

XXXV CONGRESO SECA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
CALIDAD ASISTENCIAL

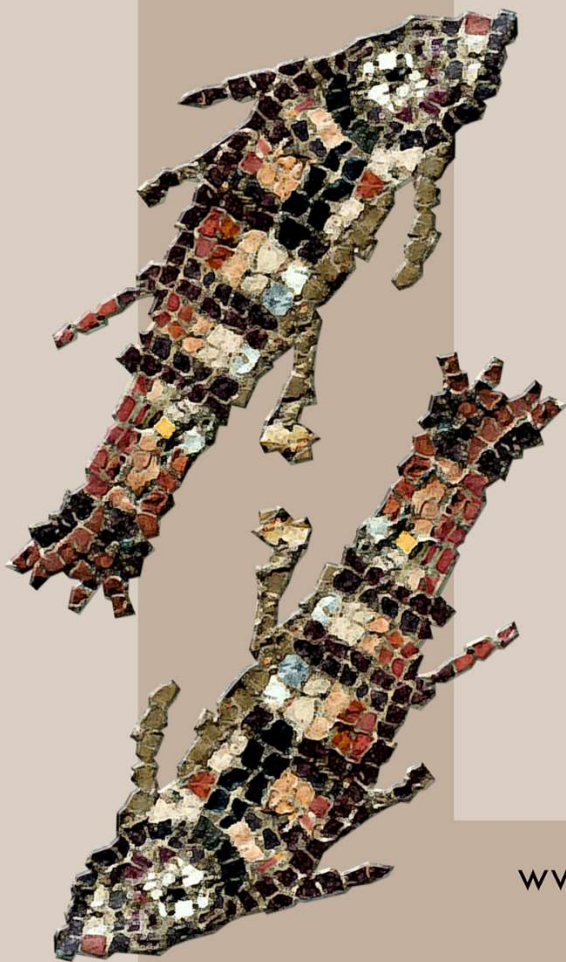
TARRAGONA

PALACIO DE
CONGRESOS
DE
TARRAGONA
18, 19 Y 20
OCTUBRE
DE 2017

XIX JORNADAS SCQA

SOCIETAT CATALANA DE
QUALITAT ASSISTENCIAL

ADECUACIÓN Y EFICIENCIA “MENOS ES MÁS”



FUNDACIÓN
ESPAÑOLA
DE CALIDAD
ASISTENCIAL



SOCIETAT
ESPAÑOLA
DE CALIDAD
ASISTENCIAL

QA
Societat Catalana
de Qualitat Assistencial



Secretaría Técnica:
Azul Congresos S.L.
Uria 76, 1º - Oficina 1º
33003 - Oviedo
Tel: 984 051 604 - 984 051 671

secretaria@calidadasistencial.es

www.calidadasistencial.es

www.blogscqa.com

www.academia.cat/qualitatassis

© SECA. Sociedad Española de Calidad Asistencial

© SCQA. Societat Catalana de Qualitat Assistencial

ISBN: 978 – 84 – 697 – 8991 - 9

Depósito Legal: AS 04258-2017

Diseño y maquetación: Azul Congresos S.L.

El LIBRO de COMUNICACIONES ha sido editado con los textos íntegros que los diferentes autores han elaborado y aportado. Por lo tanto, la Sociedad Española de Calidad Asistencial y la Societat Catalana de –Qualitat Assistencial, no se hacen responsables de los contenidos u opiniones vertidas, ni de posibles erratas en los mismos.

ÍNDICE

DECLARACIÓN DE INTERÉS SANITARIO	1
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD	
GENERALITAT DE CATALUNYA	
PATROCINADORES	2
COLABORADORES	
COMITÉS	3
COMITÉ ORGANIZADOR	
COMITÉ CIENTÍFICO	
PROGRAMA CIENTÍFICO CONGRESO	4
MIÉRCOLES 18 DE OCTUBRE	
JUEVES 19 DE OCTUBRE	
VIERNES 20 DE OCTUBRE	
COMUNICACIONES	5

INTERÉS SANITARIO



17/RIS
BG/mja

Se ha recibido en esta Subsecretaría formulario de solicitud de reconocimiento de interés sanitario a actos de carácter científico para el **XXXV CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL (SECA) Y XIX JORNADAS DE LA SOCIETAT CATALANA DE QUALITAT ASISTENCIAL (SCQA)**, organizado por la Fundación Española de Calidad Asistencial (FECA), y a celebrar en Tarragona durante los días 18, 19 y 20 de octubre de 2017.

Dados los objetivos y la valoración positiva que merece el programa del acto, en aplicación de la Orden de 19 de junio de 1984 (Boletín Oficial del Estado de 2 de julio siguiente), se reconoce como de interés sanitario los mencionados actos, cuyas conclusiones o acuerdos adoptados deberán remitirse, dentro del plazo señalado en el artículo 3.2 de la Orden citada, al Gabinete Técnico de esta Subsecretaría de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

De acuerdo con el artículo 121.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la resolución de este procedimiento administrativo no pone fin a la vía administrativa, y podrá ser recurrida en alzada ante el órgano superior jerárquico en el plazo de un mes, a partir del día siguiente de la recepción de la notificación.

Lo que se comunica a Vd. a todos los efectos.

Madrid, a 21 de julio de 2017

LA SUBSECRETARIA



[Handwritten signature]
María Jesús Fraile Fabra

D. Emilio Ignacio García
Secretaría Técnica Azul Congresos, S.L.
Uría, 76 – 1º Oficina 1ª
33003 OVIEDO



En data 6 de juliol de 2017, l'entitat **FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL** ha presentat una sol·licitud amb número de registre **9002E/188/2017** en què sol·licita a la Directora General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària que atorgui el reconeixement d'interès sanitari (RIS) a l'activitat:

**XXXV CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL (SECA) –
XIX JORNADAS DE LA SOCIETAT CATALANA DE QUALITAT ASSISTENCIAL (SCQA)**

Atesa l'Ordre de 9 d'octubre de 1986, publicada al DOGC número 756, de 22 d'octubre de 1986, per la qual es regula el reconeixement sanitari d'actes de caràcter científic.

De conformitat amb l'article 68 del Decret 6/2017, de 17 de gener, de reestructuració del Departament de Salut, la Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària (DGOPRS) del Departament de Salut té assignades entre d'altres funcions l'establiment i direcció de les polítiques d'ordenació, formació i desenvolupament professional, així com exercir l'autoritat sanitària en l'acreditació i certificació de professionals sanitaris i formació d'aquests.

RESOLC

1. Atorgar el reconeixement d'interès sanitari a l'activitat **XXXV CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL (SECA) – XIX JORNADAS DE LA SOCIETAT CATALANA DE QUALITAT ASSISTENCIAL (SCQA)**. L'atorgament d'aquest
2. Notificar aquesta resolució a la persona interessada.

Contra aquesta resolució, que no exhaureix la via administrativa, es pot interposar recurs d'alçada davant el conseller del Departament de Salut en el termini d'un mes, a comptar de l'endemà de la notificació de la resolució, segons el que estableixen els articles 121 i 122 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del Procediment Administratiu Comú de les Administracions Públiques, sens perjudici que es puguin interposar qualsevol altre recurs que es consideri convenient per a la defensa dels propis interessos.

Barcelona, 7 de juliol de 2017

Neus Rams Pla
Directora General

PATROCINADORES

abbvie

 Almirall

 astellas

 Boehringer
Ingelheim

 Bristol-Myers Squibb

 Pfizer

 Centro de Innovación
y Gestión Sanitaria

Janssen 


DNV·GL

 Universidad
Rey Juan Carlos

ESTEVE

 GRÜNENTHAL



Instituto para el Desarrollo
e Integración de la Sanidad

Janssen 
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF Johnson-Johnson

MERCK

 NOVARTIS



VNIVERSITAT D'VALÈNCIA

MÀSTER PROPI EN CIÈNCIES
FARMACÈUTICOPOLÍTICA Y BIOMEDICINA
DEL PACIENTE. 4ª EDICIÓ

MÀSTER PROPI EN INTEL·LENCIA
FARMACÈUTICA. 4ª EDICIÓ

COMITÉS



COMITÉ CIENTÍFICO

- D. Rafael Lledó Rodríguez. Presidente Comité Científico.
- Dña. M^a José Bueno Domínguez. Vicepresidenta Comité Científico.
- Dña. Montserrat Gens Barberá. Secretaria Comité Científico.
- D. Manuel Alcaráz Quiñonero.
- Dña. Mónica Ballester Roca.
- D. Genis Carrasco Gómez.
- D. José Augusto García Navarro.
- Dña. Cori Juanpere Magrané.
- Dña. Susana Lorenzo Martínez.
- Dña. Montserrat Llinas Vidal.
- D. José Joaquín Mira Solves.
- D. Carlos Mora Lourido.
- Dña. M.^a Antonia Muñoz Mella.
- Dña. Clara Pareja Rosell.
- Dña. Pilar Pérez Company.
- Dña. M^a Carmen Pérez Habas.
- D. Fernando Ramos D' Angelo.
- D. Víctor Reyes Alcázar.
- D. Ignasi Riera Paredes.
- Dña. Paz Rodríguez Pérez.
- Dña. Rosa Suñol Sala.
- Dña. M^a Gloria Torras Boatella.
- D. Antonio Torres Olivera.
- D. Pere Vallribera Rodríguez.
- Dña. Rosa Valverde Citores.
- D. Fernando Vázquez Valdés.
- D. Fernando Luis Vilanova Cardenal.



COMITÉ ORGANIZADOR

D. **Ángel Vidal Milla**. Presidente Comité Organizador.

D. **Andreu Aloy Duch**. Vicepresidente Comité Organizador. Coordinador Congreso.

Dña. **Montserrat Oliveras Gil**. Secretaria Comité Organizador.

Dña. Hortensia Aguado Blázquez.

Dña. Reyes Álvarez-Ossorio García de Soria.

Dña. Roser Anglès Coll.

D. Ignasi Arbusa Gusi.

Dña. María Arenas Prat.

D. Xavier Arrufat.

Dña. M.ª Pilar Astier Peña.

Dña. Blanca Cuevas Baticón.

D. Josep Davins Miralles.

D. Daniel Ferrer-Vidal Cortella.

D. Rafael Gomis Cebrián.

D. Rafael Gracia Escoriza.

D. Vicente Herranz González.

D. Emilio Ignacio García.

D. Rafael Manzanera López.

D. Roger Pla Farnos.

Dña. Ana Rodríguez Cala.

D. Oscar Ros Garrigós.

Dña. Rosa M.ª Salazar de la Guerra.

D. Manel Santiñà Vila.

Dña. M.ª Luisa Torijano Casalengua.

D. Fernando Vázquez Valdés.

PROGRAMA CIENTÍFICO



MIÉRCOLES, 18 DE OCTUBRE

10:00 – 14:00hrs

TALLERES

Coordinadora: D. ^a M^a José Bueno. Directora de Calidad de Sagessa.

TALLER 1: LEAN HEALTHCARE: MEJORA DE LA GESTIÓN DE FLUJOS EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO.

SALA GENIUS I

Docentes:

D. ^a Carmen Gimeno. Dirección de planificación y seguridad del paciente. Consorci Sanitari Integral.

D. David Pumar. Consorci Sanitari Integral.

TALLER 2: "ROL PLAYER": ELABORACIÓN "IN SITU" DE UN ARTÍCULO PARA PUBLICAR EN REVISTAS INDEXADAS.

SALA GENIUS II

Docentes:

D. Genís Carrasco. Jefe Clínico. Servicio de Medicina intensiva. Hospital de Barcelona.

D. ^a Susana Lorenzo. Jefe del área de Calidad y Gestión de Pacientes. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

TALLER 3: ESTRATEGIA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL Y SANITARIA.

Docente:

D. ^a Rosa Maria Valverde. Vocal de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y Fundación Española de Calidad Asistencial. Presidente de la Asociación Vasca de Calidad Asistencial. AVCA – AKEB.

TALLER 4: CÓMO MEJORAR LOCALMENTE LA ADECUACIÓN CLÍNICA.

SALA FORUM

Docentes:

D. Xavier Bonfill. Centro Cochrane Iberoamericano. Hospital de Sant Pau. Barcelona.

D. Ivan Solá. Centro Cochrane Iberoamericano. Hospital de Sant Pau. Barcelona.

TALLER 5: EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LOS CUIDADOS. CUIDAR Y GESTIONAR CON RESULTADOS.

SALA MEDUSA

Docentes:

D. ^a Montserrat Artigas. Instituto Catalán de la Salud.

D. ^a Pilar Pérez. Asesora de cuidados.

TALLER 6: LAS PRINCIPALES CLAVES PARA HABLAR EN PÚBLICO: TÉCNICAS Y HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

SALA MINERVA

Docente:

D. ^a M^a Victoria Meléndez. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

TALLER 7: MEJORA EN LA GESTIÓN DEL DOLOR AGUDO Y CRÓNICO

SALA ISIS

Docente:

D. Enrique Barez. Osakidetza.

Taller patrocinado por ESTEVE

TALLER 8: TRANSICIÓN A LA NORMA 9001:2015 EN ORGANIZACIONES SANITARIAS

SALA ESCIPIÓN

Docentes:

D. Joaquín Uris. Uris 21 Consultores.

D. Jordi Montserrat. Aquality consulting.



TALLER 9: ¿QUÉ HACER PARA LIMITAR EL IMPACTO DE LOS EVENTOS ADVERSOS GRAVES EN PACIENTES, PROFESIONALES DE PRIMERA LÍNEA Y EN LA REPUTACIÓN DE LOS EQUIPOS EN ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITAL?

SALA ADRIÁN

Docentes:

D.ª Pilar Astier. Secretaria de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y Fundación Española de Calidad Asistencial

D.ª Carmen Silvestre. Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea.

D. José Joaquín Mira. Universidad Miguel Hernández. Elche.

D.ª María Luisa Torijano. Servicio de Salud de Castilla - La Mancha. SESCAM.

TALLER 10: ENTRENAMIENTO EN LA INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE UN EVENTO ADVERSO

SALA GALBA

Docentes:

D.ª Aida Camps. Responsable de los programas de formación en Simulación UManresa-Fundació Universitària del Bages (FUB) i CISARC – Centre internacional de Simulació i Alt Rendiment Clínic.

D.ª Roser Angles. Servei Català de la Salut. Facultat de Medicina UVIC-UCC.

D.ª María Cruz Martín. Jefe del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario de Torrejón.

D. Oscar Dalmau. Gerente Unió Consorci Formació (UCF).

D. Ricard Llorca. Project manager Unió Consorci Formació (UCF).

TALLER 11: MANEJO DE HERRAMIENTAS EN LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

SALA TRAJANO

Docente:

D. Santiago Tomás. Badalona Servei Assistencial (BSA). Fundació FIDISP.

TALLER COMPLETO

TALLER 12: HERRAMIENTAS PARA TRANSFORMAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE: CÓMO REALIZAR Y APLICAR EL PATIENT JOURNEY.

SALA TARRACO

Docentes:

D. Carlos Bezos. Instituto para la experiencia del paciente.

D.ª Amparo Camacho. Instituto para la experiencia del paciente.

14:00hrs ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

16:00 - 16:30hrs ACTO INAUGURAL
AUDITORIO AUGUST

16:30 - 17:15hrs CONFERENCIA INAUGURAL
MENOS ES MÁS. LA GRAN AVENTURA DE HACER MÁS CON MENOS.

AUDITORIO AUGUST

Moderador: *D. Rafael Lledó. Director General. Hospital General de Granollers - Hospital Universitario.*

Ponente:

D. Albert Bosch. Emprendedor.

17:15 - 18:15hrs CONFERENCIA PLENARIA 1
ADECUACIÓN Y EFICIENCIA: MENOS ES MÁS.

AUDITORIO AUGUST

Moderador: *D.ª Rosa Suñol. Instituto Universitario Avedis Donabedian (FAD) y REDISSEC.*

Sobreutilización e infrautilización de los recursos en salud: una visión panorámica.

D.ª Sandra García-Armesto. Directora-Gerente. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS).

Cómo fomentar iniciativas que aporten valor a la práctica clínica.

D. Jordi Varela. Gesclinvar Consulting S.L.



18:15 – 18:45hrs

AUDITORIO AUGUST

ACTO DE BIENVENIDA

18:45 - 19:45hrs

TODAS LAS SALAS

DEFENSA COMUNICACIONES

19:45 - 20:30hrs

SALA TARRACO

ASAMBLEA DE LA "SOCIETAT CATALANA DE QUALITAT ASSISTENCIAL (SCQA)"



JUEVES, 19 DE OCTUBRE

08:00 - 08:50hrs

ENCUENTRO CON EXPERTOS

Coordinadora: D. ^a M^a Gloria Torras. Jefa de Servicio de Gestión Clínica. Institut Català d'Oncologia.

ENCUENTRO CON EXPERTOS 1: ¿QUÉ MODELOS DE ACREDITACIÓN MEJORAN REALMENTE LA PRÁCTICA CLÍNICA?

Ponente: D. Antonio Torres. Director Gerente de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

SALA FORUM

ENCUENTRO CON EXPERTOS 2: ATENCIÓN DOMICILIARIA: EVALUAR EL RIESGO EN SEGURIDAD DE LOS PACIENTES E IMPLANTAR PRÁCTICAS SEGURAS.

Ponente: D. ^a Nuria Hernández. Enfermera. Responsable de Qualitat de la Direcció d' atenció Primària Camp de Tarragona.

SALA MEDUSA

ENCUENTRO CON EXPERTOS 3: DE UNA GRAN IDEA A UN PROYECTO TRANSFORMADOR. CONSIGA LA RECETA (INGREDIENTES Y PROCESO DE COCCIÓN, QUÉ HACER Y QUÉ NO HACER).

Ponente: D. Rafael Sánchez. Jefe de la Unidad de Gestión Sanitaria. Red de Salud Mental de Álava. Osakidetza.

SALA MINERVA

ENCUENTRO CON EXPERTOS 4: EXPERIENCIA FORMATIVA EN CALIDAD Y MEJORA CONTÍNUA EN PREGRADO DE ENFERMERÍA.

Ponente: D. ^a Montserrat Llinàs. Coordinadora de Enfermería CAP Drassanes -Hospital Universitario Vall d' Hebrn.

SALA ISIS

ENCUENTRO CON EXPERTOS 5: "HIDRADENITIS; MEJORANDO LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL PROCESO".

Ponente: D. ^a Mercedes Carreras. Fundadora y Presidenta de la Sociedad Gallega de Calidad Asistencial (2010-2016).

SALA GALBA

Encuentro patrocinado por ABBVIE

ENCUENTRO CON EXPERTOS 6: CÓMO LO IMPOSIBLE SE CONVIERTE EN PROBABLE: LOS MAPAS DE RIESGOS EN LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DE PACIENTE.

Ponente: D. Santiago Tomás. Badalona Serveis Assistencials (BSA). Fundación FIDISP.

SALA ESCIPIÓN

ENCUENTRO CON EXPERTOS 7: HABLEMOS DE RIESGO LEGAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN NUESTRAS ORGANIZACIONES.

Ponente: D. Javier Moreno. Abogado Especialista en Derecho Sanitario y Seguros. Socio Director de Lexmor Asociados.

SALA ADRIÁN

09:00 - 10:00hrs

DEFENSA COMUNICACIONES

TODAS LAS SALAS



10:00 - 11:00hrs

SESIONES TÉCNICAS

SESIÓN TÉCNICA 1: PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO QUERATOSIS ACTÍNICA: CIRCUITO ASISTENCIAL Y ROL DE ATENCIÓN PRIMARIA Y DERMATOLOGÍA.

Introducción: *D. Xavier Cortés. Departamento Médico. Almirall S.A.*

SALA FORUM

Queratosis actínica: importancia clínica.

D. Rafael Salido. Servicio Dermatología. Unidad de Oncología Cutánea. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Metodología del estudio. Diseño y Validación del cuestionario de satisfacción.

D. José Joaquín Mira. Departamento de Salud Alicante – Sant Joan. Universidad Miguel Hernández.

Resultados: Circuito asistencial y cuellos de botella. Papel del dermatólogo y del AP.

D. Rafael Salido. Servicio Dermatología. Unidad de Oncología Cutánea. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Propuestas y recomendaciones.

D.ª María González-Velasco. Farmacéutica comunitaria adjunta. Farmacia Herrera del Rey CB. Sevilla

Sesión Técnica patrocinada por ALMIRALL

SESIÓN TÉCNICA 2: ENFOCANDO EL PRESENTE Y FUTURO DE LA MEJORA DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE.

Moderador: *D. Ángel Gil de Miguel. Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.*

SALA MEDUSA

Ponentes:

D. Alberto Pardo. Subdirector General de Calidad Asistencial de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

D. Ramón Frexes. Director de Relaciones Institucionales y RSC de Janssen.

Mesa Patrocinada por Catedra de Innovación y Gestión Sanitaria de Janssen. Universidad Rey Juan Carlos.

SESIÓN TÉCNICA 3: CRITERIOS DE CALIDAD EN PSIQUIATRÍA. ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNO BIPOLAR.

Moderador: *D. Emilio Ignacio. Profesor titular. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz*

SALA MINERVA

Ponentes:

D. Eduard Vieta. Jefe del Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínic. Barcelona.

D. Miquel Bernardo. Jefe de la Unidad de Esquizofrenia. Hospital Clínic. Barcelona.

Sesión Técnica patrocinada por Janssen

SESIÓN TÉCNICA 4: ¿CÓMO CAMBIARÁ LA SANIDAD EN EL 2050? RIESGOS Y OPORTUNIDADES DEL INTERNET DE LAS PERSONAS.

Moderador: *D. Lars Appel. Key Customer Manager.*

SALA ISIS

Sesión Técnica patrocinada por DNV

11:00 – 11:30hrs

PAUSA CAFÉ



11:30 - 12:30hrs CONFERENCIA PLENARIA 2: LIDERAZGO EN ADECUACIÓN Y EFICIENCIA.

AUDITORIO AUGUST

ESTILOS DE LIDERAZGO PARA AVANZAR HACIA LA EXCELENCIA: DEL PALO Y LA ZANAHORIA AL LÍDER TRANSFORMADOR.

Moderador: D. ^a Mònica Ballester. Directora de Calidad del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

Ponentes:

D. ^a Candela Calle. Directora gerente del Institut Català de la Salut y Directora general del Institut Català d' Oncologia (ICO).

D. José María Gasalla. Conferenciante, escritor y profesor de Deusto Business School. Creador del Modelo "Gestión por Confianza".

D. ^a Zulema Gancedo. Enfermera del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Mesa Plenaria patrocinada por ASTELLAS

12:30 - 14:00hrs MESAS TEMÁTICAS

MESA 1: "MENOS ES MÁS": CONFLICTOS ÉTICO-LEGALES EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL.

Moderador: D. ^a M^a José Bueno. Directora de Calidad de Sagessa.

SALA GENIUS I

Ponentes:

D. Ángel Puyol. Profesor de Ética de la Universitat Autònoma de Barcelona Departamento de Filosofía.

D. ^a María Cruz Martín. Jefe del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario de Torrejón.

D. Carlos Humet. Director médico del Hospital de Barcelona – SCIAS.

D. Javier Moreno. Abogado Especialista en Derecho Sanitario y Seguros. Socio Director de Lexmor Asociados.

MESA 2: ADECUACIÓN Y EFICIENCIA EN TRATAMIENTOS, PRUEBAS Y REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS.

Moderador: D. ^a Pilar Pérez. Asesora de cuidados.

SALA GENIUS II

Variaciones en la práctica médica, inadecuación de la hospitalización y utilización de medicamentos.

D. Salvador Peiró. Subdirector General d'Investigació i Innovació en Salut Direcció General d'Investigació, Innovació, Tecnologia i Qualitat Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de Valencia.

La adecuación de los cuidados a la evidencia mejora los resultados y disminuye el coste.

D. ^a Esther González. Coordinadora del Proyecto Internacional Best Practice Spotlight Organization en España. Responsable científico del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia (CCEIJB).

El programa PICUIDA, una estrategia de eficiencia.

D. ^a María Isabel Casado. Dirección de la Estrategia de Cuidados del Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Proyecto PAINOUT en la gestión del Dolor Agudo Postoperatorio.

D. Hermann Ribera. Jefe de Sección de la Unidad de Dolor del Hospital Universitari Son Espases.

Comunicación a ponencia: Frecuencia y causas de la sobreutilización innecesaria de pruebas y procedimientos en atención primaria.

Presenta: D.^a Irene Carrillo. Personal Docente en Formación del Departamento de la Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

Mesa patrocinada por GRÜNENTHAL



MESA 3: RECOMENDACIONES “NO HACER”.

Moderador: D. ^a Clara Pareja. Adjunta a la Direcció Assistencial d'Atenció Primària. Institut Català de la Salut.

SALA TARRACO

Ponentes:

D. Manuel Medina. Coordinador del Área de Sistemas de Información de Atención Primaria. Direcció de Gestió. Institut Català de la Salut.

D. Josep Basora. Coordinador de Investigación y Formación. Gerencia Territorial Camp de Tarragona. Institut Català de la Salut. SEMFyC.

D. Javier García-Alegría. Coordinador del Proyecto “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España”. Marbella. D.^a Cari Almazán. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS).

MESA 4: ¿EN EL SECTOR SALUD, LAS TECNOLOGÍAS SON UNA AYUDA FUNDAMENTAL Y NECESARIA PARA PROFESIONALES Y PACIENTES?

Moderador: D. ^a M^a Gloria Torras. Jefa de Servicio de Gestión Clínica. Institut Català d'Oncologia.

SALA FORUM

Tengo fe en la tecnología, pero creo en las personas. Las palabras conmueven, pero es el ejemplo el que arrastra.

D. Rafael Sánchez. Jefe de la Unidad de Gestión Sanitaria. Red de Salud Mental de Álava. Osakidetza.

Conocimiento, innovación y tecnología: Trabajamos juntos para mejorar la seguridad del paciente. Aplicación proSP.

D.^a Montserrat Gens. Directora de Calidad de la Gerencia del Camp de Tarragona ICS.

Comunicación a ponencia: Redes Sociales: el nuevo reto de los hospitales españoles.

Presenta: D.^a Inés Moreno. Residente de Traumatología de Hospital General Universitario Morales Meseguer.

Mitos y retos de la transformación digital de los servicios de salud.

D. Joan Cornet. Director de European Connected Health Alliance.

MESA 5: MODELOS DE GESTIÓN AUTONÓMICA EN ESPAÑA: HACIA LA ADECUACIÓN Y LA EFICIENCIA.

¿Cuándo hablamos de calidad hablamos de lo mismo?

Moderador: D. Ángel Vidal. Director Adjunt de l' Institut Català d'Oncologia.

SALA ESCIPIÓN

Ponentes:

D. David Elvira. Director del Servicio Catalán de Salud CatSalut. Cataluña.

D. Oscar Moracho. Gerente del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea. Navarra.

D. Javier Marion. Director Gerente del Servicio Aragonés de Salud. Aragón.

D. Rafael López. Director Gerente Regional de Salud de Castilla y León.

Mesa patrocinada por BOEHRINGER INGELHEIM



MESA 6: ADECUACIÓN Y EFICIENCIA EN LAS MUTUAS.

Nuevas ideas para hacer las cosas.

D. José Joaquín Mira. Universidad Miguel Hernández. Elche

SALA MEDUSA

Cultura de calidad y práctica clínica adecuada.

D. Manel Plana. MC Mutual.

Medicina apropiada y enfermedad profesional.

D. Manel Vázquez. Asepeyo.

Servicios para nuestros usuarios: "¿Menos o más?"

D. Víctor Echenagusia. Mutualia.

Integración de servicios y práctica clínica.

D. Federico Báñez. FREMAP.

Duración adecuada de la Incapacidad Temporal.

D. Valentín Sanz. Ibermutuamur.

Hacer lo adecuado.

D. Rafael Manzanera. MC Mutual.

MESA 7: AFLOREMOS LA POST-VERDAD: CALIDAD, EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA; ¿ALTERNATIVE FACTS?

