La evaluación sistemática de la experiencia del paciente podría contribuir a transformar el modelo de interacción paciente-profesional y mejorar los resultados en salud. Es una alternativa prometedora a los esfuerzos infructuosos de los enfoques tradicionales para lograr la participación del paciente en el diseño de los procesos de atención.

La experiencia del paciente describe los resultados desde la perspectiva del paciente con respecto a la interacción con los profesionales (aspectos relacionales) y para el proceso de atención en el que la persona está involucrada (aspectos funcionales). IEXPAC (Instrumento de Evaluación de la Experiencia del Paciente Crónico, (ver www.iemac.org/iexpac) es una escala validada de 11 elementos que permite conocer la experiencia de un paciente crónico con la atención sanitaria y social que recibe.

Analizar la relación existente entre la experiencia del paciente y un conjunto de variables sociodemográficas y de resultados en salud.

Estudio descriptivo, correlacional, en el que participaron 294 pacientes de 5 Comunidades Autónomas, de los que 151 (51,4%) eran mujeres, con una edad media de 67 (dt=16,04) años. 119 (40,5%) tenía estudios primarios y 137 (46,6%) tomaba entre 5 o más fármacos diarios (polimedicados). Se evaluaron variables sociodemográficas, calidad de vida, satisfacción del paciente, estado de salud, consumo servicios sanitarios y la puntuación IEXPAC.

La puntuación media de la escala IEXPAC fue de 58,22 puntos (la puntuación máxima en esta escala es de 110 puntos). No se encontraron diferencias en IEXPAC por sexo ($p=0,749$), ni entre los 3 grupos de edad 18 a 54, 55 a 74 y más de 75 ($p=0,404$). Los pacientes polimedicados puntuaron 60,25 puntos frente a los que tomaban de 1 a 4 medicamentos quienes puntuaron 56,52 en IEXPAC ($p=0,059$). La puntuación IEXPAC se relacionó con la percepción del estado de salud ($p=0,001$), satisfacción con la atención sanitaria recibida ($p=0,000$), calidad de vida ($p=0,000$), satisfacción con el resultado del tratamiento ($p=0,000$), la amabilidad en el trato recibido ($p=0,000$) y satisfacción con la información de los profesionales que le atienden ($p=0,000$). La frecuentación de los servicios de urgencias mostró correlaciones con el nivel de calidad de vida percibido ($p=0,006$) y la polimedicación ($p=0,001$). La edad tuvo correlaciones significativas con la percepción del estado de salud ($p=0,008$), satisfacción con la atención sanitaria recibida ($p=0,002$) y con la polimedicación del paciente ($p=0,000$).

La puntuación en la escala IEXPAC muestra relaciones con diferentes medidas de resultados en salud. Conocer la experiencia del paciente es esencial para mejorar la calidad de la atención y para avanzar hacia una atención integrada centrada en el paciente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 784

TÍTULO: IMPACTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN LA OPTIMIZACIÓN DE PRUEBAS RADIOLÓGICAS EN URGENCIAS (“NO HACER”)

AUTORES: TOLEDO BARTOLOMÉ, DANIEL.; JURADO MACÍAS, P.; SEVILLANO FERNÁNDEZ, J.; FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, C.; PÉREZ MIRA, E.; DÍAZ REDONDO, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La radiología proporciona una información muy valiosa para el diagnóstico de muchas enfermedades, pero no está exenta de riesgos y no siempre es crucial en la toma de decisiones.

En el Servicio de Urgencias de nuestro hospital (Terciario), se realizan unas 800 radiografías de abdomen/mes.

La reducción de pruebas radiológicas no necesarias, disminuye la radiación recibida, optimiza los recursos humanos y materiales, y mejora el tiempo de atención a los pacientes en los que sí están indicadas. Este enfoque es clave en los programas “NO HACER” promovidos por las sociedades científicas, y liderados por el Ministerio de Sanidad.

Optimizar el uso de la radiografía convencional de abdomen en el Servicio de Urgencias de un hospital terciario.

Como objetivos secundarios destacan reducir la radiación recibida, evaluar la percepción de los médicos del uso de esta prueba, y sensibilizarles sobre los beneficios de un adecuado uso, mejorar la gestión de los pacientes y abaratar costes.

En la primera fase se evaluó la situación basal del uso de la radiografía convencional de abdomen a través de una encuesta a los médicos de urgencias y de la medición de parámetros clínicos de adecuación de la indicación, consensuados entre facultativos del área médica y radiólogos.

En la segunda fase de intervención, se utilizaron diferentes herramientas como cartelería, protocolización y un programa de sesiones formativas para sensibilizar a los profesionales y a los pacientes sobre el adecuado uso de la radiografía de abdomen.

En la tercera fase se procedió a la evaluación del impacto de la intervención mediante la medición de los mismos parámetros iniciales y la realización de una nueva encuesta a los profesionales médicos.

En la última semana de enero de 2016 se evaluó la situación basal: se atendieron en el Servicio de Urgencias a 2.264 pacientes y se realizaron 130 radiografías de abdomen, el 40,8% de éstas no tenían indicación. Los profesionales manifestaron desconocimiento de protocolos e inadecuación de indicaciones de pruebas radiológicas en >30%, así como la utilidad de éstos.

En la segunda semana de mayo, después de intervenir, se atendieron a 2.489 pacientes y se realizaron 108 radiografías de abdomen. Se redujo del 6% al 4% el número de pacientes con esta prueba, y el porcentaje de radiografías no indicadas descendió al 28,7%.

La segunda encuesta a profesionales reflejó una mejoría en los conocimientos respecto a la primera.

La optimización del uso de la radiografía de abdomen es posible mediante programas de intervención para educar a la población y formar a los profesionales sanitarios. Existe un amplio margen de mejora a este respecto, y los resultados no son rápidamente llamativos pero pequeñas intervenciones, con carácter repetitivo y la comunicación de los resultados a los médicos prescriptores pueden tener un gran impacto en la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 786

**TÍTULO: GESTIÓN AMBIENTAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFÍA:
TRABAJANDO POR LA SOSTENIBILIDAD**

AUTORES: GARCÍA FERNÁNDEZ, CRISTINA.; BERMEJO PAREJA, R.; GARCÍA MATAMOROS, JL.; ALCAZAR VERDE, MJ.; MARCOS SUAREZ, C.; SAA REQUEJO, CM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La responsabilidad social de las organizaciones sanitarias pasa por hacer los hospitales más sostenibles, manteniendo la calidad de la asistencia ofrecida a los pacientes

Desarrollar estrategias para identificar, prevenir y atenuar el impacto del hospital en su entorno.

Se creó la Comisión de Sostenibilidad con participación conjunta de las direcciones del Hospital y de la Sociedad Concesionaria para el análisis del impacto del hospital en su entorno y determinar las medidas medioambientales, sociales y de ahorro energético.

Se adoptaron medidas de ahorro energético que incluyen el diseño de nueva programación para el comportamiento de las instalaciones en invierno y verano, la instalación de programadores astronómicos para alumbrado exterior, adaptación de los climatizadores del hospital y monitorización on-line de instalaciones. Desde el 2011 se ha reducido las emisiones de CO₂eq de los consumos de electricidad, gas natural, agua, papel, residuos y lavandería en un 47% y en relación al consumo inicial en 2009 la demanda se ha reducido un 16% en electricidad, un 48% en gas natural y un 19% en agua. Desde marzo del 2015 todo el consumo de electricidad del centro, tiene su origen en fuentes 100% renovables y está certificada como cero emisiones de CO₂. Respecto al control de residuos se realizaron análisis de la generación, alternativas para reducir la producción y planes formativos para mejorar la segregación. Además se modificó el envase para la recogida de los residuos peligrosos tipo III para que fuera reutilizable. La producción de lencería es inherente a la actividad hospitalaria, se adoptaron medidas encaminadas a la mejora del uso, reduciendo la cantidad de lavado en 25 Tn de 2012 a 2015. Otra actuación fue la reducción del consumo de ácido peracético en el lavado de endoscopios a través de la optimización de la carga de las lavadoras.

Las estrategias encaminadas a reducir el impacto ambiental más las buenas condiciones de sostenibilidad del edificio han permitido obtener la certificación energética BREEAM para edificios "en uso" siendo el único centro sanitario español que dispone de esta certificación. Para la obtención se evalúa el impacto en diez categorías: gestión, salud y bienestar, energía, transporte, agua, materiales, residuos, uso ecológico del suelo, contaminación e innovación, valorando en un apartado la edificación y en otro la gestión de recursos y aspectos. El hospital ha obtenido una calificación de Muy Bueno (4 estrellas sobre 6) en la parte que evalúa el edificio y Excelente (5 estrellas sobre 6) en la parte que evalúa la gestión

El plan de gestión eficiente impulsado por las direcciones ha permitido reducir los consumos y las emisiones de CO₂ de forma muy importante. Se han reducido además los consumos de productos ligados a la actividad asistencial y la generación de residuos biosanitarios. Todas estas estrategias se han visto reforzadas por la obtención de extraordinarias calificaciones en la certificación BREEAM

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 788

TÍTULO: GESTIÓN DE COBRO EN UNA UNIDAD DE ACCIDENTES DE TRÁFICO: EL ANTES Y EL DESPUÉS

AUTORES: BLANCAS SANCHEZ, ESTHER.; BOSCH TORIBIO, A.; LARRAÑAGA SUS, N.; BARAHONA ORPINELL, M.; SERRA TRULLAS, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Hospital Plató está ubicado en Barcelona, en el distrito de Sarrià- Sant Gervasi.

Es un centro adherido a la red sanitaria pública desde 1977.

En el año 1999 Hospital Plató entró a formar parte del convenio de UNESPA (Accidentes de tráfico). En un primer momento se decidió coger una empresa externa para llevar todos los accidentes de tráfico pero durante los últimos años y siguiendo con nuestra vocación de excelencia y a fin de mejorar la calidad de la atención al paciente analizamos la posibilidad de llevarlo nosotros. Implantando nuestra propia unidad en el año 2014.

Nuestros objetivos principales fueron:

- Mejorar la atención al cliente
- Mejorar la calidad de información administrativa y formar a profesionales en el proceso.
- Mejorar la gestión de cobro y aumentar los beneficios.

En octubre de 2014 se crea un grupo multidisciplinar. Se realizaron diversas reuniones tanto a administrativos/facultativos para darles la oportuna formación en cuanto conocimiento de tráfico y Unespa.

Al iniciar este proyecto HP se encuentra con una gestión poco cuidadosa con las Entidades Aseguradoras, lo que ha derivado en procesos asistenciales pendientes de pago.

Ante esta situación se opta por ponernos en contacto con las Compañías afectadas, informando del nuevo rumbo que ha decidido tomar el Hospital. Se les presenta la Unidad de Tráficos, dando a conocer nuestro nuevo modelo de gestión y se abren vías de diálogo con los interlocutores con el fin de gestionar los expedientes pendientes.

Durante este primer año de funcionamiento nos hemos centrado en la calidad del servicio prestado al paciente y en fluidez con la relación con las compañías aseguradoras.

Hemos pasado de un 25% de procedimientos incobrados en el año 2013 a un 3.5% en el año 2015.

En los resultados de explotación de la Unidad de Tráficos se partía de unos beneficios de un 3% en el año 2013, pasando a ser éstos de un 17% como previsión de cierre para este año.

Así mismo el trabajo en equipo realizado entre los distintos departamentos de facturación, consultas externas y admisiones; así como la colaboración de los facultativos, ha hecho posible la creación y los buenos resultados de esta Unidad de Tráficos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 790

TÍTULO: ANÁLISIS DE LOS COLECTIVOS DESTINATARIOS EN LAS SESIONES ACREDITADAS EN ANDALUCÍA

AUTORES: MUÑOZ CASTRO, FRANCISCO JAVIER.; MUDARRA ACEITUNO, MJ.; HERRERA MORIÓN, MJ.; VALVERDE GAMBERO, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Acreditación de Actividades de Formación Continuada de las Profesionales Sanitarias, es implantada en Andalucía en el año 2003 por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Desde Octubre 2013 se establece un modelo específico de acreditación para las sesiones.

El objetivo de este estudio es analizar los colectivos destinatarios de las sesiones formativas acreditadas.

Tipo de estudio: observacional descriptivo.

Periodo de estudio: Octubre 2013 – Mayo 2016

Variables:

- N° de sesiones acreditadas
- N° de sesiones acreditadas dirigidas a cada colectivo sanitario.

Resultados

Durante el periodo en estudio se han acreditado 14414 sesiones. De las cuales 11.973 (83,07%) se dirigen a Médicos/as, 6.878 (47,72%) a Enfermeros/as, 2.619 (18,17%) a Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, 1.895 (13,15%) a Farmacéuticos/as, 684 (4,75%) a Psicólogos/as, 640 (4,44%) a Fisioterapeutas, 590 (4,09%) Biólogos/as, 567 (3,93%) a Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico, 502 (3,48%) a Técnico Superior en Laboratorio de Diagnóstico Clínico, 421 (2,92%) a Físicos/as, 412 (2,86%) a Bioquímicos/as, 310 (2,15%) a Terapeutas ocupacionales, y para el resto de colectivos sanitarios una tasa menor al 2%.

Conclusión

Las sesiones se están consolidando como una tipología que favorece el desarrollo de los profesionales sanitarios del SSPA.

Los Médicos/as y Enfermeros/as son los colectivos que más se están incorporando al desarrollo de sesiones acreditadas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 791

TÍTULO: ANÁLISIS DEL ABANDONO EN ACTIVIDADES ELEARNING DE FORMACIÓN CONTINUADA EN FUNCIÓN DE CARACTERÍSTICAS FORMALES DE DISEÑO

AUTORES: MARTIN RUDILLA, FERNANDO.; CRUZ TORRES, R.; GOMEZ GARCÍA, S.; GONZALEZ ARCOS, S.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La creciente oferta de formación elearning en nuestros centros hace necesario que conozcamos con mayor profundidad como se relaciona el abandono de los discentes en función de diversas características de los cursos. Conocer los factores formales en cuanto al diseño del curso que tienen relación con el mismo mejorará la eficiencia de la formación, disminuyendo la tasa de abandono. Existen diversas fuentes de información que exponen que existe una relación entre la duración en día de una actividad elearning y la tasa de abandono, así como entre el número de horas y el mismo, aunque estas investigaciones no provienen del entorno sanitario. Debido al carácter diferencial de la formación interna de un centro hospitalario, consideramos útil en aras de mejorar nuestra eficiencia abordar esta temática

Distinguir la relación entre abandono de la formación y las características formales de los cursos Elearning: horas de carga lectiva, Días de Duración, Número de pruebas de Aprendizaje/Evaluaciones

Se realizó una revisión sobre la totalidad de la formación Elearning realizada durante el año 2015 en el HU. Virgen Macarena.

En cada actividad formativa se contabilizaron los discentes que abandonaban, contabilizando la tasa por curso calculada como: $1 - (\text{"Aptos"} / \text{"Admitidos"})$ y comparando ésta en términos porcentuales con los factores "Horas del curso", "Días de Duración", "Número de pruebas de Aprendizaje/Evaluaciones". Se analizaron un total de 26 actividades formativas. Como criterios de exclusión se eliminaron aquellas que se habían realizado de forma interna dentro de una única UGC, las actividades Semipresenciales pese a tener parte de formación Online, y los Cursos Online Masivos Abiertos (MOOCs) al entender que es una tipología diferente a la formación Elearning tradicional

Para el análisis de datos empleamos un coeficiente de correlación lineal para comprobar la relación entre las variables cuantitativas

No se aprecia una relación entre el abandono y las horas totales del curso, es decir, aquellas actividades con más horas lectivas no se abandonan en mayor medida que aquellas más cortas. Abandono actividades menos de 30 horas 51,31%. Abandono de actividades de más de 30 horas 36,68%, siendo el coeficiente de correlación el -0,07

No se aprecia una relación entre el abandono y la duración en número de días de la actividad formativa. Actividades con menos de 40 días 49,64%, Actividades con más de 40 días 41,04%, siendo el coeficiente de correlación el -0,22

Encontramos una diferencia que explica el abandono en el número total de pruebas evaluativas del aprendizaje. Existe un coeficiente de correlación del 0,89 cuando analizamos de forma conjunta estas variables. Por lo tanto a la hora de planificar una actividad elearning debemos valorar la conveniencia de incluir ciertas pruebas, la evaluación como un proceso más que como un fin y la utilidad de los ejercicios que planteamos, puesto que pueden facilitar el abandono o permanencia de los discentes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 792

TÍTULO: IMPACTO DE UNA ACCIÓN FORMATIVA EN LA ATENCIÓN AL TRAUMA GRAVE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PREHOSPITALARIO

AUTORES: MUÑOZ MORATO, MARCOS.; MERINO REGUERA, B.; ROS GARCÍA, V.; COLOMER ROSAS, A.; MALLO PÉREZ, J.; RODRÍGUEZ RODIL, MN.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Trauma Grave (TG) es la primera causa de muerte en población menor de 40 años, con mayor incidencia entre los 18 y 44 años, y la tercera en cuanto a mortalidad general. El 2º pico de mortalidad (55-60%) acontece en las primeras horas. Un tercio de las muertes pueden ser prevenidas por una asistencia prehospitalaria correcta.

Mejorar la Atención al Paciente con TG en un Servicio de Emergencias Médicas (SEM) a través de una intervención formativa, dentro de un ciclo PDCA.

Proyecto de mejora. Material: Protocolo Atención Politrauma (PAT); Informes Clínicos Electrónicos (ICE) y Fichas de Incidentes (FI). Acción formativa específica Politrauma. Método: Evaluación del cumplimiento de criterios y estándares del PAT en ICE y FI. Análisis comparativo antes – después. Unidades de estudio: Muestreo aleatorio simple (N= 49 antes y N=49 después), del universo de pacientes con TG atendidos por un SEM antes y tras un curso de perfeccionamiento. Se evaluaron 8 criterios: tiempo (T) de gestión telefónica, T de llegada, de intervención y “Hora (H) de oro”; concordancia (Cd) entre árbol lógico (AL) y matización médica y entre el motivo de consulta (MC) y el CIE.9 esperado y correcta cumplimentación de registro. Evaluación interna, retrospectiva y cruzada mediante revisión de ICE y FI. Estadística descriptiva y analítica.

Los resultados de cada ítem antes, después de la intervención y la significación estadística fueron los siguientes:

- T Llamada (LI)-Transmisión: cumplimiento antes (CA):67%, cumplimiento después (CD): 69%, no significativo (NS);
- T LI-Intervención: CA: 71%, CD: 73%,NS.
- T LI-Salida del lugar: CA:49%, DC: 47%, NS
- T LI-llegada Hospital: CA: 61%, CD: 61%, NS.
- % Cd Motivo Consulta (MC) registrado en AL / Validación de envío de Soporte Vital Avanzado: CA:98%; CD: 100%, NS
- H cuelgue – H descuelgue: CA: 92%, CD: 96%, NS.
- Correcta cumplimentación del registro: CA:100%, CD:100%, NS
- Cd MC AL / códigos CIE.9 (%): CA: 98%, CD: 98%, NS.

Nuestro estudio evidencia que una acción formativa aislada produce mejoras si bien no son estadísticamente significativas. Se estima valorar nuevos modelos pedagógicos como simulaciones con debriefing e implicar al mayor nº de profesionales posibles.

Se recomienda un enfoque multimodal para abordar la optimización de los criterios estudiados, que tenga en cuenta simulacros y entrenamientos conjuntos con otros SEM sobre todo para minimizar los tiempos en pacientes atrapados o con patología compleja.

Se observa que la precisión de datos, la variabilidad actitudinal, las isocronas en la periferia y el tráfico en zona urbana influyen en el T de llegada. La presencia de lesiones múltiples o patología compleja dilatan el T de intervención. Todos ellos sumados a la gestión de la urgencia hospitalaria de la transferencia y comunicaciones influyen en la “Hora de Oro”

Automatizar los estatus aumenta cumplimiento y precisión de los tiempos de respuesta y disminuye la carga de trabajo de profesionales.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 793

**TÍTULO: CULTURA DE SEGURIDAD EN ESPECIALIDADES MÉDICAS DE UN HOSPITAL
TERCIARIO: EVALUACIÓN MULTIDISCIPLINAR**

AUTORES: DÍAZ REDONDO, ALICIA.; IZQUIERDO DEL MONTE, G.; PÉREZ MIRA, E.; HERNÁNDEZ SAMPELAYO, P.; SUÁREZ RUBIO, C.; GARCÍA DE SAN JOSÉ, S.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Medir la cultura de seguridad en una organización sanitaria permite evaluar las fortalezas y aspectos a mejorar que perciben los profesionales, de manera que podamos enfocar y priorizar acciones de mejora. Para ello, es recomendable utilizar herramientas validadas, cuyos resultados sean fiables. Además, la repetición periódica de esta medida facilitará el análisis de la efectividad de estas acciones y replanteamiento de estrategias.

Evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales médicos, enfermeros y auxiliares de un hospital terciario, aplicando una herramienta validada, con el fin de establecer acciones de mejora de seguridad.

Se evaluó la cultura de seguridad en el departamento de especialidades médicas del hospital mediante la encuesta "Hospital Survey on Patient Safety", adaptada y validada al castellano. Se distribuyeron en mano los cuestionarios a todos los profesionales médicos, enfermeros y auxiliares del departamento para su voluntaria cumplimentación. El cuestionario consta de 52 preguntas repartidas en 12 dimensiones. Para cada dimensión y para las preguntas individuales, se calcula el porcentaje de respuestas positivas (≥75% se considera una fortaleza) y negativas (≥50% se considera una oportunidad de mejora). Se valora también el clima de seguridad, en una escala de 0 a 10, junto con el número de incidentes notificados en el último año por el profesional que lo cumplimenta.

Participaron en la encuesta 139 profesionales. La tasa de respuesta fue 55.60%. El 93 % trabajaban en contacto directo con pacientes. Un 98 % llevaban más de 10 años trabajando en el hospital y el 98% más de 8 años en el mismo servicio; 43.75% en el servicio de Medicina Interna y 19,53% en neurología. El 38,6 % de los profesionales participantes eran enfermeras. Se identificaron 4 fortalezas en las dimensiones: "trabajo en equipo en la unidad", "expectativa y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/ servicio que favorecen la seguridad", "aprendizaje organizacional y mejora continua" y "respuesta no punitiva a los errores". Se identificaron 3 oportunidades de mejora en las dimensiones: "dotación de personal", "percepción de seguridad" y "apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente". El grado de seguridad se calificó con un 7.02 de media. El 17% de los profesionales habían notificado algún incidente en el último año. Tras los datos obtenidos se implantarán acciones de mejora en la gestión de los recursos humanos, formación en seguridad del paciente y fomento de la notificación voluntaria de incidentes, así como se potenciará la realización de rondas de seguridad con la participación activa de los líderes del hospital y de los servicios.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 794

TÍTULO: TRAS 2 AÑOS DE SINASP PRIMARIA, ¿QUÉ HACEMOS?...

AUTORES: RODRÍGUEZ PÉREZ, BÁRBARA.; PAIS IGLESIAS, B.; MARTÍN RODRÍGUEZ, D.; GARCÍA CEPEDA, B.; SOBRAL FERNÁNDEZ, Y.; FIUZA BARREIRO, B.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En octubre de 2013 iniciamos la implantación de SiNASP Primaria en nuestra Comunidad Autónoma. Dos años después y con sensaciones encontradas, decidimos evaluar la implantación del proyecto para tomar una decisión respecto a su continuidad.

Conocer el grado de implantación de SiNASP Primaria tras dos años de andadura y comparar nuestros resultados externa e internamente.

Decidir el futuro del proyecto de manera compartida y consensuada.

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Análisis de resultados cuantitativos: indicadores de seguimiento del proyecto referentes a volumen, características, gestión y análisis de notificaciones, obtenidos del módulo de Gestión CCAA entre enero 2014 y diciembre 2015. Cualitativos: obtenidos en encuesta de evaluación, sobre elementos facilitadores, barreras, propuestas y acciones de mejora implantadas, enviada a los 25 gestores principales de los centros de AP que habían incorporado SiNASP.

Estos resultados se compartieron en el VI encuentro de Gestores SiNASP de CCAA en diciembre de 2015, en la que se tomó la decisión final, de manera compartida, entre coordinadores de SiNASP en atención Primaria de cada una de nuestras 7 áreas sanitaria, gestores de área y CCAA.

25 centros de salud con SiNASP implantado hasta 2015. El 8,8% de los centros de AP que utilizan SiNASP en España, son de nuestra CCAA (25/285). El 61% del total de notificaciones realizadas a nivel nacional fueron propias (460/756). El % de incidentes graves del total ha sido del 6,3%. Un 65% de nuestros notificantes se identificaron, pero contrasta que tan sólo al 35% de ellos se les ha enviado feedback desde gestión de centro. El tiempo medio de gestión de notificaciones fue de 30 días y casi el 75% de las notificaciones realizadas se cerraron con acciones de mejora. El 2,4% de notificaciones cerradas tuvieron indicación de ACR, pero apenas llegamos al 1,3% de ACRs terminados por notificaciones realizadas. Se registraron 104 reuniones de grupo de análisis, se difundieron 56 informes SiNASP y se realizaron un total de 29 sesiones de presentación de casos.

Internamente vemos que de 460 notificaciones 371, el 81%, las acumulan 6 centros de salud, el 24% del total (6/25). Pero en cambio, 7 centros, el 28% del total (7/25) apenas acumulan el 1,5% de las notificaciones, suman apenas 10 (9/460), lo que supone una actividad de notificación prácticamente nula. En los 12 centros restantes, la notificación ha sido discreta.

De 25 encuestas enviadas se recibieron 18, el 72% del total. Los elementos señalados por los gestores se agrupan en: aspectos motivacionales, condiciones laborales, formación y soporte, estrategia de la organización y cultura de seguridad.

Tras el análisis de estos resultados y su puesta en común con los agentes implicados, en 2016 hemos decidido continuar con el proyecto de manera decidida, incorporando en nuestros acuerdos de gestión institucional la ampliación y consolidación del SiNASP en los Servicios de AP de nuestra CCAA.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 795

TÍTULO: ¿MEDIMOS LOS ERRORES DE MEDICACIÓN QUE AFECTAN A LA SEGURIDAD DE PACIENTES?

AUTORES: SERRANO BERMÚDEZ, SONIA GALA.; VAL LEÓN, M.; ABENIA CHAVARRIA, S.; GRUPO ERROR MEDICACIÓN, R.; FERRO GARCIA, T.; VIDAL MILLA, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Nuestro hospital es un centro monográfico de cáncer que abarca la prevención, asistencia, docencia e investigación. A partir del 2014 realizamos un cambio en el registro en papel sobre errores de medicación al "TPSCloud The patient Safety Company" que constituye una completa plataforma para la seguridad del paciente y la gestión de riesgos. Esta plataforma utilizada por más de 500 organizaciones sanitarias de todo el mundo, incluye la notificación, el análisis y la gestión de incidentes sobre la seguridad de pacientes así como la definición, planificación y seguimientos de acciones de mejora.

Identificar los errores que afectan a la Seguridad de pacientes oncológicos ingresados en nuestro centro en relación a la medicación, definir acciones correctivas y áreas de mejora que impliquen directamente en todos los procesos asistenciales.

Mediante la implementación de la plataforma TPSCloud, se organizan 6 grupos de trabajo entre los que destaca el de Errores de Medicación, que analiza los errores de prescripción, transcripción, validación, dispensación y administración del medicamento con participación de enfermería, farmacéuticas y médico. Se realiza la gestión de los errores, implementando áreas de mejora en toda la trazabilidad del proceso de seguridad de paciente en relación a los medicamentos, de alto riesgo (opioides, psicótopos, propofol). Se realiza análisis causa-raíz de aquellos casos que han impactado en la seguridad de paciente según la clasificación de la matriz de riesgos de la plataforma.

Con la plataforma se ha logrado una mejor gestión en la Seguridad de paciente, aumentando el número de notificaciones de 227 en año 2014 a casi 500 en año 2015. Los errores notificados son: Prescripción 33.2%, Transcripción 7.89%, Validación 10.12%, Dispensación 27.53% y Administración 21.26%. Se han analizado con metodología causa-raíz los casos clasificados con matriz de alto riesgo. Las acciones de mejora se han focalizado en el cambio a bombas de infusión de administración de medicación endovenosa más seguras, en técnicas de doble chequeo en la prescripción y preparación de medicamentos de alto riesgo.

Conclusiones:

- La plataforma TPSC Cloud permite una mejor gestión de los errores notificados por los profesionales que están en contacto directo con la atención del paciente.
- El análisis de los errores de medicación ha permitido implementar acciones de mejora en relación a la prescripción, administración y validación del medicamento, con técnicas de doble chequeo para medicación de alto riesgo para el paciente.
- La metodología causa-raíz permite un análisis detallado de los errores, evitando la culpabilidad de los profesionales, y mejorando la cultura de calidad y seguridad de nuestra institución.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 796

TÍTULO: LA CERTIFICACIÓN IMPULSA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES: CENTENO-ASTUDILLO, JUSTO.; CARRAL-SUTIL, C.; CASTELLANO-ZURERA, MM.; RODRIGUEZ-BENAVENTE, A.; NOGUERAS-RUIZ, S.; GONZÁLEZ-GAGGERO PRIETO-CARREÑO, L.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Manual de Estándares de Unidades de Gestión Clínica incorpora estándares en consonancia con la Estrategia para la Seguridad del Paciente impulsada por la Consejería de Salud.

Conocer la situación de las unidades de gestión clínica frente a la identificación de riesgos de seguridad del paciente.

Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo sobre el cumplimiento en evaluación inicial del estándar de carácter obligatorio ES 10.06_00 "En la Unidad de Gestión Clínica se identifican los riesgos para la seguridad del paciente" que pretende que las Unidades: 1. Dispongan de una metodología contrastada (matriz de riesgos, AMFE, mapas de riesgos, etc.) de gestión de riesgos que le permite conocerlos, priorizarlos y establecer medidas preventivas y 2. Los profesionales de la Unidad se impliquen en la identificación de riesgos.

El periodo estudiado comprende de 2011 a 2015 (n= 403 proyectos).

En una segunda fase se han analizado los motivos de incumplimiento reflejados en las evaluaciones realizadas en el año 2015 (n=81 proyectos), utilizando como fuente información los registros de evaluación en la aplicación que soporta el proceso (Me_jora C).

El estándar analizado presenta el siguiente nivel de cumplimiento en el periodo estudiado (2011= 65.7%, 2012=65%, 2013=63.5%, 2014=59% y 2015=54.4%).

En las evaluaciones realizadas en el año 2015, la mayoría de los incumplimientos están relacionados con situaciones de riesgo detectadas durante la visita de evaluación, en un 45,68% de las evaluaciones se constatan situaciones de potencial riesgo para pacientes o profesionales (ausencia de registros de alergias en historias de pacientes, ausencia de cartelería adecuada para una correcta segregación de residuos, botellas de oxígeno sin sujeción, medicamentos y material sanitario caducado, no identificación adecuada de envases de medicamentos similares, etc.), aunque se constata que las Unidades habían identificado de manera generalizada (83,95%) los riesgos para la seguridad del paciente mediante una clasificación y priorización de riesgos para la seguridad del paciente.

El proceso de certificación favorece la identificación de los riesgos para el paciente durante la fase autoevaluación por parte de las unidades evaluadas, lo que se complementa en la visita de evaluación, aportando una visión externa que detecta riesgos potenciales no identificados inicialmente por las Unidades.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 797

TÍTULO: ASPECTOS SUBSANABLES EN EL ALTA DE ENTIDAD PARA LA ACREDITACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUADA DE LAS PROFESIONES SANITARIAS

AUTORES: HERRERA MORION, MARIA JOSE.; MUDARRA ACEITUNO, MJ.; MUÑOZ CASTRO, FJ.; VALVERDE GAMBERO, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Para iniciar el proceso de Acreditación de la Formación Continuada de las Profesionales Sanitarias en Andalucía, las entidades solicitantes han de darse de alta en la aplicación Me_jora F como proveedora de formación continuada, cumplimentando una solicitud de Alta de Entidad y aportando una documentación que será validada por el área de formación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Detectar cuáles son los motivos de subsanación en el alta de entidad proveedora para la acreditación de la formación continuada de las profesiones sanitarias.

Para su análisis se emplean los datos reflejados en la aplicación Me_jora F, durante los años 2015 y 2016.

Metodología:

Sujeto de estudio: Subsanaciones en el alta de las entidades proveedoras de formación continuada

VARIABLES: Número de solicitudes de alta de entidad y las subsanaciones de las solicitudes.

Periodo de estudio: 2015-2016

Tipo de estudio: Análisis descriptivo

Los datos que se extraen de la aplicación Me_jora F a fecha 31 de mayo de 2016, nos muestran que en este momento existen un total de 1147 Entidades Proveedoras de Formación Continuada que, tras un proceso de análisis y cumplimiento de los diferentes ítems requeridos, han sido validadas positivamente y dadas de alta como Entidades Proveedoras de Formación para la aplicación Me_jora F.

De estas 1147, en este último año, han sido dadas de alta un total de 95 entidades, de las cuales 36 han requerido algún tipo de subsanación.

En este periodo estudiado, las subsanaciones que se han realizado con mayor incidencia y porcentaje son:

- 22'86% La solicitud no tiene el sello oficial de la entidad proveedora
- 20% La sede social o fiscal no se encuentra en Andalucía
- 12'85% No se aportan los documentos acreditativos de regularidad administrativa con la Seguridad Social y Hacienda (en caso de no ser asociación)
- 11'43% La solicitud no está firmada por el responsable institucional de la entidad
- 11'43% No se aportan los estatutos de la entidad
- 10% No se aporta modelo 036
- 5'71% La dirección de la entidad no coincide con el domicilio social indicado en la Tarjeta de Identificación fiscal o con la sede social incluida en el modelo 036.
- 4'28% El objeto social recogido en los estatutos no es la formación o práctica asistencial.
- 1'43% No se aporta la Tarjeta de Identificación fiscal o justificante RETA

La ubicación de la sede de la entidad solicitante (su sede se encuentra fuera de Andalucía) y el sello oficial en la solicitud, son los aspectos subsanables con mayor porcentaje en la validación del Alta de Entidad Proveedora.

Sin embargo, el que menor porcentaje de subsanación requiere es la aportación del CIF para las empresas o Justificante RETA para los autónomos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 798

TÍTULO: EFECTO MANCHA DE ACEITE EN LA CULTURA DE SEGURIDAD HOSPITALARIA DESPUÉS DE DESPLEGAR UNA RED DE REFERENTES DE SEGURIDAD

AUTORES: GARCÍA DE SAN JOSÉ, SONIA.; WIJERS, I.; TOLEDO BARTOLOMÉ, D.; PEREZ MIRA, E.; PLA MESTRE, R.; DÍAZ REDONDO, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los referentes de seguridad son profesionales que, simultáneamente a su actividad diaria y de forma integrada, lideran la seguridad del paciente en su servicio promoviendo la gestión de riesgos. En nuestro hospital en los últimos años, se ha desplegado una amplia red de referentes, siendo éstos un elemento clave para el fomento de la seguridad en el hospital, por lo que nos planteamos la necesidad de evaluar su impacto.

Evaluar el efecto del desarrollo de una red de referentes de seguridad en la cultura de seguridad de un hospital de tercer nivel.

Se evaluó la cultura de seguridad de la organización a través del número de notificaciones de incidentes realizadas de forma voluntaria antes y después, junto con el análisis de la encuesta "Hospital Survey on Patient Safety", adaptada y validada al castellano, cumplimentada por 67 y 76 participantes en 2014 y 2015 respectivamente, en un curso sobre la seguridad del paciente, antes de su inicio. En ambos casos el curso se dirigía a futuros referentes de seguridad sin formación previa. El cuestionario consta de 52 preguntas repartidas en 12 dimensiones. Para cada dimensión y para las preguntas individuales, se calcula el porcentaje de respuestas positivas (75% se considera una fortaleza) y negativas (50% se considera una oportunidad de mejora). Se valora también el clima de seguridad, en una escala de 0 a 10.

Los incidentes notificados en el hospital pasaron de 1454 en 2013 a 2068 en 2015, el mayor incremento se produjo en los incidentes registrados en el sistema general (en menor medida en medicación, UPP y caídas), que pasaron de 41 en 2013 a 554 en 2015.

En ambos años se encontró 1 oportunidad de mejora en la dimensión: "dotación de personal" (respuestas negativas: 53,2% y 59,6%, respectivamente). En el año 2014 se identificaron dos fortalezas: "Expectativas y acciones de la supervisión del servicio que favorecen la seguridad" y "Trabajo en equipo en el servicio", con un porcentaje de respuestas positivas del 82,8% y 75,3% respectivamente. En el año 2015, no se identificó ninguna fortaleza. Haciendo el análisis por preguntas individuales, se observaron un total de 4 oportunidades de mejora y 9 fortalezas en el 2014, frente a 7 oportunidades de mejora y 1 fortaleza en el 2015. De media, se calificó el grado de seguridad con un 7,3 en el 2014 y un 6,7 en el año 2015.

Se identificaron más oportunidades de mejora y menos fortalezas en el año 2015. También, la nota media para el grado de seguridad global bajó 0,6 puntos. Esto puede explicarse por el efecto "mancha de aceite": al mejorar la formación y la cultura de seguridad, incluso el personal sin formación específica es más consciente de los riesgos. Paralelamente el notable incremento en la notificación de incidentes en ese periodo, reflejaría un incremento en la sensibilidad y cultura de seguridad del hospital, propiciado al menos en parte por el trabajo cotidiano de los referentes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 799

TÍTULO: ACCION VOLUNTARIA EN UN CENTRO HOSPITALARIO: PROGRAMA A TU LADO

AUTORES: GORETTI, STEFANO.; ORTEGA GUTIERREZ, P.; ANDUEZA REDIN, Mª.; NAVARRO CLEMENTE, MJ.; LAZARO RUIZ, MD.; BOSSINI GARCIA, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Un hospital es un sistema complejo que por su estructura, no puede subvenir a todas las necesidades que en un determinado momento plantean los pacientes y/o cuidadores, ya que estas no son solo específicamente "sanitarias"; Y en este contexto surgen como indispensables los programas de acción social.

La realización de un grupo focal con cuidadores de pacientes con necesidades de cuidados complejos, recoge la necesidad de ayuda y apoyo durante la estancia hospitalaria, tanto en formación sobre el cuidado y manejo de su familiar como la necesidad de respiro del cuidador. El programa de acompañamiento hospitalario "A TU LADO", donde el tiempo donado de forma voluntaria se incorpora en la atención sanitaria como un recurso más, favorece el acompañamiento a personas ingresadas en el centro así como proporciona descanso al cuidador hospitalario.

- Dar a conocer el programa de acompañamiento hospitalario "A TU LADO".
- Describir la estrategia de implementación.
- Dar a conocer el grado de implementación del programa.

Estudio observacional retrospectivo de los acompañamientos realizados desde el 15 de julio del 2015 hasta el 15 de junio del 2016.

La puesta en marcha se ha realizado en tres fases:

Primera fase:

Diseño del programa y presentación a la dirección del centro para su aprobación.

Difusión del programa a los profesionales del centro en sesión clínica hospitalaria.

Segunda fase:

Presentación del programa a las personas voluntarias.

Selección de voluntarios según perfil y disponibilidad personal.

Formación específica a los voluntarios seleccionados para poder realizar la tarea.

Tercera fase:

Selección de la unidad donde se va a pilotar el programa de acompañamiento (3 meses).

Difusión del programa a todos los profesionales implicados.

Puesta en marcha del programa: 15 de julio del 2015.

RESULTADOS

Durante el año 2015 se han detectado 23 casos con 63 acompañamientos. De los 66 acompañamientos, 42 han ofrecido respiro al cuidador.

En el 2016 se han realizado 110 acompañamientos con una detección de 33 casos. 63 de los 110 acompañamientos han dado descanso al cuidador.

CONCLUSIÓN:

Tras los resultados obtenidos se observa un incremento progresivo de acompañamientos asociado a un mayor conocimiento de la oferta del programa.

Los pacientes ingresados están acompañado por un voluntario cuando se valora la necesidad en el 100% de los casos detectados.

Los cuidadores hospitalarios disfrutan de tiempo personal añadido sobre el horario programado en el 100% de los casos detectados.

Los resultados muestran que la intervención es efectiva, ya que cubre las necesidades detectadas.

Se ha valorado y programado realizar un estudio más en profundidad para contrastar estos resultados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 800

TÍTULO: MEJORA DEL PROCESO DE FACTURACION A TERCEROS EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: DIAZ HOLGADO, ANTONIO J.; HERNANDEZ PASCUAL, M.; MARTINEZ SUAREZ, MA.; CAMACHO HERNANDEZ, AM.; LOPEZ ABAD, J.; TORRES MARTINEZ, MC.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los centros de salud (CS) de Atención Primaria (AP) disponían de procedimientos heterogéneos de Facturación a Terceros, desde el registro de los datos necesarios para realizar la facturación, hasta el formato de envío de esta información al departamento de gestión económica por diferentes vías y formularios.

Normalización y unificación de los procedimientos de Facturación a Terceros en todos los Centros de Salud de Atención Primaria.

Integración del procedimiento de Facturación a Terceros en la Historia Clínica Electrónica (HCE) de AP.

Envío de información automatizada desde la HCE de AP a la aplicación electrónica del departamento de Facturación a Terceros.

Constitución de un grupo multidisciplinar para la elaboración de un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) de Facturación a Terceros para AP. Este PNT recoge la normativa vigente a nivel de comunidad autónoma, definición del proceso de facturación, a quién y qué se factura, así como la documentación y el procedimiento por cada motivo de facturación.

La integración en la HCE consistió en la creación de un único formulario de registro asistencial con los diferentes motivos de facturación codificados y normalizados, así como los datos necesarios para emitir la facturación.

Se desarrollaron cuatro informes asociados que recogían automáticamente los datos registrados en el formulario electrónico: Accidentes de trabajo y Enfermedad profesional; Accidente de tráfico; Mutuality Funcionarios/Otros Seguros; Reglamentos Comunitarios y Convenios Bilaterales

Se pilotó en nueve CS desde junio 2013 a junio 2014. En julio de 2014 se extiende el procedimiento a todos los centros de salud de la comunidad, eliminando los envíos en papel del CS a departamento de Gestión Económica.

Se definió un indicador de "Ingresos facturados a terceros" para cada CS visible por los profesionales de cada centro.

Automatización del envío de información registrada en la HCE de los pacientes desde los CS al departamento de gestión económica en las primeras 24 horas tras la atención sanitaria.

Desde junio 2013 se aplicó el procedimiento en 297 pacientes; 5230 pacientes en 2014; 13005 en 2015; 6666 hasta mayo de 2016, siendo la HCE, la principal fuente de información para la emisión de la facturación por la asistencia sanitaria en AP.

La normalización y unificación del procedimiento de facturación a terceros ha permitido la elaboración de un formulario centralizado en la HCE, facilitando la sistematización de la recogida de datos requerida para abordar el registro del proceso asistencial y el inicio del proceso de facturación.

El envío y carga automática de la información necesaria, para emitir la facturación a terceros, desde los centros de salud disminuyen los trámites administrativos y el tiempo de respuesta en la emisión de las facturas. También se han incrementado los resultados económicos totales posiblemente por la mejora de la calidad del registro asistencial.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 801

TÍTULO: ERRORES COMUNES EN LA AUTOEVALUACIÓN EN LOS PROCESOS DE CERTIFICACIÓN DE UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA

AUTORES: RODRÍGUEZ-BENAVENTE, ANA.; CARRASCO-PERALTA, JA.; GONZÁLEZ-GAGGERO PRIETO-CARREÑO, L.; NOGUERAS-RUIZ, S.; PALOP-RÍO, A.; CENTENO-ASTUDILLO, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El modelo de certificación de la Agencia de Calidad Sanitaria (ACSA) otorga un papel relevante a la autoevaluación, en esta fase los profesionales de la Unidad identifican su posición actual, determinan a donde quieren llegar y planifican actuaciones para conseguirlo.

En la evaluación externa se recogen evidencias que permiten confirmar o no el cumplimiento de los estándares trabajados en la autoevaluación.

Analizar las causas por las que difiere el diagnóstico interno de una unidad del diagnóstico externo realizado por un equipo de evaluadores.

Se han comparado el nivel de cumplimiento de los estándares entre las fases de autoevaluación y evaluación externa con el Manual UGC en Unidades de Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Para este estudio hemos establecido una diferencia del 70% entre el porcentaje de cumplimiento medio de los diferentes estándares en autoevaluación y en evaluación inicial, etiquetando estos estándares como centinelas. Se han seleccionado los proyectos con evaluación inicial realizada entre enero de 2015 y mayo de 2016 (N=122) y hemos analizado las causas de incumplimiento.

Estándares con mayor diferencia de cumplimiento entre autoevaluación y evaluación (>70%):

- Los sistemas de información dan respuesta a las necesidades de información de la UGC, permitiendo el seguimiento de objetivos y resultados, y apoyando la toma de decisiones de la gestión del Centro (83,2%).
- La UGC garantiza el cumplimiento del plan de mantenimiento correspondiente al equipamiento que utiliza, conociendo y registrando las actuaciones realizadas, así como los resultados obtenidos (81,9%).
- Están definidos los mecanismos necesarios para la comunicación, registro, análisis y resolución de las desviaciones en la calidad o nivel de servicio de las actividades de soporte (81,0%).
- Se aplican procedimientos para garantizar la validez de los datos incluidos en los sistemas de gestión de la información (72,1%).
- La UGC asume la gestión de los bienes y servicios, y los procesos logísticos de su unidad como variables de su gestión (71,0%).
- Los indicadores de los procesos asistenciales implantados en la UGC se cumplen y mejoran (71,0%).
- La UGC cumple con los criterios de asistencia e interconsulta definidos y consensuados (70,5%).

Motivos de incumplimiento más frecuentes tras la fase de evaluación externa:

- La Unidad no ha definido mecanismos de evaluación interna de su actividad.
- Procedimientos de trabajo no definidos o no implantados en la Unidad.
- No se alcanzan los objetivos de calidad establecidos.
- Ausencia de registros que permitan el seguimiento y evaluación del trabajo realizado.

Los resultados señalan áreas de mejora en el enfoque de la fase de autoevaluación para estos estándares. Es necesario fomentar el uso de las herramientas de apoyo en esta fase y continuar con el desarrollo de nuevas vías que faciliten el abordaje interno a las Unidades en procesos de certificación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 802

TÍTULO: HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN DE CIRCUITOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS ADAPTADA AL PLAN ANDALUZ DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

AUTORES: CABRERA MUÑOZ, SALVADOR.; GONZÁLEZ-CARRASCOSA VEGA, T.; GARCÍA ORTIZ, JC.; DORMIDO SÁNCHEZ, M.; RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, MJ.; SÁNCHEZ GARCÍA, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Tras la implantación de las mejoras en los circuitos de urgencias hospitalarias propuestas por Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE), se hace evidente la necesidad de adaptar las herramientas existentes para facilitar el trabajo de los profesionales, mejorando el seguimiento de los pacientes durante su estancia y garantizar la confidencialidad de estos durante todo el proceso asistencial.

Diseño de una herramienta de mejora organizativa del proceso de asistencia en el Servicio de Urgencias.

Con motivo de la implantación de las recomendaciones recogidas en el PAUE se constituyó un grupo de trabajo para analizar la gestión de la asistencia a los pacientes atendidos en la unidad de urgencias. Uno de los principales campos de mejora se encontraba en el mantenimiento de la confidencialidad de los pacientes, la mejora de la comunicación entre los diferentes profesionales que participan en el proceso y el seguimiento al estado de las diferentes tareas que forman parte del proceso. El Servicio de informática diseñó una herramienta que pudiera dar soporte a estas necesidades.

La herramienta diseñada mantiene la confidencialidad del paciente en todo momento, mediante la asignación de un código alfanumérico, que identifica inequívocamente al paciente durante todo el proceso. Tras la asignación de este código, la aplicación permite registrar en el triage tres atributos al código asignado: criticidad, vulnerabilidad y consulta de asistencia. En cada consulta se genera una agenda en la que el médico puede modificar el estado del paciente como visto/no visto, y al que, tras la asistencia puede indicar la solicitud de pruebas diagnósticas (imagen o laboratorio), realización de curas, administración de tratamientos y traslados. Cada una de estas solicitudes genera tareas a realizar en la agenda del resto de profesionales que participan en la asistencia (enfermeras, celadores, profesionales de radiodiagnóstico y de laboratorio). En estas agendas, una vez realizadas las tareas, el profesional implicado puede informar de su realización, que puede ser seguida en todo momento por el médico responsable, que tiene en todo momento conocimiento del estado de su agenda asistencial.

Conclusión: La herramienta diseñada permite organizar y hacer seguimiento a todo el proceso de asistencia en urgencias, facilitando a todos los profesionales implicados conocer las tareas asignadas y su estado de realización. Esta mejora en la comunicación de los profesionales ha incorporado además una herramienta de confidencialidad de los datos del paciente en todo el proceso.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 803

TÍTULO: FORMACIÓN MASIVA EN EL USO Y MANEJO DE APLICACIONES CORPORATIVAS SANITARIAS EN ANDALUCÍA

AUTORES: ORTIGOSA MORENO, LUIS MANUEL.; RETAMAR GENTIL, JL.; SALADO CAÑAS, A.; GONZÁLEZ GONZÁLEZ, AM.; MARTÍN BERIIDO, MM.; MARTÍNEZ-CAÑAVATE, T.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El uso de sistemas de información corporativos tendientes a una estructura y organización centralizada es un elemento habitual en las organizaciones sanitarias. Todos los profesionales, independientemente de su perfil y puesto tienen en común el uso de aplicativos informáticos corporativos.

La información registrada en estos sistemas es fundamental e indispensable para el correcto funcionamiento de una organización y su gobernanza. Éstos deben ser consistentes, precisos y completos.

Factores como las rotación de profesionales en los diferentes puestos de trabajo, incorporación de funcionalidades y versiones en aplicativos ya existentes, además de la implantación de nuevos sistemas hacen imprescindible y fundamental tener una estrategia global de formación para asegurar que los sistemas se usen de forma adecuada.

Todas las aplicaciones informáticas deben llevar asociada una parte de formación para los usuarios. Es necesario tener un lugar único estructurado y organizado de tal forma que contenga contenidos adecuados actualizados que permitan a los profesionales consultarlos en cualquier momento y en cualquier lugar según su necesidad.

Los servicios de informática de los diferentes centros de trabajo reciben diariamente multitud de incidencias relacionadas con el uso y el manejo de los sistemas. Tanto equipo de informática como el propio profesional invierten un tiempo muy importante necesario en este tipo de problemas.

La Línea IAVANTE de la Fundación Progreso y Salud ha desarrollado este Plan de Formación promovido por la STIC (Subdirección de Tecnologías de la Información y Comunicaciones) y financiado por la estrategia de formación del SAS

- 1.Desarrollar competencias en el uso de los aplicativos informáticos corporativos en los profesionales del SSPA.
- 2.Facilitar y promover el uso adecuado de las aplicaciones mediante video tutoriales y casos prácticos
- 3.Desarrollar una plataforma web abierta con acceso permanente, que contenga contenidos actualizados, videos y documentos sobre funcionalidades y uso de los sistemas

El Plan de Formación TIC está compuesto por 16 AAFF sobre aplicativos como Receta XXI, Vacunas, Teledermatología, Gestión del Conocimiento, Circuitos Quirúrgicos

Se ha utilizado Formación Masiva a partir de videos, guías, presentaciones docentes, casos prácticos, bibliografía y preguntas-respuestas con las dudas más frecuentes de usabilidad. Este modelo ha sustituido, en gran medida, a la formación presencial en cascada realizada por los equipos de soporte informáticos, con un elevado coste en tiempo y recursos.

Entorno web de formación TIC para aplicaciones corporativas del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Está organizado en las Secciones: Formación, Noticias, documentación y vídeos. Accesible y abierto a todos los usuarios.

Entre 2014 y 2016 se han realizado 69 cursos, formando a 11.861 usuarios TIC del SSPA de los cuales 7.483 son mujeres. La media de edad es de 51 años y la satisfacción media de 75,27.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 804

TÍTULO: EVOLUCIÓN DEL INDICADOR: ISQUEMIA FRÍA EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO DEL HUNSC, DESDE EL AÑO 2009

AUTORES: VILLÁN GARCÍA, JULIO.; RODRÍGUEZ RAMOS, ST.; CERRO LÓPEZ, P.; DOMÍNGUEZ SUÁREZ, EA.; ROJAS VILLEGAS, NC.; SANTOS RUIZ, AC.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Hospital es el Centro de referencia de Trasplante Hepático (TH) para la CCAA Canaria. Desde el año 2009 tiene la certificación en la Norma ISO 9001/2008. Uno de los Indicadores de Calidad del proceso de gestión del TH, es la medición del tiempo de isquemia fría definido como “tiempo desde el clampaje en el donante hasta que se empieza a implantar el órgano”. Es fundamental para conseguir una buena supervivencia del injerto coordinar los tiempos entre la cirugía del donante y del receptor.

Ver la evolución de los tiempos de Isquemia Fría en el proceso del TH del HUNSC, para mejorar la calidad de los injertos. Identificar posibles acciones de mejoras, dentro de los estándares establecidos por La Sociedad Española de Trasplante Hepático.

Estudio descriptivo retrospectivo mediante el análisis del Indicador “Tiempo de Isquemia Fría” desde el año 2009 en el HUNSC. El indicador se inicia coincidiendo con el comienzo de años naturales y se ha establecido como período de consecución un año. Se recoge el dato de Tiempo de Isquemia Fría de todos los procedimientos quirúrgicos de TH y se hace la media anual. Los resultados se muestran en gráficas e histogramas.

La evolución del indicador por años fue la siguiente: año 2008: 8 horas(h); año 2009: 6,75h; año 2010: 6,50h; año 2011: 6,45h; año 2012: 6,26h; año 2013: 6,23h; año 2014: 6,46h; año 2015: 5,75h. Objetivando una tendencia positiva, descienden los tiempos, a pesar de la complejidad del proceso asistencial.

Para seguir avanzando en la mejora de la calidad de este indicador es necesario la implicación de todo el equipo multidisciplinar que interviene en el TH. La labor del equipo de Coordinación de Trasplante y del Equipo Quirúrgico son claves fundamentales del proceso. Comparándonos con el resto de hospitales que realizan TH, los resultados obtenidos son muy buenos, a pesar de la complejidad geográfica de nuestra Comunidad (insularidad).

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 805

TÍTULO: PLANIFICACION DE LA ACREDITACION DE LOS CENTROS SANITARIOS DE SALUD MENTAL. PARC SANITARI SANT JOAN DE DEU (PSSJD)

AUTORES: CANO VELASCO, ALEX.; POU MATARRANZ, C.; OTÍN GRASA, JM.; ALVAROS COSTA, J.; ESCUTÉ AMAT, M.; DE LA PUENTE MARTORELL, ML.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La acreditación de centros sanitarios es un proceso a través del cual una organización se incorpora a un sistema de verificación externa que evalúa su grado de calidad y competencia, en relación a un conjunto de referentes previamente establecidos, consensuados por expertos y adaptados a su territorio.

La acreditación guía e impulsa la calidad y los procesos de mejora. Proporciona prestigio, e información a profesionales y ciudadanos.

En nuestro caso es realizada por el Departamento de Salud, siendo requisito obligatorio para poder ser contratado por el Servei Català de la Salut.

El seguimiento y desarrollo del proceso se basa en la aplicación de los 9 criterios del EFQM (condiciones a cumplir para que la prestación pueda ser considerada de calidad) valorando su cumplimiento a través de aplicación de estándares y seguimiento de indicadores que cuantifican los niveles alcanzados en los aspectos de la práctica asistencial y de soporte marcados

Mostrar la planificación y metodología utilizada por la Unidad de Calidad y Seguridad del PSSJD para la preparación y seguimiento del proceso de Acreditación de Salud Mental propuestos por el Departamento de Salud

El PSSJD tiene 40 servicios sanitarios de salud mental (SM) susceptibles de acreditación y pertenecientes a: hospitalización (agudos/subagudos/larga estancia), atención comunitaria especializada (centros de SM y servicios de rehabilitación) y prisiones (hospitalización y comunitaria).

Se definen y planifican las actividades a realizar y los recursos necesarios para llevarlo a cabo en el periodo abril 15- diciembre 17.

Se constituye un Comité de Acreditación presidido por el director de Salud Mental, un grupo técnico operativo y varios grupos de trabajo con profesionales.

Se ha creado una Comunidad Virtual para compartir el trabajo así como facilitar la comunicación entre participantes

Se construye cuadro de mando para el seguimiento del cumplimiento de estándares e indicadores.

Se planifican autoevaluaciones periódicas

Se define el Mapa de Procesos de los servicios de SM y la cadena de valor "Modelo Atención a pacientes con Trastorno Mental Grave en SM".

Se elaboran planes funcionales de servicios asistenciales y de soporte, protocolos, procedimientos y programas requeridos.

En el año 2015, una primera autoevaluación refleja que el 14,3 % de los estándares estaban conseguidos, el 30,8% en elaboración y el resto, 54,7%, pendiente. Se detectan necesidades, redefinen estrategias y se extraen conclusiones

La preparación de la acreditación de salud mental supone un gran reto para el PSSJD, por su envergadura y dificultades para realizar por primera vez un proceso de esta índole, así como por el gran cambio de cultura de trabajo que supone.

No obstante es una excelente oportunidad para unificar práctica clínica, definir roles profesionales y potenciar la monitorización/evaluación de la actividad realizada, posibilitando mejoras en la calidad asistencial y en la seguridad del paciente

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 806

TÍTULO: LA FARMACIA HOSPITALARIA: BUSQUEDA DE LA EFICIENCIA MEDIANTE LA CREACIÓN DE GRUPOS DE TRABAJO MULTIDISCIPLINARES

AUTORES: VAZQUEZ PEREZ, RAQUEL MARIA.; GONZALEZ MENA, DE.; PEREIRO HERNANDEZ, RA.; FORJA PAJARES, FE.; RODRIGUEZ SANCHEZ, MA.; GARCIA JUAREZ, RO.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Encontrar factores estratégicos críticos que puedan ofrecer líneas comunes en la organización del centro para realizar un adecuado encauzamiento del gasto en CAP II y IV

Constituir grupo de trabajo que realice análisis e identificación de áreas de mejora y eficiencia al frente de las Unidades de Gestión Clínica de Farmacia Hospitalaria de los Hospitales U. Puerta del Mar y Puerto Real

Constitución de un grupo de trabajo cuyos componentes son la direcciones de UGC de Farmacia de los dos hospitales así como, dirección gerencia, las direcciones asistenciales y dirección económica, que determinaran las unidades transversales implicadas para el cumplimiento del objetivo. Su misión será la de subgrupos de estas unidades donde se les entrega información de la situación de partida para que propongan áreas de mejora y eficiencia.

La conclusión de este análisis es demostrar que la implicación de los profesionales sanitarios en la gestión tiene un impacto positivo en los resultados obtenidos

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 807

TÍTULO: VARIABILIDAD DE RESULTADOS EN HIPERTENSOS SEGÚN OBJETIVOS DE PRESIÓN ARTERIAL Y RECOMENDACIONES INTERNACIONALES

AUTORES: GARCIA TIRADO, MARIA CARMEN.; DE LOS RÍOS ALVAREZ, AM.; VALVERDE MORILLAS, MC.; MARTIN ROBLES, M.; RIVAS DEL VALLE, P.; CARRASCAL GARRIDO, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Existe controversia sobre el umbral de tratamiento de la hipertensión arterial y el objetivo de control en hipertensos tratados

Conocer la variabilidad de resultados en hipertensos (HT) de un Distrito Sanitario según objetivos de presión arterial (PA) y propuestas del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE2011) Sociedad Europea de Hipertensión/Cardiología (ESH/ESC2013) y Joint National Committee (JNC82014)

Diseño. Descriptivo. Ámbito. DSAP con 35 unidades de gestión clínica (UGC) Participantes. De un total de 70,710 HT registrados se eligió mediante muestreo proporcional al tamaño de las UGC, 1600 hipertensos de edad superior a 14 años (confianza 0,95, precisión 0,03 y valor esperado 50%). Mediciones. De la historia clínica digital se recabaron datos demográficos, diagnóstico de diabetes (DM) y enfermedad cardiovascular (ECV), prescripción de hipolipemiantes, y cifras de presión arterial, glucemia, colesterol y creatinina plasmática en último registro de 2014. Análisis. Descriptivo

El 59% de HT eran mujeres, el 79% con edad ≥ 60 años y el 27% ≥ 80 años; el 39% presentaba ECV y/o DM y el 7% creatinina >1,3 mg/dL. Sólo el 10% tuvo cifras de PASyPAD compatibles con hipertensión grado 2 y 3

La presión arterial sistólica en milímetros de mercurio (PAS) fue < 140 en 61% de HT,

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 808

TÍTULO: SOSTENIBILIDAD Y EFICIENCIA EN EL PROCESO DE GESTIÓN DE LAS DIETAS EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

AUTORES: QUÍLEZ CASTILLO, FRANCISCO JOSÉ.; FERNÁNDEZ SERRANO, Y.; BARBERÀ LLORCA, MA.; CASANOVAS CUELLAR, C.; RAYA GONZÁLEZ, L.; MARTI CARRASCO, N.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En nuestro hospital hasta el año 2013 se utilizaban diferentes aplicaciones informáticas durante el proceso de prescripción y solicitud de dietas que impedían asociar la dieta a la historia clínica del paciente, así como conocer la trazabilidad de ésta durante un episodio de hospitalización o de atención en el área de urgencias

- Conocer la trazabilidad de la dieta por paciente
- Simplificar el proceso de solicitud de dietas y prevenir los errores de transcripción
- Optimizar el proceso de producción / dispensación de dietas

Desarrollo

Fase I (marzo / abril 2013)

Integración y codificación de nomenclaturas: Gacela Care® y Nutriscience® (230 tipos de dietas)

Fase II (mayo / noviembre 2013)

Conexión web-service: Gacela Care® - Nutriscience® (unidades hospitalización)

SAP® - Nutriscience® (Urgencias, Críticos y Servicios Especiales)

Elaboración de procedimientos e instrucciones de trabajo provisionales

Formación en el uso de los nuevos aplicativos informáticos

Fase III (diciembre 2013)

Prueba piloto: Gacela Care® área de hospitalización y Nutriscience® en Urgencias

Fase IV (enero / febrero 2014)

Implementación progresiva en las unidades de hospitalización

Seguimiento y evaluación del proceso de solicitud y producción de dietas

Monitorización de incidencias y dietas no consumidas

Fase V (marzo / diciembre 2014)

Aprobación de procedimientos e instrucciones de trabajo definitivas

Elaboración y formación del plan de contingencia

Seguimiento y evaluación del proceso de solicitud y producción de dietas

Monitorización de incidencias y de dietas no consumidas

Fase VI (enero 2015 / marzo 2016)

Acciones de mejora y corrección de acuerdo a los datos de seguimiento mensual

El proceso de gestión ha mejorado con la integración de las diferentes aplicaciones informáticas. En el 2013 se elaboraron 249257 comidas, de las que no se consumieron 2.204, ha disminuido el porcentaje de dietas no consumidas respecto al total de la producción total, del 0,88% de 2013, al 0,40 y 0,69% de 2014 y 2015. Durante el primer trimestre de 2016 el % de dietas no consumidas es del 0,13% y confirma que el proceso es cada vez más eficaz y eficiente. Una comida tiene un peso aproximado de 0.65 kg, que implica que durante el año 2014 se han dejado de desperdiciar respecto al 2013, 1171 kg de alimentos, en el 2015 fueron 309,40 kg respecto al 2013 pero 451,75 kg más que en el 2014. En el 2016 solamente 78 kg de comida no han sido consumidos por causas ajenas al paciente respecto a un total de más de 60.000 Kg de alimentos procesados.

La integración de Gacela Care® y SAP® asistencial con el programa de solicitud y producción dietas (Nutriscience®) permite conocer la trazabilidad de la dieta y mejorar la seguridad del paciente. También ha contribuido notablemente a la sostenibilidad económica y medioambiental, ya que permite reducir no sólo el coste económico, sino el desperdicio de alimentos y la generación innecesaria de residuos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 809

TÍTULO: FORMACIÓN DE ACOGIDA HOSPITALARIA MEDIANTE UNA PLATAFORMA ONLINE. PRIMERA EXPERIENCIA EN ENFERMERÍA

AUTORES: RODRÍGUEZ-SADURNÍ, JOSEP; MASSÓ-GAROLERA, M.; TUSQUELLAS-OTO, C.; PAREJA-MARTÍNEZ, A.; RIERA-PAGÈS, T.; ALOY-DUCH, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

A principios de julio de 2015 se planteó la realización de una formación de acogida mediante la plataforma Elsevier para los profesionales de enfermería (enfermeras y auxiliares) que iniciaban contrato o llevaban poco tiempo con nosotros.

Al iniciar una nueva trayectoria profesional en el hospital, la persona recién llegada necesita de unos mínimos de información para poder llevar a cabo la misión que se le encomienda.

Rediseñar la formación de acogida de los nuevos profesionales de enfermería que se incorporan al centro, facilitando su aprendizaje así como el seguimiento continuado de los mismos durante un período de reciclaje/prueba, e implementando una herramienta más de evaluación en el período de tutela.

La formación de acogida está incluida dentro del procedimiento de tutela para los profesionales de nueva incorporación. Se diseñaron distintas tareas en la plataforma Elsevier para cada área de conocimiento: quirúrgica y bloque quirúrgico, médica, UCI, urgencias, socio-sanitaria, ambulatoria, y pediatría-materno.

Cada tarea está constituida por los procedimientos más prevalentes en las unidades asignadas.

Se creó el curso de acogida con la colaboración de Formación y se incluyó en el "Moodle" del hospital.

Al profesional se le adjudica una tarea y se le da un password para la plataforma; debe leer los procedimientos, contestar una autoevaluación (test de repuesta múltiple), y responder correctamente >70% de las preguntas.

Al finalizar el curso se les envía una encuesta online final. Las preguntas versan sobre: 1º dificultades técnicas de la plataforma; 2º adecuación de los contenidos; 3º problemas con los circuitos (inscripción...); 4º nivel de usuario informático; 5º opinión personal sobre la formación de acogida; y 6º valoración global de la formación

1) Formación: de 33 alumnos, realizaron la formación y la superaron 21 (64%). El resto no la superó al no entrar en el curso, la gran mayoría, en ningún momento (un alumno suspendió seis autoevaluaciones).

2) Encuesta final. La valoración global de la formación es muy alta 8,9 sobre 10, con respuestas en general muy buenas, expresando la importancia de la formación y las pocas dificultades para realizarla.

3) En general, la experiencia ha sido muy positiva, tanto para los responsables como para los alumnos. Las áreas de mejora se agruparían en: comunicación hasta llegar al alumno; la accesibilidad desde el Moodle; el papel, tanto del Gabinete de RH como de los mandos intermedios de enfermería y su implicación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 810

TÍTULO: EVALUACIÓN SISTEMATIZADA DE INDICADORES DE ACTIVIDAD EN ENFERMERÍA. HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE CUIDADOS

AUTORES: MORAN VALLE, IZASKUN.; VASCO RODRÍGUEZ, Y.; PRIETO PERDIGÓN, D.; FRANCH DÍAZ, E.; ALEJOS TENA, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Desde la dirección de enfermería de nuestro centro se apuesta por implementar mecanismos de medida de la calidad de los cuidados incorporando el acceso individual al aplicativo de monitorización de indicadores de actividad. El acceso al BINOMI (integrado en el programa OMI-Web) permite autoevaluar la actividad en relación al seguimiento del paciente con patología crónica proporcionando información detallada del cumplimiento de estándares. Esta herramienta de gestión ayuda en la toma de decisiones del profesional en relación a la planificación de sus intervenciones facilitando estrategias de mejora.

1. Diseñar el cuadro de indicadores de actividad de enfermería.
2. Definir estándar de cumplimiento según los criterios CatSalut.
3. Determinar estándar mínimo de cobertura para cada indicador en relación a la asignación poblacional.
4. Valorar la actividad no presencial realizada por el colectivo de enfermería.

Para poder evaluar tanto la actividad individual como de equipo, se confeccionó un listado de indicadores (Enero 2015-Mayo 2016) para cada área de atención al paciente. El criterio que determina la definición del indicador responde a líneas estratégicas del plan de dirección. De este modo se establecieron los siguientes grupos:

- Paciente Adulto con patología crónica: HTA, DM, DISLIPEMIA Y MPOC.
- Cuidados Generales del adulto: Evaluación de Riesgos, Fragilidad y Cronicidad, PAPPS, Vacunación y valoración del Dolor.
- Atención Pediátrica: cumplimiento del Programa Niño Sano, cobertura vacunal y detección de obesidad infantil.
- Atención Domiciliaria: Cobertura ATDOM, Valoración Geriátrica Integral y Plan de cuidados.

Los resultados de los indicadores se actualizan en el sistema con periodicidad mensual, lo que permite realizar un seguimiento continuo de la actividad realizada por el profesional. Además, el análisis global (incorporando un estándar de centro) y la puesta en común a todo el equipo genera estrategias de mejora adaptadas al patrón funcional individual. Esta sistemática propicia una actitud crítica y pro-activa en relación a la planificación de nuestros cuidados a la vez que facilita un vínculo relacional con la persona ya que el contacto se retoma desde el centro mediante contacto telefónico. Dado que el sistema además proporciona listados, el profesional puede realizar revisión de HC sin que el paciente esté presente y programar las intervenciones pendientes.

- Mostrar la evolución de la consecución de estándares de actividad de manera sistemática es una buena herramienta para incentivar al profesional de enfermería en su actividad asistencial.
- Desde la implementación del sistema se han conseguido mejoras en la cumplimentación de estándares.
- La autogestión por parte del profesional genera cambios en la manera de proporcionar cuidados favoreciendo la pro-actividad, lo que proporciona autosatisfacción individual y colectiva.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 811

TÍTULO: GESTIÓN POR PROCESOS EN UNA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DE AP Y SU UTILIDAD EN EL IMPULSO DE LA CALIDAD

AUTORES: VELASCO VELASCO, RAFAEL.; DE LA VARGA GALLEGU, S.; JAÉN MARTÍN, E.; DULANTO BANDA, R.; GARCÍA DURÁN, S.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El enfoque a los procesos es uno de los principios en los que se basa la norma ISO de Sistema de Gestión de Calidad. La Unidad de Fisioterapia de Atención Primaria de un área sanitaria decidió certificar por la norma ISO 9001:2008 en 2015, debiendo para ello cumplir con este principio pero sin saber cómo iba a repercutir en la calidad asistencial dentro del servicio).

Describir la implementación de la gestión por procesos en una unidad de fisioterapia, desde el diseño de los mismos hasta la obtención de indicadores y la implicación de los profesionales.

Material y métodos /Descripción de la experiencia

En octubre de 2014 se impartió en la UFAP un taller de procesos y se la tarea de poner en común las etapas de los procesos previamente elegidos por el coordinador de la UFAP bajo dos requisitos: sencillez y representatividad. Durante 2 meses se recogió la información y se elaboraron el mapa de procesos, las fichas de procesos, los procedimientos y los diagramas de flujo. Se diseñó al menos un indicador por proceso clave según los criterios SMART: eEspecífico, Medible, Alcanzable, orientado a Resultado y con Tiempo (plazo) de ejecución, y una matriz de definiciones y recogida de los datos. Los indicadores fueron pilotados en enero y febrero del 2015 e integrados al Sistema de Gestión de Calidad. Un año después la UFAP se reunió con la Subdirección de Enfermería para presentar los resultados. En marzo, en la revisión del sistema anual, el comité de calidad de la UFAP analizó el impacto de los procesos en la actividad asistencial. Los documentos y registros se difundieron con los profesionales del servicio a través de sesiones y de un sistema compartido de archivos online.

Los macroprocesos clave elegidos y elaborados fueron: Atención Individual y Atención Grupal, ambos compuestos por Diagnóstico, Tratamiento y Alta, y Educación para la Salud (EpS), cuyos procedimientos específicos fueron Identificación de necesidades, Planificación, Ejecución y Evaluación. Aunque el comité de calidad de la unidad tomó medidas a tiempo a raíz de las dificultades en la retroalimentación y el cumplimiento de los indicadores y la implantación de los procesos por parte de los miembros de la UFAP, a finales de año alcanzaron el estándar solo 2 de los 5 indicadores diseñados, llegó a niveles tolerables uno y no se cumplió el objetivo en dos de ellos, ambos relacionados con EpS. En abril de 2015 se puso una no conformidad por no haber desarrollado aún los procedimientos relacionados con ese mismo proceso corrigiendo el problema. El comité de calidad ha decidido mantener para 2016 tanto los procesos como sus indicadores, especialmente de EpS, esta vez fomentando la implicación de toda la unidad, esta vez con el apoyo directo de la Dirección, promoviendo la participación en la revisión (y quizás simplificación) de los procesos e incluyendo sesiones de uso del gestor documental en el Plan de Formación. Ha habido una mejora en el primer cuatrimestre de 2016.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 812

TÍTULO: MODELO AUTONÓMICO DEL PLAN DE MEDIDAS DE EFICIENCIA DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA

AUTORES: GONZALEZ MENA, DEMETRIO.; VAZQUEZ PEREZ, RA.; PEREIRO HERNANDEZ, RA.; FORJA PAJARES, FE.; DELGADO MORENO, SI.; GARCIA JUAREZ, RO.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Conformar un marco óptimo para el máximo desarrollo y aplicación efectiva y funcionales de carácter estratégico que el Servicio Andaluz de Salud ha venido incorporando en estos últimos años especialmente en lo referente al Sistema Integral de Gestión Logística (SIGLO)

Contribuir a la consecución de los objetivos económicos del Servicio Andaluz de Salud (SAS), encontrar factores estratégicos críticos que permitan un adecuado encauzamiento del gasto en CAP II y IV y lograr un mayor compromiso del profesional en la toma de decisiones no solo clínica sino también de optimización de recursos, fomentando una cultura de corresponsabilidad en el control del gasto sanitario.

Es fundamental la participación de las UGS en la elaboración del plan de medidas para identificar las propuestas claves allí donde se encuentren decisores del gasto. Las UGC deben proponer medidas de optimización del uso de los recursos y de la racionalización del consumo y evaluar la ejecución de estas medidas

Para el registro, seguimiento y evaluación de los planes de eficiencia se han definido dos modelos normalizados de recogida de información:

Un modelo de definición del plan : Se identifica y caracterizan las medidas mediante la descripción de las mismas

Un modelo de seguimiento del plan: Evaluaciones trimestrales y configuración de los parámetros de consulta

Es fundamental la participación de las UGS en la elaboración del plan de medidas para identificar las propuestas claves allí donde se encuentren decisores del gasto. Las UGC deben proponer medidas de optimización del uso de los recursos y de la racionalización del consumo y evaluar la ejecución de estas medidas

Es fundamental la participación de las UGS en la elaboración del plan de medidas para identificar las propuestas claves allí donde se encuentren decisores del gasto. Las UGC deben proponer medidas de optimización del uso de los recursos y de la racionalización del consumo y evaluar la ejecución de estas medidas

Se demuestra que la incorporación de las medidas de eficiencia pactadas y planificadas por la propia UGC tiene un impacto directo y positivo sobre la gestión y control de la propia unidad

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 813

TÍTULO: QUEREMOS APRENDER A USAR DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO (DEA) DE LA VIA PÚBLICA....NOS ENSEÑAN DES DE EL CENTRO DE SALUD?

AUTORES: GAVALDA ESPELTA, ESTER.; CURTO ROMEU, C.; BONFILL ESTELLE, M.; IRIGOYEN GARCIA, T.; LUCAS NOLL, J.; FERRE FERRATE, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el mundo occidental y entre estas destaca la muerte repentina cardíaca, que se produce cuando el corazón deja de bombear sangre por un problema eléctrico.

La mayoría de las muertes repentinas cardíacas sucede fuera del ámbito sanitario, constituyen un problema importante de salud pública. Actualmente, cerca de 4.000 personas mueren cada año en Cataluña por esta causa, que aparece de forma imprevisible y afecta a personas de todas las edades y sexos.

Los primeros minutos después de un paro cardíaco sueño clave para la supervivencia. La única manera de salvar quién la sufre es interviniendo con un desfibrilador, pero hasta hace poco, estos aparatos se encontraban en espacios muy concretos y su uso estaba muy restringido.

El objetivo de establecer este programa formativo es que la ciudadanía pierda el miedo en el uso del desfibrilador y que aplicar los protocolos de Apoyo Vital Básico y utilizar el desfibrilador externo automático (DEA).

Por este motivo, se impulsó un programa que contempla la instalación de una red de desfibriladores automáticos, de acceso libre, situados en la calle y otros espacios públicos. El Ayuntamiento de Amposta con la colaboración de la CAP (Centro de Asistencia Primaria) de Amposta ha organizado varios cursos de apoyo vital básico y de uso del desfibrilador externo automático (DEA) dirigido a la ciudadanía, al personal del Mercado Municipal, Policía Local y personal de Deportes.

Durante el primer semestre del 2016 se han hecho 3 cursos de 12 personas cada uno y la formación ha ido a cargo de un médico y una enfermera del CAP de Amposta, las dos instructoras acreditadas por el Consejo Catalán de Resuscitación (CCR).

Pensamos que como referentes de salud de nuestro territorio es importante realizar esta formación acreditada a la población

La experiencia ha sido valorada positivamente por los alumnos que han asistido a la formación, siendo común en todos ellos que folicitan esta formación de forma bianual para que no se les olvide y perder el miedo al uso del desfibrilador.

Por otro lado, el Ayuntamiento también tiene previsto organizar otros cursos de formación y conocimiento del uso de los desfibriladores abiertos a la ciudadanía. Los aparatos están situados al Mercado Municipal, al Campo de Fútbol, a la Piscina Municipal y a la Policía Local.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 814

TÍTULO: OPINIÓN SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO: ¿COINCIDEN PROFESIONALES Y USUARIOS?. ESTUDIO CUALITATIVO CON GRUPOS FOCALES

AUTORES: SABATER-RAGA, ROSA M^a.; OLIVER-LLOREDA, A.; DALMASES-CUYÀS, R.; ALOY-DUCH, A.; YETANO-LAGUNA, V.; PADRÓS-BOU, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Consentimiento Informado (CI) debe entenderse como un proceso de comunicación que se desarrolla dentro del acto clínico en que el paciente competente, o en caso de paciente incompetente su tutor, acepta o declina un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de recibir la información adecuada del médico responsable.

Presentar los resultados obtenidos a partir de diferentes grupos focales, en los que se evaluaba la percepción de los profesionales y de los usuarios, sobre cómo se realiza y se entiende el CI en un hospital universitario.

Desde los comités de "ética" y de "atención al usuario" del centro surgió la necesidad de evaluar la percepción de los usuarios y de los profesionales sobre la calidad general del CI: 1) la cantidad de información, 2) el grado de comprensión, 3) la adecuación del lugar, 4) el tiempo de reflexión, y 5) el respeto a la decisión tomada. Se decidió utilizar el método cualitativo del grupo focal (GF) planificándose 3 de ellos: usuarios, profesionales expertos, y residentes.

Para el GF de usuarios se contactó por teléfono, aleatoriamente, a 80 pacientes ingresados durante el primer semestre de 2015 de distintas especialidades troncales. Por otra parte se convocó, a finales de 2015, a un GF de profesionales expertos, y otro de residentes de últimos años. Los diferentes grupos fueron moderados por la Dirección de Calidad.

Se realizaron tres sesiones. 1) Oct-2015, de 15 pacientes confirmados asistieron 9 (60%); 2) Abril-2016, de 25 residentes acudieron 4 (16%); 3) Abril-2016, de 30 acudieron 19 (63%).

El 100% de los GF opinaban que era tanto un derecho del paciente como una obligación del profesional; y coincidieron en que la cantidad de información, el lugar, y el tiempo de reflexión, y el respeto a la decisión tomada fueron adecuados en > 90% de las opiniones.

En cuanto a la comprensión, un 10% de los usuarios verbalizaron que se daba demasiada información técnica expresando, el 100%, su confianza en los profesionales sin solicitar más explicaciones.

Las opiniones de los dos grupos profesionales fueron más críticas respecto a los usuarios, detectando un gran desconocimiento sobre la documentación existente y de los límites del CI sobre cuando pedirlo o no, un bajo nivel de cumplimiento de los CI necesarios, y dudas sobre quién debía pedir y cumplimentar el CI, en aquella prueba donde el profesional que la solicitaba no era el mismo que el que la realizaba (Rx, endoscopias...).

El CI no se percibe como una oportunidad de mejora para los usuarios, pero sí para los profesionales y los comités de ética. Destacar la problemática detectada en el profesional sobre quien es el responsable del CI en cuanto hay más de un profesional implicado (solicitud /realización), y la necesidad de mejorar la información sobre qué tipos de pruebas precisan de un CI.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 815

TÍTULO: PROMOCION DE LA FORMACION CONTINUADA ACREDITADA DESDE LAS UNIDADES DE GESTION CLINICA

AUTORES: GONZALEZ ARCOS, SARA.; GOMEZ GARCIA, S.; MARTIN RUDILLA, F.; CRUZ TORRES, R.; POZO RUDA, MC.; FALCON ZAMBRANO, MD.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El proceso de planificación del Plan de formación se inicia desde la Unidad de Formación Continuada (UFC) solicitando a las Unidades de Gestión Clínica (UGC) que propongan desde su Unidad aquellas acciones para dar respuesta a las necesidades atendiendo a las competencias profesionales evaluadas y los Planes de Desarrollo Individual originados en la EDP. Las acciones dirigidas a personal sanitario deberán ser acreditadas ante la ACSA. La acreditación de la formación es un objetivo estratégico de nuestra organización para garantizar la mejora continua de la calidad de la formación de los profesionales..

Analizar las acciones formativas promovidas desde las UGC de nuestro centro y su temática.

Estudio observacional descriptivo de las acciones formativas acreditadas promovidas desde las Unidades de Gestión Clínica a lo largo del año 2015.

Fuente: Aplicación para la gestión de la formación de HUVR_ATENEA Aplicación informatizada Mejora_F.Variables:Nº de acciones formativas acreditadas promovidas por UGC tipología y Temática.

El 91,81% de las UGCs promueven y acreditan acciones formativas en el UFC de HUVR.El 89,19% de las UGCs acreditan sesiones clínicas y un 54,02% acreditan las acciones formativas bajo la formula de actividades.Un 51,35 % de las UGCs acreditaron tanto sesiones como actividades.Tan solo el 8,11% UGC(3 de ellas)no han acreditado, por la UFC,ni actividades ni sesiones durante el 2015.Según temática, el 83,41% de estas acciones versan sobre Práctica clínica, seguido de las que tratan sobre Docencia y Calidad con un 5,83% y 3,32% respectivamente. Les siguen las actividades y sesiones que tienen temáticas relacionadas con la Investigación (2,96%) y la Salud Pública (2,69%), siendo la temática menos tratada la gestión clínica con un 1,79 %.CONCLUSION la gran mayoría de las UGC, más de un 90% de ellas,está comprometidas con el desarrollo de sus profesionales promoviendo acciones formativas que dan respuesta a las necesidades detectadas en sus profesionales, tan solo 3 de las 37 UGC no han acreditado por la UFC de HUVR ,nos lleva a realizar un estudio de las causas, con el fin de establecer medidas correctoras a desarrollar durante el 2016 para lograr implicar a la totalidad de UGC. El tipo de acciones que más acreditan y promueven las UGC son las sesiones clínicas, hecho que sitúa HUVM- HUVR a la cabeza el ranking publicado en el boletín trimestral de la ACSA siendo el centro que mas acredita.En cuanto la temática, la más frecuente es la práctica clínica frente a la gestión clínica que es precisamente la temática que menos se aborda en la formación promovida desde las UGCs.Concluimos que las UGC están muy implicadas en la Planificación y Programación de las Acciones formativas que se desarrollan y acreditan en la UFC de HUVR realizando el análisis que garantizará que la oferta formativa, de respuesta a las necesidades detectadas, de adquisición, actualización o desarrollo de competencias de los profesionales a los que va dirigida.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 816

TÍTULO: EVOLUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DE UNA UNIDAD DE FISIOTERAPIA ANTES Y DESPUÉS DE LA CERTIFICACIÓN ISO

AUTORES: JAÉN MARTÍN, ESTHER.; DE LA VARGA GALLEGO, S.; DULANTO BANDA, R.; VELASCO VELASCO, R.; GARCÍA DURÁN, S.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La voz del cliente externo impulsa la mejora continua de un servicio certificado por la ISO 9001-2008. Tras un año con dicha norma la Unidad de Fisioterapia de Atención Primaria (UFAP) se planteó valorar su evolución.