Moderador: *D. Ignasi Riera. Director de Operaciones Asistenciales del Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Barcelona.*

SALA MINERVA

Algoritmos de ayuda para la toma de decisiones compartidas y consensuadas entre niveles, a propósito de Cardiología, Endoscopia y Laboratorio.

D. Jaume Boadas. Director Asistencial del Consorci de Terrassa. Barcelona.

Herramienta de ayuda a la prevención cuaternaria y "overUse" (KhalixSISAP).

D.ª Mireia Fábregas. Sistema de Información de los Servicios de Atención Primaria (SISAP). Institut Català de la Salut (ICS).

Bases para la elaboración de rutas asistenciales en el caso de pacientes con fibrilación auricular.

D.ª Mercedes Ortiz. Responsable de calidad del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Programa PSI-PCC en Salud Mental y sus efectos asistenciales y económicos.

D. Antonio Serrano. Psiquiatra del Parc Sanitari de Sant Joan de Déu.

Mesa patrocinada por BMS-Pfizer

MESA 8: ¿EVALUAMOS LOS RESULTADOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA?: IMPACTO EN LA SOCIEDAD.

Moderador: *D.ª Leticia Moral. Directora General de Asistencia, calidad e innovación. QuirónSalud.*

SALA ADRIÁN

Barómetro sanitario.

D.ª Mercedes Alfaro. Subdirectora General de Información Sanitaria y Evaluación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Observatorios de resultados en las Comunidades Autónomas.

D. Alberto Pardo. Subdirector General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Desde el barómetro sanitario privado al modelo QH: un punto de encuentro público-privado.

D. Manuel Vilches. Director General de IDIS.

Mesa patrocinada por IDIS



14:00 - 15:30hrs ALMUERZO DE TRABAJO

15:30 - 16:00hrs ESPACIO SECA
AUDITORIO AUGUST

16:00 - 17:00hrs CONFERENCIA PLENARIA 3
CALIDAD: VALOR Y COSTE.
AUDITORIO AUGUST

Moderador: *D. Andreu Aloy. Director de Calidad y Planificación. Hospital General de Granollers – Hospital Universitario.*

Ponentes:

D. Vicente Ortún. Profesor de la Universidad Pompeu Fabra (UPF).

D. Carlos Campillo. Servei de Salut de les Illes Balears, CRES – UPF.

17:00 - 18:30hrs MESAS TEMÁTICAS

MESA 9: CONOCIMIENTO: FORMAR EN ADECUACIÓN Y EFICIENCIA.

Moderador: *D. ^a Montserrat Llinàs. Coordinadora de Enfermería CAP Drassanes -Hospital Universitario Vall d' Hebrón.*

SALA GENIUS I

Formación en investigación desde un Colegio Profesional de Enfermería para mejorar la calidad de los cuidados.

D. ^a Lucía Benito. Enfermera del Institut Català d' Oncologia. Asesora del área de formación e investigación del Colegio Enfermeras Barcelona (COIB). Profesora asociada UB.

La Formación en Calidad en los estudios de Grado de Enfermería: luces y sombras.

D.^a Amor Aradilla. Enfermera y doctora en psicología. Coordinadora de Calidad de las Escuelas Universitarias Gimbernat i Tomàs Cerdà. Barcelona (UAB)

Aprender haciendo: cómo transformar el conocimiento en comportamiento.

D. ^a Ana Isabel Alguacil. Coordinadora de Calidad del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Profesora colaboradora de UCM y URioja.

Desaprender: nueva cultura de mejora de la calidad y seguridad del paciente para la próxima generación de profesionales.

D. Joan Maria Ferrer. Director de Calidad, Docencia e investigación de la Fundación Sanitaria Mollet. Profesor asociado UIC.

El retorno social un método de análisis económico del impacto de las intervenciones sanitarias.

D. Carles Blanch. Epidemiólogo. Health Economics & Market Access. Novartis. Profesor colaborador UB y UPF.

Mesa patrocinada por NOVARTIS

MESA 10: ¿PENSAMOS EN EL PACIENTE?

Moderador: *D. ^a Susana Lorenzo. Jefe del área de Calidad y Gestión de Pacientes. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.*

SALA GENIUS II

El paciente como persona: A propósito de un paciente-profesional sanitario.

D.^a Ángela Pallarés. Profesora de la Universitat Ramon Llull. Fundacio Blanquerna.

Comunicación a ponencia: Necesidades y expectativas de los ciudadanos y/o pacientes en relación a la humanización de la asistencia sanitaria.

Presenta: D.^a Juana Mateos. Subdirección G. de Humanización Técnico de apoyo. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Hospital optimista: entorno.

D. Florent Amion. Director de Vygon España. Premios Hospital Optimista.

Escuela de familiares.

D. ^a M^a Ángeles Prieto. Profesora de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Directora de la Escuela de Pacientes de la Consejería de Andalucía.



MESA 11: MODELOS DE CALIDAD. MEJORA EN LA ADECUACIÓN Y EFICIENCIA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA. ¿CÓMO UN MODELO DE CALIDAD, INFLUYE EN LA MEJORA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA EN RELACIÓN A LA ADECUACIÓN Y LA EFICIENCIA?

Moderador: *D.ª Montserrat Gens. Directora de Calidad Gerencia del Camp de Tarragona ICS.*

SALA TARRACO

Modelo ACSA: Impacto en la práctica de las Unidades de Gestión Clínica.

D. Antonio Torres. Director Gerente de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

La experiencia catalana de la acreditación de los equipos de atención primaria.

D. Josep Davins. Subdirector general d' Ordenació i Qualitat Sanitàries i Farmacèutiques. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Influencia de Joint Commission en la práctica clínica de los centros gestionados por Ribera Salud.

D.ª Mireia Ladios. Coordinadora de Calidad Grupo Ribera Salud.

El modelo europeo de Calidad (EFQM). Creador de ventajas competitivas.

D. Jordi Pujol. Director General. Hospital Plató.

MESA 12: PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD: ¿MENOS ES MÁS, TENEMOS EN CUENTA LOS ELEMENTOS TRANSVERSALES?

Moderador: *D. Manel Santinià. Presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y Fundación Española de Calidad Asistencial.*

SALA FORUM

Ponentes:

D. Joaquín Estévez. Presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud.

D.ª Cristina Iniesta. Presidente de la red Catalana de Hospitales y Centros Promotores de la Salud.

D.ª Paz Rodríguez. Jefe del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario de Salamanca.

**Prevención, Promoción, Calidad Asistencial, son elementos transversales que permiten cohesionar el sistema de salud y el comportamiento de las organizaciones orientándolo hacia los objetivos asistenciales, económicos, sociales y de mejora la calidad asistencial pero ¿Se tienen en cuenta?, ¿Qué pueden aportar?, ¿Cómo los deberíamos utilizar?. Estas son algunas de las preguntas que los ponentes intentaran responder en una sesión que será ágil e interactiva con el público asistente, el cual podrá dar su opinión a las diferentes preguntas que se vayan planteando y preguntar.*

MESA 13: LEAN: LA ESENCIA DEL “MENOS ES MÁS”.

Moderador: *D.ª Rosa Simón. Directora de Calidad en el Consorci Sanitari del Garraf. Barcelona.*

SALA ESCIPIÓN

Visión general de la filosofía LEAN en el menos es más.

D.ª Cristina Fontcuberta. Instituto LEAN.

Kaizen y trabajo estandarizado en LEAN.

D. Walter Henríquez. Director IT Services. Cuatrecasas.

Seguridad – Jidoka – cómo Lean impacta en la seguridad.

D. David Pumar. Consorci Sanitari Integral.

Just in time – cómo LEAN impacta en la eficiencia, en el saber hacer y en el respeto por las personas.

D.ª Isabel Muñoz. CEO Osenseis.

Comunicación a ponencia: Resultados de la aplicación de Lean Healthcare en un área de urgencias.

Presenta: *D. Miquel Sánchez. Director de Urgencias del Hospital Clinic de Barcelona.*



MESA 14: EL COMPROMISO Y EL TALENTO COMO MOTOR DE LAS ORGANIZACIONES COMPLEJAS.

Moderador: *D. José Augusto García. Director General del Consorci de Salut i Social de Catalunya.*

SALA MEDUSA

Proyecto OPINA: La gestión estratégica del compromiso de los profesionales en las organizaciones sanitarias.

D. Jordi Garriga. Socio Director de E-Motiva.

El talento marca la diferencia.

D. Antonio Pamos, Ph. D. Socio Director de Factum.

Comunicación a ponencia: Del talento tácito al explícito en profesionales sanitarios: estudio cualitativo y experiencia piloto con grupos focales.

Presenta: *D. Carlos Pla. Psicólogo. Director de Personas. Hospital General de Granollers – Hospital Universitario*

MESA 15: ATENCIÓN INTEGRADA: CLAVE EN LA ADECUACIÓN Y LA EFICIENCIA.

Moderador: *D.ª Cori Juanpere. Psiquiatra. Adjunta Dirección Médica HU Institut Pere Mata.*

SALA MINERVA

Atención integrada a la cronicidad ¿Hemos avanzado?

D. Roberto Nuño. Director de Deusto Business School Health. Universidad de Deusto (Bilbao).

Un reto en la atención en salud mental: la atención integrada.

D. Josep Pifarré. Psiquiatra. Director de Salud Mental de GSS-Hospital Universitari de Santa Maria y de SJD Terres de Lleida.

Integración asistencial: "Instrumentos de soporte a la práctica clínica" desde la atención primaria.

D.ª Clara Pareja. Adjunta a la Direcció Assistencial d'Atenció Primària. Institut Català de la Salut.

Atención integrada en el ámbito sociosanitario.

D. Joan Espauella. Unitat Integral de Geriatria. Consorci Hospitalari Vic.

Comunicación a ponencia: "PREN" como herramienta de análisis cualitativo del "SWOT" del modelo de atención a la cronicidad: retos y barreras.

Presenta: *D. Rami Qanneta. Director Centre de GiPSS. Tarragona*

18:30 - 19:30hrs

TODAS LAS SALAS

DEFENSA COMUNICACIONES

19:30 - 20:30hrs

AUDITORIO AUGUST

ASAMBLEA DE LA "SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL (SECA)"

21:30hrs

CENA DE CLAUSURA



VIERNES, 20 DE OCTUBRE

09:30 – 10:30hrs

TODAS LAS SALAS

DEFENSA COMUNICACIONES

10:30 – 11:00hrs

PAUSA CAFÉ

11:00 – 12:30hrs

AUDITORIO AUGUST

Moderador: *D. Genis Carrasco. Jefe Clínico. Servicio de Medicina intensiva. Hospital de Barcelona.*

MESA MEJORES COMUNICACIONES

REPERCUSIÓN DE LA MEDICACIÓN EN LA PREDICCIÓN DE LAS CAÍDAS HOSPITALARIAS.

Ponente: D.ª Alba Martín.

PRESENCIA DE LAS TIC EN LA RELACIÓN ENTRE LA CIUDADANÍA Y LOS PROFESIONALES SANITARIOS: REALIDADES Y DESEOS EN ANDALUCÍA.

Ponente: D.ª Belén Sotillos.

METODOLOGÍA LEAN: INCREMENTANDO LA SEGURIDAD EN EL PROCESO DE HEMODIÁLISIS.

Ponente: D.ª Victoria Ariza.

CUADRO DE MANDO INTEGRAL ORIENTADO A RESULTADOS: UNA REALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA.

Ponente: D.ª Elena Bartolomé.

EVALUACIÓN DE LA COMPLEJIDAD EN EL TRIAJE DE URGENCIAS

Ponente: D. Josep Gómez.

12:30 – 13:30hrs

CONFERENCIA DE CLAUSURA

MOTIVACIÓN Y TALENTO COMO SOPORTE A LA ADECUACIÓN Y LA EFICIENCIA.

AUDITORIO AUGUST

Moderador: *D. Rafael Lledó. Director General. Hospital General de Granollers - Hospital Universitario.*

Ponente:

D. Carlos Vico. Management Extreme.

13:30 – 14.15hrs

AUDITORIO AUGUST

ACTO DE CLAUSURA Y ENTREGA DE PREMIOS

COMUNICACIONES



ID: 6

TÍTULO: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INFECCIONES NOSOCOMIALES EN PACIENTES INGRESADOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

RESUMEN:

Las infecciones nosocomiales agravan la discapacidad funcional y la tensión emocional del paciente y, en algunos casos, pueden ocasionar trastornos incapacitantes que reducen la calidad de la vida. Son una de las principales causas de defunción, los costos económicos son importantes ya que una estadía prolongada de los pacientes infectados es el mayor factor contribuyente al costo

Exponer los factores de riesgo presentes en la población ingresada en la unidad de larga estada de nuestro centro y analizar el desarrollo de infecciones nosocomiales en dichos pacientes desde su ingreso.

Se realiza un corte transversal de los pacientes ingresados de más de 48 horas en el centro socio sanitario en el que se analizan mediante observación directa, los factores de riesgo que han presentado durante la estancia en el centro (catéteres venoso, sonda urinaria, úlceras por presión, desorientación, disfagia, grado de dependencia... entre otros) y revisando las historias clínicas de los pacientes así como la recogida de datos de enfermería.

Del total de los pacientes censados el día del corte, 193 pacientes, el 44% eran hombres y el 56% mujeres, con una edad media de 78 años.

Los factores de riesgo asociados a infecciones nosocomiales un 47,7% presentaban desorientación, un 43% un alto grado de dependencia, un 27,5% presentaban disfagia, un 15,5% úlceras por presión, un 52,3% de los pacientes eran incontinentes fecal y/o urinarios, en un 2,1% de los casos, habían sufrido una intervención quirúrgica reciente, un 15% de los pacientes era portador de catéter(6,7% urinario, 5,25 vascular y 3,1% periférico), un 0,5% portador de traqueotomía y un 2,1% de gastrostomía.

Un 7,8% de los pacientes, presentaron infección nosocomial, de localización respiratoria fueron un 46,7%, un 33,3 % de tejidos y partes blandas y un 13,3% del tracto urinario.

CONCLUSIONES

Según los datos obtenidos, se correlacionan los porcentajes de factores de riesgo con las localizaciones de las infecciones nosocomiales y su prevalencia, debido a que las respiratorias se asociaron en a bronco aspiraciones, otras como tejidos y partes blandas asociadas al porcentaje de úlceras por presión y otros derivados del alto grado dependencia o incontinencia de dichos pacientes, asociados al sondaje urinario.

Como factores de riesgo no se contempla la observación directa de la higiene de manos, pero sería un factor importante a tener en cuenta según los datos obtenidos ya que podría asociar a alguna incidencia nosocomial.

AUTORES: MORENO LUCAS, SONIA; DOMÉNECH CARPENA, C; CORDERI SIERRA, A; CAÑADA CODINA, N; RUBIO DALMAU, A; DORADO GARCIA, E.

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO INTEGRAL DE SALUD COTXERES.



ID: 7

TÍTULO: USO EMPÍRICO DE ANTIBIÓTICOS EN INFECCIONES NOSOCOMIALES

RESUMEN:

Los agentes productores de infecciones nosocomiales varían con el tiempo. Entre los diferentes tipos contemplados en la actualidad se presentan la infección urinaria, quirúrgica, respiratoria y bacteriemia nosocomial.

El tratamiento de dichas infecciones se basa en dos pilares fundamentales como son el tratamiento antibiótico dirigido contra el agente productos de la infección o bien el tratamiento de mantenimiento para conseguir la estabilidad y correcto funcionamiento de los diferentes órganos afectados.

Determinar la tasa de prevalencia en el uso empírico de antibióticos en infecciones nosocomiales en un Centro socio sanitario.

Se realiza un corte transversal de los pacientes ingresados de más de 48 horas en el centro socio sanitario que están en tratamiento antibiótico para determinar la tasa de prevalencia en el uso de antibiótico, diferenciando el tratamiento empírico del tratamiento dirigido.

Se considera que está en tratamiento antibiótico, si lo lleva el día del estudio.

Del total de pacientes ingresados, 193, un 8,3% estaba en tratamiento con antibiótico, de los que un 7,8% era por infección nosocomial.

De los antibióticos más frecuentes prescritos en el tratamiento de dichas infecciones fueron un 75% amoxicilina/clavulánico, un 7,3% amoxicilina sola, un 8,1 % con ceftriaxona y un 4,2% estuvieron tratados con fluconazol.

Dichos tratamiento, estuvieron prescritos en el 93,8% de los casos como tratamiento empírico y un 6,2% como tratamiento dirigido.

CONCLUSIONES

El perfil del paciente ingresado en el Socio sanitario, complejo, polimedicado y con enfermedades crónicas avanzadas, nos obliga a actuar con premura y a establecer un tratamiento empírico.

Al actuar con antibióticos de amplio espectro, nos da la seguridad de actuar frente a todos o la mayoría de los patógenos posibles, pero en cambio no se actúa de forma selectiva frente a los microorganismos más prevalentes.

Al plantear el tratamiento empírico y precoz de una infección nosocomial debemos considerar la tipología del paciente, la gravedad de la infección, el lugar de adquisición de la misma y su flora microbiana, para poder establecer un tratamiento apropiado.

En cambio, si disponemos de los resultados microbiológicos y con la perspectiva de la evolución del paciente, deberemos proceder en todos los casos a reducir el tratamiento antibiótico al mínimo eficaz necesario con la consiguiente reducción del espectro para definir el tratamiento dirigido.

AUTORES: MORENO LUCAS, SONIA; CORDERI SIERRA, A; DOMÉNECH CARPENA, C; DORADO GARCIA, E; CAÑADA CODINA, N; RUBIO DALMAU, A.

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO INTEGRAL DE SALUD COTXERES.

ID: 8

TÍTULO: INTERACCIÓN DE ANTIMICROBIANOS CON ANTICOAGULANTES ORALES

RESUMEN:

Los Anticoagulantes orales (ACO) inhiben de forma reversible la acción de la vitamina K, esencial para la síntesis hepática de varios factores de coagulación. Los límites estándar del "International Normalized Ratio" (INR) oscilan entre 2- 3 pero el uso de fármacos como los antimicrobianos, entre otros, puede dar lugar a una interacción con los ACO bien aumentando o disminuyendo su efecto, y modificando el valor del INR.

Estudiar el grado del efecto de la interacción de los antimicrobianos con los anticoagulantes orales valorando el incremento del INR.

Se identificaron los pacientes ingresados durante el año 2016 en el centro sociosanitario que estaban en tratamiento con antimicrobianos, como levofloxacino, amoxicilina/ clavulánico, piperaciclina/tazobactam, ciprofloxacino, ceftazidima, clindamicina, ciprofloxacino, cotrimoxazol y fluconazol, conjuntamente con anticoagulantes orales (acenocumarol en todos los casos) y en los que el INR previo estuviese en rango y se dispusiera de datos de INR posterior para valorar el incremento.

A partir de los datos de INR previos al tratamiento antimicrobiano y los obtenidos a posteriori se valoró el incremento de éste, y la posible interacción de los antimicrobianos con Acenocumarol. Durante este periodo, se recogió un total de 15 pacientes con prescripción conjunta de los fármacos en estudio y acenocumarol. De los 15 pacientes estudiados, en que el rango de INR establecido oscilaba entre 1,5 - 3,5, se detectó un aumento por encima del rango superior a 4, en 9 pacientes con elevado riesgo de hemorragias. Se revisó toda la medicación de estos 9 pacientes y en todos los casos se encontraron fármacos que interactuaban con el acenocumarol a parte de los antimicrobianos anteriormente citados, principalmente inhibidores de la bomba de protones, antiinflamatorios, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, hipolipemiantes y en uno de los casos, el paciente también estaba en tratamiento con heparina de bajo peso molecular y otro con alopurinol.

De estos 9 pacientes, en 7 de ellos se requirió la administración de vitamina K como antídoto, ya que el INR fue superior a 6.

En los 6 pacientes restante, se observaron ligeras oscilaciones del INR sin sobrepasar el rango, todos ellos en tratamiento con otros fármacos como los descritos anteriormente más antineoplásicos, que todos ellos potenciaban el poder anticoagulante del acenocumarol

CONCLUSIONES

La interacción entre los antimicrobianos descritos y el acenocumarol, es relevante, ya que algunos de los incrementos del INR detectados han sido elevados y han requerido de la administración del antídoto (vitamina K), dando lugar a un incremento del riesgo de hemorragias y daños graves.

Es importante monitorizar el INR en aquellos pacientes en tratamiento con antimicrobianos conjuntamente con anticoagulantes orales, sobretudo en pacientes polimedicados, con uno o más fármacos que contribuyen y potencian el efecto de éstos.

AUTORES: MORENO LUCAS, SONIA; CORDERI SIERRA, A; CAÑADA CODINA, N; RUBIO DALMAU, A; GRIFOL PORTA, M; DORADO GARCIA, E.

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO INTEGRAL DE SALUD COTXERES- CENTROSOCIOSANITARIO.

ID: 9

TÍTULO: INTERVENCIÓN PARA MEJORAR EL CONTROL DE LOS PACIENTES AISLADOS EN UN ÁREA DE SALUD

RESUMEN:

El aislamiento de pacientes es una medida ampliamente extendida para el control de la transmisión de enfermedades infecciosas que supone un importante esfuerzo tanto para el personal como para los pacientes.

En un hospital configurado con dos pacientes por habitación en un 97% de las camas, aislar pacientes supone una merma de la capacidad asistencial al bloquear la una de las camas. Esta situación supone que en momentos de alta frecuentación, puede producirse esperas para el ingreso.

Hay que tener en cuenta que las precauciones de aislamiento se emplean diferentes equipos de protección individual, que deben utilizar todas las personas que entran en contacto con el paciente. Estos equipos suponen un coste que es necesario minimizar.

Mejorar el control de los pacientes aislados en el hospital.

Reducir el número de pacientes aislados y el número de días de aislamiento.

1.- Actualización y difusión de protocolos

Se actualizan los protocolos redactándolos de acuerdo a los requisitos documentales de la norma ISO 9001. Se añaden instrucciones: toma de muestras, volante de toma de muestras y periodicidad de las mismas. Se tienen en cuenta los distintos factores que influyen en la posibilidad de transmisión, como limpieza, aseo del paciente etc.

Nueva cartelería, que se utiliza junto al cartel de los 5 momentos de la OMS y las instrucciones para la desinfección de manos.

Sesiones clínicas para informar al personal implicado de la existencia de nuevos protocolos y cartelería disponibles en la intranet de la Gerencia.

2.- Control de pacientes aislados

El aislamiento de pacientes se realizaba de forma manual. Se diseña una base de datos en la que se incluyen a los pacientes a los que se aísla para disponer de los listados necesarios para su control, tanto durante su ingreso como al alta.

Se solicita listado con los pacientes que tienen marcada alerta de aislamiento en la historia clínica electrónica de modo que pueda ser depurada para que incluya sólo a los pacientes que son susceptibles de aislamiento al ingreso.

3.- Coordinación con Atención Primaria y Laboratorio

Se envían de forma periódica a los centros de salud para que se tomen las muestras correspondientes para proceder a la retirada de la alerta. Se coordina con laboratorio.

- Pacientes con alerta de aislamiento: Antes de la intervención 96, después 24.

- Desde el 27/07/2015 hasta 03/10/2016 se aíslan 216 ingresos que corresponden a 90 pacientes. (antes de la intervención), desde 04/10/2016 hasta el 15/02/2017 se aíslan 35 in

AUTORES: SANZ CORTÉS, JUAN; SÁNCHEZ AVILÉS, M; SANZ PAREJA, P; RODRÍGUEZ ALMODÓVAR, A.

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE PUERTOLLANO.



ID: 12

TÍTULO: MANEJO ANESTÉSICO SEGURO: BLOQUEO INFRACLAVICULAR EN REGIÓN RADIADA CON BYPASSVENO-ARTERIAL SUBLCAVIO.

RESUMEN:

Ante una paciente con antecedentes de asma grave, mastectomía con linfadenectomía y bypass subclavio, la elección del tipo de anestesia supone un reto. Cualquier procedimiento suponía un riesgo, tanto la anestesia general como la regional.

Evaluar los riesgos y beneficios de cada técnica anestésica. ¿Anestesia general en paciente asmática vs anestesia regional en región radiada con problemas vasculares?

Mujer de 52 años, ASA 2, con fractura de cabeza de radio izquierdo es propuesta para artroplastia. Como antecedentes personales cuenta con un cáncer de mama izquierda hace 10 años que se trató con cirugía quimioterapia y radioterapia. A consecuencia, padece un linfedema crónico y problemas con la irrigación vascular de la extremidad superior izquierda por obstrucción de arteria subclavia recanalizándose mediante cirugía vascular con bypass a venas colaterales. Padece asma grave con tratamiento diario.

Previamente a la cirugía se realiza valoración vascular de ESI mediante Eco-Doppler desestimándose la utilización de manguito de isquemia en la intervención por el deterioro de la irrigación vascular, lo que aumenta el riesgo de sangrado. procedemos a la realización del bloqueo infraclavicular ecoguiado mediante abordaje medio-clavicular con ayuda de neuroestimulación dada la distorsión de la anatomía de la paciente por fibrosis del tejido radiado y la posterior cirugía vascular. Previamente exploramos región axilar desestimándose para bloqueo por los antecedentes de la paciente. Se descarta la región supraclavicular también debido a una importante distorsión de la anatomía con dificultad para localizar estructuras nerviosas y amplia vascularización colateral a la arteria subclavia. Se infiltran en región infraclavicular 30ml en proporción 50:50 de Mepivacaína 1.5% y Levobupivacaína 0.125%. Tras un tiempo de espera de 10 minutos se comprueba la correcta analgesia de la ESI y se comienza la cirugía. Se administran 8mg de dexametasona intravenosa para aumentar la calidad y duración del bloqueo. Duración de la intervención 45 minutos, se objetivan pérdidas sanguíneas escasas pese a la no utilización de isquemia.

La realización de un bloqueo periférico para este tipo de intervenciones es beneficioso debido a la calidad de la analgesia postoperatoria que ofrece y al ahorro de una anestesia general en una paciente con patología respiratoria. Una de las contraindicaciones relativas para la realización de bloqueos ecoguiados es la distorsión anatómica que disminuye su éxito y aumenta el riesgo de complicaciones como neumotórax, el cuál sería una complicación muy grave en nuestra paciente. Por todo ello, ante las dificultades tanto para la anestesia general como para la regional se optó por la segunda cuyos beneficios son superiores pese a los riesgos. Para la realización del bloqueo y asegurar su éxito la utilización de neuroestimulación complementaria a la ecografía puede ser aconsejable.

AUTORES: GARCIA FERNANDEZ, ELENA¹; CRISTÓBAL GARCÍA, I²; ROSADO CARACENA, R³; ABAD FAU DE LA CASA, EM⁴; RUIZ CHIROSA, MC⁵; RUÍZ CÓRDOBA, G⁶.

CENTRO DE TRABAJO: COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA¹; HOSPITAL FREMAP MAJADAHONDA²; HOSPITAL FREMAP MAJADAHONDA³; HOSPITAL FREMAP MAJADAHONDA⁴; COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA⁵; HOSPITAL FREMAP MAJADAHONDA⁶.



ID: 13

TÍTULO: EVOLUCIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS DEL HOSPITAL DE IBERMUTUAMUR

RESUMEN:

El Manual SADECA (Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial) reúne los estándares obligatorios, relacionados con la seguridad del paciente, que permiten identificar los puntos críticos y promueven líneas de actuación para convertir la seguridad en un valor presente en cada práctica asistencial y garantizar un entorno seguro para el paciente, disminuyendo los errores médicos. Valorar la utilidad de usar el Manual SADECA en un hospital de una mutua colaboradora con la seguridad social para el análisis inicial, antes de implantar un sistema de gestión de riesgos para la seguridad del paciente y para la mejora de los estándares de buenas prácticas.

Se utilizó el checklist del Manual SADECA a modo de diagnóstico inicial, con posterior evaluación al año y a los 3 años de su implantación (2014-2017). El checklist fue realizado por 5 personas involucradas en el sistema de gestión de riesgos y se evaluó mediante acuerdo aquellos estándares que aplicables a nuestro ámbito. Tras el resultado del checklist inicial, se establecieron prácticas seguras, atendiendo a los planes de mejora según priorización de los riesgos: Atención eficiente y segura, Atención limpia y segura, Cirugía segura y Medicación Segura, como línea de trabajo dentro del Plan Estratégico 2014-2016, junto con cultura de Seguridad del Paciente y la certificación del sistema de gestión de riesgos según norma UNE 179003:2013.

Se ha observado durante ese periodo un aumento del cumplimiento en los estándares obligatorios relacionados con la seguridad del paciente, alcanzando un 84% en 2017, frente al 68% que se obtuvo en 2014. Al año de su implementación, se objetivaron mejoras en los procesos de consentimiento informado, información clínica, procesos asistenciales, equipamiento, medicación, riesgos asistenciales, identificación segura, notificación de riesgos y resultados. El proceso de certificación favoreció e impulsó procesos de mejora y de autoevaluación continua, con un mayor cumplimiento global para el tercer año, añadiéndose mejoras en mayor monitorización de las infecciones, manejo de medicación de alto riesgo, e información y formación a los profesionales sobre las condiciones de las infraestructuras, instalaciones y equipos que les afectan y de las medidas emprendidas para su adecuación y mejora.

Conclusiones: el Manual SADECA ha resultado un instrumento útil para mejorar los estándares de buenas prácticas en nuestro hospital, con mejoras a nivel asistencial e incentivando de la comunicación entre los profesionales y los pacientes.

AUTORES: CALVO BONACHO, EVA; CABRERA SIERRA, M; MADRID CONESA, A; ALARCÓN REINA, S; SANZ SANZ, V; ARAGÓN SOSA, O.

CENTRO DE TRABAJO: IBERMUTUAMUR.

ID: 14

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA COMO ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

RESUMEN:

El Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ) de la OMS implantado con el lema "La cirugía segura salva vidas" en 2008 pretende minimizar el riesgo a sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud y/o mitigar sus consecuencias. Esta lista de chequeo de cirugía segura, se consolidó como un método eficaz, sencillo, práctico y aplicable a todo procedimiento quirúrgico que nos permitirá mejorar la cultura de seguridad del paciente.

Describir la frecuencia de cumplimentación y la calidad del LVQ, en un mismo entorno quirúrgico para una muestra de pacientes intervenidos en un Hospital de una Mutua Colaboradora con la Seguridad Social.

Estudio observacional, transversal descriptivo, sobre la valoración cuantitativa y cualitativa de la cumplimentación del LVQ, en cuanto a si los profesionales son conscientes de la importancia de esta herramienta para garantizar la seguridad del paciente, y detectar posibles acciones de mejora para optimizar el proceso del LVQ. Para la valoración cuantitativa se llevo a cabo la revisión un muestreo aleatorio de 50 LQV de intervenciones ya realizadas (media aproximada de 1.000 intervenciones quirúrgicas anuales). Para la evaluación cualitativa se utilizó un cuestionario que se compone de seis preguntas cerradas relativas a variables sociodemográficas, diecinueve medidas en escala tipo Likert, de las cuales diez corresponden al diagnóstico y nueve corresponden a opinión. La aplicación y recogida del cuestionario a 20 profesionales la realizó el supervisor del quirófano. Se utilizó el modelo LVQ de la OMS modificado (incorporación de verificación de otros ítems propios).

La cumplimentación cuantitativa alcanzó el 97,5% de los registros El conjunto de profesionales, lo constituyeron un 55% de varones y 45% de mujeres, con una edad media de 47,4 (DE 12,05) años de edad, siendo 4 de ellos anestesistas, 2 cirujanos, 3 traumatólogos, 6 DUEs, 3 auxiliares de clínica, 1 celador y 1 celador/auxiliar de clínica. En cuanto a formación, el 80% son licenciados/diplomados. Un 60% de ellos ha trabajado en el área quirúrgica por más de 20 años, un 35% de 5 a 10 años y un 5% de 11 a 20 años. En términos generales, siempre (en un 90%) y casi siempre (en un 10%) se ejecuta el proceso de cumplimentación del LVQ según las directrices de la OMS y siempre y casi siempre (95%) y algunas veces (5%), la opinión de los profesionales implicados sobre la bondad y utilidad del LVQ para preservar la seguridad del paciente quirúrgico, es positiva, aunque hay algunos aspectos, susceptibles de mejora.

Conclusiones: aunque en nuestro Hospital el proceso de LVQ en términos generales, es satisfactorio, procede seguir generando conciencia del impacto de esta herramienta mediante la formación continua y multidisciplinar y el aprendizaje de experiencias previas.

AUTORES: CALVO BONACHO, EVA; CABRERA SIERRA, M; MADRID CONESA, A; ALARCÓN REINA, S; SANZ SANZ, V; ARAGÓN SOSA, O.

CENTRO DE TRABAJO: IBERMUTUAMUR.



ID: 15

TÍTULO: GUÍA CURRICULAR DE LA OMS SOBRE SEGURIDAD DE PACIENTES. RESULTADOS EN LA DOCENCIA EN EL GRADO DE MEDICINA

RESUMEN:

La OMS, dentro de la estrategia en Seguridad de Pacientes (SP), establece como línea prioritaria fortalecer la cultura de seguridad, y en concreto para los alumnos de pregrado, ofrece una completa guía curricular. En nuestra facultad apostamos por adoptar esta línea, dentro de una asignatura optativa en 3º de Medicina: Cuidados Perioperatorios en el curso 2016/2017. Utilizamos métodos docentes como la exposición, valoración y discusión de casos clínicos.

Los objetivos de este trabajo son evaluar el aumento de conocimientos de los alumnos, en las áreas principales de la SP, proporcionado por la docencia basada en la Guía Curricular sobre SP de la OMS e impartida a alumnos de 3º de Medicina.

Utilizamos una encuesta voluntaria formada por 12 preguntas que evalúa las siguientes áreas: Terminología, Cultura en SP, Facilitación del error, Localización e Impacto de los errores. Esta encuesta se basan en el modelo de preguntas del estudio latino para estudiantes, validado en 2015.

Se realizan las preguntas vía web en los días previos al inicio de las clases de la asignatura, y sus resultados se comparan con la puntuación obtenida en esas mismas preguntas al finalizar la asignatura a fin de evaluar si han mejorado los conocimientos. También comparamos los resultados con los de los 2 cursos previos, si bien en esas ediciones la encuesta estaba formada por 7 preguntas.

De los 97 alumnos matriculados, respondieron a la encuesta 57 en la fase pre-asignatura y 45 en la post-asignatura, lo que supone el 58.8 y 46.4%.

58.7 y La nota media global obtenida es de 51.91 en la encuesta preasignatura y 72.58 en la postasignatura. Por áreas las puntuaciones medias pre y post son: Terminología (51.46 vs 69.63), Cultura de SP (83.63 vs 94.8), Facilitación del error (57.05 vs 67.8), Localización del error (21.95 vs 58.85) e Impacto de los errores (29.85 vs 62.2).

Conclusiones: estos resultados muestran un nivel razonable de conocimientos sobre la SP en alumnos del primer ciclo de Medicina, sin embargo ese conocimiento es muy asimétrico, con áreas en las que el nivel de partida es bueno (cultura en SP, Facilitación del error y Terminología) y otros donde es mucho más bajo (Impacto y Localización de los errores). también podemos afirmar que el nivel de conocimientos mejora significativamente con la docencia impartida (aumentando 20.7 puntos, es decir un 39.8%) y este aumento se verifica en todas las áreas exploradas, tanto en las que partíamos de niveles bajos como altos (Terminología 35.3%, Cultura 13.35%, Facilitación 18.84%, Localización 168.1% e Impacto 108.4%) aunque como es lógico, el mayor aumento porcentual se producen en las áreas de más desconocimiento previo.

Concluimos que la docencia, tal como la tenemos planteada, logra mejorar los conocimientos en SP de nuestros alumnos, sin necesidad de exámenes. Planteamos extender esta encuesta también a alumnos que no hayan cursado la asignatura e incluso a profesionales postgrado.

AUTORES: ULIBARRENA SÁINZ, MIGUEL¹; HERRERO DE LA PARTE, BO²; GARCIA-ALONSO MONTOYA, IG³; OLEA GOIRI, GE⁴; MARINO ISIDRO, CR⁵; ECHENAGUSIA CAPELASTEGUI, VI⁶.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN MUTUALIA¹; DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA, RADIOLOGÍA Y M. FÍSICA. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO²; DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA, RADIOLOGÍA Y M. FÍSICA. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO³; CLINICA ERCILLA. MUTUALIA⁴; HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN MUTUALIA⁵; CLINICA ERCILLA. MUTUALIA⁶.

ID: 16

TÍTULO: UN PROGRAMA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE, AUMENTA EL USO DE DIALISIS DOMICILIARIA. VALORACIÓN DE RESULTADOS Y SATISFACCIÓN

RESUMEN:

La enfermedad renal crónica (ERC) es una afectación cada vez más prevalente en nuestra sociedad. En su estadio final, necesitará del inicio de un tratamiento renal sustitutivo (TRS) que supone un alto coste tanto personal, social como económico.

Ya que existen diferentes opciones de tratamiento, es vital que el paciente y su familia reciban toda la información necesaria para poder tomar la correcta decisión y así tener buenos resultados de calidad y supervivencia. Es necesario, además, saber la satisfacción del paciente referente a la información recibida y su trato con el personal que lo atiende.

Está ampliamente demostrado que cuanto más acurada sea la información y mejor se haga, más pacientes eligen hacer tratamientos de dialisis domiciliarios, en nuestro caso, Dialisis peritoneal (DP). Como podríamos presuponer, estos tratamientos pueden generar un ahorro de costes al sistema sanitario.

- Demostrar que la información reglada supone un aumento del uso de la DP
- Satisfacción de los pacientes en referencia a la información recibida
- Confirmar si el mayor uso de la DP supone un ahorro económico

Estudiamos los 350 pacientes que iniciaron un TRS en nuestra Unidad desde Enero 2012 hasta Diciembre 2016.

Durante el año 2015, en un grupo de 60 pacientes se realizó el Cuestionario PLAENSA sobre satisfacción

Y también se hizo un pequeño estudio económico con los datos de DP desde el 2012 al 2014.

RESULTADOS

A medida que se fue instaurando el programa de información, podemos ver como la elección de DP fue creciendo progresivamente hasta llegar en los últimos años alrededor de un 50% (España la media es de 13%) por lo que el incremento del programa de DP en 8 años fue del 200%.

En cuanto a satisfacción los pacientes puntuaron con un 9 el trato y la información recibida.

Para poder tener datos económicos se extrapolaron los datos de nuestro hospital a los datos de la media de Cataluña (donde la DP está alrededor 8%) pudiendo observar el ahorro económico que supone (7 millones de euros en tres años)

CONCLUSION

- La información sobre TRS va a suponer un aumento de la DP
- Existe satisfacción de los pacientes
- El aumento del uso de la DP supone ahorro económico para el sistema sanitario

AUTORES: GARCIA MÉNDEZ, ISABEL; TORGUET ESCUDER, P; BARROS FREIRIA, X; NOBOA PAEZ, C; CORDOBA HERRERA, C; CALABIA MARTINEZ, J.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL JOSEP TRUETA.

ID: 18

TÍTULO: GRADO DE SATISFACCIÓN PERCIBIDA EN LA ATENCIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS DE REUMATOLOGÍA

RESUMEN:

La satisfacción del paciente es uno de los pilares fundamentales para evaluar la calidad asistencial en Reumatología [1,2].

Evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas externas de Reumatología en un Hospital de nivel 2 del área de Barcelona.

Estudio descriptivo, en pacientes con enfermedades reumáticas. La recogida de datos se hizo a través de un cuestionario de satisfacción desarrollado para dicho propósito y compuesto por 10 ítems valorados con la escala de Likert (con posibilidad de respuesta de 1 "totalmente de acuerdo" a 5 "totalmente desacuerdo"), el cual está basado en el cuestionario de satisfacción de Leeds, modificado y adaptado a nuestro entorno. La adaptación se realizó por consenso entre los miembros del equipo de reumatología del centro. Se incluyeron variables como: trato, accesibilidad, tiempo de espera, información al paciente, decisiones compartidas con el paciente, facilidad para contactar telefónicamente y satisfacción con la atención recibida. El cuestionario fue facilitado al paciente por el equipo administrativo de consultas externas una vez finalizada la visita médica y/o de enfermería, durante un período de dos semanas no consecutivas en Noviembre y Diciembre de 2016. Análisis estadístico mediante SPSS 19.00.

Resultados: Se recogieron y validaron 117 encuestas de 122, (5 mal cumplimentadas). El 68% fueron mujeres con una edad media de 58±38 años y con un nivel de estudios mayoritariamente primarios (41%). En 8 variables se obtuvo más del 75% de estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con: un trato recibido correcto (100%), una buena satisfacción con la atención recibida en general (100%), estar en buenas manos (98%), una buena información relacionada con la enfermedad y la medicación (97%) o con las pruebas realizadas (97%), una duración de la visita adecuada (95%), se considera su opinión en la toma de decisiones (90%) y una buena accesibilidad (79%). El tiempo de espera en la sala antes de la visita y la facilidad para conseguir nuevas citas fueron los ítems peor valorados, con un 50% y un 71% de pacientes totalmente de acuerdo o de acuerdo respectivamente.

Conclusión: La valoración de la satisfacción de la atención recibida por los pacientes encuestados en las consultas externas de reumatología de nuestro centro fue positiva en la mayoría de las variables analizadas. Se constata un tiempo de espera y accesibilidad para obtener nuevas citas mejorable. Los datos nos obligan a revalorar el tiempo de visita asignado a cada paciente y la susceptible mejora de los circuitos de citación.

AUTORES: GARCIA DIAZ, SILVIA; ROIG-VILASECA, D; TORRENTE, V; HEREDIA, S; COROMINAS, H.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL MOISES BROGGI SANT JOAN DESPI.

ID: 19

TÍTULO: CAIDAS EN EL HOSPITAL, ¿VALORAMOS CORRECTAMENTE EL RIESGO?

RESUMEN: Después de 12 años trabajando en la prevención de las caídas en el paciente hospitalizado la frecuencia no ha disminuido. Detectamos que la valoración del riesgo es clave para la prevención.

En el desarrollo de la estrategia hemos valorado:

- Implicación de los líderes
- Participación de 4 profesionales asistenciales
- Darle un nombre y una imagen al proyecto para su difusión: Proyecto NEC
- Curso de formación incluido en el plan de formación anual
- Mejorar los registros

Disminuir el número de caídas en pacientes hospitalizados. Adaptar el protocolo a las evidencias científicas. Identificar las áreas de mejora en el cumplimiento de las prácticas seguras. La metodología empleada para el proyecto se basa en el ciclo de la mejora continua: planificar, hacer, medir y actuar. Población: muestreo no probabilístico, todos los pacientes ingresados en el momento de la recogida de datos en las unidades de hospitalización. Variables valoradas:

- Nº hab
- Edad
- Los 5 factores de riesgo identificados en el protocolo (registros y entrevista):
 - o historia de caídas
 - o estado neurológico o movilidad alterada
 - o alteración cognitiva
 - o urgencia miccional
 - o medicación de riesgo
- Registro en la historia clínica de diagnóstico de riesgo de caídas
- Intervenciones observadas:
 - o Identificación del paciente con riesgo
 - o Planificación de actividades
 - o Cama en posición baja
 - o Zapatillas cerradas
 - o Información al paciente
 - o Timbre y otras necesidades colocadas cerca del paciente

Descripción de la experiencia. La experiencia ha permitido conocer a fondo el proceso junto con sus fortalezas y debilidades. Se han cuantificado los errores en la valoración de factores de riesgo de caída y se ha podido actuar sobre las causas. También se han detectado áreas de mejora que no quedan reflejadas en los indicadores:

- Utilización excesiva de barandillas
- Confusión entre incontinencia urinaria y urgencia miccional
- Registro erróneo de la medicación
- Se han cumplido todas las acciones del proyecto planificadas.
- Se han formado a 222 profesionales (36,2%) en un curso de 4h
- Los resultados obtenidos, antes (enero 2016) y después (febrero 2017) de las intervenciones, reflejan una escasa mejoría en todos los indicadores:
 - o Pacientes con valoración de riesgo de caídas: 78,1% / 82,6%
 - o Pacientes valorados correctamente: 72,1 / 77,6%
 - o Nº de caídas: 173/185
 - o Nº de caídas con lesión: 22/21
 - o Cumplimiento de las acciones preventivas: 57,4% / 62,1%
- Creemos que provocar cambios en los hábitos de los profesionales requiere de un proceso más largo y constante, consideramos que 1 año no ha sido tiempo suficiente para que la mejora sea relevante.
- Es necesario seguir trabajando en más formación a los profesionales y en el seguimiento de los indicadores.
- Hay que ampliar la formación e implicación del paciente y familia, participando en actividades para la comunidad.

AUTORES: BAEZA RANSANZ, TEODORA; NOGUERA PARDILLO, M; ESTEBAN MARQUEZ, MA; RODRIGUEZ CARMONA, M; GUERRERO PAEZ, D.

CENTRO DE TRABAJO: FUNDACIÓN ALTHAIA, RED ASISTENCIAL UNIVERSITARIA DE MANRESA.



ID: 20

TÍTULO: DESPLIEGUE DE UNA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿QUÉ RESULTADOS ESTAMOS OBTENIENDO?

RESUMEN:

Tras más de 10 años de implantación de una estructura en nuestra comunidad autónoma para la gestión de los riesgos sanitarios y tras el despliegue y evaluación de una primera estrategia 2009-2014, la SG de Calidad elabora una nueva Estrategia de Seguridad del Paciente (SP) 2015-2020 con actuaciones que se evaluarán anualmente y que se reparten entre los distintos ámbitos asistenciales y directivos.

Evaluar las acciones propuestas para Atención Primaria (AP) en 2016 como despliegue de la 'Estrategia de SP para los entornos de especial riesgo en AP 2015-2020' de una Comunidad Autónoma

Las acciones propuestas para 2016 en AP que debían ser realizadas por departamentos de la Gerencia y Direcciones Asistenciales (DA) fueron: análisis de situación del acceso a la HCI desde los puntos de atención a pacientes, elaborar y difundir un documento de recomendaciones de almacenaje de medicación en los centros, realizar un análisis de situación sobre las interrupciones en consulta, diseño de un indicador para la monitorización de las complicaciones de los pacientes con TAO, elaborar una recomendación de seguridad sobre la utilización de aparatos de electromedicina en los centros, elaborar documentos de coordinación con hospitales para pacientes con TAO, elaborar circuitos con laboratorios de referencia para la resolución rápida de incidencias y para notificación de alertas.

Las acciones a realizar en los centros de salud fueron: disponer de un documento para la gestión de avisos domiciliarios que incluyera medidas de seguridad, disponer de un circuito de recepción de vacunas, revisión sistemática de la caducidad de las vacunas, colocación del cartel para una vacunación segura y del calendario vacunal actualizado, elaborar y difundir circuito de revisión de resultados analíticos y pruebas diagnósticas ante profesional ausente, implantar la cumplimentación de la hoja de porte para el transporte de muestras biológicas y cumplimentar la hoja de seguimiento de caducidad del material de extracciones.

De las acciones programadas para ser realizadas por la Gerencia y DA, se finalizaron todas excepto 3 que se reprogramaron para 2017 y otra que está en desarrollo. De las acciones propuestas para los centros, se implantaron todas en más del 78% de los centros (204). Las que tuvieron un mayor cumplimiento, en el 94% de los centros (245), fueron: disponer de un documento para la gestión de avisos domiciliarios, disponer de un circuito de recepción de vacunas y colocación del cartel actualizado del calendario vacunal. La actividad que menor cumplimiento tuvo en un 78% de los centros (204) fue difundir un circuito de revisión de pruebas diagnósticas con profesional ausente.

En general, la evaluación de los resultados de las actividades de la estrategia SP 2016 ha sido positiva, con un elevado % de centros, departamentos y DA que han desarrollado las actividades. Ha sido fundamental la implicación de las DA y los responsables de seguridad de los centros.

AUTORES: MEDIAVILLA HERRERA, INMACULADA; CAÑADA DORADO, A; DRAKE CANELA, M; MARTÍNEZ PATIÑO, MD; JIMÉNEZ DOMÍNGUEZ, C; GARZÓN GONZÁLEZ, G.

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA.



ID: 21

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN UN HACLE

RESUMEN:

En los últimos años, cada vez ha cobrado mayor importancia la evaluación del grado de satisfacción del paciente como medida de resultado de la calidad de los cuidados recibidos en la asistencia sanitaria. El concepto de cuidados centrados en el paciente ha hecho que esta medida cobre cada vez mayor importancia en la evaluación y mejora de la calidad asistencial

Evaluar el grado de satisfacción del paciente con la asistencia sanitaria recibida en un hospital de media y larga estancia.

Estudio transversal en un hospital de crónicos, realizado en 2017. Se seleccionaron aleatoriamente 120 pacientes ingresados en las distintas unidades de hospitalización, a los que se entregó un cuestionario validado para recoger su grado de satisfacción con la asistencia recibida. Se garantizó en todo momento el anonimato: distribución, cumplimentación, recogida, registro y análisis de resultados.

El cuestionario constaba de 25 ítems, 7 de los cuales se respondían con una escala dicotómica, 15 con una escala tipo Likert de 5 posibles respuestas: desde 1 (muy insatisfechos) a 5 (muy satisfechos). Las dos preguntas finales evaluaban la satisfacción global del paciente con la asistencia recibida, mediante una escala de 1 a 10 y finalmente se dejaba una pregunta abierta para que el paciente hiciera las sugerencias oportunas. Por último, había una pregunta en la que se recogía la unidad de hospitalización en la que había sido atendido el paciente, para analizar los resultados obtenidos.

Se obtuvieron 93 respuestas válidas, lo que representa un índice de participación del 77,5%. La Satisfacción media global de los pacientes encuestados fue de 8,5.

La satisfacción con la asistencia sanitaria, las instalaciones y los cuidados recibidos fue adecuada (puntuación de 4 ó 5) en más del 95% de los encuestados, habiéndose hallado como principales áreas de mejora el transporte y los temas relacionados con la dieta (variedad, presentación y temperatura, fundamentalmente) con un porcentaje de pacientes satisfechos inferior al 60%. Por último, en los temas relacionados con la higiene hospitalaria y la comunicación, nuestros pacientes muestran un grado de satisfacción intermedio, con un porcentaje de pacientes satisfechos que oscila entre el 60 y el 95% de los encuestados, según los casos.

El diseño de los procesos asistenciales en los últimos años ha cambiado para satisfacer no solo las necesidades del paciente, sino también sus expectativas. La opinión del paciente, como consecuencia de todos estos cambios, ha pasado a ser vista como un resultado de la asistencia sanitaria que merece la pena escuchar para incrementar la calidad de la prestación sanitaria y para mejorar los tratamientos que venimos aplicando. En general, el grado de satisfacción de nuestros pacientes con la asistencia sanitaria es adecuado, mostrándose como principales áreas de mejora, los temas relacionados con el transporte y la hostelería.

AUTORES: ROCA CASTELLÓ, MARÍA ROSA; ESPUIG BULTO, MD; MERINO PLAZA, MJ; PORTOLES MOLA, I; ESTELLES VICENT, A; APARICIO DIAZ, B.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DOCTOR MOLINER1.



ID: 22

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS EN UN HOSPITAL DE CUIDADOS CRÓNICOS

RESUMEN:

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 y la retroalimentación sirve para motivar e implicar a los profesionales en los planes de mejora

Evaluar el grado de cumplimiento de la técnica de higiene de manos en un hospital de media y larga estancia.

- Evaluación del cumplimiento de la técnica de higiene de manos, 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. Para la creación de la base de datos y su análisis se utilizó SPSS.

- Aplicación del Marco de evaluación de la higiene de manos de la OMS y seguimiento de la evolución de los resultados obtenidos en los últimos 4 años.

- Información al personal y se planificación de la formación en base a los resultados obtenidos

Se observó a 119 profesionales de diferentes unidades y estamentos, evaluándose 489 oportunidades de cumplimiento de higiene de manos. El porcentaje de cumplimiento fue del 71,7% frente al 39,0% observado en el año anterior. El uso inadecuado de guantes estuvo presente en el 49,2% del total de las omisiones

Los resultados del Marco de evaluación de la higiene de manos de la OMS aumentaron en 100 puntos respecto al año anterior, pasando a un nivel avanzado con 432,5 puntos. Las principales mejoras conseguidas durante 2016 fueron:

Cambio de sistema: 35 puntos más al disponer de dispensadores en todos los puntos de atención

Formación y aprendizaje: 30 puntos más al poner hoja de firmas en las sesiones de formación y hacer que la formación fuera obligatoria para todos los profesionales

Evaluación y retroalimentación: 30 puntos más. Ha aumentado el consumo de solución hidroalcohólica en casi 4 l/1000 estancia, situándose en 19,3 l/1000 estancias. También se ha aumentado la frecuencia de la Observación directa del protocolo de higiene de manos, consiguiéndose un importante incremento en el cumplimiento del protocolo de higiene de manos según la herramienta de la OMS habiéndose pasado del 39% al 71,7% de oportunidades con correcto cumplimiento

Clima institucional de seguridad: 5 puntos más, al incluir como objetivo en los acuerdos de gestión la higiene de manos

El cumplimiento del protocolo de higiene de manos mejoró considerablemente respecto a los resultados del año anterior, lo que evidencia la efectividad de las acciones llevadas a cabo durante 2016. Estos hechos, animan a orientar las estrategias a realizar, priorizando las acciones de concienciación del personal para que interiorice la importancia de la higiene de manos y la realice como un acto casi reflejo, sin necesidad de ser observado para hacerlo de forma adecuada

AUTORES: MERINO PLAZA, MARÍA JOSÉ; RODRIGO BARTUAL, V; BOZA CERVILLA, M; GARCIA LLOPIS, A; CASTILLO BLASCO, M; POLO MIGUEL, A.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DOCTOR MOLINER.



ID: 23

TÍTULO: RELACIÓN ENTRE LA SATISFACCIÓN LABORAL, EL GRADO DE BURNOUT Y LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN UN HACLE

RESUMEN:

La satisfacción del paciente es una medida de resultado de la calidad asistencial. La satisfacción laboral es un factor esencial para el logro de los objetivos individuales y colectivos. Por último, el síndrome de Burnout, se desarrolla en respuesta a estresores laborales crónicos y presenta consecuencias negativas tanto a nivel individual como organizacional, ya que se produce una disminución en el rendimiento laboral por las actitudes y conductas negativas del trabajador afectado por el síndrome. El ambiente de trabajo influye en el comportamiento de las personas, y éste, en la satisfacción del paciente, por lo que nos planteamos estudiar la relación entre las variables consideradas para buscar posibles áreas de mejora

Estudiar la relación existente entre la Satisfacción Laboral y/o el grado de Burnout del personal y la satisfacción del paciente en un hospital de media-larga estancia.

Seis estudios transversales seriados realizados en un hospital de crónicos entre 2011 y 2017.

La satisfacción del paciente se evaluó anualmente mediante encuestas anónimas realizadas con un cuestionario validado que permitía conocer su grado de satisfacción con la asistencia recibida. El grado de burnout del personal se evaluó mediante la aplicación del Test de Maslach (MBI-HSS) en los años 2011, 2014 y 2016

La satisfacción laboral se evaluó bianualmente en los años 2013, 2015 y 2017 mediante la aplicación de la encuesta corporativa de la Osakidetza diseñada para la evaluación y mejora de la satisfacción laboral de las personas en las organizaciones de servicios.

La participación fue anónima en todas las fases del estudio: distribución, cumplimentación, recogida, registro y análisis de resultados.