Valorar el impacto de las medidas implementadas a raíz de la satisfacción de los pacientes tratados en una UFAP en 2015 utilizando los resultados de 2016.

Comparación de resultados de una encuesta de satisfacción de 8 preguntas con una escala de 5 ítems y un apartado abierto de comentarios, aplicada antes y después de actuaciones para la mejora de la satisfacción. El cálculo muestral se hizo según el procedimiento general de la institución. La encuesta se entregó al finalizar el tratamiento de fisioterapia. Se preguntó por el trato con el usuario, respeto de su intimidad, información respecto a las normas de funcionamiento del servicio y la propia patología, facilidad para encontrar la sala de Fisioterapia y la confortabilidad de la misma. Se recogieron medidas de tendencia central (media, mediana, moda), de dispersión y de frecuencia. Los comentarios se codificaron de forma similar a los ítems preguntados, clasificándolos como positivos, negativos o neutros. Se midió la evolución de áreas en las que la UFAP realizó al menos una acción de mejora.

Se recogieron 154 encuestas en 2015, con puntuación media global de 4,69. La pregunta mejor valorada fue "Trato Recibido", con una media de 4,92 puntos, con una clasificación de "Bueno" o "Excelente" del 99,35%. Las peor valoradas fueron Confortabilidad de la Sala de Espera, Facilidad para hallar la sala e Información para el domicilio (medias de 4,36, 4,62 y 4,65). 34,6% de los 52 comentarios fueron negativos, principalmente sobre la temperatura de las salas (6), la duración del tratamiento (4) y la insuficiencia de personal (4). Tras los resultados se solicitó a mantenimiento la reparación del mobiliario roto, la adecuación de la temperatura de las salas y una mejor señalización, y se estandarizó la entrega de información al alta sobre 2 de las patologías más comunes, asociando 2 de estas actuaciones a objetivos de calidad. En 2016 se realizaron 99 encuestas y se obtuvo una media de todos los ítems de 4,70. La peor valorada volvió a ser Confortabilidad (media 4,11) pero mejoró la facilidad de acceso (4,72). Se pasó a medir cuantitativamente la entrega de información al alta (73,1% de promedio refirieron haberla recibido). Los comentarios sobre temperatura bajaron a la mitad en los mismos centros pero aparecieron quejas sobre mobiliario (no se llegó a arreglar el que estaba deteriorado, se abrió No Conformidad). La satisfacción del paciente en la UFAP en ambos años son similares o presentan una leve mejoría, aunque se seguirá trabajando por ello. La norma ISO 9001-2008 nos ofrece una oportunidad para llevar a cabo acciones de mejora teniendo en cuenta sistemáticamente la voz del cliente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 817

TÍTULO: YO, LAS CERTIFICADAS LAS QUE MANEJA LA SANIDAD PÚBLICA. ESTUDIO CUALITATIVO DE LA PERSPECTIVA CIUDADANA ANTE LA MHEALTH

AUTORES: HERRERA-USAGRE, MANUEL.; BUIZA-CAMACHO, B.; ESCOBAR-UBREVA, A.; FERRERO ÁLVAREZ-REMENTERÍA, J.; SANTANA-LÓPEZ, V.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En el marco de proyecto mSSPA, cuyo objetivo principal es el desarrollo un ecosistema de innovación basado en servicios móviles de salud interconectados con los sistemas del SSPA, se pone en marcha el Barómetro Andaluz de Aplicaciones Móviles de Salud para conocer la perspectiva general de la situación real de Andalucía en el uso de apps de salud.

Analizar la percepción y discursos sobre el uso de aplicaciones móviles de salud de la ciudadanía para la realización del primer “Barómetro Andaluz sobre aplicaciones móviles de salud en Andalucía”.

Investigación cualitativa mediante Grupo de discusión (GD): Usuarios (4 hombres y 4 mujeres) de aplicaciones para móviles con edades comprendidas entre los 20 y los 65 años, residentes en Sevilla. Método de captación: Selección aleatoria entre la base de datos de contactos existentes. Fecha de celebración: enero 2016. Software de análisis ATLAS.Ti

Del análisis de discurso realizado se encontraron varios polos de tensión entre las opiniones.

Polo de tensión I. Público-privado. Este eje ha fragmentado a los y las participantes en diversas ocasiones. Los discursos se han posicionado a lo largo de un eje que iba desde una posición pro-pública o estatalista pura, que defiende el control monopolístico público de las APS, hasta una posición pro-privada o liberal que defendía la libre competencia en un mercado de desarrollo de APS.

Polo de tensión II. Exceso de información. En esta ocasión, este eje ha mostrado agrupamiento en torno a dos ideas-fuerza. Por un lado, el exceso de información como un elemento negativo asociado a la confusión, la falta de capacidad de discernir opciones mejores o peores y los problemas para las personas de edad avanzada. Por otro lado, la elevada densidad de información como un aumento de las posibilidades de elegir del individuo, que es capaz de identificar cuáles son las mejores opciones, y que eleva el nivel de complejidad y competencia, y por tanto de calidad y desarrollo, del mercado.

Polo de tensión III. APS Genérica-específica. El último polo de tensión identificado organizaba a los y las participantes según su planteamiento, más en favor del desarrollo de APS específicas para problemas concretos (y por tanto que cada cual pueda obtener la que más le convenga) o más en favor de APS genéricas con instrucciones generales para los tratamientos. Sobre este eje también deberán centrarse las pesquisas estadísticas posteriores.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 818

TÍTULO: METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LA GOBERNANZA DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA DE ANDALUCÍA

AUTORES: REYES-ALCÁZAR, VÍCTOR.; CEREZO ESPINOSA DE LOS MONTEROS, JJ.; HERRERA-USAGRE, M.; TORRES-OLIVERA, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La gobernanza, entendida como la participación en la toma de decisiones de todos los grupos relevantes para el adecuado funcionamiento de una organización, es esencial en el ámbito de las unidades de gestión clínica (UGC).

Descripción de un modelo definido para la evaluación de la gobernanza de las UGC en Andalucía.

Primero, se estudió todo el contenido referente a la gobernanza en documentos estratégicos del Servicio Andaluz de Salud (SAS), incluyendo los acuerdos de gestión de UGCs de 2015.

* El SAS ha identificado 5 buenas prácticas en gobernanza:

- (1) que exista una Dirección Profesional.
- (2) que se cuente con una Comisión de Dirección de la unidad.
- (3) orientación a resultados (clínicos, en salud, de eficiencia y económicos).
- (4) que se tenga en cuenta la participación ciudadana.
- (5) que se aprenda del trabajo realizado, para desarrollar innovaciones que mejoren la gestión de la unidad.

Segundo, se llevó a cabo una revisión estructurada de la literatura para identificar otras iniciativas internacionales realizadas para la evaluación de la gobernanza en centros sanitarios.

* Se encontraron referencias en la literatura de las siguientes instituciones: Accreditation Canada, American Accreditation Commission International, Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, The Joint Commission, The National Health Service, Institute of Hygiene of the Catholic University of the Sacred Heart junto & Eurogroup Consulting Alliance.

Tercero, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) elaboró un cuestionario online de 20 preguntas, para facilitar que los directores/as de UGCs realizaran una autoevaluación de la gobernanza de sus unidades según los criterios promovidos por la Dirección Corporativa del SAS.

* 3 preguntas sobre el número de profesionales por cada categoría.

* 4 preguntas sobre la Dirección Profesional de la unidad clínica.

* 3 preguntas sobre la orientación de la Dirección Profesional de la unidad: porcentaje de objetivos del acuerdo de gestión que son de resultados clínicos, medidas de eficiencia de la UGC e impacto económico de éstas.

* 3 preguntas sobre participación de profesionales.

* 4 preguntas sobre la Comisión de Dirección de la UGC.

* 1 pregunta, sobre la participación de los usuarios en las decisiones que les afectan.

* 1 pregunta, sobre la existencia de un Plan de desarrollo e innovación organizativa.

* 4 preguntas a responder por todos los profesionales de la unidad para conocer su opinión sobre el documento de gestión integradora, su participación, y el conocimiento de los objetivos de la unidad.

Cuarto, se ha realizado un muestro de UGC para ser evaluadas in situ, asegurando la significación y representatividad a nivel provincial y de centro sanitario.

El modelo definido para la evaluación de la gobernanza de las UGC en Andalucía asegura el compromiso de rigor metodológico establecido por la Dirección Corporativa del SAS con la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 819

TÍTULO: HACIA LA MEJORA DE LA EFICIENCIA: PROYECTO LEAN EN EL GABINETE DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA

AUTORES: MASSÓ-GAROLERA, MONTSERRAT; RODRÍGUEZ-SADURNÍ, J.; PÉREZ-GIMÉNEZ, G.; TOLOSA-MUÑOZ, C.; TUSQUELLAS-OTO, C.; ALOY-DUCH, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Lean promueve un sistema asistencial sin despilfarros, depurando todos los procesos para optimizar los resultados y eliminando lo superfluo para quedarse con lo que verdaderamente aporta valor y dar una respuesta ágil a las demandas del entorno, trabajando mejor, no más.

El Gabinete de Recursos Humanos de Enfermería (GRHE), dependiente de la Dirección de Enfermería, desarrolla la planificación y gestión de todo el personal de enfermería del hospital (>800 profesionales) durante los 365 días del año. Está constituido por una jefa de área (enfermera) y tres administrativas, y.

A mediados de 2015, se hizo necesario revisar el funcionamiento del GRHE para mejorar su eficiencia y eliminar todo aquello que no aportara valor.

Valorar los problemas, las causas, y les posibles acciones de mejora a realizar, rediseñando el proceso de coberturas y planificación del GRHE, mediante la metodología Lean.

En mayo de 2015, a partir de un análisis presencial, de un grupo nominal inicial y de una recogida de datos cuantitativa (en tiempo) de las administrativas del gabinete se plantearon y valoraron los problemas existentes y sus causas, con las posibles acciones de mejora a realizar.

Basándonos en las "5s", se decidió: 1. Eliminar lo sobrante; 2. Ordenar lo que teníamos; 3. Limpiar lo que se pudiera; 4. Estandarizar y revisar lo que teníamos o lo que deberíamos hacer de nuevo; 5. Mejorar continuamente con indicadores y con la Jefa del Gabinete liderando el proceso.

Durante los 12 meses de Lean, se realizaron 6 reuniones y con 10 profesionales. Los problemas y las causas detectadas fueron:

1. Interrupciones múltiples en las actividades diarias de las administrativas (no cumplimiento de la normativa y procedimientos GRHE)
2. Problemas de comunicación con la dirección de RRHH (indefinición de circuitos, tareas y prioridades)
3. Indefinición de responsabilidades de cada colectivo actor en el proceso.

A continuación, se definieron 16 objetivos y actividades de mejora, destacando:

1. Describir las funciones del GRHE (jefas de área y asistenciales, y administrativas)
2. Procedimentar las actividades diarias
3. Rediseñar y actualizar todos los procedimientos y formularios actuales existentes
4. Revisar y rediseñar la normativa de funcionamiento del GRHE
5. Rediseñar el cuadro de mando de indicadores

En junio de 2016, se han cumplido 9 (56%) de los objetivos, parcialmente 3 (19%), pendientes 3 (19%) y se ha desestimado uno por su difícil ejecución (6%).

El cuadro de mando de indicadores asociado:

1. Porcentaje de coberturas no realizadas (estándar < 1%) Actual: 0,2%
2. Número de profesionales con más de cuatro llamadas telefónicas sin respuesta (estándar: >2) Actual: 0

Revisar i/o rediseñar un proceso, mediante la metodología Lean, aporta un evidente beneficio al detectar áreas de mejora, replantea al profesional la forma de realizar sus actividades ayudando a tener una visión más crítica.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 820

TÍTULO: ANÁLISIS RESTROPECTIVO DE LA ADHERENCIA A ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA EN UN AREA DE GESTIÓN SANITARIA PÚBLICA

AUTORES: FONTANILLA PARRA, M^a JOSE.; RUBIO BARRANCO, A.; ARIAS TENA, M.; FERNANDEZ PADILLA, A.; ALVAREZ FERNANDEZ, MJ.; GONZALEZCARRASCOSA VEGA, T.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En el año 2012 se constituye el Área de Gestión Sanitaria, lo que supone un aumento importante en la dispersión geográfica de los profesionales que atiende la Unidad de Formación. En este contexto la generación y actualización del conocimiento ocupa un lugar crucial con el fin de garantizar que todos los profesionales puedan adaptarse y responder a necesidades de la población que atiende. La utilización de Internet como plataforma para el aprendizaje en salud nos ayuda a acercar la formación a los lugares más lejanos

Analizar los resultados obtenidos de asistencia, absentismo y satisfacción en las actividades de formación continuada, relacionadas con la formación necesaria para la implementación de estrategias de Planes Integrales y el desarrollo de competencias trasversales y específicas, dentro del marco del Plan Anual de Formación del Área

Auditoria de resultados obtenidos en Cuadro de Mandos del Plan de Formación, analizando los resultados globales obtenidos de enero a diciembre de 2015

Durante el año 2015 se han realizado 137 actividades de formación y 70 Sesiones Clínicas. El número de solicitudes recibidas han sido de 3485, admitidos en los cursos a 3410 alumnos/as, asisten 2891 finalizando su formación 2605 (89%) con un abandono general del 11%. En cuanto al formato de la formación 104 (77%) son cursos, 27 (20%) talleres, 3(2%) Jornadas y 1(1%) Rotación Interna. Por modalidad 27(20%) han sido On-line, 57(42%) Presenciales y 51(38%) Semipresencial.

En el análisis del abandono general encontramos que en las actividades presenciales es del 1%, las semipresenciales del 18% y las actividades on-line 15%.

Si analizamos el abandono por temática y modalidad en las actividades de Competencias Transversales el (44,67% Semipresencial) (Presenciales todos finalizan) (On-Line 55,33) Dentro de las Competencias Específicas (On line abandonan (11,11%) Presenciales 77,78%) y 11,11% On Line) y en los PPII en abandono general es 6% (25% semipresencial y 75% On Line) finalizando todos en aquellas que son presenciales. El aprendizaje mediante plataforma virtual permite a los/as alumnos/as participar en el lugar y en el momento adecuado para ellos/as, sin embargo en nuestro formato virtual y semipresencial es donde observamos mayor número de abandonos, sobre todo en las actividades relacionadas con la necesidad de desarrollar competencias para la implementación de estrategias de Planes Integrales. Realizaremos un análisis cualitativo de las causas que originan el abandono en general y de este en este formato en particular con la finalidad de implementar las áreas de mejora pertinente

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 821

TÍTULO: ESTAMOS INTEGRADOS: SALUT+SOCIAL

AUTORES: CURTO ROMEU, CLAUDIA.; GAVALDA ESPELTA, E.; BAUCELLS LLUIS, J.; ZAERA PORRES, M.; FERRE FERRATE, M.; LLETÍ ESTUPIÑÀ, S.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Salut+Social: es un proyecto que permite implantar un sistema de comunicación ágil, fluido y con garantías, entre los servicios de salud y los sociales que era inexistente al territorio. También introduce los conceptos de método, rigor, registro y evaluación de la información entre los dos sistemas de bienestar. Esta herramienta tecnológica, además, ha potenciado la creación de un primer nivel conjunto de trabajo entre los servicios sociales y de salud a escala local, donde una comisión se reúne con carácter mensual para coordinar, entre otros aspectos, el programa de Atención domiciliaría (ATDOM) y el Servicio de Ayuda a domicilio (SAD) Social y Dependencia. En estas reuniones se abordan casos comunes para los servicios y se discuten estrategias de intervención.

En el ámbito de los servicios sociales se refuerza el papel de los técnicos de dependencia y de servicios de atención domiciliaria como referentes de la coordinación con el ámbito de la salud, dado que son estos los profesionales encargados de establecer planes de intervención individuales después de una valoración de los profesionales de primera acogida... Se constata la necesidad de establecer rigor y metodología técnica en esta relación y surge una iniciativa de cariz tecnológico, pero que tendrá un impacto que va más allá: nos referimos a la herramienta que se ha podido desarrollar gracias a la colaboración y gran implicación de la Unidad de Sistemas de Información de la Gerencia Territorial del Institut Català de la Salut a las Terres del Ebre denominada: Salut+Social.

La herramienta SALUT+SOCIAL sobre todo es creada para conseguir mejorar la atención y la calidad de vida de las usuarios que sufren enfermedades crónicas.

La iniciativa se implementó en julio del 2014 gracias al convenio que firmaron entre el Institut Català de la Salut (ICS) y el Ayuntamiento de Amposta y ya en el momento de la firma desde el ICS se avanzó la voluntad de hacer llegar la iniciativa al resto del territorio.

Posteriormente, octubre 2014 se incorporó también al proyecto de integración profesionales del Hospital Comarcal de Amposta (trabajadora social) y la trabajadora social y Gestora de Casos del Hospital de referencia para poder hacer ya un abordaje mucho más completo e integral, en aquellos usuarios que están hospitalizados i que en el momento de la alta al domicilio requerirán de un seguimiento socio sanitario integral.

El concepto de integración de servicios facilita la atención del usuario des de una visión global.

El trabajo conjunto ha dado lugar a la consolidación y permanencia del concepto de Innovación en el día a día del trabajo profesional.

Hay que avanzar en la integración de los sistemas sanitario y social de ambos sistemas para abordar la cronicidad

El aplicativo informático ha sido un revulsivo para las organizaciones, hemos conseguido una nueva manera de trabajo conjunto.

El aplicativo nos permite ofrecer respuestas rápida y conjunta a las necesidades sanitarias y sociales.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 822

TÍTULO: ANÁLISIS DEL PROTOCOLO DE ALERTAS RELACIONADAS CON LA CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS RECIBIDAS EN UN SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES: LEON VILLAR, JOSEFA.; GARCÍA MOTOS, JC.; NÁJERA PÉREZ, MD.; SOLANO MONTOYA, E.; ESPIN LÓPEZ, MC.; LOPEZ NICOLAS, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El seguimiento, análisis y registro de las alertas relacionadas con medicamentos comunicadas por la industria farmacéutica, autoridades sanitarias o particulares, sobre defectos de calidad en los medicamentos de uso humano comercializados es una actividad encaminada a prevenir problemas de seguridad con el uso de estos medicamentos en nuestros pacientes

Explotar los resultados de la revisión y registro y actuación de las alertas farmacéuticas de medicamentos o productos sanitarios establecido en el Servicio de Farmacia al objeto de valorar la adecuación de las acciones realizadas para cada una de ellas en cuanto al procedimiento establecido.

Se analizaron todas las alertas recibidas en el servicio de farmacia durante el año 2015 a partir de la base de datos de registro establecida para tal efecto y que consta de los siguientes campos: año, nombre del medicamento, motivo de la alerta, resultado de la búsqueda de medicamentos alertados en el sistema informático propio, tipo de acciones emprendidas, resultado de la intervención.

Se evaluaron 58 alertas recibidas en nuestro servicio en los meses del año del siguiente modo: enero y diciembre 3; febrero, abril, mayo y agosto 5; marzo 8; junio 6; septiembre 2; octubre 7 y noviembre 0. Por tipo: contaminación e impurezas 20 (34,48%); error en acondicionamiento (EA) 15 (25,86%); resultado fuera de especificaciones 11 (18,97%); contenido en sustancia activa 5(8,62%); presencia de precipitado 3(5,17%); aspecto del fármaco 2(3,45%); fragilidad de capsulas 1 (1,72%); no especificado 1(1,72%).

Las actuaciones fueron:

RIFALDIN 600 mg COMPRIMIDOS C/500 -Resultado fuera de especificaciones- Se retiran 87 comprimidos lote A2072 se reclama el abono de nuevo producto

YONDELIS 0,25 mg POLVO PARA PERFUSIÓN, 1 vial Contaminación e impurezas Retirada de 2 unidades del lote afectado, que repondrán con el 100% de descuento.

OFTALMOWELL COLIRIO EN SOLUCIÓN, 1 frasco de 5ml Error en acondicionamiento retirada de lotes afectos y abono de los mismos

BACTROBAN NASAL 2% 3G Contaminación e impurezas Retirada Lote C724526, 20 unidades y abono

HYPERLITE SOLUCIÓN PARA PERFUSIÓN, 1 vial de 75ml EA y retirada de 20 unidades Lote 152818021

DONEPEZILO FLAS KERN PHARMA 10mg COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG, 28 comprimidos EA y nos quedamos 5 cajas del lote JOO1 porque la alerta sólo afecta al prospecto no al medicamento.

Conclusiones: el seguimiento estructurado de las alertas sobre defectos de calidad de los medicamentos permite la retirada precoz del mercado de los medicamentos y prevención de daños a los pacientes así como la recuperación o retorno de la inversión realizado en la adquisición de los mismos.

Nuestro protocolo para el seguimiento estructurado de las alertas sobre defectos de calidad de los medicamentos permite la retirada precoz del mercado de los medicamentos y prevención de daños a los pacientes así como la recuperación o retorno de la inversión realizado en la adquisición de los mismos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 823

TÍTULO: ¿DISPUESTOS A CAMBIAR LA FORMA DE TRABAJAR EN QUIRÓFANO PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE INFECCIONES QUIRÚRGICAS?

AUTORES: POSADILLO SÁNCHEZ DE PUERTA, LOURDES.; DE LA TORRE CADENAS, E.; ZAMBRANO OLIVO, MC.; MARTÍNEZ LARA, C.; ONTANILLA LÓPEZ, A.; HEREDIA PÉREZ, MP.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Debido al aumento de la incidencia de las infecciones de localización quirúrgica (ILQ) e infecciones nosocomiales (IN), en nuestro centro se ha elaborado un plan de actuación, que incluye al área quirúrgica, con el fin de mejorar los resultados. El área quirúrgica es una zona de especial riesgo por la instrumentación, manipulación y ruptura de barreras naturales que se realizan sobre los pacientes; de ahí la importancia de que los profesionales que desarrollan su actividad en dicha área se adhieran al cumplimiento de una serie de normas o principios de higiene.

Difundir el programa a los profesionales de la UGC de Anestesia y Bloque Quirúrgico.

Lograr la adherencia a dicho programa, ya que esta es la base para la prevención.

Creación de un grupo de formador de formadores para difundir al mayor número de profesionales a cargo de la supervisión, jefatura de bloque y director de la UGC.

Programación de varias sesiones de formación continuada acreditada repartidas en distintos días y a diferentes turnos.

Difusión de la formación: cartelería en los tabloneros de las diferentes plantas del bloque quirúrgico; mensajes mediante TIC a los grupos de WhatsApp informando día, hora y lugar de la formación; las sesiones se han convocado por correo electrónico con la presentación completa en Powerpoint (para quien no pueda asistir físicamente a dicha formación). Dicha información está incluida en la Intranet del Hospital.

Una vez realizada la acción formativa, los alumnos han realizado la encuesta de satisfacción de desarrollo profesional en salud de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Se han programado 8 sesiones formativas, han participado:

77 facultativos de anestesia, 56 adjuntos y 21 residentes; 103 enfermeras, 55 técnicos en cuidados auxiliares y 14 celadores.

La encuesta de satisfacción la han respondido 49 profesionales, hay que señalar dos sesiones por impartir. Se ha valorado de 1 a 10 puntos con los siguientes resultados: Utilidad de la acción formativa: 8,69; adaptación a las expectativas: 8,73; aplicación a la práctica profesional: 7,91. En relación al docente: dominio de la materia 9,24; ha conseguido mantener el interés 9,12; resolución de dudas: 9,24; participación: 9,12; manejo de la expresión verbal y no verbal: 9,18. En relación a la satisfacción general: 7,93; recomendaría esta formación: 8,91.

En la fase inmediata de formación, los resultados son muy satisfactorios. La aceptación de los profesionales corrobora la utilidad de la misma.

Es necesario en una segunda fase comprobar si se ha conseguido la reducción de la incidencia de ILQ y evaluar el impacto de las medidas adoptadas. La colaboración e implicación de todas las Direcciones Asistenciales ha sido fundamental para el desarrollo del programa.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 824

TÍTULO: IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA PILOTO “¡CÚRATE EN SALUD: PIDE CITA SIN HACER COLA!” EN ATENCIÓN AMBULATORIA ESPECIALIZADA

AUTORES: LLEDÓ-RODRÍGUEZ, RAFAEL.; BENÍTEZ-CONEJO, M.; CLARAMBO-SEMIS, M.; REMEDIOS-MORAN, V.; LARREA-BAEZA, JC.; ALOY-DUCH, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El concepto de “demora o espera” en el sector sanitario, relacionada con la dimensión de la calidad referida a la accesibilidad, es un problema muy extendido en diferentes ámbitos: desde las listas de espera ambulatorias, quirúrgicas o en pruebas complementarias (PC); a las demoras en la entrada de los pacientes en las consultas médicas a la hora fijada; hasta la problemática, casi oculta y no declarada, de las esperas posteriores a las visitas ambulatorias ante los mostradores, para la solicitud de las próximas horas de visita y PC.

Desarrollar e implementar el programa piloto ‘Cúrate en salud: ¡pide cita sin hacer cola!’ en la atención ambulatoria para sustituir la citación presencial de solicitud de día y hora de las próximas visitas y PC de los usuarios (radiología, laboratorio, prestaciones externas...), por la “telecitación” o citación no presencial mediante correo electrónico, SMS o carta, para facilitar el trámite administrativo evitándole al usuario las colas y las esperas en los distintos mostradores para poder marchar directamente desde la consulta del médico a su domicilio.

Nuestro hospital general, de referencia a nivel comarcal, atiende cada día a más de 1500 personas a nivel ambulatorio. Se ha realizado un estudio prospectivo de intervención (1 noviembre a 1 de mayo) implementando el programa piloto en las visitas ambulatorias de 3 servicios (traumatología, oftalmología y urología, incluyendo las PC que estos generaran), evaluando distintos indicadores pre- y postintervención, y para ello se han realizado 4 actividades principales: 1º recoger las direcciones de correo electrónico, SMS o carta de los pacientes; 2º garantizar que el médico haga la solicitud de la nueva visita en la historia clínica electrónica (aspecto nuclear del programa); 3º enviar de forma masiva las citas con el sistema; 4º reorganizar el trabajo interno de los administrativos; 5º evaluar la satisfacción de los usuarios.

El número de visitas de pacientes en los tres servicios pre y post programa fue de 26.829 y 26.718 són patients, que han generado 35.862 y 39.065 (P< 0,000) visitas posteriores (+9%), y 20.109 y 19.961 PC y tratamientos (P=NS) (-0,7%), respectivamente. Se recogieron 26.718 e-correos/carta/SMS.

EL 81,73% no realizaron colas post-programa. Sólo un 4,9% de los facultativos no planificaron las siguientes visitas afectando a la continuidad asistencial.

Se reorganizó el trabajo de gestión interna de 3 administrativos con una dedicación pre- y postprograma de 762 / 1905 horas (+150%)

Pre-post se detectaron 7 / 1 usuario diarios por hora haciendo cola; con un tiempo medio de espera en la cola de 6 / 1 minutos.

De 238 usuarios encuestados el 93% estaban mucho o satisfechos de recibir la citación en el domicilio.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 825

TÍTULO: GESTIÓN DE LOS SUCESOS CENTINELAS

AUTORES: LUQUE RAMIREZ, JUAN MANUEL.; VAZQUEZ GONZALEZ, A.; CASTRO PALOMO, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En el Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR) existe una Comisión de Seguridad Clínica encargada del análisis de los incidentes y eventos adversos, así como a prestar el apoyo metodológico necesario en la gestión del riesgo asociado a la asistencia sanitaria. Debido a la complejidad del centro, el elevado número de profesionales que trabajan en cada uno de los centros que lo componen y el desarrollo de una asistencia sanitaria compleja y especializada, se incrementa el riesgo sanitario. Es por ello que la Dirección Asistencial del HUVR ha identificado como una necesidad establecer un circuito inequívoco para la notificación de los sucesos

Implementar un procedimiento de notificación de sucesos centinela que permita, garantizando los requisitos necesarios para cualquier sistema de notificación, disponer de la información necesaria para realizar el análisis del mismo y la implantación del plan de mejora necesario contando con la implicación de la Dirección Asistencial del HUVR en el desarrollo de todo el proceso.

Se formó un grupo de trabajo para definir y perfilar el procedimiento de notificación y qué profesionales se harían cargo de la gestión del suceso:
- Notificación on line a través de la pagina web del hospital(Intranet) - Mensaje a los responsables de unidad de calidad - Valoración del suceso e información a la dirección del centro - Formación del grupo para el análisis causa raíz: responsables de la unidad y miembros de la comisión de seguridad expertos en estos análisis. - Puesta en marcha del plan de mejora como resultados de análisis causa raíz - Información a los profesionales de la unidad y dirección del centro

Desde la puesta en marcha de este procedimiento, enero 2015, se ha recibido numerosas notificaciones. De estos eventos adversos, sucesos centinelas han sido cuatro. De cada uno de ellos se ha realizado el análisis causa raíz. Antes de iniciar la implantación se realizó desde la unidad de calidad una difusión a todos los responsables de las unidades clínicas de gestión. Aun así, no todos los profesionales lo conocen y existe confusión entre este registro y el registro de eventos adversos que tiene cada unidad. Se va implantando en el centro cultura de seguridad con respecto a la notificación de sucesos centinelas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 826

TÍTULO: MONITORIZACIÓN DE LA INADECUACIÓN EN DIAGNÓSTICOS, PRUEBAS Y TRATAMIENTOS EN PATOLOGÍAS PREVALENTES: “MENOS ES MÁS”

AUTORES: ALOY-DUCH, ANDREU.; CLARAMBO-SEMIS, M.; FORNÉ-ALBO, MR.; CUQUET-PEDRAGOSA, J.; SABATER-RAGA, RM.; BOTTA-SANTASUANA, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La adecuación, calidad científico-técnica (evidencia) y a la eficiencia (efectividad al mínimo coste), como dimensiones estrechamente relacionadas entre sí, deberían ofrecer una asistencia más óptima para cada paciente individualizadamente. A esta conjunción de dimensiones la hemos denominada “adecuación de un diagnóstico o de una prueba”. El muestreo de aceptación de lotes o “Lot Quality Assurance Sampling (LQAS)” resulta de utilidad en la monitorización de servicios sanitarios si lo que queremos es comparar la situación actual con un estándar prefijado.

Presentar los resultados de diferentes estudios de adecuación de un diagnóstico o de una prueba complementaria (PC) realizados durante 2014-2015 en algunas de las patologías o PC médicas, o uso de antibióticos (AB) más prevalentes en distintos servicios, utilizando el LQAS como sistema de monitorización, con la realización posterior de acciones de mejora, y reevaluando posteriormente, de nuevo, su adecuación.

Nuestro centro, un hospital general universitario comarcal de referencia dispone de 350 camas, y atiende 113.000 urgencias, 318.000 consultas externas y 21.000 ingresos anuales. Los análisis de adecuación se han realizado mediante estudios retrospectivos de prevalencia aleatorizados en pacientes adultos en los servicios de urgencias, geriatría, medicina interna y especialidades médicas durante el año 2015. Se seleccionaron todos los pacientes adultos consecutivos diagnosticados de insuficiencia cardíaca (IC), broncopatía crónica obstructiva (BCO), neumonía (NEU), accidente vasculocerebral (AVC)/TAC, y utilización de antibióticos (AB), y aleatoriamente se escogieron el número necesario por porcentaje atribuible a cada servicio evaluado. El tamaño de muestra calculada fue siempre de 44 casos (según tabla de LQAS) y el número de adecuaciones mínimo debería estar en 39 sobre los 44 elegidos.

1º Se evaluó la adecuación de los diagnósticos en: a) NEU: se detectó una inadecuación del 18%, y detectando sólo uno de los 3 servicios donde aplicar las mejoras; b) IC y BCO: con un 14% de inadecuación en la codificación, y un 16% en el diagnóstico médico; se realizaron 3 talleres a 50 profesionales de los servicios implicados.

2º. Se evaluaron PC: TAC cerebral urgente en el AVC. La inadecuación fue del 31% al determinar en cuántos de ellos estaría indicado por la clínica el estudio con TAC urgente no diferible a ≥ 3 días.

3º. Se evaluó el uso de fármacos (antibióticos): la inadecuación global de los diferentes servicios troncales oscila alrededor del 25%, al determinar en cuántos de ellos estaría indicado el AB prescrito por la clínica y la guía.

De modo genérico, la inadecuación detectada en distintos procesos de nuestro centro, oscila de promedio alrededor del 22% de los mismos.

El análisis periódico y la monitorización de la inadecuación es útil para orientarnos en el tipo de acciones de mejora que debemos realizar en los procesos asistenciales más prevalentes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 827

TÍTULO: IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN ISO EN LA COMUNICACIÓN ASISTENCIAL DESDE UNA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DE AP

AUTORES: DE LA VARGA GALLEGU, SUSANA.; JAÉN MARTÍN, E.; VELASCO VELASCO, R.; DULANTO BANDA, R.; GARCÍA DURÁN, S.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La comunicación asistencial con los diferentes clientes internos tras la certificación por la ISO 9001-2008 se vio sometida a una valoración continua. Su evolución es objeto de estudio en esta comunicación. .

Conocer el impacto de las medidas implementadas a raíz de la certificación ISO de la UFAP en la comunicación asistencial con los médicos de familia y médicos rehabilitadores.

Comparación de resultados de una encuesta de satisfacción de 6 preguntas con una escala de entre 0, la mínima posible, y 10, la máxima posible y un apartado abierto de comentarios. Se pasó a todos los Médicos de Familia del área y Médicos Rehabilitadores en los dos años consecutivos. 17 centros de salud fueron invitados a participar y el Servicio de Rehabilitación de atención Hospitalaria referente del área sanitaria. La encuesta obtenía información sobre novedades de fisioterapia respecto a la Educación para la Salud, cartera de servicios, y accesibilidad de los profesionales en cuanto a resolver dudas e información en la historia clínica. De forma general se preguntaba también sobre la valoración global de Fisioterapia AP.

Hubo casi pleno en la respuesta en los Médicos Rehabilitadores, sólo uno no respondió. Se recogieron En los médicos rehabilitadores el ítem peor valorado es la información de novedades en la cartera de servicios con respecto a actividades de Educación para la Salud. Entre los mejores valorados está la accesibilidad de los profesionales de la unidad ante dudas y preguntas y la capacidad de resolver la dudas telefónicamente. La valoración global fue de entre 7 y 8. Respondieron 31 de 115 facultativos (27%). La satisfacción global de ambos años ha sido similar. Tras los resultados del primer año el servicio se planteó impulsar una mejora de la comunicación con todos los EAP y así lo hizo. Se levantaron actas de todas las reuniones de equipo, en total 17 y mejoró un 20% ese ítem en la siguiente evaluación de la satisfacción del cliente interno. En dichas reuniones se trataron temas como las novedades de la EPS, forma de derivación del usuario a la UFAP, repaso de la cartera de servicios, información sobre los grupos terapéuticos y su temática.

1. La implantación del SGC de la ISO/9001-2008 ha mejorado la comunicación asistencial entre los clientes internos (médicos Rehabilitadores y médicos de familia) y la Unidad de Fisioterapia de Atención Primaria. 2. La valoración periódica por parte de los clientes internos refleja con mayor objetividad la interacción de la UFAP con otros servicios. Esto conlleva una mejora continua y una acción constante en la participación de la voz del cliente interno reconduciendo el abordaje de Fisioterapia AP en un feedback que se hace muy necesario.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 828

TÍTULO: PUBLICACIÓN DEL INFORME PREALT EN LA HISTORIA CLÍNICA COMPARTIDA DE CATALUÑA, UN PASO HACIA LA INTEGRACIÓN ASISTENCIAL

AUTORES: QUÍLEZ CASTILLO, FRANCISCO JOSÉ.; BARROSO CASTAÑO, P.; RIOS RAYO, C.; ORTUÑO INIESTA, F.; ANDRÉS MARTÍNEZ, IM.; MARTÍ CARRASCO, N.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Programa de continuidad asistencial al alta (PREALT) es fundamenta en una visión continua y compartida de la asistencia entre los diferentes niveles de atención sanitaria.

La coordinación entre niveles no sólo mejora la calidad de la atención, sino que permite optimizar y racionalizar el gasto sanitario, no obstante este equilibrio dependerá en gran parte de las posibilidades reales que tengan los profesionales de compartir la información clínica que se genera entre sus ámbitos de responsabilidad.

La enfermera de enlace y continuidad de cuidados es la figura que asegura la conexión entre la atención especializada y la atención primaria. Interviene de forma coordinada con los profesionales implicados en el proceso de atención y asegura la transmisión de la información mediante el informe de continuidad asistencial PREALT.

Mejorar la accesibilidad a la información a través de la publicación del informe PREALT en la Historia Clínica Compartida de Cataluña (HC3)

El informe de continuidad asistencial PREALT permite transmitir la información más relevante del paciente en el contexto del proceso de hospitalización, y es la herramienta que se utiliza para la comunicación entre el hospital y los diferentes recursos asistenciales de la atención primaria.

Hasta octubre de 2014 la enfermera de enlace era la responsable de enviar el informe PREALT a través de correo electrónico encriptado a la oficina de enlace de atención primaria. En la actualidad, con la publicación del informe PREALT en la HC3 y en los diferentes sistemas de información (SAP asistencial, e-CAP) que conforman la historia clínica electrónica del Instituto Catalán de la Salud, se ha mejorado el proceso de acceso y transmisión de la información.

La publicación del informe PREALT en HC3, así como su visualización prácticamente simultánea en las herramientas informáticas SAP y e-CAP, ha incrementado notablemente la accesibilidad a la información clínica del enfermo, en el conjunto de los centros sanitarios, que conforman la red de asistencia pública de Cataluña. Otros aspectos a destacar son la mejora tanto en la seguridad como en el cumplimiento de la ley de protección de datos durante los procedimientos de transmisión y consulta de la información.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 829

TÍTULO: HISTORIA DE UNA METAMORFOSIS: DE MILITAR A CIVIL

AUTORES: DELGADO MORENO, SILVIA.; FORJA PAJARES, FM.; VÁZQUEZ PÉREZ, R.; RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, M.; GARCÍA JUÁREZ, MR.; PEREIRO HERNÁNDEZ, RM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La cesión de un Hospital Militar por parte del Ministerio de Defensa al Servicio Andaluz de Salud, supone una gran oportunidad para mejorar la accesibilidad al ciudadano y facilitar la labor a los profesionales. No obstante, es necesaria una ardua tarea de remodelación, adaptación y creación de estructuras; dotación de materiales y equipamientos; y la puesta en funcionamiento de un modelo de trabajo que lo transformen en un hospital moderno y funcional, de acuerdo a la línea actual de la Sanidad Pública Andaluza.

-Conocer el proceso de transformación de un antiguo Hospital Militar en un moderno Hospital del SAS.

-Conocer resultados de actividad realizada

1.Estructura: Intervención sobre temas generales (agua, luz, aire acondicionado....) y mejoras de infraestructuras de todo el edificio.

2.Remodelación: adaptación de espacios para Consultas Externas, habilitación de áreas (tres plantas de Hospitalización Polivalente, Unidad de Rehabilitación de Aparato Locomotor y Servicio de Urgencias).

3.Nuevos servicios: Hospital de Día Médico Polivalente asociado a consultas de diagnóstico rápido (diagnóstico y tratamientos), Hospital de Día Quirúrgico (camas y sillones) e incremento a 5 quirófanos funcionantes mañana y tarde; Unidad de Salud Mental de adultos y pediátrica; Unidad de Exploraciones Digestivas (Gastroskopias, colonoscopias y test del aliento); Unidad de Dermatología y Unidad de Rehabilitación cardíaca.

4.Personal: Integración del personal de Defensa

5.Formación de todas las categorías profesionales: aplicaciones del SAS (DIRAYA, Geronthe...), Procesos Asistenciales, Prácticas seguras (manos limpias, identificación del paciente...), Legislación, PRL o LOPD.

6.Equipamiento: Radiológico de alta tecnología (TAC, RMN, Mamógrafo...), monitores y mesas de quirófano, equipos informáticos...y mobiliario.

7.Nuevas formas de trabajo: Instauración de Unidosis en Farmacia, Plan de Cuidados de Enfermería, Telecontinuidad al alta, o Gestión de Enfermera.

8.Tratamientos en cámara hiperbárica de acuerdo a la cartera de servicios establecida.

Resultados:

- 73.754 Consultas Externas

- 5.787 intervenciones quirúrgicas

- 49.661 exploraciones radiológicas

- 2.922 sesiones de tratamiento dermatológico (Fototerapia, Terapia Fototerapia e Inmunoterapia)

- 348 exploraciones digestivas, gastroskopias, colonoscopias y test del aliento (ureasa, lactosa, fructosa y sorbitol)

- 475 ingresos, con una estancia media es de 6.7 días y tasa de reingresos a los 30 días del 6.03%.

- 1.532 consultas de diagnóstico rápido de Hospital de Día y 1.259 procedimientos en el mismo.

Como conclusión, decir que el resultado es un nuevo hospital del SAS, manteniendo el antiguo edificio, pero con una dotación de medios, cartera de servicios y plan funcional moderno, que da cobertura a una población inicial de casi 100.000 habitantes por localidad de ubicación, pero que llega a cubrir a casi 500.00 en determinados procesos, con una intensa y eficiente actividad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 830

TÍTULO: GUÍA DE HOSPITALIZACIÓN RESUMIDA EN DIBUJOS: ¿POR QUÉ NO EN ADULTOS?

AUTORES: MASSÓ-GAROLERA, MONTSERRAT.; PÉREZ-GIMÉNEZ, G.; TUSQUELLAS-OTO, C.; REMEDIOS-ROMAN, V.; SABATER-RAGA, RM.; ALOY-DUCH, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las Guías de hospitalización, están dirigidas a los pacientes hospitalizados y sus acompañantes. Recogen los aspectos organizativos más generales que regulan la actividad sanitaria y tienen por objetivo orientar y facilitar la relación de éstos con el centro sanitario. En algunas áreas específicas como pediatría se han utilizado un tipo de guías con dibujos para facilitar su comprensión, si bien no hay experiencia en su utilización en adultos.

Presentar los resultados obtenidos de un estudio piloto pre/post implantación de un guía de hospitalización resumen realizada con dibujos, para favorecer el conocimiento del contenido de la guía de los usuarios y mejorar su satisfacción en la acogida.

Hasta 2014, en nuestro centro (hospital general universitario) sólo existía la guía de hospitalización institucional en formato papel, en tres idiomas: catalán, castellano y francés, que los profesionales de enfermería entregaban a los pacientes en el momento de su ingreso. Para mejorar la difusión de su contenido, desde la Comisión de Atención al Usuario, en 2015, se decidió elaborar una guía resumida para ubicar en las habitaciones de las unidades de hospitalización de agudos; y también elaborar un resumen de apoyo, mediante una guía abreviada hecha con dibujos por un grupo de profesionales de enfermería de medicina interna.

Tras los resultados obtenidos en los diferentes estudios de prevalencia realizados durante 2014-15 se observó que el 80% de los pacientes referían que se les había entregado la guía escrita, pero sólo un 28% de estos lo habían leído. Dentro del 20% de pacientes que comentaban que no la habían recibido, se observó que un 75% de ellos la tenían en la mesa.

A mediados de 2015 se comenzó la implantación de los paneles informativos en las diferentes unidades. Sólo se entregaba la guía en papel en aquellas unidades que aún no disponían del panel colgado. Durante el 2015 se diseñó la guía de dibujos, y en enero 2016 se inició una prueba piloto. Los resultados positivos más relevantes de la comparativa pre/post implantación fueron: 1. Le han dado la guía? (80% / 90%); 2. La ha leído? (11% / 70%); y 3. 73% de los usuarios expresan que prefieren esta guía más resumida y gráfica.

El formato en dibujos de la guía de hospitalización resumida ha mejorado la difusión, la lectura y la información general de la misma entre los pacientes. Esta mejora en la satisfacción de los usuarios hospitalizados respecto a la guía hospitalaria de la institución nos motiva a seguir trabajando en esta línea y pensamos deberíamos adaptarla a otras unidades con informaciones más específicas como por ejemplo pediatría, partos o medicina intensiva entre otros.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 831

TÍTULO: TRAQUEOSTOMÍA Y EVENTOS ADVERSOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

AUTORES: MATEO PEREA, GINÉS.; NAVARRO MINGORANCE, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Desde la creación de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria Pediátrica en el año 2010, uno de los objetivos principales ha sido fomentar la independencia e integración del paciente pediátrico en su entorno familiar así como la investigación de la actividad asociada. Fruto de esta filosofía, desde el principio se ha formado a los cuidadores principales de los niños ingresados, tanto en el cuidado como en la identificación precoz y resolución de problemas derivados de la traqueostomía que puedan surgir en el medio habitual en el que va desarrollarse la vida familiar del niño.

Analizar las complicaciones que han tenido en su domicilio los pacientes pediátricos portadores de cánula de traqueostomía asistidos por la Unidad de Hospitalización Pediátrica y Cuidados Paliativos Pediátricos del HCUVA.

Estudio descriptivo retrospectivo de los registros de la historia clínica de las complicaciones ocurridas en los pacientes pediátricos portadores de cánula de traqueostomía de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria Pediátrica y Cuidados Paliativos Pediátricos desde Marzo de 2011 a Mayo de 2016.

En el periodo estudiado se han registrado 112 incidencias. Los grupos de edad de estas incidencias han sido: < 1 año: 23 (21%), 1-2 años: 61 (54%), 2-4 años: 11 (10%), >4 años: 16 (14%). Las incidencias han ocurrido en un 41% de los casos en cánulas del nº3.5 y el 36% en cánulas del nº4. Estas incidencias han ocurrido en un 39% de las ocasiones en pacientes que utilizaban ventilación mecánica invasiva. La incidencia mayoritaria ha sido la decanulación, con un total de 73 registros, mayoritaria en todos los grupos de edad salvo en el de mayores de 4 años, que ha sido la presencia de granulomas. La decanulación fue resuelta el 92% de las veces (67 ocasiones) por los cuidadores y solamente en un 3% de las veces fue resuelta por personal sanitario sin la participación de los cuidadores, mientras que la resolución de los granulomas debió efectuarse en el hospital. Se registra un exitus relacionado con cánula de traqueostomía y oxigenoterapia. El 77% de las ocasiones en las que hubo complicaciones, se presentaron sin síntomas previos.

El estudio y conocimiento de las complicaciones relacionadas con la traqueostomía en la edad pediátrica así como las manifestaciones previas de estas, permite trabajar en la prevención de las mismas así como la anticipación a través de la adecuación de la formación de los cuidadores principales de niños portadores de cánulas de traqueostomía en domicilio antes del alta al mismo desde el hospital.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 832

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA CONECTA 72 COMO MEJORA DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN UN SERVICIO DE SALUD

AUTORES: CIMADEVILA ÁLVAREZ, M^a BLANCA.; CALVO PÉREZ, AI.; FERNÁNDEZ SEGADE, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Uno de los retos a alcanzar en las organizaciones que prestan servicios sanitarios es alcanzar la coordinación entre los distintos ámbitos asistenciales, para ello es fundamental mejorar la comunicación entre los distintos niveles y los profesionales implicados en las distintas fases del proceso asistencial, y con los pacientes.

Aprovechando las posibilidades que nos ofrecen las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC), nuestra organización puso en marcha el Programa Conecta 72 (C72), como una nueva modalidad asistencial no presencial, en todos los centros de salud (CS).

Todos los pacientes tras recibir el alta hospitalaria y antes de 72 horas, reciben una llamada telefónica de la enfermera de atención primaria (AP) enfocada a mejorar la continuidad en los cuidados.

Estudiar la implementación del C72 en todas las Gerencias de Gestión Integrada del Servicio de salud y su repercusión en la mejora de la continuidad de cuidados.

El C72 sincroniza informáticamente todas las altas hospitalarias, con el paso del paciente a la AP, formalizándose una citación automática en las agendas de enfermería, matrona y médico de familia de AP, permitiendo realizar una valoración de los informes de alta hospitalaria. Posteriormente la enfermera de AP contacta con los pacientes telefónicamente poco después de haber llegado a su residencia, alcanzando una continuidad de cuidados eficiente. La intervención se registra en un documento específico (Documento postalta) que se incluye en el episodio abierto para este acto.

RESULTADOS:

Estudio observacional, cuantitativo y retrospectivo, de la implantación del Programa C72 durante el período de abril de 2015 a septiembre de 2016

Análisis de los datos de C72:

Porcentajes de las altas hospitalarias que fueron agendadas en C72

Llamadas contactadas con el paciente (paciente acude) antes de 72 horas

Porcentaje de informes de seguimiento post-alta C72 cubiertos por los profesionales de enfermería de ap

Evolución de la implementación de informes de continuidad de cuidados

CONCLUSIONES:

El C72 facilita automáticamente el conocimiento del paso de un nivel asistencial a otro de todos los pacientes que han permanecido ingresados, lo que nos lleva a alcanzar un alto porcentaje de intervención y mejora en la continuidad de cuidados.

El programa es una gran herramienta de comunicación, que permite la posibilidad de mejorar la comunicación interprofesionales y con los pacientes en un momento del proceso asistencial donde el paciente se encuentra en una situación de especial vulnerabilidad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 833

TÍTULO: EVALUACIÓN POR OBJETIVOS DE LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS EN ATENCIÓN PRIMARIA Y RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO

AUTORES: PACHECO JIMÉNEZ, FRANCISCO JAVIER.; GÓMEZ FERNÁNDEZ, AC.; DULANTO BANDA, RA.; NEIRA BARBA, M.; SÁNCHEZ SÁNCHEZ, G.; PÉREZ HABAS, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El contrato de gestión (CG) es un instrumento de trabajo que contribuye a trasladar el planteamiento estratégico de una organización a objetivos medibles y coherentes establecidos mediante la negociación y compromiso de la parte correspondiente a cada ámbito de trabajo. Tras la integración en 2012 de atención primaria (AP) y hospitalaria en un área de salud, se rediseñaron los CG, introduciendo por objetivos diferenciados por colectivo profesional.

Aplicar un instrumento de medición de objetivos del CG de las unidades administrativas (UUAA) en AP de un área sanitaria integrada. Establecer su fiabilidad con respecto a la orientación al usuario.

Durante el 2013 la Subdirección Médica y el coordinador de las UUAA en AP consensuaron los la parte específica del CG para las UUAA. Se acordaron 2 objetivos grupales: trato al usuario (40%, amabilidad y eficacia en el trámite) y gestión del correo (5%), y 3 individuales: organización (10%), recepción telefónica (40%) y reclamaciones (5%). Durante el 2014 se recogieron datos cada cuatro meses a través de llamadas anónimas (valoración del saludo y del trato), datos de lectura de correos, observación de los puestos de trabajo y análisis de reclamaciones. Se dio por cumplido el ítem cuando era ≥ 5 en una escala del 0 al 10. Se midió la fiabilidad del instrumento en su orientación al usuario con un índice sintético de trato, recepción telefónica y organización, y se calculó el coeficiente de correlación de Pearson relacionándolo con el índice sintético de los ítems afines de la encuesta de satisfacción sobre las UUAA aplicada a 135 usuarios en 2015, y con la satisfacción global correspondiente.

Se evaluó a 33 auxiliares administrativos de las UUAA y a los 17 Equipos de Atención Primaria (EAP). El cumplimiento del 100% de los objetivos en el 100% de los EAP muestra el grado de profesionalidad de los auxiliares administrativos, siendo este mantenido durante todo el año. Solo el 18,2% (6/33) obtuvo menos de 8,5 en algún ítem de valoración individual, y 17,6% (3/17) en algún ítem compartido. Los índices sintéticos orientados al paciente del CG variaron entre 9,24 y 9,88 (nueva escala ponderada del 0 al 10) y los de la encuesta, en una escala del 1 al 5, entre 3,84 y 5. La media de la satisfacción global de la encuesta varió entre 4 y 5. Existe una asociación positiva muy baja entre el índice sintético del CG y los ítems relacionados de la encuesta de satisfacción y baja con la satisfacción global (coeficientes de 0,11 y 0,34, respectivamente, con intervalos de confianza que incluyen el 0 (diferencias debidas al azar)), lo que indica que la metodología propuesta no sería fiable en cuanto a la orientación al usuario, aunque los autores consideran que el resto de ítems pueden ser útiles para medir el desempeño de los procesos en las UUAA. Los profesionales se mostraron satisfechos con el nivel de cumplimiento global obtenido.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 834

TÍTULO: PERSPECTIVA DE GÉNERO Y CATEGORÍA PROFESIONAL EN LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA

AUTORES: FONTANILLA PARRA, M^a JOSE.; RUBIO BARRANCO, A.; SEGURA MOLINA, E.; TORO BARRERA, P.; FERNANDEZ NUÑEZ, A.; GONZALEZCARRASCOSA VEGA, T.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las actividades formativas pretenden ser un espacio de encuentro, interlocución y participación en el que compartir conocimientos y experiencias que posibilite el desarrollo profesional, la consecución de los objetivos de cada Unidad de Gestión o Servicio y en general, la mejora de la Atención que dispensan todos los profesionales a los ciudadanos/as que así lo requiera. La formación es un derecho, pero también un deber de todos/as. La participación en ella debe repercutir en el desarrollo profesional y en una mayor calidad de la atención a los ciudadanos

Analizar desde la perspectiva de género y la categoría profesional de los asistentes las actividades de Formación continuada de un Área de Gestión Sanitaria Pública

Se ha efectuado una auditoria de los resultados obtenidos en el Cuadro de Mandos del Plan de Formación, sobre los indicadores de género, modalidad de la actividad y asistencia analizando los resultados globales obtenidos desde enero a diciembre de 2015.

Durante el año 2015 se han realizado 137 actividades de formación y 70 Sesiones Clínicas. El número de solicitudes recibidas han sido de 3485, se han admitido a 3410 Alumnos/as. Del total de solicitudes han asistido 2891 finalizando su formación 2605 (89%) de los cuales 1745 (67%) mujeres y 859 (33%) hombres. Según género y temática de las actividades la asistencia a actividades de competencias transversales fue de 988 (324 hombres (33%) y 664 mujeres (67%). En cuanto a actividades de Competencias específicas asisten 1124 (401 hombres (36%) y 723 mujeres (64%). En cuanto a actividades de Planes Integrales (PPII) un total de 436 (116 hombres (27%) y 320 mujeres (73%). Observamos que en relación a la temática y asistencia existe una mayor participación de la mujer, con una relación de 2 a 1. El mayor porcentaje de participación de mujeres se encuentra en las actividades relacionadas con PPII. Por categoría profesional y modalidad Presenciales 67% médicos/as, 33% enfermeros/as y en actividades Semipresencial médicos/as, 38% enfermeros (41%) Tec aux. (9%) Técnicos (10%) y farmacéuticos (2%) para el Aprendizaje virtual médicos/as, 43% enfermeros (43%) Tec aux. cuidados (10%) Técnicos superior (10%) y farmacéuticos (3%). Sería necesario profundizar en el análisis cualitativo de preferencias temáticas de las actividades de formación según el género.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 835

TÍTULO: BUENAS PRACTICAS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PEDIATRICO

AUTORES: GARCIA ORTEGA, MARIA ANGELES.; COARASA SANCHEZ, MR.; SEPULVEDA PALMA, O.; GONZALEZ GARCIA, JM.; YAÑEZ BRAVO, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La seguridad del paciente es una dimensión clave en la calidad asistencial, es un concepto que incluye un conjunto de actuaciones orientadas a eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos producidos como consecuencia del proceso de atención asistencial. Siguiendo la línea estratégica puesta en marcha el Observatorio de Seguridad del Paciente, la UGC de Pediatría crea una Comisión de Calidad y Seguridad que pretende proporcionar una atención de calidad basada en unos cuidados seguros al paciente

Conocer las notificaciones realizadas por el personal de las unidades de Hospitalización Pediátrica

Realizar una gestión adecuada del riesgo.

Marcar líneas de mejora en practicas seguras en las unidades

Se realiza un estudio del registro de las notificaciones realizadas por el personal en la aplicación para Notificación de incidentes obteniendo los siguientes resultados: Tras el análisis de las encuestas notificadas durante 2015 se obtienen los problemas de seguridad con más relevancia según la opinión de los profesionales y agrupándose en los siguientes procesos: Proceso Administrativo (0,3%), Proceso Asistencial (12,7%) extravasación de vías, facultativos localizados sin presencia física, falta de intimidad, documentación(9%) Identificación, Infecciones asociadas a la asistencia sanitaria(8,3%), problemas relacionados con medicación: errores(31%), problemas con productos sanguíneos(0%), Dieta y alimentación: errores (3,75%), problemas con oxígeno, gas y vapor(0%), dispositivos y equipamientos médicos (0,3%), conducta (11%) control de visitas, exceso de las mismas, accidente del paciente (3%), caídas (18,3%), Infraestructura (15%) calefacción/aire, falta de espacio, Gestión organizativa (7,7%) burocratización, cambios de personal/personal nuevo Otros (1,3%) Dentro de cada uno de estas líneas se aportaron las diferentes causas más frecuentes.

La mejora en la gestión en la seguridad en la actividad asistencial, haciendo participe a los propios profesionales garantiza mayor éxito en la consecución de resultados e implicación en la propuesta de líneas de mejora.

identificación del pacientes: auditoria con control ckeck-list semanal

Seguridad en medicación :Diferenciación de fármacos de alto riesgo , del resto de los fármacos.Protocolo del control, almacenamiento y conservación de los fármacos.

Seguridad en la atención a la parada cardiorespiratoria: unificación del material del carro de parada, y atención a la parada

Atención al usuario: Guías informativas a usuarios, protocolo de control del confort.

Seguridad en la variabilidad de la practica clínica: sesiones formativas en las unidades asistenciales, con valoración de las mismas

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 836

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS ACCIONES FORMATIVAS A TRAVÉS DE CUESTIONARIOS ONLINE

AUTORES: SÁNCHEZ MIRALLES, M^a DOLORES.; CAMILO GARRIDO, AJ.; LEÓN GARCÍA, JJ.; AYALA AGUIRRE, I.; LÓPEZ CASTILLO, A.; ATAZ LÓPEZ, P.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La aplicación de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en la evaluación de acciones formativas, mediante herramientas y cuestionarios de evaluación online, facilita a las Unidades de Formación la recogida y el análisis de los resultados.

Este proceso de gestión descentralizada de evaluación de la formación, se realiza a través de la Aplicación Evalúa de la ACSA.

- Analizar los resultados de satisfacción de las acciones formativas incluidas en la Aplicación Evalúa.
- Analizar los datos relacionados con la cumplimentación de la Satisfacción discente y docente.

Desde marzo de 2015 la Unidad Integral de Formación (UIF) decide pasar de una metodología de evaluación tradicional a aplicar las TIC en la evaluación de acciones formativas (Satisfacción de alumnado y docentes), mediante la Aplicación Evalúa, lo que permite disponer de información detallada, identificar posibles áreas de mejora y corregirlas posteriormente.

Al inicio se utilizó para acciones formativas dirigidas a profesionales sanitarios, actualmente se incluyen algunas actividades formativas dirigidas a profesionales de gestión y servicios.

Analizamos los resultados que la herramienta recoge en los diferentes aspectos de los cuestionarios, desde marzo de 2015 a mayo de 2016:

- Satisfacción participantes: Utilidad, Metodología, Capacidad docente, Organización-Recursos, Modalidad-tipología, Satisfacción General.
- Satisfacción docentes: Organización-Recursos, Participación alumnado, Observaciones, aportaciones-sugerencias.
- Total de actividades formativas incluidas en la Aplicación Evalúa de marzo 2015 a mayo 2016: 76
- Nº Cuestionarios creados: 152 (alumnado y docente)
- Datos de acciones formativas:
 - *Actividades evaluadas: 76
 - *Nº posibles participantes: 1227
 - *Nº cuest

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 837

TÍTULO: PREVENCIÓN DE CAÍDAS: “EL PACIENTE COMO NÚCLEO DE UN PROGRAMA MULTIFACTORIAL”

AUTORES: MARTÍN VELASCO, OLGA.; LASTRAS PARDO, J.; GARCÍA HERNANDEZ, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación:

Nuestras intervenciones en prevención de caídas de pacientes hospitalizados, dentro de Seguridad del paciente, constituye una línea estratégica en nuestro hospital. Así como tener al paciente como núcleo de un programa multifactorial, con el compromiso del mismo en su seguridad.

Implantar un programa de intervenciones múltiples en prevención de caídas, como estrategia de Seguridad partiendo del paciente como núcleo del programa.

Diseño e implantación de un PROGRAMA MULTIFACTORIAL a través de:

- análisis del perfil del paciente con caídas a través de las evaluaciones mensuales de cada unidad registradas en 2015
- detección de los factores de riesgo más frecuentes
- programación de intervenciones múltiples dirigido a Profesionales, Pacientes y Principal cuidador
- elaboración de un plan individualizado que se inicia con la valoración de enfermería (codificador de riesgo)

Resultados:

A través de este PROGRAMA conseguimos integrar al paciente y cuidador principal en la prevención de caídas con una disminución en la incidencia importante.

Conclusiones:

Las intervenciones aisladas no manifiestan un cambio sustancioso en la disminución de caídas, sí su integración en el perfil del paciente con riesgo a través del programa multifactorial. La implicación de todos los profesionales que intervienen en el paciente con riesgo y su intervención es parte importante en la prevención de caídas. Así como la participación y compromiso del paciente y cuidador principal en la mejora de la Seguridad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 838

TÍTULO: CAÍDAS EN PACIENTES INGRESADOS: FACTORES CONTRIBUYENTES PREVENIBLES

AUTORES: EL HILALI MASÓ, NADIA.; MATA HAYA, L.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. Las lesiones relacionadas con las caídas pueden ser mortales, aunque la mayoría de ellas no lo son. Los mayores de 65 años son quienes sufren más caídas mortales.

Según la OMS, las caídas representan la segunda causa de muerte por lesiones accidentales.

Las revisiones bibliográficas más recientes realizadas en hospitales españoles confirman una alta incidencia de caídas en la población anciana española, que se mantiene a lo largo de los años. Se han identificado numerosos factores que se relacionan con un incremento del riesgo de caídas. Estos factores pueden clasificarse en extrínsecos (relacionados con las circunstancias del entorno) e intrínsecos (propios del sujeto).

Identificar factores latentes que puedan contribuir al incremento del riesgo de ocurrencia de caídas durante el ingreso.

Estudio retrospectivo de las caídas registradas y uso de la medicación a partir del registro de caídas del centro durante año 2014, en el que se analizan los posibles factores contribuyentes en el aumento de riesgo de las caídas en pacientes ingresados en un hospital de segundo nivel sin trasplantes.

Se creó una base de datos a partir del este registro en la que se incluyeron los parámetros siguiente: sexo, edad, existencia de riesgo de caída anterior a la caída registrada, días de ingreso, intervención quirúrgica reciente, enfermedad neurológica concomitante y si su tratamiento incluye algún medicamento que pudiera contribuir a la caída.

Durante el periodo de estudio, en nuestro hospital se registraron 63 caídas de pacientes durante ingreso. (48,4% mujeres y 51,6 % hombres). La edad media de los pacientes fue de 80, 5 años. El periodo de ingreso fue inferior a 7 días en el 71,8% de los casos, de estos 13,04% habían sido sometidos a una intervención quirúrgica reciente. En el 20,31% la duración del ingreso fue de entre 8-15 días y el 7,89% entre 16 y 32 días. El 29,7% de las caídas se registraron en pacientes que ya presentaban un riesgo elevado de sufrir una caída. De estos el 68,42% tomaba alguna medicación considerada de riesgo en el registro de caídas, principalmente benzodiazepinas, sedantes)

El 54,68% no presentaba riesgo de caída anterior a su ingreso, el 45,71% tenía prescrita durante el ingreso una medicación de riesgo.

Conclusiones:

A partir de los datos, parecen diferenciarse dos vías de interés: el efecto de determinados medicamentos por su efecto acumulativo o poco controlado, y la ausencia de medicación idónea a una situación previsible de riesgo. Por ello deberíamos seguir nuestra investigación sobre la actuación de determinados medicamentos como factor contribuyente en las caídas.

La posible aparición de delirio en el paciente anciano requiere una anticipación por parte de los profesionales así como de los conocimientos específicos del uso de la medicación en estos casos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 839

TÍTULO: UTILIZACIÓN DE MAPAS CLÍNICOS PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS TRANSVERSALES EN LOS HOSPITALES

AUTORES: BALLESTER ROCA, MÓNICA.; QUÍLEZ CASTILLO, F.; GARCÍA EROLES, L.; LUCAS MARTÍN, A.; SAMPER BERNAL, D.; PÉREZ HINAREJOS, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Muy frecuentemente, la información para la gestión, en forma de indicadores, llega con mucha demora en relación al momento en que se producen los hechos reales, disminuyendo la posibilidad de gestión de los mismos. Es el caso, por ejemplo, de los datos sobre evaluación del dolor en los pacientes ingresados. Las herramientas de Business intelligence (BI) permiten poner a disposición de los clínicos información en tiempo real que posibilita una gestión precisa y a tiempo de determinados procesos. Los mapas clínicos son mapas a tiempo real de un hospital, donde se detalla información de los pacientes ingresados, utilizando herramientas de gestión visual, y que proporcionan información a nivel de especialidades médicas o unidades de enfermería, llegando incluso hasta el nivel de información de paciente. En un hospital terciario con más de 500 camas, se planteó la posibilidad de crear mapas clínicos de determinados procesos que se caracterizan por ser transversales a la organización, requerir soporte interno especializado y tener una alta prevalencia.

Se planteó el objetivo de desarrollar mapas clínicos para la gestión de 3 procesos transversales: aislamientos, dolor y control glucémico, así como el modelo de gestión adecuado para optimizar su utilización.

Se realizaron 3 proyectos, liderados por la Dirección de Organización y Sistemas de Información y la Dirección de Calidad, con la participación de profesionales médicos y de enfermería de los servicios y unidades implicados. En primer lugar, se recogió la información necesaria para cada uno de los mapas y se diseñaron los mapas en función de los datos disponibles. Se utilizó metodología de Big-data en la obtención en tiempo quasi-real de la información censal y de registro analítico y de enfermería de cada uno de los pacientes ingresados. Se utilizó una plataforma de BI en la realización y distribución de la información a los usuarios clínicos. Se profesionalizó la gestión mediante la creación de equipos de soporte especializado, constituidos por especialistas de las áreas implicadas y enfermeras clínicas especializadas: equipo de vigilancia y control de la infección nosocomial, unidad de dolor agudo y grupo de seguimiento y control de las glucemias. Se buscó la implicación de los mandos intermedios a través de la información, el acceso a los mapas clínicos y el envío sistemático de informes resumen.

En el momento actual se dispone de 3 mapas implantados: mapa de aislamientos, mapa de glucemias y mapa de dolor. Se ha formado a los profesionales en el uso de los mapas. Se han constituido los grupos de soporte especializado. La implantación es reciente y se están evaluando los resultados en la gestión. Los mapas clínicos son una herramienta muy potente de gestión que podrían aplicarse a otros procesos como por ejemplo la prevención del tromboembolismo o la farmacovigilancia.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 840

TÍTULO: UNA EXPERIENCIA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA UGC CORIA-ISLA

AUTORES: CASTILLO APARICIO, GEMMA.; GONZALEZ GUERRERO, B.; COSANO PRIETO, I.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Queremos hacer de la participación ciudadana un instrumento en la elaboración e implantación de planes y programas para la promoción de la salud. La participación entre los diversos agentes sociales, es fundamental para conseguir una sociedad más inclusiva, consiguiendo así, una "gobernanza de la sociedad", adecuando los servicios a las necesidades reales de la población, y buscando entre todos las soluciones. Para conseguirlo, elaboramos una estrategia de participación con la ciudadanía de los municipios que la componen

Informar a la población sobre las actividades de los Servicios de Salud que ofrece la UGC.

Detectar los principales problemas de salud percibidos por la población.

Desarrollar estrategias para abordar los problemas de salud prioritarios de la ciudadanía.

Desde Abril de 2014, desarrollamos tres reuniones con los ayuntamientos, grupos y organizaciones más representativas de las localidades donde se revisaron, los problemas que generan más desviación en las reclamaciones de la unidad. Con esta información se crean tres grupos focales.

Lo más relevante de los grupos, fue la inquietud que había sobre los casos de cáncer existentes en la zona, agravada por la percepción de que los casos eran superiores a otros municipios, justificado por el deterioro medio ambiental; cultivo del arroz, fumigación de la zona y quema de pastos, fundamentalmente.

Propusimos realizar unas jornadas de Salud informativas a la población, comprometiéndose los Ayuntamientos a realizar la captación de los participantes, sobre todo del sector arrocero. Contamos con las Delegaciones de Salud y de Medio Ambiente para que participaran en dichas Jornadas así como con profesionales de nuestra de unidad.

Se realizaron tres Jornadas de Salud simultáneas en los tres municipios con una duración de tres días cada una y se dividieron en tres bloques temáticos: promoción de la Salud, medidas de protección de la salud estilos de vida saludables.

La alimentación saludable en la prevención del cáncer fue el tema que generó mayor demanda de información por parte de la ciudadanía. Se programaron 7 talleres dirigidos a cuidadoras y población general, de los que ya se han desarrollado 3 con 90 participantes.

Analizadas las respuestas de los participantes, y valorado sus inquietudes, llegamos a la conclusión de que debemos dar un paso más, por lo que iniciamos un proyecto de investigación sobre dieta, calidad de vida y supervivencia en pacientes con cáncer de mama, próstata, pulmón y colon: PROYECTO ALIMENCA, actualmente en fase de redacción.

CONCLUSIONES

La estrategia de participación ciudadana de la UGC de Coria - Isla es un motor de desarrollo para la mejora continua.

Los encuentros realizados con la población definieron la planificación de las actividades de promoción a realizar por parte de la UGC a lo largo del año 2016.

El conocimiento de los problemas percibidos como más importantes por la ciudadanía ha contribuido a priorizar las líneas de investigación de la UGC.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 841

TÍTULO: TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN DEL MEDIO PREHOSPITALARIO AL HOSPITALARIO PREVIA LLEGADA DEL PACIENTE.

AUTORES: MARTÍNEZ GÓMEZ, J.; LLOPIS LÓPEZ, P.; MEDRANO MARTÍNEZ, M.; FERNANDEZ CAMPOS, M.; MARTÍNEZ TENORIO, P.; BUSCA OSTOLAZA, P.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Facilitar la transferencia de los datos relativos a los pacientes que van a ser ingresados en las urgencias hospitalarias para agilizar el ingreso del paciente en las urgencias hospitalarias y mejorar la trazabilidad de proceso asistencial en su globalidad.

Maximizar tiempo de operabilidad de las unidades móviles de asistencia, de forma que los tiempos de traspaso de los pacientes en las urgencias hospitalarias fuesen mínimos.

Mejora del triaje hospitalario.

Evaluación de la atención in situ.

Racionalización las salas de urgencias.

Las unidades asistenciales del SUMMA 112 disponen de una herramienta informática en donde reflejan toda la actividad asistencial y confecciona el Informe Clínico, que incorpora el ECG que se vuelca directamente del monitor desfibrilador mediante bluetooth. Los vehículos asistenciales van dotados de un ordenador que integra las posiciones GPS y los mensajes de estado de la intervención, es decir cuando llega al lugar de asistencia, cuando se inicia el traslado, cuando llega al hospital, etc.

Se desarrolla un proceso por el cual cuando un recurso asistencial (UVI Móvil, Ambulancia, VIR) se dirige a un hospital envía los datos relacionados con el traslado a un servicio Web que el hospital incluirá en su sistema de información. Estos primeros datos son la filiación del paciente, el motivo de la asistencia, si tiene una alerta hospitalaria (por ejemplo código infarto) y la estimación de la hora de la llegada.

El Hospital nos devolvería la información relativa al lugar donde se realizará la transferencia (puerta de la urgencia, box, etc.).

Una vez finalizado finaliza la asistencia y cumplimenta el Informe Clínico el equipo asistencial, se envía también a través de servicios Web el informe al hospital.

Para la puesta en marcha se realizó un piloto con el Hospital Fundación Jiménez Díaz, y en la actualidad se está abordando en el Hospital 12 de Octubre.

Desde el punto de vista de la democratización de la asistencia,:

Mejora de la trazabilidad de los episodios asistenciales.

Facilitar la cooperación con los distintos niveles asistenciales.

Favorecer la atención continuada.

Desde el punto de vista de la eficacia o del paciente:

Optimizar tanto el tiempo de disponibilidad de los recursos .

Reducción de los tiempos de transferencia al hospital.

Los pacientes dispondrían de un mayor número de recursos disponibles.

Se posibilita la realización del seguimiento total del paciente

Desde el punto de vista de la eficiencia, o del contribuyente:

Incremento de los recursos asistenciales disponibles

Se optimizan las tecnologías ya implantadas.

Se favorece la facturación a terceros derivada del retorno de la información

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 842

TÍTULO: LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN MAYORES CON SAHS. IMPACTO DE LA TERAPIA CON CPAP

AUTORES: SERRANO MERINO, JESÚS.; MUÑOZ GOMEZ, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La terapia con dispositivos de presión positiva (CPAP) en el síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) produce mejoría en la calidad de vida (Cochrane 2002 y 2006) . Existen escasos estudios sobre diagnóstico y manejo del SAHS en mayores de 65 años (Martínez -2010).

La Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) representa una variable de resultado de gran valor y significado clínico. En la actualidad son escasos los estudios que hayan relacionado el impacto del CPAP sobre las CVRS en pacientes mayores de 65 años con SAHS.

Evaluar si la terapia con CPAP contribuye de una manera significativa a mejorar la CVRS de los enfermos con SAHS mayores de 65 años

Estudio longitudinal, prospectivo, cuasi-experimental, de pre-post intervención, multicéntrico, sobre una cohorte de enfermos con SAHS mayores de 65 años con CPAP, donde determinamos al inicio y a los 3 meses de terapia la CVRS, empleando los cuestionarios de CVRS; SF-36 , (cuestionario general de CVRS) y SAQLI , (cuestionario de CVRS específico para pacientes con SAHS).

C. INCLUSIÓN:

Mayores de 65 años SAHS (IAH > 5)

C. EXCLUSIÓN:

No CPAP.

Dependientes (Barthel < 100)

Comorbilidad (Charlson >2)

Frágiles (Barber +)

Deterioro cognitivo (Pfeiffer ≥ 2).

Reclutados 83 sujetos según criterios selección (grupo CPAP) y 33 sujetos (controles) sin SAHS. El 71,1% del grupo CPAP y el 48,5% del grupo Control fueron hombres. Ambos grupos sin diferencias: IMC ($p=0,809$) perímetro de cuello ($p=0,682$) y Epworht ($p=0,08$). Tampoco presentaron diferencias en de los test SF-36 y SQLI ($p>0,05$).

Con excepción de la categoría Dolor Corporal, encontramos mejoría tras la intervención en todas las categorías del SF-36: Función física ($p< 0,0001$) ; Rol Físico ($p< 0,0001$) Salud general ($p= 0,002$); Vitalidad ($p< 0,0001$) ; Función Social ($p< 0,003$); Rol emocional ($p< 0,0001$) ; Salud mental ($p< 0,0001$); Transición de la Salud ($p< 0,0001$).

Así mismo mejoraron las categorías del SAQLI: Funcionamiento diario ($p< 0,0001$); Interacciones sociales ($p< 0,0001$); Funcionamiento Emocional ($p< 0,0001$); SAQLI total ($p< 0,0001$).

El Epworht mejoró significativamente una media de 4 puntos ($p=0,001$).

La CVRS de los mayores de 65 años no varía entre los que tienen SAHS y los que no lo tienen.

La terapia con CPAP contribuye a la mejora de la CVRS en pacientes con SAHS mayores de 65 años.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 843

TÍTULO: CALIDAD Y EFICIENCIA EN LA GESTIÓN DE UNA UNIDAD DE CMA TRAS SU INCORPORACIÓN AL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

AUTORES: DELGADO MORENO, SILVIA.; FORJA PAJARES, FM.; VÁZQUEZ PÉREZ, R.; NOVAL MELIÁN, R.; RODRÍGUEZ SANMARTÍN, MA.; PEREIRO HERNÁNDEZ, RM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Cirugía Mayor Ambulatoria permite el regreso del paciente a su domicilio el mismo día de la intervención, lo que supone un impacto positivo a todos los niveles. Evita molestias y complicaciones de la estancia hospitalaria, permite reincorporación precoz a la vida diaria, y disminución de costes para los servicios sanitarios. Desde la incorporación de este hospital militar al Servicio Andaluz de Salud, la gestión realizada, ha transformado la CMA en un ejemplo de eficiencia y visión de futuro.

-Conocer la evolución de una Unidad Quirúrgica de CMA, en el contexto de la transferencia del centro hospitalario desde Defensa al SAS.

-Analizar resultados de actividad.

-Nuevos proyectos.

1.Incrementos

-Ampliación del número de quirófanos funcionantes de 1 a 5, mañana y tarde.

-Aumento del número de especialidades quirúrgicas con la incorporación de Dermatología, C. Plástica, C. Cardíaca y Patología de Mama.

-Desde 2015, incremento de la población de referencia para determinados procesos.

-Incremento de la cartera de servicios y de la complejidad.

2.Proyectos futuros

-C. Torácica: hiperhidrosis por videotoracoscopia

-C. Vascular: mediante láser.

-C. General: laparoscopia y cirugía de tiroides.

-Cirugía plástica de la mama

-Urología: RTU tumoral

-Ginecología: cirugía laparoscópica.

3.Programación del paciente

-Consulta con el cirujano, cumplimiento de cartera de servicio para CMA, RDQ

-Consulta de preanestesia, valorando historia clínica del paciente, complejidad quirúrgica y situación social del mismo.

-Contacto telefónico 24 horas antes de la intervención para detectar situaciones susceptibles de suspensión (patología aguda, problemas familiares...), con posibilidad de reprogramación.

4.Tratamiento del dolor

-Encuesta telefónica 24 horas después de la intervención para control del dolor y modificar, pautar o revisar si fuera necesario.

-Protocolo para control del dolor postoperatorio, de acuerdo a la Sociedad Española de CMA (ASECMA).

-Intervenciones divididas en 3 categorías según el dolor, con protocolos diferentes: leve, moderado y severo.

5.Encuestas de Satisfacción

Se realiza a todos los pacientes intervenidos, y de su revisión y análisis, se extraen datos de gran interés, para los índices de calidad y resultados de los protocolos.

6.Accesibilidad

Teléfono de contacto para resolver dudas o problemas, orientar si es preciso hacia una consulta, urgencias...

-Intervenciones quirúrgicas: 2.217 (2012), 2291 (2013), 3.362 (2014) y 3.650 (2015).

-Complicaciones anestésicas: náuseas y/o vómitos: 1,7%; cefalea postpunción raquídea: 0,1%. Ambas por debajo de resultados de la bibliografía.

-Tasa de reingreso e ingr

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 844

TÍTULO: MONITORIZACION DE LAS HERIDAS CRONICAS EN EL DISTRITO SANITARIO PONIENTE DE ALMERIA

AUTORES: RUIZ LUPION, MARIA BELEN.; PIQUERAS ROMERO, NM.; RIVAS MARTINEZ, L.; JIMENEZ GARCIA, JF.; MONTOYA VERGEL, J.; IBAÑEZ FERNANDEZ, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Existe la necesidad de conocer realmente cuantos pacientes con heridas son atendidos en los centros ya que en la actualidad no disponemos de ninguna herramienta de registro y seguimiento de heridas.

Las personas con heridas crónicas tiene derecho a tener que en su historia clínica se registre de forma adecuada las lesiones que presenta, el tratamiento que se le aplica. Hasta ahora cada profesional registraba las heridas sin un orden, algunos ni siquiera lo dejaban reflejado.

Esta información va a facilitar la toma de decisiones (ej: cambios de tratamientos, derivación al enfermero de práctica avanzada, etc.) en aquellos casos que lo requieran

-Conocer el origen de dichas lesiones.(hospital, domicilio, centro socio sanitarios...)

-Disminuir la variabilidad en cuanto a las curas y el registro de las mismas.

-Establecer un procedimiento común para todos los profesionales que unifique y mejore

A raíz de la incorporación en contrato programa y acuerdos de gestión clínica los objetivos de cuidados de prevalencia de úlceras por presión y disminución de pie diabético se diseñó y elaboró una herramienta de apoyo software para el registro de heridas que facilite el análisis y seguimiento de las mismas desde el botón rojo de Diraya

Para ello colaboro conjuntamente conmigo el EPA de heridas crónicas complejas y e ingeniero informático del distrito. Se realizó una formación a los enfermeros sobre la aplicación. Esta herramienta nos va a ayudar a unificar el registro de las heridas de los pacientes por los enfermeros. Empezaremos con el registro de los inmovilizados

Los enfermeros han aceptado con gran satisfacción la incorporación de esta aplicación en su práctica diaria. Esta aplicación presenta los siguientes campos: descripción de origen de la lesión, de lecho de la herida, días de evolución, bordes de la lesión, tamaño, causas, aplicación de tratamiento como desbridamiento de cualquier tipo, apósitos utilizados, duración de tratamiento, derivación a otro nivel, curación. Esta aplicación nos permitirá explotar datos de tratamiento, de origen de la lesión, de días de curación...

Mediremos los resultados a través de este indicador

Indicador: Registrar en la aplicación diseñada personas con heridas crónicas.

$I = R/P * 100$

R = Número de pacientes en cartera de servicios inmovilizados con al menos un registro en la aplicación de registro de heridas en el período a evaluar.

P = Número de pacientes totales en cartera de servicios inmovilizados en el período a evaluar.

I = Porcentaje resultado del indicador.

Fuente: Aplicación de registro de heridas / DIRAYA

Periodicidad: ANUAL

Con esta aplicación mejoraremos el registro y los cuidados de las heridas de nuestros pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 845

TÍTULO: DE LA ESTRATEGIA A LA EXCELENCIA: SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DE LA ORGANIZACIÓN

AUTORES: MONTSERRAT CAPELLA, DOLORS.; DE ANDRÉS GIMENO, B.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La realización de un Plan estratégico (PE) (2014-2017) llevó a la revisión y reorientación del plan de calidad (PC) del hospital. Como fundamento estratégico se estableció el Sistema de Gestión de Calidad (SGC) integrando en un mismo entorno conceptual y metodológico todas las iniciativas orientadas a la mejora de los servicios y con un ámbito de actuación global, y por lo tanto, afectando a todas las actividades asistenciales y de soporte del hospital.

Dar mayor coherencia y alineación a todas las actividades de mejora de la calidad en el camino a la excelencia e integrarlas con todos los proyectos estratégicos.