El análisis estadístico se realizó con spss

El índice de participación de los profesionales en los distintos momentos osciló entre el 33 y el 47%. El índice de participación de los pacientes fue próximo al 75%

La satisfacción media de los pacientes osciló entre 8,3 y 9,1 puntos. Nuestros profesionales mostraron un nivel medio de desgaste profesional. Su satisfacción laboral osciló entre 6,7 y 7,2 puntos y la prevalencia de burnout varió entre el 5 y el 14%, siendo directamente proporcional el grado de satisfacción de nuestros pacientes a la realización personal de nuestros profesionales y a su grado de satisfacción laboral e inversamente proporcional a su grado de despersonalización y a la prevalencia Burnout

La satisfacción del paciente, es un objetivo prioritario en las organizaciones sanitarias y según nuestros datos, es proporcional a la satisfacción laboral y al grado de realización personal, lo cual, resulta razonable, pues es dudosa eficacia que pueden tener unos profesionales que a su vez están necesitando ayuda. Es importante reducir el desgaste profesional y mejorar la calidad de vida de nuestros profesionales, ya que esta mejora, repercutirá directamente en la satisfacción del paciente y en la mejora de la calidad asistencial.

AUTORES: MARTINEZ ASENSI, A; ESPIG BULTO, MD; MERINO PLAZA, MJ; CABALLERO GARCÍA, JJ; ARRIBAS BOSCA, N; MARTINEZ CAPELLA, R.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DOCTOR MOLINER.

ID: 24

TÍTULO: GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES CON LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA EN UN HOSPITAL DE CRÓNICOS

RESUMEN:

La prescripción electrónica asistida (PEA) disminuye los errores de medicación pero no está exenta de posibles errores que pueden generar desconfianza en los profesionales. La evaluación de su satisfacción es importante para conocer sus expectativas y localizar áreas de mejora.

Valorar la satisfacción del personal sanitario facultativo (PF) y enfermería (PE) que maneja PEA en un hospital de crónicos.

Estudio de transversal realizado mediante cuestionario en un hospital de crónicos de 187 camas. La PEA (Prisma® APD) se implantó en todas las unidades de hospitalización en octubre de 2015. Durante la primera quincena del mes de febrero de 2017 se repartieron dos tipos de cuestionarios, uno dirigido a PE y otro a PF para medir su satisfacción con PEA. Se recogieron las posibles variables confundidoras: sexo, edad, años trabajados, años en el hospital, años en el puesto, trabajo o no de noches y festivos. Los criterios de inclusión fueron: PE o PF fijo o eventual que realiza su trabajo a jornada completa en el hospital y que maneja PEA.

La distribución de los cuestionarios se realizó por correo interno del hospital y se recogieron por supervisoras de enfermería ayudados por personal del Servicio de Farmacia. Las encuestas fueron anónimas y la duración del estudio fue de 15 días. Su registro y posterior análisis fue ciego.

El cuestionario del PE contenía 10 preguntas y 9 el de PF, con 5 posibles respuestas en una escala tipo Likert, desde 1 (muy insatisfechos) a 5 (muy satisfechos). Las respuestas para cada pregunta con valor 1-2 se consideraron insatisfechas y satisfechas las de valor 4-5. Se ajustó mediante regresión logística con las variables confundidoras. Se analizó la fiabilidad de ambas escalas.

La tasa global de participación fue del 63,6% (población diana 107) siendo mayor en PF (n=18; 81,8%) que en PE (n=50; 58,8%). La edad media del PF y PE fue de 52,2 y 45,4 años respectivamente (p=0,014); 72,2% de mujeres en PF y 82,2% en PE (p=0,498). Ambos grupos difirieron significativamente en los años en su actual puesto (p=0,04).

Se observaron diferencias significativas para la puntuación media global de la encuesta (p=0,01), siendo 4,15 sobre 5 para PF y 3,73 para PE. La distribución de las respuestas no se ajustó a la ley normal. Todas las preguntas tuvieron una mediana de 4 excepto las del PE respecto al proceso farmacoterapéutico más rápido (Md=3) y a la mejora de la coordinación (Md=3,5).

Respecto a las cuestiones generales sobre la satisfacción con PEA, preguntas nº 8 y 10 del cuestionario PF y PE, 16 PF estuvo muy satisfecho (88,9%) y 28 PE (56,0%). La regresión logística incluyendo todas las variables, ajustó significativamente para PE (p=0,031). La fiabilidad fue alta tanto para PF (α Cronbach=0,770) como PE (α Cronbach=0,935).

La experiencia del personal que utiliza la PEA en el hospital de crónicos es satisfactoria, presentando mayor grado de satisfacción el personal facultativo que el de enfermería.

AUTORES: MORRO MARTIN, MARÍA DOLORES; MERINO PLAZA, MJ; CARRERA HUESO, FJ; MARTINEZ ASENSI, A; MARTIN MARTINEZ, P; RAMÓN BARRIOS, MA.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DOCTOR MOLINER.



ID: 25

TÍTULO: EVALUACIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES EN EL LABORATORIO DE UN HOSPITAL DE CRÓNICOS

RESUMEN:

Tras la publicación de la nueva versión de la norma ISO 9001:2015, es necesario adaptar los Sistemas de Gestión de la Calidad (SGC) para cumplir con sus requisitos. Uno de los principales cambios de la norma que afectan al sector sanitario es la necesidad de adoptar un pensamiento y enfoque basado en el riesgo para realizar la transición de forma correcta.

El AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos) es una herramienta de evaluación de riesgos muy utilizada para el análisis de fallos potenciales que es útil para el análisis de los riesgos en el ámbito sanitario

Identificar los principales riesgos que pueden afectar al SGC y a la conformidad del servicio en el laboratorio de un hospital de crónicos, para poder planificar el sistema en base la información obtenida.

1.-Identificar las partes interesadas y sus requisitos

2.-Elaborar un Catálogo de riesgos, utilizando la técnica de generación de ideas (“Brainstorming”) para identificar los riesgos más frecuentes en el laboratorio, su gravedad, sus causas y las posibles acciones que deberían llevarse a cabo para prevenir/evitar su aparición.

3.-Construir un Mapa de Riesgos operativo, identificando y describiendo cada uno de los riesgos potenciales, sus agentes generadores y los planes de contingencia recomendados en cada caso, para abordar los riesgos identificados y/o corregir las causas que los provocan.

4.-Priorizar la resolución de los riesgos potenciales en base a los resultados obtenidos en el análisis de riesgos realizado mediante el Índice de Prioridad de resolución de riesgos (IPR) empleando el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE).

- Definición del catálogo de riesgos en el que se identificaron 43 posibles modos de fallo relacionados con 7 grupos de interés

- Realización de un AMFE en el que se analizaron y priorizaron 27 modos de fallo, mediante el cálculo de su IPR, identificándose para cada uno de ellos sus distintas causas y posibles acciones preventivas y planes de contingencia

- Establecimiento de Indicadores de seguimiento.

- Creación de un Sistema de Mejora mediante el análisis causa-raíz de los incidentes más graves para establecer estrategias adecuadas para su manejo

La nueva versión de la norma ISO 9001:2015 incluye como requisito el abordaje de los riesgos y oportunidades de la organización, lo que exige un enfoque más preventivo y mejor planificado para mitigar su impacto, mediante el análisis de la situación y la elaboración de planes de contingencia.

Los Mapas de Riesgo permiten orientar con eficiencia las acciones, al definir prioridades y al disponer de medidas para minimizar los riesgos.

La realización del AMFE permite evidenciar que la organización ha analizado, considerado y en su caso, adoptado medidas para afrontar los riesgos que puedan afectar a su nivel de calidad, a la capacidad del sistema de gestión para obtener los resultados esperados o cualquier factor que pueda afectar a la satisfacción del cliente

AUTORES: MERINO PLAZA, MJ; CABO ARNAL, V; ORTOLA SORIA, I; ROMERO ROMERO, C; PARRAS RUIZ, A; MARTINEZ CAPELLA, R.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DOCTOR MOLINER.



ID: 26

TÍTULO: SATISFACCIÓN CON LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA: PROPUESTA DE UN CUESTIONARIO ÚNICO

RESUMEN:

La prescripción electrónica asistida (PEA) incrementa la seguridad del paciente, pero existen barreras para su implantación y es importante evaluar la satisfacción de los profesionales con el sistema. Existen distintos modelos de cuestionarios, que en general utilizan un doble formulario, uno para personal facultativo (PF) y otro para personal de enfermería (PE)

Elaborar un único cuestionario para medir la satisfacción del personal sanitario con la PEA

Estudio transversal en un hospital de crónicos, realizado en febrero 2017. Se repartieron dos cuestionarios específicos, uno para PF y otro para PE, para conocer su satisfacción con PEA (Prisma APD), garantizando en todo momento el anonimato de los participantes

El cuestionario del PE y el de PF contiene 10 y 9 ítems respectivamente que se responden con una escala tipo Likert de 5 posibles respuestas: desde 1 (muy insatisfechos) a 5 (muy satisfechos) A partir de la obtención de las puntuaciones totales de los ítems, se diseñó una estrategia para seleccionarlos y crear una nueva escala única. Primero se evaluaron las dos escalas originales para conseguir escalas con un solo componente, eliminando en ambos casos los ítems que pesan más en el segundo componente. Después se fusionaron las preguntas comunes o con redacción similar en ambos cuestionarios, eliminando finalmente la pregunta que evaluaba la satisfacción global con la PEA, por ser redundante con el constructo evaluado

Se analizó la fiabilidad de las escalas originales, la fusionada y la definitiva con el alfa (α) Cronbach.

Una vez definido el cuestionario definitivo, se realizó el test de esfericidad de Bartlett y el índice de Kaiser-Meyer-Olkin para determinar su pertinencia y el porcentaje de la varianza explicada

Se cumplimentaron un total de 68 encuestas, 18 PF y 50 PE, con una tasa respuesta del 63,6%

La fiabilidad fue más alta para la escala PE (α Cronbach=0,935) que para la de PF (α Cronbach=0,770). Ambas escalas tenían dos factores que explicaron la varianza para PE en un 76%.y en un 60,1% para PF. Al eliminar de las escalas los ítems que tenían más peso en el componente 2, obtuvimos escalas modificadas con un único componente aumentando su fiabilidad (α Cronbach) respecto al original tanto en PF como en PE y mejorando el porcentaje de la varianza total explicada. Tras fusionar las dos escalas en una única y depurarla, se obtuvo un modelo definitivo de seis ítems con un solo componente que presentaba una fiabilidad superior a 0,896 y explicaba un 67% del total de la varianza. Este modelo definitivo ha sido construido con 11,3 respondedores por ítem, con un rango de 6-30 puntos y un punto de corte para evaluar la satisfacción individual de 24 puntos

La escala única, creada a partir de los cuestionarios iniciales, es fiable y válida para medir la satisfacción de todo el personal sanitario usuario de la PEA. La obtención de una única encuesta puede facilitar el proceso para conocer la satisfacción con PEA en los centros sanitarios

AUTORES: MERINO PLAZA, MJ; CARRERA HUESO, FJ; MARTIN MARTINEZ, P; RAMÓN BARRIOS, MA; ROCA CASTELLÓ, MR; GIL TEBAR, P.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DOCTOR MOLINER.

ID: 27

TÍTULO: PRECAUCIONES DE AISLAMIENTO Y RIESGO DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

RESUMEN:

Las precauciones de aislamiento aplicadas en los hospitales para el control de la transmisión de enfermedades han sido descritas como factor que produce otros riesgos para los pacientes, derivados de la distinta intensidad de atención.

Determinar si la exposición a precauciones de aislamiento para control de infecciones aumenta el riesgo de desarrollo de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (IRSP).

Estudio de casos y controles hospitalizados entre 1 de enero de 2014 y 31 de mayo de 2015 en un hospital universitario de 700 camas (razón 1:1, emparejados por edad, sexo y especialidad médica). Los casos fueron pacientes con alguna precaución de aislamiento, generalmente por infección o colonización por gérmenes multirresistentes. La selección de controles fue prospectiva. Se consideró exposición haber permanecido bajo aislamiento durante 48 horas o más tiempo. Como instrumentos de medición de IRSP se utilizaron los cuestionarios MRF 1 y MRF 2, validados en el estudio ENEAS. Se cuantificó la tasa de eventos adversos con daño al paciente. La fuente de datos fue la historia clínica electrónica, revisada por dos evaluadores.

Este estudio ha sido realizado en el marco del proyecto de investigación PI13/02161 financiado por el Instituto de Salud Carlos III y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) "Una manera de hacer Europa"

Se incluyeron 160 casos y 160 controles. La duración total de la estancia fue mayor en los casos, 27 días, que en los controles, 21 días ($p=0.02$). El tiempo de seguimiento fue de 2404 días en los casos y 3307 días en los controles.

El 26% de los pacientes presentaron algún IRSP. La incidencia de IRSP fue de 8.3 por cada 100 días-paciente, 8.15 en casos y 7.30 en controles ($p=0.22$). La incidencia de eventos adversos fue de 2.2 y 2.4, respectivamente ($p=0.68$).

Las categorías de IRSP encontrados por orden de frecuencia fueron: asociados con cuidados (70%), relacionados con medicación (22%), infecciones (5%), resto (3%). No hubo diferencias en el tipo de IRSP entre casos y controles.

Las precauciones de aislamiento no se asociaron a más riesgo de IRSP.

Se detectó una frecuencia de IRSP superior a la observada en el estudio ENEAS, quizá por la selección de pacientes más complejos. Los incidentes asociados a cuidados se identificaron con mayor frecuencia que en otros estudios epidemiológicos.

AUTORES: URBANO ALAGÓN, OSCAR¹; OBÓN AZUARA, B²; GUTIÉRREZ CÍA, I³; MOLINER LAHOZ, J⁴; MARECA DOÑATE, R⁵; AIBAR REMÓN, C⁶.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DE BARBASTRO¹; HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO ZARAGOZA²; HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO ZARAGOZA³; HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO ZARAGOZA⁴; HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO ZARAGOZA⁵; HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO ZARAGOZA⁶.



ID: 28

TÍTULO: EL LIDERAZGO ENFERMERO: UN PROYECTO ASISTENCIAL Y UNIVERSITARIO

RESUMEN:

Desde hace algunos años los líderes políticos, colegios profesionales y mandos de hospitales donde los alumnos de enfermería cursan sus prácticas, vienen insistiendo a las Universidades la necesidad que la enfermería de base desarrolle un rol de liderazgo en sus puestos de trabajo habituales. La posición de la enfermería de base tiene la oportunidad de poder cambiar y mejorar el sistema actual por su gran influencia en la organización y ejecución de las actividades asistenciales.

Conocer los dominios principales del liderazgo enfermero y comprobar si se trabajan en la Universidad. Además, comprobar si la implantación de una intervención sobre el desarrollo de competencias relacionadas con el liderazgo mejorará el mismo en los estudiantes de enfermería y consecuentemente en los nuevos profesionales

Desde mediados de 2015 se diseñó un proyecto en colaboración con centros asistenciales y expertos en la materia. Este trabajo se ha realizado con diversas reuniones de expertos asistenciales, gerentes y profesores. Se ha realizado una profunda revisión de la literatura para identificar las principales características del liderazgo. A continuación se ha comparado el resultado de la revisión de la literatura con el mapa de competencias de la Universidad y se han agrupado en torno a las principales dimensiones del liderazgo. Finalmente se ha convocado un grupo de expertos asistenciales y de liderazgo para realizar la comprobación conceptual.

Se está realizando la validación al castellano de una escala de liderazgo en enfermería. Se ha diseñado una rúbrica de evaluación de competencias en torno a las 5 dimensiones del liderazgo. Se ha diseñado y realizado en septiembre 2016 un primer curso de formación sobre los 5 dominios del liderazgo para los profesores con mayor impacto en los alumnos (entre ellos hay enfermeras asistenciales y mandos de enfermería asistenciales). También se ha diseñado un segundo curso sobre metodologías para incrementar el liderazgo que se iniciará en septiembre de 2017. Ambas formaciones se repetirán para todos los profesores. Finalmente se ha diseñado un estudio interuniversitario pre post intervención con grupo control que se iniciará en septiembre de 2017 y finalizará en el 2021.

Conclusiones: Los profesionales asistenciales han manifestado su interés en que las universidades desarrollen las competencias de liderazgo y que se pueda comprobar científicamente su avance.

AUTORES: GALLART FERNANDEZ-PUEBLA, ALBERTO; MARTÍN FERRERES, ML; CEREZUELA TORRE, MA; VICTORIA MAS, MD; RODRIGUEZ HIGUERAS, E.

CENTRO DE TRABAJO: UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA.

ID: 29

TÍTULO: MEJORA EN LOS PROCESOS DE SOPORTE DE LA GESTIÓN CLÍNICA A TRAVÉS DE LA PROFESIONALIZACIÓN DE LA FUNCIÓN ADMINISTRATIVA

RESUMEN:

Dentro del plan de acción institucional, se plantea un área de mejora en el soporte de procesos de gestión clínica, en el que se identifica la función administrativa como una pieza clave dentro de esos procesos. La función administrativa la componen un colectivo poco motivado por su escaso desarrollo profesional y carrera, en el que las funciones asistenciales asignadas son heterogéneas y arbitrarias, con más dependencia funcional del superior que motivada por la necesidad del proceso.

- Poner en valor las funciones de un colectivo asistencial que forma parte del proceso clave asistencial relacionado con la atención y tratamiento de pacientes.
- Profesionalizar un colectivo mediante una adecuada selección, una acreditación de su experi

Este plan de mejora alcanza todo el proceso de gestión de personas en la institución, desde una selección adecuada a una reordenación de tareas por colectivos y personas:

- Selección: Definición de Descripción de Puestos de Trabajo y fomento de las estancias formativas a estudiantes de grado de documentación sanitaria (vivero de empleabilidad).
- Formación: Programa de formación corporativa de 120 horas institucional.
- Acreditación: Programa de asesoramiento y reconocimiento del aprendizaje (con Escuela Bonanova) del grado superior de documentación sanitaria
- Promoción: Pasados 18 meses en Auxiliar de Administrativa promoción a Administrativa, si la valoración es adecuada.
- Valoración: Superior a 80% imprescindible para la promoción y recomendación de superior. Pasados 90 días en la institución es obligatoria.
- Reordenación y adecuación: de tareas y polivalencia de funciones para favorecer eficacia, polivalencia y conocimiento.

Cuantitativos del último año:

- 50 personas en programa de formación
- 10 alumnos en estancias formativas en 2016
- 9 profesionales cambiadas de categoría en 2016
- 13 profesionales en 1 edición programa de PAR (Bonanova)
- 1 programa de adecuación de Gestión de pacientes
- % de polivalencia entre profesionales y % de reducción en coberturas de suplentes.

Cualitativos:

- Medición de satisfacción de profesionales implicados incluyendo impacto de aprendizaje en el puesto de trabajo.
- Medición de satisfacción de profesionales implicados en el proceso (facultativos y enfermería)
- Mejoras detectadas en los procesos e impacto cuantitativo en proceso asistencial: comités funcionales,
- Valoración de aportación de valor con la mejora y profesionalización en los procesos asistenciales implicados.

AUTORES: SEDANO MARTINEZ, ANA; NOSAIRI VILLAR, M; GIRONA MARTIN, S; DURAN FERNANDEZ, A.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUT CATALA D'ONCOLOGIA.



ID: 30

TÍTULO: IMPELMENTACIÓN DE UN MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO: UN CAMINO POR RECORRER

RESUMEN:

La Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP) persigue la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida de la persona enferma. La herramienta para llevar a cabo la experiencia se enmarca en un proyecto del Pla de Salut de Catalunya 2016-2020 (implementación de AICP en personas con enfermedades crónicas y necesidades complejas, desde una óptica poblacional), y pivota sobre el Plan Estratégico (PE) 2017-2018 propio del centro, y más concretamente en la línea estratégica de desarrollar un modelo de atención social y sanitaria orientada a la ciudadanía a través del cumplimiento de los modelos de AICP.

- Analizar la SITUACIÓN de Buenas Prácticas (BBPP) de AICP.
- Crear Equipos de Mejora (EdM) de AICP.
- Agregar más valor a la práctica clínica en el día a día profesional.

En consonancia con la progresión conceptual y operativa de nuestra estrategia en la AICP, se propone un PROYECTO piloto de un PROCESO PARTICIPATIVO PROFESIONAL MULTIDISCIPLINAR INTERNO (PPPMI) para implementar un modelo de AICP: ANÁLISIS RETROSPECTIVO y de INTERVENCIÓN, apostando por el trabajo en equipo y la PROACTIVIDAD. Basados en los resultados del PLAENSA 2016, se detectan necesidades formativas relacionadas con la AICP. Conscientes del valor de la PARTICIPACIÓN PROFESIONAL en la DEFINICIÓN ESTRATÉGICA (DE), se presenta una PROPUESTA del PE, y se realiza una ENCUESTA de DE. Con el despliegamiento del PE, se crea un grupo PROMOTOR/SOPORTE de 30 profesionales agrupados en 4 EdM para elaborar un documento de AUTO-DIAGNÓSTICO de la AICP en el centro. Se analizan un total de 27 BBPP – clave, las cuales se agrupan en 5 áreas de mejora (EJERCICIO de DERECHOS, PARTICIPACIÓN, BIENESTAR PSICOAFFECTIVO, INTERVENCIÓN PROFESIONAL y SISTEMAS ORGANIZATIVOS, y ENTORNO FÍSICO e INTEGRACIÓN en la COMUNIDAD).

De la ENCUESTA de DE, se evidencia que el 93% de los profesionales se encuentran conformes con la misión de la organización y el 76% con su visión, y que los valores más elegidos son: competencia, profesionalidad, calidad, equidad, resolución y transparencia. Respecto al AUTO-DIAGNÓSTICO de AICP, el 48% (13 BBPP) están consolidadas en nuestro centro, el 37% (10 BBPP) están desarrolladas parcialmente y el 15% restante (4 BBPP) no están implementadas. Consideramos que nuestro centro se encuentra en una situación SATISFACTORIA en relación a la mayoría de las áreas de mejora analizadas en el auto-diagnóstico (85%), con un enfoque progresista hacia un modelo de AICP. Guiandonos por las circunstancias de cada paciente, sus valores y su manera de ver las cosas, nuestro compromiso es retomar la experiencia histórica (feedback) en las áreas de mejora consolidadas para revisar y generalizar las áreas desarrolladas parcialmente, y realizar profundos cambios en la forma de interactuar y de trabajar con las personas en relación a las áreas no implementadas, con propuestas de organización donde proyectar nuevas ideas para crecer y desarrollar nuestras perspectivas (feedforward).

AUTORES: QANNETA, RAMI; PI, J; CLARET, G; SOTO, A; GARCÍA, Y.

CENTRO DE TRABAJO: GIPSS.



ID: 31

TÍTULO: GESTIÓN BASADA EN PROCESOS DE LA ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADA EN LA PERSONA COMO PROCESO CLAVE: SUMANDO MEJORAS CONTINUAS

RESUMEN:

La Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP) hace referencia a un proceso transversal que, a su vez, se concreta en un modelo que permite consensuar, coordinar y hacer efectiva la atención personalizada. Nuestra experiencia se enmarca en la MISIÓN del centro -ofrecer SERVICIOS de Salud y Sociales de calidad excelente a los ciudadanos del territorio del Camp de Tarragona-, incluyendo la AICP como un proceso clave en el mapa de macroprocesos. La herramienta para llevar a cabo la experiencia pivota sobre el Plan Estratégico (PE) 2017-2018, y más concretamente con el objetivo estratégico de luchar por el cumplimiento de los modelos de AICP a través de los procesos clave sanitarios, sociales y domiciliarios, en función de las necesidades del territorio.

Elaborar una PLANTILLA, un FLUJOGRAMA y una FICHA del proceso de Buenas Prácticas (BBPP) de la AICP.

Se propone un PROCESO PARTICIPATIVO PROFESIONAL MULTIDISCIPLINAR INTERNO (PPPMI), para elaborar un documento de AUTO-DIAGNÓSTICO de BBPP – clave en la AICP del centro (Cómo consideramos la situación del conjunto de BBPP – clave (27 agrupadas en 5 áreas de mejora) en el centro?). En paralelo, se crea un grupo de GESTIÓN por PROCESOS. Teniendo en cuenta la lluvia de ideas de los PROFESIONALES PARTICIPANTES, se elabora una PLANTILLA, un FLUJOGRAMA y una FICHA del proceso de AICP.

En la PLANTILLA del proceso, DEFINIMOS el input (persona ingresada en el centro con necesidades no asistenciales, preferencias y deseos), y el output (persona con mejoras en los resultados personales de las 5 áreas de mejora al alta a domicilio). DETERMINAMOS una secuencia de 3 actividades fundamentales. Primera; acogida y evaluación inicial de la persona. Segunda; asistencia individualizada e interdisciplinaria. Tercera; programación del alta e integración en la comunidad. Para realizar las actividades establecidas y producir el output premarcado de manera correcta, IDENTIFICAMOS varios controles (políticas, procedimientos y protocolos), así como los recursos necesarios. Para mejor gestión del proceso, elaboramos un FLUJOGRAMA, y incluimos toda la información en una FICHA en la cual detallamos, entre otros componentes, la misión del proceso (impulsar las mejoras continuas en los resultados personales de las BBPP de AICP, desde la perspectiva de la AUTODETERMINACIÓN y la PARTICIPACIÓN) y leading indicator (grado de percepción de calidad de vida de las personas usuarias durante cualquier otro proceso clave interrelacionado con la AICP, con un estándar ≥ 85%), y se decide que el propietario del proceso es la trabajadora social por las características del mismo. Entendiendo la calidad como la provisión de SERVICIOS que responden a las necesidades de las personas, consideramos que el proceso de AICP contribuirá en la evaluación global de todos los procesos clave de nuestra organización, con la garantía de que esta política se mantendrá a lo largo de todo el proceso clínico.

AUTORES: QANNETA, RAMI; MOLTÓ, E; CORTIELLA, A; FOLCH, E; BROCH, M; CARCOLÉ, B.

CENTRO DE TRABAJO: GIPSS.

ID: 32

TÍTULO: PREN COMO UNA HERRAMIENTA DE ANÁLISIS CUALITATIVO DEL SWOT DEL MODELO DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD: RETOS Y BARRERAS

RESUMEN:

La tendencia de la xarxa social y sanitaria es impulsar Dispositivos Asistenciales Alternativos (DAA) a la Hospitalización Aguda Convencional (HAC), como es la Hospitalización Alternativa Subaguda (HASA), la Hospitalización Intermedia Postaguda (HIPA) y la Deshospitalización (DH) (el Hospital de Día del Paciente Crónico Complejo PCC, la Atención Domiciliaria, la Hospitalización a Domicilio y el Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de SUPORT), así como promover la Coordinación, Colaboración y Cooperación entre los diferentes niveles asistenciales. El objetivo principal de estas nuevas tendencias es potenciar la adecuación de los RECURSOS, y fomentar la EFICIENCIA y la EFICACIA del sistema sanitario en el Camp de Tarragona, en el contexto de una atención integral e integrada.

Evaluar la EFICIENCIA y EFICACIA, mediante la herramienta PREN, de los 4 posibles ESCENARIOS del Modelo de Atención a la Cronicidad del camp de Tarragona, para adaptarse a la situación actual diagnosticada por el SWOT.

Se ESTABLECEN 26 puntos en el SWOT matrix (7 S, 7 W, 6 O y 6 T), IDENTIFICANDOSE los retos y barreras a afrontar. Se plantean 4 ESCENARIOS de modelo de atención a la cronicidad: (1) continuar con el modelo de HAC, (2) consolidar el modelo de los DAA (HASA y HIPA), (3) mejorar el modelo de DH, o (4) impulsar la coordinación, colaboración y cooperación entre AP, AE y ASS. Para evaluar las 4 PROPUESTAS, se utiliza la herramienta PREN, para averiguar cómo podrían dinamizar los componentes del SWOT matrix, y así conseguir los objetivos que quisiéramos perseguir en relación a la atención a la cronicidad del Camp de Tarragona. El método utilizado es el mismo que el SWOT matrix, un eje de coordenadas con cuatro objetivos ligados a los componentes del SWOT: Potency STRENGTHS, Reduce WEAKNESSES, Enhance OPPORTUNITIES y Nulify THREATS.

Según los resultados del PREN, la mejor propuesta para la atención a la cronicidad es un mix de los ESCENARIOS 2 (puntuación = 17) y 3 (puntuación = 22), que podría alcanzar los objetivos y ser la más RENTABLE a CORTO-MEDIO PLAZO, con experiencias exitosas a nivel territorial. Pero per se podrían no generar crecimiento creíble, sustancial ni sostenible a largo plazo debido a la INCERTIDUMBRE y las posibles FLUCTUACIONES político-legal, económica, socio-ecológica y tecnológica. El ESCENARIO 1 (puntuación = 5), es desfavorable per se desde el punto de vista estratégico, no se aborda adecuadamente en un entorno cada vez más cambiante. Desde una visión global, es conveniente APOSTAR por el ESCENARIO 4 (puntuación = 26). Es un ESCENARIO con una visión estratégica que aborda mejor los componentes del SWOT, centrándose su ESFUERZO en las necesidades y expectativas de la población actual. Lo consideramos el más FACTIBLE a LARGO PLAZO para la transformación del enfoque fragmentado de la atención médica hacia otro enfoque que permita la consecución de una continuidad asistencial entre los diferentes niveles asistenciales (AP, AE y ASS).

AUTORES: QANNETA, RAMI; MOLTÓ, E; CABRERA, P; FOLCH, E; GARCÍA, Y; BROCH, M.

CENTRO DE TRABAJO: GIPSS.



ID: 34

TÍTULO: RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LEAN HEALTHCARE EN UN AREA DE URGENCIAS

RESUMEN:

La metodología Lean consiste en la eliminación sistemática de todo aquello que, desde la perspectiva del paciente, no aporta valor en un determinado proceso. Los procesos asistenciales de los pacientes que acuden a un Servicio de Urgencias serían susceptibles de mejora con esta metodología.

Aplicar Lean al proceso asistencial de los pacientes médicos de triaje-nivel-3 en un Servicio de Urgencias.

Estudio prospectivo, de intervención en un Servicio de Urgencias de un hospital terciario, que compara dos períodos: pre-Lean (abril-septiembre 2015) vs post-Lean (abril-septiembre 2016). Se incluyeron todos los pacientes médicos de triaje-nivel-3. Se constató un proceso asistencial muy fracturado con múltiples esperas entre cada etapa del proceso (esperas de médico, de enfermera y de camillero). Tras aplicar Lean, se eliminaron las esperas con lo que se creó un proceso asistencial teóricamente más rápido. Se midió el tiempo de proceso: tiempo transcurrido desde la entrada en el cubículo de visita y la decisión (alta o traslado a observación). También se registró el tiempo de espera, el número de vistas diarias, el índice de fugados, de visitas y de mortalidad. Los tiempos se expresan en medianas y se compararon con la U de Mann-Whitney; el resto de variables como medias y con la t de Student.

En el período post-Lean, el tiempo de proceso de los pacientes dados de alta disminuyó 22 min (de 182 a 160 min; $p < 0.01$) y de los trasladados a observación 10 min (de 186 a 176 min). El tiempo de espera disminuyó 21 min (de 66 a 45 min; $p < 0.01$). El número de visitas diarias fue superior en el período post-Lean (64 vs 69; $p < 0.01$). Los índices de fugados, visitas y mortalidad no presentaron diferencias significativas entre ambos períodos analizados.

La metodología Lean ha reducido la duración del proceso asistencial y del tiempo de espera sin mermas de calidad, permitiendo visitar más pacientes.

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

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA.



ID: 35

TÍTULO: EFICACIA Y EFICIENCIA DE LOS PROGRAMAS DE ACREDITACIÓN EN LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA

RESUMEN:

Tras la apuesta decidida desde la Dirección Gerencia por el proceso de acreditación en calidad, de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, y la constitución de una Unidad de Calidad dentro del Distrito (compuesto por 8 Unidades de Gestión Clínica), dependiente organizativamente de la Dirección Gerencia, se pasó de no tener ninguna UGC acreditada a ser el único Distrito de Atención Primaria de Andalucía en conseguir la acreditación del 100% de sus UGCs.

Para ello se ha implementado una metodología de mejora continua, basada en la documentación mediante Procedimientos Operativos Estandarizados (POEs), así como partiendo de las premisas de difusión de metodología y formación a los profesionales.

Adquirir una metodología de mejora continua.

Dotar de documentos de apoyo a las UGCs.

Mejora de resultados dentro de los Acuerdos de Gestión Clínica.

Alcanzar la certificación en calidad de la totalidad de UGCs del Distrito

Implementar una cultura de calidad

Fomentar la participación de los profesionales en la elaboración de materiales y ser responsables de la actualización de los mismos

Mejora en los resultados globales del Distrito

Desde 2008 a 2013 se pone en marcha una estrategia dentro del Distrito Rural de Atención Primaria Guadalquivir, de Córdoba, con una dispersión en superficie de 100 kilómetros en sus centros más equidistantes, por ello la sistemática empleada es la realización de POEs y adaptación local de cada uno de ellos, mejorando e implementando en cada proceso de acreditación el material generado.

En este tiempo se generaron un total de 227 POEs para la primera acreditación, pasando a ser más de 500 (entre los nuevos y los modificados) en la octava acreditación y última, haciendo una adaptación de los mismos para la Unidad de Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias extrahospitalarias.

Tras 5 años se consiguió la acreditación del 100% de las unidades de gestión clínica que componían el distrito, manteniendo a día de hoy, mediante proceso de reacreditación, sus acreditaciones.

En este proceso han participado mas de 1500 profesionales, los cuales de una forma u otra han participado en la elaboración, modificación, implementación o difusión de los POEs.

Dentro de la secuencia de implementación de la cultura de calidad, se ha trabajado desde los centros, para ello el responsable de calidad, se desplazaba a las distintas unidades, para trabajar los procedimientos con los profesionales, participar en su labor diaria, en las tareas para la implementación de procedimientos, así como el asesoramiento y la organización.

Se pasó en el ranking por Distritos en Andalucía de la posición 27 a la posición 3, de 33 Distritos, las UGCs de una media de 56% de consecución de resultados a una media de 85% de cumplimiento en sus AGC.

Por ello, concluimos la herramienta potente que se convierte la acreditación de una UGC, donde los profesionales incorporan a su labor diaria la metodología de análisis, evaluación, resultados e implementación documental.

AUTORES: NARBONA RODRÍGUEZ, JAVIER¹; GÁLVEZ ARJONA, MA²; PRATS RAPALLO, MC³.

CENTRO DE TRABAJO: DSAP CÓRDOBA Y GUADALQUIVIR¹; AG SUR DE CÓRDOBA²; DSAP CÓRDOBA Y GUADALQUIVIR³.

ID: 36

TÍTULO: COMORBILIDAD EN PACIENTES DE CIRUGÍA TORÁCICA EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN, ANÁLISIS MEDIANTE LA SRS E INDICE DE CHARLSON

RESUMEN:

Una de las cuestiones más debatidas en cirugía torácica ha sido la valoración de la morbilidad operatoria, dado el riesgo no despreciable que siempre entraña cualquier intervención quirúrgica del tórax.

El Índice de Charlson (IC) tiene en cuenta 19 factores de comorbilidad predefinidos a los que se les asigna un valor. La Escala de Riesgo Quirúrgico (SRS), se calcula para cada tipo de cirugía y se basa en tres factores: resultados del Confidential Enquire into Perioperative Deaths (CEPOD), valor asignada en la clasificación de riesgo de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA) y la magnitud de la cirugía según la clasificación de la British United Provident Association (BUPA).

Nuestro objetivo fue valorar la comorbilidad perioperatoria en pacientes sometidos a cirugía torácica comparando estas dos escalas de riesgo.

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo de todos los pacientes sometidos a una intervención de cirugía torácica que ingresaron en nuestra Unidad de Reanimación. Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias y porcentajes y las analíticas mediante datos estadísticos de tendencia central (media y mediana) y dispersión (desviación típica y rango intercuartílico), según criterios de normalidad (Kolmogorov-Smirnoff). El análisis bivariado se realizó mediante test de Chi Cuadrado para variables cuantitativas y t de Student para cualitativas

En cuanto al IC, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni en la hemoglobina ni en la edad ni en el número de complicaciones, aunque los datos tienden a la significación. (si se vieron más complicaciones en los pacientes con IC>0 y también en los que tienen más edad). En la SRS se llega a la misma conclusión.

En cuanto a las complicaciones la media de edad de los que no presentaron complicaciones es de 48 años y la media de edad para los que las presentaron es de 66 años. En este aspecto si que se observan diferencias estadísticamente significativas con ($p < 0,004$), ya que los de mayor edad tienen también más complicaciones.

El IC en principio se ajustaría bastante más al número de complicaciones observadas en nuestros pacientes. Casi siempre que se ha realizado una valoración multifactorial del riesgo operatorio en cirugía torácica se ha hecho mediante análisis de regresión logística y construcción de curvas con área definida, como se hace en el POSSUM.

En nuestro estudio se hace referencia a la comorbilidad valorada mediante el IC y SRS.

El IC en nuestro estudio resultó ser mejor predictor de la morbilidad que la SRS, aunque sin diferencias claramente significativas. Los dos índices detectan a pacientes de alto riesgo. Son índices de aplicación sencilla y su probable obtención previamente a la intervención puede ser una herramienta útil para realizar futuras auditorias de resultados operatorios.

AUTORES: GARCES SAN JOSE, ANA CRISTINA1LAFUENTE OJEDA, N; VIGUERA FERNANDEZ, TRES RITTERBACH, E; DELGADO DOMINGO, JA; CASTILLO AZNAR, J.

CENTRO DE TRABAJO: H.U. MIGUEL SERVET.

ID: 37

TÍTULO: ANÁLISIS MODAL DE FALLOS DE UN SERVICIO DE TRASFUSIONES MULTIHOSPITAL

RESUMEN:

La actividad sanitaria ha sufrido un importante aumento en la complejidad de sus actuaciones que conlleva la presencia de riesgos potenciales y reales que nos transportan a una asistencia incapaz de garantizar la ausencia de efectos adversos (EA). La gestión de riesgos intenta identificar los posibles eventos para minimizar su ocurrencia o impacto. Las medidas pueden ser reactivas, una vez ocurridas buscando sus causas o proactivas detectando los riesgos y haciéndoles frente. (Castellano-Zurera, MM 2012) o pueden ser proactivas intentando adelantarnos a los posibles eventos. El análisis modal de fallos permite identificar todos los eventos adversos que pueden ocurrir relacionados con un área para una vez conocidos las causas poder poner medidas para prevenirlos o reducir su impacto

Objetivo: realizar un mapa de riesgos del área de banco de sangre mediante técnica AMFE para priorizar aquellos riesgos más importantes y establecer medidas para prevenir los eventos adversos subyacentes

Reunión del grupo de trabajo para explicar el proyecto, la metodología AMFE y el cronograma.

Identificación de subprocesos y modos de fallo. Identificación de los efectos y causas posibles.

Puesta en común de los resultados comunes para aflorar áreas no detectadas.

Identificación de los actuales métodos de detección. Valoración de gravedad, ocurrencia del modo de fallo y de la capacidad de los métodos de detección. Priorización y nuevo envío para proponer nuevas acciones preventivas.

Puesta en marcha de las medidas y evaluación tras un año

Los modos de fallos más puntuados fueron: Trásfundir a paciente erróneo, No identificar reacción transfusional, Mantener bolsas en neveras de las unidades, Rotura cadena de frío, No coincidencia con pedido solicitado.

La mayoría de modos de fallos han mejorado significativamente, por lo que las medidas adoptadas han conseguido su objetivo.

Tres modos de fallo no han conseguido reducir:

- No coincidencia con pedido solicitado: sigue pendiente la reunión con el centro de transfusiones para mejorar, ya que aunque desde el mismo han informatizado la solicitud de hemoderivados que anteriormente se realizaba por teléfono se mantienen las incidencias.
- Solicitud incompleta o errónea: se mantiene su frecuencia por lo que se plantean medidas distintas a abordar en próxima reunión.
- No identificar reacción transfusional: se mantiene su frecuencia por lo que se plantean medidas distintas a abordar en próxima reunión.

AUTORES: FERNÁNDEZ DE MAYA, JOSÉ¹; FERNÁNDEZ GARCIA, PL²; DIAZ COMINO, MR³; ARNAU PLAZA, T⁴; LADIOS MARTIN, MJ⁵; GIL COLLADOS, MC⁶.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DEL VINALOPO-HOSPITAL DE TORREVIEJA¹; HOSPITAL DEL VINALOPO-HOSPITAL DE TORREVIEJA²; HOSPITAL DEL VINALOPO-HOSPITAL DE TORREVIEJA³; RIBERA SALUD⁴; RIBERA SALUD⁵; HOSPITAL DEL VINALOPO⁶.



ID: 38

TÍTULO: ESTUDIO DEL USO DE SUJECIONES MECÁNICAS PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD CLÍNICA EN PERSONAS MAYORES

RESUMEN:

La herramienta para llevar a cabo la experiencia pivota sobre el Plan Estratégico de nuestro centro 2017-18, concretamente en la LE.03; promover el liderazgo y la cultura en calidad y seguridad del paciente, el OE.03.02; desarrollar y evaluar estrategias proactivas en seguridad del paciente, la AC.03.02.03; implantar acciones de mejora de la evaluación continua del proyecto en prevención de caídas, la LE.02; desarrollar un modelo de atención social y sanitaria orientada a la ciudadanía, y el OE.02.02; luchar por el cumplimiento de los modelos de AICP enfocados en el bienestar psicoafectivo, alteraciones de la conducta y contenciones. La experiencia se enmarca en el Pla de Salut de Catalunya 2016-20 - proyecto 8.1; atención sanitaria y farmacéutica de calidad y el proyecto 8.2; atención sanitaria segura.

Disponemos de un registro informatizado de sujeciones mecánicas. Para el uso de éstas se precisa del consentimiento informado y firmado por la familia y equipo asistencial.

Conocer la prevalencia de uso de sujeciones mecánicas en pacientes ingresados.

Describir las características DEMOGRÁFICAS y DIAGNÓSTICAS al ingreso y variables relacionadas con las sujeciones mecánicas.

Valorar la EFICACIA/EFICIENCIA de la escala Downton en el ingreso en relación al uso de sujeciones mecánicas.

TIPO ESTUDIO: Descriptivo mediante CORTE TRANSVERSAL.

DÍA DEL CORTE: 13/05/2017

CENTRO ESTUDIO: Hospital de atención intermedia de 156 camas.

CRITERIOS INCLUSIÓN: Todos los pacientes ingresados.

SISTEMA DE RECOGIDA DE DATOS: Descripción de las características de hospitalización (edad, sexo, diagnóstico principal de ingreso y existencia de deterioro cognitivo previo) y de las sujeciones (tipo/medida de sujeción empleada, ubicación del paciente durante la sujeción -cama/sillón-, motivo, frecuencia de uso -diurna/nocturna- y si consta consentimiento informado).

Incluimos 152 usuarios. El 6,57% llevaba contención, 50% hombres y 50% mujeres. La edad media era de 79,5a. El 40% ingresaron con criterio de convalecencia. Diagnósticos de ingreso: demencia (20%), patología respiratoria (20%), ICTUS (30%), neoplasia de recto (10%), hemorragia subaracnoidea (1%) y fractura de radio (1%). El 100% utilizaron simultáneamente barandillas y contención abdominal. El 10% también utilizó contención de manos. El 50% las utilizó en cama y en silla. Del 50% restante el 40% la usó sólo en cama y el 10% sólo en silla. Motivos de sujeción: desorientación (30%), manipulación de SNG (10%) y riesgo caídas (60%). El 50% del uso fue diurno y nocturno. En el 40% se FIRMÓ el consentimiento informado por la familia. Atendiendo a la escala Downton el 90% presentaba riesgo medio de caídas.

El porcentaje de sujeciones se asemeja a lo descrito en la literatura.

La escala Downton en el ingreso ayuda a detectar la necesidad de contenciones.

Debemos incidir en la obligatoriedad de realizar el registro/consentimiento de contenciones en el centro.

AUTORES: RUIZ SOLIS, LAURA; GONZÁLEZ SÁNCHEZ, MC; GOTOR OLABARRIA, AM; BOVÉ ALEU, E; EL METTAOUI GARHIUI, F; MARTÍ TRIGUERO, N.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL SOCIO SANITARI FRANCOLÍ.



ID: 39

TÍTULO: MODELO PARA EL BENCHMARKING EN LA MEDIDA DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DE UNA INSTITUCIÓN SANITARIA MULTICÉNTRICA

RESUMEN:

Nuestra institución tiene una larga tradición en la medida de la satisfacción pero inicialmente desde una visión parcializada por área asistencial. Como institución sanitaria, interesa disponer de resultados de satisfacción de todos los aspectos relacionados con el servicio facilitado para intentar dar respuesta a las necesidades de los pacientes con una visión global de todo el proceso recibido

Nuestros pacientes reciben una atención continuada en intervalos de tiempo largos en las diferentes áreas de los centros. A la vez que se intenta consolidar la cultura de medida de la satisfacción, se inicia un proyecto para unificar los cuestionarios que se utilizan en las diferentes áreas y evitar solapamientos en las preguntas realizadas, manteniendo una evaluación cualitativa periódica, disponiendo de datos comparativos en relación a la percepción de los usuarios atendidos en la organización, así como de su valoración respecto de las acciones de mejora realizadas

Material: Estudio de Opinión del 2008; cuestionarios del servicio de salud de la comunidad autónoma; estándares de la acreditación hospitalaria de centros hospitalarios de agudos; encuestas internas de los servicios

Método: Revisión de los cuestionarios de opinión utilizados en el Estudio de Opinión realizado en 2008 en nuestra institución. Recopilación de los cuestionarios del servicio de salud de nuestra comunidad autónoma que se aplicaban hasta el 2012. Revisión de los estándares de la acreditación de los centros sanitarios de atención aguda, relacionados con los resultados en los clientes (2014). Se elabora un cuestionario general único, con preguntas formuladas de manera homogénea para los diferentes ámbitos y algunas específicas del entorno a evaluar. Se valida por los responsables de calidad de los centros, los responsables de calidad del Servicio de Salud de la comunidad autónoma y se aprueba por la Dirección

Se elabora un documento marco para la realización de las encuestas de satisfacción de los pacientes y familiares atendidos en nuestra institución, definiendo los criterios básicos de elaboración y evaluación de cuestionarios nuevos o la modificación de los ya existentes, asignando perfiles, responsabilidades y áreas asistenciales que deben someterse a encuestas de satisfacción y calendario de realización

- Documento marco para la realización de las encuestas de satisfacción de los pacientes y familiares, aprobado en Comité de Dirección Corporativo
- Cuestionarios de 5 áreas asistenciales: ambulatoria, hospitalización, tratamiento de hospital de día, tratamiento de radioterapia y dispensación de medicamentos
- Base de datos corporativa
- Datos históricos comparables en el tiempo mediante un informe informatizado
- Resultados sobre las dimensiones de aspectos tangibles, eficacia, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y comprensión

AUTORES: BLASCO PAGES, ANA MARIA; CARPENA HERNÁNDEZ, A; ASENSIO BLASCO, E; VIDAL MILLA, A.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA.



ID: 40

TÍTULO: CONTRASTE DE LA INFORMACIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE DOS SISTEMAS

RESUMEN:

Los sistemas de información nos permiten analizar la actividad realizada y los recursos empleados. Los cuadros de mando (CM) integran información de diferentes ámbitos para ofrecer una visión completa y permitir la toma de decisiones. Además de los procesos sistemáticos de verificación de la información, pensamos que es necesario contrastar periódicamente la información con datos elaborados utilizando procesos alternativos.

Comprobar la veracidad de los datos publicados mensualmente en el CM integral de nuestra institución para los principales parámetros de seguimiento de actividad.

Identificar deficiencias en los procesos de extracción y manejo de datos.

La herramienta de CM utilizada es Oracle® Business Intelligence Enterprise Edition versión 11g. La información proviene de un datawarehouse construido a partir de procesos de ETL sobre diversos módulos de extracción de datos generados directamente a partir de las tablas transaccionales del sistema clínico administrativo de gestión de pacientes (HIS) (SAP ARGOS). La información se valida mensualmente mediante el contraste con datos seleccionados y vistas de nuestra aplicación HIS. El proceso de facturación asistencial se realiza sobre un desarrollo de SAP adaptado para el área económico-financiera y obtiene los datos directamente de un sistema de mensajería instantáneo proveniente de la actividad registrada en el HIS.

Como el proceso de cálculo utilizado para generar el CM es diferente al utilizado para generar la facturación, se decidió comprobar mensualmente los conceptos más significativos de actividad, analizando el detalle de cada uno de los casos y revisando los motivos y atributos de cada actividad hasta llegar a identificar las causas que provocaban las diferencias.

Durante el año 2016 se facturaron 333.690 prestaciones. Éstas fueron contrastadas con las 365.412 prestaciones registradas en el CM para los conceptos equivalentes. El seguimiento de las prestaciones de consultas externas y hospital de día fue realizado mediante el cálculo de cocientes mensuales. El seguimiento de la actividad de hospitalización y técnicas terciarias se realizó de forma individual.

El cociente para consultas externas presentó un coeficiente de variación intermensual del 1,5% i una variación anual del 4%. El cociente para sesiones de hospital de día presentó un coeficiente de variación intermensual del 2,5% i una variación anual del 0,2%.

Se revisaron individualmente 12.500 prestaciones y se detectaron 145 incidencias (1,2%): 105 en el área de hospitalización y 40 en técnicas terciarias. Los motivos principales causantes de las discrepancias fueron: duplicidad o error en el registro de actividad y aplicación de criterios diferentes.

Las diferencias encontradas entre los dos sistemas han sido pequeñas. Sin embargo, el contraste entre dos sistemas distintos y el análisis de las diferencias ha sido muy útil para detectar criterios de proceso que deben ser corregidos.

AUTORES: MACHUCA TACON, LORENA; NAVARRO GONZALEZ, F; PONCE SALVADO, A; BACIERO LORZA, F; MONTOLIU VALLS, R; PONTON SIVILLA, JL.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUT CATALA D'ONCOLOGIA.

ID: 41

TÍTULO: PROGRAMA DE DETECCIÓN DE ERRORES EN PRESCRIPCIÓN, DISPENSACIÓN, PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS EN UN HOSPITAL

RESUMEN:

La herramienta para llevar a cabo la experiencia pivota sobre el Plan Estratégico (PE) de nuestro centro 2017-2018, y más concretamente en la LE.03; promover el liderazgo y la cultura en calidad y seguridad del paciente, el OE.03.02; desarrollar y evaluar estrategias proactivas en seguridad de los pacientes, y la AC.03.02.06; implantar las acciones de mejora de la evaluación continua del proyecto en prevención de errores de medicación. La experiencia se enmarca en el Pla de Salut de Catalunya 2016-2020 -el proyecto 8.1; atención sanitaria y farmacéutica de calidad y excelente, y el proyecto 8.2; atención sanitaria segura.

Se implanta un programa piloto para mejorar de seguridad clínica, basado en detectar los errores en la preparación y administración de fármacos en un hospital.

Revisar y/o prevenir los errores para mejorar la seguridad del paciente en el proceso del uso de medicamentos.

Obtener la tasa de errores de medicación y compararlo con valores de otros estudios.

Determinar, según resultados, realizar alguna intervención que comporte mejoras en la cadena farmacoterapéutica.

TIPO ESTUDIO: Observacional directo.

PERIODO ESTUDIO: Del 12/01/2017 al 8/05/2017. Tres cortes aleatorios.

CENTRO ESTUDIO: Hospital de atención intermedia de 156 camas.

CRITERIOS INCLUSIÓN: Pacientes ingresados en la unidad de subagudos/convalecencia.

SISTEMA DE RECOGIDA DE DATOS: Revisión de la preparación y administración farmacológica de una muestra significativa siguiendo un procedimiento elaborado por la comisión de farmacia. Ésta nos permite detectar también errores de prescripción y/o dispensación.

Se controla la concordancia de ítems relacionados con la preparación de medicación (paciente, principio activo, dosis, forma farmacéutica, horario, correcta manipulación, disolvente adecuado, tiempo de estabilidad, vía administración, información al paciente y monitorización) y con la administración (paciente, velocidad y técnica)

Analizamos 306 administraciones correspondientes a 94 pacientes (41 mujeres) ingresados. La edad media fue de 83,31a en mujeres, y 79,55a en hombres. Obtuvimos un total de 9 errores (tasa de error del 2,94%). 1 de los errores corresponde a errores de "Preparación/Administración" que consistió en la errónea manipulación de un fármaco. Los 8 restantes corresponden a "Prescripción/Dispensación", 1 error de dosis y el resto de dispensación.

Los resultados obtenidos son similares a los descritos en otros estudios. Dada la prescripción informatizada no se han detectado errores de transcripción.

La tipología de error más frecuente ha sido la de Prescripción/Dispensación. Podría deberse a que un corte se hizo en lunes y los cambios de tratamiento/nuevos ingresos del fin de semana no se contemplan.

AUTORES: BOVÉ ALEU, ELISA; GOTOR OLABARRIA, AM; GONZÁLEZ SÁNCHEZ, MC; RUIZ SOLÍS, L; PI SÁNCHEZ, J; VECIANA BALSEBRE, L.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL SOCIOSANITARIO FRANCOLÍ.

ID: 42

TÍTULO: ACOMPAÑAMIENTO DE ENFERMERÍA A NIÑOS QUE DESEAN VISITAR A UN SER QUERIDO EN LA UCI

RESUMEN:

El impacto que genera una situación de enfermedad crítica o amenaza inminente para la vida no solo afecta al paciente sino también a su familia. Nuestra educación para aceptar la finitud de la vida ha sido escasa y pensamos que nuestros hijos no serán capaces de entender las enfermedades ni la muerte, motivo por el que los sobreprotegemos manteniéndolos al margen de cualquier proceso que conlleve sufrimiento y aislándolos del resto de la familia cuando su afección emocional es de la misma intensidad. Además, las actuales políticas sanitarias, incoherentemente, no facilitan el acceso de los niños a las UCIs, pero sí para visitar a un recién nacido. Acompañar a un niño a visitar a su familiar enfermo, siempre que él lo decida y sea el que sea el estado del paciente, fomentará la inteligencia y salud emocional del niño, la cultura de las adversidades y la muerte así como aliviará la preocupación y el estado emocional del paciente en un momento de tanta vulnerabilidad.

Normalizar las visitas de los niños en la UCI

Implantar el protocolo de visitas de los niños en la UCI del Hospital Universitario General de Catalunya

Mejorar la inteligencia y salud emocional de los niños para que su futuro sea más adaptativo ante cualquier adversidad

Metodología:

Elaboración y presentación de sesiones informativas a los profesionales de la UCI en formato PowerPoint

Elaboración del protocolo de atención específico para la realización de las visitas de los niños

Difusión mediante una hoja informativa a los pacientes/familiares de la conveniencia de que los niños realicen las visitas

Reuniones con los mandos para conseguir instaurar el proyecto

Instauración del protocolo

Pequeñas sesiones informativas a las familias (donde asesoramos de qué y cómo han de informar a sus hijos) y entrega de encuesta previa a la visita para que el niño exprese sus emociones

Presencia y guía en la primera visita de los niños por la enfermera de acompañamiento

Realización encuesta posterior a la visita del niño

Extraer datos concluyentes intentando dar respuesta a los objetivos planteados

Realización de dibujos donde se expresan emociones

Entrevista con el niño para evaluar sus impresiones y valoración de la misma en el registro informático de enfermería

Valoración de los resultados y observaciones

Material:

Ordenadores, pantallas de soporte audiovisual de PowerPoint, salas de UCI para hacer las sesiones informativas a profesionales, impresiones de encuestas y hojas informativas

Observamos que cuando el niño se integra en el cuidado y participa de la realidad de la familia es capaz de entender cambios de comportamientos y rutinas sintiéndose más tranquilo, satisfecho y respetado, mostrándose más abierto y confiado. Todos han experimentado emociones positivas, por lo que concluimos que:

La participación de los niños en las visitas ayuda a adquirir competencias emocionales facilitando su futuro desarrollo personal

La actitud del enfermo ante la enfermedad es más positiva tras las visitas

AUTORES: CEREZO MARTÍNEZ, TERESA; SERRA I LLANAS, Q; INSENSÉ CORTINAS, Y.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE CATALUNYA.