Se rediseña el SGC. Se elabora el mapa de procesos del sistema, definiendo como procesos operativos del SGC: 1-Gestión de Procesos, 2-Seguridad y Gestión de Riesgos de la Asistencia, 3-Formación e información a profesionales sanitarios, 4-Evaluación, Aprendizaje e Innovación, 5-Reconocimiento Externo, 6-Apoyo a la Dirección y 7-Participación, Implicación y Compromiso de los profesionales

Actividades llevadas a cabo: 1-Preparación para el sello 300+ del EFQM 2-ISO 9001:2018 en 7 servicios 3-Trabajo en Procesos Clínicos Integrados (30) 4-Alianzas con otros centros y grupos de interés 5-Pacto Anual Objetivos 6-Encuestas de satisfacción a profesionales, mandos intermedios y pacto de objetivos, pacientes y asociaciones de pacientes 5-Seguimiento Contrato de Gestión 6-Política de seguridad del paciente 7- Formación 8- Monitorización de indicadores del SGC y del seguimiento del PE.

Centrados en el paciente: 1-Reclamaciones 2014: 2204; 2015: 1601. 2-Mejora del servicio (alianzas con otros hospitales para ampliar cartera de servicios, cirugía vascular, maxilofacial, pediátrica). 3-Humanización (acompañamiento en urgencias, atención integral paciente institucionalizado, decoración área pediátrica). 4-Procesos Clínicos Integrados (8) 5-Indicadores de seguridad del paciente.

Centrados en la organización: 1-Obtención Sello Excelencia 400+. 2-Participación de los profesionales 726/2740= 26.5%. 3-Encuestas a profesionales 2015. 4-Pacto anual de objetivos. 5-Docencia e investigación. 6-Eficiencia. 7-Reconocimientos. 8-Cuadro de mandos enfermería.

Puntos fuertes: 1 Alta participación en el programa de calidad. 2 Alto conocimiento de la opinión del paciente. 3 Implicación de la dirección y de los profesionales. 4 Descentralización del programa de calidad.

Áreas de mejora: 1 Mejorar el cuadro de mando, incorporar indicadores de gestión y recursos humanos en la revisión del sistema de calidad. 2 Evaluación del Plan estratégico y redefinición.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 846

TÍTULO: FOMENTO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE A TRAVÉS DE LA NORMA ISO 9001:2015

AUTORES: REVILLA LÓPEZ, CONCHA.; REAL CAMPAÑA, JM.; CONDE GARCIA, R.; SOLANO BERNAD, VM.; VELA MARQUINA, ML.; GARCIA MATA, JR.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En el año 2010 el Hospital inicia un ambicioso proyecto de certificación al que hasta este momento se han ido incorporando paulatinamente, y son ya 20 los servicios certificados.

Tras la publicación de la Norma ISO 9001-2015, se plantea la adaptación a la misma de los Sistemas de Gestión de Calidad de los distintos Servicios, lo que implica la implantación de Sistemas de Gestión del Riesgo. Aunque la Norma se dirige a riesgos para el SGC, desde la UCA del Hospital decidimos orientarlo especialmente a riesgos relacionados con la Seguridad del Paciente

Fomentar la cultura de Seguridad del Paciente, aprovechando la avanzada implantación de los sistemas de recogida de Incidencias y análisis de No Conformidades en los Servicios certificados, y adaptar la sistemática en el resto del Hospital

Desde la UCA se modifican los procedimientos relacionados, como el Manual de calidad, el Procedimiento de Gestión de Reclamaciones y No Conformidades, Acciones Correctivas Y Preventivas, y el formato de Informe de No Conformidades.

En los talleres que anualmente se imparten a los Servicios certificados o en proceso de certificación, se explica la sistemática y se refuerza la idea de tener en cuenta las incidencias relacionadas con SP.

Los responsables de calidad de los servicios se encargan de analizar las incidencias registradas, agrupando las relacionadas con SP, y dándoles el tratamiento de NC, estudiando sus causas y consecuencias, adoptando acciones para evitar su repetición llegando, en caso necesario, a ponerlo en conocimiento de la Comisión de Seguridad del Hospital

Dentro de la Incidencias se incluyen:

- Incidentes relacionados con la seguridad del paciente, entendidos como acontecimientos o situaciones imprevistas o inesperadas que pueden producir o no, daño al paciente.

o Incidente sin daño es aquél que bien por casualidad o por una intervención determinada a tiempo, no ha producido daños, ni pérdidas al paciente; pero que en otras circunstancias podría haberlos producido.

o El incidente con daño se conoce como evento adverso, y será tratado como una No Conformidad.

Estas inclusiones enriquecen el sistema de recogida de incidencias, y refuerzan la cultura de seguridad del paciente.

A partir de las experiencias obtenidas por los servicios certificados, se ha desarrollado un Sistema de Gestión del Riesgo a nivel del Hospital, que dispone de una herramienta de notificación de incidentes y eventos adversos, y se ha formado un grupo de expertos, dependientes de la Comisión de Seguridad para dar soporte técnico ante eventos adversos graves o situaciones especiales. Además se solicitarán informes periódicos a las unidades sobre los incidentes y eventos registrados, para poder difundir las medidas aplicadas y prevenir o reducir dichos eventos en otras unidades.

La actualización de la Norma ISO 9001 ha servido de impulso para mejorar la seguridad del paciente en nuestro centro

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 847

TÍTULO: IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA FORMATIVO “EDÚCAME” PARA CUIDADORES PRINCIPALES: UN RETO MÁS EN EL ENTORNO DE LOS PACIENTES

AUTORES: RODRÍGUEZ-SADURNÍ, JOSEP.; RIERA-PAGÈS, T.; SABATER-RAGA, RM.; TUSQUELLAS-OTO, C.; SIST-VIAPLANA, X.; ALOY-DUCH, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El cuidador principal (CP) que convive con el paciente tiene que enfrentarse frecuentemente a unas actividades para las que no está preparado, con la consecuente inseguridad que provoca la situación, y puede dar resultados negativos, tanto para la persona cuidadora como para la persona con dependencia.

Actualmente, la mayoría de los cuidadores principales 409son cuidadores informales, es decir, personas sin formación específica ni experiencia para realizar los cuidados requeridos en el domicilio provocando que el cuidador no pueda ofrecer las atenciones necesarias para una correcta atención.

En nuestro centro el 51,5% de las altas necesitan de una ayuda amplia para bañarse, un 11 % ayuda limitada y un 27% tienen una dependencia total. Eso evidencia que el 89% de las altas en geriatría y convalecencia, necesitan de un cuidador.

Enseñar y capacitar al cuidador principal, mediante el programa formativo EDÚCAME, a desarrollar habilidades para mejorar la atención en las actividades básicas de la vida diaria (AVBD), ofreciendo a los CP, conocimientos teórico-prácticos para saber manejar y cuidar enfermos con dependencia.

Durante el año 2015, en las unidades de Geriatría del hospital se planteó una formación básica a los CP. Para ello, se implicó al personal de enfermería de las unidades.

La intervención consistió, al ingreso del paciente dependiente en Geriatría, en ofrecer al CP una sesión de formación sobre los cuidados básicos a personas con dependencia en el domicilio.

Estas sesiones se realizaron en las unidades asistenciales del estudio, una vez por semana y con un máximo de 10 asistentes.

La duración de las sesiones fue de 30' de teoría y 15' de turno abierto de palabra.

El día anterior a la sesión se pasaba un cuestionario para valorar el nivel de estudios y el estado social y familiar del CP, con el objetivo de adaptar el contenido de la acción formativa.

Al terminar la sesión, se pasaba otro cuestionario para valorar los nuevos conocimientos adquiridos y el grado de satisfacción del CP.

Se realizaron 8 sesiones, con 40 participantes, con una media de 5 participantes por sesión.

La satisfacción se valoró con la escala de Likert (1-5) y la puntuación fue de 5: 85.3 % y de 4: 14.7%.

La realización de las sesiones educativas han facilitado al cuidador principal, herramientas para poder ofrecer una atención adecuada a su familiar: como realizar higiene, alimentación, movilización y cuidado de la piel.

Desde la Dirección de Enfermería se pretende difundir el proyecto “Educame” a otras unidades. Es totalmente necesario que haya una formación para cuidadores informales, teórica y práctica, para conseguir habilidades que ayuden al manejo de personas con dependencia y que facilite y disminuya el esfuerzo y la dificultad que representa para ellos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 848

TÍTULO: EFICACIA DE LA TERAPIA CON INFUSIÓN SUBCUTÁNEA CONTINUA DE INSULINA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DIABÉTICOS

AUTORES: ROMERO PÉREZ, MARÍA DEL MAR.; BERMÚDEZ DE LA VEGA, JA.; MERINO MORENO, MC.; MULA DOMÍNGUEZ, MJ.; DÍAZ ABOLLADO, MJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La terapia con infusión subcutánea continua de insulina (ISCI) ha demostrado su eficacia en el control metabólico de los pacientes con Diabetes mellitus tipo 1 (DM1) en numerosos estudios y especialmente en la edad pediátrica.

Analizar las características epidemiológicas de los niños y adolescentes que reciben tratamiento con ISCI en nuestra Unidad y evaluar la eficacia de la terapia y el impacto de la consulta de Telemedicina en el control metabólico.

Estudio observacional, longitudinal prospectivo de los pacientes con DM1 que iniciaron tratamiento con ISCI entre noviembre de 2013 y enero de 2016. Analizamos indicación de la terapia, utilización de la consulta de Telemedicina, HbA1c media del año previo y parámetros de control metabólico y variabilidad glucémica al inicio, 6 meses y 1 año de tratamiento: HbA1c, glucemia media (GM), desviación estándar (DE), porcentaje de hipoglucemias e hiperglucemias, relación GM/DE (adecuada >2), dosis de insulina, número de controles diarios.

Se instaura tratamiento con bomba de insulina en 26 pacientes (15 niñas y 11 niños), 65% prepúberes, con edad media de 8.5 +/- 3.5 años y tiempo de evolución de la enfermedad de 3.23 +/- 2.12 años. Todos se incluyeron en un programa de formación intensiva y seguimiento de la terapia y se les ofreció la posibilidad de la consulta de Telemedicina a demanda. Las indicaciones para el inicio del tratamiento fueron hipoglucemias frecuentes, graves y/o inadvertidas (55%), inestabilidad glucémica (30%), mal control metabólico (30%) y fenómeno del alba (10%), la mayoría de los pacientes cumplían más de una indicación. La HbA1c media del año previo fue de 7.25 +/- 0.68%, a los 6 meses 6.83 +/- 0.47% y al año 6.80 +/- 0.45%, mejorando significativamente en relación a la inicial. La relación GM/DE media al inicio fue de 2.09, a los 6 meses 2.25 y al año 2.17, sin diferencias significativas. El porcentaje de hipoglucemias medio al inicio fue de 11.9% y al año de 8.6% (p 0.001) y el de hiperglucemias de 33.4% inicialmente y 31.9% al año, sin diferencias significativas. La dosis media de insulina requerida fue menor con la terapia ISCI (0.95 U/kg/día) que con múltiples dosis (1.14 U/kg/día), con diferencias significativas (p 0.037). El número de controles glucémicos diarios al año del inicio de la terapia (8.82) es significativamente superior al previo (6.8), aunque no se relaciona significativamente con la variabilidad glucémica. El 80% de los pacientes hicieron uso de la consulta de Telemedicina, siendo mejor su HbA1c, aunque sin diferencias significativas. El 100% de los pacientes se mostró satisfecho con la terapia y en todos los casos se mantuvo una vez instaurada.

Conclusiones: La terapia ISCI ha demostrado su eficacia en nuestros pacientes, tanto por el descenso de la HbA1c, como por la menor variabilidad glucémica. La consulta de Telemedicina se muestra como herramienta eficaz en la mejoría del control metabólico y ha sido valorada positivamente por los pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 849

TÍTULO: OPINIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA INFANTIL

AUTORES: RAMNARINE SANCHEZ, SHARMILA DEVI.; MIÑARRO DEL MORAL, RM.; BETANCOURTH ALVARENGA, JE.; TAPIA SERRANO, MJ.; BERENGUER GARCIA, MJ.; PAREDES ESTEBAN, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Todo servicio necesita realizar estudios de análisis de la voz del cliente para conocer las necesidades y expectativas de los usuarios, las fortalezas y debilidades del servicio prestado en los aspectos esenciales de calidad percibida, con objeto de diseñar acciones de mejora que ayuden a aumentar el nivel de satisfacción de los usuarios.

Describir la experiencia de una Unidad de Gestión Clínica en relación a las técnicas de análisis de la opinión de los usuarios: estudios realizados, resultados obtenidos, acciones implementadas y monitorización del nivel de satisfacción de los usuarios.

En el contexto del Acuerdo de Gestión Clínica de 2011 se realizó en la UGC de Cirugía Pediátrica un estudio transversal mediante entrevista semiestructurada para conocer la opinión de las familias de los niños intervenidos en la unidad de cirugía mayor ambulatoria (CMA), con el objetivo de proponer medidas de mejora. Las entrevistas se realizaron coincidiendo con las citas de revisión postquirúrgica. El análisis de la información se hizo según el modelo SERVQUAL de opinión sobre la calidad del servicio. A raíz de dicho estudio se identificaron las áreas a mejorar en opinión de los usuarios y se diseñaron diversas intervenciones para lograrlo.

Con posterioridad, se ha implantado un cuestionario de satisfacción autocumplimentado que recoge entre sus ítems los puntos débiles en el estudio inicial para poder monitorizarlos. Se presentan los resultados del estudio inicial, las acciones adoptadas y los resultados de la aplicación del cuestionario al alta.

En el estudio inicial se realizaron cinco entrevistas con un total de 9 informantes. Los usuarios valoran positivamente la atención recibida y la competencia profesional y están satisfechos del resultado de su intervención. Se facilita información sobre la intervención aunque no de forma homogénea. No todos los profesionales van identificados y los usuarios tienen dificultades para diferenciarlos. Se emplea un lenguaje accesible y no refieren dificultades para plantear sus dudas. El trato dispensado por los profesionales es descrito como amable, educado y correcto, particularmente por enfermería. Como aspectos a mejorar refieren el respeto a la intimidad especialmente en niños mayores y la adecuación de los espacios y comidas de cara a los acompañantes.

El análisis de la encuesta de satisfacción posterior (n=54) revela una mejoría en la información ofrecida sobre el proceso y en los aspectos de tangibilidad, sin embargo persiste algún problema relativo al respeto de la intimidad y emerge como aspecto a mejorar el tiempo en lista de espera.

Los estudios de opinión de los usuarios (ya sea mediante técnicas cualitativas o cuantitativas) son una herramienta indispensable para la mejora continua en la atención al paciente ya que permiten detectar incidencias, que incluso pueden pasar desapercibidas a los profesionales, y establecer mejoras orientadas específicamente a cubrir las necesidades y expectativas de los usuarios.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 850

TÍTULO: GESTION PROACTIVA DE INCIDENCIAS DE TRANSPORTE SANITARIO NO URGENTE (TSNU)

AUTORES: MARTÍNEZ GÓMEZ, J.; MEDRANO MARTÍNEZ, M.; SOLANO LÓPEZ, R.; RODRIGUEZ RODIL, N.; CABAÑAS MARTÍNEZ, A.; ROBLES OROZCO, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Una vez implantado un sistema de estandarización de la prescripción de transporte sanitario, envío de los traslados a los diferentes centros de movilización de recursos y de gestión de las reclamaciones, se comprueba que se dispone de la información suficiente para poder anticiparse a la ocurrencia de incidencias que puedan incidir en el transporte.

Dotar a la Mesa de Seguimiento de TSNU (MTSNU) de la capacidad de conocer el estado de todos los servicios en cualquier momento del proceso, pudiendo anticipar y corregir cualquier desviación se desarrolló una aplicación informática específica, denominada SUCESOS.

Se desarrolla una serie de algoritmos de búsqueda de situaciones que sin ser todavía conflictivas podrían suponer una pérdida de la calidad del servicio. Para ello se calcula el tiempo estimado de viaje y se resta a la hora de la cita del paciente. En base a estas dos horas se tipifican las situaciones susceptibles de ser conflictivas. De la forma siguiente

Traslado no acorde con la solicitud: el traslado no se realiza según las condiciones establecidas en la solicitud.

Hora Próxima Recogida: se crea cuando se aproxima la hora de recoger a un paciente y no se ha efectuado dicha recogida.

NO Recogida: se crea cuando ha transcurrido la hora estimada de recogida del paciente.

Hora Próxima Cita: se crea cuando se aproxima la hora de cita y no se ha efectuado la llegada.

Pérdida de Cita: se crea cuando ha pasado la hora de la cita del paciente y no se ha efectuado la llegada.

Alta de Hospital: se crea cuando ha transcurrido un intervalo de tiempo predefinido desde que el Hospital pide que se recoja al paciente por el alta del mismo y no se ha efectuado la recogida.

Vuelta de Ambulancia: se crea cuando ha transcurrido un intervalo de tiempo predefinido desde que el centro sanitario solicita la recogida del paciente para su vuelta al domicilio y no se ha efectuado la recogida.

Se desarrolla una aplicación para monitorizar los traslados a realizar y alertar de la posibilidad de situaciones anómalas. En base a esta información, se toman las decisiones oportunas para evitar una situación que puede llegar a convertirse en incidencia.

Los pacientes, en especial los que precisan ser trasladados en ambulancia de forma habitual, han sido los máximos beneficiarios según nuestros datos, de la modificación drástica de un procedimiento, que en algunos casos llevaban utilizando durante años. Se ha evidenciado una tendencia claramente descendente de las incidencias mensuales detectadas a través de las quejas y reclamaciones recibidas en el Departamento de Atención al Usuario, como se refleja en la encuesta de satisfacción del año 2015 que tuvo los siguientes resultados de la atención prestada: 40%: Excelente; 39%: Muy buena; 17%: Buena; 1%: Mala; 0%: Muy mala, pésima y NS/NC.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 851

TÍTULO: BUENAS PRACTICAS EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS DEL PACIENTE PEDIATRICO

AUTORES: COARASA SANCHEZ, MARIA ROSARIO.; GARCIA ORTEGA, MA.; GONZALEZ GARCIA, JM.; YAÑEZ BRAVO, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La seguridad clínica es un componente esencial de la Calidad Asistencial. Uno de los pilares claves y prioritarios será el trabajar en la gestión de los riesgos para incrementar la Seguridad del paciente, entendiendo esta como la reducción del riesgo innecesario asociado a la atención sanitaria. Según la OMS, los niños son población de riesgo debido a su estado de desarrollo, curiosidad, aumento de independencia, edad menos de tres años...esto se agrava al estar en un entorno desconocido.

Conocer la incidencia de eventos adversos debido a caídas intrahospitalarias en pacientes pediátricos.

Elaborar un díptico de recomendaciones a familiares, cuidadores y/o profesionales. Fomentar una cultura de seguridad entre estos.

Se realiza revisión de los eventos adversos notificados en el observatorio de seguridad del paciente, relacionados con caídas en los años 2014 y 2015 obteniendo una incidencia del 8,33% y 11,76% respectivamente del total de eventos adversos notificados.

Se analizan las causas más frecuentes en caídas, agrupándose en:

Caídas accidentales a padres/cuidadores (manejo ineficaz de medidas de soporte)

Pacientes ingresados con patologías de origen neurológico

Pacientes en fase de recuperación anestésica

Caídas propias en el desarrollo de la deambulación del niño

Hay que centrar los esfuerzos en iniciar acciones que prevengan los eventos adversos relacionados principalmente con las caídas.

Para los familiares/cuidadores: se elabora y entrega un díptico con recomendaciones

Para el profesional: se realiza la valoración de riesgo de caídas, se pide que entreguen e informen al cuidador sobre el díptico y que notifiquen el incidente si llegara a producirse

Por otro lado, a parte de la prevención, es importante la incorporación de barreras en seguridad adaptadas a las peculiaridades de la pediatría.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 852

TÍTULO: DEL ESFUERZO DE LA CERTIFICACIÓN DE CALIDAD HACIA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

AUTORES: GONZALEZ MARTIN, TERESA.; GARCÍA ÍÑIGO, P.; DULANTO BANDA, RA.; MURO FERRERO, S.; CARNERERO GIL, MC.; SÁNCHEZ MATA, RM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 del MSSSI incluye como objetivo 2.8 "Promover el uso seguro de radiaciones ionizantes", dentro de la línea "Prácticas Clínicas Seguras". Tras 5 años de implantación un Sistema de Gestión de Calidad (SGC), el Servicio de Diagnóstico por Imagen (SDI) desconoce si todo lo trabajado ha servido para recorrer el mismo camino en Seguridad del Paciente (SP).

Establecer los puntos en común entre el SGC de un SDI según la norma ISO 9001 y la nueva Estrategia Nacional de SP.

Análisis cualitativo de los elementos comunes entre un SGC y un plan nacional de referencia en SP. Para ello la Jefa del SDI, su responsable de calidad y una técnico de apoyo de la Unidad de Calidad revisaron documentos y registros del SGC relacionados con el objetivo 2.8 de la Estrategia de SP y sus objetivos específicos, seleccionando los puntos de la norma que podían estar alineados y presentando al menos 1 evidencia. Cada evaluadora puntuó de manera independiente como sigue: 0=sin relación, 1=débil (relación puntual o circunstancial), 2=moderada (relación algo frecuente pero sin garantía de estabilidad), 3=fuerte (el ítem del SGC es un elemento totalmente orientado y consolidado para la SP). Cuando la puntuación media estuvo entre 1,6 y 2,59, se consideró como una oportunidad para reforzar la estabilidad del ítem de la SGC y su orientación hacia la SP, y cuando fue $\geq 2,6$, se decidió mantener y asegurar la sinergia. Se utilizó el índice de kappa para medir la concordancia entre observadores.

Se identificaron 8 puntos del SGC basados en la norma ISO 9001, siendo distribuidos en 20 apartados potencialmente comunes a los 3 objetivos específicos de la estrategia de SP (algunos puntos del SGC se repitieron en los 3 objetivos): Se realizaron un total de 60 valoraciones entre las 3 observadores. De ellas, 58% correspondieron a la categoría 2 (relación moderada) y 20% a la 3 (fuerte). No se halló ningún apartado con valoración 0. El objetivo específico con mayor puntuación global fue "mejorar justificación en menores de 18" y el que menos "Promover SP en Intervencionismo". De los 20, se decidió reforzar 13 ítems del SGC y consolidar 3, en la elaboración del nuevo plan de seguridad del paciente del SDI. La concordancia entre las 3 observadoras fue nula (índice de kappa=-0,02, IC 95% -0,16 a 0,12), y baja-aceptable cuando se trató de solo 2 de ellas (índice de kappa ponderado=-0,35, IC 95% 0,06 a 0,63). Aunque no existió acuerdo entre evaluadoras, estas consideran que sí hay una relación directa, pendiente de reforzar, entre los esfuerzos dedicados al SGC y las nuevas estrategias en SP, y que a través de esta metodología es posible identificar oportunidades de mejora que rentabilicen las actividades en ambas direcciones. Actualmente se han establecido objetivos conjuntos entre el SGC y el Plan de SP de la institución.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 853

TÍTULO: SISTEMA DE COMUNICACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS GENERALES DEL HOSPITAL Y LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICAS PARA

AUTORES: LARREA SÁNCHEZ, JOSÉ.; GÓMEZ DE HITIA, JL.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) tiene entre sus funciones la acreditación de la calidad de las unidades de gestión clínica (UGC) de centros sanitarios andaluces. Este proceso se realiza conforme a un manual de estándares al que las UGC deben ajustarse.

Muchos de los estándares que deben cumplir las UGC se refieren a aspectos gestionados por servicios de soporte, generalmente adscritos a la Dirección de Gestión. Están referidos a las infraestructuras, instalaciones, equipamiento electromédico y general, hostelería, ciudadano, seguridad y salud laboral, emergencias, o gestión ambiental, principalmente.

Aunque las UGC son competentes en muchos aspectos de estos temas, en general perciben que una parte importante de su gestión les es ajena y no forma parte de sus actividades diarias. Al enfrentarse a un proceso de acreditación, esto dificulta el abordaje de estos estándares en la UGC. Solo la adecuada comunicación y coordinación de actividades entre la UGC y los servicios de soporte puede obviar esta cortapisa.

1. Identificar en los manuales de estándares de la ACSA los estándares que son parcialmente gestionados por los servicios de soporte del hospital.
2. Identificar las evidencias o prácticas que que se identifican o deben identificarse con los elementos evaluables de cada uno de esos estándares.
3. Verificar la implantación y pleno desarrollo de esas evidencias, prácticas o procesos -o planificar su abordaje si no están desarrolladas- que aseguren que la UGC cumplirá ese estándar.
4. Identificar los responsables de cada uno de esos procesos y establecer cuál es su responsabilidad.
5. Diseñar e implantar un aplicativo informático que actúe como interfaz entre los servicios de soporte y la UGC para la gestión cotidiana de las responsabilidades derivadas de cada uno de los elementos evaluables o procesos de soporte.
6. Elaborar un manual que describa las fases anteriores y sirva de herramienta al la UGC para la gestión adecuada cotidiana de sus servicios de soporte y facilite el proceso de acreditación de ACSA.

Material:

- Manuales de estándares de la ACSA.
- Sistemas de gestión de calidad de las unidades de soporte del hospital (todas certificadas en ISO).
- Ordenador y red de comunicaciones del hospital.
- Software: Microsoft Office y Alfresco.

Métodos:

- Desarrollo de los objetivos definidos, mediante revisión bibliográfica y normativa, entrevistas semiestructuradas con los responsables de cada uno de los servicios de soporte y con los responsables de las UGC que estén acreditadas o en proceso de acreditación en el hospital.
- Desarrollo del aplicativo informático e implantación. Programa formativo a usuarios de la aplicación en las unidades de soporte y en las UGC.

Plazos:

- Todo el proyecto se realizará entre junio y septiembre de 2016.
- Facilitar gestión de procesos de soporte y su comprensión y abordaje de estos procesos en los de acreditación de UGC.
- Crear canal de comunicación ágil entre servicios de soporte y UGC.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 854

TÍTULO: GESTIÓN EFICIENTE DE LAS DERIVACIONES A UNIDAD DE HEMATOLOGÍA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: SALDAÑA MORENO, RAQUEL.; ORDOÑEZ VAHI, S.; MADRIGAL TOSCANO, MD.; DIAZ SOLIS, R.; GARZÓN LÓPEZ, S.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Atención Primaria (AP) constituye un primer nivel asistencial y debe ser un buen filtro para la correcta derivación a la Atención Especializada. El aumento de la complejidad de la especialidad de Hematología, entre otros muchos factores, puede estar contribuyendo al incremento progresivo de las derivaciones desde AP a nuestra unidad. Esta demanda creciente implica un aumento en la demora de la 1ª visita, un retraso en los diagnósticos e inicio de tratamiento, y un incremento en la carga laboral que merma la atención prestada.

Conocer cuáles son los principales motivos de consulta desde AP, ver el perfil de los pacientes y valorar la resolución de estas interconsultas para así poder establecer mejoras que optimicen los recursos existentes

Estudio retrospectivo, descriptivo de las Interconsultas procedentes desde AP realizadas a la UGC de Hematología del Hospital de Jerez de la Frontera en el 2º semestre de 2015. En 6 meses se realizaron 288 interconsultas desde AP (48 interconsultas al mes). La mediana de edad era 51 años (0-93), con predominio de mujeres (62.85%). El principal motivo de Consulta fue la Anemia (28.92%). Las consultas sobre Coagulación son el 2º motivo de derivación (23.34%), seguido de los cuadros de Mieloproliferación (19.16%). Respecto a la resolución, en la 1ª visita resolvimos de forma directa casi el 20% (15.62% de ellas fueron dadas de alta a AP y un 3.82% derivadas para Control de Anticoagulación). Tras ampliar el estudio conseguimos descartar patología hematológica tras 2-3 visitas en casi el 40% (27.43% dadas de alta a AP y 12.5% derivadas a otros especialistas). De todas las interconsultas, sólo 44 pacientes (15.97%) han sido considerados pacientes hematológicos y continúan actualmente en seguimiento. Un 15.97% de los pacientes se encuentran aún en estudio, y será necesario un análisis posterior de los resultados valorando si se dieron de alta o son considerados pacientes hematológicos. Es interesante comprobar cómo los 2 principales motivos de consulta suelen resolverse tras pocas consultas, siendo pocos los pacientes que finalmente precisan seguimiento (sólo el 12% de los pacientes remitidos por anemia y el 6% por trastornos de la coagulación).

Una vez detectadas las causas más frecuentes de petición desde AP nos planteamos la elaboración de medidas enfocadas a la reducción del número de derivaciones, minimizando por tanto el tiempo de demora mediante:- Elaboración de protocolos de derivación de las patologías más demandadas.
- Planificación de un programa de formación en Hematología para los especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria.- Puesta en marcha de una consulta on-line con AP que reduciría de forma importante los pacientes derivados a nuestra unidad.

El objetivo final de estas medidas es lograr un mejor aprovechamiento de los recursos, con un aumento en la relación entre AP y especializada, así como la mejora en la calidad de la atención prestada.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 855

TÍTULO: EVOLUCIÓN DE UN OBSERVATORIO DE RESULTADOS

AUTORES: VALENTÍN LÓPEZ, BEATRIZ.; PARDO HERNÁNDEZ, A.; NAVARRO ROYO, C.; LOBETE CARDEÑOSO, M.; BAÓN PÉREZ, BS.; ZARCO RODRÍGUEZ, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La evaluación y difusión de resultados es un aspecto fundamental de la asistencia sanitaria. La puesta en marcha de un Observatorio de Resultados constituye la estrategia adoptada en nuestro servicio de salud para proporcionar información dinámica y transparente sobre el estado de salud y la asistencia sanitaria a ciudadanos, usuarios, profesionales y gestores.

Describir la evolución que ha experimentado el Observatorio de Resultados desde su puesta en marcha como servicio electrónico en abril 2014 hasta la cuarta versión presentada en mayo 2016.

La metodología seguida antes de cada actualización por el grupo de trabajo, formado por las unidades directivas con competencia en los indicadores, comprende: 1) revisión bibliográfica de experiencias nacionales e internacionales, 2) actualización de datos del último año disponible, 3) propuesta de nuevos indicadores, y 4) valoración y aportaciones por la Comisión Asesora en Indicadores de Calidad de la Asistencia Sanitaria, constituida por sociedades científicas y profesionales de reconocido prestigio.

La primera versión del Observatorio de Resultados incluyó 259 indicadores, distribuidos en tres apartados: estado de salud de la población, con 156 indicadores poblacionales; 48 indicadores de atención primaria (AP) y 55 indicadores de hospitales. En AP y hospitales se presentan resultados globales del servicio de salud, así como individuales por centro de salud u hospital, de los 3 últimos años disponibles (2010-2012), agrupados en cinco dominios: actividad general, efectividad clínica y seguridad del paciente, eficiencia, atención al paciente y docencia e investigación.

Las actualizaciones han mantenido la misma estructura con incremento de indicadores en AP y hospitales, manteniéndose los del estado de salud de la población. Así, la segunda versión del Observatorio cuenta con 263 indicadores e incluye datos 2013; la tercera versión con 270 indicadores incorpora datos 2014 y la última versión, presentada en 2016, cuenta con 277 indicadores y facilita datos 2015. Ejemplos de algunos de los 18 nuevos indicadores incorporados en las distintas actualizaciones son la adecuación de medicamentos en mayores de 74 años; la educación para la salud; las cesáreas de bajo riesgo; la satisfacción con la amabilidad de los profesionales, la información facilitada en consulta y la atención al paciente con dolor; las úlceras por presión; el nº de pacientes con hepatitis C tratados; y el porcentaje de uso de receta electrónica entre otros. Actualmente se está valorando la incorporación de indicadores determinantes de la salud como obesidad, actividad física, consumo de tabaco y alcohol.

Además de los indicadores, en la aplicación se ha mejorado la navegabilidad, se facilita la descarga de datos e informes y se incluye información práctica para el ciudadano.

El Observatorio de Resultados se ha revisado de forma periódica y sistemática incorporando nuevos indicadores antes de la publicación de cada versión.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 856

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LAS DISCREPANCIAS ENCONTRADAS TRAS LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.

AUTORES: SUÁREZ CARRASCOSA, FRANCISCO JOSE.; DOMÍNGUEZ LÓPEZ, M.; BLANCO SÁNCHEZ, G.; SALGUERO OLID, A.; GARCIA MARTÍN, F.; BULO CONCELLÓN, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Un elevado número de errores de medicación (EM) ocurre en los procesos de transición asistencial. La conciliación de la medicación es una herramienta que tiene como objetivo eliminar esos EM y los efectos adversos derivados de ellos.

El objetivo principal del presente estudio es analizar las discrepancias encontradas y la incidencia de errores de conciliación (EC) al realizar la conciliación de la medicación en pacientes pediátricos. Como objetivo secundario analizaremos los grupos de fármacos más afectados por estas discrepancias.

Estudio observacional prospectivo realizado de Septiembre 2015 a Noviembre 2015 en pacientes pediátricos que ingresan en nuestro hospital. Se elaboró un protocolo para el desarrollo del proceso de conciliación. Se revisó la historia farmacoterapéutica de los pacientes que ingresaron durante el periodo de estudio en la unidad de Pediatría. Se incluyeron los pacientes que tomaban, al menos, un medicamento de forma crónica. Se realizó una entrevista clínica con los padres o tutores de los pacientes incluidos recogiendo las siguientes variables: sexo, edad, diagnóstico, fármacos prescritos, dosis, posología y vía de administración, inicio y duración de cada tratamiento y médico prescriptor. La conciliación se realizó comparando las prescripciones previas al ingreso, obtenidas de la entrevista clínica y de las prescripciones del paciente tanto en atención primaria como en atención especializada, con la prescripción al ingreso extraída del programa de prescripción electrónica ATHOS Prisma®. Las discrepancias encontradas fueron registradas y consultadas con el médico responsable para su resolución tras lo cual se clasificaron en discrepancia no resuelta, justificada o EC.

Se incluyeron 26 pacientes (10 varones, 38.46%) con una edad media de 6.1±4.1 años. El número de medicamentos conciliados fue de 76 (2.9±1.9 medicamentos por paciente). Se identificaron 24 discrepancias que requerían aclaración de las cuales 13 fueron justificadas (54.16%), 2 quedaron sin resolver (8.33%) y 9 fueron EC (37.5%). Los tipos de errores fueron 2 por omisión de medicamentos, 4 por diferencia en la dosis o pauta, 2 por prescripción de medicamento innecesario y 1 por existencia de interacción entre medicamentos. En cuanto a la distribución en función del grupo terapéutico, 4 de las discrepancias se debieron a fármacos antiepilépticos (3 de ellas fueron EC), 4 se debieron a fármacos para el tratamiento del asma (0 EC), 3 a fármacos contra el reflujo gastroesofágico (0 EC), 3 a medicamentos derivados del calcio (2 EC), 2 a fármacos antihistamínicos (1 EC), 2 a antibióticos (2 EC), otras 2 a medicamentos para el tratamiento de cardiopatías (1 EC), el resto de discrepancias se debieron a otros grupos de fármacos sin suponer ningún EC. la conciliación resultó útil para reducir los errores de medicación producidos en las transiciones asistenciales de los pacientes pediátricos. Los fármacos antiepilépticos son los que supusieron un mayor número de EC.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 857

TÍTULO: PROBLEMAS METODOLÓGICOS EN LA MEDICIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL. COMPARACIÓN ENTRE LOS ESTUDIOS ENKID Y ALADINO.

AUTORES: COMPANY MORALES, MIGUEL.; RUBIO JIMENEZ, MF.; FONTALBA NAVAS, A.; GIL AGUILAR, V.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

A finales del siglo pasado, en España, se utilizó una definición de obesidad infantil basada en percentiles poblacionales (locales) del Índice de Masa Corporal, de tal modo que la obesidad se localizaba por encima de los valores del percentil 85 para el sobrepeso y 95 para la obesidad para la edad y el sexo. Basándose en estos criterios se utilizaron desde el año 1988 las tablas de la Fundación Orbegozo (Hernández et al., 1998), resultando investigaciones como el estudio EnKid (1998-2000). A partir del año 2004 el comité de la International Obesity Task Force (IOTF) decidió adoptar los puntos de corte de IMC establecidos por Cole et al. (2000). En estos últimos puntos de corte del IMC se basa el estudio Aladino (2011) sobre prevalencia de obesidad infantil en España. Los estudios Enkid y Aladino han servido para comparar la prevalencia de obesidad infantil entre los años 2000 y 2011, asegurando que hay un alarmante aumento de la prevalencia, pero basándose en criterios diferentes.

El objetivo principal de este trabajo es valorar si las diferencias metodológicas de los estudios Enkid y Aladino afectan a la comparación de los datos de prevalencia de obesidad infantil. Si se confirma esta hipótesis, el segundo objetivo es analizar si se ha producido un sesgo de sobrevaloración del aumento de obesidad infantil entre los años 2000-2011.

Revisión bibliográfica sobre la metodología para establecer los criterios sobre obesidad y sobrepeso infantil en los estudios Enkid y Aladino. Se ha analizado la metodología utilizada para establecer los criterios de corte en la medición del IMC. También se ha revisado críticamente los resultados y conclusiones de ambos estudios.

El estudio Enkid realizó su clasificación de la población infantil respecto al IMC teniendo en cuenta las tablas de la fundación Obergozo (Hernández et al., 1998) basándose en las recomendaciones de la OMS que propuso utilizar los percentiles 85 y 95 de las tablas de los Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sin embargo, el estudio ALADINO (2011) toma como referencia los criterios establecidos por Cole et al (2000), elaborados mediante una proyección matemática de los valores correspondientes a la definición para los adultos de obesidad ($IMC > 30 \text{ kg/m}^2$) y sobrepeso ($IMC > 25 \text{ kg/m}^2$). El estudio ALADINO informa de una prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil del 44,5 % en niños y niñas entre 6 y 9 años y el estudio Enkid del 30,4% para esa misma población. Pero existe un sesgo de sobrevaloración que se observa cuando los mismos resultados del estudio ALADINO (2011) son comparados considerando como referencia las tablas de la Fundación Orbegozo, la prevalencia de sobrepeso y obesidad baja al 30,8% para la misma población. Por lo tanto, si la comparación de estudios se realiza considerando los mismos criterios de referencia se puede afirmar que la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil no ha aumentado en España en el periodo de once años que abarcan ambos estudios.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 858

TÍTULO: ASESORÍA EN LOS PROCESOS DE CERTIFICACIÓN DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA

AUTORES: VAZQUEZ GONZALEZ, ANTONIA.; LUQUE RAMIREZ, JM.; GONZALEZ ARCO, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los procesos de acreditación de UGC, suponen un importante reto para los profesionales y requiere una estrategia de actuación específica para motivar a todos, en la mejora continua y garantizar el éxito. Guiar a las unidades durante es proceso es fundamental para la implicación y motivación de los profesionales.

Describir el procedimiento de apoyo metodológico establecido por la Unidad de Calidad, así como las herramientas de ayuda puestas a disposición de las Unidades de Gestión Clínica (UGC) en los procesos de acreditación

Se desarrollan una media superior a 50 reuniones anuales con las UGC y se han ubicado en el repositorio documental de la intranet, ordenados por estándares, documentos de interés para abordar el análisis y el cumplimiento de los mismos. Se ha protocolizado la realización de auditorías de calidad de las historias clínicas y del cumplimiento del consentimiento informado y se ha unificado la gestión, análisis y la elaboración del plan de mejora de las encuestas de satisfacción. Desde la Unidad de Calidad, se ha puesto en marcha la mejora de procesos de colaboración con las unidades de soporte, en varias líneas estratégicas. Se ha facilitado tener una persona referente que coordine la colaboración entre estas U. soporte y UGC del centro. Se recogen y normalizar todos aquellos PNT, mediante consenso entre las dos partes, se unifican procedimientos que se ponen a disposición de todas la UGC, mediante su publicación en la intranet en el área de Calidad. El único trabajo de las UGC consiste en personalizar estos protocolos y adaptarlos a su propia UGC, nombrar a referente para cada uno de estos procesos y comunicar a todos los profesionales su puesta en marcha. De estas reuniones entre U. Calidad y U. Soporte han salido también algunas innovaciones, como ej. el compartir información de los certificados oficiales de las infraestructuras, mediante share-point, evitando circularización documental. Esta y otras iniciativa están siendo valoradas para ampliar a otras áreas. Con relación a las unidades de soporte, comprobamos que los clínicos han tenido poco conocimiento de estas áreas, pero dado que cuando hablamos de calidad, no es tanto la científico técnica, sino la percibida por la ciudadanía, se tiene que producir una transmisión del conocimiento de cómo funcionan estas áreas de servicios.

Estas iniciativas han sido bien valoradas por parte de los profesionales y están dando resultados positivos en los resultados obtenidos en las evaluaciones externas de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. El repositorio documental disponible en la intranet, constituye una herramienta de ayuda para los profesionales, así como un vehículo de transferencia de conocimiento y buenas prácticas entre unas y otras UGC, lo que contribuye de manera efectiva a la mejora continua de nuestra organización.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 859

TÍTULO: RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LOS PROCESOS DE RECEPCION Y ADMINISTRACION DE LECHE HUMANA DONADA

AUTORES: RODRIGUEZ GONZALEZ, MARIA CORONADA.; SUTIL FRANCO, C.; MOYA MORA, MC.; SANCHEZ SUAREZ, Y.; RODRIGUEZ BETETA, EM.; GASCON SANCHEZ, MC.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Según la OMS cuando la leche materna no está disponible (LM), la leche Donada(LD) es la primera opción a la nutrición enteral. No en todos los hospitales que nacen grandes prematuros disponen de esta alternativa a la alimentación.

Tras la creación en el año 2014 del Banco Regional de la Comunidad de Madrid se pone en marcha un proyecto piloto para distribuir leche donada a dos hospitales de la Comunidad de Madrid. En julio de 2014, nuestra unidad de neonatología pasa a ser centro receptor de Leche Humana Donada de Banco.

Objetivos como centro receptor

La puesta en marcha del programa piloto e implantación del proyecto de recepción de leche donada desde Banco Regional de Leche donada de la Comunidad de Madrid

- Adaptación de la infraestructura y del protocolo de LM existente para la recepción , conservación , almacenamiento y administración de LD a nuestros pacientes en la unidad neonatal.
- Asegurar la trazabilidad , proteger la calidad, y minimizar las pérdidas de LD

En la elaboración de los procesos participaron de forma mas extensiva 2 TCAES , 2 DUES y 2 Neonatologos .

Se revisó documentación , guías internacionales y bibliografía relacionada con el procesamiento de la LD.

Se llevaron a cabo numerosas reuniones con los responsables del Banco de Leche de la Comunidad De Madrid.

Se adecuó la infraestructura y el material.

Resultados :

- Elaboración de los documentos escritos de los procesos (15) que garanticen la correcta recepción, administración de la LD. Descripción de los mismos así como el personal responsable de cada uno de ellos.
- Elaboración de los documentos de registros para cada una de las fases.
- Elaboración del Consentimiento Informado validado
- Desarrollo de un programa formativo teórico práctico para todo el área pediátrica.
- Instauración de un sistema de registro con notas de Selene
- Desarrollo de un algoritmo claro de actuación .

El personal auxiliar de enfermería es responsable y así están definidas sus acciones y registros en los procesos: Recepción, comprobación y registro del pedido. Conservación , Descongelación, preparación, administración al receptor y etiquetado de alícuotas .

En esta fase se recibieron 24840ml LD. 1016 prescripciones. No administradas 17(1.6%), de las cuales el 41.3% por no disponer LM (primeros días de vida), 41.1% por intolerancia digestiva y otros el 17.6% . Todos los padres aceptaron la recepción de LD. El 50% un peso de 1000-1500g y EG 28-31s. El 25% menor de 1000g

Alta el 60% mantuvo LM exclusiva y un 20% mixta. El motivo del cese fue disponibilidad de LM (70%) y peso de 1500g.

Conclusión

Los resultados obtenidos han permitido hacer efectiva la recepción y administración de LD traduciéndose esto en un beneficio para los pacientes. Los rigurosos registros y la gran participación y responsabilidad en el procesamiento del personal auxiliar documentaron la trazabilidad de la LD.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 860

TÍTULO: PROCESOS ASISTENCIALES EFECTIVOS: ¿MEJORA LA SALUD DE LAS PERSONAS DIABÉTICAS CON NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA?

AUTORES: BAYÓN CABEZA, MARIANELA.; PÉREZ RIVAS, FJ.; RODRÍGUEZ BARRIENTOS, R.; BECERRIL ROJAS, B.; MALILLOS PÉREZ, D.; LAS HERAS MOSTEIRO, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Desde 2013 en la Gerencia Asistencial de Atención Primaria se han realizado diversos estudios transversales que mostraron correlaciones moderadamente positivas entre el cumplimiento de indicadores de proceso asistencial y de efectividad clínica en personas con Diabetes Mellitus (DM). Las limitaciones encontradas: ausencia de valores de hemoglobina glicosilada (HbA1c) en el momento diagnóstico y de control de variables confusoras: edad, sexo o tipo de tratamiento, han impulsado este proyecto

Describir la asociación existente entre el cumplimiento de un indicador de proceso (Criterio de Buena Atención: CBA 4) del servicio 407 de cartera: Atención a pacientes adultos con DM y el grado de control, en personas con DM2 de nuevo diagnóstico y analizar factores predictores de adecuado control tras 2 años de seguimiento

Diseño: estudio multicéntrico en 262 centros de salud analítico retrospectivo de seguimiento de una cohorte de personas mayores de 14 años con nuevo diagnóstico de DM2 entre el 1/10/2011 y el 30/09/2012

Fuente de datos: Hª clínica electrónica AP Madrid. Fin del estudio: 30/09/2015.

Variables:

- De intervención o proceso: tener cumplido el CBA4 en 2013 y 2014: seguimiento adecuado: peso, síntomas hipoglucemia, revisión y adherencia terapéutica, y consejos.

- Dependiente o de resultado: control adecuado: HbA1c < 8,5% para mayores de 75 años y < 7% para el resto.

Análisis estadístico: medias, desviación estándar (DE) y t de Student para cuantitativas y frecuencias relativas y CHI2 para cualitativas. El efecto predictor en el control se valora con regresión logística binaria univariable.

12.613 pacientes fueron seguidos durante 35,3 meses (DE:4,5), su edad media 65,3 (DE:12,7) y el 57,2% eran mujeres.

264 (2,09%) presentaban seguimiento adecuado, de estos el 83,6% tenían buen control de la HbA1c al final del estudio, frente al 40,3% de los que no (p=0,05). El valor medio de HbA1c fue de 6,48 (6,36-6,59) en los que cumplen frente a un 6,64 (6,62-6,67) de los que no (p=0,04). La HbA1c disminuyó -0,73 (IC95%: -1,01/-0,44) en el grupo con seguimiento adecuado y -0,49 (IC: -0,54/-0,45) en el otro grupo (p=0,06)

Al considerar los 4 criterios clínicos que pueden influir más en la modificación de la HbA1c (peso, hipoglucemias, revisión tratamiento y consejo alcohol) las diferencias se acentúan: la HbA1c disminuye -0,71 (IC: -0,94/-0,47) en el grupo que cumple y -0,45 (IC: -0,53/-0,43) en los que no (p=0,04). El grupo de buen control tuvo mayor disminución de HbA1c con respecto al otro: -0,22 (IC: -0,44/-0,007) (p=0,04)

El cumplimiento de los indicadores de seguimiento adecuado parece conllevar una reducción de la HbA1c clínicamente significativa en pacientes con DM2 de nuevo diagnóstico. Estamos concretando qué intervenciones influyen en esta reducción, para establecer un modelo predictor. Estimamos oportuno seguir potenciando acciones que garantizan la realización de las intervenciones recogidas en los CBA para mejorar la salud de los pacientes

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 861

TÍTULO: ESTRUCTURA FUNCIONAL PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA.

AUTORES: TÉBAR BETEGÓN, M^a ÁNGELES.; LEÓN MARTÍN, AA.; ARMENTEROS LECHUGA, M.; SÁNCHEZ SÁNCHEZ, G.; MAYORAL CARRIAZO, JC.; PÉREZ CUBILLO, EM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Gerencia de Atención Integrada (GAI), de Ciudad Real (CR), está constituida por un hospital de tercer nivel y 19 centros de atención primaria. Durante mucho tiempo su actividad básica en gestión de riesgos sanitarios (GRS) se centraba en el análisis e implantación de acciones de mejora derivadas de la notificación de incidentes y eventos adversos, con escasa evidencia de la evaluación de su impacto en la mejora de la seguridad del paciente (SP). La SP es considerada por la Dirección de la GAI CR como una de sus líneas estratégicas, y por ello propone desarrollar una estructura funcional de GRS en la GAI CR que garantice el despliegue de la Estrategia de SP 2015-2020 del Sistema Nacional de Salud, adaptada a su contexto.

Establecer la estructura funcional de GRS para el despliegue de la Estrategia de SP del Paciente 2015-2020. Establecer una metodología común a los distintos grupos constituidos dentro de esta estructura, que permita la implantación de ciclos de mejora continua, con seguimiento de objetivos y evaluación de la eficacia.

Se desarrolló el Proceso de Renovación de Comisiones, Comités y Unidades Funcionales (CCUF), considerando como miembros natos a la Unidad de Calidad (UCAL), para el apoyo metodológico y monitorización de la actividad de las distintas CCUF.

Se aprobó una instrucción técnica de gestión documental de carpetas compartidas, con indicación de uso establecido en el Reglamento Básico de Funcionamiento de las CCUF. La instrucción se presentó por la UCAL, en todas las reuniones de constitución de las CCUF.

Constituida la Unidad Funcional de Riesgos Clínicos (UFR), estableció sus principales líneas de actividad, para cuyo desarrollo se crearon los siguientes grupos de trabajo: SINASP, Implantación del listado de verificación quirúrgica, Fomento de la cultura de SP, TAOCAM, Mejora de la comunicación atención primaria-hospitalaria, Identificación del Paciente, Conciliación de la medicación, Higiene de Manos, Mejora de seguridad del paciente psiquiátrico.

Otras líneas de trabajo en SP, fueron abordadas por otras comisiones por ejemplo, Proyectos Zero en la Comisión de Infecciones o Seguridad en Cuidados de Enfermería (Prevención de Caídas, Úlceras por Presión, Transmisión inequívoca de órdenes verbales, Mantenimiento de Carros de Parada), en la Comisión de Cuidados.

Se constituyeron un total de 13 CCUF. 195 profesionales de los distintos niveles asistenciales solicitaron su participación, siendo seleccionados 158. Se diseñaron formularios para el seguimiento de sus objetivos, en el caso de la UFR, se diseñaron Planes de Acción (PA) por parte de cada grupo de trabajo, se definieron objetivos generales, acciones, responsabilidades, recursos, cronograma e indicadores. Todos los grupos presentaron sus PA, que fueron revisados y aprobados por la UFR, y la dirección. Se creó un cuadro de mandos en la UCAL, con 46 indicadores para el seguimiento de los Planes, que se realiza en las reuniones de la UFR.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 863

TÍTULO: CONOCIMIENTO DE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS POR LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE UN ÁREA SANITARIA

AUTORES: MARTÍNEZ CASQUETE, ANGÉLICA.; GAMBOA ANTIÑOLO, FM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las voluntades anticipadas constituyen un instrumento de garantía de respeto al principio de autonomía del paciente, en relación con las actuaciones de los profesionales sanitarios y prácticas médicas empleadas en la última etapa de la vida del paciente imprescindible en el desarrollo de una atención de calidad. Este trabajo tiene como objetivo evaluar el nivel de conocimiento, las actitudes y utilización del Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) entre los profesionales sanitarios de un área de salud.

Este trabajo tiene como objetivo evaluar el nivel de conocimiento, las actitudes y utilización del Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) entre los profesionales sanitarios de un Centro de Salud y de un Centro Hospitalario en un área sanitaria.

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo, transversal, por medio de una encuesta anónima dirigida a profesionales sanitarios de atención primaria y hospitalaria.

Resultados: Obtuvimos un total de 94 cuestionarios (74,5% médicos hospitalarios y 25,5% médicos de centro de salud). El 54,3% fueron varones. La media de edad fue de 42,14 años. El 77,7% de los profesionales conocía el DVA; y el 43,6% conocía la regulación legal y había leído el DVA. El 63,3% considera que es el paciente el que debe llevar la iniciativa en el supuesto de realizar un DVA. Y un 81,9% considera el centro de salud el entorno más adecuado para tratar el tema. A la hora de plantearse redactar su propio DVA, solo el 13,8% estaría dispuesto.

Conclusion: Los conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios hacia el DVA han mejorado, pero debemos seguir formando y proporcionando información a dichos profesionales, ya que solo tienen un conocimiento general sobre el tema, pero saben poco de la normativa, contenido y registro del DVA. El déficit mayor se encontró en los médicos del Centro Hospitalario. Sin embargo podemos decir que la actitud hacia el DVA es favorable.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 864

TÍTULO: AUDITANDO LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RECOMENDACIÓN DE “NO HACER” RADIOTERAPIA HOLOCRAREAL EN METASTASIS CEREBRALES

AUTORES: DE LAS PEÑAS CABRERA, MARIA DOLORES.; SAMPER OTS, PM.; AMAYA ESCOBAR, E.; HERNÁNDEZ MIGUEL, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se puso en marcha en abril de 2013 el proyecto: “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas”. Este proyecto se enmarca en las actividades de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y tiene como objetivo disminuir las intervenciones innecesarias, entendidas como aquellas que no han demostrado eficacia, tienen escasa o dudosa efectividad o no son coste-efectivas. La SEOR (Sociedad Española de Oncología Radioterápica), dentro del paradigma de la Medicina Apropiaada hizo la recomendación: “No administrar radioterapia externa holocraneal (RTH) adyuvante tras radiocirugía esterotáxica para metástasis cerebrales limitadas.”

valorar la implementación en nuestro servicio de Oncología Radioterápica, desde enero de 2015 hasta 31 de mayo de 2016 y, si impacta en la supervivencia, de la recomendación de: “No administrar radioterapia externa holocraneal adyuvante tras radiocirugía esterotáxica para metástasis cerebrales limitadas”, incluso según recomendaciones actuales, de no realizar RT holocraneal en nº limitado de metástasis cerebrales, exclusivamente REF (Radioterapia Esterotáxica Fraccionada).

Estudio prospectivo de cohortes para valorar la implementación de esta recomendación, comparando con nuestra serie histórica como control.

Material: Población: total de metástasis cerebrales atendidas (MC) en nuestro servicio: 121 pacientes que representa: 7.43%, del total de pacientes, 1628. Siempre hay pacientes que no se tratan por negativa, mal estado general, etc. Esquema de tto recibido en los dos períodos de tiempo analizados:

-Pacientes tratados desde octubre de 2012 hasta diciembre de 2014: 61 pacientes. 50.41% del total. (61/121). Esquema de RT holocraneal (RTH) convencional en 10 fracciones de 3 Gy día: 30 Gy (Fraccionamiento convencional) +/- con boost integrado, era el 80.32% (49/61).

* En 2012: 5 pacientes. RTH. 100% (4/5. 80%). 1 no tratado (1/5. 20%).

* En 2013: 22 pacientes. 21 con RTH (95.45%) y 1 REF 4.54%.

* En 2014: 34 pacientes. 1 RC 3.84% (1/26), 24 RTC (92.3%), 1 REF, 3.84%. 8 pacientes no tratados 23.52%.

-Pacientes con metástasis cerebrales a partir de 2015, son 60 (49.58%, 60/121). Objetivo del estudio REF: sobre lesiones afectas sin RT holocraneal.

*2015: 46 pacientes. RTH: 33 pacientes (76.74%), 4 no tratados 8.69%. REF: 9 pacientes, 23.25%.

*2016: 14 pacientes con MC. RTH: 8 pacientes, (72.72%). REF: 3 (27.27%). No tratados. 3 (23.07%).

Frecuencia de MC: pulmón; 73.55%, Mama: 9.91%, CCR: 9.09%. Con REF: de 14 pacientes: CCR 28.57%, mama y pulmón: 3, 21.42%.

Implementamos esta recomendación, con tendencia al alza, de un 23.23% en 2015, hasta un 27.27% hasta 31/5/16. No hay menor supervivencia en el grupo de tto con REF.

-2015: no tto: media de supervivencia de 3.66 meses; RHC: 4.6 meses y REF 5 meses.

-En 2016: sin tto RT: 0.8 meses; RTH 2.75 meses, REF: 3.1 meses.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 865

TÍTULO: EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE NEUROLOGÍA EN UN HOSPITAL COMARCAL DE ANDALUCÍA.

AUTORES: OLLERO ORTIZ, ANGELA.; RIOS TORO, JJ.; MUÑOZ CLAROS, A.; SANCHIS SANZ, G.; RUIZ CANTERO, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Hospital comarcal de la Serranía atiende una población de aproximadamente 85.000 habitantes. La peculiar dispersión geográfica y tradicional aislamiento de las poblaciones de la Serranía de Ronda justificó en 1995 la incorporación a la cartera de servicios de un Neurólogo, formando parte de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna.

El objetivo de este trabajo es analizar la actividad asistencial que realiza Neurología en un hospital comarcal y la patología principal que se atiende en un periodo de 3 años (2013-2015).

Se ha realizado un estudio descriptivo prospectivo mediante un registro de la actividad asistencial hospitalaria realizada por una Unidad de Neurología en un Hospital Comarcal de Andalucía. Se registra la actividad de consultas y hospitalización durante tres años. La actividad de hospitalización se realiza como consultoría, la actividad en Hospital de Día consiste en pruebas diagnósticas y tratamientos específicos y la de consulta como actividad diferenciada. Se analiza la evolución de la actividad de Neurología a lo largo de este periodo.

El número de enfermos de consultas anual fue de 2550, 2650 y 2633, con un crecimiento progresivo a expensas de solicitudes de primeras valoraciones de entre 14-23% según el año y un crecimiento de la lista de espera tanto de estos como de las revisiones. Los ingresos neurológicos representan un 15% aproximadamente de los ingresos en Medicina Interna. El 50% de la patología es Neurovascular, con un crecimiento a lo largo de los años, siendo el resto de patologías variables según el año.

El número total de consultas por Medicina Interna u otros Servicios en enfermos hospitalizados fue de 290, 347, 272 pacientes al año. Paralelamente, se observa un incremento de casi un 50% la actividad de Hospital de Día y de valoraciones no programadas de patología ambulatoria durante el horario dedicado a hospitalización (debido al incremento en la demora de revisiones ambulatorias). El número de pacientes atendidos al día 3, 4, 5 se incrementa para mantener esta actividad y aunque el porcentaje de pacientes valorados por primera vez sobre el total de los ingresos (65% aproximadamente) se mantiene e incluso aumenta, es a costa de una reducción de casi el 50% en las valoraciones de seguimiento de hospitalización.

Se detecta un aumento progresivo de la actividad específica de Neurología, con una complejidad creciente, que sugiere que es posible acercar la atención especializada a enfermos de áreas con mayor dispersión geográfica, mejorando la accesibilidad de la población. Deberían realizarse planes dinámicos capaces de adaptarse a la realidad cambiante de la asistencia sanitaria, que ofrezcan una asistencia neurológica básica de calidad adecuada a las necesidades de cada área sanitaria. Acercando el recurso al paciente, sobre todo en las áreas con mayor dispersión y peculiaridad geográfica.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 866

TÍTULO: CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y PAGO POR DISPONIBILIDAD

AUTORES: NAVARRO ESPIGARES, JOSE LUIS.; MARTINEZ MARTINEZ, E.; HERNANDEZ TORRES, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El mecanismo de pago se encuentra en el núcleo de los contratos de Colaboración Público-Privada (CPP), expresa en clave financiera la distribución del riesgo entre la Administración y el contratista. Este mecanismo determina la cuantía de los pagos que la Administración hace al contratista y modula los incentivos para que el contratista preste el servicio requerido de manera que resulte una relación calidad-precio aceptable.

Esta comunicación analiza los elementos que deben ser considerados en el mecanismo de pago y ofrece una propuesta para su formulación basada en la experiencia internacional y española para contratos de equipamiento clínico.

El método seguido en este trabajo se basa en la revisión de la literatura especializada y de la documentación disponible en algunos portales web de países de nuestro entorno. En concreto, se analiza el compendio de cláusulas para contratos de CPP ofrecido por el Ministerio de Gasto Público y Reforma de Irlanda y las guías estandarizadas para la contratación CPP publicadas por la Oficina del Tesoro Público Británica. Asimismo se ha revisado la documentación publicada por el Banco Europeo de Inversiones, el Banco Mundial y el Consejo Canadiense para los proyectos de CPP. En el ámbito nacional se han considerado los pliegos de cláusulas administrativas y los de prescripciones técnicas de las experiencias más recientes en esta modalidad de contratación.

La mayoría de los documentos consultados recomiendan la aplicación de un pago unitario por servicio basado en la disponibilidad del servicio. No debe realizarse ningún pago hasta que el servicio esté disponible y deben contemplarse deducciones por falta de disponibilidad o rendimiento deficiente. El cálculo del pago único contempla deducciones por disponibilidad, rendimiento y satisfacción del cliente. Para que las deducciones reflejen la gravedad de la falta se asigna de un nivel de criticidad a cada área funcional o bien a cada equipo. En este sentido, proponemos una fórmula concreta para el cálculo del pago periódico y para las distintas deducciones.

La formulación del mecanismo de pago en un contrato de CPP determina los incentivos económicos, pero dicho mecanismo debe establecerse en total sintonía con los requerimientos de disponibilidad en la prestación del servicio y con la monitorización del desempeño en su prestación. Una vez iniciada la prestación del servicio, la gestión del contrato debe ser eficaz y eficiente, de ahí que debamos encontrar un equilibrio entre el coste de la gestión del contrato y el beneficio de una mayor precisión y detalle en el algoritmo para determinar el pago.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 867

TÍTULO: NUEVO MODELO PROFESIONAL Y DE GESTIÓN PARA LA SEDACIÓN EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA: MENOS RECURSOS, MÁS EFICIENCIA

AUTORES: RODRÍGUEZ-SADURNÍ, JOSEP; ALOY-DUCH, A.; VILA-SENANTE, M.; SOPENA-GARCIA, R.; RIU-ALBORNA, T.; POCH-MARTÍ, P.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La implementación de los nuevos programas de cribado de cáncer de colon para su diagnóstico en estadios incipientes, pretenden disminuir el impacto de las futuras complicaciones de morbilidad y mortalidad en estos pacientes, si bien el programa ha significado un aumento global de la actividad e, indirectamente, del coste para los centros sanitarios.

Describir la implantación de un nuevo modelo mixto en 2 y 3 salas de 'Endoscopia Digestiva con Sedación' (EDS), delegando la realización en cada sala de la técnica anestésica en enfermería, con la presencia de un anestésista consultor, para mejorar la eficiencia asistencial y económica del procedimiento, y potenciar las funciones del colectivo enfermero.

Se elaboró un procedimiento con la descripción de las técnicas y las funciones de cada profesional, aprobado por las direcciones asistenciales, y se formó y acreditó internamente al colectivo enfermero participante; se realizó una reforma de las estructuras para intercomunicar 3 salas para las EDS, y se adquirieron nuevos equipos. El circuito consistía en: 1. Una 'Consulta preanestésica Telefónica Virtual' enfermera (otra comunicación); 2. Firma del consentimiento y preparación del paciente; 3. 'Check list' quirúrgico; 4. Administración de la medicación según protocolo y monitorización. 5. Realización de la EDS; 6. Recuperación en el área de reanimación. Se compararon los costes globales del modelo antiguo (1 anestésista/sala), respecto al nuevo modelo mixto (1 enfermera anestésista/sala y 1 anestésista consultor para todas las salas). Después de un período piloto de implementación, se comprobaron y revisaron los resultados alcanzados y se evaluó la eficiencia del modelo mixto con un conjunto de variables que se describen en los resultados.

El modelo mixto fue el más eficiente (110,65€/EDS). vs. 127.12€ (-13%). Se formaron (4 horas/profesional) y se acreditaron 19 enfermeras. La actividad de abril y mayo (40 días) de 2015 respecto a 2016 fue de 833 EDS (21/día).vs. 1860 EDS (47/día) (+123%). Con el antiguo modelo (1 anestésista/sala), hacían falta 14 anestésistas/semana y con el actual mixto 6/semana (-57%). El ahorro real alcanzado, por 100 EDS, fue de € 11.724. vs. € 10.551 (- 10%). Con el antiguo modelo ocupaban 47 h de salas/semana de EDS y con el mixto actual 41h/semana (-13%). No se detectaron más complicaciones anestésicas con el nuevo sistema. El nuevo modelo planteado es teórica y prácticamente eficiente, permitiendo dar respuesta al aumento de la actividad al liberarse más espacio de exploraciones, destinar los anestésistas a otras tareas y potenciar el papel de la enfermera de pruebas especiales. Un futuro modelo global siempre con 3 salas funcionando permitirían la liberación del 49% de salas y del 67% de anestésistas. Los próximos pasos se dirigen a contabilizar las complicaciones surgidas y la satisfacción de los pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 868

TÍTULO: ENFERMERAS Y DIRECCIÓN POR OBJETIVOS... ¡RETRIBUIDOS CLARO! ¿MOTIVAN O DESMOTIVAN?

AUTORES: DEL OSO MORÁN, JUAN.; ARRECIADO MARAÑÓN, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El ICS utiliza desde hace más de 10 años la Dirección por objetivos (DPO). Un número significativo de profesionales manifiestan opiniones contrarias al sistema. El impacto en resultados de salud para los pacientes, en mejora de formación y competencias o en contención de gasto sanitario, no han sido establecidos de forma concluyente. El coste económico es importante. La investigación pretende generar conocimiento que oriente a la modificación de estrategias y medidas que mejoren su efectividad.

Conocer, respecto a los objetivos retribuidos, cuáles son las percepciones y factores que condicionan variaciones en la motivación de las enfermeras de un hospital de tercer nivel, y explorar las relaciones existentes entre ellos.

Estudio cualitativo descriptivo e interpretativo fenomenológico.

Población y ámbito de estudio: enfermeras de hospital universitario terciario público. Criterios de exclusión: no asistenciales; vinculación contractual excluida.

Muestreo intencional opinático atendiendo a la diversidad de informantes, la accesibilidad y suficiencia de la muestra por saturación.

Técnica: entrevista en profundidad individual semiestructurada. Método de análisis temático del contenido.

Limitaciones: saturación incompleta; investigador único; riesgo de sesgo por cercanía de relación entre investigador y el tema a investigar.

Aparecen múltiples factores interrelacionados, con impacto sobre la DPO, que han sido mayoritariamente generadores de desmotivación: Baja expectativa por la percepción de metas irrealizables o en las que no se tiene impacto. Percepción de comunicación y retroalimentación ausente o deficitaria. Percepción de inequidad respecto a algunas categorías. Bajo grado de significado percibido por la creencia de que los objetivos propuestos no aportan valor de mejora asistencial o de correcta gestión de los recursos públicos. La percepción del rol vocacional en sanidad apoya la idea de que no hay que premiar económicamente el trabajo bien hecho. No se percibe la DPO como un instrumento de reconocimiento de los mejores profesionales, ni de las mejores prácticas. Algunos aspectos del clima y la cultura organizacional son percibidos como limitadores de la efectividad de la DPO, como la "mentalidad funcionarial" a la hora de no poder concebir retribuciones diferentes para un profesional en función de su grado de desempeño, y a un alto grado de resistencia al cambio. La variabilidad de la retribución y la discrecionalidad en el pago como consecuencia de la crisis, genera sensación de inseguridad retributiva.

Conclusiones: Los sistemas de retribución variable no parecen funcionar para las enfermeras en el ámbito estudiado. Además plantean una serie de retos que hay que resolver satisfactoriamente para que sean efectivamente motivadores. La dificultad radica en que deben de tenerse en cuenta numerosos elementos y las complejas relaciones existentes entre ellos. Sería necesario revertir las dudas y percepciones negativas que actualmente genera.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 869

TÍTULO: PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA REALIZACIÓN DE LA BIOPSIA CUTÁNEA

AUTORES: PORRAS GONZÁLEZ, MARÍA HELENA.; CASTELLANO MUÑOZ, P.; JABALERA MESA, ML.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La realización de biopsias cutáneas es responsabilidad final del dermatólogo. Esta técnica genera habitualmente una segunda cita para el paciente, ya que debe acudir en una nueva ocasión para la realización de la prueba. En nuestros centros, es la enfermera la encargada de realizar esta técnica como acto único. Esto implica que la enfermera debe disponer de una agenda en la que se puedan incluir las curas de la especialidad, más las biopsias demandadas a lo largo de la consulta médica.

- Estudiar cómo se realiza la técnica de biopsia cutánea en España y en otros países.
- Conocer el número de biopsias cutáneas realizadas por la enfermera en nuestro centro.
- Conocer si existe disminución de la calidad en la realización enfermera de la

Estudio descriptivo transversal, que analiza el número de pacientes sometidos a biopsia cutánea en el periodo de un año (2014).

Muestra: 822 pacientes procedentes de la consulta médica de dermatología, que fueron derivados a la consulta de enfermería para la realización de una biopsia cutánea.

Método:

- Se realizó un análisis bibliográfico para comprobar cómo se realizan habitualmente las biopsias cutáneas en centros españoles y de otros países.
- Se formó al personal de enfermería en la realización de biopsias cutáneas.
- Se detalló a los profesionales médicos que debían especificar el tamaño de la biopsia requerida, así como la localización exacta de la lesión.
- Se designó un circuito por el que la auxiliar citaba en la consulta de enfermería, como acto único, a los pacientes que requerían una biopsia cutánea.
- Se utilizó el programa informático de trabajo del centro para realizar una explotación de los datos requeridos.
- Se explotaron los datos del centro de referencia, donde se tiene la misma dinámica de trabajo, para comparar los resultados de ambos.

Se han realizado 822 biopsias cutáneas en consulta de enfermería, el 96,4% como acto único, durante el año 2014.

No han existido incidencias relativas a la disminución de la calidad de las muestras obtenidas por enfermeras en nuestro centro.

No se ha encontrado ninguna publicación que informe sobre la realización de las biopsias cutáneas por enfermeras en España.

En Estados Unidos algunos dermatólogos cuentan con enfermeras para la realización de biopsias y se ha observado cierta tendencia al envío de biopsias de menor tamaño y profundidad no adecuada.

Hemos realizado un 13% más de actos únicos que nuestro hospital de referencia (83,5%, n=2853).

Conclusión: La enfermera, con la formación adecuada y tras la indicación de un dermatólogo, puede realizar correctamente la técnica de biopsia cutánea, disminuyendo así el número de visitas que realiza el paciente y reduciendo el tiempo de diagnóstico.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 871

TÍTULO: ATENCIÓN AL PACIENTE QUE SOLICITA ASISTENCIA INDEMORABLE EN ATENCIÓN PRIMARIA: CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ALTA RESOLUCIÓN

AUTORES: CALVO CARRASCO, DIANA.; JIMENEZ MENDIA, L.; HERNANDEZ IZAGA, N.; TUTOR ERCILLA, J.; FERNANDEZ DE ZAÑARTU BELTRAN DE HEREDIA, AR.; VITORIA GARCIA, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las necesidades de salud de la población joven están cambiando, habitualmente ellos acuden a los centros de salud fundamentalmente por patología aguda de baja complejidad y solicitan ser vistos de forma indemorable. La gestión de la demanda asistencial constituye unos de los puntos álgidos de la Atención Primaria, donde confluyen los intereses de los profesionales y los ciudadanos. Para dar respuesta a las demandas y necesidades de este tipo de población, se pone en marcha la Consulta de Enfermería de Alta Resolución (CEAR).

Describir la actividad enfermera en la Consulta de Enfermería de Alta Resolución.

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre experiencias similares publicadas. Junto al equipo administrativo, los médicos y enfermeras del centro de salud elaboramos un algoritmo de citación para derivar a la CEAR, a pacientes mayores de 14 años que soliciten cita indemorable en el día y que la agenda de su médico no disponga de más huecos libres para citar. Posteriormente, consultando las guías clínicas elaboramos mediante consenso en equipo multidisciplinar 30 protocolos con actuación de enfermería (criterios de exclusión, algoritmo de actuación y cuidados de enfermería para el proceso de atención). Comenzamos la puesta en marcha del proyecto el 01/10/2014. La recogida de datos se hace a través del registro en tabla Excel y en la historia clínica del paciente.

Durante 2015, aceptaron ser atendidos 2.388 pacientes en la CEAR de los 2.471 pacientes que solicitaron cita en el día.

- 67,48 % de procesos resuelve enfermería
- 32,52 % de procesos se derivan a medicina de forma presencial
- La patología resuelta en la CEAR con más frecuencia: trámites administrativos, patología digestiva, patología urinaria y respiratoria.
- 31,65% de pacientes su situación clínica fue considerada indemorable
- Satisfacción de los usuarios con la CEAR: entre buena (56,25%) y muy buena (43,75 %).

La Consulta de Enfermería de Alta Resolución (CEAR), se ha consolidado como resolutoria en nuestra Unidad de Atención Primaria en más de un 60% de los pacientes que atiende.

Esta metodología pretende abordar el proceso agudo en equipo, informando y educando a los usuarios en la gestión de su proceso de salud- enfermedad y utilizando los recursos sanitarios disponibles de forma más eficiente. Si los usuarios conocen nuevas competencias enfermeras para la resolución de procesos agudos, se podrá racionalizar y organizar las cargas de trabajo, ajustándose a las necesidades reales de los pacientes.

Es necesario que el personal de enfermería sea entrenado y formado para trabajar con estos protocolos de actuación y así, incorporar nuevas competencias a la práctica habitual de las consultas enfermeras de Atención Primaria.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 872

TÍTULO: PROPUESTA DE TRABAJO PARA EL ANALISIS DE LOS INDICADORES DE SEGURIDAD(PSI)

AUTORES: VAZQUEZ GONZALEZ, ANTONIA.; CAMINO DURAN, F.; GONZALEZ ARCO, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El contrato programa del año 2016 del Área Hospitalaria Virgen del Rocío contempla entre sus objetivos analizar distintos indicadores de la AHRQ: Indicadores de Seguridad (PSI) y la puesta en marcha de medidas para mejorarlos.

Elaborar una propuesta de metodología de trabajo para analizar los indicadores desviados de la media de hospitales de mismo nivel e instaurar medidas para su mejoría.

1. Estudio evolutivo de dichos indicadores desde el año 2007 al 2014. En este estudio se va a analizar la tendencia de cada indicador, seleccionándose para su estudio en mayor profundidad:

- Indicadores con tendencias ascendentes
- Aquellos indicadores PSI cuyas tasas se encuentra por encima de la tasa media de Andalucía.

Los indicadores PSI seleccionados serán analizados individualmente por la comisión clínica correspondiente y se emitirá un informe fruto de este análisis. Esto se llevará a cabo analizando el comportamiento de cada IQI y revisando aquellas historias clínicas correspondientes a los pacientes con un riesgo de mortalidad menor.

Los informes elaborados se presentará al director de la UGC correspondiente para debatirlo y en su caso proponer áreas de mejora.

Puesta en marcha de las actividades de mejora durante el año en curso.

En la actualidad estamos inmerso en la segunda fase del cronograma previsto, realizándose un análisis por parte de las comisiones que será presentado a las Unidades de Gestión Clínica el próximo 20 de Junio

1ª FASE	Estudio Evolutivo	5 Febrero
2ª FASE	Análisis por comisiones	20 Febrero
3ª FASE	Presentación informes directores UGC	20 Junio
4ª FASE	Puesta en marcha mejoras	Junio-octubre-dic
5ª FASE	Informe de resultados Octubre (IQI) y Diciembre (PSI) para emitir a los servicios centrales del SAS (objetivos contrato programa 2016).	

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 873

TÍTULO: ADECUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO “ÓRDENES VERBALES” EN UN CENTRO HOSPITALARIO

AUTORES: CARRASCOSA GARCÍA, MARÍA ISABEL.; JOVER CASAS, JM.; ÁGUILA BARRANCO, JC.; LAGUNA PARRAS, JM.; MORCILLO NIETO, MC.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Nuestro Centro Hospitalario implantó en junio de 2014 un Procedimiento de Órdenes Verbales (P.O.V.) sobre tratamientos, cuidados o procedimientos, orientado a disminuir errores en la comunicación entre los profesionales involucrados en la atención del paciente, para garantizar que disponen de la información esencial para la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas seguras. El procedimiento fue elaborado por un grupo de trabajo multidisciplinar dependiente de la Comisión de Seguridad del Paciente y se necesita identificar áreas de mejora en su aplicación.

Conocer el nivel de conocimiento y frecuencia de aplicación del P.O.V

Evaluar el nivel de cumplimiento de los profesionales médicos y enfermeros a las buenas prácticas descritas en el P.O.V. tras su implantación.

Explorar la frecuencia de incidentes relacionados con la inadecuada aplicación

Diseño: Estudio transversal del conocimiento y cumplimiento de las Buenas Prácticas del P.O.V a los tres meses y al año de su implantación.

Fuente de datos: cuestionario diseñado por los investigadores para explorar el conocimiento y la aplicación de cuatro buenas prácticas del P.O.V.

Muestra y procedimiento de muestreo: Muestreo consecutivo a conveniencia, seleccionando a todos los médicos y enfermeras presentes en cada UGC durante la visita de los auditores de seguridad del paciente.

Análisis de los datos: se describen las variables cualitativas del cuestionario mediante tablas de frecuencia, con número y porcentaje de sujetos de cada categoría del ítem.

El P.O.V. se aplica con frecuencia en la práctica asistencial (67% a los tres meses y 70,9% al año). Su conocimiento mejora desde los inicios de su implantación y llega a ser elevado (68%) al año.

La repetición del receptor de la orden verbal muestra un cumplimiento “siempre-frecuentemente” de 27,3% al inicio y 31,8% al año. Hay un porcentaje “nunca-raramente” de 12,7% al inicio y 22,7% al año.

La claridad a la hora de emitir el prescriptor la orden verbal, muestra al inicio un predominio de “siempre-frecuentemente” (27,3%) mientras que al año, aunque predomina la respuesta siempre-frecuentemente (62,3%) se incrementa también el porcentaje de nunca-raramente (23,4%).

La adecuación del P.O.V. a los supuestos contemplados como criterios de aplicación muestra un predominio de adecuación (34,5%) al inicio y al año (45%), aunque en ambos momentos, hay un porcentaje de inadecuada aplicación (8,2%-10,9%).

El registro antes de 24 horas, aunque mejora al año de implantación (“Siempre, frecuentemente” en el 50%), hay un porcentaje de casos en los que nunca-raramente se registra (11,8%).

Sólo un 5,5% al inicio y 12,7% al año han presenciado/participado en un incidente relacionado con incorrecta aplicación del P.O.V.

CONCLUSION: Aunque al año de implantación ha mejorado el cumplimiento de las buenas prácticas, se observa la necesidad de iniciar estrategias de mejora para la repetición por el receptor, claridad del emisor, adecuación y registro.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 874

TÍTULO: BRIEFING DE SEGURIDAD CLINICA COMO HERRAMIENTA DE GESTION DEL RIESGO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES: RODRIGUEZ SALAZAR, DAVID.; GOMEZ SANCHIS, R.; SANCHO GAVILAN, L.; AÑO FORCADELL, G.; OSTA OSORIO, G.; MONLLAO VILLALOBOS, D.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los briefings son una herramienta multidisciplinar y no punitiva, que nos permite conocer y registrar los eventos adversos que han sucedido en los diferentes turnos de trabajo. A partir de esta información se podrán desarrollar estrategias y áreas de mejora para minimizar los riesgos.

Implementar una herramienta ágil para recoger información sobre los eventos adversos y desarrollar estrategias y áreas de mejora. Crear cultura en el uso de herramientas en seguridad de paciente (S.P), para la gestión del riesgo. Dinamizar las notificaciones de eventos adversos para poder identificar eventos centinela

Tipos de estudio: descriptivo retrospectivo .Muestra: todas las hojas de registro en el intervalo comprendido entre octubre 2015-15 junio 2016. Numero de registros 516. Variables: Eventos vinculados con la medicación, (E.M); Eventos relacionados con el diagnóstico y/o tratamiento, (E.D.T); Eventos relacionados con la identificación de pacientes y/o muestras biológicas, (E.I.MB); Eventos relacionados con caídas y/o curas del paciente, (E.C.CU); Eventos relacionados con el equipamiento y/o recursos, (E.E.R); Eventos relacionados con protocolos i circuitos asistenciales, (E.P.CA); Eventos relacionados con el medio ambiente, (E.MA); Eventos relacionados con el traslado de pacientes dentro y fuera del Hospital, (E.T.H); Eventos relacionados con las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, (E.IRAS); Exitus; Otras; Número de declaraciones . Fuente de datos: hoja de registro Briefing. Técnica de registro: hoja de cálculo Excel.

Resultados: Cumplimiento de registro: 1,54% no registro, 98,4% si registro; E.M: 3; E.D.T: 2; E.I.MB:4; E.C.CU: 3; E.E.R: 130; E.P.CA: 9; E.MA:1; E.T.H: 4; E.IRAS:0; Exitus:5; Otros:6; Número de declaraciones 4. La variable E.E.R. los profesionales la han utilizado para realizar peticiones de mantenimiento, siendo solo 2 anotaciones las relacionadas con la S.P, por lo que serán las restantes anotaciones excluidas del estudio. El 1,54% de no cumplimiento de registro corresponde al mes de marzo de 2016, este mes la actividad de urgencias se incrementó en un 113%.

Conclusiones: Herramienta multidisciplinar útil i rápida de registro de seguridad del paciente; Mejora la cultura de seguridad de los profesionales; Dinamiza el uso del sistema de notificaciones de seguridad clínica; como puntos de mejora se observa en el estudio que falta calidad a la hora de interpretar las variables del briefing, por lo que se propone ampliar el plan de formación en S.P, mediante formación teórico-práctica..La explicación al no cumplimiento del 1,54%, podría deberse a que el aumento de la demanda asistencial superó el mes de marzo la capacidad del servicio a pesar del plan de contingencia aplicado, lo que supuso una disminución en la cumplimentación del registro.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 876

TÍTULO: CONCILIACIÓN DIRIGIDA: INTEGRACION DE SISTEMAS PARA GARANTIZAR LA CONCILIACION DE LA MEDICACIÓN UNIVERSAL

AUTORES: ALCALA SOTO, ANGELA.; SIERRA-SANCHEZ, JF.; JIMENEZ PICHARDO, L.; GAVIRA MORENO, R.; MORA HERRERA, C.; PUIVECINO MORENO, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Desde 2011 la conciliación forma parte de la Estrategia de Seguridad el Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Una de las barreras a la hora de implantar este procedimiento de mejora de seguridad es la falta de una metodología normalizada y de los medios que permitan llevarlo a todos los pacientes que lo requieren.

Desarrollar una herramienta informática que permita realizar la conciliación de la medicación a todos los pacientes que ingresan en un hospital y cuantificar la carga asistencial que supone la conciliación integral de los pacientes.

Estudio transversal prospectivo de 27 días de duración en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados en un hospital de más de 500 camas. En una primera fase se diseñó la herramienta informática para dar soporte al proceso y se elaboró una lista de los medicamentos a conciliar (medicamentos diana [MD]) teniendo en cuenta las recomendaciones actuales de las diferentes guías de conciliación de la medicación publicadas. Para cada MD se elaboró una recomendación del manejo destinada a ser comunicada a los facultativos a través del programa de prescripción. La herramienta informática identifica a los pacientes candidatos a conciliación (Conciliación Dirigida) a través de tres pasos: 1) Identificación de los ingresos diarios a través del programa PRISMA®; 2) Integración de la información acerca de la prescripción previa al ingreso, obtenida a través de la aplicación corporativa Microstrategy® y 3) Detección de los MD en la lista de medicación del paciente previa al ingreso. Se midió el tiempo diario empleado para la detección de los pacientes a conciliar y la realización del proceso de conciliación: 1. Detección de los pacientes con MD y obtención de la recomendación de manejo durante el ingreso: se midió el tiempo que se empleó diariamente calculándose la media \pm desviación estándar. 2. Inclusión de la recomendación en la historia clínica del paciente: se midió el número total de MD y considerando necesario un tiempo de un minuto para la comunicación de la recomendación de cada MD, se calculó el tiempo necesario para llevar a cabo el proceso de conciliación al ingreso.