ID: 43

TÍTULO: ¿EVALUAR LA CALIDAD DE CUMPLIMENTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICO AUMENTA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?

RESUMEN:

Aunque el propósito de la cirugía es salvar vidas, la falta de seguridad de la atención quirúrgica puede provocar daños considerables. Por esta razón, la OMS, a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, lanzó en 2008 el segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente enfocado a la seguridad de las prácticas quirúrgicas. Dentro de este reto, la principal herramienta que se propone utilizar es la realización del Listado de Verificación Quirúrgico (LVQ).

Normalmente, los centros sanitarios realizan una evaluación cuantitativa de su realización. Sin embargo, el aspecto realmente importante es conocer la calidad con que se está realizando el procedimiento, ya que en ocasiones se identifican errores de seguridad en pacientes a los que se les ha realizado el LVQ.

Aumentar la seguridad del paciente que se somete a una cirugía mediante la verificación cualitativa del cumplimiento del LVQ.

Evaluar la calidad de cumplimentación del LVQ.

Conocer si la correcta realización del LVQ disminuye los incidentes de seguridad.

En el último trimestre de 2015 se comenzó a evaluar de forma cualitativa la cumplimentación del LVQ implantado en el centro. Esta evaluación cualitativa se realiza de forma aleatoria y sin conocimiento por parte del equipo quirúrgico. Trimestralmente se revisa su realización en una muestra de 40 intervenciones quirúrgicas. El observador, mediante la cumplimentación de un checklist, evalúa la cumplimentación del LVQ. Posteriormente se analizan los datos obtenidos en la Comisión de Seguridad del Paciente del centro y se proponen acciones de mejora a implantar. Los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas son comunicadas a todo el personal.

Tras un año completo de análisis y trabajo los resultados han mejorado de la siguiente forma: Realización de la pausa quirúrgica: aumentó un 11% (de 4% a 15%); Colaboración de anestesia: aumentó un 6% (de 84% a 90%); Colaboración de cirujanos: aumentó un 1% (de 24% a 25%); Presencia equipo completo: aumentó un 53% (de 12% a 65%); Comprobación de pulsera identificativa: aumentó un 12% (de 88% a 100%); Marcado quirúrgico: disminuyó un 7% (de 32% a 25%); Control equipo anestesia: aumentó un 4% (de 96% a 100%); Profilaxis antibiótica: aumentó un 47,5% (de 40% a 87.5%); Realización de contaje: en ambos momentos 100%; Identificación de muestras: en ambos momentos 100%.

Respecto a los incidentes de seguridad del paciente pasamos de un promedio de 3 incidentes por trimestre en 2015, 2 por trimestre en 2016 y uno en el primer trimestre de 2017.

CONCLUSIONES

La realización del LVQ es una potente herramienta de seguridad del paciente que previene eventos adversos. Pero sólo expresa todo su potencial cuando su realización es veraz y no un trámite más a cumplir. La evaluación de esta práctica es importante para modificar dicha conducta.

Una adecuada realización del LVQ previene la aparición de eventos adversos en el paciente quirúrgico.

AUTORES: POLITE DELFA, SERGIO¹; CANTOS TEJERO, J²; HERCE MUÑOZ, A³.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL QUIRÓNSALUD MÁLAGA¹; HOSPITAL QUIRÓNSALUD MÁLAGA²; QUIRÓNSALUD ANDALUCÍA³



ID: 44

TÍTULO: VALORACIÓN DE LOS TUMORES MÚLTIPLES EN EL CUADRO DE MANDO DE UNA INSTITUCIÓN ONCOLÓGICA

RESUMEN:

Los tumores primarios múltiples o tumores múltiples (TM), fueron descritos por primera vez en 1865, pero en el año 1889, cuando Theodor Billroth demostró que los TM se podían encontrar en otras localizaciones anatómicas. En esta línea, encontramos que los tumores múltiples se definen como: neoplasias que se presentan simultáneamente o sucesivamente en un mismo sujeto (ya sean cánceres en diferentes órganos, o, en el mismo órgano, o bien cánceres con diferentes histologías) que, de acuerdo con una clasificación internacional determinada, deben cumplir una serie de criterios para ser considerados como 'tumores múltiples' en el momento de realizar el diagnóstico. Los criterios son los siguientes: han de tener un definido patrón de Malignidad; no tienen que constituir Metástasis; han de presentar histología diferente; cada tumor tiene que seguir su historia natural y debe presentar una evolución independiente; y el diagnóstico de los tumores puede ser sucesivo y simultáneo (siendo en este caso sincrónicos).

Valorar el concepto tumores múltiples en el cuadro de mando (CM). Valorar los pacientes atendidos de Enero hasta Septiembre de 2015 que en el cuadro de mando constan como 'tumores múltiples' para confirmar las patologías tumorales recogiendo, además, el año de diagnóstico y si está activo o no en el 2015. Considerar los cambios de criterio, en su caso, en la asignación de 'tumores múltiples' con el fin de optimizar el algoritmo de clasificación. Y por último, ver las asociaciones entre los tumores más frecuentes.

Se han revisado los 3.845 pacientes que en el cuadro de mando constan con la "etiqueta" TM y que han sido atendidos de enero a septiembre de 2015. Entre las variables más relevantes que se han valorado encontramos: centro ICO, NHC, tipo de paciente (conocido o nuevo), edad, sexo, grupo de tumor, diagnóstico, año de diagnóstico y situación clínica.

En el cuadro de mando del ICO, el porcentaje de pacientes considerados como TM supone un 7,4% del total de pacientes que acuden a los distintos centros. Sin embargo, dentro de dicho porcentaje, encontramos tanto a pacientes con diagnósticos activos y libres de enfermedad (historia personal...). Las asociaciones más frecuentes corresponden a: vejiga urinaria (próstata, pulmón); cabeza y cuello (pulmón); melanoma (colorectal, mama); pulmón (próstata).

La actual clasificación utilizada en el CM tiene utilidad desde el punto de vista de gestión pero para tener validez clínica se deberían tener en cuenta variables como: año de diagnóstico; anatomía patológica; estadio; y estado a fecha determinada (remisión, activo).

AUTORES: NAVARRO GONZALEZ, FULGENCIA; MACHUCA TACON, L; BALAGUE PALAU, A; BENAABLE LECHHAB, S; MONTOLIU VALLS, R; PONTON SIVILLA, JL.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUT CATALA D'ONCOLOGIA.



ID: 45

TÍTULO: ESKUTIK: TE LLEVAMOS DE LA MANO

RESUMEN:

Las consecuencias de un accidente no sólo afectan a la integridad física de la persona, sino también en su entorno personal, social, familiar, laboral y económico. Nuestro objetivo es que las personas, ante una situación complicada se sientan acompañadas, y las decisiones que tengan que tomar, sean con toda la información necesaria, con el fin de resolver o minimizar las posibles situaciones que exijan una ayuda especial.

El objetivo principal es evaluar las necesidades que tienen los pacientes después de un accidente laboral grave. Actualmente disponemos de una guía de actuación en caso de accidente pero creemos que es insuficiente de acuerdo con los principios de eficacia y eficiencia. Los objetivos específicos, son los siguientes: 1-Reducir o paliar la repercusión del accidente de trabajo en el entorno psicosocial del paciente, evitando problemas añadidos.2-Colaborar en la recuperación integral de los trabajadores accidentados, especialmente de aquellos con un diagnóstico de gravedad o previsión de incapacidad permanente.3- Informar y orientar a los familiares, sobre funciones y recursos de la Mutua, así como de otros recursos que pudieran existir a nivel comunitario, local o autonómico.4- Facilitar la reincorporación del accidentado a su puesto de trabajo habitual o a otra actividad laboral, acorde con sus limitaciones, fomentando en estos casos la Formación Profesional. 5- Asesorar a los pacientes y a los familiares. 6- Informar a la empresa de sus obligaciones con la autoridad laboral ante un accidente.

El proyecto surge a partir de las necesidades detectadas tras las experiencias cercanas vividas y las detectadas a partir de la revisión de quejas, sugerencias e incluso agradecimientos. Desde un foro plural fomentado por la empresa dentro de la línea y valor de Vanguardismo se decide crear un equipo multidisciplinar formado por personas de distintos procesos, áreas y territorios, para que cada persona pueda aportar su experiencia y su punto de vista, consiguiendo así una visión más completa. Trabajamos en el proyecto sin olvidar los valores que conforman nuestra personalidad: Eficiencia, Equipo, Profesionalidad, Cercanía y Transparencia. Se propone a la Dirección la creación de una figura (Eskutik) cuya misión es la atención e información directa y personalizada al lesionado, familia y empresa, ayudando a resolver los problemas y trámites que se producen en ese contexto.

El equipo elabora una propuesta borrador a la Dirección: la creación de una figura con funciones de enlace, que sirva de apoyo al paciente, familia y empresa en todos los trámites y necesidades. En caso de aprobación, se pasaría por tanto a una segunda fase, operativa, de puesta en marcha de esta iniciativa y su difusión tanto interna como externa a través de diversas herramientas como: correo electrónico, reuniones, revista interna (Sustraiak), revista externa (Mutua Información), web, formación interna.

AUTORES: MARINO ISIDRO, CRISTINA; CASTRO IBAÑEZ, R; CHAPERO GARNICA, A; RUIZ ARETA, Z; GONZALEZ DE ARTAZA EGUILUZ, O; IBAÑEZ DE ASPURU MENDIA, I.

CENTRO DE TRABAJO: MUTUALIA - HAR1.

ID: 46

TÍTULO: HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO NEONATAL (ALTA PRECOZ DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO Y DE BAJO PESO)

RESUMEN:

Dado que los cuidados neonatales son un bien escaso y costoso, y que el ingreso de un niño en el hospital es estresante e incómodo para los niños y sus familias, es importante que el alta hospitalaria sea tan precoz como la seguridad del niño lo permita.

Objetivo Principal:

Evaluar los resultados tras la implantación de un programa de alta precoz para recién nacidos prematuros y/o de bajo peso a través de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria Neonatal (UHD).

Objetivos Específicos:

Revisión de los beneficios sobre paciente/familia:

Revisión de los beneficios sobre la organización:

3.1 - EQUIPO DE TRABAJO

- Médico neonatólogo de guardia, que asumirá las consultas telefónicas fuera del horario de funcionamiento de la UHD, enfermera experimentada, trabajadora social, psicóloga clínica, integrados en la plantilla del Servicio de Neonatología.
- Apoyo logístico y administrativo facilitado desde la Subdirección de gestión, Servicio de Informática, Servicio de Admisión, Unidad de Calidad y Coordinadora de Gestión del Instituto del Niño y del Adolescente.

3.2 - RECURSOS EMPLEADOS

La inversión para la implantación y durante el primer año de funcionamiento de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD), se ha desarrollado en base a los recursos materiales, gasto farmacéutico, desplazamientos y recursos humanos que asciende a 49.948,04 € en un año.

3.3 – PROCEDIMIENTO Y ACTUACIONES

Criterios de inclusión:

1. POR PARTE DEL NIÑO: Estabilidad Clínica.
2. POR PARTE DE LA FAMILIA: capacitación y aceptación.
3. DOMICILIO-ENTORNO: Adecuado

Criterios de exclusión:

- No aceptación por parte de la familia de la atención por la UHD.
 - Valoración negativa del equipo multidisciplinar.
 - Incapacidad de comunicarse apropiadamente con el equipo de UHD.
 - Recién nacidos en situación de cuidados paliativos.
1. El periodo de inclusión de los datos corresponde desde Octubre 2014 hasta marzo de 2017 con un n total de 161 niños ingresados.
 2. La estancia media global (maternidad+neonatos) en la UHD ha sido de 12,4 días/niño, que se traduce en 1982 estancias domiciliarias, evitando y reduciendo la estancia hospitalaria y por tanto los efectos adversos de la hospitalización prolongada y favoreciendo en el domicilio el vínculo parento-filial y la lactancia materna.
 3. Tasa de reingresos similar a otras unidades de 2,48 %.
 4. Aumento de las tasas de lactancia materna exclusiva al alta en la UHD.
 5. Reducción de costes por estancia, se han calculado 314.492 € en el año 2015.

AUTORES: SOLANA ARELLANO, CARIDAD; HERNANDEZ SANCHEZ, C; ARIAS BUESO, F; CRIADO VEGA, E; ALGUACIL PAU, A; ALEO LUJAN, E.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS.

ID: 48

TÍTULO: ¿COMO REGISTRAMOS LAS REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS?

RESUMEN: El 7% de la población tiene algún tipo de reacción adversa a medicamentos (RAM) que representa un problema de salud pública por su potencial morbimortalidad. Una RAM es cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada a dosis habituales en el ser humano para profilaxis, diagnóstico o tratamiento de enfermedades o restauración de funciones fisiológicas.

En las RAM no estarían incluidos los efectos por dosificación inadecuada.

De todos los incidentes se estima que los relativos a medicación son los más frecuentes y más evitables. En España hasta un 5% de los ancianos polimedcados presentan interacciones que obligan a la suspensión del tratamiento.

La Cultura de Seguridad del Paciente (SP) es el conjunto de valores, creencias, actitudes, normas, hábitos y comportamientos que comparten las personas de una organización y caracterizan su funcionamiento en relación con la SP.

Una cultura positiva sobre SP es requisito en la prevención de incidentes derivados de la asistencia para aprender de los errores proactivamente y rediseñar los procesos para evitar su repetición: modelo centrado en el sistema.

Los sistemas de notificación permiten la comunicación y registro de incidentes de SP, son una pieza clave en la cultura de SP y accesibles a cualquier trabajador de una organización sanitaria.

Ningún medicamento es inocuo, pero su beneficio supera sus riesgos potenciales.

Conocer el número de RAM registradas y la especificidad del registro.

El objetivo secundario es conseguir un mayor registro y más específico.

Revisión anual de resultados obtenidos del registro en la historia clínica de Atención Primaria de 2004 a 2014. La población asignada revisada es la de las 9 Áreas Básicas de salud (ABS) sujetas a estudio, con 181.113 habitantes. Análisis comparativo de resultados obtenidos, con tasas de registro y porcentaje de especificidad del registro. De 10.401 RAM registradas en todas las ABS del Ámbito (2004-2014) ajustadas por población, obtenemos tasas por 1.000 habitantes, con una tasa media de 18,5 y un promedio de 32,2% de registros no especificados y resultados individuales

- ABS1: 25,9/1.000 hab y 7,9% de no especificados

- ABS2: 19,5 y 46%

- ABS3: 6,9 y 26%

- ABS4: 9,6 y 30%

- ABS5: 11,1 y 59%

- ABS6: 7,5 y 37%

- ABS7: 30 y 15%

- ABS8: 6,2 y 32%

- ABS9: 23,9 y 37%.

Los equipos 1 y 7 destacan por el nivel de registro superior a la media del Ámbito y a la media de los equipos sujetos a estudio y por los mejores resultados en especificidad de registro. Aunque no se pueda establecer una correlación, conviene avanzar en incrementar el registro de las RAM detectadas en la consulta y el detalle de este registro, reduciendo los "no especificados", en aras al aumento de la seguridad del uso del medicamento en nuestro ámbito de actuación.

Se han planteado acciones de mejora revisando la sistemática de registro e incluyendo este aspecto en las sesiones de farmacología, cuestión a revisar al finalizar el 2017.

AUTORES: ALUM BOU, ALBERT¹; BOU MIAS, C²; FAGES MASMIQUEL, E³; LÓPEZ SIXTO, E⁴; LÓPEZ ARPÍ, C⁵; TORRENT GOÑI, S⁶.

CENTRO DE TRABAJO: DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA¹; CAP SANTA CLARA²; CAP SARRIÀ DE TER³; CAP CANET DE MAR⁴; CAP SARRIÀ DE TER⁵; CAP CAN GIBERT DEL PLA⁶.

ID: 49

TÍTULO: MEDICIÓN DE LA FUNCIONALIDAD EN UNA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA

RESUMEN:

La fractura de fémur es la fractura con mayor prevalencia en el paciente mayor, de 65 años o más.

La incidencia es el doble en mujeres que en hombres. Esta incidencia se incrementa con la edad. Habitualmente afecta a un paciente de edad avanzada, con elevada morbilidad, limitación funcional previa y con mayor riesgo de desarrollar otras complicaciones durante el ingreso hospitalario. Todo el conjunto puede provocar una disminución del grado de funcionalidad previo que en algunos casos es difícil de recuperar.

Criterios de ingreso en nuestra Unidad de Orto geriatría: pacientes de 70 años o más con fractura de fémur no metastásica.

En el momento del ingreso en el Servicio de Traumatología, se realiza una valoración geriátrica integral en el que interviene una trabajadora social, una enfermera y un médico. Se valora con escalas; situación cognitiva (Pfeiffer), situación funcional (Barthel actual y Barthel previo a la fractura), riesgo de UPP (EMINA), situación y soporte social y se diseña un plan personalizado de actuación.

El paciente recibe el alta a domicilio, cuando tiene capacidad para caminar de forma segura.

Cuantificar de forma objetiva con escalas de funcionalidad, en nuestro caso, con el Barthel, la mejoría funcional que se obtiene en nuestra Unidad de orto geriatría.

Estudio observacional cuantificando con escalas la funcionalidad, en concreto utilizamos la escala Barthel, recuperada durante el ingreso de un paciente en la Unidad de orto geriatría de nuestro Hospital.

Duración: 6 meses

Variables recogidas: edad, sexo, Barthel previo a la fractura, Barthel al ingreso en nuestra Unidad, Barthel y destino a el alta.

Resultados:

Durante 6 meses han ingresado en la Unidad de Orto geriatría un total de 50 pacientes.

Sexo: Mujeres: 37 (74%) Hombres: 12 (24%)

Edad media: 83,06 años

Barthel previo a la fractura: media de 72'8 rango (0-100).

Barthel ingreso: media de 32,40 rango (0-65)

Barthel alta: media 52,20, rango (0-100)

Destino al alta: domicilio 38 pacientes (76%), Residencia: 7 (14%), Exitus: 1 (2%) derivación al hospital de agudos: 4 (8%)

Conclusiones

Este estudio nos permite objetivar con escalas

- 1- La pérdida de funcionalidad que provoca la fractura de fémur.
- 2- La fractura de fémur en el paciente geriátrico provoca un descenso del Barthel previo de unos 40 puntos.
- 3- Los pacientes con un Barthel previo inferior a 30, al alta presentaron una mejoría de 25 a 30 puntos, respecto el inicial.
- 4- Los pacientes con un Barthel previo entre 30-60 i superior a 60, al alta mantenían un Barthel similar.
- 5- La unidad de ortogeriatría mejora la calidad asistencial y el resultado funcional al alta permitiendo retornar al domicilio al 76% de los pacientes.

AUTORES: SOPENA BERT, EUGENIA; ILUNDAIN MARTIN, M; SOTO CHACON, A; GOMEZ LURI, P; CORTIELLA MASDEU, A; FLORENSA BOSCH, J.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL SOCIOSANITARIO FRANCOLÍ.



ID: 50

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL LIDERAZGO DE LOS DIRECTORES DE EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA

RESUMEN:

El liderazgo es el conjunto de habilidades gerenciales o directivas que un individuo tiene para influir en la forma de ser o actuar de las personas o un grupo de trabajo haciendo que este equipo trabaje con entusiasmo hacia el logro de sus metas y objetivos. También se entiende como la capacidad de delegar, tomar la iniciativa, gestionar, convocar, promover, incentivar, motivar y evaluar un proyecto, de forma eficaz y eficiente.

En 2015 se realiza una encuesta de liderazgo en nuestros equipos para dar respuesta a los estándares del Modelo de Acreditación del Departamento de Salud con la finalidad de realizar un ejercicio de aprendizaje y mejorar nuestras potencialidades.

Conocer la opinión del equipo respecto de su líder para aumentar la cultura de la mejora continua de la calidad asistencial, realizando evaluación y análisis periódicos de los principales procesos que se realizan, incluyendo la gestión y dirección del equipo.

Se envió mediante mail la encuesta de liderazgo a todos los profesionales de los 7 equipos de atención primaria (EAP) incluidos en el estudio con un equipo de 307 profesionales.

La encuesta incluye 3 apartados, para distinguir entre la valoración de director de equipo, adjunto a dirección y referente de las unidad de atención a la ciudadanía (UAC). Se evalúan del 1 al 5 distintos ítems relativos a capacidades, habilidades, competencias y valores de los líderes del equipo. Se incluye también un apartado de valoración cualitativa con dos preguntas: ¿qué hago que no debería de hacer? y ¿qué no hago que debería de hacer?, además de un apartado para poder realizar comentarios si así lo considera el encuestado.

Se han valorado los promedios de puntuación de cada miembro del equipo directivo y de forma más exhaustiva las puntuaciones obtenidas por el director de equipo, con análisis de los datos de los equipos sujetos a estudio.

De 307 encuestas enviadas se recibieron 68% de respuestas (de 55% a 78%).

La puntuación media de los equipos directivos es de 4 (3,5-4,5). Con un promedio de 4 para el director, 3,9 para el adjunto a Dirección y 4,4 para la referente de la UAC.

Respecto de la evaluación del director, los ítems concernientes a: aspecto personal (4,5), capacidad profesional (4,3) y autodisciplina y perseverancia (4,2) son los 3 mejor puntuados. Entre los de menor puntuación: la capacidad para evitar errores (3,7), la tolerancia (3,7) y la capacidad de comunicación (3,8). No se puntuó ningún ítem por debajo de 2,5 considerándose como superados todos los valorados, aunque algunos susceptibles de mejora.

Los resultados se presentaron al equipo encuestado después de someterlos a valoración y autocritica por parte del equipo directivo y planteando acciones de mejora adecuadas a los resultados individuales.

Se han implantado sistemas de detección de incidencias de calidad para incrementar la cultura de la seguridad del paciente y entrevistas individuales para mejorar la comunicación.

Se evaluarán las acciones en diciembre 2017

AUTORES: BOU MIAS, CONXA¹; ALUM BOU, A²; FAGES MASMIQUEL, E³; LÓPEZ SIXTO, E⁴; LÓPEZ ARPÍ, C⁵; TORRENT GOÑI, S⁶.

CENTRO DE TRABAJO: CAP SANTA CLARA¹; DAP GIRONA²; CAP SARRIÀ DE TER³; CAP CANET DE MAR⁴; CAP SARRIÀ DE TER⁵; CAP CAN GIBERT DEL PLA⁶.



ID: 52

TÍTULO: HOMOGENEIZACIÓN DE DOCUMENTACIÓN DE LAS UNIDADES DE ESTERILIZACIÓN DEL INSTITUTO CATALÁN DE LA SALUD BAJO NORMA ISO9001

RESUMEN:

Desde la Dirección Estratégica y Responsabilidad Social Corporativa del ICS se inicia en enero de 2017 un proyecto para homogeneizar la documentación de las diferentes Unidades de Esterilización del ICS, tanto del ámbito de Atención Primaria como Hospitalaria, con la finalidad de establecer un modelo común de trabajo en las unidades de esterilización, de forma que se unifiquen y consensuen directrices de trabajo en todo el ámbito de la institución Sanitaria pública catalana.

Esta documentación de trabajo se constituye bajo la Normativa UNE EN ISO 9001:2015, de manera que se avanza hacia el desarrollo de una estrategia común y un mayor control de la calidad avalada por las Unidades de esterilización que trabajan bajo un Sistema de Gestión de la Calidad, basado en la Norma UNE-EN-ISO 9001:2008 (actualmente en transición a 2015)

1. Homogeneizar la documentación de las Unidades de Esterilización del Instituto Catalán de la Salud

2. Consensuar un modelo común de trabajo

3. Maximizar la garantía de los procesos de esterilización aplicando el Sistema de Gestión de la Calidad de la Norma ISO 9001:2015

1. Diseño conjunto del proyecto mediante reuniones de trabajo entre los responsables de las Unidades de esterilización de Atención Primaria y Hospitalaria del ICS.

2. Recogida y análisis de datos:

- Revisión de la documentación de las diferentes unidades de Esterilización
- Planificación del cronograma de trabajo
- Formación para los nuevos profesionales de las unidades de esterilización en la nueva Norma ISO 9001:2015
- Formación para auditores internos en la norma UNE EN ISO 9001:2015
- Creación de documentación común para las UE del ámbito de Primaria y Hospitalaria del ICS .

El proyecto actual está en vías de desarrollo, durante el primer trimestre del año 2017 se han revisado toda la documentación recogida de los diferentes UE, se han los siguientes documentos comunes:

- Manual de acogida a los nuevos profesionales
- Definición del puesto de trabajo
- Ficha de habilitaciones del personal de las UE.
- Ficha de relación de los equipamientos
- Modelo de protocolo

Se establece que la Política de Calidad y el Organigrama institucional acompañaran a la Política de Calidad y Organigrama de las diferentes UE.

Actualmente se sigue trabajando en la homogeneización de la documentación para concluir el año con una documentación común que nos permita consensuar un modelo común y validar los controles de calidad del proceso esterilización para garantizar la seguridad del paciente.

AUTORES: GARCIA BLANCO, NOEMÍ¹; ANDRES ORTIZ, C².

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE¹; ÀMBIT ATENCIÓ PRIMÀRIA BARCELONA CIUTAT².

ID: 53

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE RECURSOS EDUCATIVOS AL PACIENTE PARA MINIMIZAR EL RIESGO DE EVENTOS ADVERSOS EN EL DOMICILIO

RESUMEN:

La preocupación por la mejora de la seguridad del paciente (SP) se ha convertido en parte esencial dentro de la organización de los centros sanitarios, siendo el objetivo prioritario para los profesionales.

Teniendo en cuenta que la tendencia actual es minimizar el tiempo de ingreso y que la cultura sanitaria se basa en que el paciente sea parte activa en sus cuidados, los profesionales debemos velar porque las instrucciones domiciliarias sean útiles y claras, destinadas a minimizar el riesgo de complicaciones al alta.

Los recursos educativos no deben ceñirse exclusivamente al periodo de ingreso del paciente, también deben preparar el alta, de forma que los cuidados y recursos en el domicilio sean los adecuados.

El análisis de varios eventos adversos (EA) ha evidenciado la necesidad de mejorar los conocimientos y la información que facilitamos a los usuarios, para mejorar su autonomía y su seguridad en el domicilio.

No debemos centrarnos solo en EA que ocurren durante el ingreso, también en los que aparecen tras el alta hospitalaria, y que están relacionadas con el proceso asistencial actual.

- Mejorar la información como herramienta para aumentar la seguridad de los pacientes en el domicilio.

- Minimizar los eventos adversos en el domicilio relacionados con la falta de conocimientos.

Nuestro centro cuenta con un proceso consolidado que vela por la mejora de la educación al paciente. Contamos con 368 recursos educativos en el centro que se facilitan durante el ingreso con la finalidad de preparar el alta. En ellos consta información general, signos de alerta y cómo identificar complicaciones. Disponen además de teléfonos de contacto donde poder consultar dudas.

Estos recursos han sido realizados tras identificar necesidades de formación de los usuarios.

Además disponemos de un sistema de notificación de eventos adversos anónimo donde todos los profesionales pueden notificar cualquier tipo de incidente sin daño y/o EA que llegue al paciente. El Comité de Seguridad del Paciente es el encargado de su análisis, con el objetivo de implantar cambios y mejoras en la organización, que minimicen el riesgo de un nuevo EA.

Durante en 2016 se notificaron varios EA detectados tras el alta del paciente, alguno de ellos con consecuencia grave. Tras el análisis de los mismos se valoraron diferentes puntos de mejora, entre ellos, y el más importante, la realización de nuevos recursos educativos.

Los nuevos recursos, realizados de forma interdisciplinar, se orientaron hacia la prevención de las consecuencias de la inmovilidad y a los cuidados y prevención de la infección en pacientes dados de alta con dispositivos especiales.

; Los recursos educativos al alta influyen directamente en la mejora de la seguridad de los pacientes en su domicilio

; La notificación y análisis de los EA favorece la implantación de cambios en las organizaciones.

AUTORES: RAMOS TALLADA, M^a ANGELA; SAGRERA FELIP, CR.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE CATALUNYA.



ID: 54

TÍTULO: ESTADO ACTUAL DE LA IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS LABORATORIOS CLÍNICOS ESPAÑOLES

RESUMEN:

Actualmente no se conoce con certeza cuál es el grado de implantación de los sistemas de gestión de la calidad en los laboratorios clínicos españoles. No existe un registro nacional de laboratorios certificados bajo la norma ISO 9001. En cambio si se dispone de información acerca de los laboratorios acreditados en la página web de la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC). Uno de los objetivos de la Comisión de Acreditación de Laboratorios de la Sociedad Española de Medicina de Laboratorio (SEQCML) es conocer la situación real de implantación de sistemas de gestión de la calidad en nuestro ámbito.

Estudiar la implantación de sistemas de gestión de la calidad basados en normas de certificación/acreditación en los laboratorios clínicos españoles.

La Comisión de Acreditación de Laboratorios de la SEQCML diseñó una encuesta encaminada a evaluar el grado de implantación de las normas ISO 9001 e ISO 15189 así como otros modelos de gestión de la calidad en los laboratorios clínicos. Dicha encuesta se distribuyó entre todos los asistentes al IX Congreso Nacional del Laboratorio Clínico (Madrid, Octubre de 2015). Se recogieron un total de 202 encuestas. Exceptuando la Comunidad Autónoma de La Rioja, todas las comunidades estaban representadas.

Se descartaron el 5,44% de las encuestas al ser realizadas por personal de laboratorios extranjeros. Se eliminaron 28 encuestas duplicadas (13,86%), incluyéndose en el estudio 163 (80,69%). Un 55,25% de los laboratorios se encontraban certificados bajo la norma ISO 9001, y el 18,23% tenían alguna sección/área acreditada bajo la norma ISO 15189. Más del 25% de los laboratorios participantes no habían implantado ningún sistema de gestión de la calidad y 23 laboratorios tenían implantados otros sistemas de gestión de la calidad de forma simultánea con los sistemas de certificación/acreditación, o de manera única. Entre estos sistemas se encontraban los autonómicos como ACSA (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía) o internacionales como el JCI (Joint Commission International). Hay una tendencia de los laboratorios clínicos españoles a implantar sistemas de gestión de la calidad (73,48%), pero aún existe un número importante de laboratorios (26,52%) que no disponen de ningún sistema. En base a estos resultados, es necesario incrementar esfuerzos, por parte de todos los profesionales, para aumentar el número de laboratorios con sistemas de gestión de la calidad implantados. Además de dar un impulso para tratar de convertir los sistemas de certificación basados en la norma ISO 9001, en esquemas de acreditación bajo la norma ISO 15189, modelo de gestión de la calidad por el que se apuesta desde la SEQCML y su Comisión de Acreditación de Laboratorios, ya que esta norma es específica para los laboratorios clínicos y persigue la excelencia tanto a nivel de gestión como de competencia técnica.

AUTORES: MARQUÉS GARCÍA, FERNANDO¹; PARRILLAS HORCHE, V²; IZQUIERDO ÁLVAREZ, S³; CONTRERAS SANFELICIANO, T⁴; LÓPEZ YESTE, ML⁵; FORMOSO LAVANDEIRA, MD⁶.

CENTRO DE TRABAJO: COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA-COMISIÓN DE ACREDITACIÓN DE LABORATORIOS SEQCML¹; HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ-COMISIÓN ACREDITACIÓN DE LABORATORIOS SEQCML²; HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-COMISIÓN ACREDITACIÓN DE LABORATORIOS SEQCML³; COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA-COMISIÓN ACREDITACIÓN DE LABORATORIOS SEQCML⁴; CATLAB-COMISIÓN ACREDITACIÓN DE LABORATORIOS SEQCML⁵; HOSPITAL UNIVERSITARIO A CORUÑA-COMISIÓN ACREDITACIÓN DE LABORATORIOS SEQCML⁶.

ID: 55

TÍTULO: SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS CON LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

La satisfacción del paciente (tanto de sus necesidades como sus expectativas) se identifica, dentro del complejo modelo multidimensional de la calidad asistencial, con la cantidad y calidad de la información que el paciente recibe del médico, siendo especialmente importante esta información en los pacientes con patologías crónicas atendidas en Atención Primaria

Principal: evaluar la satisfacción de los pacientes diabéticos con la información proporcionada por el médico de Atención Primaria respecto a su enfermedad, tratamiento, riesgos y complicaciones y pruebas complementarias.

Secundario: estimar si las variables socio-demográficas y clínicas de los pacientes diabéticos influyen en la satisfacción con la información.

Estudio multicéntrico observacional descriptivo transversal prospectivo. Muestreo probabilístico aleatorio simple.

Se incluyen 480 pacientes diabéticos tipo 2, en tratamiento farmacológico al menos 6 meses (exclusión: barrera idiomática y problemas somáticos y/o psiquiátricos).

Encuesta diseñada para este estudio, incluyendo variables sociodemográficas, de información (enfermedad, tratamiento, riesgos y complicaciones, pruebas complementarias) y de satisfacción (Likert 1-nada satisfecho, 5-muy satisfecho).

Análisis estadístico con SPSSv.19

La puntuación media del nivel de satisfacción global de los pacientes diabéticos con la información recibida de su médico de Atención Primaria es de 4,04 (desviación estándar –DE- 0,82).

Respecto a la satisfacción sobre la información recibida acerca de la enfermedad (media de 4,17 DE 0,84), el 41% dice estar muy satisfecho, seguido del 39,5% que se considera bastante satisfecho y el 16,2% medianamente satisfecho.

El 39,5% está muy satisfecho con la información que ha recibido sobre el tratamiento (puntuación media 4,15 DE 0,83). Del resto, destacan 191 bastante satisfechos (39,7%) y 87 medianamente satisfechos (18,1%).

Con una media de 3,95 (DE 0,93) los pacientes califican la satisfacción con la información sobre los riesgos y las complicaciones de su diabetes, predominando los que dicen estar bastante satisfechos (40,1%).

La satisfacción media en referencia a la información sobre las pruebas complementarias es de 3,92 (DE 0,97). Y aunque el 37% de la muestra se encuentra bastante satisfecho, existe un 32,4% muy satisfecho y un 21,8% medianamente satisfecho.

Las pruebas de Kruskal-Wallis para edad, nivel de estudios y tipo de tratamiento y U de Mann-Whitney para sexo, estado civil, nacionalidad y conocimiento del tratamiento, evidencian que no existen diferencias estadísticamente significativas en las medias de satisfacción de los pacientes diabéticos con la información proporcionada por su médico de Atención Primaria en función de sus características socio-demográficas y clínicas.

CONCLUSIONES: Los pacientes que perciben una mejor información de su médico de Atención Primaria presentan mayores niveles de satisfacción respecto al proceso asistencial relacionado con su patología crónica.

AUTORES: CANTERO SANDOVAL, ANTONIA¹; ROJAS LUÁN, R²; MARÍN MARTÍNEZ, JM³; ARJONA LÓPEZ, MI⁴; MANZUR ROJAS, P⁵; PÉREZ CÁRCELES, MD⁶.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA¹; HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA²; HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA³; HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA⁴; HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA⁵; UNIVERSIDAD DE MURCIA⁶.

ID: 56

TÍTULO: OBERTURA DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS A LOS CUIDADORES PRINCIPALES

RESUMEN:

La exclusión del cuidador principal en el acompañamiento del paciente crítico en las Unidades de Cuidados Intensivos está llegando a su recta final. Es necesaria la incorporación de éste en el cuidado integral del paciente como "medicina del alma". En nuestro centro se decidió poner en marcha un programa de acompañamiento del cuidador principal al paciente crítico, después de tener una experiencia muy positiva en la Unidad de Cuidados intensivos neonatales de nuestro centro.

Basándonos en estudios que corroboran que este acompañamiento: disminuye el aislamiento social del paciente, mejora su orientación temporo-espacial, y por parte de los Cuidadores Principales/ Familia: existe una adaptación más rápida al nuevo proceso de salud, se sienten que colaboran en el cuidado de su ser querido (se sienten útiles), mejora la conciencia de la situación y disminuye los miedos al alta del servicio.

Otra de las bases del proyecto es la Carta de derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la salud y la Atención sanitaria, que expresa "...se procurará facilitar la presencia de familiares o personas vinculadas cuando los pacientes así lo prefieran, exceptuando los casos en que esta presencia sea incompatible o desaconsejable con la prestación del tratamiento"

Disminuir el aislamiento de los pacientes producido por el ingreso en una unidad de cuidados intensivos

Mejorar la comunicación del paciente con la familia

Mejorar la conciencia del cuidador de la situación de salud de su allegado

Mejorar las habilidades del equipo para tratar con las familias en situaciones complejas.

Previamente, mediante una encuesta se preguntó al personal que opinión tenían de la obertura del horario al cuidador principal. Se realizó un DAFO de situación sobre todo para ver que dificultades externas e internas que teníamos para la puesta en marcha y aquellas fortalezas del equipo o servicio que ayudaran a llevar a cabo el proyecto. Se realizaron acciones para mejorar estas dificultades como: modificar el circuito de acceso de los usuarios externos, realización de sesiones para el personal para mejorar las herramientas, para gestionar las diferentes situación en que producía el trato continuo a las familias en situaciones difíciles, facilitar cursos de asertividad y gestión de conflictos al personal con más dificultad empática del servicio. Realización de trípticos de información a la familia/ cuidadores, donde se explicaba el motivo por el cual el equipo asistencial apostaba por este acompañamiento y que tienen que tener en cuenta para moverse en un entorno desconocido para ellos.

Ha sido un camino no exento de dificultades, teniendo que hacer modificaciones del proyecto iniciar para poder acompañar al equipo en este cambio.

Se realizará una nueva encuesta, como la de inicio del proyecto, para ver si ha existido una corriente de cambio de opinión del equipo.

AUTORES: PALOMINO GONZÁLEZ, LAURA; GARCIA MARTINEZ, E.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE CATALUNYA.

ID: 57

TÍTULO: ANÁLISIS DEL CLIMA ÉTICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

RESUMEN:

Las implicaciones morales de la actuación rápida y precisa que se necesita por parte de todos los profesionales de un servicio de Urgencias hospitalarias son incuestionables, por lo que el estudio del clima ético que perciben estos profesionales en su lugar habitual de trabajo es casi obligatorio

Determinar la percepción del clima ético de los profesionales de un servicio de urgencias hospitalario

Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado a médicos adjuntos, médicos residentes, enfermeros y auxiliares de enfermería de un Servicio de Urgencias.

Encuesta auto-administrada que incluye 71 ítems para la evaluación del clima ético hospitalario (dividido en 5 áreas principales: social, organizativa, asistencial, legal y profesional), con respuesta tipo Likert (1-nunca, 4 -siempre).

Análisis estadístico con el programa SPSS 23.0

Obtenemos 170 encuestas válidas (32 Adjuntos, 53 Residentes, 48 Enfermeros y 37 Auxiliares), con una percepción media de cumplimiento de clima ético de 2,57, objetivando que es en el área legal donde se deben implementar mejoras (puntuación de 2,28). Las mejor valoradas son las áreas organizativa (2,70) y asistencial (2,77). Los datos nos indican que la mayoría de respuestas obtenidas se encuentran en valores intermedios.

En el ámbito social, el 74,2% de los profesionales cree que el servicio de urgencias suple las deficiencias de otros servicios; el 82,3% opina que la institución no tiene en cuenta las sugerencias que hacen sus clientes internos y externos; y el 85,3% no encuentra problemas graves para involucrar al familiar en el cuidado del paciente crónico.

En el área profesional, destaca la competencia defendida por los compañeros del personal trabajador (82,3%), atribuyéndose al médico la responsabilidad de informar al paciente (87,1% no cree que los médicos deleguen la obligación de informar y hasta un 88,8% de los profesionales niega que tenga mala comunicación con los familiares).

Legalmente, el 81,2% de los profesionales sostiene que desconoce las políticas del hospital y el 88% afirma que la institución no reconoce los aciertos y desaciertos de sus trabajadores. Destaca el 85,3% que refiere que no existen sesiones de formación continuada en temas de conflictos médicos.

En el campo organizativo, el 85,3% admite que respeta a su jefe y el 71,2% confía en él. Como aspectos negativos, el 59,4% cree que la cartera de servicios no está claramente definida y el 62,4%, opina que no se respeta la intimidad y confidencialidad del paciente.

En la asistencia habitual, hasta un 60% apunta que los conflictos no se manejan abiertamente y el 61,1% señala que no existen sesiones formativas multidisciplinarias, destacando el 58,8% que piensa que no existe una adecuada comunicación entre servicios

CONCLUSIONES

Los profesionales de urgencias perciben un adecuado, pero mejorable, clima ético del servicio, siendo las áreas mejor valoradas la asistencial y organizativa y existiendo mayores déficits en el área legal

AUTORES: CANTERO SANDOVAL, ANTONIA¹; ROJAS LUÁN, R²; MARÍN MARTÍNEZ, JM³; TORRES MARÍN, ME⁴; MANZUR ROJAS, P⁵; PÉREZ CÁRCELES, MD⁶.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA¹; HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA²; HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA³; HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA⁴; HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA⁵; UNIVERSIDAD DE MURCIA⁶.

ID: 58

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN EN BIOÉTICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

RESUMEN:

Los profesionales de un servicio de urgencias hospitalario deben enfrentarse continuamente a dilemas éticos que han de resolver con la agilidad y rapidez que la actuación urgente precisa. Por ello, es preciso, dentro de esta labor multidisciplinar, conocer el nivel de formación en bioética de cada individuo

Conocer la formación en bioética de los profesionales de un servicio de urgencias hospitalario

Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado a médicos adjuntos, médicos residentes, enfermeros y auxiliares de enfermería de un servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel, mediante una encuesta auto-administrada (validada por Zabala-Blanco) sobre formación en bioética, conocimiento de los Derechos y Deberes de los usuarios, respeto de los derechos del usuario y percepción de la necesidad de formación en bioética

De las 188 encuestas entregadas, se recibieron 170 válidas: 32 Adjuntos, 53 Residentes, 48 Enfermeros y 37 Auxiliares.

El 51,8% de los profesionales afirma tener alguna formación previa en Bioética, existiendo diferencias significativas entre auxiliares y residentes (27% de auxiliares sin formación frente al 66% de residentes formados).

Todos los estamentos estiman que necesitan formación en estos temas (hasta el 90,6% del total de la muestra), tanto sobre aspectos legislativos como sobre problemas éticos derivados de nuestra práctica diaria (ambos en total 87,7%; Adjuntos 88,9%; Enfermeros 86,7%; Auxiliares 85,3% y Residentes 89,8%).

Respecto a la Carta de Derechos y Deberes del paciente, el 57,6% de los profesionales afirma conocer su existencia, aunque todos los estamentos niegan mayoritariamente saber sobre el tema 81,3% adjuntos, 72,9% enfermeros, 62,2% auxiliares, 86,8% residentes).

Al analizar las consideraciones de los profesionales sobre si se respetan los derechos del usuario en el servicio de urgencias, encontramos que auxiliares y residentes consideran que siempre se respeta frente a adjuntos y enfermeras, que creen que algunas veces.

Aunque de forma general se opina que la información es adecuada casi siempre, las enfermeras mantienen que se informa apropiadamente algunas veces en un 39,6% (frente al 6,3% de Adjuntos, 13,5% de Auxiliares y 17% de Residentes).

El 54,1% de los auxiliares sostiene que siempre se respeta la confidencialidad en urgencias, mientras que el resto de profesionales opinan que se consigue casi siempre.

Los residentes son los que piensan que más se discrimina al paciente (56,6% casi siempre).

CONCLUSIONES:

Los profesionales reclaman de forma mayoritaria la necesidad de formación en aspectos bioéticos, estimándose que la ética y la educación en humanidades son esenciales para el desarrollo profesional sanitario, por lo que se requiere la implementación de un currículum integral en las universidades y estudios de Ciencias de la Salud, así como en la formación continuada postgrado o de experto

AUTORES: CANTERO SANDOVAL, ANTONIA¹; MARÍN MARTÍNEZ, JM²; ROJAS LUÁN, R³; ARJONA LÓPEZ, MI⁴; MANZUR ROJAS, P⁵; PÉREZ CÁRCELES, MD⁶.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA¹; HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA²; HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA³; HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA⁴; HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA⁵; UNIVERSIDAD DE MURCIA⁶.

ID: 59

TÍTULO: SEGURIDAD DEL PACIENTE: ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN HEMODIÁLISIS E IMPLANTACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS.

RESUMEN:

Los eventos adversos (EA) son fallos del proceso asistencial que pueden provocar un daño en el paciente y se definen como "daño no intencionado causado como consecuencia de la asistencia sanitaria". La enfermedad renal crónica aumenta el riesgo de sufrir un EA respecto a los pacientes con función renal normal. Sin embargo, en hemodiálisis (HD), no se ha estudiado suficientemente la magnitud de este problema y no se conoce la incidencia real de los EA.

Revisar la incidencia de EA en las 2 unidades de diálisis de un Servicio de Nefrología de un hospital público.

Determinar los EA más frecuentes y su grado de severidad.

Estudio retrospectivo y descriptivo consistente en un análisis estructurado, sistemático y exhaustivo del registro de HD de dos centros: hospitalario y periférico. Método de evaluación: Global Trigger Tools (IHI). Se revisaron todas las sesiones de HD de los meses de marzo, mayo y julio de 2016 (total 4.274 sesiones: 2.149 en la unidad hospitalaria y 2.125 en el centro periférico). Se recogieron datos demográficos y clínicos de los pacientes, el EA y su gravedad (categorizada según la NCC-MERP).

Unidad hospitalaria: se revisaron 10 sesiones/paciente (rango 1-66). Número pacientes: 208 (35 agudos, 173 crónicos), edad media: 67 años (rango 15-93). Acceso vascular: 117 fístulas AV, 48 catéteres tunelizados, 45 catéteres transitorios. Se detectaron 255 EA (11,8% de las sesiones, 39% de los pacientes). Los EA más frecuentes fueron: 85 hipotensiones, 74 coagulaciones del circuito extracorpóreo y 28 problemas de la fístula AV; 222 EA fueron de gravedad E (no requirieron intervención) y 33 de gravedad F (requirieron intervención).

Centro periférico: se revisaron 34 sesiones/paciente (rango 1-43). Número pacientes: 62, todos crónicos, edad media: 67 años (rango 31-93). Acceso vascular: 53 fístula AV, 7 catéteres tunelizados, 2 catéteres transitorios. Se detectaron 195 EA (9,2% de las sesiones, 79% de los pacientes). Los EA más frecuentes fueron: 92 hipotensiones, 57 problemas relacionados con la punción de la FAV y 32 coagulaciones del circuito extracorpóreo; 192 EA fueron de gravedad E (no requirieron intervención) y 2 de gravedad F (requirieron intervención).

Tras el análisis de estos resultados se implantaron medidas correctoras: revisión del procedimiento de anticoagulación del circuito extracorpóreo (se detectó que se estaban usando bajas dosis de heparinas), revisión y actualización del manejo de los accesos vasculares de acuerdo a las nuevas Guías del Acceso Vascular de Hemodiálisis 2016. Actualmente, está en proceso de elaboración un protocolo de prevención de la hipotensión.

Conclusiones

Los EA en HD son muy frecuentes 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

AUTORES: ALVAREZ DE LARA SÁNCHEZ, M^a ANTONIA; CRESPO MONTERO, R; BERENGUER GARCÍA, MJ; TEJEDOR FERNÁNDEZ, M.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA.



ID: 60

TÍTULO: LUCHA CONTRA EL ESTIGMA Y EL CONSUMO DE TÓXICOS A TRAVÉS DE VISITAS GUIADAS PARA ESCOLARES A UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

RESUMEN:

El estigma hacia las personas con enfermedad mental está basado en estereotipias, prejuicios y comportamientos discriminatorios, dificultando su recuperación y su bienestar, y el poder tener una vida llena y normalizada, desarrollar sus potencialidades y contribuir con sus aportaciones a la sociedad, respetando su dignidad.

1º.- Luchar contra el estigma asociado a la enfermedad mental 2º.- Dar información sobre las personas con enfermedades mentales, nuestra organización, servicios y actividades 3º.- Prevenir el consumo de tóxicos entre los jóvenes, al ver el impacto de las drogas en las personas jóvenes con enfermedad mental.

Se han organizado visitas guiadas por el hospital de 2 horas y media de duración en el ámbito de los escolares de Álava, en horario de mañana y tarde, porque estamos convencidos que lo que se les dé a los niños, los niños darán a la sociedad.

Son visitas autorizadas por los pacientes, sus familiares y tutores y aprobadas por el Comité de Ética Asistencial. En primer lugar durante 30 minutos se les da la bienvenida, se les cuenta la historia del hospital, recursos con los que se cuenta, misión, valores, código ético, diagnósticos habituales, metodología de trabajo y se les dan recomendaciones en cuanto a su relación con los pacientes ingresados durante la visita. A continuación durante 80 minutos recorren las Unidades de Hospitalización, donde ven en directo de las consecuencias que tiene el consumo de tóxicos y estupefacientes en personas jóvenes), y ven las habitaciones, salas de enfermería, comedores, tratamientos y terapias, habitaciones de contención, actividades lúdicas, tiempo libre y soporte social, así como las Salas de Terapia Ocupacional con todas sus actividades. Luego acuden 10 minutos a Cafetería a tomar un refrigerio, y convivir con los pacientes en dicho espacio lúdico. Los últimos 10 minutos se dedican a aclarar dudas y hacer una encuesta.

1. El nº de visitantes ha sido de 2.242 de 52 centros escolares, con una edad media de 17,2 años. 2. El 88,57% considera muy buena la visita, un 11,11% buena, y un 0,32 regular. Nadie la consideró mala o muy mala. 3. El 89,85% mejoró su opinión sobre el Psiquiátrico tras la visita. 4. El 99,67% recomendaría la visita a otras personas. 5. El 76,48% comentó que le había influido positivamente la visita en su idea del daño que hacen las drogas en los jóvenes y las enfermedades mentales de larga evolución. 6. Un total de 16 jóvenes y 6 padres de familia nos dijeron que después de la visita dejaron de consumir cannabis.

Conclusiones: La iniciativa ha sido positiva para luchar contra el estigma, es extrapolable a otros ámbitos y Organizaciones de la salud mental, ha requerido la participación de muchas personas y grupos multidisciplinares, unidades de hospitalización y apoyo. No conocemos ninguna otra iniciativa similar en nuestro ámbito, y pese al tiempo y esfuerzo dedicado, valoramos muy positivamente la iniciativa.

AUTORES: SÁNCHEZ BERNAL, RAFAEL; RUIZ DE AZUA VELASCO, M; ORTIZ DE ZÁRATE SAN AGUSTÍN, A; GARCÍA MARCHENA, J; OLARIZU ORTIZ, M; DE MIGUEL AGUIRRE, E.

CENTRO DE TRABAJO: RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA.



ID: 61

TÍTULO: QUIZÁ. UNA APP PARA FAVORECER LA RELAJACIÓN EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL Y LOS CIUDADANOS EN GENERAL

RESUMEN:

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 hemos validado la utilidad para los pacientes del Proyecto QUIZÁ, primera App creada por nuestra Organización en su estrategia de Movilidad m Health.

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. 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 3. Conseguir relativizar emociones y cogniciones al Captar la ambigüedad de las posiciones del paciente a través de las lecturas sugeridas.

Hemos creado una APP disponible en Google Play y App Store, útil, intuitiva y de muy fácil manejo. Ámbito de estudio: 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 han existido 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, Antifonte, 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, y a cualquier ciudadano que lo desee, pues es gratuita y solo tendrán que descargársela de la APP Store o de la Google Play.

AUTORES: SÁNCHEZ BERNAL, RAFAEL; ZUAZO ARSUAGA, JI; ETXEBESTE ANTÓN, A; DEZA CARRILLO, JL; MADRID CONDE, MT; DE MIGUEL AGUIRRE, E.

CENTRO DE TRABAJO: RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA.



ID: 62

TÍTULO: LAS AVES COMO ESTRATEGIA TERAPEUTICA REHABILITADORA Y DE INTEGRACIÓN DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL

RESUMEN:

Recientes publicaciones ponen en evidencia que aquellos entornos urbanos con mayor abundancia de vegetación y aves se asocian a una menor prevalencia de trastornos ansioso-depresivos y estrés. Además, diferentes estudios han mostrado el beneficio de los animales en el manejo de diferentes patologías, tanto orgánicas como psiquiátricas, aunque, hasta la fecha no se ha explorado la utilidad de las aves en libertad como elemento de utilidad terapéutica y rehabilitadora.

1. Educar a los pacientes en valores de respeto medioambiental 2. Fomentar el bienestar de los pacientes 3 Incrementar la autonomía, la adquisición de habilidades y la responsabilidad con el objetivo de la rehabilitación y reinserción social. 4. Lucha contra el estigma asociada a la enfermedad mental en la sociedad.

Conferencias impartidas por profesionales especializados del Instituto Alavés de la Naturaleza (IAN) sobre ecosistemas urbanos, importancia de las aves, reciclaje y biodiversidad. Realización de comederos con materiales reciclados. Salidas guiadas para avistamiento y anillamiento de aves. Colocación de comederos en distintos puntos del territorio alavés, incluido el centro penitenciario de Álava y los centros ocupacionales de bienestar social, con el logotipo del Hospital y del IAN para dar visibilidad a la labor de los pacientes.

1. En el proyecto han participado un total de 30 pacientes 2. Se han realizado 50 hojas informativas y un poster de 3 x 2 metros incluyendo referencias a las 10 aves residentes más frecuentes de nuestro entorno. 3. Se han colocado 2 comederos de material reciclado en el hospital y se han elaborado 10 comederos más de madera para su colocación en el territorio alavés. 4. Los pacientes han referido un incremento en la percepción de autoeficacia y autoestima a través de la participación en una actividad con finalidad y utilidad social. 5. Además les ha permitido explorar nuevos intereses para su integración en la comunidad. 6. El proyecto ha favorecido la creación de nuevos vínculos con personas externas a los recursos asistenciales. 7 Desde la unidad de terapia ocupacional se ha valorado el reforzamiento de las habilidades de ejecución, cognitivas, emocionales y de comunicación. 8. El proyecto contribuye a la lucha contra el estigma al permitir visibilizar a los pacientes con trastorno mental en actividades ejemplares que contribuyen a la biodiversidad y conservación del entorno, alineándose con la idea de ciudad verde "Green Capital".

En conclusión, el proyecto Hegaztiak Buruan-Pájaros en la cabeza es un ejemplo de intervención simbiótica entre los pacientes, la sociedad y entorno medioambiental contribuyendo de forma significativa a la mejora de los pacientes, la lucha contra el estigma y la relación con otras instituciones en la mejora de la biodiversidad y la creación de un entorno sostenible.

AUTORES: PALACIOS MATEO, JUAN CARLOS; ORRUÑO VIVAR, J; ETXEGARAY ATELA, J; HERNÁNDEZ PALACIOS, R; LERTXUNDI ETXEBERRIA, U; SÁNCHEZ BERNAL, R.

CENTRO DE TRABAJO: RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA1.



ID: 63

TÍTULO: EXISTENCIA DE INFORME DE ALTA EN LAS ALTAS VOLUNTARIAS DE UN SERVICIO DE URGENCIA HOSPITALARIA

RESUMEN:

Todo paciente al término de una atención sanitaria tiene el derecho de recibir un informe médico, en el que constará un resumen de la atención recibida con un tratamiento y recomendaciones posteriores el alta; esto viene estipulado en la Ley 41/2002. Esto rige para todo tipo de altas médicas incluyendo las altas voluntarias.