En el periodo de estudio ingresaron 1.403 pacientes. Tenían tratamiento domiciliario previo al ingreso un 76% (N=1.069) y presentaban MD un 53% (N=743). El tiempo medio para la detección de estos pacientes fue de $5,01 \pm 1,03$ min/día, permitiendo realizar la conciliación de 30 ± 13 pacientes/día. El número medio de medicamentos por paciente fue $8,3 \pm 6,2$, de los que $2,2 \pm 2,3$ fueron MD. El número medio de MD que se conciliaron al día fue de 95 (rango: 42-168), lo que se traduce en un tiempo necesario para la conciliación de 1,6h (rango: 0,7–2,8h). La aplicación informática diseñada permite realizar la conciliación al ingreso de la totalidad de los pacientes, mediante un sistema de integración de la información que permite priorizar la actividad, empleando un tiempo diario inferior a 3h.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 877

TÍTULO: ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN DEL MATERIAL ORTOPROTÉSICO EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA SUR DE SEVILLA

AUTORES: MARTÍNEZ LUNA, JOSÉ MARÍA.; SIANES BLANCO, A.; MADRAZO OSUNA, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El derecho del ciudadano a que se le dispensen determinadas prestaciones como el material ortoprotésico suponen un esfuerzo económico importante al Sistema Sanitario. Queda claro que se trata de un recurso más que oportuno en determinadas circunstancias de dependencia y dificultades en la movilidad, si bien, la oferta tan amplia de recursos en catálogo disponible, los criterios definidos para solicitar uno u otro y la excesiva demanda puede suponer para quienes lo prescriben, dificultades que ocasionan que se soliciten determinados materiales inadecuados o sin indicación suponiendo por tanto prescripciones de un montante importante que debieran ser analizadas y controladas.

- Conocer grado de adecuación de las prescripciones de material ortoprotésico en el Área
- Mejorar los criterios de adecuación y reducir los gastos derivados de malas prescripciones

Se constituye una Comisión para el análisis y control del material ortoprotésico formada por un especialista en Medicina Física y Rehabilitación, un administrativo jefe de sección de prestaciones y un responsable de atención ciudadana.

La jefatura de sección de prestaciones centraliza todas las prescripciones y las organiza para la celebración de la Comisión, extrayendo del Sistema de Información de material Ortoprotésico (SIOR) del Sistema Sanitario Público de Andalucía la información del histórico de prescripciones asociadas a dicho paciente

Con carácter mensual se reúne la comisión y analiza cada una de las prescripciones valorando los criterios de adecuación según informe clínico y según catálogo de ortoprótesis y la información contenida en el SIOR. Fruto de este análisis se autoriza, se modifica o se devuelven determinadas prescripciones (por no cumplir criterios como tiempo de renovación, criterios clínicos o posibilidades de reparación de material)

Resultados

Desde el año 2014 hasta junio 2016 se han celebrado 19 comisiones, se han valorado 361 prescripciones, aceptándose el 82,2%, mientras que el 7,8% se enviaron para arreglo de material y el 10% se rechazaron. En términos económicos los rechazos suponen un 13,3% sobre lo inicialmente prescrito (95500 euros de ahorro en 2 años y medio), siendo las sillas especiales el material sobre el que principalmente se interviene.

Conclusiones

Ha quedado demostrado que hay espacios en la mejora de la adecuación de las prescripciones si bien, dada las dificultades explicadas anteriormente(exigen un conocimiento exhaustivo tanto de prescripciones previas como de criterios clínicos de adecuación) hacen más que oportuno someter a estrategias de control las prescripciones, aliviando la presión de los profesionales prescriptores en la consulta a la vez que suponen un ahorro importante en el Sistema a la vez que permite a los pacientes disponer de su derecho con la prestación adecuada para la mejora de su calidad de vida.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 878

TÍTULO: CUIDADOS DE ENFERMERIA DESDE LA INSERCCION HASTA LA RETIRADA DEL DRENAJE TORACICO EN EL PACIENTE CRITICO

AUTORES: GARCIA CAÑEDO, FRANCISCO JAVIER.; SEL ESCALANTE, MC.; LOPEZ MANZANO, EM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El drenaje torácico es un método de evacuación mecánica de aire, sangre u otros líquidos del tórax para lograr la reexpansion de los pulmones.

Los cuidados del sistema valvular como los del drenaje, son importantes para una evolución positiva de la patología. De aquí, la importancia del conocimiento por parte de enfermería en los cuidados y funcionamiento del drenaje torácico. Conocimientos para la colaboración en la inserción, mantenimiento del catéter y de la cámara, así como la retirada del mismo. Consiguiendo así, un funcionamiento correcto y detectar posibles complicaciones graves.

Describir y evaluar el conocimientos que poseen los profesionales de enfermería de la unidad de cuidados intensivos sobre drenaje torácico.

Se realiza cuestionario entre el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos, que consta de 10 ítems, antes y después de un pequeño taller donde se describe el proceso de inserción, mantenimiento y retirada del drenaje.

Tras recoger los resultados de los cuestionarios, como resultado obtuvimos que el 60% del personal conocía el manejo de la cámara, control de asepsia y material necesario antes de realizar el taller.

Concluimos que a pesar de los buenos resultados antes del taller, conseguimos que un 90% del personal tuviera el conocimiento adecuado para llevar a cabo el procedimiento

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 879

TÍTULO: MONITORIZACION DOMICILIARIA:LABOR DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA

AUTORES: LOPEZ MARCO, MARIA JOSE.; RUIZ BAYO, L.; NIETO GUTIERREZ, P.; BORREGO IGLESIAS, I.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Actualmente existe un considerable número de personas con enfermedades cardiovasculares que sufren complicaciones en ámbitos donde los profesionales sanitarios pueden llegar demasiado tarde.

Por otro lado, la medicina cardiológica ha incorporado recientemente herramientas diagnosticas y pronósticas potentes y no invasivas basadas en el procesamiento de señales obtenidas del sistema cardiovascular, utilizan herramientas avanzadas.

El presente trabajo propone un sistema multiagente que vincula estas herramientas y técnicas de inteligencia artificial, para realizar el monitoreo inteligente de pacientes con patologías cardiovasculares como así también para coordinar las acciones y gestionar los recursos de las partes fundamentales que deben intervenir en caso de emergencia, a saber, el propio paciente, la familia y donde el papel de la Enfermería especialista es primordial ya que de ella dependerá el uso de sistemas de razonamiento basado en casos y basado en reglas para decidir cómo responder, decidir y accionar de acuerdo a la situación de cada paciente.

- 1: La enfermera especialista tiene un acceso rapido a la información de sus pacientes.
- 2: Se permite tener la capacidad de monitorizar desde el domicilio y desde centros sanitarios no especializados.
- 3: Los profesionales de Enfermería pueden hacer de forma independiente una evaluación precoz de la situación una vez que obtienen un análisis global de la información obtenida.
- 4: Se pueden obtener controles de calidad de la consulta.
- 5: Comodidad para los pacientes.
- 6: Empoderamiento de la profesión enfermera cada vez más especializada.

Material: 1: Sistemas de seguimiento a distancia: Home Monitoring

2: Equipo Informatico.

3. Consulta de unidad de arritmias y marcapasos de seguimiento.

Método: Los profesionales Enfermeros especialistas en arritmias realizan la revisión diaria de los pacientes y recogen o no la presencia de algún factor adverso que les indique qué tipo de actuación llevar a cabo.

Descripción: La relación transpersonal y el cuidado como esencia (eje y corazón) de la práctica diaria de Enfermería en esta consulta, siendo una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador, genera respeto, conocimiento y ayuda mutua, respetando siempre la dignidad humana en la asistencia de enfermería dentro de un marco muy específico de especialización.

- 1: El sistema de monitorización domiciliaria (MD) permite que pacientes con una estimulación cardíaca definitiva, sean manejados de forma eficiente y segura por parte de profesionales Enfermeros con una alta cualificación formativa.
- 2: Permite el ahorro en recursos sanitarios.
- 3: La (MD) permite sustituir parcial o totalmente las consultas de seguimiento presencial con excelente aceptación por parte de los pacientes, siendo cada vez más aceptada en distintos países.
- 4: Se empieza a disponer en la literatura de información sobre seguridad y utilidad del seguimiento remoto de pacientes

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 880

TÍTULO: CONTINUIDAD ASISTENCIAL A PERSONAS CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y / O ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN URGENCIAS

AUTORES: RODRIGUEZ BERENGUEL, M^a ANGELES.; MALDONADO MALDONADO, G.; RODRIGUEZ MAGÁN, T.; SANTIAGO GARCÍA, R.; CONTRERAS CARREÑO, A.; CAÑADAS NÚÑEZ, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Continuidad de cuidados es la cohesión total entre los distintos servicios sanitarios que precisa una persona en su vida y refleja la calidad asistencial del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

Las patologías crónicas, como la Insuficiencia Cardíaca (IC) y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) tienen una prevalencia en España del 8 y 10,2% respectivamente (población de 40-80 años). Estas personas consumen gran parte de los recursos sanitarios en sus exacerbaciones. Numerosos estudios demuestran que mejorar la continuidad de cuidados disminuyen las reagudizaciones.

Desde el año 2004, el SSPA dispone de un servicio de continuidad de cuidados denominado Telecontinuidad de cuidados, es un servicio de continuidad asistencial con seguimiento telefónico proactivo.

El Complejo Hospitalario Torrecárdenas (CHT) es referente para la población del Distrito Sanitario Almería. Desde 2014 se incluyen, en Telecontinuidad, los pacientes frágiles dados de alta en el servicio de urgencias

En 2015 se incluyen las personas con enfermedades crónicas (EPOC e IC) para asegurar la continuidad de cuidados en horario de discontinuidad asistencial (tardes, noches, festivos...)

Mejorar la continuidad asistencial de las personas con estas patologías que son dadas de alta desde la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Urgencias del CHT con seguimiento proactivo

Mejorar los sistemas de captación de pacientes

Cuantificar el incremento de pacientes incluidos en la Plataforma desde la implementación en la UGC de Urgencias del CHT.

Confirmar la mejora de la calidad asistencial mediante la continuidad de cuidados de pacientes con EPOC e ICC dados de alta en el servicio de urgencias

E. Descriptivo longitudinal

P. Diana: Personas dadas de alta desde la UGC de Urgencias del CHT con diagnóstico de EPOC y/o IC (población adscrita al Distrito Sanitario Almería)

Período de estudio: 2014 - Primer semestre 2016

Tamaño de muestra: 857 personas

C. Inclusión: Ser dados de alta del Servicio de Urgencias del CHT con alguno de los siguientes diagnósticos: IC y / o EPOC.

C. Exclusión: No cumplir los criterios de inclusión

Recogida de datos. Método directo: captación de pacientes con criterios de inclusión por profesionales de enfermería de Observación de la UGC de Urgencias, previa formación en uso de Plataforma de Telecontinuidad de Cuidados. Método indirecto: consulta por supervisor de la UGC en Base de Datos elaborada por la Dirección Asistencial junto a Sistemas de Información

Incremento de profesionales implicados en captación e inclusión en la plataforma

2014: 10 Pacientes incluidos sobre 370 personas, lo que supone un 2,70%

2015: 305 Pacientes incluidos sobre 371 personas, lo que supone un 82,21%

Año 2016 (primer semestre hasta el 15 de junio): 216 pacientes incluidos sobre 216 pacientes lo que supone el 100%

Desde Urgencias es posible garantizar la continuidad de cuidados facilitando la actuación proactiva por parte de la enfermera/o de Salud Responde y del Centro de Salud.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 881

TÍTULO: ANÁLISIS DE LA CULTURA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ANESTESIOLOGÍA

AUTORES: CAÑUELO CORDERO, MIGUEL.; RUÍZ VILLÉN, MC.; ROLDÁN GORDO, EG.; RODRÍGUEZ TEJERO, A.; MARTÍN DEL POZO, A.; JIMÉNEZ GARCIA, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La mejora en el contexto de seguridad del paciente parece ligado irremediablemente a la cultura sobre seguridad del paciente. Nuestra intención fue conocer la cultura que existe actualmente sobre seguridad del paciente, para identificar las oportunidades de mejora en la materia, desarrollando estrategias que impulsen la existencia de la misma. Lo que repercutiría en última instancia en una mejor calidad asistencial, mayor seguridad del paciente, un descenso de los eventos adversos con las connotaciones económicas que de ello se desprende

Realizar un análisis de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de la anestesiología valiéndonos de la encuesta de la AHRQ validada al español

Se efectuó un estudio descriptivo de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito de los profesionales asistentes a la 60ª reunión de la AAEAR.

El cuestionario se entregó a la entrada de las diferentes ponencias a lo largo del congreso de forma aleatoria. Todo ello en un sobre cerrado anónimo. Así mismo se recogió a la salida de las ponencias y mesas, de forma igualmente anónima.

El análisis y comparación de los datos obtenidos se realizó a través de la hoja de cálculo que proporciona la AHRQ.

El cuestionario contiene preguntas formuladas positivamente y otras formuladas negativamente. Las respuestas del cuestionario se recodificaron en tres categorías: Negativo, neutral y positivo.

Con esta codificación se calcularon las frecuencias relativas de cada categoría, tanto para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión.

El estudio descriptivo de los resultados se realizó de forma global y estratificado por perfil profesional, así como comparado con los datos presentes en la base de datos de la AHRQ.

El análisis de fortalezas y oportunidades de mejora se realizó para cada ítem y para las dimensiones en su conjunto

Se administraron 205 cuestionarios, con un total de 156 cuestionarios completados (tasa de respuesta 76%). El 99% de los encuestados trabajan en el área de la anestesiología, siendo un 89% médicos y un 11% personal de enfermería.

De forma global se obtuvieron resultados significativamente inferiores comparados con la base de datos de la AHRQ. Las principales oportunidades de mejora fueron la frecuencia de eventos notificados, el trabajo en equipo entre diferentes unidades, el apoyo por parte de la dirección y en la mejora/aprendizaje continuo.

Como principal fortaleza destaca la facilidad de comunicación interpersonal.

El 59% de los encuestados calificaron como "pobre" la cultura sobre la seguridad del paciente en su entorno de trabajo, y solo un 14% la calificaron como "excelente", "muy buena" o como "aceptable", en la base de la AHRQ este estrato era un 95%.

Un 76% de los encuestados no realizaron reporte alguno sobre eventos adversos en el último año (AHRQ 55%) .

Creemos que existe un importante margen de mejora en este ámbito y que habrá que desarrollar estrategias para que esta mejora se produzca.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 882

TÍTULO: HOSPITAL SILENCIOSO

AUTORES: OLIVERAS GIL, MONTSERRAT.; MAURI HERRERO, C.; ESCOBAR JORQUERAS, S.; MORENO BELLA, JL.; GIL RAMOS, C.; ROBLES HERMOSO, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La contaminación acústica hospitalaria produce efectos negativos en el ser humano, tanto a nivel fisiológico como psicosomático. Aumenta el estrés tanto de trabajadores como enfermos. Y puede impactar negativamente en su recuperación.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el ruido no ha dejado de crecer en los hospitales, un aumento de 52 db a 72-80 db desde 1960. Lo recomendable sería no sobrepasar los 30 db. diurnos i 35 db. nocturnos.

En nuestro hospital, el proyecto se desencadena con la unidad del sueño que está ubicada en una planta de hospitalización convencional. El exceso de ruido ha provocado reclamaciones de los usuarios y repetición de pruebas. Posteriormente, al analizar la situación se objetiva que la percepción de los profesionales y pacientes y su entorno es común, existe un exceso de ruido que provoca malestar, nervios y dificultad en el descanso.

Control del ruido ambiental en las unidades de hospitalización

Disminución de las reclamaciones

Disminución en la repetición de pruebas

Mejorar satisfacción profesionales y usuarios

1 Líneas estratégicas, alcance y calendario del proyecto.

Actividad realizada a nivel directivo

2 Análisis de situación y áreas de mejora

Reunión de trabajo multidisciplinar de profesionales para detectar las áreas de mejora (grupos pasillos, ruido de carros,ruido puertas entrada unidad,...) la actuaciones a realizar y su prioritzación

Grupo focal de pacientes y familiares para detectar las áreas de mejora (timbres control, hablar en los pasillos, mobiles, carros de comida...)y su priorización

Medición (datos objetivos)

3 Comunicación y información

Tanto a nivel interno como externo. Incluida señalización

4 Despliegue del proyecto

En el mes de junio se inicia en la primera unidad de hospitalización

5 Seguimiento y evaluación (batería de indicadores: medición de los db, nº de reclamaciones, nº de pruebas repetidas y grado de satisfacción)

Actualmente, se han cumplido los objetivos de las 2 primeras fases. Se han detectado las áreas de mejora divididas: a) a nivel profesionales b) a nivel usuarios c) estructurales. Estamos en la fase inicial del despliegue

En el congreso se presentaran los resultados y conclusiones.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 883

TÍTULO: AUTOMATIZACIÓN DE UN SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO, EN UN SISTEMA DE EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA.

AUTORES: RODRÍGUEZ RODIL, NURIA.; SOLANO LÓPEZ, R.; MEDRANO MARTÍNEZ, M.; MARTÍNEZ GÓMEZ, J.; FERNANDEZ CAMPOS, M.; CASITLLO RUBIO, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La evaluación del desempeño es una herramienta que se utiliza para comprobar el cumplimiento de los objetivos a nivel individual. En una organización con numerosos empleados, se hace necesaria su automatización, para poder garantizar los criterios de calidad y equidad exigidos, en un sistema ligado al pago de incentivos.

Medición sistemática, objetiva e integral, de los objetivos individuales de los profesionales de la organización.

Se desarrollan un sistema DATA MART (DATAWAREHOUSE sobre un área funcional concreta), según recomendación de Ralph Kimball.

1. Se crean los algoritmos de extracción de los datos, procedentes de las sistemas OLTP (On Line Transaction Processing), como son las aplicaciones asistenciales, de logística-asistencial, recursos humanos, calidad, formación e investigación.
2. Transformación y carga: Se normalizan y se practican las operaciones pertinentes y los resultados se guardan en una base de datos que permite la agregación desde la unidad funcional hasta los datos más desagregados para la evaluación por turno por profesional.
3. Se desarrolla una aplicación de consultas al data mart para la evaluación y cumplimiento tanto de la unidad funcional como de cada profesional.
4. Creación de herramientas para la exploración de los datos, incluido un módulo en el portal del profesional para que todo el mundo pueda acceder a sus propios datos.

La principal ventaja que se obtuvo de la automatización del Sistema de Evaluación del Desempeño fue la posibilidad de ejecutar el proceso no solo anualmente sino para realizar evaluaciones semestrales o parciales.

La informatización del Sistema de Evaluación del Desempeño supuso una obligatoria reingeniería sobre los procesos informatizados, obligando a una optimización y reajuste en la mayoría de los sistemas de informatización para simplificar las tareas ETL (Extracción, Transformación y Carga).

Supuso también una oportunidad de reciclaje de módulos informáticos, adaptándolos a unas funcionalidades no previstas inicialmente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 884

TÍTULO: PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN. VALORACIÓN DE LA GESTIÓN CLÍNICA POR LOS CELADORES HOSPITALARIOS DEL SURESTE DE ANDALUCÍA

AUTORES: LÓPEZ CASTILLO, ANTONIO.; SÁNCHEZ MIRALLES, MD.; AYALA AGUIRRE, CI.; LEÓN GARCÍA, JJ.; CAMILO GARRIDO, AJ.; ATAZ LÓPEZ, P.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Gestión Clínica (GC) es un proceso de diseño organizativo basado en conceptos de calidad asistencial, gestión y control de gastos, que permite incorporar al profesional en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica.

Aunque es verdad que para su implantación, mantenimiento y mejora es preciso el compromiso de los altos directivos; no es menos cierto que, de la misma forma, es imprescindible la implicación de todos los profesionales de la salud, también la de los celadores.

La GC ha generado algunas críticas y dudas alrededor de su implementación. Por ello, por las diferencias en la implementación y desarrollo y por la ausencia de estudios en este ámbito, parece oportuno aclarar las ventajas y desventajas de esta herramienta de gestión en opinión del personal celador.

GENERAL:

Diseñar un protocolo de investigación para valorar la Gestión Clínica como herramienta de gestión en los hospitales del sureste de Andalucía en opinión de las/ los celadores del SAS.

ESPECÍFICOS:

- 1- Disponer de la metodología adecuada para describir la evolución de la gestión clínica en el SAS, de acuerdo a la percepción de los implicados
- 2- Contar con un plan de trabajo, un cronograma temporal de las tareas a realizar
- 3- Atender los aspectos éticos de cualquier investigación y concretar las limitaciones del estudio

Tras el análisis del estado de la cuestión, se realizará un estudio cualitativo mediante la técnica de entrevista semiestructurada, que será grabada, transcrita y analizada con el apoyo del programa informático Nudist Vivo.

Ámbito de estudio: UGCs hospitalarias de las provincias de Almería, Granada, Málaga y Jaén

Población diana: Celadoras y celadores del SAS adscritas/os a una UGC hospitalaria del sureste andaluz por un periodo igual o superior a dos años

Muestra: El muestreo será intencionado atendiendo al perfil de ser referente del grupo de trabajo

Plan de trabajo: El guión de la entrevista que girará en torno a la gestión, desarrollo de la unidad, autonomía profesional y resultados en salud; así como la carta de presentación y el consentimiento de participación se redactarán en el mes de septiembre. Las entrevistas se realizarán durante los meses de octubre y noviembre. La transcripción y análisis de la información se efectuará en diciembre y la redacción final se plasmará en enero de 2017

Aspectos éticos:

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos, se garantizará total confidencialidad y privacidad, el uso exclusivo de la información grabada por personal autorizado y se solicitará consentimiento informado

Limitaciones:

Negativa a colaborar en la investigación o a la grabación de las entrevistas

Desplazamientos

El protocolo de investigación es un documento imprescindible para tener una visión general de todos los aspectos del estudio antes de comenzar éste y si se describe con claridad y precisión permite que la investigación pueda realizarse en otro momento o por otro investigador.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 885

TÍTULO: ENTORNO HOSPITALARIO Y CRONICIDAD: ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD PREVENTIVOS (PQI)

AUTORES: ESTEBAN MORENO, MARIA ANGELES.; FORNOVI VIVES, JU.; CARREÑO JOSE, VI.; CUETO SAAVEDRA, DO.; ALVAREZ-OSSORIO GARCIA DE SORIA, RE.; TEROL GADEA, FE.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La valoración del estado de salud es un pilar fundamental, sobre los que se asienta la asistencia sanitaria del siglo XXI. En ocasiones, ésta valoración es subjetiva, ya que la salud constituye siempre la principal causa de preocupación en pacientes de edad avanzada. En pacientes ancianos, se va produciendo un deterioro progresivo de la salud, que implica un aumento de la demanda al sistema sanitario (a nivel de Atención Primaria y a nivel Hospitalario) y la aparición de las enfermedades crónicas.

De forma característica, en pacientes de edad avanzada, hay que establecer un equilibrio entre el beneficio esperado con la aplicación del tratamiento y los posibles riesgos del mismo. En muchos casos las alternativas terapéuticas serán tratamientos de soporte sintomático y/o paliativos. Uno de los problemas fundamentales a los que se enfrenta el paciente anciano en el sistema sanitario actual es el entorno donde se trata y la continuidad en los cuidados, marco fundamental de cooperación entre atención primaria y atención hospitalaria, estableciendo estrategias conjuntas con el objetivo de mantener al paciente en su entorno con todas las necesidades de salud y sociales optimizadas.

Realizamos un estudio observacional, retrospectivo donde analizamos las causas de hospitalización más frecuentes del paciente, haciendo un análisis de los Indicadores de Calidad Preventivos del Sistema Andaluz de Salud, definiéndose como aquellas patologías subsidiarias de tratamiento ambulatorio que finalmente ingresan en el hospital.

Del universo poblacional del total de altas acontecidas de enero a diciembre de 2014, seleccionamos las causas de hospitalización más frecuentes. Nos centramos en el estudio de las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico principal al alta, incluyendo las patologías incluidas en los Indicadores de Calidad Preventivos del Sistema Andaluz de Salud (PQI)

La edad media de los pacientes fue de 73 ± 5 años, predominantemente mujeres (63%). Entre las causas más frecuentes de ingreso encontramos la Neumonía Bacteriana (Tasa de 251.55 por 100000 habitantes), Insuficiencia cardíaca (Tasa de 231.26 por 100000 habitantes), EPOC reagudizados (Tasa de 224.61 por 100000 habitantes).

En este escenario, es necesario reorientar la atención hacia un modelo más integral que mejore la efectividad, centrándose en el diagnóstico precoz en los estadios iniciales de la enfermedad y la puesta en marcha de los mecanismos asistenciales necesarios para optimizar el seguimiento y el abordaje de las descompensaciones de las patologías crónicas más prevalentes, con el objetivo de disminuir los reingresos y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 886

TÍTULO: ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD POR TRAUMA GRAVE EN LA UGC DE URGENCIAS DE HUVR.

AUTORES: VAZQUEZ GONZALEZ, ANTONIA.; SANCHEZ BALLESTEROS, L.; DE LA CUESTA CARPIO, J.; NAVARRO NAVARRO, C.; SANCHEZ CANTO, A.; DIAZ NAZ, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Para el Servicio de urgencias del Hospital Universitario Virgen del Rocío, es prioritario conocer los datos de mortalidad para su comparación con hospitales del mismo nivel, conocer los mecanismos de lesión más predominante, pacientes más graves al ingreso y los indicadores de calidad.

Conocer la mortalidad del paciente traumatizado grave en la unidad de gestión clínica de urgencias del HUVR.

Estudio descriptivo transversal de pacientes atendidos en esta unidad por traumatismo grave. Recogida de datos: variables sociodemográficas, variables relacionadas con las constantes vitales al ingreso, con las escalas de gravedad y probabilidad de supervivencia e indicadores de calidad del proceso asistencial de trauma grave.

Resultados: 102 pacientes atendidos, exitus 23. Mortalidad 22,5%. Edad media 60,7, mecanismo lesional: 17,4% corresponde a precipitación. 17,4% autolisis, pacientes hipotensos 39,1%, administración de transfusión sanguínea 21,7%, uso de calentador de fluidos 0%, pacientes intubados 52,7%, destino desde area de urgencias 77,8%, TSR =12 0%; ISS 37, probabilidad de supervivencia 28,7%. Locacion de lesiones, TCE 82,6%. Indicadores de calidad: tac de craneo en las primera 2 horas, 100%. Laparotomía en menos de una hora, 100%. Craneotomía por epidurla o subdural en menos de 4 horas, 100%.

Conclusiones:

Datos de mortalidad similares a los publicados por hospitales del mismo nivel, mecanismo lesional más predominante la precipitación, pacientes más graves al ingreso. Buenos resultados de los indicadores de calidad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 887

TÍTULO: METODOLOGÍA DE ACTUALIZACIÓN DE UNA GUÍA DE TERAPÉUTICA ANTIMICROBIANA

AUTORES: FERNÁNDEZ URRUSUNO, ROCIO.; SERRANO MARTINO, C.; CORRAL BAENA, S.; GARCIA ESTEPA, R.; MOLINA LOPEZ, T.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La disponibilidad de una guía de terapia empírica para el abordaje de las infecciones en la comunidad actualizada es esencial para el desarrollo de todo programa de optimización de uso de antimicrobianos. Las guías de práctica clínica (GPC) requieren una actualización periódica para comprobar la vigencia de las recomendaciones, incorporar nuevas situaciones clínicas y nuevos datos de seguridad

Describir el proceso de revisión y actualización de una Guía de Terapéutica Antimicrobiana

Revisión de la guía, mediante búsqueda sistemática de la evidencia. Las búsquedas se realizan en diferentes bases de datos: Medline, Embase, Clearinghouse, entre otras y páginas web de sociedades científicas.

Las búsquedas se realizan siguiendo el formato PICO (población, intervención, comparación y resultados) limitándose a GPC. Para las respuestas no localizadas, se utilizaron informes de evaluación de tecnologías o revisiones sistemáticas.

Se realiza la lectura crítica de las GPC por pares, valorando diseño y metodología mediante la herramienta AGREE II, excluyéndose las GPC que no alcancen un 60% de la puntuación en, al menos, 4 dominios, siendo 2 "Rigor en la elaboración" e "Independencia editorial".

Las nuevas evidencias se incorporan teniendo en cuenta la concordancia entre las nuevas fuentes y con la versión anterior. Las discrepancias son resueltas mediante consenso del grupo elaborador, teniendo en cuenta la calidad de las recomendaciones, factibilidad de extrapolación a nuestro ámbito, consonancia con los datos de resistencias locales, etc. Las áreas sin evidencia se resuelven mediante consenso del grupo elaborador.

El proceso se realiza involucrando equipos multidisciplinares para la actualización de los contenidos; expertos, Sociedades Científicas y Comité PIRASOA para la revisión externa; y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, para revisión metodológica final

La guía incorpora nuevas recomendaciones en todos sus apartados, tanto en el tratamiento antibiótico y sintomático, como en las medidas no farmacológicas y toma de muestras. Los datos de resistencias, las alertas de seguridad de los antibióticos y los criterios de derivación se incluyen en las tablas de recomendaciones. Se incorporan 15 nuevas situaciones clínicas y se definen mejor las circunstancias modificadoras que determinan un abordaje de tratamiento diferenciado.

La nueva guía incorpora la relación de las principales modificaciones.

El rigor en la elaboración, la adaptación a los datos de resistencia locales, la involucración de un gran número de profesionales de todas las disciplinas y ámbitos asistenciales y la independencia editorial se señalan como las fortalezas de la guía para poder ser incorporada como herramienta para la ayuda en la toma de decisiones en las infecciones de la comunidad

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 888

TÍTULO: GRÁFICA DE REGISTRO DE PARÁMETROS EN TÉCNICAS CONTÍNUAS DE REEMPLAZO RENAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES: DE LA CAL RAMIREZ, MANUEL ANGEL.; PULGARIN VILCHES, S.; GARCIA PEREZ, R.; SALINAS DEL REY, I.; PEREZ VALENZUELA, J.; NAVAS MEDINA, LP.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las Técnicas Continuas de Reemplazo Renal (TCRR) son un conjunto de procesos de soporte vital que sustituyen la funcionalidad del riñón, durante horas e incluso días de manera ininterrumpida, en pacientes inestables, ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. Para su manejo se precisan equipos electromédicos complejos, personal especializado y material fungible con elevados costes. En otro sentido, el volumen de información que se maneja para su correcto manejo, la complejidad de los mismos y la situación de estrés continuo con que se enfrentan los profesionales en dichas unidades, asistiendo a su vez a otros pacientes graves, hace que la información que se transmite tenga una alta probabilidad de estar interferida por otros datos, también de vital importancia. Todo ello hace necesario mantener la información (titulación del tratamiento y datos del seguimiento del mismo) de manera continua y explícita en una gráfica creada al uso.

- Crear una tabla con la información necesaria para transmitir la titulación del tratamiento.
- Realizar el seguimiento óptimo de la terapia de sustitución renal.
- Aumentar la vida útil del material fungible, que redundará en un menor gasto sanitario.
- Disminuir las complicaciones y las iatrogenias durante la realización de la técnica.
- Optimizar los resultados de la terapia.

Se realizó una revisión bibliográfica en relación a las gráficas de registro de TCRR, tras lo cual se formó un grupo de trabajo que redactó unas series de recomendaciones para la puesta en práctica de dicha técnica e impartió un curso de actualización. Se ha valorado la necesidad de tener la información de manera objetiva y rápida a "pie de cama", lo que ocasiona la toma de decisiones precoces, con un mejor manejo de las TCRR. Por un lado se evitan complicaciones durante su uso, como la coagulación prematura del hemofiltro y su consecuente recambio (mayor coste económico), además de prevenir una coagulación del sistema, lo que implica retornar la sangre al paciente y evitar una cuantiosa pérdida hemática con importantes consecuencias. Por otro lado, no se producen alteraciones metabólicas secundarias a un inadecuado manejo de los líquidos de sustitución y diálisis.

Resultado: creación de una GRÁFICA DE REGISTRO DE PARÁMETROS EN TÉCNICAS CONTÍNUAS DE REEMPLAZO RENAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. Desde hace 2 años hemos detectado una mayor vida útil del hemofiltro, no se han vuelto a producir pérdidas sanguíneas del paciente, por una inesperada coagulación del sistema, y existe un mayor control metabólico del paciente. Es una técnica más eficiente, segura y controlada.

Conclusión: el registro meticuloso y ordenado de la titulación y de los parámetros de la máquina es fundamental en los Servicios de Cuidados Intensivos y mejora el manejo de estos pacientes y la comunicación interprofesional, en el contexto sanitario de pacientes críticos inestables.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 889

TÍTULO: SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN EL ÁREA SANITARIA DE CEUTA. DIEZ AÑOS EVOLUCIONANDO 2007-2016.

AUTORES: LOPEZ BARBA, JOSE.; JOSE ACEDO, MI.; MARTÍNEZ BAGUR, ML.; BLANCO GALÁN, MA.; OSTALÉ BLANCO, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En la seguridad asistencial de los pacientes es un pilar fundamental conocer los eventos adversos (EA) que se producen para poder aprender de ellos y evitar en la medida de lo posible que se puedan volver a repetir. Para ello, se precisa de la utilización de sistemas de notificación de EA lo más accesibles posibles, sencillos, pero al mismo tiempo que recojan información necesaria para su evaluación y estudio. En los últimos 10 años en nuestra Área Sanitaria hemos usado diversos sistemas que se hace necesario comparar y compartir para mejorar entre todos.

Estudiar los sistemas de notificación implantados en el Área Sanitaria del INGESA de Ceuta entre los años 2007 y 2016. Valorar comparativamente cada sistema.

Se ha realizado un estudio descriptivo y comparativo de los sistemas de notificación de EA utilizados entre 2007 y 2016. Los tres sistemas de notificación en este periodo han sido gestionados por personal de la Unidad USYR y con un mismo gestor en los 10 años de evolución: sistema REAC (2007-2008), sistema USYR-SIUS (2009-2014) y Sistema SINASP (2015-actualidad). Se han valorado los siguientes parámetros: accesibilidad, complejidad, voluntariedad, organización que gestiona el registro, tipo de evento que se comunica, lugar desde el que se notifica, gravedad del caso, formato de la notificación, análisis de los datos, difusión de los resultados, anonimato y confidencialidad.

Los tres sistemas presentan en común ser sistemas de notificación voluntaria, anónima o anonimables, en los que se puede notificar cualquier tipo de evento independientemente de su gravedad, y que dan como consecuencia estudios profundos de los EA y la toma consecuente de medidas para evitar la repetición de los EA. Así mismo, presentan una alta accesibilidad para la notificación si bien la notificación clásica en papel del REAC fue considerada más fácil globalmente por los notificadores. El acceso con clave hospitalaria a la web del SINASP ha sido un paso limitante para la notificación y su no implantación aún en Atención Primaria duplica actualmente los sistemas de notificación en el área Sanitaria.

Los tres sistemas cumplen con los criterios de voluntariedad. En el SINASP la accesibilidad se ha incrementado al poder acceder vía web abierta, no obstante, la necesidad de disponer de clave institucional y un mayor número de campos que completar hace que la aplicación no llegue al notificador de forma determinante. En la evolución de los sistemas se observa un incremento de la complejidad de la notificación y de la necesidad de una más completa formación de los notificadores para conseguir los objetivos. Destacar en SINASP una mayor capacidad de análisis de los datos y de extrapolación a nivel nacional. Es preciso un mayor desarrollo e implantación del sistema SINASP para alcanzar las metas de excelencia perseguida: "aprender para mejorar".

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 890

TÍTULO: LA VOZ DEL CLIENTE EXTERNO EN UNA UNIDAD DE ADMISIÓN HOSPITALARIA: "¡OÍDO COCINA!"

AUTORES: MIRANDA ALONSO, ANA ISABEL.; GIL GARCÍA, M.; DULANTO BANDA, RA.; ÁLVAREZ CERCADILLO, R.; PACHECO JIMÉNEZ, FJ.; PÉREZ HABAS, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Unidad de Admisión y Documentación Clínica (UDCA) del hospital va a certificar por la norma ISO 9001 y deseaba conocer qué opinan los pacientes sobre sus servicios (requisitos del cliente) con la intención de mejorar su satisfacción.

Evaluar la satisfacción de los usuarios (clientes externos) atendidos en la UDCA. Poner en marcha acciones de mejora.

Al ser la primera vez que se iba a intentar oír la voz del cliente desde el servicio, se realizó una búsqueda bibliográfica, sin mucho éxito. Se elaboró entonces un cuestionario consensuado por el servicio que incorporó 8 preguntas con escala de 1 a 5, 2 dicotómicas (sí/no) y un apartado para comentarios, e instrucciones para los colaboradores. En diciembre de 2015 se repartió a usuarios que acudieron a las diferentes áreas de la UDCA, un número de encuestas proporcional a la demanda en cada ventanilla. Se preguntó por facilidades en el trámite, información, privacidad, trato, facilidad para encontrar la ventanilla, confortabilidad, satisfacción global, solicitud de tarjeta sanitaria (TSI) y actualización de datos. Paralelamente se hizo un análisis de las reclamaciones de 2015. Se recogieron medidas de tendencia central, dispersión y frecuencia. Los comentarios se codificaron de forma similar a los ítems de la encuesta, clasificándolos como positivos, negativos o neutros.

Se recogieron 184 encuestas, con una puntuación media de todos los ítems de 4,3. La pregunta mejor valorada fue "Trato Recibido" (media de 4,5 y clasificación de "Bueno" o "Excelente" del 91,85%). Las peor valoradas fueron Comodidad, Facilidad para hallar la sala e Información para el domicilio y Satisfacción Global (medias de 4,09, 4,1 y 4,1 respectivamente en la escala del 1 al 5). Las puntuaciones fueron algo menores en Admisión de Urgencias, probablemente por causas externas (estrés, espacio compartido y de mucha expectación). Más del 90% indicó que se le pidió la TSI, aunque el 56% comentó que no se le ofreció la opción de actualizar sus datos. Las sugerencias relacionadas con la UDCA fueron poder pedir cita telefónica, abrir agendas y ampliar espacio de atención (documentación). Entre las casi 800 mil atenciones presenciales registradas con usuarios en 2015, solo se recibieron 30 reclamaciones, la mayoría ajenas al servicio, destacando 11 relacionadas con agendas y citas, y 2 sobre el trato que, tras el análisis correspondiente, fueron consideradas "no a lugar". Las acciones de mejora abiertas y en marcha desde febrero de 2016 son: 1) Propuestas de mejora de señalización, cartelería y confortabilidad de zonas de atención, principalmente urgencias, 2) Plan de mejora de actualización de datos, 3) Creación de una Unidad de Gestión de Agendas y buzón de citas, 4) Acción Preventiva para evitar incidentes con el trato en zonas de mayor sensibilidad (citaciones y urgencias). La implantación de un sistema de gestión de calidad permite recordar que los clientes también tienen voz, y que pueden ayuda a un servicio ser cada día mejores.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 891

TÍTULO: ESTRATEGIA DE CONSTRUCCIÓN DE UN ÍNDICE SINTÉTICO DE CALIDAD HOSPITALARIA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

AUTORES: DAVINS MIRALLES, JOSEP.; MERCADER MENÉNDEZ, M.; OLIVA OLIVA, G.; ROBLES MUÑOZ, N.; MUÑOZ ORTIZ, L.; RAMS PLA, N.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En los últimos años, el Departamento de Salud del gobierno autonómico está potenciando la transparencia y las buenas prácticas (clínicas y en gestión sanitaria). Se quiere reconocer a los hospitales de agudos de la red sanitaria pública con mejores resultados en las dimensiones e indicadores de calidad. Facilitar la comparación con referentes próximos e identificar áreas de mejora, serán un estímulo dirigido a la excelencia en calidad

General: Construir un índice sintético de calidad para objetivar y valorar la calidad de la atención hospitalaria de agudos. Específicos:1) Seleccionar dimensiones e indicadores que mejor expresen la calidad asistencial 2) Desarrollar una estrategia de construcción del índice sintético como etapa inicial de un proceso de evaluación comparativa entre centros

Revisión bibliográfica de 26 modelos nacionales e internacionales para definir un marco conceptual del índice. b) Dos grupos de discusión de expertos, para selección y consenso de dimensiones e indicadores. c) Proceso de consenso extenso: encuesta online (inspirada en la metodología Delphi) a profesionales de la salud. d) Grupos focales de pacientes.

a) El marco conceptual incluyó 6 dimensiones: Efectividad Clínica /Adecuación, Eficiencia/ Sostenibilidad, Orientación a los profesionales, Seguridad del paciente, Atención Centrada en la ciudadanía y Acreditaciones, y 192 indicadores. b)El consenso de 50 expertos prioriza 6 dimensiones y 94 de los indicadores anteriores. c) El proceso de consenso amplio- vía plataforma online- obtuvo: participación del 43% (de 713 convocados); selección y ponderación de 6 dimensiones; las más ponderadas (entre 8-9 en una escala del 0 al 9) por parte del 75% o más fueron: Seguridad del Paciente (97,9%) y Efectividad clínica/ adecuación (91,9%), con un total de 27 indicadores seleccionados y valorados como más importantes. d)Dimensiones más valoradas por los pacientes: Atención centrada en la ciudadanía y Efectividad clínica/ adecuación asistencial y propusieron nuevos indicadores. e) Selección y combinación de medidas para la construcción del índice sintético: se identificaron indicadores relevantes no tenidos en cuenta anteriormente y se aplicaron criterios como la evidencia previa, la atribución al hospital, la factibilidad y disponibilidad de la información, la aceptabilidad, la utilidad y criterios estadísticos, resultando en total 45 indicadores repartidos en 4 dimensiones: Efectividad clínica y adecuación(11), Eficiencia y sostenibilidad (8), Seguridad del paciente (15) y Atención centrada en el ciudadano(11) y su ponderación final fue 27,49%, 21,73%, 29,10% y 21,68% respectivamente. Se ordenaron los indicadores parciales del índice, según sus pesos y se clasificaron los centros según el valor obtenido del índice sintético y por cada grupo de hospitales. Conclusión: Se han identificado y ponderado las medidas a combinar en la construcción del índice sintético, a través del consenso entre profesionales de la salud y ciudadanos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 892

TÍTULO: ¿ES UTIL EL ANALISIS DE ARTICULOS DE PRENSA COMO HERRAMIENTA DE EVALUACION SANITARIA? EXPERIENCIA EN CUIDADOS PALIATIVOS

AUTORES: MARTINEZ ARGUELLES, BEGOÑA.; GONZALEZ FOUCES, I.; CAMPORRO M, B.; LOPEZ MUÑIZ, B.; FRANCO VIDAL, A.; GARCIA FERNANDEZ, JL.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En el ámbito de la salud existen numerosas herramientas cuantitativas con las que nos sentimos cómodos a la hora de evaluar la atención en determinadas prácticas o procesos. Dentro de las herramientas cualitativas utilizadas en el ámbito de la sociología, el análisis de contenidos de texto es una metodología clave. Si además utilizamos texto en prensa escrita podemos tener información sobre los flujos de información de la realidad social.

La atención a los cuidados paliativos engloba mucho más que lo que podemos definir a través de datos y números de pacientes atendidos. Explorar la expectativa del paciente, la realidad social o la calidad de atención percibida parecen temas importantes para analizar la situación.

Conocer el clima de opinión de la atención en cuidados paliativos expresada en prensa escrita y valorar la aportación de este tipo de análisis a la evaluación de la atención sanitaria en cuidados paliativos.

Se utilizó una estrategia denominada extensiva intertextual que se centra en los elementos que se consideran claves en el discurso y se profundiza en el nivel semántico del discurso mediante la técnica de análisis de contingencias. Se analizaron los textos discursivos, que, sobre los cuidados paliativos aparecían publicados en tres periódicos (El País, ABC, EL Mundo) desde 2009 hasta 2014.

Los términos o unidades de registro más utilizados han sido "enfermo", "atención" y "paciente". Los campos en los que se mueven las relaciones en los textos vienen definidos por "cuidados y enfermo"; "profesionales y pacientes" y en último término "familia". Se percibe como un elemento clave también "el sistema institucional" como algo que puede interactuar entre el profesional y el paciente.

La realidad social en el ámbito de la atención de los cuidados paliativos expresada en prensa muestra tres espacios en torno a una persona (enfermo y/o paciente). El más importante y legitimador de las decisiones según este análisis es el profesional sanitario y más concreto, el facultativo. El resto de los espacios, otros profesionales, familiares, voluntarios, cuidadores aparecen en un ámbito secundario.

Este tipo de análisis aporta información relevante a la hora de saber cómo es percibido nuestro modelo de atención.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 893

TÍTULO: ULCERAS EN LA RED, DESPLAZAR DATOS Y NO PACIENTES.

AUTORES: MARTIN MOLERO, VERONICA.; DE LA HUERGA FERNÁNDEZ BOFILL, T.; TRILLO CIVANTOS, C.; MARTIN VELASCO, O.; SAEZ ORTEGA, JM.; NIETO ALVAREZ, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Estrategia Paciente Crónico Comunidad de Madrid, Estrategia Continuidad de Cuidados, Estrategia seguridad del paciente. 2013 Enfermera de Enlace Hospitalaria Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Mayo de 2015 Enfermera de úlceras por presión, lesiones relacionadas con la dependencia. Consultora especializada en Hospital.

Aumento grado dependencia, nuevos roles enfermería, formación profesionales, prevención y detección precoz, evidencia científica. Identificar y apoyar al cuidador principal, fomentar autocuidados y eficiencia sistema sanitario.

Nuevas tecnologías para comunicación bidireccional indispensable en actividad asistencial, herramientas como e-consulta, portal del paciente o videoconferencia. Efectiva la Continuidad Asistencial y mejoran los cuidados a nuestros pacientes.

Conocer nuevo procedimiento comunicación Enfermera de Enlace Enfermería AP Enfermera UPP.

Conocer nuevas herramientas transmisión proactiva información clínica pacientes upp durante Transición asistencial.

Conocer porcentaje pacientes con upp comunicados por Enfermera enlace y enfermera de Atención Primaria.

Conocer número e-consultas entre profesionales de AP y Enfermera de UPP.

Detectar en informe de continuidad de cuidados/alta de enfermería registro adecuado: tipo/origen UPP.

Conocer variación incidencia UPP desde inclusión de la enfermera UPP.

Conocer la formación realizada a profesionales, pacientes y cuidadores por parte de la enfermera de UPP.

Estudio descriptivo transversal. Explotación de la base de datos Enfermera de UPP desde mayo de 2015 mayo 2016. Enfermera de UPP actividad en plantas de hospitalización y consulta.

proyecto de mejora: nuevo canal de comunicación cumpliera con la ley de protección de datos, historia clínica y derechos de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica. Evitar pacientes con alto grado dependencia acudan urgencias para valoración UPP. Desde Noviembre de 2015 e-consulta enfermera de UPP.

En un año 846 interconsultas hospital, 98% por enfermería. Análisis datos incidencia UPP hospital, pendiente datos indicadores de la unidad. 42 e-consultas desde Atención Primaria desde Noviembre 2015 Mayo 2016, evitación urgencias, evitación movilizarse desde domicilio o Modificación citas.

Entre enero-mayo 2016 Se analizan 123 casos, comunicación enfermera enlace-atención primaria, siendo llamada proactiva primera medida profesionales de AP. Otro análisis realizado fue el de los informes de continuidad de cuidados/informe de alta de enfermería que todos los pacientes reciben al alta; viéndose el tipo de registro y realizando una formación específica en función de los errores detectados. valoración integral paciente, continuidad de asistencial, calidad cuidados, satisfacción pacientes, nuevos canales comunicación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 894

TÍTULO: DISTRIBUCIÓN EFICIENTE DE CAMAS: CAMBIO EN LA ASIGNACIÓN DEL NÚMERO DE CAMAS POR UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

AUTORES: TEROL GADEA, FERNANDO.; MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, JM.; CAÑADAS NÚÑEZ, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En nuestro Hospital existía asignación del número de camas por especialidad que no había variado en años a pesar de los avances tecnológicos y de procedimientos empleados, aumentando la cirugía sin ingreso y la ambulatorización de procesos. Paralelamente se han producido cambios epidemiológicos, principalmente vinculados al envejecimiento y el aumento de las cronicidades

Estas premisas desembocan en que la necesidad de camas de hospitalización por especialidad ha variado mucho en estos años. La permanencia inalterable de camas asignadas, llevaba como consecuencia, muchos pacientes ingresados ectópicos, es decir, fuera de su servicio, disminuyendo la seguridad, calidad y gestión de estancias

Reasignación del número de camas por Unidad de Gestión Clínica (UGC): conseguir dotación por especialidad más eficiente

Mejorar la seguridad del paciente

Disminuir el número de pacientes ectópicos

Análisis de Situación. En 2014 se realizó un estudio sobre:

Estancias Observadas (EO) por Servicio y meses. Años 2010-2013

Ocupación por UGC al 100%: MEDIA camas ocupadas al 100% por Servicio y mes. Años 2010-2013. D. Estándar producidas. Fijación de Ocupación Técnica Correcta 85% por UGC

Análisis comparativo de EO con Dotación Oficial de camas por UGC

Detección por UGC de Problemas Estructurales, Estacionales y Coyunturales.

Análisis de Eficiencia: Estudio por UGC años 2010-2013 de EO y relación con Estándares SAS (Índice de Utilización de Estancias IUE)

Presentación Propuestas, Toma Decisiones y Comunicación

Se presentaron 6 PROPUESTAS en Comisión de Dirección, tanto en dotación del número de camas por UGC, como en ubicación en plantas de hospitalización. Se aprobaron tres, estas fueron presentadas a la gobernanza de UGC, junto con Análisis de Situación y de Eficiencia, para su consideración y presentación de alegaciones-correcciones-etc

Finalmente se APROBÓ POR CONSENSO una propuesta. Y comunicación a las UGC.

Seguimiento

Se acordó realizar EVALUACIÓN ANUAL en doble sentido

1 Evaluar si la nueva dotación en número de camas por UGC se ajusta a las realmente utilizadas: repetir Análisis al año de la puesta en marcha de la nueva distribución de camas.

2 Evaluar número de pacientes ingresados ectópicos

Evaluación de Dotación y Ocupación por UGC:

Con la nueva Dotación se han solucionado los grandes problemas estructurales: Medicina Interna y Oncología Médica

Las UGC de alta Eficiencia en su IUE; continúan con su dinámica positiva (Ej: Cardiología, Obstetricia-Ginecología, Aparato Digestivo...)

Se demuestra que los problemas estacionales de Alta Frecuentación, mejoran con "flexibilidad en la dotación": Neumología y Medicina Interna

ECTÓPICOS:

ANTES del cambio (media 2013-2014): Alta frecuentación 30%, resto 18,4%

Tras reasignación(2015-primer cuatrimestre 2016): Alta frecuentación 12,8%, resto 6,4%

Conclusión

La nueva distribución ha mejorado el funcionamiento interno del centro y han disminuido el número de ectópicos

Las planificaciones debe ser reevaluadas periódicamente

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 896

TÍTULO: ¿EXPLOSIÓN DE NOTIFICACIONES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE? ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS Y LOS FACTORES CLAVE

AUTORES: GUIJARRO HUERTA, ROMÁN.; DULANTO BANDA, RA.; PEINADO HERNÁNDEZ, A.; TORIJANO CASALENGUA, ML.; IGLESIAS GARCÍA, MC.; BIURRUN LARRALDE, AM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Tras 5 años y medio de implantado un sistema de notificaciones en Seguridad del Paciente (SiNASP) en un hospital con una muy baja incidencia de las mismas, se observó un aumento sostenido y considerable en el número de las mismas.

Determinar las diferencias cuantitativas, las características y las posibles causas del crecimiento exponencial en el número de notificaciones en Seguridad del Paciente (SP) a través del SiNASP en los últimos 6 meses.

Estudio descriptivo cuantitativo y cualitativo de las notificaciones en SiNASP desde el 10 de marzo de 2010 (fecha de implantación) hasta el 25 de mayo de 2016 (fecha del análisis), estableciendo un punto de corte a partir del cual se evidencia la tendencia al alza: 30 de noviembre de 2015. Se recopiló información sobre cambios entre ambos periodos relacionados con perfiles de las notificaciones en ambos periodos (tipo de profesional que comunica la incidencia, áreas de ocurrencia de la misma, procedencia, etc.), formación en SiNASP (sesiones, cursos online, otra formación) e intervenciones del Equipo Directivo (ED). Se establecieron las diferencias cuantitativas entre ambos periodos en base a riesgos atribuibles y ajustando por tiempo transcurrido.

Los cambios hallados entre ambos periodos fueron: 1) Aumento de incidentes en SP vía SiNASP de 84 previas a 150 nuevas 6 meses después (78,6%), con un riesgo atribuible de 56, tras ajustar por días transcurridos; 2) Enfermería, incluidos los Técnicos Auxiliares de Enfermería, pasó a ser del 27% de los notificantes al 67%; 3) Las Unidades de Hospitalización pasaron a liderar la estadística del lugar de ocurrencia del incidente (del 24 al 37%), relegando a Urgencias al 3er lugar (del 33 al 15%); 3) Aumentó la realización del curso online de SiNASP del Ministerio de Sanidad en un 68% (de 48 a 78), siendo el 100% de los nuevos profesionales formados dependiente de la Dirección de Enfermería; 4) La mayoría de notificaciones pasó a ser Sin SAC (del 34,5% al 60%). Se identificaron los siguientes factores de éxito: 1) Reuniones del Equipo Directivo con los supervisores: la 1ra en noviembre de 2015 para potenciar un red de formadores, la 2da el 19 de febrero de 2016 y la 3ra el 2 de marzo, con firma del contrato de gestión que incluía aplicar el índice sintético en SiNASP existente desde abril de 2015, como parte de la productividad; 2) Realización de 14 sesiones con 5-10 minutos de SiNASP, al personal de enfermería entre marzo y mayo de 2016, adaptadas por unidad, (318 asistentes, 49,3% de cobertura), en las que se entregaba material de SP presencialmente o en diferido; 3) Rondas de SiNASP por las plantas y por otras unidades, 1 vez por semana, realizadas por el supervisor de SP, de aproximadamente hora y media, animando a notificar. El esfuerzo por parte de los líderes en enfermería y la estrategia "de a pie" y 'puerta a puerta' ha logrado este "boom" de notificaciones, impulsando así la cultura de SP en ese colectivo. El próximo paso será asegurar su sostenibilidad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 897

TÍTULO: DERECHOS DE LOS CIUDADANOS: CONTENIDO OBLIGADO DEL PLAN DE ACOGIDA

AUTORES: ESTRADA PUJOL, VICTORIA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Para garantizar el respeto a los derechos de los ciudadanos en relación a la salud y a la atención sanitaria, recogidos en la carta de derechos y deberes de la ciudadanía que fue actualizada en Cataluña en 2015, no sólo es necesario que todos los profesionales de las organizaciones conozcan detalladamente su contenido, sino que es imprescindible que conozcan en qué actuaciones les limita y a qué actuaciones les obliga. Independientemente del estamento al que pertenezca, todo profesional debe desempeñar las tareas específicas que le corresponden de acuerdo con esta carta. Partiendo de esta base, creemos adecuado hacer la difusión a todos los profesionales de la organización y también a los profesionales de nueva incorporación, desde el momento de la acogida y solicitar su compromiso.

Garantizar el conocimiento por parte de todos los profesionales de nuestra organización de la nueva carta de derechos y deberes de la ciudadanía.

Garantizar el respeto a los derechos de los ciudadanos en toda la organización.

Garantizar el compromiso de los profesionales en mantener estos derechos, desde el momento de su incorporación a nuestra organización.

Presentación de la nueva carta de derechos y deberes en reunión de directivos de los centros de Atención Primaria de nuestro territorio. Los directivos debían difundir a su vez esta nueva carta entre los profesionales de los equipos que dirigen.

Elaboración de un documento a firmar por los profesionales, con el cual se comprometen a respetar los derechos de los pacientes, resumidos en frases en primera persona.

Difusión del documento a todos los profesionales de los equipos, solicitud de firma y recogida.

Incorporación del documento en el plan de acogida de la organización.

Evaluación del conocimiento de los derechos de los pacientes y de la utilidad de este conocimiento por parte de los profesionales mediante cuestionario autoadministrado.

En este momento se ha hecho la presentación de la carta en comité directivo y cada directivo ha replicado a su vez la presentación en el centro de Atención Primaria que dirige.

A lo largo de los próximos meses se solicitará a todos los profesionales la firma del documento donde se comprometen a respetar los derechos de sus pacientes.

Posteriormente se pasará el cuestionario.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 898

TÍTULO: PREAVISAMOS DEL ALTA PERO NUESTROS PACIENTES DE URGENCIAS NO INGRESAN ANTES. ¿QUÉ HACEMOS MAL?

AUTORES: MONTANÉ BERNEY, MIQUEL.; MAIXENCHS LLOPART, M.; MAGALLÓN PORTA, M.; RODRÍGUEZ ABIN, N.; JUAN ARRIBAS, A.; PÉREZ FERNÁNDEZ, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La celeridad en los ingresos de pacientes desde los servicios de urgencias a la planta de hospitalización es un objetivo de los centros hospitalarios para mejorar la eficiencia y la calidad de la atención. Nuestros hospitales generan globalmente más de 17.000 altas anuales. Los ingresos se realizan mayoritariamente por la tarde, y durante 2015 sólo un 6% de los pacientes de urgencias ocuparon su habitación antes de las 15 horas. Nuestra intención es revertir esa tendencia.

El objetivo del trabajo es reducir el tiempo de espera para ingreso a planta y que un 40% de los ingresos desde urgencias se realicen antes de las 15 horas.

A partir de noviembre de 2015, se ha introducido un circuito de comunicación de preaviso de alta con 24 horas de antelación, con información al paciente y familiares y solicitud, si precisa, de transporte sanitario. El día del alta, ésta se confirma a primera hora y se aplica el seguimiento del alta por parte de enfermería, con salida del paciente antes de las 11 horas. Una vez confirmadas las altas, se comunica al servicio de urgencias el número y las características de los pacientes. Paralelamente, el servicio de urgencias ha priorizado los pacientes a ingresar y ha contactado con el personal de enfermería de las plantas que es quien gestiona los ingresos en nuestros centros. Finalmente, se ha monitorizado la hora del ingreso de los pacientes provenientes del servicio de urgencias.

La información resultante de todo el circuito se ha procesado con el programa estadístico R y se ha realizado un análisis descriptivo y contraste de chi cuadrado para variables cualitativas.

En nuestros dos hospitales de agudos, entre enero y mayo de 2016, un 38,2% y un 36,4% de los pacientes entraron en el circuito de preaviso de alta. En un 68,5% y un 51,7% de los pacientes se cumplimentó el alta de enfermería y se registró la hora de salida. Un 23,2% y un 20,2% de los pacientes abandonaron la habitación antes de las 12 horas. Un 11% de los pacientes que debían ingresar desde urgencias lo hicieron antes de las 15 horas, sin diferencias significativas respecto al año 2015.

Para la mejora de estos resultados se precisa la aplicación de otro tipo de acciones, tales como el refuerzo del circuito los fines de semana, el ajuste de los horarios del servicio de limpieza, la revisión de los criterios de reserva de cama para ingresos programados y la reducción de traslados de pacientes a otras camas de los diferentes servicios de hospitalización.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 899

TÍTULO: OPTIMIZACIÓN DE LA PETICIÓN POR LA UNIDAD DE URGENCIAS DE LA PROTEÍNA C-REACTIVA COMO BIOMARCADOR DE INFECCIÓN

AUTORES: GÓMEZ-BIEDMA GUTIÉRREZ, SIMÓN.; VERA HERNÁNDEZ, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Es importante el uso de biomarcadores en el manejo de los pacientes con signos relacionados con procesos infecciosos porque en muchos casos no hay manifestaciones clínicas claras (especialmente en el paciente anciano e inmunodeprimido) y porque los 4 signos del Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS) son poco específicos. El incremento continuado de la solicitud de Proteína C- Reactiva en la Unidad de Urgencias de nuestro Hospital se relacionaba más con el uso rutinario de esta prueba que con su aplicación para tomar decisiones diagnóstico-terapéuticas en estos pacientes.

Establecer un protocolo adecuado de petición de PCR en Urgencias.

Evaluar la eficacia de dicho protocolo para adecuar su demanda a su utilidad como biomarcador de infección.

Abrir una metodología adecuada para aplicar algoritmos de petición en otros biomarcadores usados en Urgencias.

Se consensúa un algoritmo de solicitud de segunda línea de PCR entre la Unidad de Urgencias y el Laboratorio. Dicho protocolo se aplica tras valoración de los datos clínicos y de las pruebas complementarias obtenidos del paciente previamente. El análisis, si está justificado se realiza sobre la muestra antes extraída, según el consenso, de acuerdo a las guías de manejo de estos pacientes y codificando el motivo de la petición según lo acordado.

Resultados: durante el año anterior a la aplicación del protocolo de solicitud de PCR un 37,2% de analíticas solicitadas desde Urgencias incluían PCR. En el primer año de aplicación de dicho protocolo el porcentaje bajó significativamente a un 5,4%.

Un 46% de los casos justificados eran pacientes pediátricos con sospecha de infección, un 36% a la valoración de un posible origen infeccioso en una patología de más de 12 horas de evolución, un 9% correspondía a pacientes en observación con sospecha de sepsis o shock séptico y un 5% a pacientes infección del tracto respiratorio inferior si se va a cambiar la actitud terapéutica.

Conclusiones:

La calidad de la determinación de una prueba viene dada fundamentalmente por la capacidad de modificar las decisiones clínicas. En el ámbito de Urgencias, si el tiempo de respuesta del laboratorio es bueno, es posible aplicar algoritmos de decisión para optimizar la petición de biomarcadores como la proteína c-reactiva. este algoritmo ha supuesto una bajada de la demanda de PCR en más de un 80% en el ámbito de Urgencias.

Un objetivo de calidad del Laboratorio de Urgencias de la Gerencia de Almansa ha sido la continua mejora en el tiempo de respuesta de la analítica urgente. A los 30 minutos el clínico tiene la analítica completa en un 75% de los casos. Era posible por lo tanto, en tiempo de urgencias, solicitar la PCR como analito de segunda línea tras ver evolución del paciente y resultados analíticos obtenidos.

En este estudio se demuestra que dichos consensos pueden bajar drásticamente la demanda y pueden ser la base para la inclusión de nuevos marcadores con eficiencia.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 900

TÍTULO: ANÁLISIS DE MORTALIDAD EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES: ESCABIAS MACHUCA, FRANCISCA JOSÉ.; ORTEGA CASANOVA, C.; BONILLO MUÑOZ, M.; DEL ÁGUILA GONZÁLEZ, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La tasa de mortalidad intrahospitalaria es un indicador que nos permite evaluar resultados relacionados con la atención sanitaria para, de esta forma, detectar problemas que nos ayuden a plantear estrategias que mejoren dicha atención.

El objetivo de nuestro estudio es analizar las causas de mortalidad más frecuentes entre los pacientes que ingresan en nuestro hospital.

Se ha realizado un estudio descriptivo de los episodios de hospitalización ocurridos entre enero de 2011 y diciembre de 2015 en función de grupo de edad y sexo. La fuente de información utilizada ha sido el informe conjunto mínimo básico de datos de Andalucía (CMBD). Los episodios fueron agrupados, según el diagnóstico principal al alta, en función de las categorías diagnósticas mayores (CDM). Tras un primer análisis de todos los episodios de ingreso, se priorizaron aquellos que habían sido éxitos en el periodo analizado.

Durante los cinco años analizados se produjeron 37465 episodios de ingreso, de los cuales 1579 fueron éxitos, siendo por tanto la tasa de mortalidad intrahospitalaria de un 4.21%. Si analizamos la evolución de dicha tasa, encontramos un incremento de mortalidad de un 0.54% en 2015 con respecto a 2011. En su distribución por sexos, la mortalidad en hombres fue de un 5.47% mientras que en mujeres supuso un 3.20%. Las CDM responsables del mayor número de éxitos fueron las Enfermedades Infecciosas con una tasa de 16.67%, las enfermedades del Aparato Respiratorio con 10.05% y las Enfermedades del Sistema Nervioso con un 8.72%. En el análisis realizado en función de las CDM y el sexo encontramos que, si bien las CDM con tasas más elevadas en ambos sexos se correlacionan con los datos globales, en hombres y mujeres no presentan la misma distribución. En hombres la tasa de mortalidad más elevada se corresponde en primer lugar con Enfermedades Infecciosas (14.78%), seguido de Enfermedades del Aparato Respiratorio (10.70%) y Enfermedades del Sistema Nervioso (7.83%). En mujeres, la tasa más elevada aparece en Enfermedades Infecciosas (19.51%), en segundo lugar Enfermedades del Sistema Nervioso (9.72%) y en tercer lugar Enfermedades del Aparato Respiratorio (8.95%). Tras analizar las tasas por grupos de edad, encontramos que, como era de esperar, las tasas de mortalidad se van incrementando en función de la edad en todas las CDM analizadas.

Conclusiones

La mortalidad intrahospitalaria en nuestro centro es más elevada en hombres que en mujeres. Las patologías con tasas más elevadas de mortalidad en relación con los ingresos hospitalarios, en ambos sexos, son las Enfermedades infecciosas, las Enfermedades del Aparato Respiratorio y las Enfermedades del Sistema Nervioso. En el análisis realizado se detecta un ligero aumento de mortalidad en los dos últimos años.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 901

TÍTULO: LA PRIMERA IMPRESIÓN ES LA QUE CUENTA... PERO, ¿CUÁNTO?

AUTORES: ASTARLOA TOTORICA, INÉS.; ÁLVAREZ GÓMEZ, B.; ALDALUR LUS, E.; RODRÍGUEZ COGOLLO, R.; UNANUE IBÁÑEZ, A.; TABOADA GÓMEZ, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En la práctica, no hay casi ninguna ocasión en la que, un paciente que acude al sistema sanitario, no sea atendido en primera instancia por un profesional no sanitario. De esta manera, la primera impresión que el usuario recibe de la organización sanitaria cada vez que se pone en contacto con los servicios sanitarios es la que se lleva de este profesional. La calidad del trato, la claridad de la información y la efectividad con la que este profesional es capaz de resolver las necesidades que tiene el usuario planteen pueden tener cierta repercusión en la percepción de la calidad de la atención que el paciente se formará tras su paso por algún dispositivo sanitario. Desde hace más de 20 años se realizan encuestas de satisfacción de pacientes en nuestra organización y en ellas se realizan preguntas sobre la satisfacción con el personal no sanitario (administrativo y celadores). En todos estos años, los resultados de la satisfacción con la atención no sanitaria son buenos, sin embargo, no se ha realizado ningún análisis en el que se correlacione estos resultados con el resultado de la satisfacción global de la asistencia recibida.

Estudiar la relación que existe entre la satisfacción con la atención prestada por los profesionales no sanitarios (en adelante, NO SANITARIO) con la satisfacción global (en adelante, GLOBAL).

Se analizan las encuestas que incluyen preguntas sobre la satisfacción del usuario con la atención del personal no sanitario. Estas encuestas son las de Medicina y Enfermería de Atención Primaria, Pediatría de Atención Primaria, Consultas Externas Hospitalarias y Cirugía Mayor Ambulatoria. Las respuestas a las preguntas sobre la satisfacción con la atención siguen una escala de Likert de cinco categorías, yendo de 1 'malo' hasta 5 'excelente'. Analizamos las encuestas de satisfacción de los años 2012, 2013, 2014 y 2015. Se realiza un análisis descriptivo y se comparan las medias mediante una prueba t de Student. Para el cálculo de la correlación entre la satisfacción con la atención no sanitaria y la satisfacción global utilizamos el coeficiente de correlación de Pearson (r).

En la encuesta de Medicina y Enfermería de Atención Primaria la media de NO SANITARIO es 3,31 puntos mientras que la de GLOBAL es 3,67, con una $r=0,406$. En Pediatría de Atención Primaria la media de NO SANITARIO es 3,47 frente a 4,01 de GLOBAL, con una $r=0,367$. En Consultas Externas Hospitalarias NO SANITARIO obtiene una puntuación media de 3,56 frente a 3,78 de GLOBAL, con una $r=0,321$. Finalmente en Cirugía Mayor Ambulatoria, NO SANITARIO tiene una media de 3,84 frente a 3,93 de GLOBAL y una $r=0,311$.

Existe una débil correlación entre la satisfacción con la atención no sanitaria y la satisfacción global. En las respuestas NO SANITARIO hay cierta tendencia a valores cercanos a la categoría intermedia, lo que produce que las medias sean inferiores que la satisfacción GLOBAL.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 902

TÍTULO: APLICACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE HISTORIAS CLÍNICAS FISIOTERAPÉUTICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: DULANTO BANDA, ROSA ANA.; DE LA VARGA GALLEGO, S.; JAÉN MARTÍN, E.; VELASCO VELASCO, R.; GARCÍA DURÁN, S.; JIMÉNEZ TAMUREJO, MP.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Historia Clínica (HC) es un documento de comunicación interna imprescindible para la gestión clínica, la continuidad asistencial y el trabajo en equipo, además de un derecho del paciente. Uno de los objetivos de calidad de 2015 de la Unidad de Fisioterapia en Atención Primaria (UFAP), dentro de un proceso de implantación de un sistema de gestión de calidad, fue establecer criterios de homogeneidad consensuados en la utilización de la HC electrónica (HCE) tanto en el módulo de consulta clínica como en el de fisioterapia.

Medir de manera sencilla, práctica y objetiva la adecuación de la utilización de la HCE por los fisioterapeutas de una UFAP, según criterios previamente consensuados según el Protocolo de unificación de la HCE.

El comité de calidad de la UFAP y la Unidad de Calidad de la Gerencia se reúnen en enero de 2016 para establecer la estrategia de medición. Se crea un procedimiento que recopila todos los ítems consensuados por tipo de actividad clínica, los requisitos para que se proceda a su evaluación, los estándares de cumplimiento, la selección de la muestra, y el evaluador. Se descartaron aquellos criterios que aparecían como 'opcionales' en el protocolo y se excluyeron a pacientes desplazados. Se realiza la auditoría en febrero y se registra en una plantilla creada para ello. El cumplimiento del objetivo de calidad exigía que más del 70% de los fisioterapeutas registraran los ítems de la HCE según el nuevo protocolo.

Se obtuvo una muestra de 10 pacientes al azar, que iniciaron la terapia en noviembre de 2015 (3 meses después de difundido el protocolo, 1 paciente por fisioterapeuta). Se eligieron 26 criterios de los 28 establecidos en el módulo de consulta clínica, aunque finalmente solo quedaron 15 dado que en la muestra obtenida no llegaron a darse todas las circunstancias clínicas, correspondiendo a 4 momentos de la actividad asistencial: contacto administrativo, inicio del tratamiento, sesión aleatoria y alta. La técnico de apoyo de la Unidad de Calidad fue la evaluadora (agente externo). Solo 1 fisioterapeuta rellenó correctamente todos los ítems, aunque al menos el 70% lo hizo en 8 de los 15. Las actividades mejor cumplimentadas fueron la sesión aleatoria (100%) y el inicio de tratamiento (81%), mientras que las administrativas y el alta fueron las peor registradas (68% y 38% de media respectivamente). Aunque no se cumplió el objetivo, el comité de calidad consideró que no hubo una comprensión adecuada del protocolo ni de su utilidad, y estableció medidas para facilitar el acceso y mejorar el contenido del mismo. La auditora consideró que, una vez completado el diseño, la metodología utilizada es una herramienta práctica y objetiva que debería facilitar el seguimiento de la calidad de la HCE.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 903

TÍTULO: ESTUDIO CUALITATIVO PARA CONOCER LAS NECESIDADES DE INFORMACIÓN QUE TIENE LA CIUDADANÍA EN RELACIÓN A LA SALUD

AUTORES: AGUADO BLAZQUEZ, HORTENSIA.; GARCIA-ALTES, A.; RUIZ MUÑOZ, D.; CERDÀ CALAFAT, I.; CUSTODIO NOVARO, I.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias dispone del Observatorio del Sistema de Salud, que tiene como misión generar conocimiento útil sobre el sistema sanitario. La Central de Resultados es un producto anual cuyo objetivo es fomentar y permitir a los profesionales y gestores de los servicios sanitarios la comparación y monitorización de la calidad técnica y percibida, así como rendir cuentas a la ciudadanía, aunque hasta el momento no se había preguntado directamente a la ciudadanía sus necesidades de información.

− Conocer y definir en detalle los grupos de interés interesados en recibir la información sanitaria generada

− Determinar los contenidos de la información sanitaria a incluir en los envíos de información

− Identificar los formatos, canales, y códigos más adecuados para cada uno de los grupos de interés identificados

Entrevistas personales semiestructuradas y 3 grupos focales para conocer la opinión y los intereses de la ciudadanía.

Entrevistas personales y dinámicas de consenso online para conocer la opinión e intereses de profesionales sanitarios de diferentes perfiles y profesionales de la comunicación.

Análisis de contenido y del discurso, mediante transcripción literal de los grupos y entrevistas, así como el vaciado de las respuestas abiertas de las dinámicas de consenso

Codificación de los datos referidos a las variables clave: actores, localización geográfica, edad, categorización de preguntas y de respuestas

Los principales grupos de interés interesados en recibir la información sanitaria generada son los detectados previamente. Los principales contenidos de la información sanitaria a incluir en los envíos de información son distintos para cada grupo de interés. Los formatos, canales y códigos más adecuados para cada uno a los grupos de interés identificados también difieren.

La ciudadanía prefiere un canal de obtención de información ligada a la interlocución verbal, que tiene que ver con aspectos relacionados directamente con su estado de salud, y no está interesada en rankings o clasificaciones. Se observa una clara brecha generacional entre los ciudadanos en relación al uso digital de la información, sin embargo, se coincide en reclamar informaciones claras y comprensibles, orientadas a la toma de decisiones o a una mejora de conocimientos sanitarios.

Las necesidades de información de los profesionales están orientadas a la mejora de su praxis profesional, (tanto a la gestión y gerencia o a la mejora de la calidad asistencial). Se reclama información que el sistema pone a disposición de toda la ciudadanía, y se constata la necesidad de mejorar las estrategias de comunicación de la información ya existente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 904

TÍTULO: 7 PASOS, 6 ESTRATEGIAS, 1 SISTEMA, ¿EL MISMO OBJETIVO? SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DE AP

AUTORES: DE LA VARGA GALLEGO, SUSANA.; JAÉN MARTÍN, E.; VELASCO VELASCO, R.; DULANTO BANDA, RA.; GARCÍA DURÁN, S.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La seguridad del paciente es una dimensión imprescindible de la calidad asistencial, aunque muchas veces los objetivos y estrategias nacionales, regionales y locales vayan por separado. Es necesario gestionar y desarrollar la actividad clínica tomando en cuenta todos los aspectos que aseguren ambas. Al implantar un sistema de gestión de calidad (SGC) basado en la ISO 9001, la Unidad de Fisioterapia de Atención Primaria (UFAP) deseaba determinar si todo ese esfuerzo estaba sirviendo a su vez para desarrollar estrategias de seguridad del paciente (SP).

Establecer el nivel de concordancia entre el SGC de una UFAP y el desarrollo de los objetivos estratégicos de SP de referencia.

Análisis cualitativo de los elementos comunes entre el SGC según la norma ISO 9001:2008 de la UFAP implantado desde enero de 2015, los 7 pasos de Seguridad del Paciente del National Health Service (2005) y la Estrategia de SP 2015-2020 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), a través de una matriz diseñada para ello. Dos profesionales formados en la norma ISO y en SP, y que participaron en la implantación del SGC, revisaron la planificación, las entradas y las salidas del SGC y los dos documentos de referencia en SP, seleccionando las actividades del sistema de calidad clasificadas según los puntos de la norma que podían estar alineados con los objetivos/estrategias en SP. Cuando hubo acuerdo claro sobre la relación con alguno de los puntos de los 7 Pasos o de la Estrategia Nacional, se presentaba al menos 1 evidencia objetivable y continuada en el tiempo. Si no había acuerdo o no se hallaron evidencias, se registraban los motivos. Se consideró una relación positiva global si al menos 70% de las líneas estratégicas del MSSSI o de los 7 Pasos estaban cubiertas.

Se encontró una concordancia del 71,4% con los 7 Pasos y del 57,1% con las 7 líneas estratégicas del MSSSI. En el primer caso se identificaron 16 elementos potencialmente comunes, entre los cuales hubo discordancia en 8 (50%). En relación a la estrategia del MSSSI, se hallaron 14 puntos potencialmente comunes, siendo el 50% de ellos de bajo acuerdo. Con respecto a la estrategia del MSSSI, los revisores no identificaron ningún punto en común con 'Participación Internacional). En ambos casos, tanto en los ítems de Cultura como en Aprender/Compartir (sistemas de notificación) hubo baja concordancia debido al pobre nivel de evidencia ya que, aunque sí existe un gestor documental que permite notificar y 'compartir', aún no es utilizado por todos los profesionales del servicio. Aunque no existe una alta relación positiva entre diversos aspectos del SGC y las estrategias referenciadas, los autores consideran que el SGC, debidamente orientado, puede ser una herramienta muy útil en la SP y han identificado diversas oportunidades de mejora para ello.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 905

TÍTULO: EFECTIVIDAD DE LA IMPLICACIÓN DE LOS CIRUJANOS EN LA ELABORACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA LOS INFORMES DE ALTA QUIRÚRGICOS

AUTORES: VALLVERDU CARTIE, HELENS.; MERCADER BACH, C.; JURADO RUIZ, C.; ESPINA PEREZ, B.; SALAZAR BAEZ, A.; ORBEAL SAENZ, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En nuestro hospital se implantó la historia clínica (HC) electrónica en el año 2010 coincidiendo con el traslado a un hospital nuevo. La informatización de las HC facilita y agiliza el acceso a datos de los pacientes y por tanto los informes de alta médica (IAM) tendrían que ser de mayor calidad. Pero, son frecuentes los errores relacionados con el copia-pegado de datos, falta de actualización o errores que se perpetúan en la HC

Conocer datos sobre la calidad de los IAM del servicio de cirugía e identificar puntos de mejora. Con los resultados crear un Plan de mejora adecuado a los hallazgos para su posterior implantación y nueva monitorización de los resultados

Fase 1: Período de estudio (mayo-junio 2015). Análisis retrospectivo (febrero-abril 2015) de la calidad de 100 IAM en pacientes intervenidos en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) y de 100 IAM en pacientes con ingreso hospitalario superior a 72 horas (IH). Se registró el sexo y edad. Se analizaron los campos predefinidos del formato electrónico del IAM: alergias medicamentosas, antecedentes médicos y quirúrgicos, medicación habitual, enfermedad actual. Presencia de diagnóstico y procedimiento. Tratamiento al alta e indicaciones respecto a la medicación habitual. Cuidados postoperatorios a seguir y cirujanos responsables. Fase 2: (junio-oct 2015) difusión y evaluación de resultados. Sesiones de discusión y consenso entre los miembros del equipo quirúrgico. Definición de prioridades en los IAM y elaboración del Plan de mejora. Fase 3: (mayo-jun 2016). Análisis (febrero-abril 2016) de IAM con las mismas características de la Fase 1 después de la aplicación del Plan de mejora

Sin diferencias significativas en sexo, edad o patología entre los dos grupos.

Fase 1: el cumplimiento de la mayor parte de los apartados (medicación habitual, enfermedad actual, etc) no llegaba al 100% en todos los casos. Destacó el mal registro sobre alergias medicamentosas que fue del 85% en los IAM por CMA y del 88% en los IAM por IH. Además, sólo existían recomendaciones sobre conciliación de medicación, una de las líneas de seguridad del paciente de la OMS, en el 71% de los casos de CMA y en el 84% de los IH. Fase 2: En el Plan de mejora se definieron 3 objetivos principales: primero, mejorar el registro de alergias medicamentosas, en segundo lugar mejorar las recomendaciones de la conciliación de medicación al alta, y por último conseguir un cumplimiento del resto de registros superior al 98%. Fase 3: Consecución de los tres objetivos principales del Plan de mejora. El registro correcto de alergias ha pasado a ser del 98% en los casos de CMA y del 99% en los casos de IH. Las recomendaciones sobre la medicación están presentes en el 97% de los casos de CMA y en el 95% de los casos de IH. El resto de registros están completos en más del 98% de los IAM.

La participación activa del equipo de cirujanos en la discusión y elaboración del Plan de mejora ha sido clave en el cumplimiento de los objetivos

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 906

TÍTULO: ANÁLISIS DE LAS HIPOGLUCEMIAS DESDE LA ÓPTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: INSTRUMENTO DE MEJORA DE LA GESTIÓN CLÍNICA.

AUTORES: TERNERO VEGA, JARA ELOISA.; NAVARRO RODRÍGUEZ, A.; GUTIÉRREZ RIVERO, S.; PARRA ALCARÁZ, R.; ALFARO LARA, V.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El análisis de las hipoglucemias -desde esta óptica- no ha sido tratado en la literatura médica. La hipoglucemia constituye una causa morbilidad en el ámbito hospitalario, así como un elevado coste sanitario. El coste estimado de un episodio de hipoglucemia para el Sistema Español de Salud fue de 3554 €.

Cuantificar y analizar las hipoglucemias ocurridas entre los pacientes ingresados en un servicio de medicina interna, desde la perspectiva de la seguridad del paciente. En este análisis valoramos los factores que intervienen, teniendo en cuenta además los costes económicos que generan. Finalmente, proponemos una serie de medidas, con la intención de optimizar no sólo la práctica, sino también la gestión clínica

Inicialmente, efectuamos un corte de prevalencia de hipoglucemias entre los pacientes ingresados durante 15 días consecutivos. Posteriormente, recogiendo las opiniones de los miembros de la comisión y de 2 facultativos expertos en diabetes invitados, se realizó un estudio exhaustivo de los factores etiológicos que intervienen en su producción a través de un análisis causa-raíz. Por último, se propusieron una serie de medidas correctoras para reducir la incidencia, gravedad y los costes de las mismas

Se analizaron un total 1513 pacientes, 656 (43,5%) tenían prescrito controles de glucemia capilar (BMT) por turnos, dato que nos informa del porcentaje de pacientes diabéticos ingresados. En este tiempo se detectaron un total de 25 episodios de hipoglucemias (glucemia < 70 mg/dl), que correspondían a casi un 4% de los pacientes diabéticos, más de la mitad de las mismas (52%) ocurrieron antes del desayuno. Esta prevalencia tendría una proyección anual de más de 500 casos de lo que se deduce su importancia epidemiológica, clínica y la repercusión en la salud de nuestros pacientes, así como, un paralelo impacto económico. Posteriormente, se analizó los factores etiológicos, contemplándose 5 grupos causales: Factores humanos y condiciones de trabajo del personal sanitario; factores relacionados con las tareas; factores ambientales; factores asociados con el tratamiento y los cuidados y factores predisponentes del propio paciente. Finalmente, se propusieron medidas correctoras: Medidas relacionadas con el paciente, vinculadas al tratamiento, asociadas con las condiciones de trabajo y relacionadas con factores ambientales

Concluimos que la hipoglucemia es un evento adverso trascendente y común en pacientes ingresados en los servicios de medicina interna. El registro de la prevalencia y estudio de las causas etiológicas de las hipoglucemias nos ha proporcionado datos útiles para efectuar un análisis de los factores latentes en el control glucémico, de los que se derivan una serie de medidas correctoras. La cultura de seguridad del medicamento, debe influir en la reducción de las hipoglucemias iatrogénicas como factor de morbimortalidad, contribuyendo así, al ahorro económico, tras la aplicación de medidas protectoras y protocolos para su prevención.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 907

TÍTULO: ANÁLISIS DEL SCREENING DEL RIESGO DE CAÍDAS EN MAYORES EN ATENCIÓN PRIMARIA. MEDIR PARA INTERVENIR

AUTORES: JAÉN MARTÍN, ESTHER.; DE LA VARGA GALLEGO, S.; DULANTO BANDA, RA.; VELASCO VELASCO, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El abordaje de los cuidados, especialmente de los relacionados con la seguridad del paciente, debe cuando menos ser multi e interdisciplinar. Para conocer cuáles son los puntos clave en la prevención de caídas en mayores en los que una unidad de fisioterapia de atención primaria podría participar, es necesario conocer la realidad del riesgo de caídas y el abordaje del mismo.

Analizar los factores relacionados con el riesgo de caídas en adultos mayores en Atención Primaria (AP) de un área sanitaria en los últimos tres años y las actividades de prevención desarrolladas según un plan de cuidados.

Estudio retrospectivo del riesgo de caídas en mayores de 65 años según la escala Downton (escala predictiva del riesgo de caídas en mayores) entre 2013 y 2015. Se utilizó la Historia Clínica Electrónica de AP y datos de la población adscrita al área de salud según tarjeta sanitaria. Las variables fueron: edad, sexo, puntuación de la escala, riesgo alto (sí/no) e intervención en prevención de caídas según la taxonomía NIC 6790 (Nursing Interventions Classification). La estadística descriptiva y comparativa se realizó a través de Excel© 2007 y EpiInfo© 7, estableciendo como punto de corte para las diferencias estadísticamente significativas un alfa de 0,05 (p

La escala Downton se aplicó 3947 veces entre 2013 y 2015, con una cobertura del 9% de la población susceptible del área (3014 pacientes valorados/cohorte media de 32966 mayores de 65 años). La edad media de los usuarios fue de 82,54 años (Desviación estándar (DE) 7,84, mediana 83, IC 95% 82,3-82,79), siendo el 64% mujeres. La puntuación media fue 2,18 (DE 1,41, mediana 2, IC 95% 2,14-2,23). En el 74% de los pacientes valorados se aplicó la escala solo 1 vez en los 3 años y en 24% en dos años distintos, cuando se recomienda al menos 1 vez cada dos años o ante un cambio en el estado de salud. Se detectó un riesgo alto (mayor o igual a 3) en el 37,7% de las escalas medidas. En el 19% de estos casos se registró al menos una intervención de tipo NIC, mientras que en el 15% de casos de bajo riesgo también se registraron estas intervenciones. Existe baja correlación entre la edad y la puntuación Downton (coeficiente de correlación de Pearson 0,26 (IC 95% 0,22-0,29)). La media de la puntuación de la escala es significativamente diferente entre hombres y mujeres ($p < 0,001$), sin embargo, no existe asociación con el riesgo alto ($p = 0,37$). El screening del riesgo de caídas usando la escala Downton es bajo en AP, aunque no se han valorado otras fuentes. Aún así, los datos obtenidos permiten tener una idea de la prevalencia de este problema en el área sanitaria, conocer su perfil epidemiológico y si ya están recibiendo intervenciones por parte de la enfermería en los centros de salud. Todo ello constituye una información relevante para la creación de un programa de abordaje conjunto entre la UFAP y los equipos de AP, teniendo en cuenta los recursos disponibles.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 908

TÍTULO: SEGURIDAD EN EL PROCESO DE REETIQUETADO DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS INTRAVENOSOS EXTRANJEROS

AUTORES: TITOS ARCOS, JOSE CARLOS.; LEÓN VILLAR, J.; CARVAJAL GONZÁLEZ, MA.; SÁNCHEZ CATALICIO, MM.; SELVI SABATER, P.; GARCÍA MOTOS, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los medicamentos adquiridos a través de medicamentos extranjeros son recepcionados en el Servicio de Farmacia sin el código que lo identifica internamente para facilitar su gestión, localización, manejo y almacenamiento etc., Con el fin de evitar errores de medicación se diseñó un protocolo para identificar de manera segura mediante reetiquetado los medicamentos citostáticos extranjeros que quedan identificados con el código correspondiente.

Aumentar la seguridad del paciente mediante el reetiquetado de los citostáticos adquiridos/prestados como medicamentos extranjeros que no vienen identificados con nuestro código interno de medicamento extranjero correspondiente a través de un procedimiento estructurado que implica a todos los profesionales que participan el proceso.

En Enero de 2016, se desarrolló un análisis de la situación de riesgo y confusión que generaba la ausencia de identificación de estos medicamentos y se puso en marcha el procedimiento para reetiquetar todos los medicamentos citostáticos extranjeros recepcionados en un Servicio de Farmacia.

El proceso se desarrolla en las siguientes etapas, en la que intervienen diferentes profesionales:

- 1.- Solicitud del medicamento extranjero por el auxiliar administrativo y creación de etiquetas con el código de extranjero asignado y establecido en el programa informático de gestión SAVAC®.
- 2.- Recepción del pedido de citostáticos por el celador según su protocolo habitual, fotocopia el pedido y da en mano al técnico auxiliar de farmacia la fotocopia y el medicamento.
- 3.- Recogida del medicamento por el técnico auxiliar y selección de las etiquetas correspondientes. Posteriormente, comprobará que el código de la etiqueta corresponde con el código que viene en la fotocopia del pedido de compra. Si todo es correcto reetiqueta el medicamento citostático en la presala de la sala blanca.
- 4.- El técnico auxiliar anotará en la hoja de control de medicamentos reetiquetados: fecha, nombre comercial (principio activo), etiqueta, nº de unidades reetiquetadas, firma y código del técnico auxiliar farmacia.
- 5.- Validación del farmacéutico de las unidades de citostático extranjero reetiquetadas.
- 6.- Archivo del pedido de compra por el coordinador del área de citostáticos.

Desde enero a mayo de 2016 se han reetiquetado 471 unidades de medicamentos citostáticos intravenosos que se han incorporado en condiciones de seguridad a los procedimientos de elaboración y dosificación de sala blanca aumentando la seguridad en la dosificación de medicamentos citostáticos.

El proceso de reetiquetado de medicamentos citostáticos intravenosos extranjeros ha servido para disponer de una herramienta que permita controlar la trazabilidad completa de los medicamentos citostáticos desde su solicitud hasta su administración, con el fin de aumentar la seguridad del paciente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 909

TÍTULO: ANÁLISIS DE LA COMUNICACIÓN INTERNA EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA

AUTORES: ÁLVAREZ GÓMEZ, BEATRIZ IZAR.; ASTARLOA TOTORICA, I.; UNANUE IBÁÑEZ, A.; RODRÍGUEZ COGOLLO, R.; TABOADA GÓMEZ, J.; MAIZ OLAZABALAGA, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Para cualquier organización resulta fundamental conocer el estado de la comunicación interna para poder mejorar la satisfacción con la misma. No son tantas las experiencias en las que se haya realizado un esfuerzo por evaluar el grado de comunicación interna dentro de una organización sanitaria integrada que, desde un punto de vista organizativo es más compleja que las estructuras preexistentes de las que parte, ya que, añadido a la complejidad organizativa inherente a las instituciones sanitarias, se añade la dispersión geográfica. En este sentido, la experiencia que llevamos a cabo se trata del primer intento de medir el grado de comunicación interna en nuestro contexto.

1. Conocer el estado actual de la comunicación interna percibida por los profesionales de la OSI.
2. Conocer el grado de relación que existe entre la satisfacción laboral con el grado de comunicación interna.

Se realiza un estudio descriptivo del estado de la comunicación interna, utilizando el cuestionario validado en castellano que consta de 40 ítems. El cuestionario dispone de una escala Likert del 1 al 10, siendo 1, totalmente insatisfecho/totalmente en desacuerdo y 10, totalmente satisfecho/ totalmente de acuerdo.

Una vez diseñado el cuestionario, se mandó a través de plataforma profesional de encuestas online. Se envió a 100 personas de la organización, de ambos niveles asistenciales y todas las categorías existentes.

La tasa de respuesta fue del 60%, siendo el 73,3% de las participantes mujeres. La distribución por categorías fue: 45% facultativos, 21,7% enfermería, 11,7% celadores, 10% auxiliares administrativos y 3,3% directivos, auxiliares de enfermería y técnicos medios. El 41,7% de los encuestados tiene un puesto de responsabilidad.

La satisfacción laboral es 7,48 puntos.

La valoración global con la comunicación en la OSI Debarbarrena es de 5,67. Los resultados por factores son: Integración organizacional 4,80; Comunicación descendente 5,34; Feedback personal 4,87; Información corporativa 6,10; Clima comunicacional 6,42; Comunicación Horizontal e Informal 7,17; Calidad de los medios 6,18; Comunicación Ascendente 7,12.

Los ítems mejor valorados están relacionados con la comunicación informal y horizontal, y esto se percibe en la organización dado que existe una comunicación fluida entre compañeros. Por el contrario, los factores peor valorados son la integración organizacional, los profesionales consideran que existe una baja comunicación sobre información relacionada con organización. Y, el feedback personal que está relacionado sobre como mi responsable me informa sobre el desempeño de mi trabajo.

En la OSI existe un alto de grado de satisfacción laboral y los profesionales disfrutan con su trabajo y se sienten satisfechos con su trabajo. Sin embargo, la satisfacción con la comunicación no es tan alta.

Se pone de manifiesto las debilidades y fortalezas de la comunicación interna en la OSI por lo que se concluye que los profesionales se sienten desinformados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 910

TÍTULO: IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE INCENTIVACION POR DESEMPEÑO INDIVIDUAL. SUMMA 112.

AUTORES: FERNÁNDEZ CAMPOS, MARÍA JOSE.; RODRIGUEZ RODIL, N.; GALAN GRAJERA, A.; MALLO PEREZ, J.; CORTES SANCHEZ, S.; MARTÍNEZ TENORIO, P.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En el SUMMA 112, revierte incentivos de productividad variable de forma anual a todos los profesionales. Desde el año 2006 hasta el 2014 el reparto de la misma se realizaba por Unidad Funcional (UF, conjunto de recursos con profesionales categoría), sin conseguirse una mejora clara del cumplimiento de los objetivos de la institución. La justificación de la implementación de este modelo aumenta el cumplimiento de los objetivos estratégicos y de calidad del Servicio.

Disminuir el nivel de evaluación del desempeño desde el conjunto de UF al nivel de mayor individualización posible.

1. Se mantuvieron los objetivos generales definidos previamente.
2. Se mantuvo un conjunto de objetivos comunes por UF, no perdiendo así esta característica del SUMMA.
3. Se diferenciaron los objetivos que afectaban a un grupo pequeño de personas (turno/recuso/UF).
4. Se diferenciaron los objetivos por categoría profesional.
5. Se diferenciaron los objetivos que afectaban exclusivamente a la persona.
6. Se definió la evaluación del desempeño de forma individual como el grado de cumplimiento de los objetivos comunes por UF, más el de por turno de recurso, más el de los objetivos propios de la categoría profesional, más el de los exclusivamente individuales.

Para los puntos 2,3 y 4, se estableció como criterio de individualización el haber trabajado en un mismo recurso un mínimo de tres meses de forma continuada y para el punto 5 el periodo anual completo. Se calcula el peso específico correspondiente a cada indicador (de un total de 23) teniendo en cuenta los 6 puntos anteriores.

El máximo porcentaje global de cumplimiento individual fue de 92,3% y el menor de 8,8% frente a 75% y 37% respectivamente medido por UF (método previo a 2014)

El nº de personas con un grado de cumplimiento individual entre 75% - 50% (ambos incluidos) fue de 1027 frente a 811 por UF.

El nº de personas con un grado de cumplimiento individual menor de 50% fueron 629 frente a 483 medido por UF.

El 51% tuvo mayor cumplimiento de manera individual que el que hubiera tenido por UF.

Las personas con mayor porcentaje de cumplimiento pertenecen a la UF de mayor porcentaje de cumplimiento.

Con el método previo, las personas que más contribuyen al resultado de la UF tienen una incentivación (retribución en productividad variable) igual a las que contribuyen menos. Con el método individualizado beneficia a un nº mayor de profesionales, en las unidades con bajo cumplimiento.

El nº de reclamaciones fue menor y hubo alineación entre el resultado y el conocimiento que los responsables del servicio tienen de los profesionales así como con la percepción de los propios evaluados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 912

TÍTULO: GESTIÓN DE PERSONAS: PROGRAMA DE DESARROLLO COMPETENCIAL DE LA ESTRUCTURA DE SOPORTE.

AUTORES: ROMERO BRIOSO, CONCEPCIÓN.; ARELLANO BRAVO, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La gestión de los Recursos humanos de un hospital es una tarea compleja, ya que han de ser tenidas en cuenta gran cantidad de variables, a saber: absentismo programado y no programado, competencias profesionales, necesidades de cuidados de los pacientes, períodos de alta frecuentación, situaciones personales de los trabajadores, entre otras.

Debido a la naturaleza dinámica de los cuidados, se hace necesario contar con profesionales adicionales con el fin de dar cobertura a todas las contingencias que puedan acaecer.

Es por ello que en nuestro hospital, con la nueva Dirección de Enfermería desde el año 2013, se han centralizado los recursos humanos con una estructura de soporte (Retén) para dar respuesta a las necesidades anteriormente mencionadas.

Dada la variabilidad y complejidad de los distintas Unidades de Gestión Clínica que conforman nuestro hospital, y las características de los objetivos específicos de las mismas relacionados con la praxis enfermera, la dirección de enfermería se planteó la gestión de dichos recursos basándose en las capacidades y competencias de enfermería, evitando el desajuste entre la formación de los profesionales y las competencias requeridas por cada UGC, a través de un programa de formación, orientado a la consecución de dichos objetivos específicos y su consiguiente impacto en los resultados en salud.

En una primera etapa, se han ido constituyendo grupos de profesionales formados en alta complejidad (Unidad de Cuidados Intensivos, Campana de Citostáticos, Neonatología, Endoscopia, quirófanos) con el fin de garantizar la seguridad del paciente.

En esta segunda etapa, pretendemos que todos los profesionales adquieran las competencias necesarias en las distintas UGC.

Objetivo General:

-Implantación de un programa formativo, dinámico orientado a que los profesionales que conforman el reten sean capaces de dar respuesta a las necesidades de los pacientes de las distintas unidades de gestión.

Objetivos Específicos:

- Aumentar la seguridad del paciente.
- Mejorar el impacto en la consecución de los objetivos específicos de cada una de las UGC.

Programa de formación acreditada en los servicios por parte de los responsables de cada Unidad de Gestión Clínica..

- Cuestionario Previo sobre necesidades formativas.
- Cuestionario de necesidades formativas de la UGC.
- Cuestionario Postformación sobre satisfacción de los profesionales respecto a la calidad formativa.

Los resultados se aportarán junto con la presentación. actualmente en proceso de implantación del programa, pendientes de evaluación de resultados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 913

TÍTULO: EXPERIENCIA EN LA DERIVACIÓN URGENTE DE RESIDENTES DEL ÁMBITO GERIÁTRICO EN LA CIUDAD DE BARCELONA.

AUTORES: RÍO GRELA, EVA.; VARGAS GRACIA, J.; RUBERTE NAVARRO, M.; VARGAS GRACIA, A.; SOLÁ GENOVÉS, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Actualmente, en el ámbito residencial geriátrico, vive una población muy frágil, con elevada prevalencia de enfermedades crónicas complejas (PCC) y situaciones de enfermedad avanzada que requieren atención paliativa.

Estos pacientes presentan a múltiples complicaciones de sus patologías de base que requieren frecuentes derivaciones de carácter urgente a los diversos recursos sanitarios de referencia.

1. Analizar y describir las características de las derivaciones urgentes a recursos sanitarios desde un centro geriátrico.

2. Establecer los motivos más frecuentes de derivación.

3. Evaluar la idoneidad de las derivaciones.

Análisis descriptivo retrospectivo de una muestra de residentes derivados a urgencias durante el año 2015.

Variables analizadas: pacientes atendidos 01.01.2015 al 31.12.2015. Número total pacientes derivados. Número total de derivaciones. Distribución por edad y sexo. Profesionales que han efectuado las derivaciones. Motivos de derivación. Horario de derivación, destino de la derivación. Número de pacientes ingresados más de 24 horas. Ubicación final de las derivaciones.

Número de residentes atendidos del 01-01-2015 al 31.12.2015: 163. Número total de residentes derivados: 76 (46.6%). Número de derivaciones: 111. Edad media: 86 años. Sexo: 50 mujeres (65.79%) y 26 hombres (34.21%). El 91.89% de las derivaciones han sido en horario diurno y en el 100% de los casos la derivación ha sido realizada por los profesionales sanitarios del centro: médico (31.53%) y enfermería (68.47%). Los motivos de derivación según etiología han sido: patología respiratoria (24.3%), traumatológica (17.1%), fiebre no filiada (15.3%), digestiva (9%), cardiológica (9%), urológica (7.2%), neurológica (1.8%), miscelánea (16.2%). Destino de la derivación: hospital de referencia: 75 (67.57%), CUAP: 15 (13.51%), y otros: 21 % (18.92%). Número de pacientes ingresados más de 24 horas: 50 (45.05%). Ubicación final de los pacientes derivados: hospital de agudos, 40 (80%) y centro socio-sanitario, 10 (20%).

Conclusiones: Se ha detectado un aumento progresivo de la complejidad clínica en el ámbito residencial que comporta un elevado porcentaje de derivaciones urgentes.

La indicación de la derivación por profesionales sanitarios garantiza la idoneidad de las derivaciones.

Un elevado porcentaje de las derivaciones realizadas han requerido ingreso en recursos de hospitalización, lo que se correlaciona con una indicación correcta de las mismas.

Probablemente, se hace necesario dotar de más recursos sanitarios a los centros geriátricos, lo que podría disminuir las derivaciones a otros recursos asistenciales evitando traslados a niveles asistenciales inadecuados.

Es importante monitorizar las derivaciones desde los centros geriátricos para determinar las necesidades y los recursos de soporte más idóneos en cada situación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 914

TÍTULO: ¡ALERTA, SANGRE A BORDO. ¿ESTE TUBO ES MIO?

AUTORES: TRILLO CIVANTOS, CARMEN.; DE LA HUERGA FERNÁNDEZ BOFILL, T.; PEREZ FLORES, B.; GONZALEZ CEDILLO, S.; SANCHEZ RESCO, S.; VIVAR VIVAR, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Laboratorio Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz media 35983, 23 Centros de Salud; población 450.000. Garantizar calidad trazabilidad muestra, técnica extracción, transporte/conservación hasta recepción, analizar y corregir incidencias, mejorar organización, calidad resultados muestras analíticas y eficiencia evitando errores que repercutan seguridad paciente.

Fomentar cultura registro incidencias en trazabilidad/transporte hasta recepción laboratorio.

Garantizar seguridad paciente en sala extracciones FJD desde sistema informático para asegurar trazabilidad fase preanalítica.

Analizar número tubos inadecuados a través registros.

Analizar variación temperaturas hasta llegada laboratorios.

Analizar incidencias comunicadas entre profesionales implicados y puesta en marcha acciones mejora.

estudio descriptivo transversal años 2014-15. Grupo de calidad laboratorio nuevo protocolo actuación conjunto con Atención Primaria. implantación nuevo registro temperaturas e incidencias online a través Portal Atención Primaria para comunicación bidireccional entre profesionales CS y laboratorio.

muestras deben llegar laboratorio refrigeradas -1° a 13°. contenedores específicos, Identificación inequívoca muestra. Tiempo transporte. Identificación datos personal implicado. visitas programadas por enfermera de enlace a CS para iniciar monitorización, miembros realizan registro.

Desde digitalización sala extracciones, terminal informático e impresora códigos de barras de modo, paciente entra en sala introduce tarjeta sanitaria/ DNI en máquina de nemoQ y recoge ticket, enfermero tiene pantalla paciente y analítica correspondiente, imprimiendo etiquetas con código de barras y muestras. identificación activa.

En los centros de salud cita previa, etiqueta al volante y se comprueba nombre y pruebas solicitadas; extracción sangre, enfermera coloca etiquetas continuación se pasa lector de códigos de barras con el volante en mano y listado pacientes en ordenador, quedando grabado electrónicamente. tablas Excel registro diario temperaturas muestras envían desde cada CS, adoptar medidas oportunas.

su llegada laboratorio, volcándose en el programa SIRIUS. análisis tablas por variables incidencias. Límite de alarma individual: 1,5% /MES Partíamos de 1,72% en 3 meses reduciendo a 1.36% en el siguiente trimestre. En tercer trimestre 2015 se produjo un porcentaje de incidencias 0,57% bajando en el cuarto a un 0,45%. Pendiente de exportar la correlación datos por CS, por periodos de tiempo y por actividades mejora implantadas habiéndose recogido información en la base de datos.

procedimiento interno trazabilidad muestras analíticas, manejo y conservación. profesionales 23 CS acceso Portal visualizar condiciones muestras: temperatura, tiempo transporte, incidencias. Garantizar registro, formación, implicación y difusión errores en manejo muestras analíticas entre profesionales prevenir errores que repercuten seguridad pacientes y calidad asistencial usuarios.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 915

TÍTULO: DIBUJANDO LA IMPLANTACIÓN DE LA E.SALUD EN UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: DE CRISTINO ESPINAR, MARISOL.; PASTOR LÓPEZ, A.; CAMACHO BUENOSVINOS, A.; LÁZARO MARMOL, JA.; ROMERO SÁNCHEZ, T.; CABEDO OLAYA, I.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Las redes sociales y los nuevos canales de comunicación también ayudan al profesional sanitario y no sanitario a formarse, como han demostrado diversos estudios. Estas herramientas nos permiten adquirir conocimientos, estar actualizados, opinar y comunicarnos con nuestros compañeros y pacientes

Conocer el uso que los profesionales hacen del teléfono móvil y redes sociales. Conocer el uso que los profesionales hacen del correo-e

Estudio tipo descriptivo_transversal. Dirigido a todos los profesionales sanitarios y no sanitarios del Distrito XY . Universo: 1.131. Se realiza un cuestionario de elaboración propia y se envía a través del correo corporativo a todos los profesionales de distrito. El cuestionario consta de 17 ítems relacionados con la accesibilidad a redes (1,2,3 y 4), frecuencia conexión (5,6), tipo redes sociales(7,8), app(9 y 10), vía comunicación(11 y 12) y correo corporativo(13, 14, 15,16 y 17). Periodo de estudio: Enero 2015-Diciembre 2015. Se recogen variables sociodemográficas

Del total se reciben 298 respuestas , 26,34% . Un 22,4% son médicos y 29,7% enfermeras. El 99% IC:97,1_99,7 tiene teléfono móvil, el 90,1% IC:84,9_92 tiene datos . Casi el 96% IC:89,5_95,3 tiene internet en casa y casi el 60% IC:52,3_63,8 se conecta en a diario . Un 64,2% IC:57,5_68,4 dice utilizar una red social siendo Facebook la que más se usa. El 81% IC:76_84,9 usa una app en su móvil y el 71,5% IC:64_74,4 las considera útiles para su actividad laboral. Cuando se aborda la vía de entrada de información relacionada con su trabajo 60,2% IC:55,1_66_1 es a través de compañeros y otro 53,69% IC:48_59,3 a través de correo corporativo. Con respecto al uso que hacen del correo corporativo: es usado todos los días por 41,6% IC:35,5_46,6. El 49,8% IC:43,7_55 accede fuera del trabajo y 23,4% IC:18,7_28,3 tiene problemas para conectarse fuera. El 82% IC:76,4_85,2 considera que el correo corporativo es una canal de comunicación excelente para mejorar información y acceso a ésta relacionada con su actividad asistencial. Se reciben numerosas sugerencias sobre las posibles mejoras del uso de nuevas vías de comunicación

Implantar en las diferentes unidades de distrito XY nuevas tecnologías de comunicación/información es un reto. Dado estos resultados estamos preparados para iniciar la difusión entre profesionales de espacios con conocimientos en salud: comunidades virtuales, foros, redes profesionales, blogs etc para conocer, utilizar y manejar la que realmente aporte valor a nuestro trabajo. Hay que ocuparse en aumentar las competencias digitales de los profesionales para facilitar que las tecnologías entren en nuestros centros y utilicemos el potencial de la web y redes sociales y poner nuestra experiencia/ conocimiento a disposición de profesionales y pacientes: no conformarnos con el uso de correo-e, intercambio de archivos o mensajería de datos

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 916

TÍTULO: "UN MES, UN SON". DIRECTO AL CORAZÓN

AUTORES: ESPERÓN GÜIMIL, JOSE ANTONIO.; CASTRO BARREIRO, P.; PÉREZ ARIAS, J.; CONDE PENELAS, AM.; PÉREZ GARCÍA, I.; GONZÁLEZ ÁLVAREZ, JM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La música y la musicoterapia se utilizan en una amplia gama de entornos clínicos. Se ha demostrado que, en comparación con los tratamientos estándar, la música puede mejorar la calidad de vida del paciente. Una revisión sistemática Cochrane muestra cómo su uso puede reducir la ansiedad en pacientes con cáncer y también tener efectos positivos sobre el estado de ánimo y el dolor. Otros estudios afirman que esta terapia alternativa permite ayudar a las personas con cáncer a afrontar los síntomas relacionados con la enfermedad como síntomas digestivos, inmunológicos, ansiedad, miedo, depresión... y también como soporte para afrontar su situación, animándoles a colaborar y comunicarse.

Mediante la música la comunicación no verbal se hace fluida, el paciente fluye en sus sensaciones y experiencias, se libera de sus ataduras emocionales, mejorando el estado físico y psicológico.

La presencia de la música en el hospital es una acción humanizadora, de placer, de emociones, de dar un nuevo impulso a las personas que se encuentran hospitalizadas.

Dentro de las terapias complementarias, la utilización de la musicoterapia aporta beneficios en el binomio salud-enfermedad, siendo ésta un "instrumento de cuidados" barato y carente de efectos secundarios.

1. Envolver al paciente en un ambiente de sosiego y confianza durante sus estancias hospitalarias o en el curso de los tratamientos.
2. Aprovechar el efecto calmante de la música y de otras manifestaciones artísticas para reducir su ansiedad.
3. Ofrecer a los enfermos y a sus familiares un entorno musical y cultural agradable durante los momentos más delicados de su enfermedad.
4. Mejorar la política de Responsabilidad Social Corporativa

Proyecto de colaboración Área sanitaria integrada (formada por tres hospitales, 45 centros de salud y 9 centros sociosanitarios y atiende a una población de 300.000 habitantes), con el Conservatorio Profesional de música Manuel Quiroga (600 alumnos, 64 profesores) en un Plan Global de Mejora de la experiencia del paciente y dentro de la política de Responsabilidad Social Corporativa.

Se concretan los siguientes productos

▪ Sesiones de "música en píldoras", con periodicidad mensual, a través de micro-conciertos. Sorpresa en ubicaciones clave de los centros sanitarios, tanto hospitalarios, como de atención primaria y sociosanitarios. Se abordan temáticas variadas, buscando siempre un "acorde" entre los temas propuestos (dolor, alegría, felicidad, viento, sol...).

▪ Diseño de videos corporativos de felicitación de cumpleaños (infantil, joven, adulto, persona mayor). Coincidiendo con el cumpleaños del paciente, recibirá una felicitación personalizada

En una política de Responsabilidad Social Corporativa, crea valores para una organización de Gestión Integrada.

A partir de la experiencia del paciente y de actividades realizadas en otros entornos, se creó un ambiente de calidez en la atención.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 917

TÍTULO: ANÁLISIS DE LEGIBILIDAD DE LAS HOJAS INFORMACIÓN AL PACIENTE SOBRE TRATAMIENTOS DISPENSADOS POR EL SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES: SELVI SABATER, PABLO.; LEON VILLAR, J.; SANCHEZ CATALICIO, M.; TITOS ARCOS, JC.; MANRESA RAMON, N.; GARCIA MOTOS, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los sistemas sanitarios promueven la participación de los pacientes en la toma de decisiones sanitarias. Para conseguirlo, los pacientes necesitan información suficiente y adecuada. Muchas veces ésta se les suministra por escrito, por lo que la legibilidad de los textos se convierte en un indicador clave de calidad.

Analizar la legibilidad de información al paciente sobre tratamientos hospitalarios dispensados por el Servicio de Farmacia para garantizar que se apta para los pacientes, independientemente de su nivel sociocultural.

Se analizaron todas las hojas de información al paciente diseñadas por el Servicio de Farmacia en 2015 para tratamientos oncohematológicos (via oral). Para el análisis de la legibilidad se utilizaron dos "índices de legibilidad" validados para la lengua castellana.

El primero es el índice de Fernández-Huerta a partir de la fórmula: $206,84 - [(60 \times (\text{silabas/palabras})) + (1,02 \times (\text{palabras/frases}))]$.

EL segundo índice es el de Flesch-Szigriszt a partir de la fórmula: $206,835 - [(62,3 \times (\text{silabas/palabras})) + (\text{palabras/frases})]$.

Para la interpretación de los resultados del índice de Fernández-Huerta se aplica la escala: 100-90 (muy fácil), 90-80 (Fácil), 80-70 (bastante fácil), 70-60 (Normal – Adultos con estudios básicos), 60-50 (bastante difícil), 50-30 (difícil), 0-30 (muy difícil – Nivel universitario).

Para la interpretación de los resultados del índice de Flesch-Szigriszt se aplica la escala: >80 (muy fácil), 80-65 (Fácil), 65-55 (bastante fácil), 55-40 (Normal – Adultos con estudios básicos), 55-40 (algo difícil), 40-0 (muy difícil - Nivel universitario).

Se incluyeron un total de 11 hojas de información al paciente para tratamientos oncohematológicos (via oral).

Tras aplicar el índice de Fernández-Huerta se obtiene: Abiraterona 54,45 (bastante difícil), Afatinib 60,32 (normal), Axitinib 62,6 (normal), Bexaroteno 57,19 (bastante difícil), Crizotinib 60,21 (normal), Dabrafenib 54,88 (bastante difícil), Enzalutamida 58,54 (bastante difícil), Ibrutinib 60,58 (adulto), Pazopanib 61,28 (normal), Regorafenib 61,45 (normal) y Vandetanib 58,08 (bastante difícil).

Tras aplicar el índice de Flesch-Szigriszt se obtiene: Abiraterona 49,13 (algo difícil), Afatinib 55,15 (normal), Axitinib 57,59 (normal), Bexaroteno 52 (algo difícil), Crizotinib 55,04 (normal), Dabrafenib 49,49 (algo difícil), Enzalutamida 53,28 (algo difícil), Ibrutinib 55,38 (adulto), Pazopanib 56,13 (normal), Regorafenib 56,36 (normal) y Vandetanib 52,88 (algo difícil).

En ambos índices 5 de los 11 fármacos (46%) presentan un índice "normal".

Como conclusión, mas de la mitad de las hojas de información no presentan un índice de legibilidad adecuado. Esto lleva a desencadenar un proceso de mejora en la realización de hojas de información al paciente, para alcanzar una legibilidad de dificultad "normal", considerado apto para material sanitario enfocado al paciente

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 918

TÍTULO: COLABORACIÓN INTERDISCIPLINAR COMO HERRAMIENTA BÁSICA PARA LA ADECUACIÓN DE RECURSOS EN ARTRO-RESONANCIA DE HOMBRO

AUTORES: MORENO RAMOS, MARÍA DOLORES.; MARTÍNEZ HERVÁS, M.; VÁZQUEZ SOUSA, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Establecer medidas de adecuación de recursos en el Servicio de radiodiagnóstico en el HSJDA actuando sobre los niveles de eficacia y efectividad, utilizando las herramientas disponibles en cada nivel, con la implicación del propio servicio y la participación de los servicios peticionarios.

Adecuación de recursos para la realización de artro-RM de hombro en nuestro hospital.

Se revisaron las artro-RM de hombro realizadas en nuestro servicio en el último año (66 casos en total). Los indicadores que se midieron fueron: adecuación a las guías clínicas referentes, eficacia técnica, eficacia diagnóstica y eficacia terapéutica.

La adecuación a las guías clínicas fue del 96% (2 casos no indicados). Para la eficacia técnica se valoraron por separado pacientes intervenidos previamente y no intervenidos, obteniendo 31 % y 96% respectivamente. En cuanto a la eficacia diagnóstica, los valores obtenidos fueron: sensibilidad: 81,8%, valor predictivo positivo (VPP): 100% y exactitud diagnóstica: 81,8%, con una alta correlación imagen de resonancia-cirugía. La eficacia terapéutica fue del 74%.

Al constatar una baja eficacia técnica en pacientes intervenidos previamente, se llegó al acuerdo de poner en marcha un estudio comparativo entre la artro-RM y el artro-TC, para minimizar los artefactos, que se está llevando a cabo en nuestro servicio. Ya que se demostró que era una técnica eminentemente prequirúrgica, se consensó que fuera una petición que se llevará a cabo desde la unidad de hombro y obviando el paso de la RM convencional en casos con clínica específica. Estas conclusiones nos indican que la medición de los indicadores descritos y la colaboración entre los diferentes servicios es una herramienta indispensable para mejorar la gestión de los servicios de Radiología.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 919

TÍTULO: SEGUIMIENTO 2014 -2015 DE LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO EN EL SUMMA112

AUTORES: RODRÍGUEZ RODIL, NURIA.; FERNÁNDEZ CAMPOS, MJ.; COLOMER ROSAS, A.; CUEVAS DOMINGUEZ, C.; CERDEIRA VARELA, JC.; BUSCA OSTOLAZA, P.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Tras la implantación de un sistema individual para evaluar el seguimiento de objetivos, se mide el comportamiento y la variación de estos de los años 2014-2015.

Mantener la evaluación del desempeño de manera individual, manteniendo la incentivación de los profesionales, para la consecución de los objetivos estratégicos y de calidad del servicio.

1. Nuevo ciclo de formación a los responsables de la unidad funcional.
2. Revisión de objetivos, con los responsables de unidad funcional.
3. Se informó a los profesionales de forma específica, de los indicadores a medir por categoría profesional y recurso.
4. Mantenimiento de los criterios para la individualización del 2014
5. Creación de las categorías específicas del Centro de Urgencias Extrahospitalarios de mayor nivel de resolución.
6. Mejorar el sistema de información, para poder realizar evaluaciones parciales de objetivos.

METODOLOGÍA: Estudio comparativo de resultados 2014 -2015, tras las acciones descritas

- El mayor resultado obtenido de forma individual fue de un 99%, frente al 92,6% del año anterior y el segundo fue de un 93.8% frente a 89% del 2014.
- El número de personas que tuvieron un cumplimiento mayor del 75% pasó de 111 en 2014 a 347 en 2015, lo que supone un aumento porcentual del 212,6 %.
- La diferencia porcentual en el intervalo entre 50% y 75%, descendió un 4.6% en el año 2015.
- Los profesionales que tuvieron un porcentaje menor del 50%, descendió en 187 profesionales, lo que supuso un descenso de 42%.
- Todos los tipos de indicadores mejoraron: Los correspondientes al conjunto de la unidad funcional, se cumplieron íntegramente en 10 UF, frente a ninguna del año anterior. Destacó entre los indicadores calculados por recurso/turno, el de transmisión de datos desde el Monitor desfibrilador al software del informe asistencial, que supuso un aumento porcentual del 43%. Por su parte, de los indicadores puramente individuales, cabe mencionar el aumento de la codificación diagnóstica, que supuso un aumento porcentual del 25%.
- El conocimiento del sistema de incentivación, por parte de los profesionales, mejora los resultados.
- El aumento de la transmisión de datos, ha contribuido a la inclusión de Informe Clínico Asistencial, junto con pruebas complementarias correspondiente en los Sistemas Informatizados de Servicio Madrileño de Salud.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 920

TÍTULO: UNA MOTIVADORA SORPRESA. EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES Y FACULTATIVOS EN UNA UNIDAD DE ALERGIA

AUTORES: ESPERÓN GÜIMIL, JOSÉ ANTONIO.; SALGADO BARREIRA, A.; SOTO MERA, T.; LIÑARES MATA, T.; MARTÍNEZ PILLADO, M.; ORTIGUEIRA ESPINOSA, JA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La satisfacción de los pacientes se considera como un importante componente de la calidad de la atención sanitaria. Se presenta como clave conocer el significado de las percepciones que tienen los pacientes sobre la atención que reciben.

Existen diferentes metodologías para medir la satisfacción del paciente, de carácter cualitativo, otras cuantitativas y otras una mezcla de ambas, cada método con sus ventajas e inconvenientes. Una de las herramientas más utilizadas son las que se basan en el uso de cuestionarios. Tanto los cuestionarios autoadministrados a los pacientes como los cumplimentados mediante entrevista personal son dos de los métodos más frecuentemente utilizados por los profesionales de los servicios de salud.

Evaluar la percepción de la atención recibida en consultas externas en la unidad de Alergia entre pacientes y facultativos.

Evaluar las siguientes dimensiones de la calidad: seguridad clínica, confianza (trato), confidencialidad, intimidad, información, estructura, visión global, accesibilidad)

Área sanitaria integrada con 700 camas de hospitalización de agudos, referencia para 300.000 habitantes. El servicio de Alergia, con 4 facultativos, realiza una actividad en consultas externas que representa el 10% de la actividad total.

Estudio transversal descriptivo mediante cuestionario autoadministrado simultáneo a facultativos y pacientes que acuden a la consulta de Alergología. A partir de la encuesta validada por el Servicio de Salud, se evaluaron y contrastaron en las dimensiones citadas a partir de indicadores corporativos.

Análisis descriptivo de las respuestas y Chi-cuadrado para el contraste de hipótesis de variables cualitativas. Paquete estadístico SPSS Statistics 15.0.

La dimensión confianza (trato) ("cómo considera el trato dado/ recibido") presentó diferencias significativas ($p < 0,01$) entre la opinión de los pacientes ($n=40$) y el personal médico ($n=46$). En concreto, los pacientes evalúan como muy bien en el 87,5% y facultativos en el 63%.

En el resto de dimensiones, a pesar de no encontrar diferencias significativas, roza la excelencia (muy bien) las siguientes dimensiones:

-Seguridad clínica de la atención recibida: pacientes (72.5%), facultativos (54.3%).

-Intimidad: para pacientes 70%, médicos (61%)

-Información: para pacientes alcanza muy bien en el 72.5% y facultativos (61%)

Además el paciente evaluó la accesibilidad en la obtención de la consulta externa (32% señala demora inferior a 90 días) y la espera en sala de espera más del 55% son atendidos antes de 30 minutos.

La visión global de la atención recibida fue para pacientes 65%, facultativos (61%). En concreto, el 93% de los pacientes recomendaría la atención recibida a otros pacientes.

El paciente valora con mayores puntuaciones todos los ítems frente a nuestra propia opinión como personal sanitario que realizamos la valoración con porcentajes más bajos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 921

TÍTULO: VENTAJAS DE LA TRAQUEOTOMÍA PRECOZ

AUTORES: GOMEZ JIMENEZ, CINTIA MARIA.; TRUJILLO GARCÍA, E.; CURIEL BALSERA, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La realización de traqueostomías percutáneas precoces, en pacientes seleccionados ingresados en UCI, disminuye la aparición de neumonía asociada a ventilación mecánica y otras complicaciones asociadas a larga estancia en UCI.

Analizar las diferencias entre las traqueostomías precoces y tardías de los pacientes ingresados en UCI de un hospital de tercer nivel.

Estudio observacional, retrospectivo y comparativo entre pacientes a los que se le realiza traqueo precoz (<10 días) y tardía (>10 días) durante estancia en UCI. Se han analizado duración de estancia en UCI, tiempo de VM y sedación, así como complicaciones infecciosas respiratorias. Las variables cuantitativas se expresan como media y desviación típica y las variables cualitativas se expresan como porcentaje y valor absoluto. Se han aplicado el test de Mann-Whitney y el test exacto de Fischer, según necesidad, con un error alfa del 5%.

Se han analizado 61 pacientes, el 78,7% varones. Se realizaron 47 (77%) precoces y 14 (33%) tardías. El 91,8% fueron realizadas en la unidad de manera percutánea y el 8.2% (5 casos) por ORL en quirófano (4 tempranas y 1 tardía). No se han observado diferencias en la gravedad al ingreso (APACHE II $p=0,82$ y SAPS III $p=0,34$) ni en la edad. Los pacientes traqueostomizados precozmente presentaron menos días de VM (15.02 +/- 13.44 días) respecto a las tardías (23 +/- 6,8 días) con un $p=0.02$. Asimismo presentaban menos días de sedación (10.17 +/- 8,4 vs. 18.57 + 6.03). Los traqueostomizados precozmente, presentan menor estancia en UCI ($p=0,042$), no así hospitalaria ($p=0,38$).

La tasa de infección respiratoria (NAVM + traqueobronquitis) fue del 85,7% de los pacientes a los que se les realizó traqueostomía tardía, mientras que fue del 48,9% a los que se le realizó de forma precoz, $p=0,015$. OR 6,2 (1,26-31,08).

Los pacientes traqueostomizados en los primeros 10 días de VM, presentan menos días de sedación, de VM y estancia en la unidad, así como menor tasa de infección respiratoria. No encontramos diferencias la estancia hospitalaria.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 923

TÍTULO: “CUENTAME COMO PASÓ: UN NUEVO PAISAJE HOSPITALARIO”

AUTORES: LOSADA FERNÁNDEZ, JOSE ANTONIO.; ESPERÓN GÜMIL, JA.; ORTIGUEIRA ESPINOSA, JA.; MARTÍNEZ PILLADO, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La búsqueda e introducción de herramientas de gestión ambiental y de la calidad son elementos favorecedores y positivos en la mejora de los resultados asistenciales.

Desde el año 2008 hasta la actualidad los cambios han sido significativos en el paisaje de los hospitales que conforman el área integrada.

Constatación de que con la introducción paulatina de diversas herramientas de gestión ambiental, de la calidad y seguridad en los hospitales de un área integrada se optimizan los procesos asistenciales.

Descripción pormenorizada de los principales hitos de mejora de la Calidad en un Área Sanitaria Integrada con 700 camas de hospitalización de agudos, referencia para 300.000 habitantes, con la introducción de herramientas de gestión de la calidad.

2008-2012:

- Implantación de un sistema integrado de la calidad y gestión ambiental
- Auditorías internas cruzadas entre hospitales integrados en el sistema de salud.
- Certificaciones ISO 9001 en el servicio de Microbiología y las unidades de: esterilización, codificación clínica, archivo de historias clínicas y documentación.
- Certificación 14001 en gestión ambiental
- Seguridad del paciente: gestión de riesgos, notificación de efectos adversos (SiNASP y SENSAR), programa de identificación inequívoca de pacientes, programa CIK (uso seguro de medicamentos), programa Cirugía segura, programa de heridas crónicas, núcleo seguridad y gestión de riesgos clínicos, boletín de seguridad, proyectos Zero.

2014-2016:

- Certificación de los servicios de Análisis Clínicos, Hematología y Farmacia.
- Programa LEAN-LAB
- Proyectos de responsabilidad social corporativa: humanización de espacios, musicoterapia, concurso ideas ambientales.

RECONOCIMIENTOS OBTENIDOS:

2013-2016: Mención especial –Premios OMARS, once nominaciones Best in Class, Premio Area Psoriasis, Premios AVEDIS 2016, Premio Barea: Accesit y Primer PREMIO

En estos últimos años con el cambio de riego tradicional por el de sistemas de gestión ambiental, de calidad, de seguridad, de riesgos y todo ello abonado con planes de humanización que consiguen espacios positivos que actúan como contenedores de actividad social se observa un nuevo paisaje hospitalario fuertemente enraizado y creciendo hacia la mejora continua.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 924

TÍTULO: TRANSFORMACION DE UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN EN UNA UNIDAD DE GESTION CLÍNICA DE REHABILITACION PROVINCIAL

AUTORES: ECHEVARRIA RUIZ DE VARGAS, CARMEN.; PEREZ LOPEZ, T.; ALCAZAR RUEDA, E.; GRANADOS MATUTE, AE.; RODRIGUEZ PIÑERO DURAN, M.; EXPOSITO TIRADO, JA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación

La Gestión clínica integra la buena práctica médica (MBE) y la buena gestión de los servicios (ASBE). "Ofrece a los pacientes los mejores resultados posibles en nuestra práctica diaria (efectividad), acordes con la mejor información científica disponible (eficacia) con los menores inconvenientes y costes para el paciente y para la sociedad (eficiencia)".

Bajo esta metodología de calidad, de trabajo en equipo y de comunicación interna y externa en 2006, el Servicio de Rehabilitación se transforma en Unidad de Gestión Clínica (UGC). La UGC es el Modelo Andaluz donde se ejerce la Gestión Clínica, con un incentivo económico variable ligado a la consecución de objetivos. El Acuerdo de Gestión Clínica, formaliza el compromiso de los profesionales y los responsables.

Presentar la descripción, método y resultados de nuestro trabajo en 10 años.

Personas

UGC Rehabilitación +/-135 profesionales en 2006, desde 2011 se transforma en UGC Intercentro/interniveles de la ciudad, se coordina con otros dos hospitales y salas de cuatro distritos sanitarios, unas 1.730.000 personas. Coordina el Centro Andaluz en Red de Atención a la Lesión Medular de Andalucía unas 8.000.000 de personas. 2016 UGC de Rehabilitación Provincial llega a unos +/-300 profesionales atendiendo cerca de 2.000.000 de ciudadanos. +/- 350 Alumnos Medicina; +/- 200 Fisioterapia; rotantes de estudiantes de enfermería

Método

- 6 Plenarios
- 2 Gestión Clínica
- 2 Proceso Asistencial Integrado (PAI) Complejo
- 2 PAI Prevalente
- 1 Jornada Anual Formación Continuada
- Cursos Específicos por nodos
- Sesiones Semanales Critically Apraised Topics
- Docencia pregrado y postgrado, orientación a la mejor evidencia médica (BEME)
- 5 proyectos de investigación/Innovación en activo

Resultados/Conclusión

- Mapa de Riesgos
- 7 protocolos clínicos (Secuelas de Ictus, Parálisis Cerebral Infantil, Cervicalgias, Dorsalgias, Omalgias, Procedimiento normalizado de trabajo en Escoliosis Idiopáticas para reducción ortopédica)
- 9 Protocolos de atención médica a las secuelas subagudas de Lesión Medular y Traumatismos Craneoencefálicos en Hospitalización en Rehabilitación y en Consultas Externas en revisiones anuales.
- Protocolo transporte sanitario
- Protocolo prescripción sillas de ruedas motor eléctrico
- Modelo de Gobernanza
- Actas desde 2011: 80
- Plan de Comunicación
- Sistemas Información
- DAFO/CAME ANUAL
- Acuerdo de gestión: 267 objetivos: 10 años
- Cumplimiento entre 83% y 97%: 10 años

La Gestión Clínica es difícil, hay discrepancias, resistencias e incertidumbres sobre la aplicación de la medicina basada en la evidencia a la práctica asistencial, pero creemos que la Gestión Clínica no tiene vuelta atrás, es un metalenguaje que reduce el mundo de la clínica a una escala manejable, esta metodología de calidad para el trabajo y un poco de "corazón" le da una consistencia irresistible.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 925

TÍTULO: PROYECTO BACTERIEMIA CERO EN UCI NEONATAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARI DE SANT JOAN D'ALACANT

AUTORES: GARRIDO GAMARRO, BLANCA.; ZALDÍVAR GARCÍA, G.; VELÁZQUEZ GEA DE CASTRO, T.; CORRALES FERNÁNDEZ, J.; JIMÉNEZ PERICÁS, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La bacteriemia relacionada con catéter venoso central (BRCVC) es la causa más frecuente de infección relacionada con la asistencia sanitaria en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), suponiendo una elevada morbimortalidad, un incremento de la estancia hospitalaria y del coste sanitario. La experiencia en UCI de adultos demuestra que las intervenciones (bundle) realizadas para disminuir la tasa de BRCVC principalmente la higiene de manos y los cuidados del catéter son efectivas. En pediatría se dispone de pocos estudios publicados hasta el momento siendo el hospital pionero en llevar a cabo este programa el Hospital Materno Infantil Vall D'Hebron.

Principal: Estimar la tasa de incidencia (TI) de BRCVC previa y posterior a la aplicación del bundle en la UCI Neonatal del Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant (HUSJA), determinando así la efectividad de éste. Secundario: Establecer un sistema de vigilancia de BRCVC en la UCIN del HUSJA.

Diseño: Estudio antes-después

Fases: 1º etapa: cohorte retrospectivo: Se revisaron las historias clínicas (HC) de todos los neonatos ingresados durante más de 24 horas en la UCIN (01/01/2014 - 31/12/2014), recogiendo variables demográficas, factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos, infecciones, microorganismos y antibióticos para determinar las tasas de incidencia de BRCVC y los posibles factores asociados. 2º etapa: intervención: difusión del bundle por el Servicio de Pediatría (desde 20/11/2015). 3º etapa: sistema de vigilancia prospectivo: Se revisan HC de todos los neonatos ingresados más de 24 horas, portadores de CVC durante el año 2016 (TI postintervención).

Ámbito de estudio: UCIN del HUSJA.

Sujetos del estudio: Neonatos ingresados durante más de 24 horas en la UCIN.

Periodo de seguimiento: 01/01/2016 – 31/12/2016.

Determinación: TI de BRCVC.

Análisis estadístico: SPSS versión 18

Variable exposición: Bundle

Método de medición: Check List Bundle

Variable resultado: BRCVC según los criterios del NEO KISS

RESULTADOS PREINTERVENCIÓN

- Tasa de incidencia de BRCVC: 42.35 X 1000 días de uso.
- Ratio de utilización de CVC: 0.158.
- Incidencia acumulada de BRCVC: 31,70%.

Estudios con evidencia científica realizados en UCI demuestran que las tasas de de BRCVC pueden disminuir significativamente con el empleo de paquetes de medida de eficacia probada reduciendo la morbimortalidad así como el impacto que dichas infecciones suponen. Una vez conocidos los resultados preintervención (año 2014) de la UCIN del HUSJA se lleva a cabo la implementación del bundle. Se recogerán los datos del año 2016 para el posterior análisis de los resultados postintervención con el propósito de establecer un sistema de vigilancia de la BRCVC.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 926

TÍTULO: INICIATIVAS PREVIAS A LA INTRODUCCION DE UN ESTUDIO DE MEJORA DE ANALGESIA AL PARTO

AUTORES: ESCALANTE GONZALEZ, ARÁNZAZU.; LARA ALIAGA, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Cualquier cambio en las sistemáticas establecidas en la preparación y administración de medicamentos requiere un análisis multidisciplinar previo para garantizar la seguridad en todo el proceso, minimizar la resistencia al cambio y asegurar la asistencia en condiciones de calidad.

Introducción de alternativas a la analgesia obstétrica anteriormente establecida con objeto de mejorar la atención a las gestantes.

Establecimiento de protocolo de realización de perfusiones epidurales en sala blanca

Evaluación del dolor según distintos tipos de perfusiones, bloqueo motor y resultado obstétrico.

Realización de un protocolo de analgesia obstetricia por perfiles.

Desde el Grupo de Trabajo de Mejora de la Analgesia Obstetrica partio la iniciativa para ampliar la oferta de perfusiones de analgesia epidural y mejorar la asistencia de las mujeres con dolor del trabajo de parto.

Tras realizar un documento como "Propuesta de mejora en la analgesia obstetrica" tras una revision bibliografica y la experiencia clinica se precisaba la creacion de un grupo para coordinar las unidades implicadas, para:

Establecer recursos necesarios.

Coordinacion UGC Farmacia- UGC Obstetricia y

Ginecologia.

Formacion del personal en el manejo de las Bombas nuevas

Asegurar un adecuado stock de fungibles, soluciones y conservacion de las mismas.

Difusion de la informacion a los agentes implicados.

Implantacion de hoja nueva de control de analgesia epidural.

Creacion de grupo de trabajo multidisciplinar para la coordinacion de las UGC implicadas

la implantacion y puesta en marcha de una mayor oferta de distintas soluciones según perfil de la usuaria.

Puesta en marcha de estudio sobre analgesia obstetrica en base a las nuevas soluciones epidurales.

Con la creacion del grupo de trabajo y la implantacion de la propuesta de la analgesia epidural, se ha conseguido aumentar la comunicacion entre las unidades implicadas dando a su vez a nuevas lineas de trabajo , mejorar la atencion de las usuarias y implementar una nueva sistemática en relación a la analgesia epidural.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 927

TÍTULO: “RED DE ACCIÓN LOCAL EN SALUD”: INSTRUMENTO DE GOBERNANZA PARA LA EFICIENCIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO.

AUTORES: GALA OCEJA, ESTHER.; MESAS RODRÍGUEZ, A.; CARABAÑO MORAL, R.; CARMONA GONZÁLEZ, FJ.; COÍN CIEZAR, N.; ALCALÁ CORNIDE, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los actuales problemas de salud necesitan mucho más que el modelo asistencial existente, que aún con gran calidad en su desempeño, no puede influir eficazmente en los determinantes de salud y las desigualdades y precisa de otros sectores para dar soluciones eficaces a los desafíos actuales y futuros. Ser más efectivos, eficientes y sostenibles pasa por la coordinación intersectorial, la cooperación interinstitucional, la participación comunitaria y la acción local.

Disminuir desigualdades, crear entornos más saludables, prevenir, fomentar estilos de vida sanos y lograr la participación activa de la población en el cuidado de la salud son los retos actuales, y respuestas eficaces a la cronicidad, al envejecimiento, a los recursos limitados...están en los modelos cooperativos.

- Generar una red local con alianzas estables de participación y coordinación intersectorial para mejorar del nivel de salud y la calidad de vida.
- Promover la gobernanza local donde el municipio asume el liderazgo implicando a todas sus concejalías, en

2013: Convenio de colaboración Consejería de Salud y Ayuntamiento (Red de Acción Local en Salud). Creación del Grupo Motor municipal, multidisciplinar; coordinador político y técnico.

2014: Elaboración del Perfil de salud del municipio con participación de sanitarios, agentes e informadores clave. Talleres formativos de capacitación para socios. Priorización conjunta de problemas. Elaboración del Plan de acción (Plan Local de Salud), plan de comunicación y aprobación política.

2015: Implantación de las 5 líneas de acción con addenda anual evaluada y reformulada (evaluación y mejora continua), continuando en 2016:

- promoción de estilos de vida saludables
- prevención de conductas de riesgo en jóvenes
- prevención de Violencia
- mejora de condiciones socio-económicas
- promoción de urbanismo saludable.

Las líneas se han ejecutado su plan en más del 90% y generado actividades no previstas. Los socios han compartido cartera de servicios, creando un banco de prácticas compartido que se reformula y mejora anualmente.

La red continúa muy activa. Los sanitarios participan en grupos y actividades; Fuertes alianzas en prevención y promoción de salud, siendo así complementada y reforzada la tarea asistencial por la estructura local.

Hay actividades que han contado con participaciones masivas (5000/2400/1500 personas). Se ha implicado con continuidad al sector de comercio, restauración, medio escolar, asociaciones, colegios profesionales, universidad, tejido asociativo, voluntariado, ..

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 928

TÍTULO: ABORDAJE AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ETAPA FINAL DE VIDA DESDE UNA PERSPECTIVA DE LA ENFERMERA.

AUTORES: INFANTE COLLADO, CARLOS.; GONZALEZ ARGUELLO, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Insuficiencia Cardíaca (IC), es un problema de salud pública de primer orden en todo el mundo. Supera el 8% en personas mayores de 75 años de edad. Es la 3ra causa de muerte en España donde nos encontramos ya, con cifras superiores al 5%.

Según la Sociedad Europea de Cardiología prevé un incremento del 25% para el año 2030, aumento considerable debido al envejecimiento de la población.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2013, fallecieron 199.834 hombres, con diagnóstico de IC 6136, un 3.1 % y 190.585 mujeres, con IC 10752 un 5.6 %

De manera global según el INE, en el año 2013, han fallecido 390.419 personas de los cuales 16.888 han sido por IC, lo que representa un 4.3% de muertes.

- 1-Determinar las intervenciones del Personal de Enfermería, PE que se llevan a cabo en el tratamiento y el seguimiento de pacientes con IC en EFV.
- 2-Identificar las diferentes intervenciones del PE que son efectivas para mejorar la calidad de vida de estos pacientes desde el área emocional, tanto con el paciente y su familia.
- 3-Identificar el rol del equipo de enfermería dentro del equipo multidisciplinar

Desde el 1 de septiembre al 30 de diciembre del año 2015, Se han revisado un total de 940 artículos y seleccionados finalmente 14.

El único operador booleano utilizado ha sido el And. Not y Or no han sido empleados. No se han utilizado truncamientos

CRITERIOS DE SELECCIÓN, Artículos publicados entre los años 2010 y 2015, Artículos en español e inglés, Abordaje de la IC en la etapa final de la vida, estudios realizados en España y el mundo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN, Artículos de pago, No estar el texto completo disponible, Estudios que sólo abordaban terapéutica en IC exclusivamente. Para gestionar las referencias bibliográficas se utilizó el programa Mendeley.

Del análisis de la bibliografía consultada destacaron los siguientes hallazgos

Se pudo evidenciar escasa información sobre el tema en estudio, pero los autores coinciden en la importancia de:

*Trabajo multidisciplinar con la finalidad de valorar la fragilidad, la situación funcional del paciente.

* Trabajar con protocolos definidos. Lograr una comunicación eficaz con el paciente y practicar la escucha activa. Lograr una relación de compromiso y facilitando el proceso de aceptación de la muerte como el final natural de la vida.

*El PE, liderará la incorporación y el seguimiento del paciente al programa de cuidados paliativos teniendo en cuenta su esfera, personal, familiar y social

CONCLUSIONES

- 1-Las Intervenciones del PE dirigidas a alcanzar el confort de los pacientes a nivel de gestión, control y seguimiento de la sintomatología y preservar la autonomía dentro de lo posible.
- 2-Las Intervenciones de mayor importancia son a nivel psico-emocional
- 3-Establecer un circuito en cada centro sanitario para que el PE pueda ayudar a afrontar la enfermedad y así poder otorgarle un sentido a su existencia y muerte.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 929

TÍTULO: COMPROBACIÓN DE LA CALIDAD DE LA CODIFICACIÓN DIAGNOSTICA EN EL SUMMA 112

AUTORES: CASTILLO RUBIO, RICARDO.; PAJUELO AYUSO, JA.; FERNÁNDEZ CAMPOS, MJ.; VAZQUEZ QUIROGA, B.; HERNÁNDEZ JARA, MV.; BUSCA OSTOLAZA, P.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En el SUMMA112, no existe unidad de codificación, lo propios profesionales asignan uno o más códigos CIE-9 para cada paciente visto en base a un brevario publicado en el Servicio. Periódicamente, se debe comprobar la calidad de esta asignación para el correcto mantenimiento de la base de datos de enfermedades atendidas en el SUMMA 112.

Comprobar el número de casos codificados en el SUMMA112 de una determinada patología con un sistema fiable de detección de casos de la misma patología.

Elección de la patología de estudio: gripe

Periodo del estudio: vigilancia de la gripe temporada 2015-2016 (desde la semana 40 del 2015 a la semana 20 del 2016).

Metodología: Estudio comparativo de la curva de los casos de gripe codificados clínicamente en el SUMMA por semanas con los casos obtenidos de la red de médicos centinela de la Comunidad de Madrid.

Se recoge el incremento de llamadas totales en el Servicio Coordinador de Urgencias (SCU), el total de llamadas codificadas por gripe por operador en el SCU, el número de códigos diagnósticos CIE-9 de los recursos móviles y los de los Centros de Urgencias Extrahospitalarios.

- Desde la semana 40 hasta la semana 49 del 2015, no hubo detección de casos.

- Desde la semana 49 del 2015 hasta la semana 3 del 2016, se codificaron un total de 4599 asistencias por gripe en el SUMMA112 frente a 78 casos detectados por la red centine

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 930

TÍTULO: LA EVALUACIÓN DE LA CARGA ASISTENCIAL: UNA HERRAMIENTA BÁSICA EN LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN UN SERVICIO DE ADMISIÓN

AUTORES: MORENO DEL MAZO, CONCEPCIÓN.; GIL GARCÍA, M.; DULANTO BANDA, RA.; ÁLVAREZ CERCADILLO, R.; MIRANDA ALONSO, AI.; PÉREZ HABAS, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Servicio de Admisión tiene como objetivo general la organización y gestión del acceso de los usuarios a las prestaciones de la asistencia sanitaria. Para desarrollar un nuevo plan estratégico que incluye nuevas competencias y funciones, es posible que se requiera la reorganización de los recursos humanos (RRHH) y el aumento de plantilla orgánica.

Definir las características de la nueva plantilla orgánica y el número de efectivos necesarios para llevar a cabo los nuevos objetivos, a través del análisis de las cargas de trabajo.

Una vez realizada la descripción de la Plantilla orgánica y número de efectivos por áreas y grupos funcionales, se procedió a identificar y detallar los nuevos objetivos estratégicos planteados para el servicio, así como las nuevas competencias. Posteriormente y en base a esta información, se realizó un cálculo horario que supondrían las nuevas cargas de trabajo, tomando como fuente actividades similares que ya se estuvieran realizando, los horarios y las peculiaridades que definieran la situación real de la plantilla. Finalmente, se realizó una propuesta de nueva plantilla orgánica y número de efectivos con el mismo nivel de detalle, que fue elevada a la Dirección Gerencia.

El estudio detectó 5 Objetivos estratégicos que incluían 10 nuevos proyectos, entre ellos la implantación de un sistema de gestión de la calidad, aunque en 6 de ellos se consideraron actividades añadidas a las que habitualmente se realizan y que deben asumir los grupo designados. Se identificaron además 5 nuevas competencias. En base a ello, se determinó lo siguiente: 1) necesidad de redistribución de personal en las nuevas áreas de Unidad de Gestión de Lista de Espera, Unidad Gestión de Agendas y Buzón de citas (1 auxiliar Administrativo en cada una); 2) necesidad de aumento de plantilla: a) 1 auxiliar administrativo para el área de Admisión central desempeñando funciones de correturnos derivado de la necesidad de Implantación de la CIE 10 ES y a la creación grupo funcional "Unidad de Gestión de Lista de Espera"; b) 1 Auxiliar administrativo para Admisión central desempeñando funciones en el grupo funcional de Ventanilla Única derivado del nuevo Servicio comunicación telemática de Registro de Recién Nacidos Contratación eventual; 3) necesidad de Renovación: contrato por acúmulo de tareas de 1 auxiliar administrativo y completar media jornada en el área de citaciones para el horario de tarde, ligados a los proyectos de 'Unidad de Gestión de Agendas' y 'Buzón de citas'. La plantilla orgánica pasaría de 53 a 55 y el número de efectivos de 54,5 a 56, cubriendo el aumento de competencias y estableciendo los recursos necesarios para el cumplimiento de los nuevos objetivos. Este tipo de análisis ofrece una justificación completa, objetiva y debidamente razonada de la necesidad de RRHH ante cualquier cambio organizativo, constituyendo una herramienta fundamental en la planificación estratégica.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 931

TÍTULO: MEDICACIÓN APORTADA POR EL PACIENTE DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

AUTORES: BARONET JORDANA, GEMMA.; SAGRERA FELIP, C.; ALTIMIRAS RUIZ, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La creación de una cultura de seguridad es la estrategia más efectiva y duradera en la prevención de errores. Para garantizar un "Uso seguro de la medicación del paciente" durante la estancia hospitalaria, se debe conocer el tratamiento habitual del paciente. Es importante que él mismo informe durante su ingreso hospitalario al médico, farmacéutico, personal de enfermería, la medicación que "se está tomando" actualmente. Una vez revisada el médico responsable prescribe el tratamiento que se deberá seguir durante el ingreso hospitalario. Por motivos de "seguridad", en la habitación no puede haber medicación propia del paciente. Y evitar posibles errores de medicación, en la administración y prescripción

Verificar el cumplimiento del procedimiento de la medicación propia aportada por el paciente durante el ingreso/estancia hospitalaria.

Estudio observacional en un hospital terciario de 350 camas, con prescripción médica electrónica informatizada. La medicación es prescrita por el médico siguiendo la GFT del hospital. Hay medicación que es sustituida por el equivalente terapéutico según se ha establecido en las guías que ha elaborado la CFT. En el caso de no disponer de algún medicamento que sea de tratamiento habitual del paciente y el facultativo valore que ha de seguir tomándose durante la estancia hospitalaria, el medicamento del paciente una vez validado (comprobando dosis, y caducidad), es entregado a la enfermera responsable del paciente y seguirá el circuito de medicación como si se tratara de cualquier fármaco suministrado en el hospital. Se colocará en el cajetín de la unidosis identificado y etiquetado con el nombre del paciente, de tal manera que no permanezca en la habitación. Sólo quedarán exentos los inhaladores, colirios y pomadas. Todo esto queda reflejado en el procedimiento de la "medicación aportada por el paciente". Se realiza un corte observacional conjuntamente por el Servicio de Farmacia y de Seguridad del Paciente. Se valoran todos los paciente ingresados en las Unidades de hospitalización, excepto UCI, UPN, i Psiquiatría

Se valoran 27 pacientes con "medicación aportada por paciente" de una totalidad de 318 pacientes ingresados. Se registran 40 fármacos: 13 (32,50%) fármacos han sido sustituidos según intercambio terapéutico, 27 (67,50%) aportados por el paciente. Los fármacos, excepto colirios e inhaladores, se guardan correctamente identificados en el cajetín de la unidosis juntamente con el resto de la medicación. Cada día se realiza el cambio de los cajetines con la dispensación de dosis unitarias, se validan estos fármacos y se vuelven a colocar en el cajetín individual del paciente. La enfermera confirma la toma de medicación, tanto la aportada por el paciente, como la dispensada por el SF. El seguimiento del cumplimiento del procedimiento se realiza al 100%. Se deberán hacer más cortes observacionales para comprobar/ asegurar la implantación del procedimiento consolidado.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 932

TÍTULO: ¿PORQUÉ NO UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y MEDIOAMBIENTE?

AUTORES: FERNANDEZ MUNDET, NEUS.; ROSSELL GARCÍA, N.; ROSSELL CANTÓN, MJ.; ALONSO MARTÍNEZ, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En La última reforma legislativa, Ley 54/2003, de 12 de diciembre, se establece la obligación de integrar de forma efectiva la prevención en los sistemas de gestión de la empresa, tanto en el conjunto de sus actividades como en todos los niveles jerárquicos de ésta, cuya finalidad es la de garantizar a todos los trabajadores una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo; la LEY 22/2011, de 28 de julio, de residuos y suelos contaminados, establece que los mecanismos para la integración de la gestión medioambiental en la gestión general de las organizaciones, y está relacionada con la inclusión de criterios ambientales en la planificación. La introducción de estos criterios a nivel estratégico dentro de las organizaciones es fundamental para cumplir con los objetivos de sostenibilidad que se proponen desde la Comunidad Económica Europea.

La UGC supone la integración de sistemas de gestión caracterizados por la confluencia de diferentes disciplinas: Prevención de Riesgos Laborales, Calidad, y Medio Ambiente.

-Fomentar una organización integrada que permita superar las dificultades de coordinación entre niveles asistenciales, promoviendo una mayor implicación de los profesionales en la organización y gestión, orientando la actividad a los procesos, en benefici

La Unidad de Gestión Clínica presta atención a un total de aproximadamente 2000 trabajadores, desplegando una cartera de servicios genérica que incluye funciones en el campo de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y educación sanitaria, rehabilitación y reinserción laboral, investigación y docencia, atención comunitaria y salud pública, y una cartera de servicios específica de alcance a todas las personas pertenecientes a la organización, todos los lugares y equipos de trabajo, a todos los trabajadores de la organización que realicen sus actividades en centros de trabajo o en emplazamientos no pertenecientes a la organización, y todas las actividades que se desarrollen en los centros de trabajo de la organización, ya sean realizadas por trabajadores propios o por trabajadores de otras empresas.

A partir de la planificación estratégica de las actividades de prevención de riesgos laborales y medioambiente se facilita la atención integral al trabajador de la organización sanitaria, mejorando la seguridad y la calidad de las intervenciones, favoreciendo la accesibilidad y la continuidad de las actividades y reduciendo su fragmentación, lo que supone, no solo la mejora en la seguridad del trabajador, sino que promueve una mayor seguridad para los pacientes atendidos por la organización sanitaria.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 933

TÍTULO: ANÁLISIS DE INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS DURANTE LA IMPLANTACIÓN DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

AUTORES: CASTIELLA GARCÍA, MARINA.; NAVARRO PARDO, I.; CASAJÚS LAGRANJA, P.; ARRIETA NAVARRO, R.; PEREZ DIEZ, C.; REAL CAMPAÑA, JM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Se ha observado una elevada prevalencia de prescripción inadecuada en personas mayores que es prevenible. La prescripción electrónica asistida (PEA) permite realizar un seguimiento farmacoterapéutico que contribuye a optimizar la prescripción.

Análisis y valoración de las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas sobre la prescripción médica al implantar la PEA en dos centros sociosanitarios.

Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron las IF realizadas sobre las prescripciones médicas de los residentes de dos centros sociosanitarios al implantar el programa de prescripción electrónica (Farmatools®). Variables registradas: datos demográficos del paciente, fármaco implicado y motivo de IF. Todas las IF se dirigieron a los médicos responsables. La valoración del grado de aceptación de las IF se evaluó según los cambios en la prescripción tras las recomendaciones a los facultativos responsables de cada paciente.

Se transcribieron las prescripciones médicas al programa Farmatools® de 215 residentes, 67,8% mujeres, edad media: 86 años (rango 55-105 años) con una media de 10 fármacos prescritos por residente (rango 1-20). Se registraron 131 IF, lo que supone un promedio de 0,6 IF/residente. El total de IF correspondía a 72 principios activos diferentes. El motivo de IF más frecuente fue conciliación (confirmación dosis, pauta y forma farmacéutica, continuación tratamiento) (44,9%). El 19,9% de las IF se originaron por la prescripción de medicamentos no incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital para los que se propuso la alternativa incluida en el Hospital, según el protocolo de intercambio terapéutico. En la mayoría de casos se aceptó el cambio (77,8%). Los grupos farmacoterapéuticos afectados fueron: estatinas (29,6%) (atorvastatina (87,5%), fluvastatina (12,5%)), inhibidores de la bomba de protones (29,6%) (lansoprazol (50%), esomeprazol (37,5%), pantoprazol (12,5%)) y ARAll (25,9%) (eprosartán (50%), telmisartán (25%) e irbesartán (25%)). El 10,3% y 6,6% de las IF fueron por ausencia de dosis y cambio de frecuencia, vía de administración y horario, respectivamente. El 5,1% de las IF recomendaron la suspensión del medicamento por duplicidad terapéutica. El porcentaje de IF por interacción farmacológica fue del 1,5% por prescripción de escitalopram y quetiapina. La vía de comunicación de las IF fue verbal en el 100% de los casos. En cuanto a la evaluación del impacto de las IF, el 92,6% fueron aceptadas y el 7,4% rechazadas.

La implantación del programa de prescripción electrónica asistida Farmatools® en los centros sociosanitarios permite acceder a información actualizada de las prescripciones médicas de cada residente. Las intervenciones farmacéuticas realizadas durante el proceso de validación farmacéutica contribuyen a resolver los problemas existentes o potenciales relacionados con los fármacos, aumentando así la seguridad y calidad asistencial.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 934

TÍTULO: EL PACIENTE EN URGENCIAS: ¿SOLO O MEJOR ACOMPAÑADO?

AUTORES: CUESTA RODRÍGUEZ-TORICES, MARIA MERCEDES.; OLALLA MARTÍN, V.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La asistencia de un paciente a un Servicio de Urgencias genera en él y en su familia ansiedad y preocupación por la aparición de un problema inesperado de salud. Por lo general no se ha permitido la presencia constante de un familiar con el paciente. Existen muy pocos estudios sobre la percepción del familiar en relación con el acompañamiento del paciente en los hospitales.

Analizar el grado de satisfacción de los familiares respecto al acompañamiento de su familiar en el Servicio de Urgencias y la información recibida durante su estancia.

Tras reunirse un grupo multidisciplinar se elaboró un proceso para el acompañamiento en todos los espacios del Servicio de Urgencias permitiendo al familiar estar permanentemente con el paciente.

Se analizan los resultados de 70 encuestas realizadas entre el 1 de marzo y el 30 de abril de 2016 con el programa de análisis estadístico SPSS 22.0

Las preguntas realizadas valoran aspectos como el contenido y periodicidad de la información clínica y no clínica, actitud del personal sanitario y no sanitario, lugar donde se da la información, la relación de parentesco con el paciente y tiempo de estancia en Urgencias.

El 82% de los familiares encuestados ha recibido información clínica durante el proceso de acompañamiento, el 85% está satisfecho o muy satisfecho con el contenido de la información recibida, el 97% está satisfecho o muy satisfecho con la actitud del personal durante el proceso de la información y con el lugar donde se dio la información. El 84% está satisfecho o muy satisfecho con la información no clínica dada por el Personal de Información.

El 49% considera que hay que mejorar la periodicidad y el 10% el contenido de la información.

Actualmente el paciente y la familia tienen mayores expectativas respecto a la atención sanitaria y su satisfacción no está centrada solo en la atención puramente médica si no en otros aspectos como la humanización y la información en general.

La mayoría de los estudios están realizados en las unidades pediátricas y en las unidades de reanimación quirúrgicas no siendo concluyentes por el tamaño poblacional. Se han realizado a las familias que han presenciado alguna maniobra invasiva o que están junto al paciente en la sala de urgencias o la sala de reanimación quirúrgica en niños, reflejando que se experimenta menos ansiedad y tienen mejor conocimiento de la situación clínica del paciente cuando están acompañándole. Interrogando a los profesionales, también reflejan que la presencia de un familiar les ayuda en su actividad profesional. Se evita que se esté reclamando permanentemente información en el mostrador de admisión y se favorece la relación médico-paciente-familia.

La generalización del acompañamiento mejora la satisfacción de la familia en relación a la información periódica tanto clínica como no clínica y evita reclamaciones por falta de información aumentando la satisfacción del usuario.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 935

TÍTULO: PROMOCIÓN SALUD: USO ADECUADO DE INTERNET EN ADOLESCENTES

AUTORES: GIL AGUILAR, VIRGINIA.; SALINAS NAVARRO, A.; ALARCÓN MONTENEGRO, C.; GUERRERO MARIN, D.; GARCÍA MASEGOSA, JF.; FONTALBA NAVAS, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El desarrollo de la adicción a internet sigue el patrón clásico de cualquier conducta adictiva, similar a la que se produce con las sustancias de abuso o comportamientos compulsivos. El abordaje de un mal uso de las nuevas tecnologías debe partir desde niveles previos de intervención como son la prevención y la promoción de la salud. La población juvenil son un grupo muy susceptible para trabajar en fases precoces de los trastornos, en su detección y en su prevención.

Los menores además están en situación vulnerable de hacer un mal uso de las tecnologías si no disponen de formación o supervisión adecuada en el uso de las mismas.

Realizar una intervención de promoción de la salud en población adolescente, utilizando el programa FormaJoven, específica para favorecer el uso adecuado de internet y actuar en prevención primaria sobre uso inadecuado de internet .

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Taller "USO ADECUADO DE INTERNET"

- **DESTINATARIOS:** Alumnos de 3º de la E.S.O. de los Institutos de Enseñanza Secundaria del Área Norte de Almería.
- **Nº DE SESIONES:** 1 sesión por I.E.S.
- **DURACIÓN DE LA SESIÓN:** 2 horas.
- **Nº DE PARTICIPANTES:** 1 Grupo de 30 participantes (máximo).
- **LUGAR DE REALIZACIÓN:** Aulas de los Institutos de Educación Secundaria.
- **DOCENTES:** Profesionales del Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería

En el trabajo con los alumnos se elabora también la necesidad de la detección precoz de señales de alarma, subsidiarias de una valoración por personal especializado para una eventual intervención a tiempo.

La actividad ha sido desarrollada en 26 ocasiones, en un total de 22 institutos (todos los del área norte de Almería), estimándose la intervención en un global de 800 alumnos. La aceptación por centros, profesionales y alumnos ha sido elevada, siendo solicitada su continuación en los programas de Promoción de la Salud.

Disponemos de datos preliminares de los últimos centros en los que se ha desarrollado la actividad, en los que comenzamos a medir previamente el uso inadecuado de internet y se están factorizando los resultados por grupos de edad y sexo.

Queda abierta una interesante línea de investigación que evalúe el impacto de la actividad en población general y que mida el uso adecuado de las tecnologías de la información y la comunicación que queremos fomentar

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 936

TÍTULO: UNIDAD DE CALIDAD: EJE FUNDAMENTAL DEL MANTENIMIENTO DEL CICLO DE MEJORA CONTINUA EN UN HOSPITAL MONOGRÁFICO PEDIÁTRICO

AUTORES: POLO PARADA, ANA.; GÓMEZ DE MERODIO SARRI, R.; RAMÍREZ GÓMEZ, M.; RODRÍGUEZ MIRANDA, R.; SÁNCHEZ GONZÁLEZ, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La unidad de calidad (UCA) coordina y promueve proyectos de mejora asistencial acordes con los objetivos estratégicos y lidera grupos de trabajo que apuestan por la metodología de sistemas de gestión de la calidad (SGC) en sus procesos

1-Planificar, diseñar e implantar proyectos de mejora:

Implantación adaptada por servicios del Plan de Calidad

Creación del sistema documental de calidad (SDC)

Creación, coordinación y seguimiento de comités de calidad

Formación a profesionales en gestión de la calidad

Generación del SDC de cada área

Coordinación con comisión para aprobación de procedimientos

Coordinación y soporte a la "revisión por la dirección"

Planificación y ejecución de auditorías internas y controles

2.-Mantener a los servicios dentro de un sistema de mejora continua, con independencia de obtención de acreditación/ certificación

La UCA está enmarcada en un hospital monográfico pediátrico con 160 camas. Cuenta con los siguientes RRHH: coordinadora, enfermera, técnico y 1½ auxiliar administrativo. Su cartera de servicios recoge: seguimiento y evaluación de objetivos, mantenimiento de SGC, EFQM, diseño y control de SDC. Auditoría interna y control de calidad. Formación en gestión de la calidad. Protección de datos: auditoría interna, inscripción de ficheros y diseño de procesos

Desde 2006 y hasta la fecha, se lideran los siguientes servicios/grupos con orientación a SGC según norma UNE-EN-ISO 9001, manteniéndoles dentro de un ciclo de mejora continua: 13 servicios clínicos, 4 unidades de excelencia orientadas a ser de Referencia Nacional en coordinación con centro de adultos (trastorno del movimiento, facomatosis, epilepsia refractaria, enfermedad inflamatoria intestinal) y 12 servicios no clínicos

El balance de 9 años de trabajo de la UCA:

1-Planifica y gestiona agendas y realiza seguimiento de acciones y objetivos a 17 comités de calidad que suponen el 46% de servicios clínicos; ha realizado adaptaciones del SDC y acciones de consultoría en el 27% restante. Supone una presencia de la UCA en el 73% de los servicios clínicos y un 75% en los no clínicos

2-30 auditorías internas: APPCC, JACIE, CAT, ISO y LOPD

3-Obtención de acreditaciones: según estándares CAT (Comité Acreditación Transfusión), JACIE (International Standards for Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration) e UNE-EN-ISO 9001:2008 (Farmacia)

4-Formación a 19 jefes de servicio, 9 mandos intermedios y 110 profesionales pertenecientes a comités de calidad y participación anual en plan transversal común para MIR-EIR

5-Su SDC se compone de: 27 documentos principales, 19 procedimientos generales, 20 definiciones de puesto, 12 procedimientos de trabajo, 217 impresos y 4 anexos

6-Dirige 17 comités de calidad: 2 realizan un ciclo completo de mejora con revisión por la dirección, 5 en fase de implantación y los 6 restantes en fase de diseño del plan

7-Armonización y orientación de procesos/ servicios a ISO 14001, ISO 50001 e UNE 179003

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 937

TÍTULO: REGISTRO INFORMÁTICO DEL CONTROL DE ESTUPEFACIENTES: UN EJEMPLO DE IMPLANTACIÓN

AUTORES: EL HILALI MASÓ, NADIA.; RAMIÓ MONTERO, E.; JAUME GAYA, M.; PI SALA, N.; MONTOLIU ALCÓN, P.; PONS BUSOMS, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La utilización de los medicamentos estupefacientes debe cumplir las normas sobre la regulación y requisitos especiales de prescripción y dispensación estos medicamentos. La legislación vigente (Real Decreto 1675/2012, de 14 de diciembre, del año 2012) considera que cualquier sistema basado en estas normas que asegure la contabilidad de los estupefacientes y que cumpla las recomendaciones es válido. El farmacéutico tiene la responsabilidad principal en la distribución de estupefacientes en el hospital y debe liderar el control de su uso.

Implantar un registro informatizado de dispensación de medicamentos estupefacientes (libro de contabilidad de estupefacientes) según las normas legales vigentes.

El estudio se realizó en un hospital Universitario de 300 camas, de segundo nivel, durante el año 2015. En el contexto actual de informatización planteamos sustituir el Libro de Contabilidad de Estupefacientes por un registro informatizado de la dispensación de estupefacientes. Junto con el departamento de sistemas se desarrolló un programa puente que permite extraer toda la Información necesaria para la dispensación de los estupefacientes que se recoge en una base de datos. La extracción del listado de administraciones se hace a diario y se guarda como un archivo Excel. La hoja Excel generada contiene los datos requeridos legalmente: Nombre y apellidos del paciente o historia clínica, fármaco prescrito, médico prescriptor y personal que administra; así como la unidad de hospitalización, habitación cama, fecha y hora de administración, dosis diaria. El proyecto detallado ha sido aprobado por la Dirección General de Ordenación y Regulación Sanitarias del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Durante el periodo de estudio, se han recogido 7.841 registros de administraciones a pacientes ingresados, que se guardan en archivos mensuales. Cada archivo se organiza por plantas. Durante el proceso de implantación se detectaron varias incidencias, las más destacables fueron: i) Duplicidad de registros ocasionada por una configuración inadecuada de los intervalos de extracción de datos del programa que se detectaba en el momento de la comprobación de las administraciones. ii) Ausencia de algunos datos requeridos legalmente: nombre y apellidos o número de colegiado (médico no asignado), dosis (decimales mal introducidos), fármaco administrado (estupefaciente no categorizado como tal). Todas estas incidencias se resolvieron satisfactoriamente gracias a la revisión de la configuración de la base de datos por parte del departamento de Sistemas.

La implantación del Registro informatizado de la dispensación de estupefacientes ha permitido: 1) Agilizar el proceso de dispensación (reposición) de los estupefacientes a las plantas. 2) Mejorar la trazabilidad de las prescripciones (número de historia clínica). 3) Aumentar la seguridad del paciente: dosis y hora de administración. 4) Mejorar la gestión de los estupefacientes: declaración anual de estupefacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 938

TÍTULO: LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, LA SEGURIDAD DEL PACIENTE COMO INDICADOR DE LA CALIDAD EN LA GESTIÓN

AUTORES: GARCÍA JUÁREZ, MARÍA DEL ROSARIO.; DELGADO MORENO, S.; MONROY MORCILLO, A.; FORJA PAJARES, FM.; TORRES PÉREZ, E.; PEREIRO HERNÁNDEZ, RM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Enfermedad Tromboembólica supone un importante problema de salud, con aumento de mortalidad a largo plazo, descenso de calidad de vida y altos costes sanitarios. Es una de las primeras causas de mortalidad hospitalaria, pero un elevado porcentaje de casos son asintomáticos, lo que podría explicar el infradiagnóstico y la infrautilización de profilaxis tromboembólica en pacientes hospitalizados.

Diversos estudios han demostrado que la profilaxis farmacológica y no farmacológica, es segura y eficaz, logrando reducciones del riesgo de eventos, constituyendo además una medida costo-efectiva.

- Crear un grupo de trabajo específico para valoración, análisis y seguimiento del riesgo de Enfermedad Tromboembólica en el Hospital.
- Elaboración de un Protocolo propio y adaptado.

Formación del grupo de trabajo multidisciplinar constituido por profesionales de Anestesia, Cirugía General, Cirugía Vascul, Ginecología, Hematología, Medicina Intensiva, Medicina Interna, Nefrología, Neurocirugía, Oncología, Pediatría y Urgencias.

Reuniones periódicas con puesta en común de impresiones y puntos de vista sobre el impacto de esta patología en el hospital, así como de las escalas de detección de riesgo para los distintos grupos.

Valoración de las posibilidades que ofrece las aplicaciones informáticas del hospital, mediante la incorporación de alarmas, check list...

Elaboración conjunta de un Protocolo unificado y específico para el Hospital.

El Protocolo consta de varios apartados, como cuidados generales, medidas farmacológicas y no farmacológicas, factores de riesgo y complicaciones, profilaxis en pacientes médicos, pacientes en situaciones especiales y profilaxis en pacientes quirúrgicos. Se ha elaborado además, por la extensión del documento principal, otro de consulta rápida o bolsillo.

En la Web documental donde está ubicado el Protocolo, se han colgado guías y documentos más amplios para aquellos profesionales que deseen aumentar sus conocimientos. Informática ha creado una plantilla en DAH y la alerta en Prisma para pacientes ingresados.

Se ha proyectado un análisis del impacto de la implantación del protocolo en la mejora de la prevención del ETE en el hospital, que evaluará el propio grupo.

Presentación en la Comisión de Seguridad, de la que depende, el Protocolo definitivo, y los resultados de la auditoría del PSI 12 (Embolismo pulmonar o trombosis venosa profunda postoperatorios).

Como conclusión, decir que la implementación de estrategias locales para favorecer la tromboprofilaxis en pacientes médicos y quirúrgicos, contribuye de forma significativa a reducir la cantidad de eventos tromboembólicos asociados a hospitalización. No obstante, la infrautilización de estas medidas, indican la necesidad de facilitar su uso mediante una guía clara, disminuyendo la morbimortalidad y mejorando la calidad de vida de nuestros pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 939

TÍTULO: GESTIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS, ZOOM EN EL CHECKOUT

AUTORES: BLANCO REINA, ESPERANZA.; JARAMILLO LUGO, R.; BALSERA TREJO, MI.; LÓPEZ SÁNCHEZ, MA.; GONZÁLEZ GONZÁLEZ, MS.; LAGOA ELIAS, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La gestión de camas se convierte en una necesidad, para la obtención de mayor eficiencia y su impacto en la accesibilidad y sostenibilidad del sistema sanitario.

Es una realidad la constante preocupación por optimizar de los tiempos entre los egresos y los ingresos, fundamentalmente en UGC con una dotación de camas que representa el 20% de las camas de hospitalarias médicas, con un número de ingresos anuales superior a 5000.

Detectamos necesidad de desarrollar una estructura en red y un modelo organizativo multidisciplinar, basado en la comunicación interconectada, que permita la eliminación de tiempos muertos, entre el periodo de egreso-ingreso, que aporten ganancias en horas-camas y un índice de rotación cama-paciente óptimo, que den respuestas a los ingresos urgentes procedentes del servicio de urgencia y programados, con impacto positivo en la accesibilidad y los costes sanitarios, derivados de demoras.

El objetivo general es describir la efectividad de un programa de gestión de altas de una UGC

Los objetivos específico analizar la utilidad del programa de gestión para disminuir los errores derivados del déficit en la gestión de prealtas, coordinación entre alta médica, alta de enfermería y alta administrativa, gestión de ambulancias, gestión de O2 domiciliario y gestión de limpieza.

Análisis FODA

Sistema de medición mediante Indicadores de :

Índice de rotación de camas

Índice de estancia media

Índice de complejidad

Índice de ocupación

El programa está basado en un modelo de enlace de datos, con una estructura ordenada que permite el flujo de la comunicación, entre las diferentes categorías profesionales responsables de la gestión del egreso, (Medico, Administrativa, Enf. Gestora de Cuidados, Enf. de Gestión de camas, Enfermera Referente de calidad de cada unidad funcional, Responsable de Ambulancia, Empresa suministradora de O2, Servicio de limpieza y Responsable de admisión general) que permite detectar errores evitables.

Los resultado se presentara en la comunicación, a fecha de hoy aun no disponemos de los datos definitivos.

Los resultados esperado, influirán en:

Incremento de disponibilidad de camas antes de las 12 horas

Disminución de los ingresos de en las franjas horas nocturnas

Incremento del Índice de rotación.

Disminución de la estancia media.

Disminución de demoras por errores de programación de ambulancias y Terapia de O2 domiciliario.

Disminución de los tiempos de drenaje de pacientes de observación de urgencias a las unidades de hospitalización

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 940

TÍTULO: ANÁLISIS DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN DIÁLISIS

AUTORES: CRESPO MONTERO, RODOLFO.; LÓPEZ TOLEDANO, MC.; LUQUE CANTARERO, I.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La satisfacción del paciente es un componente de resultado en el análisis de la calidad, ampliamente utilizado en todas las organizaciones sanitarias, entendida esta como la obtención de una respuesta satisfactoria a las expectativas que se había planteado. La relación paciente-sistema sanitario ha evolucionado hasta situar al paciente como eje del sistema, y su satisfacción se ha consolidado como una herramienta imprescindible para valorar la evolución de la calidad del servicio.

No son muchos los estudios que analizan el grado de satisfacción con el servicio recibido, del paciente en diálisis, posiblemente por el carácter crónico de estos pacientes, lo que los liga de por vida al sistema sanitario, y la mayoría de los estudios de satisfacción del usuario sanitario están enfocados "al alta". Por ello, nos planteamos analizar esta variable en un grupo de pacientes en diálisis.

Conocer el grado de satisfacción global de los pacientes con el servicio de Nefrología.

Estudio observacional descriptivo transversal sobre todos los pacientes atendidos en las tres unidades de diálisis de nuestra UGC.

Utilizamos para la recogida de datos el cuestionario autoadministrado SERVQHOS, que fue distribuido a los pacientes por enfermeras ajenas a las unidades donde se estaban dializando, las cuales explicaron los objetivos del estudio, solicitaron el consentimiento verbal para su participación, y pidieron que una vez cumplimentado lo depositaran de forma anónima en un buzón colocado en cada unidad.

La muestra fue de 89 pacientes, con una edad media de $65,1 \pm 14,9$ años (22-93), de los cuales (30%) mujeres y (70%) hombres. 29 pacientes (32%) se dializaban en la Unidad Hospitalaria (UH), 45 (49%) en el Centro Periférico de Diálisis (CPD) y 17 (19%) estaban en Diálisis Peritoneal (DP).

En la valoración global de los cuestionarios encontramos niveles altos de satisfacción, mostrándose el 98,8% de pacientes satisfecho o muy satisfecho con el servicio, y el 97,7% afirman que recomendarían el servicio sin dudarlo. Además hemos podido identificar los aspectos mejor valorados por los pacientes (seguridad que transmite el personal, amabilidad, interés por los pacientes y trato personalizado), y los peor valorados (Puntualidad de consultas médicas, estado de instalaciones, tiempo de espera para ser atendido por un médico).

Respecto a la pregunta abierta del cuestionario, 22 pacientes han sugerido alguna área de mejora.

Al comparar los resultados entre los tres centros de la UGC, destaca que los pacientes en DP son los que muestran el mayor grado de satisfacción, encontrándose una ligera diferencia entre los pacientes de las dos unidades de HD, mostrándose más satisfechos los de la UH que los del CPD.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 941

TÍTULO: GESTION DE TIEMPOS EN EXPLORACIONES RADIOLOGICAS

AUTORES: SANTIAGO GARCIA, CARMEN.; CHANS CUERVO, M.; ESPAÑOL MORALES, I.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El continuo incremento de solicitud exploraciones radiológicas en la última década, fundamentalmente de tomografía computarizada y Resonancia Magnética Nuclear, hace que los servicios no tengan capacidad de absorber toda la demanda y se incrementen los tiempos de espera, retrasando diagnósticos y empeorando la capacidad resolutive de consultas asociadas.

Mejorar la gestión de pruebas diagnósticas del servicio de radiología, priorizando en el servicio las más complejas y las de mayor impacto económico. Mejorar los tiempos de espera.

Se ha realizado un análisis de la capacidad real del servicio y de la demanda que soporta. Se han puesto una serie de medidas correctoras dirigidas a incidir sobre la demanda, facilitando datos a los prescriptores de sus consumos, protocolizando de forma consensuada el uso de exploraciones completarias en patología frecuentes, instaurando la figura de radiólogo consultor como asesor de los clínicos. Otras medidas de las adoptadas, han ido dirigidas a priorizar las exploraciones de mayor impacto, TAC, RMN, Mamografías; también se ha instaurado derivar de forma protocolizada a centros concertados un numero de exploraciones radiológicas que se sabe que no se pueden realizar en los hospitales, y se derivan con tiempo suficiente para que le puedan dar respuesta de forma adecuada. Nuestra metodología para conseguir la excelencia se basa en tres pilares fundamentales: 1) Aumento de la eficiencia y gestión de tiempos, 2) implicación de los profesionales, y 3) Apoyo de la dirección

En Marzo de 2016 el Tiempo medio de espera (TME) del TAC esta 26 días (dentro de objetivo de menos de 30 días), cuando en marzo 2015 fue 60 días. Mejora del 55%. El TME de la RMN también ha pasado de 40 días en Marzo de 2015 a 27 días en Marzo de 2016 (mejora de 33%). No se han externalizado TAC ni en 2015, ni en 2016. En 2015 se han realizado en 11% mas de exploraciones en nuestro hospitaes, pasando de 17.472 exploraciones en 2014 a 19.442 en 2015. Se ha contenido en Atención Primaria el incremento de demanda creciente que teníamos en los últimos años. Respecto a la RMN, también se ha incrementado las exploraciones realizadas en nuestros hospitales pasando de 12.472 en 2014 a 13.035 exploraciones en 2015; Con una contención de la demanda global pasando de 17.221 solicitudes en 2014 a 16.622 en 2015 (una disminución del 3%), sobre todo a expensas de las peticiones del hospital . En esta técnica, si ha habido que derivar 2800 pruebas, para mantener los tiempos. CONCLUSION El análisis de la capacidad del servicio, la priorización de las exploraciones más eficientes y La estandarización de protocolos son piezas claves a realizar para mejorar la gestión de los servicios, pero la información y concienciación de los profesionales del buen uso de las exploraciones complementarias son decisivas para conseguir mejorar.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 942

TÍTULO: PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA LA MEJORA ASISTENCIAL EN EL ÁMBITO DE LA DEPENDENCIA

AUTORES: SANCHEZ GARCÍA, INOCÉNCIA.; BRUGUERA PLANAS, N.; BARCELÓ GIL, B.; BARRACHINA CARICCHIO, D.; SOLÁ GENOVÉS, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Fundación Sanitaria Mollet (FSM) gestiona diversos recursos asistenciales en el territorio del Baix Vallés de la provincia de Barcelona dando cobertura a 165.000 habitantes.

Gestiona un hospital de agudos y un Hospital socio-sanitario en el ámbito sanitario y 3 residencias, 2 geriátricas y una de personas con discapacidad intelectual, en el ámbito de la dependencia.

Se basa en un modelo de territorialidad, atención centrada en la persona y de continuidad asistencial.

Para mejorar la calidad asistencial en el ámbito de la dependencia se determinó implementar la certificación ISO de las residencias como elemento integrador y impulsor de un modelo de atención propio de carácter transversal.

Es en este contexto que se decidió implementar la norma ISO 9001 en los tres centros residenciales.

- Establecer un modelo de gestión de calidad común a los 3 centros.
- Determinar e identificar los diferentes procesos y documentar la interacción entre ellos.
- Asegurar el control y la gestión de las actividades necesarias para la prestación del servicio.

Para llevar a cabo estos objetivos se identificó un coordinador de calidad responsable del desarrollo del proyecto.

Se fomentó la participación de todos los profesionales implicados. grupos de trabajo de carácter multidisciplinario y multicentro.

Se han desarrollado los siguientes documentos:

DOCUMENTACIÓN PRINCIPAL: Manual del Sistema de Integral de Gestión (SIG), Mapa de procesos .

PROCEDIMIENTO de No conformidades y acciones correctivas y preventivas.

Elaboración de documentos propios de los tres centros residenciales:

DOCUMENTACIÓN PRINCIPAL: 3 mapas de procesos y 3 organigramas, correspondientes a las tres residencias. 22 definiciones de puesto de trabajo, 11 procedimientos comunes para las dos residencias de personas mayores y 7 procedimientos para residencia para personas con discapacidad intelectual, cada uno con sus modelos, intentando que sean comunes siempre que ha sido posible. 10 protocolos comunes en los 3 centros residenciales. Elaboración 1 Cuadro de Mando con 34 indicadores estandarizados.

Se registraron un total de 98 acciones correctivas/preventivas para trabajar las No Conformidades y desviaciones de las auditorías Internas y Externa, Inspecciones, Indicadores, analizando las causas de las fallas o desviaciones para corregirlas y verificando la eficacia de las mismas.

Se trabajaron 16 recomendaciones para la mejora de calidad.

Implantación del nuevo Sistema y revisión por la Dirección de resultados.

El proceso de certificación ha sido un elemento clave para el desarrollo de un modelo de calidad propio en el área de dependencia de carácter transversal.

Es imprescindible determinar un coordinador de calidad común que permita la integración final de todo el proceso de certificación.

Ha sido un elemento catalizador del trabajo en equipo entre los profesionales de los diferentes centros.

Ha aportado elementos mejora continua.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 943

TÍTULO: EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN ENFERMERA EN EL PACIENTE AISLADO

AUTORES: MOSQUERA PARDO, MARTA.; LIJÓ FERNÁNDEZ, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En el año 2013 comienzan a detectarse en muestras clínicas, los primeros casos de *Klebsiella pneumoniae* productora de Carbapenemasas OXA-48. Tras la creación de una comisión de seguimiento, se decidió crear una cohorte de pacientes en la Unidad de Cuidados Paliativos, perteneciente al complejo.

Todo esto nos llevó a la creación de un equipo multidisciplinar en la unidad, con la intención de coordinar todos los estamentos y mejorar la comunicación entre ellos.

Objetivo principal: Evitar la adquisición de Kl. pn. OXA-48 en pacientes ingresados en la unidad durante su ingreso hospitalario.

Objetivos secundarios:

- Normalizar-estandarizar procedimientos de enfermería.
- Mejorar la comunicación entre los trabajadores de las diferentes categorías.
- Proporcionar seguridad en el trabajador a la hora de manejar la cohorte.
- Coordinar el alta de los pacientes.

Estudio observacional descriptivo de las acciones realizadas en la unidad generadas a partir de la creación del grupo multidisciplinar.

Se realizó una supervisión de los procedimientos de enfermería (aseo, sondaje urinario, aspiración de secreciones...).

Una vez realizada esta supervisión de procedimientos de enfermería, se exponen en el Grupo de Trabajo los puntos susceptibles de mejora y refuerzo. Entre las diferentes medidas consensuadas, se decide realizar talleres de formación que incluyan a todos los estamentos.

Durante 6 meses se produjeron reuniones del equipo multidisciplinar con periodicidad quincenal, de las que se generaron los siguientes documentos:

- Circuitos de pacientes aislados con los servicios periféricos: rayos, gimnasio, anestesia, consultas externas.
- Revisión y adaptación del protocolo de aseo en el paciente encamado en aislamiento de contacto por *Klebsiella Pneumoniae* OXA-48.
- Stock de material de una habitación en aislamiento de contacto.
- Folleto informativo para las familias de pacientes aislados.
- Procedimiento de limpieza y desinfección de las habitaciones en caso de alta o éxitus del paciente.

Una vez detectados todos los casos de pacientes colonizados y establecidas las medidas correctoras, no hubo ningún caso de contagio intraunidad.

La creación de grupos de trabajo que incluyan a todos los estamentos de una unidad, junto con el establecimiento de las medidas de prevención y control, ha proporcionado seguridad en el personal en el cuidado de los pacientes y unificado criterios en todos los estamentos.

En este momento tenemos un 'mapa' de las unidades perfectamente delimitado y unos cuidados adaptados a las necesidades de dichos pacientes.

La coordinación entre estamentos es clave en la seguridad del paciente

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 944

TÍTULO: NUEVO REGISTRO DE ALTA DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE SEMICRÍTICOS, INTEGRANDO TERMINOLOGÍA NANDA

AUTORES: ROMÁN GÓMEZ, MARTA.; GIL CASADO, E.; JOSÉ MARÍA OVIEDO, M.; NAVAS BONILLA, L.; ALCALÁ, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El documento de alta de enfermería de la unidad de semicríticos, fue creado a partir de la propia motivación del equipo de enfermería de la unidad, elaborando un documento que implanta a su vez el marco conceptual ya establecido en el resto del centro, el modelo de necesidades de Virginia Henderson mediante taxonomía NANDA, ya que anteriormente no se disponía de un registro específico. Con ello conseguimos validar un documento que nos permite mantener la continuidad de los cuidados de los pacientes, identifica la situación del paciente al alta/traslado de la unidad. Es una vía de comunicación entre profesionales, fomenta el uso de la planificación de cuidados como método de trabajo, utiliza un lenguaje común consolidando la aportación de la profesión enfermera, fomenta la calidad asistencial y previene errores.

Crear un registro de alta enfermera propio que de respuesta a las necesidades de traslado de información entre profesionales y asegure la continuidad de los cuidados de los pacientes

A raíz de la apertura de la unidad de semicríticos, se vio la necesidad de elaborar un registro de alta propio, una herramienta útil en todos los casos en los que el paciente es alta de la unidad y especialmente en aquellos casos en los que se derivan a otros centros para una atención más especializada y así garantizar la continuidad de los cuidados. Por ello se realizó una búsqueda bibliográfica sobre registros ya funcionantes en distintas unidades de pacientes agudos. Se trabajó mediante una comisión creada por los propios profesionales de enfermería de la unidad y con el apoyo de la unidad de conocimientos e investigación del centro, en la elaboración de un documento centrado en el modelo de Virginia Henderson, que englobara las catorce necesidades en las que se basa, incorporando en cada una de ellas diagnósticos enfermeros (DI) según metodología NANDA incluyendo sus intervenciones (NIC) y objetivos (NOC).

Se han atendido un total de 664 pacientes desde Enero a Diciembre de 2015. En el 20% de los casos se han realizado traslados desde la unidad a otros centros dotados de unidad de cuidados intensivos y en el 100% de los casos se ha cumplimentado el nuevo registro específico de la unidad. Unificando en un único documento todo el proceso de atención asistencial que ha recibido cada paciente, concentrando la mayor cantidad de datos útiles para su seguimiento y evitando la pérdida de información que se genera en los traslados entre unidades y centros.

El trabajo realizado por el equipo de enfermería no sólo queda registrado con una terminología universal sino que además favorece el pase de información.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 945

TÍTULO: “RESPALDEMOS AL PROFESIONAL”: EXPERIENCIA EN NUESTRA ORGANIZACIÓN.

AUTORES: BUENO DOMÍNGUEZ, M^a JOSÉ.; ESCRIBANO SUBIAS, J.; SIRGO RODRIGUEZ, A.; ESTEVE IZQUIERDO, J.; INGLÉS TORRUELLA, J.; BRIANSÓ FLORENCIO, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El error es causa de morbimortalidad, como también las consecuencias secundarias para profesional como institución. Para minimizar el riesgo y desde una visión sistémica y no punitiva, atenderemos a dos premisas: el profesional es falible y el paciente resulta vulnerable.

Un Programa de Gestión de Riesgos, evita o minimiza el daño, en las tres víctimas: paciente, profesional y la Institución. Nos centraremos en las actuaciones realizadas sobre la segunda víctima.

Reflexionar sobre la Unidad de soporte a la Segunda Víctima del incidente crítico. (USVIC)

En 2007, se constituyó una Unidad de soporte a las segundas víctima y ha evolucionado, en perfiles profesionales que la constituyen y en procedimientos de activación.

Las funciones de la Unidad son:

- Apoyar profesionales afectados por incidentes extraordinarios y situaciones complejas
- Facilitar la relación institucional con paciente y familia
- Atender inquietudes y apoyar psicológicamente al profesional
- Orientar jurídicamente ante posibles consecuencias
- Ayudar a informar pacientes y familias y en la petición de disculpas

La Unidad depende directamente de la Dirección General y se activa mediante petición a la Dirección de Calidad: Gerencia, direcciones de centros, comisiones de Seguridad del Paciente, recursos humanos o vigilancia de la salud o por los profesionales implicados.

La USVIC se reúne con Dirección del centro para conocer los hechos. Después con los profesionales, se explica la USVIC y sus funciones. Se les solicita, que relaten los hechos y expliciten inquietudes al respecto.

Paralelamente al soporte, se realiza análisis London del evento y se elabora un informe de actuación. Si se requiere mayor apoyo, se gestionan visitas o llamadas de seguimiento o activación de nuevos recursos.

Realizamos unas reflexiones:

- Es importante el reconocimiento personal y profesional a los componentes de la USVIC.
- Empatía y escucha activa, resultan ser requisito imprescindible para el profesional afectado.
- Necesidad de entrenamiento en habilidades comunicativas para relacionarte con profesional y con paciente y familia.
- Inclusión de profesionales expertos en Bioética, por entrar en conflicto los principios de la Bioética.
- Inmediatez en la respuesta es importante en “pronóstico”, para el análisis de los hechos, para gestionar emociones, como para esclarecer dudas antes de tomar actitudes erróneas, con el propio entorno del paciente o incluso a nivel mediático.
- Gran variabilidad de situaciones y se ha de valorar el apoyo que la segunda víctima puede obtener de su entorno profesional como familiar.

Los profesionales involucrados en un evento adverso y daño sufrido por el paciente, son víctimas, al quedar traumatizados. Se creen responsables de lo sucedido al paciente y se sienten como si hubieran fallado, dudando de habilidades clínicas y conocimientos.

En una organización con cultura de seguridad, se tiene conciencia de reparar los daños en paciente y familiares i en el profesional.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 946

TÍTULO: LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL AL SERVICIO DE LA ASISTENCIA SANITARIA EQUITATIVA Y EFICIENTE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

AUTORES: DELGADO OSUNA, JOSÉ ANTONIO.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La prestación de Asistencia Sanitaria en los Servicios de Urgencias de los hospitales implica el manejo de múltiples variables de decisión, de un gran número de restricciones y objetivos que en muchas ocasiones entran en conflicto y, por supuesto, de un alto nivel de incertidumbre originada en dos fuentes bien distintas: la interacción entre profesionales y el carácter aleatorio de las patologías que pueden presentarse en un momento dado.

Es fundamental poder componer equipos médicos que atiendan con los principios fundamentales de equidad y eficiencia. Entendemos por equidad la prestación de los mismos servicios a cualquier persona con independencia de factores como el día y la hora a la que necesita la atención médica, la edad del paciente y la patología que presente, entre otros. Por otra lado, hacemos referencia a la eficiencia como la prestación de la atención sanitaria con la mayor calidad posible en cuanto al resultado de la entrega del servicio, su rapidez, etc.

La Inteligencia Artificial nos brinda un paradigma de optimización a través de los algoritmos bio-inspirados, que entendemos que deben ser aprovechados y aplicados para gestionar la composición de equipos médicos, dado su gran rendimiento, flexibilidad y capacidad para manejar multitud de variables y objetivos contrapuestos que hay que tener en cuenta para poder gestionar un servicio de urgencias con la máxima equidad y eficiencia posible

Desarrollar un algoritmo bio-inspirado, utilizando el paradigma ABC (Artificial Bee Colony), que ayude a los gestores de los servicios de urgencias en la composición de los distintos turnos de personal médico para poder dotar a esos equipos de la máxima equidad y eficiencia posible

En el año 2009, R. Aringhieri publicó un trabajo relacionado con la composición de equipos médicos con equidad y eficiencia el cual utilizaba heurísticas tradicionales para resolver el problema. Concretamente, utilizaba una heurística greedy unida a un algoritmo de búsqueda Tabú.

El trabajo ha consistido en diseñar y desarrollar un algoritmo ABC y compararlo con el de R. Aringhieri ya que, dado el funcionamiento de este paradigma, intuimos que existe una gran probabilidad de obtener mejores resultados. Se ha hecho un ajuste exhaustivo de los parámetros del algoritmo y se ha realizado una batería de pruebas muy exhaustivas utilizando el mismo conjunto de datos que utilizó R. Aringhieri, para poder compararlos

Se ha conseguido desarrollar un algoritmo muy competitivo, que mejora considerablemente los resultados del trabajo de R. Aringhieri, tanto en calidad de la solución final como en tiempo de ejecución del algoritmo. Es posible aplicar el algoritmo en los Servicios de Urgencias de los Hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, ya que para las pruebas se ha utilizado un conjunto de datos reales disponible de un servicio de urgencias de un hospital

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 947

TÍTULO: MAPA DE ACTIVOS COMUNITARIOS EN SALUD, UNA EXPERIENCIA COMPARTIDA

AUTORES: ABRAHAM PARÍS, CATALINA.; MEJÍAS ROQUE, F.; ORTEGA ARCARIO, A.; SÁNCHEZ BARBERO, M.; LAVADO PÉREZ, M.; LÓPEZ PULIDO, P.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Un activo en salud es cualquier factor o recurso que fortalece la habilidad de las personas, los grupos o las poblaciones para mantener y mejorar su salud y bienestar.

La labor de Promoción de Salud se realiza tanto en los centros sanitarios como en los centros educativos, servicios municipales, asociaciones,... así como en el entorno individual y familiar.

Precisa siempre de la participación de las personas y de los colectivos en los que se encuentran, y de la cooperación entre organismos y entidades locales.

Trabajar en activos de salud implica dirigir la acción sobre todo hacia lo que tiene un efecto positivo para la salud: por ejemplo la actividad física saludable, los recursos comunitarios como instalaciones deportivas, zonas verdes, las redes sociales de apoyo, la autoestima y los sentimientos de autoeficacia personal y colectiva que son buenos para la salud y el bienestar.

- Identificar activos comunitarios en salud disponibles en la comarca
- Visibilizar y poner en valor dichos activos como elementos favorecedores de la salud y calidad de vida
- Geolocalizar los recursos en un mapa dinámico
- Compartir la experiencia acumulada con el conjunto de la ciudadanía y profesionales sanitarios y de otros sectores.

Coordinado técnicamente por el equipo de Trabajadoras Sociales de Salud de este centro sanitario, mediante reuniones y entrevistas con agentes clave (asociaciones, servicios municipales, etc) se identifican activos en salud disponibles en la comarca, se clasifican en categorías y se ubican en un mapa.

Para la geolocalización, se trabaja con las utilidades que ofrece el Google Maps, por ser una herramienta disponible en muchos ámbitos profesionales y en los hogares, así como por la posibilidad de mantener actualizaciones dinámicas.

Para comunicar, visibilizar y compartir la experiencia se generan documentos para su uso en planes de trabajo y reuniones tanto con profesionales como con ciudadanía y se desarrolla su integración en la página web corporativa, en sus múltiples canales (web, intranet, blog, redes sociales).

Se han elaborado ya los mapas de 6 Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria (UGC), estando en proceso las 2 restantes.

Se han incorporado a los 2 municipios de nuestro ámbito que desarrollan el Plan Local de Acción en Salud así como en los procesos de acreditación de las UGC correspondientes, en comisiones de participación ciudadana, grupos de procesos, jornadas, entre otros.

Se han generado asimismo dos tipos de catálogos específicos: por una parte, los recursos para la actividad física en las 8 UGC y por otra parte, los recursos sociales y sanitarios específicos para la atención a pacientes frágiles y crónicos.

En la actualidad, el proyecto está en plena evolución al integrarlo en la web corporativa del centro sanitario que está desarrollando múltiples canales de comunicación: web, intranet, blogs y redes sociales.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 948

TÍTULO: PROYECTO DE MEJORA DE LA CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS EN EL CENTRO DE SALUD FELIPE II.MADRID

AUTORES: COLLADOS NAVAS, RAQUEL.; MARTIN RUIZ, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En Octubre de 2012 realizan el análisis de situación del centro en relación con la consecución de los objetivos anuales de cartera de servicios estandarizada(CSE).El índice sintético(IS) fue de 41,3%ocupando la última posición entre los 30 centros de salud que forman la DAO y la posición 204 en,el ranking de los 261 centros de la CM. Su IS se situaba 8,5 puntos por debajo del IS medio de laDAO (49,8%) y 6,1 puntos por debajo del IS medio de Madrid (47,4%).

Con estas premisas el nuevo equipo directivo estima prioritario poner en marcha una línea de trabajo .

1-Mejorar los resultados globales de la Cartera de Servicios Estandarizados del Centro de Salud Felipe II.2- Mejorar los resultados de las coberturas de los servicios que presentan resultados más bajos.3- Mejorar los resultados en Criterios de Buena Atención (CBA) que presentan resultados más bajos.4- Mejorar los resultados de los profesionales con resultados bajos a nivel individual.5-Conocer como evolucionan los resultados en los indicadores de efectividad relacionados con servicios de CSE.

Sesiones formativas periódicas acreditadas. Elaboración de un esquema de Cartera de Servivios, resumen de fácil consulta, verdadera 'estrella' del proyecto.

gran mejora en el IS de Felipe II. En el primer año no sólo se ha se ha superado en más de 6 puntos el IS, colocándose en la 7ªposición de la DAO y manteniéndola en los años siguientes. Respecto a la posición entre los 262CS de Madrid, el CS Felipe II ha pasado del puesto 204º al 16º. En 2012 fue el CS que más mejoró en la CM.

Los IS a nivel individual de los profesionales evolucionan favorablemente,Tras 3 años de intervención han mejorado los resultados de 160 indicadores de un total de 243

evaluados en 2015 (65%) De los 160 indicadores mejorados el 80,62% presentan además subidas por encima de 5 puntos absolutos en el % de cumplimiento.

Todos los indicadores (tanto de proceso como de resultado) mejoran tras los 3 años de intervención.

El liderazgo y el compromiso del equipo directivo, de los responsables de las distintas materias en el Centro de Salud (CS)y del resto de los profesionales del CS permiten mantener la línea de trabajo, que ya se ha normalizado e incorpora a la práctica asistencial.Los conocimientos y habilidades ya adquiridos se refuerzan con sesiones formativas periódicas,ya que se ha demostrado la necesidad y utilidad de definir programas acreditados de formacióncontinuada.

La actualización del "esquema resumen", su difusión y recuerdo periódico, están contribuyendo en la mejora continua de los resultados.

!

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 949

TÍTULO: LA IMAGEN, NUESTRA CARTA DE PRESENTACIÓN: 'CHECK LIST DE LAS HABITACIONES'

AUTORES: LASTRAS PARDO, JAIME.; GONZALEZ GONZALEZ, E.; MARTINEZ DE VILLA CARPIO, I.; ELEZ MARTINEZ, C.; GONZALEZ DE UZQUETA BASCONES, E.; TORRES OCAÑA, D.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Debido a las cargas de trabajo a las que el personal esta sometido a diario, en muchas ocasiones dejamos descuidados los pequeños detalles, que pueden influir negativamente en la percepción de los pacientes hacia nuestro hospital e indirectamente esta mala sensación ya predispone a estar en una actitud defensiva en cuanto a la calidad asistencial, cuando esta pueda ser excelente. Por tanto y debido que en ocasiones los pacientes muestran la disconformidad con las instalaciones (limpieza, averías...), desde la dirección de enfermería, nos planteamos la creación de una lista de verificación y un procedimiento, para reducir al mínimo las posibilidades de que se produzcan nuevamente estos hechos, e indirectamente crear un procedimiento de automatismo en la comunicación con los servicios implicados en la preparación de una habitación, y a su vez disminuir los tiempos desde que un paciente es dado de alta, hasta el uso de nuevo de las habitaciones.

- Realizar una revisión integral de las habitaciones al ser dado de alta los pacientes y que así quede en perfectas condiciones para el ingreso de un nuevo paciente.
- Crear un procedimiento en el que automatizar la comunicación entre los diversos servicios

Se empieza con una lista de verificación en formato papel en la que el auxiliar responsable, al irse un paciente de alta y después de que el servicio de limpieza ha hecho la habitación, comprueba que esta es correcta, que no existen averías y que la habitación queda perfectamente dotada. Si existiera alguna incidencia, avisan al departamento correspondiente dejándolo anotado en la misma hoja e indicando si esto ha sido subsanado, en el caso de que exista alguna incidencia, se valora si esta permite el uso de la habitación u obliga a la inhabilitación de la misma. A la mañana siguiente, la supervisora de la unidad revisa esta hoja, y hace una recogida de datos en un documento excel que todos los meses es revisado, para evaluar si el procedimiento esta llevándose a cabo correctamente y detectar donde se puede estar fallando para realizar acciones de mejora.

Los resultados obtenidos, nos indican que las habitaciones quedan perfectamente revisadas y dotadas en un 95% de las ocasiones. En ocasiones debido que la comunicación con otros servicios como limpieza y mantenimiento es telefónico por parte del auxiliar, algunas de las incidencias se quedan sin subsanar. Por este motivo se decide hablar con el departamento de sistemas del hospital, para realizar este check list a través de una tablet enlazada a la intranet, en la que rellenar el formulario a través de esta.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 951

TÍTULO: SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL SEGUIMIENTO DE INDICADORES DEL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

AUTORES: ORTEGA CARREÑO, JOSÉ ANTONIO.; PLÁ RUIZ, JM.; RAMÓN GÓNGORA, E.; PARDO GARRIDO, D.; GONZÁLEZ REVUELTA, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Uno de los principales objetivos a acometer por las Unidades de Gestión Clínica (UGC) es el de cumplir con ciertos criterios de calidad en la prescripción de medicamentos. El cumplimiento de estos criterios repercute directamente en el paciente y en el sistema debido a:

- a) Se garantiza que a los pacientes se les prescriba el medicamento adecuado a su patología, en las dosis adecuadas y durante el tiempo oportuno.
- b) El coste económico para el sistema se racionaliza.

Ante esta situación surgen una serie de necesidades (al personal directivo del hospital, a los directores de UGC, como a los propios profesionales sanitarios que son prescriptores) consistentes en:

- a) Tener actualizados los criterios de calidad para la prescripción de medicamentos
- b) Conocer periódicamente como van las prescripciones de los profesionales para acometer posibles cambios en la forma de prescribir tanto a nivel individual, Servicio, UGC y de Hospital.
- c) Tener referencias de otros periodos para poder analizar las desviaciones producidas.

Ofrecer un software que sea capaz de:

- a) Facilitar información de los criterios a tener en cuenta a la hora de prescribir (para cada indicador)
- b) Facilitar información de las fórmulas de cálculo de los indicadores por los cuales se les va a evaluar a los profesionales
- c) Mostrar información de los indicadores según niveles de acceso (directivos, jefes de UGC, profesionales)
- d) Ser capaz de dar perfiles prescriptores.

Como material para el desarrollo de este software se usa:

- Framework .net en sus versiones (4.0 y 4.5)
- Bootstrap para desarrollo de parte del front-end.
- Lenguajes de programación (c#,vb.net)
- IDE se usa Visual Studio 2010
- SQL SERVER 2000, 2008 como Bases de Datos
- Proyecto WEB y de escritorio (Se usa módulos proyectos de escritorio para la carga de la información y parte web para explotación y muestra de información.

Se han usado principios de metodología ágil en el desarrollo del proyecto.

Resultados:

Disminución del periodo de comunicación y explotación de datos (se pasa de explotaciones semestrales a mensuales)

Mayor nivel de explotación (Se pasa de explotación a nivel de Hospital a una explotación pormenorizada tanto a nivel Hospital, UGC, Servicio y por último de profesional)

Mayor número de informes tanto para las UGC como para Farmacia (que puede preparar mejor sus reuniones con datos mucho más trabajados)

Mejor seguimiento por la dirección de los objetivos que componen el URM y mayor facilidad para su control.

Conclusiones:

La conclusión fundamental es que se ha de seguir avanzando en esta línea debido a que nos aseguraremos una mejor atención al paciente como una mejor sostenibilidad del sistema.

Se mejora y se acortan mucho los tiempos de explotación de información

Se acortan y facilita una de las labores de la UGC de Farmacia

También se ha de avanzar en el desarrollo de APP móviles para facilitar al profesional el acceso a la información.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 952

TÍTULO: GESTIÓN AUTOMÁTICA DE TÍTULOS DE FORMACIÓN

AUTORES: RAMÓN GÓNGORA, EMILIA.; ORTEGA CARREÑO, JA.; PLÁ MARTÍNEZ, JM.; PARDO GARRIDO, D.; GONZÁLEZ REVUELTA, ME.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En el ámbito de la salud pública de la provincia, hay varias Unidades de Formación Continuada que generan títulos a diferentes profesionales. Para normalizar y racionalizar esta gestión se ha realizado una aplicación informática que gestiona esta generación de títulos, de tal modo que los profesionales puedan tener en cualquier momento información actualizada de los títulos obtenidos, de manera fácil, rápida, eficaz y bien organizada. Con el valor añadido de ser provincial, lo que hace que se gestionen mejor los recursos disponibles.

Los profesionales a los que se les generan títulos pueden ser docentes o discentes.

Los títulos pueden ser de asistencia (cursos, jornadas, congresos...), docencia, coordinación y ponencia.

Una vez emitido el título, al profesional se le comunica por e-mail y por SMS cómo acceder a la descarga del título y un código. El profesional se autentifica mediante ese código para poder acceder a descargar el título.

- Para las Unidades de Formación Continuada de los Hospitales/Distritos que la utilizan, permite gestionar tanto la emisión de títulos de una manera eficaz así como un posterior control de los títulos emitidos.

- Para los profesionales, permite obtene

Desarrollo de aplicación informática. '

Basado en los principios de la Administración electrónica, utilizando Eco y Portafirmas, permite a los profesionales autenticarse para acceder a sus títulos.

Esta aplicación

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 954

TÍTULO: UTILIZACIÓN INSTRUMENTO NECPAL EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL

AUTORES: SOLÁ GENOVÉS, JUAN.; BRUGUERA PLANAS, N.; SÁNCHEZ GARCÍA, I.; BARCELÓ GIL, B.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En el ámbito residencial se observa un aumento progresivo de las personas con deterioro cognitivo, muchas en situación de final de vida. A menudo sufren múltiples complicaciones, que en muchos casos pueden prevenirse.

La toma de decisiones en estos casos puede ser compleja y es necesario planificarla anticipadamente para gestionar adecuadamente las expectativas de los familiares y de los profesionales y garantizar un correcto abordaje asistencial.

Establecer la prevalencia de personas con necesidad de atención paliativa, que viven en las Residencias Pedra Serrada de Parets del Vallès y Santa Rosa de Mollet del Vallès, gestionadas por la Fundació Sanitària Mollet.

Identificar las necesidades de atención paliativa de los residentes con demencia avanzada.

Estudio prospectivo de cohorte, seleccionando una muestra de residentes ingresados mediante la administración de las escalas GDS / FAST.

Posteriormente se utiliza el instrumento escala NECPAL CCOMS-ICO que identifica personas con enfermedades crónicas avanzadas y con necesidades de atención paliativa. Período estudio abril/setiembre de 2015

140 personas evaluadas. 95 (68%) presentan demencia moderada/grave (GDS 6/7). Edad media: 85,5 años. 74 (78%) mujeres y 21 (22%) hombres. Tipo de demencia más frecuente: Alzheimer, en segundo lugar Vascular/Mixta. Instrumento NECPAL Positivo en el 100% de los casos.

Se observa un importante porcentaje de personas con deterioro cognitivo avanzado en el ámbito residencial.

La escala NECPAL es un buen instrumento para identificar las personas con demencia avanzada tributarias de atención paliativa.

La identificación precoz de personas con deterioro cognitivo avanzado permite establecer una planificación anticipada de decisiones (PAD).

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 955

TÍTULO: NUEVAS NECESIDADES, NUEVOS RETOS

AUTORES: LIJÓ FERNÁNDEZ, ANGÉLICA.; MOSQUERA PARDO, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Tras la creación de una cohorte de pacientes en aislamiento de contacto por *Klebsiella Pneumoniae* OXA-48 con el objetivo de controlar el brote, y tras revisar los procedimientos, se decidió adaptar el protocolo de aseo del paciente encamado existente en el hospital a las nuevas necesidades que presentaban estos pacientes en aislamiento de contacto.

- Desaislar al paciente eliminando el germen de las distintas localizaciones que presentaba.
- Unificar criterios.

Estudio observacional descriptivo del procedimiento existente hasta el momento.

Revisión de la bibliografía existente sobre colonizaciones por *Klebsiella* OXA-48.

Unificación de criterios con el personal que trabajaba en la unidad.

Elaboración de un protocolo adecuado a las necesidades de los pacientes que formaban la cohorte.

Realización de talleres intraunidad.

Durante la observación de procedimientos se detectaron prácticas habituales que eran incorrectas y se corrigieron. Además, se unificaron criterios y necesidades del personal.

Se impartieron talleres al 95% del personal de la unidad, incluyendo médicos y alumnos de Enfermería.

El establecimiento del protocolo de aseo permitió la unificación de la técnica utilizada por los trabajadores de la unidad y evitó nuevas colonizaciones de en localizaciones distintas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 956

TÍTULO: ANÁLISIS DE LOS FLUJOS DE PACIENTES EN DOS URGENCIAS HOSPITALARIAS DIFERENTES: ¿SON SIMILARES, ESTABLES Y PREDECIBLES?

AUTORES: AGUADO CORREA, F.; HERRERA CARRANZA, M.; PADILLA GARRIDO, N.; CASTRO ARIAS, L.; CARPIO MUÑOZ, V.; GARCÍA-SAAVEDRA GARCÍA-RABADÁN, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La sobrecarga de los servicios de urgencias hospitalarios se ha convertido en una situación habitual con importantes efectos negativos para los pacientes y para la organización hospitalaria. Este escenario ha dado lugar al primer estudio conjunto de los Defensores del Pueblo, publicado en 2015, en el que se recoge que buena parte del flujo de acceso a estos servicios no es controlable por la organización pues depende en última instancia de percepciones subjetivas de los usuarios o de las personas cercanas a ellos. Sin embargo, que el flujo no sea controlable no quiere decir que no pueda ser relativamente estable y predecible.

Este estudio pretende conocer detalladamente el flujo de pacientes y su variabilidad en dos hospitales diferentes, por localización, tamaño y carácter urbano o rural de su población para, a continuación, determinar si existen patrones de demanda estables que permitan hacer una mejor programación de sus recursos.

Se realizó un estudio descriptivo observacional retrospectivo de las 439.807 urgencias asistidas entre 2011 y 2013 en las Urgencias Generales de un Hospital de 1322 camas (A), ubicado en el centro de España y que atiende a población urbana. Del mismo modo, y para los mismos años, se analizaron las 226.089 urgencias atendidas en un hospital de 543 camas, ubicado en el sur de España y que atiende tanto a población urbana como rural. Las variables estudiadas fueron las visitas por años, trimestres, meses, días de la semana y hora del día. Su comparación se realizó mediante la prueba Z de comparación de dos proporciones, considerando que la diferencia entre las proporciones no supera el 0,01 para un nivel de significación de 0,05.

En todos los períodos de tiempo analizados no se pudo rechazar la hipótesis nula y, por tanto, se encontró una similitud muy elevada en el flujo de pacientes de ambos hospitales. En concreto, los porcentajes anuales (2011; 2012 y 2013) utilizados para la prueba fueron de 0,330; 0,336 y 0,329 para el hospital A y de 0,330; 0,341 y 0,334 para el B. Por trimestres y para el año 2013, por ejemplo, fueron respectivamente de 0,247; 0,241; 0,258 y 0,258, y de 0,241; 0,259; 0,254 y 0,241. Por hora del día, ningún porcentaje del hospital A difirió en más del 10% del hospital B.

El estudio demuestra que en ambos hospitales el flujo de acceso en las distintas variables temporales es muy similar, así como estable y previsible, con un elevado parecido, incluso, a los patrones horarios de Reino Unido y Canadá. Estos resultados obligan a replantear el modelo de atender con capacidad fija a una demanda aleatoria y orientarse hacia la flexibilización de los recursos para disminuir la sobrecarga, dado que las medidas para disminuir el flujo no han tenido éxito hasta ahora.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 957

TÍTULO: BUENAS PRÁCTICAS DE CUIDADOS EN HEMODIÁLISIS. IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN A PARTIR DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.

AUTORES: ANDÚGAR ROCAMORA, LEONOR.; LÓPEZ MONTESINOS, MJ.; SORIA ALEDO, V.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La atención al paciente con Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) en tratamiento con Hemodiálisis requiere atención multidisciplinar con criterios estandarizados de cuidados y tratamiento. En base a esto y como propuesta de mejora en un centro de Hemodiálisis, se hace imprescindible la actualización de buenas prácticas en el cuidado del paciente renal y la creación de indicadores a partir de las mismas.

Identificar y seleccionar las recomendaciones de buenas prácticas de las Guías de Práctica Clínica (GPC) relacionadas con los cuidados de enfermería en pacientes tratados con Hemodiálisis.

Revisión bibliográfica sistemática sobre recomendaciones de buenas prácticas de cuidados enfermeros en Hemodiálisis, de las siguientes bases de datos: PUBMED, SCIENCE DIRECT, CINAHL, CUIDEN, WOS, EMBASE, CENETEC, AHRQ, NICE Y GUIASALUD. Temporalidad: enero del 2000 a mayo de 2016. Descriptores empleados: 'guías de práctica clínica', 'diálisis' y 'cuidados de enfermería'. Idiomas: castellano e inglés.

Se obtuvieron un total de 20 GPC, de las cuales 7 corresponden a sociedades científicas de Enfermería Nefrológica, internacionales, como Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists (CANNT) y nacionales, SEDEN (Sociedad Española de Enfermería Nefrológica). Tras el análisis de estas GPC se encontraron las siguientes recomendaciones según área de actuación en el paciente renal; nutrición, 3 recomendaciones; metabolismo mineral-óseo, 7 recomendaciones; anemia, 6 recomendaciones; presión arterial, 6 recomendaciones; acceso vascular, 13 para fístula arterio venosa interna (FAVI) y 6 para Catéter Venoso Central; adecuación de la diálisis, 4 recomendaciones; tratamiento en Hemodiálisis y complicaciones, 10; manejo de la medicación, 4 recomendaciones y en cuanto al control de infecciones, 6 recomendaciones. Los resultados de la revisión parecen indicar la oportunidad de mejora en la creación y validación de indicadores para la estandarización de los cuidados enfermeros de pacientes en ERCT con Hemodiálisis. Con este propósito, se ha diseñado un plan de mejora con las siguientes fases. En primer lugar, priorización de las recomendaciones encontradas a través del sistema GRADE y una metodología cualitativa de Grupo Nominal. A continuación se crearán indicadores a partir de las recomendaciones finales, junto con los indicadores incluidos en las guías para evaluar las recomendaciones de las mismas. Se empleará la Técnica Delphi. Por último, se realizará un pilotaje de los indicadores creados en un centro periférico de Hemodiálisis.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 958

TÍTULO: SEGURIDAD DE PACIENTE EN PROGRAMA DE VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA MEJORAMIENTO DE CULTURA JUSTA Y SISTEMA DE REPORTE

AUTORES: ARMENDARIZ, ADRIANA.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los pacientes que requieren Ventilación Mecánica prolongada (VMP) han aumentado considerablemente en las últimas décadas como consecuencia de diferentes factores relacionados con la mayor supervivencia de los pacientes afectados por esta condición, así como también la aparición de nuevas alternativas de tratamiento y cuidado para esta población. Sin embargo, muchas de las estrategias de gestión clínica -particularmente en Seguridad del Paciente (SP), han sido desarrolladas y pensadas para un entorno hospitalario y de alta intensidad terapéutica enfocado a pacientes críticamente enfermos (p.e. en cuidados intensivos), sin suficiente evidencia acerca de incidencia de eventos de seguridad y eventos adversos (EA) en pacientes crónicos en VMP. Respondiendo a esta necesidad, Linde ha diseñado e implantado un programa dirigido a fortalecer la cultura de seguridad para estimar el impacto en el reporte de eventos en nuestra población de pacientes pre y post implantación

Describir el plan de implantación del programa de SP basándose en 4 elementos básicos: análisis de la cultura de la calidad preexistente, sistema voluntario de notificación de incidentes, mejora continua de la seguridad, y gestión del conocimiento

Conocer la frecuencia y distribución de incidentes y eventos adversos antes y después de la intervención de gestión del conocimiento

Analizamos 2 modelos asistenciales

Argentina: 1 centro especializado en Ventilación Mecánica

Ecuador: Atención domiciliaria en 2 poblaciones (Quito y Guayaquil)

Portugal: Atención domiciliaria en 2 áreas metropolitanas (Lisboa y Oporto), aún no ha iniciado actividades formativas relacionadas con la notificación de EA, queda como control.

Basado en el sistema de notificación establecido a nivel Global, se forma al personal en dos períodos de tiempo (2014 en Argentina) y (2016 en Ecuador)

Cada país desarrolla la formación a través de personal interno sobre los Coordinadores de área (médica, enfermería, rehabilitación respiratoria, rehabilitación física, y personal de SSGG). El enfoque es el reconocimiento de 'cuasieventos' y el establecimiento de barreras para la SP

La incidencia mensual promedio de EA al inicio de la medición, y previa a la implantación de la estrategia fue de 3,33 en Argentina (2014) y 0,00 en Ecuador (2015) y Portugal (2015). Se evidencia un incremento del 440% en Argentina (Χ2=3,57E-26), con un promedio de 18 eventos mensuales en 2015. La evolución de datos en Ecuador es similar.

Si bien aún no hay datos suficientes para obtener un grado de significación estadística relevante, éstos son sugerentes de que la formación tiene un impacto positivo en el número de notificaciones de incidentes y EA, representado en una mejora de la cultura justa y de reporte.

La implantación y puesta en marcha de un sistema de SP en un servicio especializado en VMP tiene un efecto positivo en la mejora de la calidad del servicio prestado a través de la identificación activa de eventos y el análisis de los mismos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 959

TÍTULO: AGRESIONES A PROFESIONALES: ANALISIS COMPARADO DE DOS MODELOS

AUTORES: GONZALEZ FOUQUES, ISABEL.; AUBARET, A.; GONZALEZ DE CANGAS, B.; FOLGUEIRAS ARTIME, M.; MARTINEZ ARGUELLES, B.; FRANCO VIDAL, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La violencia en el trabajo es un problema global emergente que afecta a todas las profesiones, y muy especialmente en el sector salud. Su prevención y abordaje requiere de información válida, fiable y actualizada. Desde hace ya años se han puesto en marcha diferentes sistemas para conocer este problema y para acompañar a los profesionales que sufren este tipo de problemas.

Comparar la dimensión de las agresiones a los profesionales en dos sistemas diferentes pero comparables por sus características. Conocer el impacto de la implantación de un plan de acompañamiento en uno de ellos.

Se estudia la evolución en los últimos cinco años del número de agresiones declaradas por los profesionales sanitarios de dos ámbitos sanitarios diferentes europeos. Se comparan también las características específicas de dichas agresiones. Las poblaciones de estudio son el sistema de salud (Atención Primaria y hospitales) de una comunidad autónoma y el complejo hospitalario de un departamento francés. Según datos de 2014 ambos cuentan con un número similar de profesionales (A: 14.183 B: 11.361), número de camas hospitalarias (A: 2.563; B: 2.464) y un presupuesto similar (A: 1.201 millones de euros; B: 1.123 millones de euros) prestando servicios a una población similar (A: 1.061.756; B: 1.298.562 -2013-).

El número de agresiones (incluidos robos) declarados entre los años 2011 y 2015 paso de 270 a 193 en el caso del sistema A y de 501 a 1.102 en el sistema B. El sistema B implanto en el año 2014 un sistema de declaración a través de la intranet y de acompañamiento sistematizado en el que se contactaba con el profesional implicado lo que supuso un aumento en el número de declaraciones de un 96,1) (2013: 562; 2015: 1.102). En el año 2015 en el sistema A las agresiones más frecuentes fueron las verbales con un 66,32%; mientras que el sistema B fueron las agresiones físicas (34%) y los robos (31%). En ninguno de los dos casos se evalúa la satisfacción del profesional implicado con el plan de declaración y acompañamiento.

Si bien ambas poblaciones no son completamente comparables, la implantación de un sistema de acompañamiento y búsqueda activa de las agresiones sufridas por los profesionales sanitarios permite conocer mejor esta realidad y dotar de mayor confianza a los profesionales en su organización. Frente a las agresiones a los profesionales sanitarios es necesario establecer sistemas de declaración y acompañamiento, así como estrategias preventivas y de respuesta rápida que permitan generar un clima de confianza en la organización sanitaria.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 960

TÍTULO: ESTRATEGIA DE IMPLANTACION DE LISTA DE SEGURIDAD DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA

AUTORES: ITURRIETA MURGUIONDO, AMAYA.; AGUIRRE LEJARCEGUI, G.; MONGELOS RAMIREZ, JM.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En 2004 la OMS crea la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente(SP)

Cada 2 años formula retos mundiales relacionados con SP en áreas de riesgo importante,el segundo reto es la seguridad de prácticas quirúrgicas:La cirugía segura salva vidas

Aborda la seguridad de la atención quirúrgica,mejorando esta en la cirugía,reducir muertes y complicaciones En 2008 OMS lanza una LVSQ

En 2012 el SVS incluye LVSQ en historia electrónica basada en recomendaciones de la OMS

Evaluar estrategia de implantación

Identificar dificultades de registro

Valorar grado de cumplimentación

El Contrato Programa de 2012 ya recoge la cumplimentación de LVSQ

Se inicia la estrategia de implantación en el Bloque Quirúrgico(BQ)1 con Cirugía General (CG) y en BQ2 Oftalmología(Oft)

BQ1 2013, CG y Anestesiología lideran la implantación.Realizan 1 sesión de sensibilización e información para facultativos y enfermería

2014, Calidad Asistencial realiza 1A evaluación de cumplimentación a CG e identifica dificultades de cumplimentación

2015 febrero, se realizan 2 sesiones en BQ1 a enfermería para cumplimentar LVSQ en todas las intervenciones de Cirugía Mayor de todas las especialidades evaluandose en marzo y junio

En septiembre y octubre se realizan 8 sesiones facultativos y enfermería de ambos BQ evaluándose cumplimentación en noviembre

2016 evaluación marzo,la dirección establece el compromiso de cumplimentación de LVSQ con los servicios quirúrgicos Se inician sesiones por servicios

BQ1 1A evaluación en 2014 CG,muestra adherencia desigual dependiente del compromiso de profesionales La media de cumplimentación de CG es 58,6% Identificados problemas relacionados con aplicación informática y disponibilidad de ordenadores

El 1A corte tras sesiones dirigidas a enfermería no objetiva mejoría en CG,media del resto de especialidades 32,4% La evaluación de junio muestra discreta mejoría en CG 61,76% y clara en resto de especialidades 64,6% La mayor dificultad sigue siendo la aplicación informática y compromiso de profesionales

Realizadas las sesiones a profesionales de BQ1 y 2 se evalua conjuntamente en noviembre, excluyendo Oft por disponer de LVSQ propia y alta adherencia 94%,distorsionaría la media.La cumplimentación es 35% Las especialidades de alto impacto en la media CG y Trauma obtienen malos resultados,siendo mejores los de las de bajo impacto

En marzo 2016 se constata importante retroceso,16%, excepto Oft que mantiene 95% La mayor dificultad es designar quien hace efectivo el registro

En julio se medirá el impacto que pueda tener el compromiso con la dirección

La implantación depende de profesionales y de su cultura de SP

Se acepta como herramienta valida para SP y responsabilidad del equipo,la mayor dificultad es definir quien registra y reconocerle autoridad

Se han elaborado 3 LVSQ acordes a diferentes situaciones: Oft,C.Menor y C.Mayor

Destacar la adherencia mantenida de Oft que ha elaborado su LVSQ adaptada a sus necesidades,creemos que es la línea de trabajo adecuada

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 961

TÍTULO: ANÁLISIS INDICADOR IQI 15 EN UN HOSPITAL DEL SSPA: TASA DE MORTALIDAD POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

AUTORES: CAMPOS PAREJA, ANA MARÍA.; CAMINO DURÁN, F.; GUERRERO DURÁN, JA.; MARTÍN BERMÚDEZ, R.; FERNÁNDEZ DE SIMÓN ALMELA, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La tasa de mortalidad estandarizada por infarto agudo de miocardio en nuestro hospital ha sufrido ligeras variaciones en los últimos años

Análisis anual del indicador de calidad de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) IQI 15 en un hospital de tercer nivel del S.S.P.A.: Tasa de mortalidad intrahospitalaria entre las altas de pacientes adultos con infarto agudo de miocárdio (IAM)

Con el objetivo de analizar la calidad asistencial en un hospital de tercer nivel del S.S.P.A. y a partir de los datos suministrados por el CMBD, analizamos las historias clínicas de los éxitus durante el año 2014 del IQI15: infarto agudo de miocardio.

Se realizó un estudio descriptivo en el que se analizaron características demográficas, factores de riesgo cardiovascular y características clínicas de presentación del evento. Se estratificaron según grado severidad y se establecieron comparaciones entre los grupos

La tasa de mortalidad del IQI 15 estandarizada fue del 1,020.

Eran 62 pacientes, edad media de 77,23_10,5 años. El 61,7% eran hombres. El 45,5% dislipémicos, el 48,4% diabéticos, el 62,9% hipertensos y el 46,8% tenían antecedentes de enfermedad cerebrovascular o cardiopatía isquémica.

En cuanto a la estancia hospitalaria, el percentil 50 fueron 4 días.

En los pacientes de mayor severidad (grupo 1) frente al resto (grupo 0, grados de severidad 1-2-3), predominaba el sexo masculino. No se encontraron diferencias entre los grupos en cuanto a hipertensión, diabetes, dislipemia o tabaquismo. Tampoco en cuanto a presentación con supradesnivelación del ST o disfunción ventricular (que estaba presente en el 90,9% del grupo 1 y 80,4% del grupo 0). Encontramos diferencias significativas en cuanto a la utilización del balón de contrapulsación intraaórtico ($p < 0,05$) en el grupo 1.

El 14,4% pacientes debutaron como muerte súbita extrahospitalaria. Se sometieron a coronariografía el 33,9% de los pacientes, existiendo una tendencia positiva la revascularización en los pacientes de mayor severidad. En el grupo de no revascularizados, existía una edad media más alta, y mayor estancia media, tanto en UCI como total, de forma significativa.

El 32,5% de los pacientes analizados presentaron algún tipo de sintomatología días previos al primer contacto médico. Se produjo pues un evidente retraso "prehospitalario". CONCLUSIONES

- 1.- Los pacientes del año 2014 que resultaron éxitus tenían una edad media avanzada y en ellos la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásico era superior a la media que presentan los pacientes hospitalizados por IAM.
- 2.- El porcentaje de revascularización de los pacientes de nuestra serie se asemeja al que figura en los registros nacionales.
- 3.- Existió retraso prehospitalario a la consulta médica hasta en un tercio de los pacientes fallecidos. Son necesarias campañas de educación sanitaria en este grupo poblacional acerca de los riesgos de padecer un infarto y la actuación a seguir si se cree estar padeciéndolo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 962

TÍTULO: MAPA DE RIESGO DEL PROCESO DE SOPORTE BLOQUE QUIRÚRGICO EN UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES: POSADA CARLOS, ANDRÉS.; MÁRQUEZ ESPINÓS, C.; GÓMEZ CANTO, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La seguridad del paciente es una dimensión clave en un modelo de calidad que debe ser un elemento fundamental en la gestión clínica de nuestras unidades hospitalarias. Una herramienta ya conocida pero poco usada para la elaboración de un plan de seguridad aun es el análisis modal de fallos y efectos. Nuestro bloque quirúrgico es consciente de la necesidad que tiene de poder prevenir los eventos adversos que ocurren en nuestro entorno. Para ello es necesario detectar los posibles fallos que los puede ocasionar en quirófano. Con la idea de poder prevenirlos acude a nuestra unidad para ver posibles soluciones, por lo que de mutuo acuerdo proponemos la elaboración de un plan de seguridad que permita un mapa de riesgos y las consecuentes medidas correctoras que permita revisiones de la organización continuadas basada en la seguridad del paciente.

Elaborar un mapa de riesgo y proponer acciones correctoras para prevenirlos mediante la elaboración de un plan de seguridad del bloque quirúrgico

Una vez acordado con el jefe de servicio de anestesia la elaboración de un plan de seguridad, se acuerda con el servicio, las ocho personas que con carácter multidisciplinar participa en los distintos segmentos que conforma el proceso del bloque quirúrgico. Para ello se lleva a cabo un número de cuatro reuniones presenciales empleándose la metodología AMFE (análisis modal de fallos y efectos), donde se determinan mediante brainstorming el catálogo de fallos, causas y eventos adversos ponderando este catálogo obteniendo el índice IPR (Índice de prioridad del riesgo) según gravedad, frecuencia y detectabilidad de cada uno de los fallos y estableciendo el mapa de riesgo. Posteriormente se propone las medidas correctoras subsiguientes de cada uno de los fallos más importantes según IPR y criticidad. Estas medidas se asignan por bloques homogéneos con un responsable por cada línea, que se irán evaluando en los próximos meses a partir de un cronograma pactado.

Se obtienen 60 fallos, 128 causas y 104 eventos adversos, que se ponderan obteniendo su IPR según gravedad, frecuencia y detectabilidad de los fallos obtenidos

Se seleccionan los fallos más frecuentes dependiendo de su criticidad e IPR y se obtiene las medidas correctoras que se pondrán en marcha en los próximos meses, repartiéndose por bloques que se asigna a cada uno de los participantes.

Se realiza el cronograma con las fechas previstas para la implantación de estas medidas y su evaluación.

La elaboración de un mapa de riesgo y la posterior propuesta de acciones correctoras es una oportunidad irrenunciable hoy día en los modelos de calidad y de gestión clínica de nuestras organizaciones que basan sus resultados en la gestión por procesos garantizando una atención de calidad basada en la correcta gestión del riesgo. Sin embargo aun tenemos mucho que recorrer si queremos generalizar esta herramienta que consideramos imprescindible.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 963

TÍTULO: INICIO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA LEAN EN UN HOSPITAL GENERAL 2015-2016: MENOS DERROCHE, MÁS EFICIENCIA

AUTORES: SABATER RAGA, ROSA M^a.; ALOY DUCH, A.; RODRIGUEZ SADURNI, J.; MAÑAS SANCHEZ, I.; MORCILLO HERNANDEZ, A.; VAZQUEZ SAEZ, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El término Lean, orientado a la actividad asistencial (Healthcare), es un método de trabajo que consiste en disponer de un sistema asistencial sin despilfarros, depurando todos los procesos para optimizar los resultados y eliminando lo superfluo para quedarse con lo que verdaderamente aporta valor y dar una respuesta ágil a las demandas del entorno, trabajando mejor, no más.

Presentar los distintos proyectos Lean iniciados entre 2015 y 2016 en nuestro centro y los primeros resultados obtenidos con las herramientas utilizadas, la participación de los profesionales y las acciones de mejora realizadas.

Nuestro centro, un hospital general universitario de referencia comarcal, dispone de 350 camas. En 2013 se inició la formación en Lean de la Dirección de Calidad y Planificación (DQP), y de Enfermería hasta 2015 en que se iniciaron distintos proyectos hasta la actualidad.

La metodología Lean aplicada en nuestro centro se basa en la siguiente estrategia: 1) El liderazgo global de la DQP; 2) La participación de los profesionales de base que trabajan directamente en el proceso concreto que se pretende mejorar; 3) El liderazgo natural de uno de los profesionales con capacidad para dirigir el proceso (solo era mando si el lean se realizaba con mandos); 4) Utilización de las herramientas gestión visual (GV), 5 s y visual stream map (VSM); 5) La seguridad como dimensión clave; 6) La realización de reuniones de seguimiento periódicas de 15-30 con el equipo de proceso (gemba); 7) La realización de pequeñas acciones de mejora a partir de los problemas detectados en las reuniones de seguimiento (mejora continua) con la elaboración de actas.

En 2015, se desarrollaron 21 proyectos Lean, con un 19% relacionados con la seguridad del paciente.

Los líderes de los equipos Lean fueron un 58% médicos/enfermeras/auxiliares, un 19% mandos intermedios, un 10% administrativas, y un 15% técnicos; se constata un liderazgo por profesionales de base en un 81%.

Participaron en total 400 profesionales (25% de la plantilla); con un total de 130 h de dedicación en 260 reuniones; se implementaron acciones de mejora en el 76% de los equipos. Las herramientas Lean utilizadas han sido: VSM (9%), 5S (95%), GV (47%). Se realizó una formación in situ durante el Lean en el 62% de los equipos. Se han finalizado el 81% de los equipos (mayo-2016).

Se han desarrollado 21 proyectos Lean en 2015 con una amplia distribución transversal del liderazgo entre los profesionales de base en el 81%, la utilización de las 5S y la GV, la implementación de acciones de mejora en el 76% de los equipos, y el cierre del 81% de los equipos en las problemáticas detectadas que motivaron la constitución de los equipos Lean. El inicio de la metodología y estrategia Lean nos marca y orienta un camino clave para la mejora en los procesos y la seguridad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 964

TÍTULO: IMPLICACIÓN JURÍDICA DE LA GESTIÓN DE LA EFICIENCIA ENERGÉTICA HOSPITALARIA

AUTORES: PEREZ SANCHEZ, ROBERTO.; CASAS, A.; MARTINEZ, E.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La calificación energética de un edificio es el resultado del cálculo del consumo de energía necesario para satisfacer la demanda energética del mismo en condiciones normales de funcionamiento y ocupación. Esta calificación obtiene especial relevancia en edificios públicos, y más concretamente en hospitales donde interactúan las empresas mantenedoras del edificio que realizan gestión energética. Dicha clasificación califica los edificios dentro de una escala de siete letras donde la A es el valor más eficiente y la G el menor según el consumo de energía y las emisiones de CO2 comparadas con un edificio base de similar tipología y localización. El proceso por el que se otorga dicha calificación es la certificación energética que se materializa en forma de certificado y de etiqueta de eficiencia energética.

Se pretende analizar cómo se lleva a la práctica, por parte de una Plataforma Logística Sanitaria, y en el ámbito de la contratación administrativa, la gestión de la eficiencia energética a la hora de contratar un servicio de mantenimiento de instalaciones de tipo industrial de un centro hospitalario, dando cumplimiento a la obligación contenida en la Directiva 2010/31/UE de 19 de mayo transpuesta al ordenamiento español mediante el Real Decreto 235/2013, de 5 de abril, así como la obligación de exhibición de la etiqueta de eficiencia energética en edificios de pública concurrencia como puede ser un hospital.

Se analiza cómo la empresa adjudicataria del servicio de mantenimiento de las instalaciones de tipo industrial del edificio, como ejecutora de la gestión energética, puede participar en los ahorros generados por la propia consecución del objeto del contrato del que es adjudicataria.

La legislación aplicable a los contratos del sector público (Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, del Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público (TRLCSP) permite que los órganos de contratación puedan establecer como contraprestación económica a percibir por el contratista responsable de la gestión energética del edificio, un porcentaje sobre los ahorros que se generen como consecuencia de la implantación de proyectos de mejora de la eficiencia energética, independientemente de las prestaciones que efectivamente constituyan el objeto del contrato y de la modalidad contractual seleccionada (contratos de colaboración público-privada en los que se prevé expresamente la remuneración variable asociada a determinados objetivos de rendimiento, contratos mixtos de suministros y servicios, o bien como contratos de servicios).

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 965

TÍTULO: LA APUESTA POR LA EXCELENCIA DE UN HOSPITAL. SORTEANDO DIFICULTADES

AUTORES: BLANCO RODRIGUEZ, MARIO.; ARENAS VILA, J.; VILA SOLE, R.; MATA HAYA, L.; CRUZ OLIVERAS, A.; GONZALEZ LIARTE, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Tras la reacreditación según el modelo de Acreditació de centres d'atenció hospitalaria aguda a Catalunya en la que se había conseguido más del 90% de los estándares requeridos, la Dirección del centro asistencial decide dar un paso más en el camino hacia la excelencia, apostando por la implantación del modelo EFQM y la obtención de un reconocimiento externo. Aunque el modelo catalán se basa en EFQM, hay cambios notables en cuanto a la puntuación, a la sistemática de autoevaluación y a la comprensión del propio modelo. A estas dificultades se añade la incertidumbre que, ante posibles cambios políticos en aquel momento, se plantea a un hospital de gestión privada pero integrado en el SisCat (sistema público catalán)

Los objetivos de esta apuesta son, abstrayéndose de dificultades de orden político:

La consolidación del modelo de excelencia europeo en el centro. Dar visibilidad a un gran número de buenas prácticas y acciones de mejora que quedan al margen de la simple consecución de unos estándares de obligado cumplimiento. Obtención de reconocimiento externo integrando al hospital en un reducido grupo de centros poseedores del mismo en Catalunya

Para iniciar el proceso de autoevaluación, se constituye un equipo evaluador compuesto por 17 personas de la organización provenientes de diversas áreas (asistenciales, recursos humanos, compras, calidad...) al que se le imparte la formación básica del evaluador. Se inician, de forma simultánea, entrevistas entre el responsable de calidad y representantes de otros procesos y servicios en los que se recogen informaciones desarrolladas después en la preceptiva memoria conceptual todavía sujeta a cambios. Constitución de cuatro grupos de trabajo dentro del equipo que evalúan, sobre la memoria, algunos criterios del modelo. La metodología seguida fue la siguiente: evaluaciones individuales de los criterios asignados; celebración de reuniones de consenso de los grupos de evaluadores donde se deciden las puntuaciones definitivas de cada criterio; presentación de resultados a la Dirección, para la validación de los mismos; redacción del informe de autoevaluación; validación de los resultados por un evaluador acreditado y remisión de los mismos al Club de Excelencia en Gestión; selección de entidad certificadora (AENOR); envío de la memoria EFQM definitiva y, finalmente, la evaluación externa para la obtención de un sello de Excelencia.

El resultado final, fue la obtención en marzo de 2016 de un reconocimiento de excelencia europeo 400. El proyecto ha actuado como aglutinador, frente a otras dificultades externas, de todos los participantes en el desarrollo del proceso, desde la Dirección, hasta el personal de base. Hoy día que el modelo EFQM continúa consolidándose en el centro y, por ejemplo, tras la obtención del reconocimiento dos grupos de profesionales han recibido formación específica y el hospital ha iniciado la preparación para la obtención de un sello 500

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 966

TÍTULO: NO ACEPTAR LO INACEPTABLE: LAS COMPLICACIONES DE LOS CATETERES VENOSOS PERIFERICOS (CVP)

AUTORES: LLINAS VIDAL, M.; DEL OSO MORAN, J.; MARTINEZ ORTEGA, C.; SUAREZ MIER, B.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En la actualidad un 70% de los pacientes ingresados son portadores de un CVP. Las complicaciones derivadas del uso de (CVP), a menudo no se tienen en consideración o se consideran como menores, sin embargo diversos estudios observacionales han puesto de manifiesto la importancia de las vías periféricas como causa de bacteriemia nosocomial. Según bibliografía consultada más del 80% de dichas complicaciones (flebitis y bacteriemias) son prevenibles. A lo largo de 8 años, en el Hospital Universitari Vall de Hebron se implementan dos proyectos acompañados de una serie de estrategias para prevenir dichas complicaciones. Dichas estrategias están basadas en la introducción de materiales con la mejor evidencia científico-técnica y la estandarización de cuidados en la inserción, mantenimiento y retirada de los CVP a través formación presencial y con metodologías elearning

Evaluar el impacto de una serie de estrategias implementadas a través del análisis de la evolución temporal de las tasas de bacteriemias y flebitis en el Hospital.

Desde el 2007 hasta el 2012 se realiza un estudio prospectivo observacional de vigilancia continuada, mediante los informes emitidos diariamente por Microbiología, recogiendo el número absoluto de bacteriemias en paciente adulto, así como la incidencia de bacteriemia ajustada por las estancias hospitalarias. Desde el 2011 al 2014 hasta el 2015 se realiza un nuevo estudio prospectivo basado en dos cortes anuales de prevalencia a lo largo de 15 días, dentro del proyecto multicéntrico Flebitis Zero. Se registran de manera exhaustiva las complicaciones más importantes (flebitis, extravasación, retirada accidental..) en CVPs de dos Unidades de Hospitalización.

En el primer proyecto, se detectaron a lo largo de 6 años 143 episodios de bacteriemias, siendo la etiología por *Staphylococcus aureus* en un 53,5% de los episodios. Tras la introducción de materiales relacionados con los CVP (alargaderas con válvulas Split septum, apósitos semitransparentes, jeringas pregradas de suero salino), y la realización y posterior implantación de un programa formativo online en una plataforma propia por parte de 1285 profesionales (médicos y enfermeras), a finales del 2012 la DI se redujo de 0,11% a 0,06%, una reducción de 18 bacteriemias y un impacto económico de ahorro de 324.000euros. En relación al proyecto flebitis Zero, de nuevo la introducción de nuevos materiales (un catéter con mejoras en relación a su estabilidad), y la realización de sesiones formativas presenciales (a 70 profesionales) y sesiones on line (a 68 profesionales) redujo la tasa de flebitis de un 17% a un 11%, así como el porcentaje de extravasaciones de un 21% a un 16%. **CONCLUSIONES:** Concienciar a los profesionales sobre la importancia del catéter periférico en la prevención de la infección nosocomial, se hace requisito indispensable para mejorar la calidad y la Seguridad del paciente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 967

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE RECURSOS DEL ENFERMO CRÍTICO (EC) SEGÚN EL GÉNERO

AUTORES: GONZÁLEZ MARÍN, EDUARDO.; RUIZ MORENO, J.; ESTEVE PAÑOS, MJ.; CORCUERA ROMERO DE LA DEVESA, R.; GODAYOL ARIAS, S.; FORTIÁ PALAHÍ, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Se asume que el consumo de recursos de los EC según género es el mismo. Sin embargo, quizá no se ha investigado lo suficiente hasta qué punto esa presunción es cierta.

Evaluar el consumo de recursos de los EC en función de su género: hombre o mujer.

•Tipo de estudio: prospectivo, analítico, longitudinal, de cohortes y observacional.

•Período: De 1-I-2011 a 30-VI-2015 (54 meses)

•Ámbito: UCI de 10 camas.

•Población: EC ingresados consecutivamente 3448.

•Criterios exclusión: EC < 16 a., grandes quemados, documentación clínica insuficiente y altas voluntarias. EC excluidos: 19.

•Variables analizadas: a) estancia media (EM), reingreso, b) case-mix) GRD versión AP - 25.0 (684 GRD agrupados en 25 categorías diagnósticas principales y peso relativo (PR) de GRD, c) VMI) y VMnl, d) tratamiento sustitutivo renal (TSR), e) PIC y Doppler TC, f) aislamiento, g) cateterismo cardíaco y electrocatéter (ECT), e) Presión intra-abdominal (PIA).

•Análisis estadístico: Ji cuadrado y contraste de medias.

	Hombres	%-DE	Mujeres	%-DE	Valor P
EC	1747	50,9	1682	49,1	
Edad	67,0	15,25	64,7	18,3	0,000
Mortalidad	128	7,3	108	6,4	0,29
EM	3,7	7,1	2,8	4,6	0,000
Reingresos	104	5,9	69	4,1	0,013
PR	4,53	3,55			0,000
VMI	541	31,0	410	24,4	0,000
VMnl	228	13,0	173	10,29	0,011
Traqueostomía	41	2,3	19	1,13	0,006
TSR	55	3,15	50	3,0	0,765
PIC	13	0,74	6	0,4	0,126
DTC	14	0,74	10	0,59	0,591
PIA	91	5,21	61	3,6	0,024
Aislamiento	166	9,5	120	7,13	0,012
Cataterismo	93	5,3	49	2,91	0,000
ECT	22	1,7	9	0,5	0,025
Pericardioc.	7	0,4	3	0,2	0,139

• La EM y los reingresos de los EC hombres es un 1 punto y 1.5 superior, respectivamente, al de los EC mujeres.

• El PR de los EC hombres es notablemente superior al de las EM mujeres (coherencia con una mayor EM).

• La VMI, VMnl, traqueostomía, TSR, PIA, aislamiento, cateterismo y ECT predominan en el EC hombre.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 968

TÍTULO: SEPSIS GRAVE (SG) POR CATEGORÍA DIAGNÓSTICA PRINCIPAL DE LOS GRD EN ENFERMO CRITICOS

AUTORES: RUIZ MORENO, JAVIER.; ESTEVE PAÑOS, MJ.; GONZÁLEZ MARÍN, E.; CORCUERA ROMERO DE LA DEVESA, R.; GODAYOL ARIAS, S.; FORTIÁ PALAHÍ, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Al margen de por propósitos financieros (contabilidad de costes), los GRD como sistema de 'case - mix' no se utilizan para obtener ventaja competitiva. Las categorías diagnósticas principales (CDP) pueden ser útiles para clasificar la SG; si así, sería posible asignar cada foco de sepsis a una CDP específica, lo que sería importante desde una perspectiva socioeconómica.

Analizar si el PR de los GRD en los EC con SG se comporta de manera diferente en función de las CDP.

• Estudio prospectivo, analítico, longitudinal y observacional. Período: De 1-I-2011 a 30-VI-2014 (42 meses).Ámbito: UCI general médico / quirúrgica de 10 camas. Población: 2559 EC. Muestra: 484 EC con SG. GRD versión AP - 25.0 (684 GRD agrupados en 25 CDP y una precatgoría). Criterio de inclusión: CDP que agrupe 8 ó > GRD. Criterios de exclusión: EC < 16 a., grandes quemados, documentación clínica insuficiente y altas voluntarias. Las SG relacionada con la CDP '0' (precatgoría) se transfieren a otra CDP según sea el foco de sepsis.

• CDP: 1 (SNC), 2 (Oftalmología), 3 (ORL), 4 (Respiratorio), 5 (C.vascular), 6 (Digestivo), 7 (Biliar), 8 (COT), 9 (Piel), 10 (Endocrino), 11 (Renal), 12 (Reprod. masculino), 13 (Reprod. femenino), 14 (Obstetricia), 15 (Neonato.), 16 (Hematol.), 17 (Mieloprolif.), 18 (Infecciones), 19 (Mental), 20 (Drogas), 21 (Intoxicaciones), 22 (Quemaduras), 23 (Miscelánea), CDP 24 (VIH), CDP 25 (PLT), CDP 0 (Precatgoría)

• Análisis estadístico: ANOVA (F Snedecor), calculando punto crítico para un valor de 'p' < 0,001. Test de Sheffé post ANOVA (comparación de medias), para averiguar qué parejas de CDP enfrentadas son significativas.

• CDP excluidas (< 8 GRD con SG): 2, 3, 4, 12,13,14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24 y 25

• Con ANOVA significativo (f = 5,6633, P < 0,001), se aplica test de Scheffé:

CDP	1	4	5	6	7	8	9	11	18		
N	8	114	30	152	94	14	8	22	33		
CDP	N	PR	8,460	11,068	6,196	9,938	4,507	5,119	4,032	5,169	3,760
1	8	8,460	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
4	114	11,068	NS	0,01495	NS	0,0001	0,0302	0,4719	0,00989	0,00047	
5	30	6,196	NS	0,01495	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
6	152	9,938	NS	NS	NS	0,00015	NS	NS	0,03095	0,00165	
7	94	4,507	NS	0,0001	NS	0,00015	NS	NS	NS	NS	NS
8	14	5,119	NS	0,03020	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
9	8	4,032	NS	0,04719	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
11	22	5,169	NS	0,00989	NS	0,03095	NS	NS	NS	NS	NS
18	33	3,760	NS	0,00047	NS	0,00165	NS	NS	NS	NS	NS

Conclusiones

1. El PR de las CDP '4' y '6' es > que el resto de CDP. Las CDP '4' y '6' se diferencian, respectivamente, con 6 y 3 CDP.

2. Los PR de las demás CDP son similares

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 969

TÍTULO: ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD DEL ENFERMO CRÍTICO (EC) CON TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA (TP)

AUTORES: RUIZ MORENO, JAVIER.; GONZÁLEZ MARÍN, E.; ESTEVE PAÑOS, MJ.; CORCUERA ROMERO DE LA DEVESA, R.; CONESA FOLCH, N.; FORTIÁ PALAHÍ, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La gravedad y complejidad de los EC con necesidad de traqueostomía percutánea (TP) es mayor al de la población general de enfermo crítico (EC). Sin embargo, la identificación de la gravedad de los EC con TP se ha investigado poco.

Evaluar la gravedad de los EC con necesidad de TP en comparación con la población general de EC.

- Estudio prospectivo, analítico, longitudinal, de cohortes y observacional.
- Período: De 1-I-2011 a 30-VI-2014 (42 meses)
- Ámbito: UCI médico / quirúrgica general de 10 camas de un hospital de agudos
- Población: EC ingresados consecutivamente. Muestra: 2559 EC.
- Criterios de exclusión: EC < 16 a., grandes quemados, documentación clínica insuficiente y altas voluntarias
- Variables analizadas: a) mortalidad hospitalaria; b) 'case mix': NPT, presión intraabdominal (PIA) sepsis, acidosis metabólica, patología oncológica, hemoderivados, cultivos, SVA, fibroGC, fibroBC, gasto cardíaco y LTSV.
- Análisis estadístico: Ji cuadrado y contraste de medias.

EC	%-DE	TP	%-DE	No TP	%-DE	valor P				
EC		2559		53		2506				
Edad	65,9		16,7	70,6		10,5	65,7	16,8	0,0005	
Mortalidad			182		7,1	25	47,2	157	6,3	0,0001
Sepsis	484		18,9		46		86,8	438	17,5	0,001
NPT		467		18,27		28	52,8	439	17,5	0,001
PIA		136		5,3		21	39,6	115	4,6	0,001
Acidosis met.	955		37,3		47		88,7	908	36,2	0,001
Pat. Oncológica	903		35,3		18		34,0	885	35,3	NS
Hemoderivados	500		19,5	34		64,1	466	18,6		0,001
Cultivos	689		26,9	50		94,3	639	25,0		0,001
SVA		85		3,32		7	13,2	78	3,1	0,001
FGC		54		2,1		8	15,1	46	1,8	0,001
FBC		61		2,4		24	45,3	37	1,5	0,001
Gasto cardíaco	114		4,4		25		47,2	99	3,5	0,001
LTSV		220		8,6		22	41,5	198	7,9	0,001

Conclusiones

- Casi la mitad de los EC con necesidad de TP fallece.
- La gravedad del EC con necesidad de TP es notablemente superior en relación con los EC sin esa necesidad.
- La mayoría de las TP se realiza en EC con sepsis
- La LTSV en los EC con necesidad de TP es superior al 40%

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 970

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD DEL ENFERMO CRÍTICO NONAGENARIO (ECN)

AUTORES: RUIZ MORENO, JAVIER.; GONZÁLEZ MARÍN, E.; ESTEVE PAÑOS, MJ.; CORCUERA ROMERO DE LA DEVESA, R.; MORAL GUITERAS, M.; JULIÁ AMILL, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La evaluación de la gravedad de los ECN es importante, al ser ésta una población diana creciente (del 1.84 en 2011 al 3.81 en 2015)

Evaluar la gravedad de los ECN en comparación con la población general de EC

- Estudio prospectivo, analítico, longitudinal, de cohortes y observacional.
- Período: De 1-I-2011 a 30-VI-2015 (54 meses)
- Ámbito: UCI de 10 camas.
- Población: EC ingresados consecutivamente 3448.
- Criterios de exclusión: EC < 16 a., grandes quemados, documentación clínica insuficiente y altas voluntarias
- Variables analizadas: a) mortalidad hospitalaria; b) 'case mix': NPT, PIA sepsis, acidosis metabólica, patología oncológica, hemoderivados, cultivos, SVA, fibroGC, fibroBC, gasto cardíaco y LTSV.
- Análisis estadístico: Ji cuadrado y contraste de medias.

año	Pacientes	> 90 años	%			
2011	706	13	1,84%			
2012	792	9	1,14%			
2013	695	21	3,02%			
2014	762	18	2,36%			
2015	472	18	3,81%			
	ECN	%- DE	EC	%-DE	valor p	
EC	79		3237			
Edad	92,2		2,2	65,7	16,5	
Mortalidad		11	13,9	225	6,7	0,0124
Sepsis	28	35,4	627	18,7	0,0001	
NPT	18		22,8	5187	15,5	0,0769
Acidosis met.	31		39,2	1181	35,8	0,4661
Pat. oncológica	22		27,8	1136	33,9	0,2585
Hemoderivados	24		30,4	616	18,4	0,0069
Cultivos	36	45,6	937	28,0	0,0006	
SVA	4		5,1	98	2,9	0,2694
FGC	1	1,8	83	2,48	0,4906	
FBC		0	0	77	2,3	0,1727
LTSV	28	35,4	305	9,1	0,0001	

Conclusiones

- La mortalidad del ECN es un 6% superior.
- La sepsis, los hemoderivados y los cultivos son más frecuentes en el ECN; no así el resto de variables (NS)
- La LTSV se aplica 4 veces más en los ECN

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 971

TÍTULO: SISTEMA DE CONTROL DE APARATAJE EN UCI

AUTORES: SÁNCHEZ OLIVIER, MÓNICA.; ALCALÁ JIMÉNEZ, R.; ÚBEDA GÓMEZ, B.; RAPOSO OCAÑA, M.; POLO PARADA, A.; GOMEZ DE MERODIO SARRI, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El correcto mantenimiento y funcionamiento del aparataje en una UCI constituye un punto crítico ya que un mal funcionamiento del mismo incide directamente en la seguridad del paciente. Debido a esto, surge la necesidad de establecer un sistema de control del mantenimiento de los aparatos en el que queden reflejadas todas las revisiones realizadas a cada aparato y las averías o incidencias de los mismos.

Por otra parte, se plantea la necesidad de establecer un sistema de notificación de aparato no apto para que todo el personal de la unidad tenga conocimiento de qué aparatos están disponibles de ser utilizados y cuáles no.

Establecer la trazabilidad en el mantenimiento de los aparatos del servicio de CIP

Minimizar el riesgo de eventos adversos asociados a un mal funcionamiento

Informar a todo el personal de la disponibilidad de aparataje

Ficha técnica de aparatos

Hoja de notificación de incidencias

Tarjetas de aparato no apto

Pizarra

Mediante la ficha técnica, se realiza el seguimiento de mantenimiento preventivo y correctivo.

La hoja de notificación permite al personal comunicar al responsable del servicio cualquier incidencia surgida con un aparato.

Se registra en la pizarra para evitar el uso del aparato que no está en condiciones y se le coloca la tarjeta de equipo no apto.

Todo esto, contribuye a aumentar la seguridad del paciente al saber rápidamente qué aparataje está disponible en todo momento.

La implantación de un sistema de control del aparataje en una unidad de cuidados intensivos minimiza riesgo para la seguridad del paciente.

Asimismo, este sistema permite responsabilizar y hacer partícipe a todo el personal del servicio de la importancia de mantener los aparatos en el mejor estado.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 972

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA DE ACOGIDA Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN EN UCI

AUTORES: ALCALÁ JIMÉNEZ, RAÚL.; ÚBEDA GÓMEZ, B.; SÁNCHEZ OLIVIER, M.; RAPOSO OCAÑA, M.; POLO PARADA, A.; GÓMEZ DE MERODIO SARRI, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los padres/tutores son parte fundamental en el cuidado del paciente crítico pediátrico. El ingreso de un niño en una UCI repercute enormemente en el estado de ánimo de toda la familia. Entran en un entorno agresivo y dependiente de personas a las que no conocen. Además, el momento del ingreso, en el que se encuentran abrumados, no es el mejor para saturarlos de información. Se nos plantea en la unidad la necesidad de establecer un modo de informar a los padres/tutores de lo que van a encontrar en la uci así como las normas a seguir, de manera que puedan consultarlo cuando quieran y lo puedan recordar, asegurando que todos los padres/tutores reciben la misma información.

De igual forma, surge la necesidad de establecer una forma de evaluar la atención recibida durante el ingreso, al final del mismo, para permitirnos mejorar la atención.

Disminuir la variabilidad en la información proporcionada a los padres/tutores acerca del servicio y las normas que lo rigen

Facilitar un soporte a los padres/tutores en el que puedan consultar esta información siempre que deseen

Permitir que los familiares puedan evaluar la atención recibida

Establecer acciones de mejora en función de las evaluaciones

Guía de Acogida

Encuesta de satisfacción

Al ingreso y tras recibir la información médica, el personal de enfermería explica a los padres/tutores la estructura y normas de la unidad y les entrega una guía de acogida en la que se recoge toda la información para que la puedan consultar cuando lo deseen.

Al alta del paciente, el personal facultativo entrega junto con el informe de alta, una encuesta de satisfacción anónima que los padres/tutores rellenan y depositan en un buzón.

Posteriormente, el técnico de calidad las recoge y las tabula para establecer acciones de mejora.

El proporcionar una Guía de acogida en la que se recoge la información institucional y las normas de la unidad facilita la adaptación de los familiares al funcionamiento del servicio y permite al personal unificar la información aportada.

Por otra parte, las encuestas de satisfacción anónimas facilitan la comunicación con los familiares sin sesgos, lo que permite establecer acciones de mejora de las que se beneficiarán los pacientes y sus familias.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 973

TÍTULO: PREPARACIÓN DE UN CABECERO DE UCIP

AUTORES: REDOLAR ESPINOSA, CONCEPCIÓN.; DELGADO VALDEPEÑAS, C.; MARTÍNEZ SANZ, J.; MUÑOZ HORNERO, N.; POLO PARADA, A.; GOMEZ DE MERODIO SARRI, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La preparación del cabecero de paciente en una unidad de cuidados intensivos pediátricos es un punto crítico que está directamente relacionado con la seguridad del paciente.

Se plantea en el servicio la necesidad de aunar criterios y establecer un listado que permita preparar un puesto con seguridad y mantenerlo en óptimas condiciones durante todos los turnos.

- Lograr que todo el personal prepare de manera protocolizada un puesto para el paciente crítico.
- Preparar el cabecero del paciente con lo estrictamente necesario para su atención sin mermar en seguridad y calidad de atención.
- Ofrecer al personal de
- Método de las 5S.
- Check list de preparación de cabecero de paciente crítico
- Protocolo de preparación de puesto de paciente grave

Mediante el método de las 5S se establecen las necesidades mínimas indispensables para el cuidado del paciente así co

Mantener los puestos de una unidad de cuidados intensivos pediátrica revisados y preparados para un nuevo ingreso constituye una de las labores diarias del personal.

Realizarlo de manera protocolizada y con listados de verificación supone un extra en calidad y seguridad del paciente y supone una gran ayuda al personal de nueva incorporación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA

ID: 974

TÍTULO: CREACIÓN DE UN LISTADO DE VERIFICACIÓN PARA EL TRASLADO DEL PACIENTE CRÍTICO

AUTORES: ÚBEDA GÓMEZ, BEATRIZ.; SÁNCHEZ OLIVIER, M.; ALCALÁ JIMÉNEZ, R.; RAPOSO OCAÑA, M.; POLO PARADA, A.; GOMEZ DE MERODIO SARRI, R.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Los pacientes críticos ingresados en las unidades de cuidados intensivos deben realizar desplazamientos con cierta frecuencia para la realización de pruebas. Durante estos traslados a otras áreas o servicios del Hospital, la seguridad del paciente debe mantenerse y se debe evitar al máximo la aparición de cualquier incidente que pudiese desestabilizarlo.

El personal del servicio que va a recibir al paciente para la prueba debe estar informado y avisado del momento del traslado para que a la llegada todo esté preparado y la prueba se realice en el menor tiempo posible con las mejores garantías de seguridad para el paciente.

- Disminuir los errores/incidentes adversos durante los traslados de pacientes críticos
- Mejorar la seguridad del paciente crítico durante los traslados a pruebas
- Aumentar la confianza y la seguridad del personal que realiza el traslado
- Listado de verificación (Checklist) de traslado de paciente grave.

Previo a cada traslado, el médico y el equipo de enfermería responsables del paciente rellenan el listado y verifican que llevan todo el material necesario para una posible urgencia. Se

La utilización de un listado de verificación previo a cada traslado de paciente crítico proporciona una mayor confianza al personal que realiza el traslado así como una mayor seguridad para el paciente. Permite que todo el equipo esté correctamente avisado y preparado minimizándose así el riesgo de incidentes adversos y mejorando así la calidad de cuidados que proporcionamos a los pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 975

TÍTULO: MEJORAR LA GESTIÓN DE LOS RESIDUOS EN LOS CENTROS DE SALUD DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

AUTORES: MARTIN MARTINEZ, L.; TERAN ANCIANO, J.; LÁZARO MONTERO, T.; TELLO GARCÍA, ML.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Se ha observado que la constitución de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria y la consiguiente unificación de las Áreas preexistentes hace necesaria la homogeneización de los procedimientos de gestión de los residuos que, aún siendo similares en sus aspectos fundamentales, mantienen ciertas diferencias en la práctica, lo que en ocasiones genera disfuncionalidades y dificultades de gestión.

Esta Gerencia Asistencial de Atención Primaria de esta Comunidad Autónoma, gestiona 430 puntos físicos, donde se presta asistencia sanitaria y donde se generan residuos de varios tipos. Por tanto, es preciso alinear todos y cada uno de nuestros Centros de Salud en una misma línea.

Elaborar un documento en que se defina el Protocolo de Gestión de Residuos, homogéneos y único para todos los centros de la Comunidad.

Difundir dicho protocolo entre todos los profesionales sanitarios de los Centros de la Comunidad

Se constituye un grupo operativo denominado "de mejora de la Gestión de Residuos" formado por un integrante de la Unidad de Seguimiento de Riesgos Laborales y Gestión Medioambiental y Salud y profesionales sanitarios.

Se procede a realizar una revisión de la normativa aplicable tanto a nivel Europeo, Estatal, Autonómico y Local.

Por último el documento es revisado por la Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria y la Gerencia Adjunta de Gestión y Servicios Generales. Por último, son consultados también los Servicios de Prevención de riesgos Laborales y Comités de Seguridad y Salud.

La elaboración del documento incluye: justificación, objetivo, ámbito de aplicación, normativa aplicable, clasificación de los residuos sanitarios, tipos de envases y eliminación de los mismos, otros residuos y establecimiento de responsable de gestión de residuos en los centros.

La difusión de este documento se ha hecho a todos los referentes de gestión de residuos en los centros, siendo los responsables últimos los directores de centro. Se ha pedido que estos responsables reviertan en una sesión al resto de profesionales este documento.

En la intranet de la GAAP está a disposición de todos y cada uno de los profesionales que deseen consultarlo.

Desde Octubre 2015 se han mantenido cuarenta y ocho reuniones entre la Gerencia Asistencial de Atención Primaria y municipios de su ámbito.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 976

TÍTULO: REORDENACIÓN DE RECURSOS EN UN ÁREA SANITARIA

AUTORES: CALDAS BLANCO, R.; VAZQUEZ CASTRO, J.; CAÑETE GUTIERREZ, O.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Existen importantes diferencias en la dotación de recursos humanos en los equipos de Atención Primaria de un área sanitaria causada por incrementos o decrementos poblacionales no acompañados por los recursos adecuados debido a la lentitud y rigidez del sistema.

Adequar los recursos de profesionales a las necesidades de los equipos y minimizar las diferencias entre ellos.

Dos circuitos:

a) Las Direcciones Asistenciales (DA) solicitan, priorizan y justifican las nuevas acciones (NNAA) que necesitan. Se basan en ratios (RA), población distinta atendida (PDA), frecuentación sobre población atendida (FPDA), presión asistencial (PA), incremento poblacional, dispersión geográfica y turnos. La Gerencia, en base a dichas peticiones y con información añadida que aporta el cuadro de mando, prioriza a nivel de Área.

b) Circuito en base a jubilaciones, excedencias, traslados. La Dirección de Recursos Humanos comunica estas situaciones a la DA. Ésta solicita cubrir o amortizar. Si amortiza, se pone el recurso en otro centro que lo necesite.

Análisis, diciembre 2013, diciembre 2015, tres categorías: medicina (MF), pediatría (PP) y enfermería (ENF), de la Gerencia, DA y EAP.

En 2013 los datos eran los siguientes:

1) GERENCIA

MF RA 1530 PDA 78.97 FPDA 6.79 PA 32.35

PP RA 1166 PDA. 84.51 FPDA 5.62 PA 21.88

ENF RA 1960 PDA 53.67 FPDA 4.48 PA 18.48

2) DA

Similares a Gerencia, diferencias más significativas

DA Centro, ratios y actividad bajos

DA Noroeste, ratio alto, actividad baja

DA Sur, ratio en la media, actividad alta

DA Norte, ratio y actividad altos

3) EAP

MF: RA de 1.326 y de 3.029. PA de 23.44 y de 38.29. PDA de 62.19% y 86.11%

PP: RA de 796 y 1744. PA de 10.12 y de 30.33. PDA de 59.35% y 95.43%

ENF: RA de 1570 y 4438. PA de 12,16 y de 22.97. PDA de 33.57% y 64.16%

NNAA puestas 6 MF 9 PP y 4 ENF

Se amortizaron 16 MF 11 PP y 28 ENF

Análisis tras las medidas tomadas

1) ÁREA

MF: RA +2.09 PDA +0.55 FPDA -0.56 PA -1.76.

PP: RA +1.28 PDA +0.68 FPDA -0.27 PA -0.49

ENF: RA +2.86 PDA +1.08 FPDA -0.30 PA -0.39

Los cambios son mínimos con un pequeño incremento del RA y de la PDA y un decremento en la FPDA y PA

2) DA

Cambios también mínimos

3) EAP

En los equipos en los que se han tomado medidas en cuanto a los recursos de profesionales necesarios, tanto a nivel de solicitud de NNAA como en el caso de amortizaciones de profesionales, se ha observado que se ha logrado normalizar los RA y la actividad por profesional y, muy importante, no se ha deteriorado la del equipo donante. En otros muchos equipos falta la actualización de los datos tras la intervención efectuada y en otros se está a la espera de la implementación de la Nuevas Acciones de 2016.

Se trata de un Área única por lo que se puede amortizar una plaza de un equipo y ponerla en otro.

Las medidas demuestran ser eficaces en los equipos y en muchos casos imprescindibles, sin modificar la buena dinámica de las DA y la Gerencia.

Se remitirán más datos si se acepta la comunicación

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA CON DEFENSA



ID: 977

TÍTULO: APLICACIÓN DE LA GESTION LEAN EN LA GESTION DEL TRANSPORTE SANITARIO

AUTORES: CHECA AMARO, M^a LUISA.; GONZALEZ PIÑEIRO, B.; DELGADO SANCHEZ, P.; ALONSO SALAZAR, MT.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La metodología Lean supone adoptar una sistemática de eliminación de los despilfarros que existan en el proceso. Sus principios clave son:

Calidad perfecta a la primera (búsqueda de cero defectos).

Minimización de todas las actividades que no añaden valor (despilfarro).

Mejora continua.

Flexibilidad.

General: Mejorar el proceso de gestión de ambulancias utilizando la metodología lean. Específicos: Reducir las mudas: actividades del proceso que no aportan valor. Desarrollando e Implantando un sistema que permita de forma automatizada, trazable y centralizada la gestión de ambulancias para los pacientes desde todos los ámbitos: hospitalario, urgente y ambulante.

Ámbito: hospital de 408 camas del SERMAS. Periodo de trabajo: diciembre 2014-16.

Se diseñó una estrategia para la mejora de la gestión del proceso, teniendo en cuenta las distintas necesidades: paciente, médicos, enfermeros, directores. Estableciéndose normas de funcionamiento y se incluyeron en el sistema de calidad (ISO 9001), se estableció un cuadro de mando para su seguimiento; se han revisado los procedimientos asistenciales y de gestión.

La implantación de un proceso de petición de ambulancias a través de la Historia Clínica (HC), con identificación visual de la marca de ambulancia y el aviso al paciente, sin papel ni presencia del paciente se ha llevado a cabo el 15 de junio, sin incidencias.

El sistema de solicitud y gestión mejora la gestión, el médico realiza una única petición por proceso, independientemente del ámbito (consultas, pruebas, etc.) y se garantiza la trazabilidad. El paciente ha dejado de actuar como correo (llamadas para avisar de necesidad de ambulancia coincidiendo con las citas, cambios, etc.). Admisión verifica que los datos están correctos e identifica en la HC con una marca de ambulancias al paciente en cualquier ámbito y 48 horas antes de su cita se le avisa por teléfono.

En la semana de actividad desarrollada, ha disminuido el número de incidencias derivadas de la gestión manual. La aplicación de la gestión lean, la normalización de los procedimientos de trabajo, y el rediseño de los procedimientos orientándolos al paciente se ha traducido en una gestión más eficiente, con mejor accesibilidad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA



ID: 978

TÍTULO: MEJORANDO LA GESTION DE PACIENTES MEDIANTE LA METODOLOGÍA LEAN

AUTORES: LORENZO MARTINEZ, SUSANA.; CHECA AMARO, ML.; RODRIGUEZ MUÑOZ, MT.; OVEJA FERNANDEZ, R.; MARTINEZ PIEDROLA, M.; GARRIDO MARTIN, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La metodología Lean supone adoptar una sistemática de minimización de todas las actividades que no añaden valor (despilfarro o muda) a la gestión de los procesos de la organización, implantando la mejora continua en su gestión.

General: Mejorar los procesos de gestión de pacientes utilizando la metodología lean. Específicos: Identificar los procesos, Reducir las mudas: actividades del proceso que no aportan valor.

Ámbito: hospital de 408 camas del SERMAS. Periodo de trabajo: diciembre 2011-16.

Se diseñó una estrategia para la mejora de la gestión de los procesos, teniendo en cuenta las distintas necesidades: pacientes, médicos, enfermeros, directores, personal administrativo. Se constituyeron grupos de trabajo multidisciplinares para cada uno de los procesos.

Se utilizaron las herramientas Lean siguientes: estandarización, 5S (seiri, seiton, seiso, seiketsu y shitsuke), diagramas de spaguetti y Kaizen (mejora continua).

Se revisaron los procesos, cuando estaban definidos, o se definieron de novo. Estableciéndose normas de funcionamiento [procedimientos e instrucciones técnicas (IT) según el manual de gestión documental] que se han ido incluyendo en el sistema de calidad (ISO 9001).

Se han definido 314 procesos, procedimientos e IT, certificándose el sistema en 2014. Se han reorganizado los espacios de consultas, agrupando las distintas especialidades. Se ha implantado un programa de localización de pacientes, de forma que el médico sabe cuando el paciente llega al hospital, etc. Se han implantado más de 50 acciones de mejora en todos los ámbitos de gestión de pacientes (consultas externas, hospitalización y urgencias), con cambios drásticos en la forma de trabajo, orientándolo a la satisfacción del paciente. Se utiliza un cuadro de mando de seguimiento. La aplicación de la gestión lean, la normalización de los procedimientos de trabajo, y el rediseño de los procedimientos orientándolos al paciente se ha traducido en una gestión más eficiente, con mejor accesibilidad, que se refleja en el cuadro de mando de seguimiento de los diferentes procesos. El 90% de las mudas identificadas correspondieron a esperas (55%), movimiento y sobreprocesado.

Lean no es tanto un resultado como una forma de pensar, un conjunto de herramientas que utilizadas de forma lógica y objetiva, actúa como motor de la mejora y el camino hacia la excelencia en la organización. Los factores clave de éxito pasan por la implicación y participación de los profesionales, y el apoyo de la dirección, nos han permitido dar un rol proactivo a los profesionales del área de gestión de pacientes, organizando el trabajo de forma prospectiva, por vía telemática (buzón de solicitudes electrónico, web, SMS, correo, etc.)

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 979

TÍTULO: AJUSTE DE LOS NANDA ACORDE A LAS CATEGORÍAS DIANÓSTICAS PRINCIPALES (CDP) DE LOS (GRD) EN EL ENFERMO CRÍTICO (EC)

AUTORES: GONZALEZ MARIN, EDUARDO.; ESTEVE PAÑOS, MJ.; RUIZ MORENO, J.; CORCUERA ROMERO DE LA DEVESA, R.; GODAYOL ARIAS, S.; FORTIA PALAHI, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Aunque la importancia científica de los North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), es extraordinaria y no discutible, su vinculación con las CDP de los GRD se ha investigado poco.

- Analizar la distribución de los NANDA por cada una de las CDP de los GRD
- Tipo de estudio: observacional, prospectivo, analítico, longitudinal y de cohortes.
- Períodos: 1º) 10-XII-12/22-V-13. 2º) 19-VIII-13/30-VI-14
- Ámbito: UCI médico / quirúrgica
- Población: 878 EC
- Criterios exclusión: EC < 16 a, grandes quemados, documentación clínica insuficiente, altas voluntarias.
- GRD versión AP-GRD 25.0 (684 GRD, agrupados en 25 CDP y una precategoría). Se seleccionan los GRD con 4 ó > EC.
- NANDA 2012-2014 (216 diagnósticos y 12 dominios). Se identifican diagnósticos específicos de enfermería intensiva (EI), que se corresponden en su mayoría con diagnósticos 'reales' y de 'riesgo', no tanto con diagnósticos de 'salud'.
- NANDA característicos de la EI: 176.
- Recolección de datos: 6 DE
- Obtención durante las primeras 24 horas (cuando se genera un mayor número de NANDA)

Las CDP 14, 15, 19, 20, 21, 22, 23 y 24 no incluyen enfermos

CDP	N	%	total x CDP	%	Promedio	DE
0	25	2,8	1938	2,9	77,5	7,1
1	65	7,4	4784	7,8	73,6	8,8
2	1	0,1	81	0,1	81,0	0,0
3	44	5,0	3327	5,0	75,6	8,7
4	110	12,5	8428	12,6	76,6	7,6
5	139	15,8	10403	15,6	74,8	9,3
6	147	16,7	11469	17,8	78,0	7,2
7	80	9,1	6169	9,2	77,1	7,4
8	32	3,6	2367	3,5	73,9	8,1
9	7	0,8	542	0,8	77,4	3,6
10	164	18,7	12297	18,4	75,0	7,0
11	26	3,0	2011	3,0	77,3	7,9
12	6	0,7	462	0,7	77,0	5,8
13	11	1,2	890	1,3	80,9	5,7
16	1	0,1	71	0,1	71	0,0
17	0	0	0	0	0	0
18	16	1,8	1256	1,8	78,5	6,8
25	4	0,5	310	0,4	77,5	1,1
Total	878	100	66805	100	76,0	8,0

Conclusiones

- CDP que conllevan un mayor número de NANDA: 4,5,6 y 10
- CDP que conllevan un promedio mayor de NANDA: 6,13,16 y 18

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA

ID: 980

TÍTULO: AJUSTE DE LAS NIC ACORDE A LAS CATEGORÍAS DIANÓSTICAS PRINCIPALES (CDP) DE LOS (GRD) EN ENFERMERÍA INTENSIVA (EI)

AUTORES: GONZALEZ MARIN, EDUARDO.; ESTEVE PAÑOS, MJ.; RUIZ MORENO, J.; JULIA AMILL, M.; MORAL GUITERAS, M.; CONESA FOLCH, N.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Aunque la importancia científica de los Nursing Interventions Classification (NIC), es extraordinaria y no discutible, su vinculación con las CDP de los GRD se ha investigado poco.

Analizar la distribución de los NIC por cada una de las CDP de los GRD.

- Tipo de estudio: observacional, prospectivo, analítico, longitudinal y de cohortes.
- Períodos: 1º) 10-XII-12/22-V-13. 2º) 19-VIII-13/30-VI-14
- Ámbito: UCI médico / quirúrgica
- Población: 878 EC
- Criterios exclusión: EC < 16 a, grandes quemados, documentación clínica insuficiente, altas voluntarias.
- GRD versión AP-GRD 25.0 (684 GRD, agrupados en 25 CDP y una precategoría).
- NIC 4ª Revisión: 514 intervenciones, agrupadas a su vez en 7 campos.
- NIC características de la EI: 129.
- Recolección de datos: 6 DE
- Obtención durante las primeras 24 horas (mayor número de NIC)

CDP	N	%	NIC total x CDP	%	NICpromedio	DE
0	25	2,8	1552	3,1	62,1	8,8
1	65	7,4	3669	7,3	56,4	7,0
2	1	0,1	53	0,1	53,0	0,0
3	44	5,0	2530	5,1	57,5	6,9
4	110	12,5	6354	12,7	57,8	6,1
5	139	15,8	7755	15,5	55,8	5,7
6	147	16,7	8590	17,2	58,4	7,3
7	80	9,1	4602	9,2	57,5	7,0
8	32	3,6	1790	3,6	55,9	7,4
9	7	0,8	381	0,7	54,4	4,6
10	164	18,7	8955	17,9	54,6	4,3
11	26	3,0	1469	2,9	56,5	7,5
12	6	0,7	331	0,7	55,2	3,1
13	11	1,2	651	1,3	59,2	3,9
16	1	0,1	51	0,1	51,0	0,0
18	16	1,8	950	1,9	59,4	7,5
25	4	0,5	212	0,4	53,0	3,7
Total	878	100	49895	100	56,8	6,6

- CDP que conllevan un mayor número de NIC: 4,5,6 y 10
- CDP que conllevan un promedio mayor de NIC: 0,6,13 y 18
- Todas las CDP conllevan una media superior a 54 NIC

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 981

TÍTULO: SISTEMA DE GESTION DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS OCURRIDOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL GRUPO HM HOSPITALES 2015

AUTORES: ANTOLIN MANUEL, LEONOR.; VADILLO CABELLO, C.; LOPEZ-PEDRAZA GOMEZ, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Desde la creación del Programa de Seguridad del Paciente de HM Hospitales a finales del año 2012, la plataforma informática TPSC CloudTM es la herramienta fundamental para la gestión del programa y se utiliza como fuente de información y aprendizaje.

Conocer el tipo de incidentes notificados en la plataforma informática TPSC CloudTM durante el año 2015 en HM Hospitales e identificar áreas de mejora.

El análisis e investigación de las notificaciones recibidas a través de esta aplicación se lleva a cabo de forma centralizada, previa comprobación si los problemas detectados son comunes a varios o todos los centros. Los incidentes fueron investigados para completar la información recibida, la información contenida en la plataforma se actualizó con los datos de la investigación, y la clasificación de los riesgos se validó de acuerdo a los protocolos vigentes.

Resultados: A lo largo del año 2015 se recibieron un total de 130 notificaciones. 10 de ellas se descartaron, 2 por encontrarse duplicadas y 8 por no considerarse relacionadas con la seguridad del paciente. El 60,8% de las notificaciones fueron realizadas por el personal de enfermería. Junio y octubre tuvieron mayor número de notificaciones. El 67,7% de las notificaciones fueron de riesgo bajo. Dos tercios de las notificaciones fueron relacionadas con caídas y errores de medicación. El 29,8% de las caídas se producen al ir al baño seguidas de un 19,1% de caídas de la cama con las barandillas subidas. El 42,5% de los errores de medicación son por cambios en dosis/frecuencia/ velocidad/ omisión del fármaco seguido de un 12,5% por paciente erróneo. Otras notificaciones fueron relacionadas con la dieta de los pacientes y aspectos clínico-administrativos.

Conclusiones: Es necesario la implantación de un protocolo de prevención de caídas en el que además de evaluar el riesgo, se ofrezca educación al paciente y sus familiares o acompañantes. Para evitar o minimizar al máximo los errores de medicación se han identificado varias áreas de mejora: la prescripción electrónica contra guía farmacoterapéutica; la revisión del proceso de preparación y dispensación de la unidosis en general y de la medicación oral en particular y la revisión constante de las presentaciones de los medicamentos para evitar errores por similitud de envasado.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL



ID: 982

TÍTULO: GESTIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO DE COBERTURA DE AUSENCIAS DESCENTRALIZADO A LOS C. DE S. DE UNA C. AUTÓNOMA

AUTORES: RODRIGUEZ DE LUCAS, A.; ALMAZÁN DEL POZO, M.; TELLO GARCÍA, ML.; SANCHEZ CRESPO, A.; LOPEZ ARCAS, M.; ALONSO MAXIMO, C.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La Gerencia Asistencial de Atención Primaria de esta Comunidad Autónoma, gestiona 265 son Centros de Salud, de los que tres, a efectos presupuestarios, están gestionados por un solo Director de centro, por lo que se cuentan 262 Centros de Salud, que pactan anualmente un contrato programa con indicadores clasificados en dimensiones de la calidad. Dentro de estos indicadores los hay presupuestarios, ligados a capítulos cuya gestión se puede descentralizar a los Centros de Salud. Se obtiene un mayor ajuste a los mismos si estos capítulos se pactan, se monitorizan trimestralmente y su cumplimiento final se asocia a la percepción de incentivos.

En ese sentido, es nuestro deber influir en el sistema sanitario para que éste sea eficiente y sostenible. Esta influencia se logra, como no podía ser de otra manera, con la implicación de los profesionales en la gestión y asumir responsabilidad en su toma de decisiones.

Definir el indicador presupuestario descentralizado para los Contratos Programa de los Centros de Salud para el presupuesto de cobertura de ausencias.

Mejorar el cumplimiento presupuestario del capítulo I.

Ligar su consecución a la percepción de incentivos, de forma que se materialice la mejora.

El presupuesto de Cap. I, descontado el presupuesto asignado a recetas, en Atención Primaria, representa alrededor de un 80 % del total del presupuesto asignado. Por tanto, la gestión del Cap. I (RRHH) es absolutamente necesaria. En cuanto a los gastos generados a causa del abono de las retribuciones de nuestro personal, otra vez nos encontramos con que hay un porcentaje muy grande de este presupuesto que no es gestionable dado que depende de retribuciones fijas establecidas anualmente por la Consejería de Hacienda y por la que se dictan Instrucciones para la Gestión de Nóminas del Personal de la Comunidad de Madrid. Por eso, la gestión de las ausencias en nuestros Centros de Salud es absolutamente relevante. Hacer una buena planificación y cobertura de las mismas es fundamental para el cumplimiento global del presupuesto de la Gerencia de Atención Primaria.

Se ha elaborado un presupuesto que es calculado atendiendo a la normativa que en materia de permisos existe en ese momento, al grado de dispersión de los Centros y al número de profesionales por turno y tamaño del centro.

El indicador a alcanzar, una vez descentralizado el presupuesto es;

- Gasto realizado /Presupuesto descentralizado en el ejercicio económico < 1

Desde que se implemento esta descentralización del presupuesto, cada año se ha cumplido el objetivo global de la GAAP a nivel de global de Presupuesto descentralizado de cobertura de ausencias.

Los Centros de Salud, en general, llevan un control exhaustivo y detallado de dicho presupuesto, ya que cerca de un 10 % de la puntuación del Centro a efectos de Incentivación está ligado a este ítem.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 983

TÍTULO: DETECCIÓN DE FRAGILIDAD MEDIANTE VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL EN PERSONAS DE 70 Y MÁS AÑOS

AUTORES: PEÑA GONZALEZ, M^a LUZ.; SANCHEZ MARTIN, CI.; MARTIN LESENDE, I.; MAROTO REBOLLO, MC.; SAENZ GANUZA, A.; MERÁS LLIBRE, J.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Según la OMS, la fragilidad se considera un estado de pre-discapacidad, de riesgo de desarrollar nueva discapacidad desde una situación previa o de limitación funcional. Se centra en la funcionalidad y no focaliza en el diagnóstico de enfermedad. El Programa de Atención a las personas Mayores (PAM) se desarrolla sobre una evaluación multidimensional de personas mayores, con un componente preventivo y funcional. Las tipologías de edad avanzada y la fragilidad se definen por su funcionalidad.

Realizar una valoración multidimensional a personas de 70 o más años. Definir y clasificar a los mayores en tipologías según funcionalidad, orientando las intervenciones individualizadas. Conocer aspectos sociosanitarios de la población evaluada.

Estudio descriptivo transversal en atención primaria, aprobado por el Comité de Ética de Euskadi, basado en datos del programa PAM. Incluyó a personas no institucionalizadas de 70 y más años. La valoración Multidimensional contenía: valoración Clínico-preventiva, Funcional, Mental, Socio-familiar y del Cuidador, y de fármacos. Se definieron tipologías, teniendo en cuenta: funcionalidad (AIVD de Lawton y el índice de Brody; ABVD con Barthel, existencia de enfermedades crónicas, y la esperanza de vida menor de seis meses, en: saludable; con la enfermedad crónica / sin deterioro funcional importante; frágil (alteración AIVD, Barthel mayor 59, sin estado terminal); dependiente; y en final de vida. Los datos fueron anonimizados para su análisis.

Se evaluó a 666 personas, con edad media de 80,33 años, siendo un 59,8% mujeres y 40,2% hombres. En 569 personas se definió la tipología, resultando frágil el 18%. Cerca del 9% tenían situación de Dependencia, y el 1% de final de vida. La fragilidad asociada con la edad, resultó un 32,1% en mayores de 80 años. El 61,5% tenían enfermedad crónica, sin alteración relevante de la función. Esta valoración ha tenido un impacto positivo en la valoración clínico-preventiva que se realiza de forma habitual por los profesionales, siendo notable el incremento del registro de algunas variables medidas antes/después del inicio de este programa, como el IMC, hábitos de tabaco y alcohol, y grado de actividad física y valoración Funcional. Se ha constatado también un aumento significativo antes/después, en otras valoraciones, como visión, audición, caídas, nutrición, hidratación e incontinencia, así como en la valoración del riesgo de Úlceras por Presión y en la valoración sociofamiliar.

CONCLUSION: La fragilidad es un síndrome asociado con otros factores como edad avanzada, disminución de actividad física, y polimedicación. La valoración multidimensional del Programa PAM, permite conocer mejor la situación de los mayores, respecto de su salud y del apoyo social de su entorno, detectar riesgos y plantear la continuidad de atención y seguimiento para retrasar la fragilidad y complicaciones de los problemas de salud.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL

ID: 984

TÍTULO: CONFIRMACIÓN DE LA CITA MEDIANTE SMS

AUTORES: DE FRUTOS IGLESIAS, ISABEL.; FRAILE DE MARCOS, JL.; HERRAN CASTELLANOS, D.; ANDINO PALACIOS, A.; MANSO PÉREZ COSÍO, J.; LARRAZABAL BILBAO, A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

La inasistencia a las consultas externas del hospital conlleva una falta de optimización de los recursos existentes, y a su vez y por otra una demora considerable en consultas externas de meses. Todo ello repercute en la atención primaria e incrementa la derivación de pacientes como preferentes para intentar evitar largas esperas. Con lo cual la gestión de las consultas termina siendo un problema complejo que genera gran nivel de insatisfacción profesional a todos los niveles y repercute en el apreciado eslabón de la cadena, el usuario.

-Generales: optimizar los recursos existentes

-Específicos: mejorar la accesibilidad del paciente, mejorar la satisfacción del usuario y disminuir la demora de la consultas externas

Se ha comenzado el 27 mayo de 2016, remitiendo SMS a pacientes del Área de Laredo. Pacientes que tengan una cita programada el día 1 de junio, en los servicios de neurología y traumatología. A partir del 20 de junio se realizará en los servicios de cardiología, reumatología y ORL. De forma progresiva se incorporarán el resto de los servicios, estando todos incluidos a finales de 2016.

El calendario de implantación se acordará con los servicios implicados y se valorará con ellos el margen de mejora.

Desde el servicio de informática se emite un SMS a los pacientes citados, con número de teléfono que empiece por 6 ó 7, con una extensión de 9 dígitos; sms que se generará automáticamente con 5 días de antelación. En el mensaje se recoge el día, la hora, el lugar, el servicio, haciéndose constar el teléfono de contacto con el hospital en horario de 8-15, para anular o cambiar la cita.

La centralita recibe y deriva las llamadas a Cita Previa de 8 a 15 horas y de lunes a viernes.

Cita Previa recibe las llamadas de N (nuevos), P (preferentes) y R (revisiones) y gestiona las consultas: procediendo a anular y citar en los huecos generados, cambiando las citas y recogiendo la información sobre revisiones y entregando la información a la Supervisora de consultas externas todos los días a las 13 horas.

La supervisora de consultas externas recibe y distribuye la información entre las auxiliares de las consultas.

Aún es pronto para tener resultados y evaluar los indicadores seleccionados, pero esperamos en tres meses poder analizar los cambios de citas y huecos generados con este proyecto. A los tres meses se pasará una encuesta de satisfacción a los usuarios. Consideramos que es un área con amplios márgenes de mejora.

Se han podido detectar errores en el registro de teléfonos de los pacientes y en la asignación de citas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 985

TÍTULO: FINAL DE LA VIDA EN CUIDADOS PALIATIVOS Y ONCOLOGÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE ANDALUCÍA

AUTORES: MEDINA RODRIGUEZ, MP; CABEZA VACA PEDROSA, MJ.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Evaluar que los pacientes en el proceso de la muerte, que deben ser atendidos en régimen de hospitalización, dispongan de una habitación individual durante su estancia en Cuidados Paliativos y Oncología Médica, como le reconoce el artículo 26.1 de la ley 2/2010 de muerte digna, desde marzo 2013 a diciembre 2015

Estudio descriptivo transversal en pacientes hospitalizados en situación de fase final de la vida, basada en criterios clínicos. Se utilizó la base de datos de pacientes de Diraya Atención Especializada y se evaluaron todos los ingresos de pacientes en las Unidades de Cuidados Paliativos y Oncología según la ocupación de las habitaciones por día en función de su uso individual

Resultados. Del total de 2148 ingresados en los 3 años del estudio, 1032 (48 %) pacientes lo hicieron en Paliativos y de estos 1031 (99,9 %) ocuparon habitación individual. En Oncología ingresaron 1116 (51,95 %) de los que 1113 (99,7 %) ocuparon habitación de uso individual durante su hospitalización. Los datos por año son: En 2013 ingresaron en Paliativos 307 pacientes de los cuales el 99,98 % disfrutaron de habitación individual (sólo 1 día compartido). En 2014 ingresaron 357 con una ocupación individual de 99,86 % (8 días compartidos). En 2015 368 pacientes con un 99,98% usaron las habitaciones individualmente (sólo 1 día compartido)

En Oncología ingresaron 341 pacientes en 2013 con una ocupación individual de 99,73% (9 días compartidos). En 2014 ingresaron 403 con un 99,78% de uso individual (8 días compartidos) y en 2015 fueron 372 pacientes con un 99,71% de días de uso individual (9 días compartidos)

Discusión y Conclusiones:

Todos los pacientes han estado en habitación individual en el proceso del final de su vida, aunque en ocasiones determinadas han podido compartir habitación por periodos de tiempo mínimos. La contabilización por días de las habitaciones y el tipo de ocupación (individual o compartida) ha puesto de manifiesto el alto porcentajes de uso individual de habitaciones casi llegando al 100 %.

El comportamiento ha sido similar tanto en las 2 Unidades estudiadas como en los 3 años estudiados.

Prácticamente en la totalidad de las hospitalizaciones que se efectuaron en las unidades de Paliativos y Oncología dispusieron durante su estancia de habitación de uso individual; por tanto, se garantiza este aspecto de su derecho a una muerte digna.

Sería interesante disponer de la información de los pacientes que ingresan en Pediatría con procesos oncológicos que en la actualidad sabemos que en un porcentaje alto, esos pacientes disponen una habitación individual pero no podemos afirmarlo ya que la información que disponemos sobre el total de días que las habitaciones de esa unidad tienen uso individual no nos lo permite.

Se puede concluir que nuestro centro garantiza a los pacientes en situación terminal, que deban ser atendidos en régimen de hospitalización, una habitación individual durante su estancia en las unidades de Cuidados Paliativos y Oncología

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 986

TÍTULO: VMNI: UN PASO MÁS HACIA LA EXCELENCIA DE LAS CURAS ENFERMERAS

AUTORES: GIL CASADO, ELISABETH.; ARTIGAS NISA, E.; MOLIST SANZ, MP.; MEDINA BALLEST, P.; NAVAS BONILLA, L.; JOSE MARÍA DE LA CASA, P.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

En nuestro centro la VMNI (Ventilación Mecánica No Invasiva) se empezó a utilizar hace 10 años.

La experiencia en el tratamiento ha favorecido la ampliación de conocimientos, la creación de grupo de expertos, la realización y actualización de protocolos y la creación de registros enfermeros individualizados y basados en metodología enfermera propia.

Los cuidados enfermeros en VMNI son esenciales para asegurar su éxito, muchas de sus complicaciones están relacionadas con la calidad de los cuidados. Es un tratamiento que precisa mucho tiempo enfermero por lo que tener personal experto, protocolos y registros que ayuden a que los cuidados sean homogéneos se ha convertido en algo imprescindible.

Actualizar el Protocolo de VMNI del centro.

Adaptar el registro a la metodología de trabajo enfermero de la institución.

Conocer la evolución de los cuidados enfermeros en las personas con VMNI en nuestro centro.

El grupo de trabajo de VMNI, formado por tres enfermeras y un auxiliar del servicio de urgencias, vio la necesidad de actualizar el protocolo y adaptarlo a la realidad actual. Se realizaron reuniones de trabajo en las que se revisó el protocolo y registro actuales, se realizó una revisión bibliográfica sobre VMNI y sobre planes de cuidados y una revisión de registros de otros centros. Se requirió la ayuda de la unidad de gestión del conocimiento para adaptar el documento al modelo de cuidados de la institución.

El primer protocolo y registro de VMNI del hospital se creó en 2007. Incluía en gran parte contenidos médicos, no planteaba objetivos y enumeraba intervenciones enfermeras. No incluía planificación de curas, seguimiento y evaluación y no individualizaba los cuidados. El registro creado compartía las mismas características.

En 2015 se revisa y actualiza para adecuarlo a la realidad actual, se enfoca a las curas enfermeras por ser un registro de uso enfermero. Incluye la Valoración enfermera de la persona basada en el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson y la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados con taxonomía NANDA, NOC y NIC. Complementa al plan de cuidados enfermeros estandarizado instaurado en el centro.

La creación de una Unidad de Semicríticos deriva en la necesidad de revisar el protocolo por la especificidad del servicio.

La especialización de los profesionales, una plantilla fija, el tiempo del que disponen, los espacios, el apoyo facultativo, las herramientas técnicas así como los registros creados para la unidad han influido directamente en la calidad de cuidados y ha propiciado espacios de discusión entre los profesionales.

Han habido resistencias al cambio por parte de los profesionales pero con el tiempo ellos mismos han creado la necesidad de ir adaptando los registros a la realidad de cada momento.

Creemos necesario un esfuerzo en la formación continuada, un grupo de expertos multidisciplinar así como la difusión del protocolo a los profesionales del centro que atiendan a personas con VMNI.

TIPO DE COMUNICACIÓN: ELECTRÓNICA



ID: 987

TÍTULO: SISTEMA DE TRAZABILIDAD DE LA TEMPERATURA: HACIA UN NUEVO MODELO EN LA GESTIÓN DE LOS CONCENTRADOS DE HEMATÍES.

AUTORES: BENITO RUIZ DE LA PEÑA, RAQUEL.; URESANDI IRUIN, A.; MATEOS MAZON, JJ.; USTARROZ AGUIRRE, I.; AGUIRREBEITIA RODRIGUEZ, B.; GALLEGO CAMIÑA, I.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

El Real decreto 1088/2005, del 16 de septiembre establece que los concentrados de hematíes (CH) deben mantenerse entre 1 y 10 °C durante el transporte y conservación, sin que se puedan volver a refrigerar las unidades que superen dicha temperatura. En nuestro Hospital, los quirófanos de Cirugía Hepática y Cardíaca solicitan tener durante la intervención entre 5 y 10 CH con prueba cruzada realizada y listos para transfundir durante la cirugía, si fuese necesario. Nos encontrábamos que una parte importante de estos concentrados no se usaban y se devolvían al Servicio de Transfusión. Siguiendo la normativa, al desconocerse las condiciones de temperatura a la que habían estado sometidos dichos CH, aquellos que eran devueltos se desecharan. El número de unidades desechadas era de aproximadamente 734 unidades/año, un 3% de la unidades de nuestro stock. Con el fin de disminuir la cantidad de CH devueltos y desechados, decidimos instaurar un circuito para mantener la temperatura de los CH, y medir la temperatura que alcanzan los CH cuando están fuera del Servicio de Transfusión. Para realizar el control de temperatura contamos con un sistema que recoge constantemente la temperatura ambiente a la que está expuesta individualmente cada bolsa de CH.

Disminuir la cantidad de CH devueltos y desechados.

Controlar la temperatura individual de cada bolsa de CH para comprobar el cumplimiento del RD 1088/2005.

Durante 7 semanas realizamos un estudio piloto en el que hemos controlado la temperatura de los CH devueltos de los quirófanos de Cirugía Cardíaca y Hepática. Los CH que no cumplían el rango $< 1^{\circ}\text{C}$ o $> 10^{\circ}\text{C}$, se desecharan. El trazador se adjunta a cada CH, y permanece adherido hasta su transfusión o devolución. El trazador mide la temperatura cada 3 minutos, y se lee mediante una aplicación informática instalada en un ordenador del Servicio de Transfusión. La información obtenida contribuyó a mejorar el protocolo que establece el circuito de los hemoderivados desde el Servicio de Transfusión a las áreas quirúrgicas en nuestro hospital, así como establecer un manejo uniforme de estos hemoderivados dentro de dichas áreas quirúrgicas, para mantener los hemoderivados en un rango de temperatura adecuado. El trazador es el instrumento que permite comprobar que el circuito se estaba realizando adecuadamente.

Durante las 7 semanas del piloto se devolvieron 99 CH de los quirófanos de Cirugía Cardíaca y Hepática. Se han desechado 39 y se han recuperado 60 (60,61%) para su uso, que se han transfundido de nuevo sin complicaciones.

La implantación de un sistema de trazabilidad de la temperatura de los CH durante su transporte y conservación en quirófano, nos ha permitido:

• Mejorar el circuito para el transporte de los CH dentro del hospital, y conservación en el quirófano.

• Recuperar un 60-70% de las unidades devueltas del quirófano. Nos va a permitir recuperar unas 450 unidades/año, y reducir los CH desechados de las donaciones voluntarias

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

ID: 1000

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INFARTO CEREBRAL EN HOSPITALES CON Y SIN UNIDAD DE ICTUS.

AUTORES: MASJUAN VALLEJO, JAIME.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Fundamentación: La elevada morbimortalidad del ictus ha propiciado la puesta en marcha de planes integrales de actuación (código ICTUS y unidades ictus) dado, además, que la efectividad de los tratamientos neurológicos específicos está condicionada por su estrecho margen de riesgo/beneficio (< 4,5 horas en fibrinólisis intravenosa y < 6 horas en el tratamiento endovascular). No obstante, persiste una elevada heterogeneidad interhospitalares y no siempre se dispone de Unidad de Ictus.

Objetivo: Comparar datos del nivel de funcionamiento de una selección de centros de asistencia tradicional con otros con Unidad de ICTUS mediante los indicadores de proceso y resultado resultantes.

Método: Estudio prospectivo, cuasi-experimental (sin aleatorización), que permitió realizar comparaciones de los resultados en el cuadro de mando de indicadores de calidad en la atención temprana a 240 pacientes con ICTUS entre 2 centros con unidad de ICTUS (grupo A, n=120) y 5 centros con atención a este perfil de pacientes por Neurología –equipo ictus- (grupo B, n=120). La selección de los pacientes se realizó mediante muestreo sistemático en 2016. El tamaño muestral se calculó para detectar diferencias iguales o superiores a 15 puntos porcentuales entre hospitales, asumiendo una proporción 0,5 y estimando una tasa de pérdidas del 25%. Este estudio fue aprobado por los Comités de Ética de Investigación de la Universidad Miguel Hernández y del Hospital de Jaén. Registrado en: ClinicalTrials.gov ID: NCT02647957

Resultados: Participaron 225 pacientes -120 del grupo A y 105 del Grupo B-. El 60% de los pacientes fueron mujeres. La edad media fue de 75 años. En 96 se activó el Código Ictus Extrahospitalario y en 116 el Intrahospitalario. La respuesta del grupo A fue más rápida: inicio-puerta ($p<0,05$); puerta-aguja ($p<0,05$); inicio-aguja ($p<0,05$); puerta-TAC ($p<0,05$); TAC/Resonancia-aguja ($p<0,05$). La proporción de Pacientes sometidos a Trombólisis Intravenosa fue mayor en el grupo A (35 vs 7,6%, $p<0,0001$).

Conclusiones: Los hospitales del grupo A mostraron un mejor capacidad de respuesta. A su vez, estos hospitales mostraron un mejor ajuste a los estándares de referencia en los indicadores de proceso que los hospitales del grupo B. La menor latencia en la respuesta del grupo A permite que la proporción de pacientes que recibieron tratamiento de reperusión (trombólisis Intravenosa) sea hasta cinco veces mayor en los hospitales del grupo A.

TIPO DE COMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN ORAL TEMÁTICA

COMUNICACIÓN PATROCINADA POR BOEHRINGER INGELHEIM

PAG.	ID	TÍTULO
1	6	CONSULTA DE ASESORAMIENTO EN VACUNAS: EL ENCUENTRO ES POSIBLE
2	7	IMPACTO DE LOS ERRORES DE IDENTIFICACIÓN SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE , LA GESTION CLINICA Y LA ORGANIZACION.
3	8	COLESTASIS INTRAHEPATICA DEL EMBARAZO: GESTION CLINICA Y MEJORA EN EL PROCESO ASISTENCIAL
4	9	LA GESTION CLINICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LOS ERRORES EN EL PROCESO ANALITICO DEL LABORATORIO CLINICO
5	11	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: SIN PARTICIPACIÓN NO HAY GESTIÓN
6	12	INFUSIÓN INTRADUODENAL DE LEVODOPA/CARBIDOPA EN ENFERMEDAD DE PARKINSON AVANZADA
7	13	12 MESES, 12 CAUSAS POR LAS QUE MOVERNOS POR LOS PACIENTES TODO UN AÑO
8	14	EPISIOTOMÍAS Y DESGARROS GRAVES EN UN HOSPITAL COMARCAL DURANTE 2005-2014
9	16	EVALUACIÓN DEL GRADO DE ADHESIÓN EN LA HIGIENE DE MANOS DE LOS PROFESIONALES UNA UNIDAD HOSPITALARIA
10	17	SUGERENCIAS RECIBIDAS DE PACIENTES/USUARIOS: MEJORA CONTINUA EN UN SERVICIO DE REHABILITACION
11	18	CALIDAD ASISTENCIAL, ASIGNATURA PREGRADO
12	19	ESTRATEGIAS DE MEJORA EN SEGURIDAD DE LA UGCI DE PEDIATRÍA HUPM. CIRCUITO PACIENTE URGENCIAS -HOSPITALIZACIÓN .
13	20	MONITORIZACIÓN LIMPIEZA POR BIOLUMINISCENCIA DE ATP:VISIÓN GLOBAL,INMEDIATA,OBJETIVA DEL GRADO DE LIMPIEZA
14	21	SATISFACCIÓN LABORAL DE LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN UN ÁREA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL
15	22	OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS EN EL TRATAMIENTO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA: DEL INGRESO A LA AMBULATORIZACIÓN
16	23	ESTUDIO PROSPECTIVO SOBRE EL IMPACTO DE LA CIRUGÍA COLORRECTAL EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE ANCIANO
17	25	INDICADORES DE SEGUIMIENTO DE LA SATISFACCIÓN LABORAL. ¿CUÁLES UTILIZAR?
18	26	IDENTIFICACIÓN DE ESTÁNDARES TRANSVERSALES DE LA AGENCIA DE CALIDAD DE ANDALUZA COMO OPORTUNIDAD DE MEJORA INSTITUCIONAL
19	28	RESULTADOS Y MONITORIZACIÓN DE LA IMPLANTACION DE UN PLAN DE MEJORA DE GESTIÓN DE LA DEMANDA EN EL ÁREA DE CONSULTAS
20	29	BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA PREVENIR LA OBESIDAD EN EDAD INFANTIL
21	30	CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, FUNCIONALES Y DE FRECUENTACIÓN DE LA POBLACIÓN FRÁGIL EN EL AGS NORTE DE MÁLAGA
22	31	IMPLEMENTACIÓN NUEVOS CIRCUITOS Y ESPACIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS FACILITANDO UNA ASISTENCIA CERCANA Y DE CALIDAD
23	32	BENEFICIOS DE LA APLICACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN DE LA EXCELENCIA EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA
24	33	PROYECTO KIRUBIDE. MODELO DE ATENCIÓN QUIRÚRGICA INTEGRADA
25	34	IMPLEMENTACION ALTA, DE CONSULTAS DE REVISIÓN Y SEGUIMIENTO TEMPRANAS PARA DISMINUIR LOS REINGRESOS Y COMPLICACIONES
26	35	IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN UNA UNIDAD DE MEDICINA Y CIRUGÍA EXPERIMENTAL
27	36	MIDIENDO LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE UN INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA: LA NECESIDAD DE ESTANDARIZAR CRITERIOS
28	37	GESTIÓN MATRICIAL APLICADA A UNA ORGANIZACIÓN DE INVESTIGACIÓN SANITARIA
29	38	ESCUELA DE ESCOLIOSIS
30	39	BACRA: HERRAMIENTA PARA BUSCAR QUE NOS SE REPITAN LOS MISMOS INCIDENTES DE SEGURIDAD EN HOSPITALES Y ATENCIÓN PRIMARIA
31	40	DISEÑO DE UN INDICADOR SINTÉTICO DE CALIDAD PARA UNIDADES DE GESTIÓN CLINICA HOSPITALARIAS
32	41	EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE AISLAMIENTO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA HOSPITALARIA
33	42	COLISTINA INHALADA EN PACIENTES CON BRONQUIECSTASIAS SIN FIBROSIS QUÍSTICA Y AISLAMIENTO DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA

PAG.	ID	TÍTULO
34	43	CASO CLÍNICO:DISPOSITIVO VENOSO PERIFÉRICO LARGO EN LACTANTE CON NECESIDAD DE TERAPIA IV DE LARGA DURACIÓN
35	44	APÚNTATE UN TANTO
36	45	EDUCACIÓN SANITARIA: ATENCIÓN AL PACIENTE PORTADOR DE CÁNULA, DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN EL HUV.MACARENA
37	46	EVALUACION DE UN PAQUETE DE MEDIDAS DE SEGURIDAD CLINICA EN ARTROPLASTIA DE CADERA
38	47	ANALISIS DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR EL CIUDADANO EN UNA CONSULTA DE HEMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL COMARCAL
39	48	DESARROLLO DE UNA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA INFANTIL EN UN HOSPITAL DE NIVEL 1: UN TRABAJO DE EQUIPO
40	49	UN PASO MAS EN LA GESTION: INDICADORES DE CALIDAD EN LA UGC DE OTORRINOLARINGOLOGIA
41	50	VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA PARA EVALUAR PRÁCTICAS DE RECURSOS HUMANOS DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTENSIVA
42	51	MANEJO DE LA COMUNICACIÓN: PACIENTES CON TRAQUEOSTOMIA
43	52	PLANIFICACION AL ALTA DE PACIENTES PORTADORES DE CANULAS: EQUIPO MULTIDISCIPLINAR
44	53	CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA DE LOS PACIENTES CRONICOS DE ALTA COMPLEJIDAD Y SU RELACIÓN CON LAS ESCALAS FUNCIONALES
45	54	LAS TICS COMO HERRAMIENTA PARA LA TRASFORMACIÓN DEL MODELO SANITARIO. UNA REALIDAD EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA.
46	55	LAS CONSULTAS NO PRESENCIALES EN SALUD MENTAL SON EFICIENTES Y MEJORAN LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES
47	56	IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL: NORMA UNE-EN-ISO 14001:2004. DIFICULTADES Y VENTAJAS ENCONTRADAS
48	57	GESTIÓN CLÍNICA EN EL PROCESO DE LA QUIMIOTERAPIA ORAL EN UN SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL ONCO-HEMATOLÓGICO
49	58	EVALUACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS DEL HOSPITAL IBERMUTUAMUR AL AÑO DE SU IMPLEMENTACIÓN.
50	60	EFICIENCIA Y SEGURIDAD DE UN SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CARDIOQUIRÚRGICO.
51	61	SATISFACCION DEL PACIENTE, LA BASE DE UN HOSPITAL
52	63	ANÁLISIS PARA LA MEJORA DE LA EFICIENCIA EN UN CENTRO HOSPITALARIO
53	64	CAUSAS DE LAS INASISTENCIAS A LAS CONSULTAS DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL Y PROPUESTAS DE MEJORA
54	65	QUIZÁ. UNA APP PARA IMPLICAR A LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL EN SU TRATAMIENTO FAVORECIENDO SU RELAJACIÓN
55	66	POTENCIANDO LA ATENCIÓN COMUNITARIA
56	67	EFICACIA EN EL MANEJO DEL DOLOR EN URGENCIAS
57	68	PREVECIÓN DE RIESGOS LABORALES Y DESFIBRILADORES EXTERNOS SEMIAUTOMÁTICOS EN ANDALUCÍA
58	69	PREVALENCIA DEL USO DE FILTROS SOLARES EN LAS PISCINAS
59	70	UNE-EN ISO 14971. APLICACIÓN DE LA GESTIÓN DE RIESGOS A LOS PRODUCTOS SANITARIOS
60	71	CONCILIACION DE LA MEDICACION: IMPLANTACION DE AREAS DE MEJORA EN LA UGC DE OTORRINOLARINGOLOGIA DEL HUV.MACARENA.
61	72	UNIDAD DE ATENCION AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO: FLUJO DE PACIENTES. CONTINUIDAD ASISTENCIAL
62	73	IMPORTANCIA DE LA PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES EN LA INSERCIÓN DE LOS CATÉTERES
63	74	CONCORDANCIA DE LOS VALORES ÉTICOS ENTRE PACIENTES Y PROFESIONALES EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS
64	75	AUTOTRASFUSIÓN AUTÓLOGA CON PREDEPÓSITO: EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERIA
65	76	IMPLANTACION 5S FISICAS EN EL AREA SANITARIA: GESTIÓN DE TIEMPO, ESPACIOS Y MATERIALES EN SERVICIOS CLÍNICOS
66	77	ELABORACIÓN DE UN MAPA DE RIESGOS EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA (UGC) DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL (COMF)

PAG.	ID	TÍTULO
67	79	IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE ACCIONES FORMATIVAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN ÁREA QUIRÚRGICA
68	80	OPORTUNIDAD PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DE UN HOSPITAL MEDIO
69	81	LA SEDACION CON SEVOFLURANO INHALADO FUERA DE LOS QUIROFANOS: ADAPTACION Y SOLUCION DE PROBLEMAS EN LA UCI PEDIATRICA.
70	82	IMPACTO DEL SINASP SOBRE LA TRANSPARENCIA EN LA GESTIÓN
71	83	ESTUDIO SOBRE LOS VALORES ÉTICOS Y LA ASERTIVIDAD DE LOS PROFESIONALES DE LAS UNIDADES MEDICALIZADAS DE LA REGIÓN
72	84	SENSIBILIZACIÓN ANTE EL RUIDO AMBIENTAL HOSPITALARIO
73	85	RECLAMACIONES: LA VOZ DE LOS USUARIOS EN LA GESTIÓN CLÍNICA. ANÁLISIS 2014-2015
74	86	ADECUACIÓN DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN APENDICECTOMÍA E INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO: ESTUDIO DE COHORTES PROSPECTIVO
75	87	CICLO DE MEJORA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA QUE ATIENDE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS: INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS
76	88	LA CALIDAD PERCIBIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A REHABILITACIÓN CARDIACA
77	90	POKER DE ASES CON COMODIN: MAYOR EFICIENCIA CON PLANTILLA ADECUADA
78	91	PROCEDIMIENTO GENERAL DE GESTIÓN DE ALOINJERTO OSTEO/TENDINOSO EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
79	92	SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA
80	93	ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN DE LAS DETERMINACIONES FARMACOCINÉTICAS EN UN HOSPITAL DE CRÓNICOS Y LARGA ESTANCIA
81	94	ABORDAJE DEL DOLOR EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
82	95	DISEÑO DE UN CUADRO DE MANDO PARA UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA)
83	96	FUNCIONES, COMPETENCIAS Y RESPONSABILIDADES DE LA DIRECCION Y LINEA EJECUTIVA
84	97	ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN Y EL CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE OURENSE SOBRE LA UNIDAD DE CALIDAD Y SUS PROGRAMAS
85	98	PROTOCOLO PARA REVISIÓN DE PACIENTES POLIMEDICADOS COMO HERRAMIENTA DE SOPORTE AL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA
86	99	ISESSIONS UNA HERRAMIENTA TIC PAR COMPARTIR INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO ENTRE PROFESIONALES
87	100	EL RUIDO SE PUEDE CONTROLAR EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
88	101	RENDIMIENTO DEL USO DE LAS NUEVAS TIC EN LA CONSULTA DEL PEDIATRA DE ATENCION PRIMARIA
89	102	LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL RIESGO DE EMPEORAMIENTO PACIENTE PEDIÁTRICO INGRESADO, ASPECTO CLAVE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
90	103	CONSOLIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO ENFERMERO DEL RIESGO DE ASPIRACIÓN EN LA PRÁCTICA DIARIA DE LOS CUIDADOS EN LA FSM
91	104	INTEGRACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA HOSPITALARIA EN LA APLICACIÓN PARA DISPOSITIVOS MÓVILES RECUERDAMED
92	105	SISTEMA DE TRABAJO PARA PRIORIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO NEONATAL EN UN HOSPITAL MADRILEÑO DE TERCER NIVEL
93	106	ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS: OTRO PASO MÁS EN LAS COMPETÊNCIAS DEL MÈDICO DE FAMILIA
94	107	ESTUDIO SOBRE LOS VALORES ÉTICOS EN LOS USUARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA REGIÓN
95	111	ENFERMERA GESTORA DE CASOS PEDIÁTRICA: HISTORIA DE UNA FAMILIA.
96	112	EVOLUCIÓN DE LAS RECLAMACIONES DE LOS USUARIOS SANITARIOS DE UN COMPLEJO HOSPITALARIO. PERIODO 2005 – 2014
97	113	MEJORA DE LA EFICIENCIA DEL SISTEMA SANITARIO A TRAVES DE LA MEJORA EN LA COMUNICACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES
98	114	EL SISTEMA DE INFORMACIÓN HOSPITALARIO COMO HERRAMIENTA PARA GESTIONAR LA DOTACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS
99	115	IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN DE UN GERIATRA EN LA PRESCRIPCIÓN DEL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO: PROYECTO PILOTO

PAG.	ID	TÍTULO
100	117	INNOVANDO PARA MEJORAR: IMPACTO DE UN PROGRAMA FORMATIVO PARA EL REGISTRO DE LA PRESTACIÓN DE CUIDADOS_PRIMERA FASE
101	118	NECESIDAD DE UN CUADRO DE MANDOS COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
102	119	INFLUENCIA DE LA IMPLANTACION DEL PAI EN LOS RESULTADOS DE LA UGC DE NEFROLOGIA. ANALISIS DE LOS ACCESOS VASCULARES
103	120	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UNA NUEVA HERRAMIENTA ELECTRÓNICA
104	121	OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS EN EL DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN UN ÁREA SANITARIA.
105	122	CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN DIFERENTES TRANSICIONES ASISTENCIALES
106	123	FALLOS DE SEGURIDAD: EVALUACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN HEMODIÁLISIS
107	124	ADMINISTRACIÓN PARENTERAL DE FÁRMACOS EN NEONATOLOGÍA
108	125	AUDITORIA CLÍNICA (AC) PARA MEDIR LA VARIABILIDAD CLÍNICA DEL PROCESO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPI-CA
109	126	EL MARCADOR POA (PRESENT ON ADMISSION) COMO INDICADOR DE RESULTADOS DE SEGURIDAD DEL PA-CIENTE EN EL HOSPITAL
110	128	ALGORITMO DE CUIDADOS EN HIPOTERMIA NEONATAL INDUCIDA
111	129	PAPEL DE LA ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ASMA GRAVE
112	131	PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DE UN PROGRAMA DE ANTICOAGULACIÓN ORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA
113	132	GESTIÓN DE LA DEMANDA ANALÍTICA APLICADA AL PROCESO DE ATENCIÓN AL EMBARAZO NORMAL Y PUER-PERIO.
114	133	PILOTAJE DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA SALA DE ENDOSCOPIA.
115	134	GESTIÓN DE LOS FÁRMACOS TERMOLÁBILES. CONTROLAMOS LA CADENA DEL FRIO?
116	135	DOLOR: UNA PREOCUPACIÓN PARA LOS PACIENTES POSTOPERADOS DE CIRUGÍA CARDÍACA.
117	137	TRASFORMACIÓN DEL MODELO SANITARIO CON LA IMPLANTACIÓN DE SERVICIOS NO PRESENCIALES
118	138	BLOG: "APRENDIENDO A CUIDAR". UN EJEMPLO DE TIC, QUE MEJORA LA EFICIENCIA DEL SSPA
119	139	IMPLICACIÓN Y COMPETENCIAS DE FISIOTERAPIA EN LA PREVENCIÓN TRAS LA CIRUGÍA DE MAMA CON LINFADENECTOMÍA
120	140	ENTREVISTA PREQUIRÚRGICA.LA INFORMACIÓN COMO ELEMENTO PARA AUMENTAR LA SEGURIDAD Y DISMI-NUIR LA ANSIEDAD.
121	141	EXPERIENCIA Y RESULTADOS DEL GRUPO DE EXPERTOS EN IDENTIFICACIÓN ACTIVA A LAS PERSONAS ATENDI-DAS EN LA FSM EN EL 2015
122	142	ADECUACION DEL USO DE ABSORBENTES EN UN AGS
123	143	HÁBITOS DE HIGIENE ORAL Y ESTADO DE SALUD ORAL EN EL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO
124	144	FLEXIBILIDAD PARA EL ÉXITO: FORMACIÓN EN COMUNICACIÓN 3.0 Y REDES SOCIALES
125	145	COMISIÓN CENTRAL DE CALIDAD. EL CAMINO HACIA LA EFICIENCIA HOSPITALARIA
126	146	LAS TIC EN LA MEJORA DE LAS COBERTURAS VACUNALES
127	148	EJEMPLO DE GESTION EFICIENTE: UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE HERIDAS CRONICAS DEL HOSPITAL PUERTA DE HIERRO DE MADRID
128	149	MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD Y CUIDADOS ENFERMEROS EN UNA UCI DE TERCER NIVEL.
129	150	CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO AL PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO DE CARACTERÍSTICAS CARDÍACAS EN UN HARE.
130	151	COMO MEJORAR LA ASISTENCIA A LA PARADA CARDÍACA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE NUEVA CREA-CIÓN.
131	153	DESARROLLO DE UNA MEDIDA TIPO PROM (PATIENT REPORT OUTCOME) EN PANCREATITIS
132	154	MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA POR EXPLOTACIÓN INFORMÁTICA DE DATOS DE LA HISTORÍA CLÍNICA
133	155	GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA. UN ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR
134	156	DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE PAPEL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS CON LA INTRODUCCIÓN DE UNA NUE-VA HERRAMIENTA INFORMÁTICA

PAG.	ID	TÍTULO
135	157	UTILIDAD DE UN CUADRO DE MANDO DE INDICADORES DE ACTIVIDAD Y CALIDAD PARA IDENTIFICAR OPORTUNIDADES DE MEJORA
136	158	AUDIT DE HISTORIAS CLÍNICAS EN UNA MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL. COMPARATIVA 2014 Y 2015.
137	159	MARCO EVALUATIVO PARA ORGANIZACIONES INTEGRADAS: LA EXPERIENCIA DE LA RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA (RSMB)
138	160	EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR CÓDIGO DE BARRAS EN UN HOSPITAL DE DÍA
139	161	EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO
140	162	LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD Y LA METODOLOGÍA KANO PARA CONOCER LOS REQUISITOS DE PACIENTES EN UNA UNIDAD DE QUEMADOS
141	163	AUTOEVALUACIÓN DEL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL DOLOR EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA
142	164	TRABAJO EN EQUIPO, MEJORA CUALITATIVA.
143	165	ORDENAR LOS RESULTADOS DE LAS GUÍAS CLÍNICAS EN UN CUADRO DE MANDO PARA SU GESTIÓN CLÍNICA. UNA PROPUESTA
144	166	UNA NUEVA FORMA DE TRABAJO EN EQUIPO ENTRE SERVICIOS ASISTENCIALES Y NO ASISTENCIALES
145	167	CUIDANDO DE LOS PACIENTES MÁS FRÁGILES
146	168	LA ENTREVISTA COMO INSTRUMENTO PARA CONOCER DE LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS EN LAS UNIDADES DE CIRUGÍA SIN INGRESO
147	169	UNA NUEVA ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN
148	170	PLAN DE MEJORA DEL CAMBIO DE TURNO DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN
149	171	UNA METODOLOGÍA DIFERENTE PARA MEJORAR CÓMO INFORMAR A NUESTROS PACIENTES
150	172	LLEGO EL FINAL: ¿ME PODEIS AYUDAR?
151	173	DIFICULTADES Y MEJORAS EN LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO
152	174	SISTEMATIZACIÓN EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL Y SU AREA, DE LA RAPIDA RESPUESTA ANTE ALERTAS SANITARIAS INFECCIOSAS
153	175	EVALUACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS POR FÁRMACOS DE RECIENTE COMERCIALIZACIÓN Y SEGUIMIENTO ADICIONAL
154	176	ESTRATEGIA DE LA GESTIÓN DEL RIESGO.UTILIZACIÓN DE LA METODOLOGÍA AMFE EN UNA MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL
155	177	EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE CON EL BANCO DE TEJIDOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE
156	178	IMPACTO ECONÓMICO DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE LA DEMANDA ANALÍTICA EN UN LABORATORIO DE UN HOSPITAL DURANTE TRES AÑOS
157	179	¿SIRVEN LOS ANÁLISIS CAUSA RAÍZ PARA SOLUCIONAR PROBLEMAS ASISTENCIALES?
158	180	SISTEMAS DE INFORMACION COMO HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD PERCIBIDA DE PACIENTES Y FAMILIARES
159	181	ANÁLISIS 2015 DE LOS PACIENTES QUE HAN RECIBIDO QUIMIOTERAPIA ENDOVENOSA 30 DIAS ANTES DEL ÉXITUS
160	182	PSIQUIATRÍA COMUNITARIA HOSPITALARIA EN LA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y DURADERA: DISPOSITIVOS PARA LA REINSERCIÓN SOCIAL
161	183	PRÁCTICAS DE MEJORA EN LA GESTIÓN DE PERSONAS
162	184	INCIDENCIA DE CAIDAS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LA GUIA DE BUENAS PRÁCTICAS REGISTERED NURSES'ASSOCIATION OF ONTARIO-RNAO
163	185	IDENTIFICACIÓN Y ETIQUETADO DE MEDICAMENTOS CON MAYOR RIESGO DE CONFUSIÓN POR SU SIMILITUD EN SU NOMENCLATURA
164	186	COORDINACIÓN MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCIÓN A LA PARADA CARDIORESPIRATORIA
165	187	EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE REDUCCIÓN DE PACIENTES TRANSITORIAMENTE NO PROGRAMABLES.
166	188	IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA BASADA EN LA EVIDENCIA: LACTANCIA MATERNA. NUESTRA EXPERIENCIA
167	189	GENERADOR AUTOMÁTICO DE CUADROS DE MANDO PARA GESTIÓN CLÍNICA

PAG.	ID	TÍTULO
168	190	EL CRIBADO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA... ¿TAREA DE MÉDICOS O ENFERMERAS?
169	191	ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN PARA LA MEJORA DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
170	192	CUADRO DE MANDO DE DERIVACION ASISTENCIAL PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN INTERNIVELES Y LA GESTIÓN CLÍNICA
171	193	ANÁLISIS DE LAS FALLECIMIENTOS EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA: ¿SE MUEREN NUESTROS PACIENTES ESPERANDO?
172	194	CALIDAD PERCIBIDA DEL SERVICIO COORDINADOR DE URGENCIAS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRA-HOSPITALARIO (SUE)
173	195	EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA DE LA PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA: 'JUNTOS AVANZAMOS MÁS RÁPIDO'.
174	196	PADRES Y PROFESIONALES ANTE LOS PROCEDIMIENTOS INVASIVOS DE LA UCI PEDIÁTRICA: ¿QUÉ QUEREMOS HACER?
175	197	CALIDAD PERCIBIDA DE LOS USUARIOS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS (SUAP/CUE)
176	199	SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON EL TRASNPORTE SANITARIO URGENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO
177	200	CONTINUIDAD ASISTENCIAL ATENCION DOMICILIARIA PEDIÁTRICA-EQUIPOS DE EMERGENCIA 061: NUEVAS HERRAMIENTAS
178	201	CIRCUITO DE ATENCIÓN PRIORITARIA EN URGENCIAS A LOS PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL
179	202	ANÁLISI MODAL DE FALLOS Y EFECTOS (AMFE) APLICADO AL PROCESO DE TRIAJE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS
180	203	PROCESO DE ATENCIÓN SOCIAL A LOS PACIENTES AGUDOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL DE PARLA
181	204	FRAGILIDAD EN PERSONAS MAYORES EN TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA
182	205	DE LA GUIA A LA VIA ASISTENCIAL
183	206	DESPLIEGUE DEL MODELO DE ACREDITACIÓN DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CATALUNYA
184	207	LA ACTIVACIÓN DE PACIENTES EN EL PROGRAMA DE FORMACION ENTRE IGUALES
185	208	EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA ASISTENCIAL CON IEXPAC EN UNA POBLACIÓN CON TRASTORNO MENTAL GRAVE DE EVOLUCIÓN CRÓNICA
186	209	RELACIONANDO LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CON LOS VALORES DE NUESTRA ORGANIZACIÓN.
187	210	EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO ADQUIRIDO TRAS SESIÓN FORMATIVA SOBRE ANTIBIOTERAPIA EN PACIENTES ALÉRGICOS A BETALACTÁMICOS
188	211	EVALUACIÓN DE UNA ESTRATEGIA FORMATIVA ENTRE IGUALES PARA PACIENTES CON FIBROMIALGIA.
189	212	INTEGRACIÓN DE LA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS: EL PROCESO DE SELECCIÓN
190	213	CONOCER EL USO DE LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS HOSPITALARIAS, UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA.
191	214	EVALUACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON NECESIDADES PALIATIVAS EN DOS ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS
192	215	AUTONOMIA DE DECISION DE LOS PACIENTES-DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS
193	216	DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN PLAN EVACUACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
194	217	TRABAJANDO JUNTOS, EN CONTRA DEL RUIDO
195	218	PONER EN VALOR LA GESTIÓN Y ACOGIDA DE PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LA CAPTACIÓN DEL TALENTO
196	220	MANTENER LA CALIDAD EN UNA UNIDAD DE PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO, MÁS DIFÍCIL QUE ALCANZARLA.
197	221	APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ATENDIDAS EN LA UGC: UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.
198	222	ANÁLISIS DEL GRADO DE SATISFACCIÓN Y NECESIDAD DE LA SESIÓN FORMATIVA "CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE LA INFUSIÓN DE PH'
199	223	OSAKIDETZA BUSSINES INTELLIGENCE, REAL WORLD DATA HECHO REALIDAD EN OSAKIDETZA
200	225	¿ES ÚTIL EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE LA AHRQ PARA LA DETECCIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA?
201	226	DESARROLLO DE UN CUADRO DE MANDOS PARA UNA UNIDAD DE GESTIÓN DE NEFROLOGÍA
202	227	FORMULARIOS UNIFICADOS Y COMPARTIDOS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

PAG.	ID	TÍTULO
203	228	GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA CONSULTA PREQUIRÚRGICA PARA PACIENTES GINECOLÓGICAS
204	229	EVOLUCIÓN DE LAS ACCIONES PARA PRESERVAR MEDICAMENTOS TERMOLÁBILES EN CENTROS DE URGENCIA EXTRAHOSPITALARIOS
205	230	EJERCICIO FÍSICO PARA PREVENIR LAS CAÍDAS EN PACIENTES FRÁGILES
206	231	SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROCESO DE INMUNIZACIÓN
207	232	NUEVOS MODELOS DE GESTION EN LA SALUD PUBLICA DE ANDALUCÍA
208	235	ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE AHORRO TRANSFUSIONAL EN UN HOSPITAL
209	236	LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA: J
210	237	ACCIONES FORMATIVAS EN MANEJO DE ACCESOS VENOSOS CENTRALES SUBCUTÁNEOS EN RESPUESTA A NECESIDADES DE PORTADORES
211	238	DETECCION DE ALTERACIONES EN EL "GENOMA" DE LA UNIDAD DE GESTION CLÍNICA MEDIANTE LA AUDITORIA DE HISTORIAS CLÍNICAS
212	240	HERRAMIENTAS PARA REFERENTES DE CALIDAD
213	241	USO DE LA REALIDAD VIRTUAL EN LA LESION MEDULAR
214	244	ANALISIS Y PLAN DE MEJORA DEL PROCESO DE COLONOSCOPIAS AMBULATORIAS
215	246	RETRIAJE DE PACIENTES EN BOXES DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE 3º NIVEL. IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO PROTOCOLO.
216	248	CUMPLIMENTACION DE LOS INFORMES DE ALTA POR LOS RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO
217	249	HERRAMIENTAS ÁGILES DE GESTIÓN DE RIESGOS EN UNA CRISIS DE SALUD PÚBLICA POR EL BROTE DE ENFERMEDAD POR VIRUS ÉBOLA
218	250	DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCION DE LA NEUMONIA POR ASPIRACION EN ADULTOS
219	251	ADAPTACIÓN DEL BUSINESS MODEL CANVAS (BMC) COMO HERRAMIENTA DE MICROGESTIÓN DE UN SERVICIO CLÍNICO ASISTENCIAL
220	252	EL GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ANÁLISIS DE INCIDENTES: UNA PROPUESTA PARA INCREMENTAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO
221	253	HEMOVIGILANCIA
222	254	USO DE FÁRMACOS EN CONDICIONES DISTINTAS A LAS AUTORIZADAS: SITUACIÓN ACTUAL EN EL HOSPITAL
223	255	MEJORANDO LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENCIAS
224	256	EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA PARA AUMENTAR LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA
225	257	LA SEGURIDAD DEL PACIENTE A TRATAMIENTO CON ECMO
226	258	MORIR CON DIGNIDAD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS
227	259	VALORACIÓN DE PROTOCOLO FAST-TRACK POR PARTE DEL PACIENTE: ¿ES POSIBLE CONJUGAR EFICIENCIA CLÍNICA CON SATISFACCIÓN?
228	260	COMPARATIVA EN LA CUMPLIMENTACION DE INFORMES DE ALTA ENTRE RESIDENTES PRIMER Y SEGUNDO AÑO
229	261	BUSCANDO ÁREAS DE MEJORA AUDITANDO EL COMITÉ DE TUMORES DE MAMA DEL HRJC SEGÚN RECOMENDACIONES DEL NHS
230	262	GESTIÓN POR PROCESOS COMO HERRAMIENTA PARA LA MEJORA CONTINUA/ MACROPROCESO ASISTENCIAL.
231	263	GESTIÓN UNIFICADA DE LOS CARROS DE PARADA HOSPITALARIOS MEDIANTE LA ELABORACIÓN Y PILOTAJE DE UN TRIPLE PROTOCOLO
232	264	APLICACION DE UNA NUEVA HERRAMIENTA DE VALORACION DEL RIESGO VASCULAR
233	265	SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE COMO PROCESO ESTRTEGICO DE LA ORGANIZACIÓN
234	266	SEIS AÑOS GESTIONANDO POR PROCESOS: BUSCANDO LA EXCELENCIA
235	267	TÉCNICA DE IMPLANTE DE LA VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER (TAVI): ¿ESTÁN SATISFECHOS NUESTROS PACIENTES?
236	268	AVISO [M!]: SEÑALANDO PACIENTES CON MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA. IMPLANTACIÓN.
237	269	EVALUACIÓN PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2015 DE LA FUNDACIÓ SANITÀRIA MOLLET
238	270	HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. COORDINADORES DE GESTIÓN DE INSTITUTOS: EL CAMBIO DEL YO AL NOSOTROS. PROCESO ENRIQUEZEDOR

PAG.	ID	TÍTULO
239	271	¿QUÉ NOS APORTAN LOS GRUPOS FOCALES PARA LA SEGURIDAD DE NUESTROS PACIENTES?
240	272	EVALUACIÓN Y MEJORA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS PARA REDUCIR COMPLICACIONES DE LAS VÍAS VENOSAS EN HOSPITALIZACIÓN
241	273	ESTUDIO DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA: MANEJO DEL DOLOR EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA
242	274	LA ATENCIÓN INTEGRADA EN LA COMUNIDAD: UN RETO PARA LA GESTIÓN CLÍNICA
243	275	APOYO A UGCS EN EL DISEÑO Y DESPLIEGUE DE PLANES DE SEGURIDAD: EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DE CALIDAD DEL H.U. REINA SOFÍA
244	276	LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA: LUCES Y SOMBRAS EN SU IMPLANTACIÓN
245	277	LA EXPERIENCIA DE PACIENTES CRÓNICOS EN LA RELACIÓN CON EL PERSONAL Y SERVICIOS SANITARIOS EN ANDALUCÍA.
246	278	¿TRABAJAS CON EVIDENCIA O CREAS EVIDENCIA?
247	279	APRENDER CONCURSANDO: LA DIMENSIÓN LÚDICA DE LA SEGURIDAD
248	280	CARACTERÍSTICAS DEL CÓDIGO CORAZÓN EN EL CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS DEL SAMU-ASTURIAS DURANTE EL AÑO 2015
249	281	IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS EN RADIODIAGNÓSTICO: AMFE
250	282	ANÁLISIS DE LAS CAIDAS ACCIDENTALES EN EL HOSPITAL DE MOLLET EN EL AÑO 2015
251	284	ESTUDIO EVOLUTIVO DE LAS NOTIFICACIONES DE INCIDENTES SIN DAÑO Y MEJORAS PROPUESTAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL
252	285	SEGURIDAD EN UN CENTRO DE SALUD ANTE UN POSIBLE CASO DE ÉBOLA
253	286	CONSOLIDACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN HOSPITALARIO SOBRE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD EN PACIENTES
254	287	UTILIDAD DE LA ENCUESTA MNA EN EL DIAGNOSTICO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA.
255	288	ENTREVISTA FAMILIAR PARA LA PETICIÓN DE DONACIÓN DE ÓRGANOS
256	289	FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LOS CARROS DE SOPORTE VITAL DEL HOSPITAL DE MOLLET DEL VALLES
257	290	CMBD EN DIRAYA ATENCIÓN HOSPITALARIA: UTILIDAD PARA ENFERMERÍA
258	292	LA COMUNICACIÓN EN LA GESTIÓN POR PROCESOS FUNDAMENTADA EN LEAN HEALTHCARE
259	293	UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ASMA GRAVE DE EXCELENCIA
260	294	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD AL PACIENTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL.
261	295	CREACIÓN DE UN CUADRO DE MANDO POR PROCESOS
262	296	'INTERVENCION PARA FOMENTAR EL LIDERAZGO EN PRO DE LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL"
263	297	METODOLOGÍA LEAN EN SANIDAD. USO DEL DIAGRAMA DE ISHIKAWA EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA(U-GC) DE OFTALMOLOGÍA
264	298	GESTION POR ENFERMERIA DE LOS PACIENTES PORTADORES DE DESFIBRILADORES IMPLANTABLES A TRAVES DE LA TELEMEDICINA
265	299	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN PARA VALIDACIÓN DE TÉCNICA "POINT OF CARE" TRAS COMUNICACIÓN DE INCIDENTES POR CLIENTES INTERNOS
266	300	DERECHOS ARCO: REDISEÑO DEL PROCESO DE ACCESO A LOS DATOS DE SALUD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL
267	301	CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES ANTE LOS NUEVOS FÁRMACOS ANTICOAGULANTES
268	302	NO MAS MIEDOS
269	303	CONSULTA NO PRESENCIAL EN LA PATOLOGÍA DEL TRACTO GENITAL INFERIOR: INNOVACION PARA LA MEJORA DE LA EFICIENCIA
270	304	INSUFICIENCIA CARDIACA (IC): NUEVO MODELO DE ATENCIÓN DIAGNOSTICA INTEGRADA
271	305	ESTUDIO DE LA ASERTIVIDAD EN LOS ENFERMEROS EN LA REGIÓN DE MURCIA
272	306	CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA CON MACROMOLÉCULAS FLUORINADAS: ¿REDUCE OCLUSIONES/TROMBOSIS VENOSAS PROFUNDAS?
273	307	METODOLOGÍA LEAN COMO HERRAMIENTA PARA EL REGISTRO DE INCIDENTES EN UN SERVICIO DE FARMACIA

PAG.	ID	TÍTULO
274	308	IMPLEMENTACIÓN DE LAS TICS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO. APLICACIÓN PARA MÓVIL "QUIMIOAYUDA".
275	309	EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE REGORAFENIB EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO
276	310	IMPORTANCIA IDENTIFICACIÓN CRITERIOS DE COMPLEJIDAD EN PACIENTES ATENDIDOS POR ENFERMERAS GESTORAS CASOS HOSPITALARIAS
277	311	IMPLANTACIÓN DEL HEMOCOD COMO SISTEMA DE SEGURIDAD EN EL PROCESO TRANSFUSIONAL
278	312	TRASLADO DE UNA UNIDAD DE RADIOFARMACIA CON AMPLIACIÓN DE PRESTACIONES Y MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACIÓN ISO 9001:2008
279	313	EL DAFO APLICADO A LA OBTENCIÓN DE PROPUESTAS DE MEJORA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA CONCILIACIÓN FARMACOLÓGICA
280	314	CONTROL Y VALIDACION DE TEMPERATURA DE MEDICAMENTOS TERMOLÁBILES DURANTE EL TRANSPORTE INTERCENTROS
281	316	PLANES DE CONTINGENCIA INFORMÁTICA QUE ASEGURAN LA CONTINUIDAD DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE
282	317	ACREDITACIÓN JOINT COMMISSION INTERNACIONAL EN HOSPITAL UNIVERSITARIO LA ZARZUELA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO LA MORALEJA
283	318	PROGRAMA DE COOPERACIÓN QUIRÚRGICA ENTRE HOSPITALES PÚBLICOS
284	319	MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN DOS PLANTAS DE HOSPITALIZACION
285	320	PROYECTO MULTIDISCIPLINAR PARA MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL TRAS UNIFICACION DE DOS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS
286	321	CALIDAD Y SATISFACCIÓN CON EL BLOQUE QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CECILIO. LA PERSPECTIVA DEL CLIENTE INTERNO.
287	322	IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN BASADO EN LA NORMA ISO 27001
288	323	MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE EXTERNO EN UN SADC: COMPARATIVA 2014 -2015
289	325	EVALUACIÓN DE INDICADORES DE SEGURIDAD TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE UN PROYECTO DE CAMBIO. CREANDO CULTURA DE SEGURIDAD
290	326	SILICON: PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA (CHUAC) ¿DONDE ESTAMOS?
291	327	ESTRATEGIA PARA LA TRANSICIÓN DE NORMA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DE UNA EOXI
292	328	EVALUACIÓN DE RESULTADOS. IMPLANTACIÓN PLAN DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL PACIENTES FRÁGILES EN URGENCIAS H.DE MONTILLA
293	329	INTERVENCIONES DE LAS ENFERMERAS ACREDITADAS POR ACSA PARA EL MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO
294	330	LA PARTICIPACIÓN Y VISIÓN DE LA CIUDADANÍA MEJORA LA ACCESIBILIDAD A LOS CENTROS SANITARIOS DE LA AXARQUÍA
295	331	EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LAS HERIDAS CRÓNICAS DE EXTREMIDAD INFERIOR EN UN ÁREA SANITARIA
296	332	ESTRATEGIA PARA APRENDER A PREVENIR
297	334	HUMANIZACION EN QUIRÓFANO.CESÁREA CON ACOMPAÑANTE
298	335	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN LOS INFORMES AL ALTA DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA
299	336	10 AÑOS DE DESARROLLO COMPETENCIAL DE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL SSPA
300	337	APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN EL QUIRÓFANO DE LA UNIDAD DE QUEMADOS.
301	338	85 MANUALES PARA LA ACREDITACIÓN DE LA COMPETENCIA PROFESIONAL
302	339	CATÁLOGO DE EVENTOS ADVERSOS IDENTIFICADOS EN UNA UCI POLIVALENTE
303	340	EL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD Y EL TRABAJO EN EQUIPO DE DISTINTOS SERVICIOS CERTIFICADOS. NUESTRA EXPERIENCIA
304	342	REGÍSTRAME, LUEGO EXISTO
305	343	MEDICIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL SONDAJE VESICAL MEDIANTE UNA ENCUESTA
306	345	CALIDAD DOCUMENTAL EN LA REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

PAG.	ID	TÍTULO
307	346	NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DE HOSPITALIZACIÓN MEDICO-QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL DE UN ÁREA DE SALUD
308	347	PROGRAMA DE SOPORTE DE LA ATENCIÓN PRIMARIA TERRES DE L'EBRE A LAS RESIDENCIAS DEL GRUPO L'ONADA
309	348	CREACION E IMPLANTACION DE LA UNIDAD DE EDUCACION TERAPEUTICA Y PRUEBAS FUNCIONALES DE ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA
310	349	NUEVAS FORMAS DE ATENCIÓN PARA HUMANIZAR LOS SERVICIOS DE URGENCIAS
311	350	METODOLOGIA PARA OBTENER UNA APROXIMACIÓN AL TIEMPO DE FRUSTACIÓN
312	352	CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROFESIONALES Y AUXILIARES DE ENFERMERIA Y VARIABLES CORRELACIONADAS.
313	353	DESBUROCRATIZACIÓN DE LAS CONSULTAS MEDIANTE LA VIRTUALIZACIÓN.
314	354	IMPLANTACIÓN Y PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CITAS EN CONSULTAS EXTERNAS HOSPITALARIAS
315	355	ACREDITACIÓN DE EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y GESTIÓN POR PROCESOS FUNDAMENTADA EN LEAN HEALTHCARE
316	356	NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL EN UN ÁREA DE SALUD
317	357	SEGUIMIENTO ASISTENCIAL CONTINUADO EN PACIENTES CRÓNICOS: APLICATIVO 7X24.
318	358	CAUSAS DE LAS PRÁCTICAS DE POCO VALOR EN ATENCIÓN PRIMARIA Y LAS SOLUCIONES PARA EVITARLAS
319	359	BUSCANDO LA EXCELENCIA EN EL CUIDADO. PALIATIVOS EN URGENCIAS HOSPITALARIAS DEL HOSPITAL MORALES MESEGUER DE MURCIA
320	360	EVALUACIÓN DEL GRADO DE ADHESIÓN AL LAVADO DE MANOS DE LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL ÁREA DE SALUD
321	361	ACTUACIONES PARA LA UBICACIÓN TEMPORAL DEL LABORATORIO DE URGENCIAS SIN IMPACTO EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL
322	362	DIRECTIVOS EN ZAPATILLAS: HACIA UN NUEVO ESTILO DE GESTIÓN PARTICIPATIVA.
323	363	EXPERIENCIA LOCAL EN TORNO A SOLUCIONES PARA EL USO SEGURO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO
324	364	CITA PREVIA PARA TRÁMITES ADMINISTRATIVOS
325	366	IMPACTO DE LA APP DE EMERGENCIAS "AYUDA S.O.S."
326	367	IMPLANTACIÓN DE UNA SOLUCIÓN INNOVADORA PARA REDUCIR LA MORBIMORTALIDAD ASOCIADA A LA CADENA DE SUPERVIVENCIA
327	368	CONOCIMIENTO Y NECESIDAD SENTIDA POR LOS MÉDICOS DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA
328	369	¿CLÁSICO O NOVEDAD? APÓSITO INTEGRADO VS APÓSITO TRADICIONAL EN LA SUJECCION DE LAS PICC
329	370	BANCOS DE SANGRE DE CORDON UMBILICAL PARA USO AUTÓLOGO: DAR RESPUESTA A LAS FAMILIAS Y GARANTIZAR LA CALIDAD DEL PROCESO
330	371	ASPECTOS CLAVE PARA MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS
331	372	EL DIRECTIVO A PIE DE CAMA: EL INICIO DE UN CAMBIO CULTURAL
332	373	EVALUACIÓN DE LA UTILIZACION DEL CRIBADO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS POR PULSIOXIMETRIA EN UN HOSPITAL COMARCAL
333	374	CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN DISTRITO SANITARIO ALMERÍA. UN PASO ADELANTE HACIA LA EFICIENCIA
334	375	ROJO, ÁMBAR, VERDE: EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE LOS CONTRATOS DE GESTIÓN
335	376	INFLUENCIA DE LOS CUIDADOS EN EL PROCESO DE LA RELACTANCIA
336	377	EL PACIENTE EN EL EJE DE LA LOGÍSTICA HOSPITALARIA
337	378	UTILIDAD Y GRADO DE SATISFACCIÓN DE UN PLAN FORMATIVO EN CALIDAD Y SEGURIDAD ASISTENCIAL HOSPITALARIA
338	379	EVALUACION EFECTIVIDAD DE PROCESOS ASISTENCIALES CRONICOS, QUIRURGICOS Y ONCOLOGICOS
339	381	PRINCIPALES CUESTIONES DEMANDADAS POR LA MUJER EN LA CONSULTA DE LA MATRONA EN ATENCIÓN PRIMARIA.
340	382	SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO EVIAXA
341	383	MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE SOMETIDO A ECMO EN CUIDADOS INTENSIVOS

PAG.	ID	TÍTULO
342	384	ACREDITACIÓN DEL DEPARTAMENT DE SALUT EN CENTROS HOSPITALARIOS: ASPECTOS VINCULADOS A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
343	385	LA FORMACIÓN DEL PLAN ANDALUZ DE ACCIDENTABILIDAD: DISEÑO Y DESARROLLO SOBRE LA BASE DE PROBLEMAS DE SALUD PRIORIZADOS
344	386	EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE TROMBOPROFILAXIS EN SERVICIOS QUIRÚRGICOS
345	387	MODELO UNE 179003 IMPLANTADO EN 87 CENTROS AMBULATORIOS DE MC MUTUAL EN TERRITORIO ESPAÑOL.
346	388	CONTROL DEL DOLOR CRÓNICO OSTEOMUSCULAR Y NEURÁLGICO POR EL PROPIO PACIENTE CON ANALGESIA INTEGRATIVA
347	389	ESCUELA DE PADRES Y MADRES
348	390	GRADO DE BURNOUT ENTRE LOS PROFESIONALES DE UN HACLE Y VARIABLES PREDICTORAS
349	391	HERRAMIENTA DE AYUDA A LA ATENCIÓN DE CALIDAD DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN UN ÁREA SALUD
350	392	IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN Y TRATAMIENTO PRECOZ DE FIBRILACION AURICULAR COMO FACTOR DE ALTA PREVALENCIA EN ICTUS
351	393	CALIDAD PERCIBIDA Y DETECCIÓN DE ÁREAS DE MEJORA EN UNA CONSULTA DE TRASPLANTE RENAL: ANÁLISIS DE GRUPO FOCAL
352	394	ASISTENCIA INTEGRAL AL PACIENTE FRÁGIL Y SU CUIDADOR (AP, URGENCIAS, CCEE Y HOSPITALIZACIÓN)
353	395	EVALUACIÓN DE LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN EL TRÁNSITO ENTRE NIVELES ASISTENCIALES
354	396	FALLOS DE SEGURIDAD: EVALUACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN DE NEFROLOGÍA
355	397	SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN
356	398	CICLO DE MEJORA EN LA RECOGIDA DE DATOS DE ACCIDENTADOS EN DEPORTES DE MONTAÑA EN URGENCIAS HOSPITALARIAS.
357	399	NECESIDADES NO CUBIERTAS EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO BIPOLAR
358	400	JUNTO A TI
359	401	ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA, EVALUACIÓN MEDIANTE LA ESCALA DE BARTHEL TRAS EL IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA.
360	402	FUNCIONES DEL TSID EN QUIROFANO
361	403	TALLER DE EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO: SATISFACCIÓN DEL USUARIO E IMPACTO EN CONSUMO FARMACOLÓGICO.
362	404	RESULTADO DE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO PSICO 3.1 A LOS TRABAJADORES DE UN HACLE
363	405	ANÁLISIS AMFE APLICADO AL SUBPROCESO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO
364	406	LA ENFERMERA DE ENLACE DA CONTINUIDAD AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA.
365	407	EL PREAISLAMIENTO PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL POR SARM Y OTROS MULTIRRESISTENTES
366	409	RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL Y EL BURNOUT EN EL PERSONAL DE UN HACLE
367	410	UNIDAD DE VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN UNA ZONA COMUN A TRES SERVICIOS: 7º AÑO
368	411	LA REVISTA "TU HOSPITAL": UNA REVISTA DE PACIENTES PARA PACIENTES
369	412	IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA UCI EN LA GESTIÓN DE LAS VISITAS DESPUES DE EVALUAR LA OPINIÓN DE LOS FAMILIARES
370	413	HERRAMIENTAS PARA VALORAR LAS COMPETENCIAS DE UN PROFESIONAL PARA MEJORAR LA CALIDAD DEL SNS
371	415	EL DOLOR COMO OBJETIVO DE CALIDAD: FORMACIÓN EN DOLOR NEUROPÁTICO
372	416	SATISFACCIÓN DEL PACIENTE COMO CRITERIO DE LA CALIDAD ASISTENCIAL
373	418	TRASLADO DE DOS UNIDADES DE CRITICOS A NUEVO HOSPITAL
374	419	EVALUACION DE LA APLICACION DEL CHECK LIST QUIRURGICO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA DE CADERA
375	420	LA FORMACIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA EN EL GRADO DE ENFERMERÍA: UNA EXPERIENCIA DE PRÁCTICAS
376	421	PUESTA EN MARCHA DE UN SISTEMA DE GESTION DE LA ACTIVIDAD DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA FUERA DE LA UCI

PAG.	ID	TÍTULO
377	424	COMPARACIÓN DEL REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES GENERAL VS INTERNO EN CUIDADOS INTENSIVOS. EXPERIENCIA PRELIMINAR
378	425	IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN INICIAL DE UN REGISTRO INTERNO DE EVENTOS ADVERSOS EN UCI
379	426	EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO AMBULATORIO DE LA TERAPIA DEL ASMA: UN NUEVO ENFOQUE CLÍNICO DE LA CALIDAD ASISTENCIAL
380	427	REENVASADO EN UNIDOSIS DE FRACCIONES DE MEDICAMENTOS: UNA SOLUCIÓN HOSPITALARIA AL PROBLEMA DE LA ISOAPARIENCIA
381	428	ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE TRABAJO PARA LA GESTIÓN DEL PACIENTE ECTÓPICO
382	429	ANÁLISIS DEL IMPACTO Y GRADO DE IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN ISO 9001 (SGC) EN EL ENTORNO DE ATENCIÓN PRIMARIA
383	430	AGENDA DE PRUEBAS DE UCI PEDIATRICA: UNA GESTION CLINICA DE CALIDAD
384	431	IMPACTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN Y CALIDAD ISO 9001 EN LOS RESULTADOS DE INDICADORES DE PROCESO ASISTENCIAL EN PRIMARIA
385	432	10 AÑOS DE TENDENCIAS DE INDICADORES DE CUIDADOS GENERALES Y SEGURIDAD DE PACIENTES EN UN HOSPITAL DE AGUDOS GERIÁTRICOS
386	434	EVOLUCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HACLE: INDICADORES DE SEGUIMIENTO
387	435	RESULTADOS DE INDICADORES DE ASISTENCIA A PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS EN EL ASEMA VALORADOS SEGUN EVIAXA
388	436	DOCUMENTO DE CONSENSO EN MANEJO DEL DOLOR CRONICO: ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DESDE EL CRITERIO DE LA SEGURIDAD
389	437	RELACIÓN ENTRE LAS DIMENSIONES QUE EVALÚAN LA SATISFACCIÓN LABORAL Y LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HACLE
390	438	LA FORMACIÓN CONTINUADA COMO UN ELEMENTO CLAVE EN LA CALIDAD ASISTENCIAL
391	439	DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES PARA LA MEDICIÓN Y MEJORA DE LOS PROCESOS
392	441	HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. SU UTILIDAD EN LA PRÁCTICA
393	442	ACTUALIZACIÓN EN VERSIÓN EXTERNA: TÉCNICA Y RESULTADOS.
394	443	RESULTADOS DEL OBJETIVO ESPECÍFICO 'DEJAR DE HACER' EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA.
395	444	UNIDAD DE GESTIÓN CENTRALIZADA DE LISTA DE ESPERA DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD. 10 AÑOS DE EXPERIENCIA
396	445	ELABORACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PLAN DE EFICIENCIA EN UNIDAD DE NEFROLOGÍA
397	446	ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS MEDIANTE APLICACIÓN DE UN ESCALA PRONÓSTICA PROPIA
398	447	EVALUACIÓN Y MEJORA DEL RELEVO DE ENFERMERÍA EN LA UCI PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA
399	448	REGISTROS ELECTRÓNICOS DE ENFERMERÍA Y PRECAUCIONES DE CONTACTO ANTE INFECCIONES POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES
400	451	PROTECCIÓN DE DATOS EN LA PRÁCTICA DE LA PSICOLOGÍA
401	454	PROGRAMA DE ERRADICACIÓN DE _X000B_ACINETOBACTER BAUMANNII MULTIRRESISTENTE.
402	456	ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES CRÍTICOS REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.
403	457	PORTAL FARMACIA. ADECUACIÓN DE LAS INDICACIONES DE ABSORBENTES A PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS EN CENTROS SOCIOSANITARIOS
404	458	MONITORIZACION CONTINUA DE EVALUACION DE PROCESOS Y OTROS RESULTADOS
405	459	FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL APRENDIZAJE DE AUTOCUIDADOS EN PACIENTES OSTOMIZADOS
406	460	SISTEMA DE ORIENTACIÓN ESPACIAL EN EL INTERIOR DE UN HOSPITAL: PROTOTIPO QR-INFO
407	461	IMPLANTACIÓN DE LA TAXONOMÍA ENFERMERA. UN ANTES Y UN DESPUÉS EN LOS INFORMES DE CUIDADOS.
408	462	IMPLANTACION DE UNA GUIA DE REGISTRO CLÍNICO ENFERMERO EN ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN GENERAL
409	463	PROYECTO ASPIRINA. AYUNTAMIENTO AMIGOS DE LA SONRISA AAS
410	464	PROCESO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL AGS SUR DE CÓRDOBA: ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y DETECCIÓN DE MEJORAS

PAG.	ID	TÍTULO
411	465	EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE UN MODELO VISUAL DE VACUNACIÓN PEDIÁTRICA- BUENA PRÁCTICA DESDE LAS CONSULTAS ENFERMERÍA AP
412	466	TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN CULTURAL DEL CRITERIO DE RESULTADO "SATISFACCIÓN DEL PACIENTE / USUARIO: GESTIÓN DEL DOLOR"
413	467	PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS .PROGRAMA DE FORMACIÓN E INFORMACIÓN
414	468	IMPACTO EN MORBI-MORTALIDAD Y ESTANCIA DE LAS INFECCIONES HOSPITALARIAS POR MICROORGANISMOS RESISTENTES
415	469	UN PASO MAS...UNIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO
416	470	CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE CURAS PALIATIVAS DEL NOU HOSPITAL EVANGÈLIC EN BARCELONA.
417	471	REVISIÓN Y MEJORA DEL PROCESO DE ACOGIDA E INTEGRACIÓN DE LOS NUEVOS PROFESIONALES ICO
418	473	ANÁLISIS DE NOTIFICACIONES DE EVENTOS ADVERSOS A OBSERVATORIO SEGURIDAD DEL PACIENTE EN D.S. BAHIA DE CADIZ-LA JANDA
419	474	ADECUACIÓN DE LAS INDICACIONES DE TAC URGENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (SU) DEL CONSORCIO HOSPITALARI DE VIC (CHV).
420	475	PROMOVER LA SALUD A TRAVÉS DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS: UNA META Y UNA OPORTUNIDAD
421	476	VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL MÉTODO DE ESTIMULACIÓN VESICAL EN LACTANTES: BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA
422	478	PROBABILIDAD DE CAÍDAS EN UN HOSPITAL GERIÁTRICO. MODELOS EXPLICATIVOS.
423	479	FACTORES ASOCIADOS AL COSTE DE UNA INTERVENCIÓN DE CIRUGÍA BARIÁTRICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL
424	480	MODELO DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
425	482	HERRAMIENTAS PARA LA ACREDITACIÓN PROFESIONAL ACSA URGENCIAS HOSPITALARIAS
426	483	IMPACTO DE UN MODELO DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN 287 EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: RESULTADOS DE 3 AÑOS
427	484	ESTRATEGIA PARA LA MEJORA DE LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUIA.
428	485	DISEÑANDO EL MODELO DE ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: ESTATIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE CARTERA
429	486	FUENTES DE INFORMACIÓN Y PRÁCTICA CLÍNICA: INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA
430	487	ESTRATEGIA DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE URGENCIAS PARA DISMINUIR LA VARIABILIDAD CLÍNICA
431	488	PARTICIPACIÓN DEL TÉCNICO EN FARMACIA EN LA MEJORA DEL CONTROL DE LA ANTICOAGULACIÓN CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K
432	489	INDICADORES DE SEGURIDAD LIGADOS A OBJETIVOS INDIVIDUALES EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA
433	490	ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE DERIVACIONES URGENTES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A HOSPITAL
434	491	ANÁLISIS DE USABILIDAD DE LOS PROYECTOS MARCO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA
435	492	LA INTIMIDAD DEL PACIENTE, UN DERECHO GARANTIZADO
436	493	¿COMO REPERCUTE UNA IDENTIFICACIÓN CORRECTA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?
437	494	GESTIÓN Y OPTIMIZACIÓN DE LA DOSIS EN EXPLORACIONES RADIOLÓGICAS: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL
438	495	MAPA MENTAL DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS
439	496	IMPLANTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA COBERTURA VACUNAL INFANTIL EN UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA
440	498	OBSERVAR PARA MEJORAR: MEJORAR EL CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS A TRAVÉS DE LA OBSERVACIÓN EN NUESTRO HOSPITAL
441	499	ANÁLISIS DE LA ESTANCIA MEDIA OBSERVADA A PARTIR DE LA ESTANCIA MEDIA ESPERADA
442	500	CONTROL MICROBIOLÓGICO DE PROCESOS DE REPROCESAMIENTO DE ENDOSCOPIOS
443	501	ANÁLISIS DEL TIEMPO DE ESPERA SUBJETIVO Y OBJETIVO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS
444	502	HOSPITAL DE DÍA MÉDICO POLIVALENTE COMO ALTERNATIVA A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL

PAG.	ID	TÍTULO
445	503	SISTEMATIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA
446	504	DISEÑO DE WEB EMOCIONAL PARA LA NUEVA WEB DE LA ESCUELA GALLEGA DE SALUD PARA CIUDADANOS
447	505	INFORMAR, ENTENDER, SABER INTERPRETAR: EL PROCESO DE EMPODERAR AL PACIENTE
448	506	DETECCIÓN DE NECESIDADES PARA GESTIONAR LA TRANSMISIÓN DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UN HOSPITAL DE CUIDADOS CRÓNICOS
449	507	EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA Y DEL CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS EN UN HOSPITAL DE CUIDADOS CRÓNICOS
450	508	JORNADA DE EQUIPO ANUAL, COMO ACTIVIDAD IMPULSORA EN EL DESARROLLO PROFESIONAL.
451	509	IMPACTO DE INTERVENCIÓN DE FISIOTERAPIA POSTQUIRURGICA INMEDIATA EN EL PACIENTE CON AMPUTACION
452	510	EVOLUCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES TRAS DOS AÑOS DE AUDITORÍAS EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CATALUNYA
453	511	VARIABILIDAD DE RESULTADOS DE AUDITORÍAS TRAS DOS AÑOS DE ACREDITACIÓN DE EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CATALUNYA
454	512	PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA PATOLOGÍA MAMARIA
455	513	LAS PLATAFORMAS DE LOGISTICA SANITARIA COMO INSTRUMENTOS DE EFICIENCIA Y SOSTENIBILIDAD EN EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
456	514	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A INFECCIONES POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE
457	515	ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE LA SOCIEDAD: ¿QUÉ SABEN Y QUE ESPERAN DE NOSOTROS?
458	516	GESTIÓN CLÍNICA DE LA SANGRE DEL PACIENTE: DESDE EL LABORATORIO CLINICO HASTA EL CENTRO DE TRANSFUSION
459	518	PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS SENSITIVOS DEL PIE DIABÉTICO DE UN PUEBLO DE SEVILLA
460	519	FORMAR, UNIR, LOGRAR
461	520	VISIÓN GLOBAL, ACTUACIÓN COLABORATIVA E INDIVIDUALIZADA AL PACIENTE, NUEVO MODELO ABORDAJE TERAPÉUTICO EN HEPATITIS C
462	521	ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DE INGRESOS COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE CAMAS HOSPITALARIA
463	522	ANÁLISIS DE LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN PCR INTRAHOSPITALARIA EN SEIS HOSPITALES. CUATRO AÑOS DE SIMULACROS.
464	523	UTILIDAD DE LA METODOLOGÍA "TRIGGER TOOL" PARA LA IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO
465	524	HACIA LA AUTOGESTION DE LA CALIDAD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL MEDIANTE UN SISTEMA DE CERTIFICACIÓN
466	525	INGRESOS/REINGRESOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ESPECIALIDADES
467	526	SEGURIDAD EN EL SONDAJE NASOGÁSTRICO; DE LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA
468	527	EFFECTIVIDAD DE LA AUTOMATIZACION DE LA INDICACIÓN DE PRECAUCIONES
469	528	BOLSA DE TRABAJO EVALUACIÓN DE MERITOS INSTRUMENTOS BASICOS EN EL PROCESO DE SELECCIÓN Y RECLUTAMIENTO EN LA EMPRESA
470	529	DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO Y EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO: ANÁLISIS Y RESULTADOS
471	530	ESTRATEGIAS PARA IMPULSAR LA CULTURA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA
472	531	EVOLUCIÓN DEL INTERÉS POR LA CERTIFICACIÓN DE CENTROS Y UNIDADES
473	532	ANÁLISIS CAUSA-RAÍZ DE UN EVENTO ADVERSO EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA PEDIÁTRICA.
474	534	PROCESO DE MEJORA DE LA SELECCIÓN DE FACULTATIVOS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS
475	535	GESTIÓN EFECTIVA DE LA COLABORACIÓN ENTRE UNA GERENCIA DE A. P, Y LOS MUNICIPIOS DE SU ÁMBITO DE COMPETENCIA
476	536	IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN
477	537	DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE A LA SEGURIDAD CLÍNICA MEDIANTE LA GESTION POR PROCESOS ASISTENCIALES Y EL MODELO EFQM.

PAG.	ID	TÍTULO
478	538	ATENCIÓN A LA PERSONA MAYOR, A LA FRAGILIDAD Y AL DETERIORO FUNCIONAL: DESDE LA PREVENCIÓN AL CUIDADO INTEGRAL
479	539	CINCO AÑOS DE TRABAJO EN EL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL COMPLEJO HOSPITALARIO TORRE-CARDENAS.
480	540	INNOVACIÓN EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA EL CONTROL DE LA ASISTENCIA URGENTE
481	541	MEJORAS EN LA GESTIÓN DE CUIDADOS EN UNA UNIDAD CLÍNICA INTERCENTROS
482	542	DETECCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS CON METODOLOGÍA TRIGGER TOOLS EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL
483	544	CUADROS DE MANDO ESPECÍFICOS O CÓMO DAR INFORMACIÓN A LA CARTA PARA LA TOMA DE DECISIONES EN LA ORGANIZACIÓN
484	546	MEDIDAS ANTE UNA ENDEMIAS DE ENTEROBACTERIAS BLEE: LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO
485	547	ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD EN UN MODELO ASISTENCIAL ALTERNATIVO A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL: RESULTADOS INICIALES
486	548	DOS FIRMAS QUE REALIZAN UN COMPROMISO DE SEGURIDAD: TRATAMIENTO DIGITALIZADO EN U.C.I.
487	550	INCIDENCIA NIÑOS OSTOMIZADOS H.U. REINA SOFIA DE CORDOBA.(2011-2015). CUIDADOS DE ENFERMERIA.
488	551	LA FORMACIÓN CONTINUADA DEL PERSONAL CELADOR NO ES UN FIN EN SÍ MISMA
489	552	SIETE PEQUEÑAS COSAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN DEL PERSONAL CELADOR EN LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA HOSPITALARIAS
490	553	INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE DE GÉNERO AL PROCESO DE GESTIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL DEL PERSONAL CELADOR
491	554	“NO PROGRAMAR” PACIENTES ANEMICOS EN CIRUGÍA ORTOPEDICA COMO PARTE DE UNA ESTRATEGIA DE AHORRO DE SANGRE
492	555	CONOCER LA PERCEPCION QUE EVALUADORES Y EVALUADOS HAN TENIDO DURANTE EL PROCESO DE EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS.
493	556	EFICACIA DE LOS MÉTODOS EXISTENTES PARA EVITAR LA PÉRDIDA DE SANGRE NOSOCOMIAL EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO.
494	557	IMPULSO DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL (CA) A TRAVÉS DE UNA HERRAMIENTA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO
495	558	VALIDACIÓN DE UN NUEVO ÍNDICE OBJETIVO PARA LA DERIVACIÓN DE PACIENTES EN ARTROPLASTIA DE RODILLA
496	559	¿SON ÚTILES LOS CRGS EN LA MICROGESTIÓN DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD?
497	560	ESTRATEGIA Y RESULTADOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE ACREDITACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA
498	561	ESTRATEGIA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA PARA LA SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO: SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS
499	562	MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS EN SITUACIONES ESPECIALES DE USO. RESULTADOS EN SALUD
500	563	GESTION DEL RELEVO GENERACIONAL
501	564	ABORDAJE DEL DERECHO DE OPOSICIÓN AL TRATAMIENTO DE DATOS POR VÍA TELEMÁTICA EN LOS SERVICIOS SANITARIOS
502	565	IMPACTO DE LA IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CÓDIGO ICTUS EN UN HOSPITAL COMARCAL DE ANDALUCÍA
503	566	HOMBRO DOLOROSO EN PACIENTES CON ICTUS: TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA CONVENCIONAL Y KINESIO-TAPING
504	567	EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN DIRECTIVOS Y GESTORES
505	568	CIRUGÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS NEONATALES: COMO HACER MÁS SEGURO LO DIFÍCIL
506	569	ANÁLISIS CUALITATIVO DE ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS DE DIRECTIVOS Y GESTORES SOBRE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
507	570	LA OPINIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS
508	571	CONSULTA DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL COSTA DEL SOL, ANÁLISIS DEL PRIMER AÑO DE IMPLANTACIÓN
509	572	MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LAS UGC DE ATENCION PRIMARIA
510	573	PROCESO ASISTENCIAL CATARATAS. CIRCUITO ASISTENCIAL Y DE GESTIÓN

PAG.	ID	TÍTULO
511	574	PERFIL DEL ABSENTISMO EN CCEE DE HOSPITAL: UN COSTE DE INEFICIENCIA
512	575	CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON SCACEST
513	576	EL NUEVO ABORDAJE TRANSVERSAL DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA
514	577	GESTIÓN ELECTRÓNICA DE CITAS RADIOLÓGICAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.
515	578	GRADO DE CONOCIMIENTO DEL "COMPROMISO POR LA CALIDAD DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS" Y "NO HACER" EN MÉDICOS HOSPITALARIOS
516	580	EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS ANUALES DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS EN LOS "COMITÉS DE SEGUIMIENTO": RESULTADOS 2009-2015
517	581	PROYECTO DE IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA
518	582	IMPLEMENTACIÓN DE UN NUEVO MODELO DE "CONSULTA PREANESTÉSICA TELEFÓNICA VIRTUAL": 'MENOS VISITAS, MÁS EFICIENCIA'
519	583	IMPLANTAR LA EVIDENCIA PUEDE SER FÁCIL
520	584	EVALUACIÓN 360º Y PLAN DE MEJORA DE LAS COMPETENCIAS DE LOS DIRECTIVOS Y MANDOS INTERMEDIOS DE UN HOSPITAL GENERAL
521	585	LOS PROFESIONALES NOS LAVAMOS MÁS LAS MANOS, ¿PERO LO HACEMOS MEJOR? UNA VARIABLE MÁS A TENER EN CUENTA: LA CALIDAD.
522	586	PROCESO DE EVALUACIÓN DE LA MORTALIDAD EN UN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE REFERENCIA: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS
523	587	DESARROLLO DE UNA FICHA DE EVALUACIÓN DE EQUIPOS TECNOASISTENCIALES, FÁRMACOS E INVERSIONES EN UN CENTRO HOSPITALARIO
524	588	SISTEMA DE DETECCIÓN DE ÁREAS DE MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO
525	589	LA GESTIÓN CLÍNICA EN EL PLAN DE MEDIDAS DE EFICIENCIA: EXPERIENCIA DEL PLAN PROVINCIAL DE LA PLATAFORMA DE CÓRDOBA
526	590	ANÁLISIS PROACTIVO DE RIESGOS DE UN PROCEDIMIENTO DE TRATAMIENTO DEL DOLOR EN CONSULTA DE ENFERMERÍA (RAC) DE URGENCIAS
527	592	ANÁLISIS DEL COSTE ECONÓMICO DEL ABSENTISMO DE PACIENTES EN CONSULTAS EXTERNAS DE LA AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL
528	593	ACERCANDO LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA CLÍNICA: INICIATIVA "12 MESES 12 CUIDADOS"
529	594	ANÁLISIS DEL REGISTRO Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CRÓNICOS. RESULTADOS SEGÚN SU ESTRATIFICACIÓN POBLACIONAL
530	595	DESNUTRICIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: MUCHO POR MEJORAR
531	596	INNOVANDO EN LA DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO: ACTUALIZACIÓN DE UN BOLETÍN INFORMATIVO PARA ENFERMERÍA
532	597	INDICADORES DE GESTIÓN DE UN SERVICIO DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA: EVOLUCIÓN DURANTE LOS PRIMEROS SIETE AÑOS
533	598	COMUNICACIÓN DE ENFERMERÍA MEDIANTE REGISTROS CLÍNICOS
534	599	SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN NEONATAL
535	600	RESULTADOS ASISTENCIALES DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE DOLOR AGUDO
536	601	APLICACION INFORMÁTICA PARA MEJORAR LA VALORACION Y TRATAMIENTO DE LA ULCERA POR PRESION EN ATENCION PRIMARIA
537	602	RATIO ENFERMERO-PACIENTE: SISTEMAS DE MEDIDAS, RATIOS ÓPTIMOS Y EFECTOS DE UN RATIO INSUFICIENTE
538	603	PROFESIONALES DE INSTITUCIONES SANITARIAS. PROFESIONES DE RIESGO.
539	607	PROYECTO DE COMUNICACION ENTRE MEDICOS DE AP Y FARMACEUTICOS DE UNA ZONA BASICA DE SALUD
540	608	GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO EN EL HUNSC DESDE EL AÑO 2009
541	610	PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LUGARES DE TRABAJO. ANÁLISIS PREVIO DE NECESIDADES
542	611	¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS PRESTADOS EN LAS UNIDADES CON TURNOS CONVENCIONALES Y TURNOS DE 12?
543	613	HUMANIZANDO LOS CUIDADOS EN UCI. UNA REVISION SISTEMATICA

PAG.	ID	TÍTULO
544	614	ANÁLISIS PROACTIVO DEL RIESGO EN SUBPROCESOS POCO COMUNES: TRANSFERENCIA EN URGENCIAS Y AREA DE SILLONES
545	615	INCIDENTES DE SEGURIDAD RELACIONADOS CON EL USO DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN URGENCIAS
546	616	CULTURA DE SEGURIDAD EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA: IMPLANTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE MEJORA
547	617	"¿ME TENDRÉ QUE OPERAR? PUES DEPENDE DE TU MÉDICO". VARIABILIDAD EN INCLUSIONES EN LEQ POR MÉDICO Y CENTRO HOSPITALARIO.
548	618	"ME DUELE LA ESPALDA, ¿ME OPERARÉ?": VARIABILIDAD EN LA CIRUGÍA DE COLUMNA EN DOS SERVICIOS DEL MISMO CENTRO.
549	619	MONITORIZACION DE INDICADORES DE CALIDAD DE ENFERMERIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
550	620	VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA DE DOS INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS
551	621	ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE CAÍDAS EN HOSPITALES DE AGUDOS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO
552	623	SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CUIDADOS INTENSIVOS: EVALUACIÓN DE INDICADORES RELACIONADOS CON ENFERMERÍA
553	624	LA FORMACION COMO HERRAMIENTA PARA IMPLANTAR LAS NORMAS ISO EN EL SECTOR ZARAGOZA II. ABRIENDO CAMINOS
554	626	RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL MODELO EFQM EN 29 HOSPITALES EN UN SERVICIO DE SALUD
555	627	LA CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES.....UNA REALIDAD
556	628	PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA: CÓMO Y PARA QUÉ.
557	629	OPTIMIZACIÓN DEL REENVASADO DE MEDICAMENTOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA CON METODOLOGÍA LEAN HEALTHCARE
558	630	PRÁCTICAS CLÍNICAS AL FINAL DE LA VIDA EN PACIENTES FALLECIDOS CON DAÑO CEREBRAL CATASTRÓFICO Y DONACIÓN HUNSC
559	631	UN PROYECTO DE TRABAJO ENFERMERO CON ESTRATEGIA DE OCÉANO AZUL EN PACIENTES CRÓNICOS: EPOC E INSUFICIENCIA CARDIACA (IC)
560	632	ADAPTACIÓN DE UN HOSPITAL TERCIARIO A LA NORMA ISO 9001:2015: UN ENFOQUE PRÁCTICO PARA LA GESTIÓN DEL CAMBIO
561	633	PUESTA EN MARCHA DE SEGUIMIENTO TELEFONICO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA DESDE ATENCION PRIMARIA Y GRADO DE SATISFACCION
562	634	EFFECTIVIDAD DEL LIDERAZGO DE ENFERMERÍA EN GESTIÓN CLÍNICA HOSPITALARIA
563	635	LEVANTANDO EL MAPA DE RIESGOS DE UN CENTRO HOSPITALARIO: EJEMPLO PRACTICO DE APLICACIÓN A UN HOSPITAL TERCIARIO
564	636	GRADO DE ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DIETÉTICA EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS
565	637	PROYECTO 'MORPHEO': MEJORANDO EL DESCANSO NOCTURNO DEL PACIENTE INGRESADO EN UN HOSPITAL TERCIARIO
566	638	ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA POSTOPERATORIA: MEJORANDO A PARTIR DEL ANÁLISIS DEL OBSERVATORIO DE RESULTADOS
567	639	RELACIÓN ENTRE TIPO DE PARTO Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LAS MUJERES A LA 6ª SEMANA Y 6º MES
568	640	EVOLUCIÓN DE UN MAPA ESTRATÉGICO DE INDICADORES DE RESULTADO: EVALUANDO EL IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES EN CRONICIDAD
569	641	ESTADO ACTUAL DE LOS SISTEMA DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN EL ÁMBITO SANITARIO
570	642	GESTIÓN INTEGRAL Y MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL SEGURO DE SALUD
571	643	CARACTERISTICAS CLINICAS Y SOCIODEMOGRAFICAS DEL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO HOSPITALIZADO
572	644	IMPLEMENTACIÓN DE 12 RECOMENDACIONES RELACIONADAS CON EL COMPROMISO POR LA CALIDAD DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS
573	645	EVALUACIÓN DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LOS SERVICIOS DE GESTIÓN Y APOYO A LA INVESTIGACIÓN DEL IMIBIC.
574	646	USO DEL ÁCIDO TRANEXÁMICO EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA: EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO.

PAG.	ID	TÍTULO
575	647	ACTUACIÓN DE UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA EN UN CASO DE ISOAPARIENCIA PARA PREVENIR ERRORES DE MEDICACIÓN
576	648	EXPERIENCIA INICIAL DE UNA UNIDAD DE TERAPIAS INTRAVENOSAS HOSPITALARIA GESTIONADA POR ENFERMERAS
577	649	LA SATISFACCIÓN D LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN, RESULTADOS DE UNA ENCUESTA A PIE DE CAMA.
578	650	INNOVANDO EN LOS CUIDADOS; MÚSICA Y ENFERMERÍA; INTERVENCIÓN ENFERMERA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
579	651	PLAN DE CALIDAD PARA LA MEJORA DE LA SATISFACCIÓN CIUDADANA EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA SUR DE SEVILLA.
580	652	EXPERIENCIA DE UNA ORGANIZACIÓN EN LA TRANSFORMACIÓN LEAN
581	653	ANÁLISIS DE LOS OBJETIVOS DE SEGURIDAD EN LA UGC DEL DISTRITO BAHIA DE CADIZ LA JANDA
582	654	CREANDO ENTORNOS PARA LA MEJORA DE LA GESTIÓN CLÍNICA: SELECCIÓN DE OBJETIVOS EN AGRUPACIÓN CLÍNICA (SOAC)
583	655	¿CÓMO CONSEGUIR QUE UN PROTOCOLO FUNCIONE?. ESTRATEGIAS DE DIFUSIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS
584	656	ADHERENCIA DE LOS PACIENTES A LA PULSERA DE IDENTIFICACIÓN
585	657	RETOS DE LA ADHERENCIA AL CHECK LIST QUIRURGICO
586	658	UTILIZACIÓN DEL ÁCIDO TRANEXÁMICO EN ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA: EXPERIENCIA DE NUESTRO HOSPITAL
587	659	ESTRATEGIA DE GESTIÓN PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA EN VERANO EN LA COSTA DEL SOL
588	660	CULTIVANDO UN ENTORNO SEGURO PARA EL CUIDADO DE NUESTROS PACIENTES
589	661	ERRORES EN EL USO DE SISTEMA TURBUHALER EN PACIENTES CON EPOC
590	662	IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA ONLINE EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ATENCION PRIMARIA
591	663	IMPORTANCIA DE INSTRUCCIÓN PERIÓDICA EN LAS TÉCNICAS DE INHALACIÓN
592	664	INFLUENCIA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA DE LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPEÚTICO
593	665	MEJORA DE LAS PRÁCTICAS DE DESINFECCIÓN DE LOS FONENDOSCOPIOS PARA DISMINUIR LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES
594	666	ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS Y SU IMPLICACIÓN EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE
595	667	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL HOSPITALARIA MEDIANTE EL USO DE LOS IQI: PROPUESTA METODOLÓGICA
596	668	EXPERIENCIAS EN ANÁLISIS DE DATOS Y CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD
597	670	ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA CONCILACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL ALTA EN UN CENTRO DE CIRUGÍA DE ALTA RESOLUCIÓN
598	671	EQUIPO DE TERAPIA INTRAVENOSA DE GESTIÓN AUTONOMA: IMPLANTACIÓN Y EVOLUCIÓN
599	672	EL BARÓMETRO SOBRE APLICACIONES MÓVILES DE SALUD. UNA HERRAMIENTA PARA MONITORIZAR EL AVANCE DE LA MHEALTH EN ANDALUCÍA
600	673	MODELO DE SEGUIMIENTO DE LOS OBJETIVOS ECONÓMICOS DE LAS UGCS COMO INSTRUMENTO DE GESTION CLINICA Y DE SOSTENIBILIDAD
601	674	IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE CLASIFICACION Y AVISO A PACIENTES DE URGENCIAS
602	675	¿CUÁLES SON LOS GRUPOS DE RIESGO DE EXCLUSIÓN PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA MHEALTH EN LA ATENCIÓN SANITARIA ANDALUZA?
603	676	LEAN HEALTHCARE. APLICACIÓN DE LA METODOLOGIA 5'S
604	677	SEGURIDAD DEL PACIENTE Y USO DE SISTEMA DE NAVEGACIÓN Y DETECCIÓN DE PUNTA DE CATÉTER CENTRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO
605	678	LEAN HEALTHCARE. APLICACIÓN EN SANIDAD
606	679	ESTUDIO DE OCUPACIÓN Y NECESIDADES DE PERSONAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: I FASE
607	680	INFORMANDO A LOS GESTORES

PAG.	ID	TÍTULO
608	681	EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS CUIDADORAS DE PACIENTES DEPENDIENTES
609	682	LA FORMACION EN SEGURIDAD CLINICA COMO COMPONENTE DE MEJORA EN CALIDAD
610	683	NUEVO CIRCUITO QUIRURGICO
611	684	PROGRAMACION DE ALTAS
612	685	EFICACIA DEL METODO SCHROTH EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCOLIOSIS IDIOPATICA DEL ADOLESCENTE. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.
613	686	UTILIDAD DEL ANÁLISIS DE LOS PQIS PARA LA MEJORA DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES
614	687	ESTRATEGIA DE CAMBIO
615	688	ESTUDIO DE LAS RECLAMACIONES ESCRITAS POR TIEMPO DE ESPERA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS : 2010-2015
616	689	EL SISTEMA DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS IRAS, CERTIFICADO POR LA UNE 179006:2013
617	691	GESTION DE DOSIS DE RADIACION EN EXPLORACIONES RADIOLOGICAS
618	695	LA ENFERMERA CLÍNICA EXPERTA EN CRONICIDAD COMO FACILITADORA DE LA SOSTENIBILIDAD DE LOS SISTEMAS SANITARIOS
619	696	ADAPTACIÓN DEL PROTOCOLO DE CURAS A UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA, MEJORANDO LA EFICIENCIA Y DISMINUYENDO LA VARIABILIDAD.
620	697	ACCIONES DE MEJORA EN UN CENTRO DERIVADAS DE DECLARACIONES DE INCIDENTES NOTIFICADOS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE
621	698	ATENCIÓN AL DOMICILIO
622	699	GESTION DE RECURSOS HUMANOS: PLAN DE CONTINGENCIAS
623	701	PROYECTO CUIDESEG: INCLUSIÓN DE RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.
624	702	OPTIMIZACIÓN DE URGENCIAS ATENDIDAS
625	703	ADAPTACIÓN A LA NUEVA NORMA ISO 9001:2015 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.
626	704	ESTUDIO COMPARATIVO DEL MANEJO INICIAL DE LOS PACIENTES CON ICTUS
627	705	LA CARTA DE SERVICIOS: HERRAMIENTA DE TRANSPARENCIA, PARTICIPACIÓN, RESPONSABILIDAD Y COMPROMISO CON LOS CIUDADANOS
628	706	MEJORAR EL CONTROL DEL DOLOR AGUDO. DERECHO DEL PACIENTE, DEBER DEL PROFESIONAL.
629	707	EL SERGAS EN EL MÓVIL: PLATAFORMA DE SAUDE
630	708	PROYECTO RESISTENCIA ZERO: EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL.
631	709	MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ATRAVÉS DE LAS ACTAS DE LOS COMITÉS DE TUMORES INTEGRADAS EN LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA
632	710	EL ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ ES UN BUEN MÉTODO PARA LA MEJORA CONTINUA.
633	711	PROYECTO RESISTENCIA ZERO: RESULTADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL EN UN PERIODO DE 18 MESES.
634	712	APPS EN SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DEL PROFESIONAL SANITARIO: UN ESTUDIO CUALITATIVO
635	714	PACIENTE FRÁGIL QUIRÚRGICO: ES POSIBLE REDUCIR LA MORBIMORTALIDAD Y COSTE-EFECTIVIDAD ?
636	716	IMPLANTACIÓN DEL CHECKLIST TRANSFUSIONAL COMO HERRAMIENTA DE TRANSFUSIÓN SEGURA
637	717	PARTICIPACIÓN DEL CIUDADANO EN LA TOMA DE DECISIONES EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL
638	718	"IMPLEMENTACIÓN, IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE CONSULTA DE ENFERMERÍA A PACIENTES OSTOMIZADOS"
639	719	GESTIÓN EFICIENTE Y FLEXIBLE DE AGENDAS DE CITACIÓN DE PET/TAC CONVENCIONAL CON FDG, TRAS LA IRRUPCIÓN DEL PET COLINA.
640	720	MEJORANDO CUALITATIVAMENTE UN PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADO Y COMPARTIDO DEL PACIENTE CRÓNICO EN UN CAP.
641	721	CÓDIGO ÉTICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA
642	722	" EVALUACIÓN DE LA MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS. CONSULTA DE OSTOMÍAS"

PAG.	ID	TÍTULO
643	723	EVOLUCIÓN DE LAS SUBSANACIONES EN LA ACREDITACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUADA
644	724	MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA POR INSUFICIENCIA CARDÍACA A LA LUZ DEL CMBD. FACTORES PRONÓSTICOS
645	725	PLAN PARA LA MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE EL HOSPITAL Y CENTROS SOCIOSANITARIOS DE SU ÁREA DE INFLUENCIA
646	726	¿SE CUMPLEN LAS EXPECTATIVAS DE LOS FAMILIARES EN LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS EN EL ÁMBITO DE URGENCIAS?
647	727	ANÁLISIS DE FÁRMACOS EN AGUAS RESIDUALES CON CFIS (CONTINUOUS FLOW INTEGRATIVE SAMPLER) EN TRES HOSPITALES DE LA XXIS
648	728	COSTES SANITARIOS AL FINAL DE LA VIDA: ANÁLISIS DEL PACIENTE ONCOLÓGICO
649	729	ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DEL CONSUMO Y BÚSQUEDA DE MEJORAS EN EL EMPLEO EFICIENTE DE AGENTES BIOLÓGICOS EN PSORIASIS
650	730	ESTUDIO RETROSPECTIVO DE REINGRESOS HOSPITALARIOS: IDENTIFICANDO FACTORES DE RIESGO PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL
651	731	EVOLUCIÓN DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL
652	732	“QUÉ NO HAY QUE HACER” EN LA EPOC
653	734	CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA A ATENCIÓN PRIMARIA
654	735	¿QUÉ OPINAN LOS PROFESIONALES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN? ¿APORTA VALOR?
655	736	SISTEMA DE ALERTAS PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE PACIENTES INFECTADOS/COLONIZADOS POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE BLEE O KPC
656	737	CAMPAÑA 'MES DE' PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.
657	738	EVALUACIÓN DE UN PLAN DE CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿QUÉ HEMOS CONSEGUIDO DESPUÉS DE CUATRO AÑOS?
658	739	DESARROLLO DE COMPETENCIAS EN ABORDAJE DEL DOLOR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. EXPERIENCIA BASADA EN UN ITINERARIO FORMATIVO
659	740	SELECCIÓN DE INDICADORES PARA LA ORGANIZACIÓN DE UN CUADRO DE MANDOS INTEGRAL EN UN BIOBANCO
660	741	LOS PROFESIONALES SANITARIOS COMO GESTORES DE SUS PROPIOS SERVICIOS
661	742	CIUDADANÍA Y HOSPITAL, EL TRABAJO DE UNA GESTIÓN COMPARTIDA
662	743	INICIATIVAS PARA EVITAR LA VARIABILIDAD EN AUDITORÍAS
663	744	RONDAS DE SEGURIDAD: UNA HERRAMIENTA PARA AFIANZAR LAS BUENAS PRÁCTICAS
664	745	DEL HOSPITAL AL DOMICILIO: CONTINUUM ASISTENCIAL SEGURO
665	746	PERSONALIZACIÓN DE CUIDADOS ¿CÓMO ES PERCIBIDA POR LOS PACIENTES?
666	747	PROYECTO GIOCONDA SALUD. LA MIRADA DE LOS ADOLESCENTES COMO AGENTE TRANSFORMADOR.
667	748	SEGURIDAD DEL PACIENTE: GESTIÓN DE LOS INCIDENTES NOTIFICADOS EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA
668	749	MEJORA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO QUE NECESITA TRASLADO ENTRE CENTROS PARA PRUEBAS E INTERCONSULTAS
669	750	MANEJO DE HERRAMIENTAS Y RECURSOS EN AP. IMPACTO DE UNA FORMACIÓN BÁSICA DIRIGIDA A PROFESIONALES SANITARIOS
670	751	SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE NEONATOLOGÍA RESPECTO A LA IMPLANTACIÓN Y USO DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD
671	752	DE LA INFORMATIZACIÓN DEL SERVICIO A UNA URGENCIA HOSPITALARIA SIN PAPELES
672	753	IMPLANTACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS EN LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA
673	754	MEJORÍA DE LA CALIDAD EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO. BUSCANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.
674	755	Y DESPUÉS DE LA ACREDITACIÓN, QUÉ.
675	756	ANÁLISIS DE CAUSA-RAÍZ DEL EVENTO CENTINELA HIPOXIA AGUDA GRAVE EN UNA UGC DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA.
676	757	PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LOS PLANES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HURS

PAG.	ID	TÍTULO
677	758	BUENAS PRÁCTICAS EN CIRUGIA: LISTADO DE VERIFICACIÓN DE TRASLADO QUIRÚRGICO EN UNA UGC DE CIRUGIA PEDIATRICA
678	759	LOS PADRES DE LOS NIÑOS INGRESADOS EN NEONATOLOGÍA COMO TERMÓMETRO DE SEGURIDAD
679	760	CALIDAD ASISTENCIAL EN EL MANEJO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE: CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN TTO CON ALEMTUZUMAB
680	761	ESCUCHAR A LOS PACIENTES PARA MEJORAR SU SEGURIDAD
681	762	BUSCANDO LA EFICIENCIA EN EL SISTEMA SANITARIO: ADECUACIÓN DE INDICACIONES DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS
682	763	EVOLUCIÓN DE LA GESTIÓN BASADA EN PROCESOS EN HOSPITAL PLATÓ
683	764	EVOLUCIÓN EN EL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE CALIDAD RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
684	765	SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: ¿POR QUÉ NO UN GRUPO FOCAL?
685	766	ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
686	767	IMPORTANCIA DE LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN LA UNIDAD DE ICTUS
687	769	MONITORIZACIÓN DE RIESGOS SANITARIOS TRAS UN AÑO CERTIFICADOS EN LA NORMA UNE 179003:2013
688	770	EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON SORAFENIB EN PACIENTES CON CARCINOMA HEPATOCELULAR
689	771	DISEÑO DE UNA HERRAMIENTA EN LA HISTORIA CLÍNICA PARA DIFUSIÓN SELECTIVA DEL CONOCIMIENTO SOBRE TECNOLOGÍAS SANITARIAS
690	772	MEJORA DE LA GESTIÓN DEL ALTA EN UN HOSPITAL TERCIARIO COMO HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL
691	773	CRITERIOS DE CALIDAD Y BUENAS PRÁCTICAS EN ORGANIZACIONES PÚBLICAS DEDICADAS A LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS
692	774	ESTRATEGIAS DE GESTION EN SEGURIDAD EN LA UCG DE NEUROLOGÍA Y NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA
693	775	ADECUACIÓN DE LA TASA DE DERIVACIÓN DE INTERCONSULTAS DESDE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA
694	776	É-SAÚDE: "EJERCICIO FÍSICO A LA CARTA"
695	777	PLAN DE FORMACIÓN INTEGRAL EN CUIDADOS PALIATIVOS PARA LOS PROFESIONALES DEL SSPA. EXPERIENCIA EN 1 AÑO DE IMPLANTACION
696	778	DESARROLLO EN EL ASISTENTE CLÍNICO MÓVIL DE UN MÓDULO DE CÁLCULO PARA LA PERFUSIÓN INTRAVENOSA DE MEDICAMENTOS
697	779	ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD PREVENTIVOS EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA
698	781	ESTRATEGIA DE GESTIÓN DE LOS PACIENTES TRANSITORIAMENTE NO PROGRAMABLES DEL REGISTRO DE DEMANDA QUIRÚRGICA
699	782	CAMBIO EN LA INFORMACIÓN DE LA ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN DE MUESTRAS
700	783	LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y SU RELACIÓN CON RESULTADOS EN SALUD
701	784	IMPACTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN LA OPTIMIZACIÓN DE PRUEBAS RADIOLÓGICAS EN URGENCIAS ("NO HACER")
702	786	GESTIÓN AMBIENTAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFÍA: TRABAJANDO POR LA SOSTENIBILIDAD
703	788	GESTIÓN DE COBRO EN UNA UNIDAD DE ACCIDENTES DE TRÁFICO: EL ANTES Y EL DESPUÉS
704	790	ANÁLISIS DE LOS COLECTIVOS DESTINATARIOS EN LAS SESIONES ACREDITADAS EN ANDALUCÍA
705	791	ANÁLISIS DEL ABANDONO EN ACTIVIDADES ELEARNING DE FORMACIÓN CONTINUADA EN FUNCIÓN DE CARACTERÍSTICAS FORMALES DE DISEÑO
706	792	IMPACTO DE UNA ACCIÓN FORMATIVA EN LA ATENCIÓN AL TRAUMA GRAVE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PREHOSPITALARIO
707	793	CULTURA DE SEGURIDAD EN ESPECIALIDADES MÉDICAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO: EVALUACIÓN MULTIDISCIPLINAR
708	794	TRAS 2 AÑOS DE SINASP PRIMARIA, ¿QUÉ HACEMOS?...
709	795	¿MEDIMOS LOS ERRORES DE MEDICACIÓN QUE AFECTAN A LA SEGURIDAD DE PACIENTES?
710	796	LA CERTIFICACIÓN IMPULSA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
711	797	ASPECTOS SUBSANABLES EN EL ALTA DE ENTIDAD PARA LA ACREDITACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUADA DE LAS PROFESIONES SANITARIAS

PAG.	ID	TÍTULO
712	798	EFFECTO MANCHA DE ACEITE EN LA CULTURA DE SEGURIDAD HOSPITALARIA DESPUÉS DE DESPLEGAR UNA RED DE REFERENTES DE SEGURIDAD
713	799	ACCION VOLUNTARIA EN UN CENTRO HOSPITALARIO: PROGRAMA A TU LADO
714	800	MEJORA DEL PROCESO DE FACTURACION A TERCEROS EN ATENCIÓN PRIMARIA
715	801	ERRORES COMUNES EN LA AUTOEVALUACIÓN EN LOS PROCESOS DE CERTIFICACIÓN DE UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA
716	802	HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN DE CIRCUITOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS ADAPTADA AL PLAN ANDALUZ DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS
717	803	FORMACIÓN MASIVA EN EL USO Y MANEJO DE APLICACIONES CORPORATIVAS SANITARIAS EN ANDALUCÍA
718	804	EVOLUCIÓN DEL INDICADOR: ISQUEMIA FRÍA EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO DEL HUNSC, DESDE EL AÑO 2009
719	805	PLANIFICACION DE LA ACREDITACION DE LOS CENTROS SANITARIOS DE SALUD MENTAL. PARC SANITARI SANT JOAN DE DEU (PSSJD)
720	806	LA FARMACIA HOSPITALARIA: BUSQUEDA DE LA EFICIENCIA MEDIANTE LA CREACIÓN DE GRUPOS DE TRABAJO MULTIDISCIPLINARES
721	807	VARIABILIDAD DE RESULTADOS EN HIPERTENSOS SEGÚN OBJETIVOS DE PRESIÓN ARTERIAL Y RECOMENDACIONES INTERNACIONALES
722	808	SOSTENIBILIDAD Y EFICIENCIA EN EL PROCESO DE GESTIÓN DE LAS DIETES EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD
723	809	FORMACIÓN DE ACOGIDA HOSPITALARIA MEDIANTE UNA PLATAFORMA ONLINE. PRIMERA EXPERIENCIA EN ENFERMERÍA
724	810	EVALUACIÓN SISTEMATIZADA DE INDICADORES DE ACTIVIDAD EN ENFERMERÍA.HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE CUIDADOS
725	811	GESTIÓN POR PROCESOS EN UNA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DE AP Y SU UTILIDAD EN EL IMPULSO DE LA CALIDAD
726	812	MODELO AUTONOMICO DEL PLAN DE MEDIDAS DE EFICIENCIA DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA
727	813	QUEREMOS APRENDER A USAR DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO (DEA) DE LA VIA PÚBLICA....NOS ENSEÑAN DES DE EL CENTRO DE SALUD?
728	814	OPINIÓN SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO: ¿COINCIDEN PROFESIONALES Y USUARIOS?. ESTUDIO CUALITATIVO CON GRUPOS FOCALES
729	815	PROMOCION DE LA FORMACION CONTINUADA ACREDITADA DESDE LAS UNIDADES DE GESTION CLINICA
730	816	EVOLUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DE UNA UNIDAD DE FISIOTERAPIA ANTES Y DESPUÉS DE LA CERTIFICACIÓN ISO
731	817	YO, LAS CERTIFICADAS LAS QUE MANEJA LA SANIDAD PÚBLICA. ESTUDIO CUALITATIVO DE LA PERSPECTIVA CIUDADANA ANTE LA MHEALTH
732	818	METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LA GOBERNANZA DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA DE ANDALUCÍA
733	819	HACIA LA MEJORA DE LA EFICIENCIA: PROYECTO LEAN EN EL GABINETE DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA
734	820	ANÁLISIS RESTROPECTIVO DE LA ADHERENCIA A ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA EN UN AREA DE GESTIÓN SANITARIA PÚBLICA
735	821	ESTAMOS INTEGRADOS: SALUT+SOCIAL
736	822	ANÁLISIS DEL PROTOCOLO DE ALERTAS RELACIONADAS CON LA CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS RECIBIDAS EN UN SERVICIO DE FARMACIA
737	823	¿DISPUESTOS A CAMBIAR LA FORMA DE TRABAJAR EN QUIRÓFANO PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE INFECCIONES QUIRÚRGICAS?
738	824	IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA PILOTO “¡CÚRATE EN SALUD: PIDE CITA SIN HACER COLA!” EN ATENCIÓN AMBULATORIA ESPECIALIZADA
739	825	GESTIÓN DE LOS SUCESOS CENTINELAS
740	826	MONITORIZACIÓN DE LA INADECUACIÓN EN DIAGNÓSTICOS, PRUEBAS Y TRATAMIENTOS EN PATOLOGÍAS PREVALENTES: “MENOS ES MÁS”
741	827	IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN ISO EN LA COMUNICACIÓN ASISTENCIAL DESDE UNA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DE AP

PAG.	ID	TÍTULO
742	828	PUBLICACIÓN DEL INFORME PREALT EN LA HISTORIA CLÍNICA COMPARTIDA DE CATALUÑA, UN PASO HACIA LA INTEGRACIÓN ASISTENCIAL
743	829	HISTORIA DE UNA METAMORFOSIS: DE MILITAR A CIVIL
744	830	GUÍA DE HOSPITALIZACIÓN RESUMIDA EN DIBUJOS: ¿POR QUÉ NO EN ADULTOS?
745	831	TRAQUEOSTOMÍA Y EVENTOS ADVERSOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS
746	832	IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA CONECTA 72 COMO MEJORA DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN UN SERVICIO DE SALUD
747	833	EVALUACIÓN POR OBJETIVOS DE LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS EN ATENCIÓN PRIMARIA Y RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO
748	834	PERSPECTIVA DE GÉNERO Y CATEGORÍA PROFESIONAL EN LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA
749	835	BUENAS PRACTICAS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PEDIATRICO
750	836	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS ACCIONES FORMATIVAS A TRAVÉS DE CUESTIONARIOS ONLINE
751	837	PREVENCIÓN DE CAÍDAS: "EL PACIENTE COMO NÚCLEO DE UN PROGRAMA MULTIFACTORIAL"
752	838	CAÍDAS EN PACIENTES INGRESADOS: FACTORES CONTRIBUYENTES PREVENIBLES
753	839	UTILIZACIÓN DE MAPAS CLÍNICOS PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS TRANSVERSALES EN LOS HOSPITALES
754	840	UNA EXPERIENCIA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA UGC CORIA-ISLA
755	841	TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN DEL MEDIO PREHOSPITALARIO AL HOSPITALARIO PREVIA LLEGADA DEL PACIENTE.
756	842	LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN MAYORES CON SAHS. IMPACTO DE LA TERAPIA CON CPAP
757	843	CALIDAD Y EFICIENCIA EN LA GESTIÓN DE UNA UNIDAD DE CMA TRAS SU INCORPORACIÓN AL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
758	844	MONITORIZACIÓN DE LAS HERIDAS CRÓNICAS EN EL DISTRITO SANITARIO PONIENTE DE ALMERIA
759	845	DE LA ESTRATEGIA A LA EXCELENCIA: SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DE LA ORGANIZACIÓN
760	846	FOMENTO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE A TRAVÉS DE LA NORMA ISO 9001:2015
761	847	IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA FORMATIVO "EDÚCAME" PARA CUIDADORES PRINCIPALES: UN RETO MÁS EN EL ENTORNO DE LOS PACIENTES
762	848	EFICACIA DE LA TERAPIA CON INFUSIÓN SUBCUTÁNEA CONTINUA DE INSULINA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DIABÉTICOS
763	849	OPINIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA AMBULATORIA INFANTIL
764	850	GESTIÓN PROACTIVA DE INCIDENCIAS DE TRANSPORTE SANITARIO NO URGENTE (TSNU)
765	851	BUENAS PRACTICAS EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS DEL PACIENTE PEDIATRICO
766	852	DEL ESFUERZO DE LA CERTIFICACIÓN DE CALIDAD HACIA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES
767	853	SISTEMA DE COMUNICACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS GENERALES DEL HOSPITAL Y LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICAS PARA
768	854	GESTIÓN EFICIENTE DE LAS DERIVACIONES A UNIDAD DE HEMATOLOGÍA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA
769	855	EVOLUCIÓN DE UN OBSERVATORIO DE RESULTADOS
770	856	EVALUACIÓN DE LAS DISCREPANCIAS ENCONTRADAS TRAS LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.
771	857	PROBLEMAS METODOLÓGICOS EN LA MEDICIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL. COMPARACIÓN ENTRE LOS ESTUDIOS ENKID Y ALADINO.
772	858	ASESORÍA EN LOS PROCESOS DE CERTIFICACIÓN DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA
773	859	RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS PROCESOS DE RECEPCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LECHE HUMANA DONADA
774	860	PROCESOS ASISTENCIALES EFECTIVOS: ¿MEJORA LA SALUD DE LAS PERSONAS DIABÉTICAS CON NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA?
775	861	ESTRUCTURA FUNCIONAL PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA.

PAG.	ID	TÍTULO
776	863	CONOCIMIENTO DE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS POR LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE UN ÁREA SANITARIA
777	864	AUDITANDO LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RECOMENDACIÓN DE "NO HACER" RADIOTERAPIA HOLOCRAEAL EN METASTASIS CEREBRALES
778	865	EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE NEUROLOGÍA EN UN HOSPITAL COMARCAL DE ANDALUCÍA.
779	866	CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y PAGO POR DISPONIBILIDAD
780	867	NUEVO MODELO PROFESIONAL Y DE GESTIÓN PARA LA SEDACIÓN EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA: MENOS RECURSOS, MÁS EFICIENCIA
781	868	ENFERMERAS Y DIRECCIÓN POR OBJETIVOS... ¡RETRIBUIDOS CLARO! ¿MOTIVAN O DESMOTIVAN?
782	869	PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA REALIZACIÓN DE LA BIOPSIA CUTÁNEA
783	871	ATENCIÓN AL PACIENTE QUE SOLICITA ASISTENCIA INDEMEMORABLE EN ATENCIÓN PRIMARIA: CONSULTA DE ENFERMERIA DE ALTA RESOLUCIÓN
784	872	PROPUESTA DE TRABAJO PARA EL ANALISIS DE LOS INDICADORES DE SEGURIDAD(PSI)
785	873	ADECUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO "ÓRDENES VERBALES" EN UN CENTRO HOSPITALARIO
786	874	BRIEFING DE SEGURIDAD CLINICA COMO HERRAMIENTA DE GESTION DEL RIESGO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS
787	876	CONCILIACIÓN DIRIGIDA: INTEGRACION DE SISTEMAS PARA GARANTIZAR LA CONCILIACION DE LA MEDICACIÓN UNIVERSAL
788	877	ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN DEL MATERIAL ORTOPROTÉSICO EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA SUR DE SEVILLA
789	878	CUIDADOS DE ENFERMERIA DESDE LA INSERCCION HASTA LA RETIRADA DEL DRENAJE TORACICO EN EL PACIENTE CRITICO
790	879	MONITORIZACION DOMICILIARIA:LABOR DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA
791	880	CONTINUIDAD ASISTENCIAL A PERSONAS CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y / O ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN URGENCIAS
792	881	ANÁLISIS DE LA CULTURA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ANESTESIOLOGÍA
793	882	HOSPITAL SILENCIOSO
794	883	AUTOMATIZACIÓN DE UN SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO, EN UN SISTEMA DE EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA.
795	884	PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN. VALORACIÓN DE LA GESTIÓN CLÍNICA POR LOS CELADORES HOSPITALARIOS DEL SURESTE DE ANDALUCÍA
796	885	ENTORNO HOSPITALARIO Y CRONICIDAD: ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD PREVENTIVOS (PQI)
797	886	ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD POR TRAUMA GRAVE EN LA UGC DE URGENCIAS DE HUVR.
798	887	METODOLOGÍA DE ACTUALIZACIÓN DE UNA GUÍA DE TERAPÉUTICA ANTIMICROBIANA
799	888	GRÁFICA DE REGISTRO DE PARÁMETROS EN TÉCNICAS CONTÍNUAS DE REEMPLAZO RENAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
800	889	SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN EL ÁREA SANITARIA DE CEUTA. DIEZ AÑOS EVOLUCIONANDO 2007-2016.
801	890	LA VOZ DEL CLIENTE EXTERNO EN UNA UNIDAD DE ADMISIÓN HOSPITALARIA: "¡OÍDO COCINA!"
802	891	ESTRATEGIA DE CONSTRUCCIÓN DE UN ÍNDICE SINTÉTICO DE CALIDAD HOSPITALARIA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA
803	892	¿ES UTIL EL ANALISIS DE ARTICULOS DE PRENSA COMO HERRAMIENTA DE EVALUACION SANITARIA? EXPERIENCIA EN CUIDADOS PALIATIVOS
804	893	ULCERAS EN LA RED, DESPLAZAR DATOS Y NO PACIENTES.
805	894	DISTRIBUCIÓN EFICIENTE DE CAMAS: CAMBIO EN LA ASIGNACIÓN DEL NÚMERO DE CAMAS POR UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA
806	896	¿EXPLOSIÓN DE NOTIFICACIONES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE? ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS Y LOS FACTORES CLAVE
807	897	DERECHOS DE LOS CIUDADANOS: CONTENIDO OBLIGADO DEL PLAN DE ACOGIDA
808	898	PREAVISAMOS DEL ALTA PERO NUESTROS PACIENTES DE URGENCIAS NO INGRESAN ANTES. ¿QUÉ HACEMOS MAL?

PAG.	ID	TÍTULO
809	899	OPTIMIZACIÓN DE LA PETICIÓN POR LA UNIDAD DE URGENCIAS DE LA PROTEÍNA C-REACTIVA COMO BIOMARCADOR DE INFECCIÓN
810	900	ANÁLISIS DE MORTALIDAD EN UN HOSPITAL COMARCAL
811	901	LA PRIMERA IMPRESIÓN ES LA QUE CUENTA... PERO, ¿CUÁNTO?
812	902	APLICACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE HISTORIAS CLÍNICAS FISIOTERAPÉUTICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA
813	903	ESTUDIO CUALITATIVO PARA CONOCER LAS NECESIDADES DE INFORMACIÓN QUE TIENE LA CIUDADANÍA EN RELACIÓN A LA SALUD
814	904	7 PASOS, 6 ESTRATEGIAS, 1 SISTEMA, ¿EL MISMO OBJETIVO? SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DE AP
815	905	EFFECTIVIDAD DE LA IMPLICACIÓN DE LOS CIRUJANOS EN LA ELABORACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA LOS INFORMES DE ALTA QUIRÚRGICOS
816	906	ANÁLISIS DE LAS HIPOGLUCEMIAS DESDE LA ÓPTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: INSTRUMENTO DE MEJORA DE LA GESTIÓN CLÍNICA.
817	907	ANÁLISIS DEL SCREENING DEL RIESGO DE CAÍDAS EN MAYORES EN ATENCIÓN PRIMARIA. MEDIR PARA INTERVENIR
818	908	SEGURIDAD EN EL PROCESO DE REETIQUETADO DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS INTRAVENOSOS EXTRANJEROS
819	909	ANÁLISIS DE LA COMUNICACIÓN INTERNA EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA
820	910	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE INCENTIVACION POR DESEMPEÑO INDIVIDUAL. SUMMA 112.
821	912	GESTIÓN DE PERSONAS: PROGRAMA DE DESARROLLO COMPETENCIAL DE LA ESTRUCTURA DE SOPORTE.
822	913	EXPERIENCIA EN LA DERIVACIÓN URGENTE DE RESIDENTES DEL ÁMBITO GERIÁTRICO EN LA CIUDAD DE BARCELONA.
823	914	¡ALERTA, SANGRE A BORDO. ¿ESTE TUBO ES MIO?
824	915	DIBUJANDO LA IMPLANTACIÓN DE LA E.SALUD EN UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA
825	916	“UN MES, UN SON”. DIRECTO AL CORAZÓN
826	917	ANÁLISIS DE LEGIBILIDAD DE LAS HOJAS INFORMACIÓN AL PACIENTE SOBRE TRATAMIENTOS DISPENSADOS POR EL SERVICIO DE FARMACIA
827	918	COLABORACIÓN INTERDISCIPLINAR COMO HERRAMIENTA BÁSICA PARA LA ADECUACIÓN DE RECURSOS EN ARTRO-RESONANCIA DE HOMBRO
828	919	SEGUIMIENTO 2014 -2015 DE LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO EN EL SUMMA112
829	920	UNA MOTIVADORA SORPRESA. EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES Y FACULTATIVOS EN UNA UNIDAD DE ALERGIAS
830	921	VENTAJAS DE LA TRAQUEOTOMÍA PRECOZ
831	923	“CUENTAME COMO PASÓ: UN NUEVO PAISAJE HOSPITALARIO”
832	924	TRANSFORMACION DE UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN EN UNA UNIDAD DE GESTION CLÍNICA DE REHABILITACION PROVINCIAL
833	925	PROYECTO BACTERIEMIA CERO EN UCI NEONATAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARI DE SANT JOAN D'ALACANT
834	926	INICIATIVAS PREVIAS A LA INTRODUCCION DE UN ESTUDIO DE MEJORA DE ANALGESIA AL PARTO
835	927	“RED DE ACCIÓN LOCAL EN SALUD”: INSTRUMENTO DE GOBERNANZA PARA LA EFICIENCIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO.
836	928	ABORDAJE AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ETAPA FINAL DE VIDA DESDE UNA PERSPECTIVA DE LA ENFERMERA.
837	929	COMPROBACIÓN DE LA CALIDAD DE LA CODIFICACIÓN DIAGNOSTICA EN EL SUMMA 112
838	930	LA EVALUACIÓN DE LA CARGA ASISTENCIAL: UNA HERRAMIENTA BÁSICA EN LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN UN SERVICIO DE ADMISIÓN
839	931	MEDICACIÓN APORTADA POR EL PACIENTE DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO
840	932	¿PORQUÉ NO UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y MEDIOAMBIENTE?
841	933	ANÁLISIS DE INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS DURANTE LA IMPLANTACIÓN DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN CENTROS SOCIO-SANITARIOS
842	934	EL PACIENTE EN URGENCIAS: ¿SOLO O MEJOR ACOMPAÑADO?

PAG.	ID	TÍTULO
843	935	PROMOCIÓN SALUD: USO ADECUADO DE INTERNET EN ADOLESCENTES
844	936	UNIDAD DE CALIDAD: EJE FUNDAMENTAL DEL MANTENIMIENTO DEL CICLO DE MEJORA CONTINUA EN UN HOSPITAL MONOGRÁFICO PEDIÁTRICO
845	937	REGISTRO INFORMÁTICO DEL CONTROL DE ESTUPEFACIENTES: UN EJEMPLO DE IMPLANTACIÓN
846	938	LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, LA SEGURIDAD DEL PACIENTE COMO INDICADOR DE LA CALIDAD EN LA GESTIÓN
847	939	GESTIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS, ZOOM EN EL CHECKOUT
848	940	ANÁLISIS DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN DIÁLISIS
849	941	GESTION DE TIEMPOS EN EXPLORACIONES RADIOLOGICAS
850	942	PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA LA MEJORA ASISTENCIAL EN EL ÁMBITO DE LA DEPENDENCIA
851	943	EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN ENFERMERA EN EL PACIENTE AISLADO
852	944	NUEVO REGISTRO DE ALTA DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE SEMICRITICOS, INTEGRANDO TERMINOLOGÍA NANDA
853	945	"RESPALDEMOS AL PROFESIONAL": EXPERIENCIA EN NUESTRA ORGANIZACIÓN.
854	946	LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL AL SERVICIO DE LA ASISTENCIA SANITARIA EQUITATIVA Y EFICIENTE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS
855	947	MAPA DE ACTIVOS COMUNITARIOS EN SALUD, UNA EXPERIENCIA COMPARTIDA
856	948	PROYECTO DE MEJORA DE LA CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS EN EL CENTRO DE SALUD FELIPE II.MADRID
857	949	LA IMAGEN, NUESTRA CARTA DE PRESENTACIÓN: 'CHECK LIST DE LAS HABITACIONES'
858	951	SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL SEGUIMIENTO DE INDICADORES DEL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO
859	952	GESTIÓN AUTOMÁTICA DE TÍTULOS DE FORMACIÓN
860	954	UTILIZACIÓN INSTRUMENTO NECPAL EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL
861	955	NUEVAS NECESIDADES, NUEVOS RETOS
862	956	ANÁLISIS DE LOS FLUJOS DE PACIENTES EN DOS URGENCIAS HOSPITALARIAS DIFERENTES: ¿SON SIMILARES, ESTABLES Y PREDECIBLES?
863	957	BUENAS PRÁCTICAS DE CUIDADOS EN HEMODIÁLISIS. IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN A PARTIR DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.
864	958	SEGURIDAD DE PACIENTE EN PROGRAMA DE VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA MEJORAMIENTO DE CULTURA JUSTA Y SISTEMA DE REPORTE
865	959	AGRESIONES A PROFESIONALES: ANALISIS COMPARADO DE DOS MODELOS
866	960	ESTRATEGIA DE IMPLANTACION DE LISTA DE SEGURIDAD DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA
867	961	ANÁLISIS INDICADOR IQI 15 EN UN HOSPITAL DEL SSPA: TASA DE MORTALIDAD POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO
868	962	MAPA DE RIESGO DEL PROCESO DE SOPORTE BLOQUE QUIRÚRGICO EN UN HOSPITAL COMARCAL
869	963	INICIO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA LEAN EN UN HOSPITAL GENERAL 2015-2016: MENOS DERROCHE, MÁS EFICIENCIA
870	964	IMPLICACIÓN JURÍDICA DE LA GESTIÓN DE LA EFICIENCIA ENERGÉTICA HOSPITALARIA
871	965	LA APUESTA POR LA EXCELENCIA DE UN HOSPITAL. SORTEANDO DIFICULTADES
872	966	NO ACEPTAR LO INACEPTABLE: LAS COMPLICACIONES DE LOS CATETERES VENOSOS PERIFERICOS (CVP)
873	967	EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE RECURSOS DEL ENFERMO CRÍTICO (EC) SEGÚN EL GÉNERO
874	968	SEPSIS GRAVE (SG) POR CATEGORÍA DIAGNÓSTICA PRINCIPAL DE LOS GRD EN ENFERMO CRITICOS
875	969	ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD DEL ENFERMO CRÍTICO (EC) CON TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA (TP)
876	970	EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD DEL ENFERMO CRÍTICO NONAGENARIO (ECN)
877	971	SISTEMA DE CONTROL DE APARATAJE EN UCI
878	972	IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA DE ACOGIDA Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN EN UCI
879	973	PREPARACIÓN DE UN CABECERO DE UCIP
880	974	CREACIÓN DE UN LISTADO DE VERIFICACIÓN PARA EL TRASLADO DEL PACIENTE CRÍTICO

PAG.	ID	TÍTULO
881	975	MEJORAR LA GESTIÓN DE LOS RESIDUOS EN LOS CENTROS DE SALUD DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA
882	976	REORDENACIÓN DE RECURSOS EN UN ÁREA SANITARIA
883	977	APLICACIÓN DE LA GESTION LEAN EN LA GESTION DEL TRANSPORTE SANITARIO
884	978	MEJORANDO LA GESTION DE PACIENTES MEDIANTE LA METODOLOGÍA LEAN
885	979	AJUSTE DE LOS NANDA ACORDE A LAS CATEGORÍAS DIANÓSTICAS PRINCIPALES (CDP) DE LOS (GRD) EN EL ENFERMO CRÍTICO (EC)
886	980	AJUSTE DE LAS NIC ACORDE A LAS CATEGORÍAS DIANÓSTICAS PRINCIPALES (CDP) DE LOS (GRD) EN ENFERMERÍA INTENSIVA (EI)
887	981	SISTEMA DE GESTION DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS OCURRIDOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL GRUPO HM HOSPITALES 2015
888	982	GESTIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO DE COBERTURA DE AUSENCIAS DESCENTRALIZADO A LOS C. DE S. DE UNA C. AUTÓNOMA
889	983	DETECCIÓN DE FRAGILIDAD MEDIANTE VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL EN PERSONAS DE 70 Y MÁS AÑOS
890	984	CONFIRMACIÓN DE LA CITA MEDIANTE SMS
891	985	FINAL DE LA VIDA EN CUIDADOS PALIATIVOS Y ONCOLOGÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE ANDALUCÍA
892	986	VMNI: UN PASO MÁS HACIA LA EXCELENCIA DE LAS CURAS ENFERMERAS
893	987	SISTEMA DE TRAZABILIDAD DE LA TEMPERATURA: HACIA UN NUEVO MODELO EN LA GESTIÓN DE LOS CONCENTRADOS DE HEMATÍES.
894	988	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INFARTO CEREBRAL EN HOSPITALES CON Y SIN UNIDAD DE ICTUS.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