Valorar la existencia de informes de alta informatizada en los casos de pacientes que firmaron el alta voluntaria al ser atendidos en urgencias hospitalarias durante el año 2016.

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, realizado en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Revisión sistemática de las historias clínicas de las altas voluntarias durante el año 2016; para lo cual se revisó las historias clínicas informatizadas en el programa Selene.

Se revisaron un total de 178 casos de altas voluntarias. Consta la existencia de registro médico informatizado en 136 casos, de los que 113 son informes de alta informatizados y 26 casos historias clínicas o informes preliminares.

AUTORES: ROJAS LUÁN, ROXANA; CANTERO SANDOVAL, A; MARÍN MARTINEZ, JM; TORRES MARÍN, ME; MANZUR ROJAS, P; MARTINEZ ROS, C.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA.



ID: 64

TÍTULO: ¿DONDE ESTA EL DOCUMENTO DE ALTA VOLUNTARIA?

RESUMEN:

La relación médico paciente sigue siendo el pilar de la atención sanitaria, pero ha girado desde un modelo paternalista a uno “centrado en la persona”, donde el actor principal en la toma de decisiones terapéuticas es el paciente, tras haber sido informado de manera correcta y adecuada por el médico tomando en cuenta sus valores. Es en este contexto que el paciente por el derecho de autonomía puede firmar el alta voluntaria al negarse a recibir un tratamiento o realizarse algún procedimiento diagnóstico.

Valorar la existencia del documento de alta voluntaria firmado por el paciente. Valorar el correcto archivo de las altas voluntarias tras la atención en el servicio de urgencias.

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, desarrollado en el servicio de urgencias general durante el año 2016. Se revisaron de manera informatizada las historias clínicas codificadas como altas voluntarias para corroborar de manera manual la existencia del documento firmado de alta voluntaria en registro del hospital o en su defecto en archivo del hospital.

La muestra fue formada por 178 casos codificados informáticamente como altas voluntarias, hallamos 129 documentos de alta voluntaria firmados. De los cuales 20 estaban archivados de manera correcta en registro, 109 en los archivos del hospital y 49 casos no se encontraron documento.

AUTORES: ROJAS LUÁN, ROXANA; CANTERO SANDOVAL, A; MARÍN MARTINEZ, JM; TORRES MARÍN, ME; MANZUR ROJAS, P; PÉREZ CÁRCELES, MD.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA.



ID: 65

TÍTULO: ANÁLISIS DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO. NECESIDAD DE FORMACIÓN EN DOLOR AGUDO. HACIA UN HOSPITAL SIN DOLOR (FASE I)

RESUMEN:

Estudios epidemiológicos recientes muestran que la prevalencia del dolor agudo postoperatorio y su tratamiento son deficitarios en nuestro entorno. El tratamiento insuficiente de este es un problema que persiste a pesar de los avances en los conocimientos sobre la fisiopatología del dolor, la introducción de nuevos fármacos y modalidades de tratamiento y la elaboración e implementación de guías. La prevención y tratamiento del dolor postoperatorio puede considerarse un fracaso terapéutico importante. Una reciente encuesta realizada entre los pacientes postoperados de nuestro hospital ha mostrado una incidencia de dolor agudo postoperatorio intenso mayor del 60 %.

Entre las causas que influyen en este fracaso incluimos: miedo exagerado a los efectos de los opioides, prescripción de dosis inferiores a las analgésicas utilizando pautas invariables independientemente del tipo de intervención o paciente, restricción en la administración de fármacos por parte de enfermería, resignación de los pacientes a sufrir dolor y reticencia a pedir analgésicos, desconocimiento de la magnitud del problema y del diagnóstico preciso de los distintos cuadros dolorosos, falta de evaluación y de formación en dolor.

Analizar la prevalencia de dolor agudo postoperatorio así como conocer las necesidades de formación, tanto de médicos como de enfermeras que tratan pacientes con dolor agudo postoperatorio, para poner en marcha un programa de formación como primer paso para el establecimiento de una Unidad de Dolor Agudo en nuestro hospital.

Se pasarán encuestas de conocimientos en dolor y de estudio de necesidades al personal de enfermería y a los facultativos quirúrgicos y encuestas a los pacientes post operados que evalúen la intensidad del dolor, la presencia de efectos secundarios relacionados con este y su tratamiento así como la satisfacción con el tratamiento. Se organizaran cursos para facultativos y enfermería sobre el tratamiento del dolor. Se realizarán sesiones en los servicios quirúrgicos de cirugía general, vascular, torácica, cardiovascular, urología, otorrinolaringología y maxilofacial para concienciar de la importancia del tratamiento del dolor y explicar las técnicas analgésicas disponibles.

Elaboración de protocolos analgésicos y una guía para el tratamiento del dolor agudo postoperatorio. También se elaborará una guía para los pacientes que explicará la importancia del tratamiento del dolor y las posibilidades de tratamiento disponibles.

Conocer la intensidad e incidencia de dolor agudo en nuestro Hospital y descubrir los conocimientos sobre dolor del personal del hospital y sus necesidades de formación. Enseñar el manejo de técnicas analgésicas comunes y avanzadas; estandarizar la escala analgésica visual como medida de evaluación del dolor y conseguir que se considere la quinta constante de los pacientes post operados. Todo ello destinado a reducir la incidencia de dolor agudo moderado y severo en estos.

AUTORES: GARCES SAN JOSE, ANA CRISTINA; VIGUERA FERNANDEZ, L; CASTILLO AZNAR, J; DELGADO DOMINGO, JA; TRES RITTERBACH, E; MARTINEZ ANDREU, FJ.

CENTRO DE TRABAJO: H.U. MIGUEL SERVET.



ID: 66

TÍTULO: DERIVACIONES A UNA UNIDAD DE DOLOR CRÓNICO HOSPITALARIA. COMO MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE NUESTROS PACIENTES.

RESUMEN:

Se considera dolor crónico aquel que persiste más allá de 3-6 meses en el tiempo aún cuando las causas que lo desencadenaron hayan desaparecido. El tratamiento de este irá dirigido a la adaptación y control del síntoma.

Las unidades de Dolor suelen atender entre otros a pacientes con dolor crónico refractario a un esquema terapéutico adecuado, pacientes con dolor crónico que se benefician de tratamientos intervencionistas que se aplican en nuestras unidades, pacientes que no consiguen una analgesia adecuada con tratamiento por vía oral o aquellos que precisan dosis excesivamente altas de opioides.

Es imprescindible mejorar el abordaje del tratamiento del dolor, desde nuestras unidades debemos ser formadores en el tratamiento de este para aliviar nuestros pacientes.

Conocer los pacientes derivados a la Unidad de Dolor de nuestro hospital, que servicios tienen mayor demanda de derivación además de identificar el escalón terapéutico de tratamiento de estos antes de ser valorados en nuestra unidad. Reconocer aquellos correctamente derivados y los que no lo son para implementar medidas de mejora.

Se analizaron los datos de las interconsultas recibidas para una primera visita en la Unidad del Dolor de nuestro hospital durante el año 2016.

Se recibieron 1005 interconsultas, de estas 281 correspondían a atención primaria (AP) y el resto a atención especializada destacando 216 consultas desde traumatología (165 Unidad de Columna) , 140 desde Rehabilitación (RHB) y 69 de Neurocirugía (NCG) 37 a otros servicios quirúrgicos, 78 a servicios médicos y 23 desde urgencias. 310 consultas procedían de sectores fuera de nuestro hospital siendo 95 AP , 68 de traumatología y 94 de RHB.

De las 1005 interconsultas 137 eran pacientes en primer escalón de tratamiento analgésico, 99 en segundo escalón y 128 en tercer escalón de analgesia. En 641 casos no se especificaba que tipo de tratamiento llevaban a la hora de derivar al paciente a nuestra unidad.

Se consideró que 226 derivaciones eran correctas (81 desde AP), 112 derivaciones eran dudosas y 667 incorrectas (destacando 281 AP y 160 U. Columna), a pesar de ello todos los pacientes se citaron para una primera visita en nuestra Unidad.

Las Unidades de dolor tienen una demanda creciente de atención a pacientes con dolor crónico y agudo complejo de diferentes tipos y etiologías, por lo que es necesario definir de manera rigurosa los criterios de selección de los pacientes que por su patología se pueden beneficiar y por lo tanto deben ser remitidos a estas Unidades.

Con los resultados obtenidos podemos concluir que una formación adecuada en manejo de dolor principalmente de los médicos de AP, traumatólogos y RHB permitiría una mejoría en el control del dolor de sus pacientes y una derivación más precisa de estos por su parte. Además la coordinación de todos los especialistas que tratan a estos pacientes contribuirá a mejorar su calidad de vida.

AUTORES: VIGUERA FERNANDEZ, LAURA; GARCES SAN JOSE, AC; ECED MARTINEZ, A; GIRON MOMBIELA, JA; LAFUENTE MARTIN, FJ; SANCHEZ TIRADO, JA.

CENTRO DE TRABAJO: H.U. MIGUEL SERVET1.



ID: 67

TÍTULO: ESTUDIO DE LA INNOVACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y ESTRATEGIAS PARA SU IMPLEMENTACIÓN

RESUMEN:

La innovación es la actividad dirigida a la generación e implementación de nuevos conocimientos. Se puede identificar como la “cuarta misión” de los hospitales (junto a la asistencia, docencia e investigación).

En la actualidad los sistemas sanitarios de la gran mayoría de los países desarrollados se enfrentan a importantes retos que, en parte, son consecuencia de una presencia desigual de la innovación en los diferentes ámbitos del sector sanitario.

La sistematización de la innovación en una organización sanitaria mejorará los resultados a varios niveles. Conocer el nivel de gestión de la innovación en un entorno hospitalario, estableciendo la metodología que permita su aplicación práctica y consecuentemente la mejora de resultados finales.

Específicamente:

1. Evaluar la cultura de innovación de la organización y su nivel de gestión identificando fortalezas y oportunidades de mejora.
2. Definición de las estructuras de apoyo a la innovación
3. Establecimiento de mecanismos para identificar prácticas innovadoras en organizaciones sanitarias externas y para el análisis interno.
4. Establecimiento de un proceso de selección y priorización de las iniciativas más beneficiosa para la organización
5. Adoptar una metodología de gestión y evaluación de los resultados de los proyectos
6. Sistematizar la difusión de las iniciativas y resultados obtenidos propiciando el transformar nuestra forma de ser hacia una Cultura de la Innovación.

Análisis previo y propuesta de actuaciones como consecuencia del mismo: Medición de la cultura de innovación en nuestro centro, junto con una autoevaluación de los criterios de excelencia en innovación para obtener el punto de partida. Valoración de los resultados obtenidos y propuestas de actuación y medición.

- El cociente de innovación (ICI) obtenido tras la realización de la encuesta de medición de la cultura de innovación ha sido de 3,10, ligeramente por debajo del 3,22 alcanzado en el informe ICI España 2016. Destaca que el ICI racional es inferior al emocional y el percibido en la pregunta de control (2.92) menor que el global.
- Del cuestionario de expertos en innovación Por encima de la media únicamente se encuentran dos criterios: Gestión de los recursos y análisis interno
- Desarrollo de un Circuito de gestión de la innovación y su medición: Potenciación de la cultura innovadora (formación, dotación de recursos y herramientas), desarrollo del circuito de innovación (Observatorios de innovación externa e interna, evaluación, aprobación y seguimiento de iniciativas) y medición de resultados

Como conclusiones indicar:

- El apoyo de la dirección es fundamental
- La mejora de la innovación comienza midiendo y mejorando su cultura implementando los planes de mejora
- La comisión innovación es una estructura de soporte básica
- En última instancia la mejora de la innovación en un hospital tendrá importantes repercusiones en el cumplimiento de sus objetivos.

AUTORES: SIMARRO MIR, FERNANDO; BLASCO ENCINAS, R; GIL SANTIAGO, C.

CENTRO DE TRABAJO: CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA.



ID: 68

TÍTULO: EVALUACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN URPA

RESUMEN:

Un error de medicación (EM) se define como cualquier evento evitable que ocurre cuando la medicación responsabilidad del profesional de la salud y del propio paciente se utiliza de forma inapropiada pudiendo generar daño para el paciente. Realizamos un estudio de observación prospectivo de los EM con el fin de reducir los mismos y los eventos adversos.

El propósito de este estudio es evaluar las tasas de EM perioperatoria en URPA y eventos adversos de los fármacos basándonos en porcentajes de administraciones de medicación para evaluar sus principales causas y formular soluciones dirigidas a evitarlos.

El personal del estudio lo componen un adjunto de anestesia y cinco enfermeras de la URPA. Se observaron más de 2.500 administraciones de fármacos. Los errores observados se clasificaron como: sobredosis, infradosis, omisión por fallo en el protocolo o en la medicación crónica, error de vía de administración, error de etiquetado, prescripción, almacenaje, errores de comunicación (entre profesionales, entre profesional y paciente, por orden verbal), errores de periféricos (apósitos no estériles, ausencia de etiquetas, ausencia de tapones en la vía periférica).

Se elaboró una descriptiva de todos los errores producidos mediante SPSS 20.0

El valor medio de administraciones al día son 66,88.

Se observaron los siguientes errores (en porcentaje):

Sobredosis: 0

Infradosis: 0,66

Omisión por fallo en el protocolo: 3,346

Omisión por fallo en la medicación crónica: 0,467

Error de vía de administración: 0,319

Error de etiquetado: 0,565

Prescripción: 2,185

Almacenaje: 0,581

Errores de comunicación (entre profesionales: 0,456, entre profesional y paciente: 0,156, por orden verbal: 1,577)

Errores de periféricos (apósitos no estériles: 10,748, ausencia de etiquetas: 0,466, ausencia de tapones en la vía periférica: 11,087)

Donde se encuentran más errores es la ausencia de tapones en la vía periférica que provoca la falta de estanqueidad mientras que no se observa ningún error de sobredosis. Como eventos adversos se produjo un tromboembolismo pulmonar masivo por error en el protocolo y la administración de levofluoxaciono por vía epidural.

Las medidas propuestas para reducir la tasa de EM y EA son la prescripción informatizada evitando la verbal, advertir y formar al personal sobre le cuidado de las vías periféricas y su importancia y también publicitar los protocolos de tromboembolismo pulmonar y profilaxis antibiótica en sesiones clínicas.

AUTORES: CRISTOBAL GARCIA, ISABEL; PANERO, E; ABAD, E; GALINDO, F; HAJRO, M; RUIZ, G.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL FREMAP MAJADAHONDA.

ID: 69

TÍTULO: ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO SOBRE EL USO DE LAS INSULINAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

RESUMEN:

El uso de la medicación, forma parte de un proceso complejo que implica a numerosos profesionales y servicios, que han de trabajar de forma coordinada, para que el medicamento llegue al paciente sin errores.

La insulina considerada como medicamento de alto riesgo, por el Instituto para el Uso Seguro del Medicamento (ISMP-España) por las consecuencias que puede tener un error en su utilización, es por otro lado, un fármaco de uso muy frecuente en los hospitales, que hace que los profesionales disminuyan su vigilancia ante su utilización.

Los errores de insulina pueden aparecer en todas las fases del proceso, prescripción, dispensación, validación, administración y registro en la historia clínica.

Nuestro centro cuenta con un sistema de notificación de Errores de Medicación (EM) que recoge las notificaciones anónimas y voluntarias que realizan los profesionales desde cualquier ámbito del hospital. Respecto a los EM relacionados con la insulina se cree que hay una infranotificación, ya sea por la falta de conciencia del error, exceso de trabajo, no conocimiento del sistema de notificación, etc.

Para conocer los puntos débiles de dicho proceso y por iniciativa de la Enfermera Referente de Seguridad del Paciente (ERSP), el Enfermero de Registros Clínicos (ERC) y el Servicio de Farmacia nos planteamos la realización de un estudio observacional retrospectivo para conocer los diferentes tipos de errores y aportar evidencia a la realidad del problema.

- Conocer la incidencia de los errores de insulina mediante la revisión de historias clínicas.
- Identificar los diferentes tipos de errores.
- Conocer los eventos adversos (EA) derivados del uso incorrecto de la insulina.

Estudio observacional retrospectivo aleatorio de 6 meses de duración, en pacientes adultos insulino dependientes con más de 48hrs. de ingreso en hospitalización.

La fuente de datos utilizada fue la historia clínica electrónica.

Las variables analizadas han sido: la prescripción, la validación, el control de las glicemias con la dosis de insulina administrada, la confirmación de tomas y el registro informático.

El estudio nos ha permitido conocer la incidencia real de los EM relacionados con la insulina.

Los errores identificados por orden de frecuencia son de: registro, prescripción y administración.

El conocimiento de los diferentes tipos de errores ha permitido tener una visión global y completa del problema real al que nos enfrentamos, hecho que nos permitirá dirigir los esfuerzos en los puntos débiles: registros clínicos, prescripción, administración y aplicación informática.

La mayoría de errores han sido incidentes sin daño, aunque en un caso, el error llegó al paciente provocando aumento de la vigilancia y tratamiento médico

El trabajo multidisciplinar y la vigilancia directa mejora la Seguridad de los Pacientes.

Los resultados obligan a la realización de un Proyecto de Mejora con el fin de instaurar cambios para garantizar la Seguridad de los Pacientes

AUTORES: SAGRERA FELIIP, CRISTINA; RIU GOL, J; BARONET JORDANA, G; SANMARTIN SUÑER, M.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARI GENERAL DE CATALUNYA.



ID: 70

TÍTULO: HOSPITAL ACQUIRED CONDITIONS (HAC) COMO HERRAMIENTA DE MONITORIZACIÓN DE DAÑOS PREVENIBLES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

RESUMEN:

Durante los últimos 20 años, se ha destacado la importancia de diferenciar entre diagnósticos presentes al ingreso (Present On Admission –POA-) de aquellos que surgen durante la estancia en el hospital. La principal crítica que ha recibido este sistema es que no es capaz de discriminar daños prevenibles de aquellos que no lo son. Por este motivo se han establecido listas de HAC (Hospital-Acquired Conditions) razonablemente prevenibles. Las HAC son condiciones que se desarrollan durante la estancia hospitalaria, que afectan a la seguridad y que, basándose en la evidencia actual, son en gran medida prevenibles.

Se analiza la relación de los HAC con la mortalidad intrahospitalaria, el cambio en el nivel de gravedad durante el ingreso y la estancia de los pacientes en el episodio de hospitalización en que ocurrió el HAC.

Estudio retrospectivo de las altas de los servicios finalistas del hospital. Se utilizará el CMBD de las altas hospitalarias para extraer los códigos (CIE-10-ES) de HAC de la lista de la AHRQ (versión 2017). Se incluyen todos los pacientes dados de alta de un servicio de hospitalización durante el primer semestre de 2016.

Variables a analizar: 1) episodios con indicador POA (Present On Admission); 2) episodios con códigos incluidos en la lista de HAC de la AHRQ; 3) mortalidad; 4) variación en la gravedad y 5) estancias.

Análisis de frecuencia mensual para el global del hospital y para los servicios finalistas. Para comparar la mortalidad y la gravedad, se obtiene el riesgo absoluto (RA) y el riesgo relativo (RR) de los episodios con y sin HAC. La estancia se analiza mediante comparación de medias y percentiles (25, 50 y 75).

Cada mes, al menos uno de cada diez pacientes que ingresan en el hospital van a sufrir daños ocasionados durante su estancia y uno de cada diez podrían haberse evitado.

Los episodios con daño tienden a aumentar durante el primer trimestre del año, alcanzan un “pico” en los meses de vacaciones de semana santa y disminuyen al final del semestre.

No se ha demostrado una asociación entre la distribución de frecuencias de los episodios que no incluyen un diagnóstico razonablemente prevenible (sin HAC) y aquellos que sí lo hacen (con HAC).

Las infecciones secundarias a la realización de algún procedimiento suponen el 36% de los diagnósticos -en primer lugar las ITU (28%) y las relacionadas con el uso de catéteres vasculares (8%)-.

Los pacientes menos graves con un diagnóstico “razonablemente prevenible” tienen mayor mortalidad intrahospitalaria.

Los pacientes menos graves con un diagnóstico “razonablemente prevenible” tienen entre dos y cuatro veces más riesgo de aumentar la gravedad de su enfermedad durante el ingreso.

Los pacientes que adquieren una condición “potencialmente prevenible” durante el ingreso incrementan entre dos (para los niveles de gravedad 2, 3 y 4) y cinco veces (para el nivel 1) los días de estancia en el hospital respecto a aquellos que no la adquieren.

AUTORES: LATORRE GUIASOLA, MIGUEL; RODRIGUEZ TEJEDOR, S; ANSO BORDA, I; MONTIEL EGUÍA, A.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES.

ID: 71

TÍTULO: METODOLOGIA DE DISEÑO DE PROYECTOS DE SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA, APLICANDO UNA ESTRATEGIA DE LIDERAZGO TRANSVERSAL.

RESUMEN:

La implantación de sistemas de gestión de calidad en el ámbito de la salud ha creado la necesidad de proponer y desarrollar nuevas metodologías para diseñar proyectos de salud desde los propios equipos de Atención Primaria (EAP) basadas en la mejora continua de la calidad.

El modelo de gestión de calidad sobre el que trabajamos implica además trabajar por diferentes criterios como el liderazgo, política y estrategia, gestión de las personas, alianzas y recursos, procesos y resultados. Esta manera de trabajar requiere innovar y cambiar viejas maneras de organizar y fomenta valores como la cooperación, responsabilidad y la pro actividad. En definitiva, se trata de dejar atrás un modelo de organización vertical y pasar a un modelo de liderazgo transversal donde todo el equipo participa en la elaboración e implantación de diferentes proyectos

Elaborar una metodología y estrategia propia de nuestro EAP para el diseño de proyectos, basada en la metodología de mejora continua, aplicando una estrategia de liderazgo transversal e implicando a todos los profesionales del Equipo.

Diseño: estudio cualitativo de revisión de metodologías de gestión de la calidad y de gestión de equipos

Participantes: la Dirección, el referente de calidad y el responsable de Investigación.

Método: 1ª fase: constitución del grupo de trabajo y revisión de metodologías. 2ª fase: a partir de la revisión de las distintas metodologías en gestión de calidad y de equipos, se diseña una ficha de planificación y desarrollo de proyectos, transversal e integrada.

La metodología diseñada como ficha de elaboración proyectos es la siguiente:

1. Determinación del punto de partida:
 - a. Análisis de resultados de indicadores relacionados con el proyecto a diseñar
 - b. Análisis DAFO de la estrategia de equipo en relación con el proyecto a diseñar
 - c. Búsqueda y análisis bibliográfica
2. Identificación de los objetivos
3. Definición de recursos necesarios
4. Asignación de Línea Estratégica principal a la cual pertenece el proyecto, así como su responsable
5. Descripción de las tareas correspondientes para el referente de cada línea estratégica operativa según el Plan Estratégico vigente del equipo
6. Crono-grama de Proyecto
7. Diseño de indicadores
8. Aplicación y desarrollo del proyecto
9. Crono-grama de fases de revisión del desarrollo
10. Análisis de resultados e incidencias
11. Evaluación del proyecto
12. Acciones de mejora
13. Integración de los resultados en el cuadro de gestión y en la memoria anual del equipo

AUTORES: PUIG PONSICO, GEMMA¹; GALLARDO SÁNCHEZ, C²; BLANCO DÍAZ, A³; CAROT SUBIRATS, T⁴; CRUSAT SABATÉ, D⁵; BOADA PEREA, M⁶.

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA CUBELLES¹; CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA CUBELLES²; CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA CUBELLES³; CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA CUBELLES⁴; CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA VILAFRANCA NORD⁵; CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA CUBELLES⁶.



ID: 72

TÍTULO: APLICACIÓN DE DIRECTRICES DEL GLOBAL REPORTING INITIATIVE (GRI) EN EL ENTORNO SANITARIO

RESUMEN:

Las memorias de sostenibilidad, elaboradas según la Guía para la elaboración de memorias de sostenibilidad, versión G4 de Global Reporting Initiative (GRI), son una herramienta fundamental para la empresa comprometida con el enfoque socialmente responsable en tanto que suministran a los grupos de interés una información clara y estandarizada de sus actividades desde la triple dimensión económica, social y medioambiental.

Comunicar la gestión empresarial responsable de la institución en los ámbitos que definen la RSC: económica, ambiental y social. Compartir la información implicando a los grupos de interés en los compromisos de sostenibilidad y comunicar los impactos de las acciones, así como los resultados obtenidos de manera transparente.

De acuerdo con GRI G4, los principios que se han de aplicar para determinar el contenido de la memoria son la participación de los grupos de interés, el contexto de sostenibilidad, la materialidad y la exhaustividad.

El GRI enumera 45 aspectos que las organizaciones pueden incluir en sus memorias, pero es a través del análisis de materialidad donde se determina qué aspectos son relevantes para la organización y para sus grupos de interés y, por tanto, son reportados.

La materialidad proviene de la definición y la delimitación de sus grupos de interés, de cómo impacta la actuación de la institución sobre estos grupos, de cómo querrían que impactara de acuerdo y en consulta con ellos y, finalmente, como podemos y queremos gestionar estos impactos. De este análisis se derivan los aspectos clave para la estrategia de la institución.

Para la determinación de los aspectos relevantes se pidió la valoración de cada uno de los 45 asuntos, de acuerdo con el impacto que supone para la institución, en una escala cualitativa ordinal con los valores «no importante», «poco importante», «importante», «muy importante». Se constituyeron 3 grupos de trabajo y se realizaron tres sesiones de trabajo. El primer grupo lo constituía el Consejo de Participación ciudadana, el segundo, otros grupos de interés que componen la cadena de valor de la institución, y el tercero, la Comisión de Ética y Responsabilidad Social, en representación de las áreas de gestión: economía y finanzas, personas, servicios generales e infraestructuras, contratación, asistencia y atención a la ciudadanía.

El análisis de materialidad de la institución ha determinado 30 aspectos relevantes. Los de máxima relevancia para todos los grupos de interés y áreas de gestión de la institución han sido: cumplimiento económico; capacitación y educación; comunidades locales; salud y seguridad de los clientes; información de productos y servicios; privacidad de los clientes y cumplimiento normativo de productos y servicios.

El número de indicadores a los que se han dado respuesta han sido: 7 indicadores económicos, 27 medioambientales y 34 en desempeño social, con los siguientes subgrupos: prácticas laborales y trabajo digno,15; sociedad,10; responsabilidad sobre producto,9

AUTORES: RODRÍGUEZ CALA, ANA; CALLE RODRÍGUEZ, C; ZÖLLER, B; DURÁN GARCÍA, N; CHACÓN CARRASCO, A; BAÑOS CAIRAT, A.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA.



ID: 73

TÍTULO: EVALUAR EL IMPACTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA DISMINUIR EL USO DE CARBAPENEMAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

RESUMEN:

La emergencia y rápida propagación global de bacterias altamente resistentes, en particular las resistentes a antibióticos de “último recurso”, constituye una amenaza significativa para los pacientes, los sistemas sanitarios y la economía. Las Carbapenemas son los antibióticos β -lactámicos de mayor espectro, actividad y resistencia a las β -lactamasas. Por estas características, son imprescindibles en el tratamiento empírico de numerosas infecciones nosocomiales graves —incluso algunas de origen comunitario— y en el tratamiento dirigido de las infecciones producidas por bacterias gramnegativas multirresistentes. Entre las estrategias clave para minimizar el impacto de la resistencia a las Carbapenemas se encuentra la de suspender los antibióticos tan pronto como una infección bacteriana significativa sea poco probable (reducir su duración innecesaria), o cuando los resultados microbiológicos permitan tratar la infección con otro antimicrobiano de menor espectro. Disminuir el número de pacientes que mantienen la prescripción con una carbapenema durante 14, 21 y 28 días.

Disminuir el consumo de estos fármacos (expresando el resultado como media de días con antibiótico).

Disminuir el coste asociado al consumo de estos fármacos (€ por paciente).

Diseño prospectivo en pacientes consecutivos, antes-después de una intervención de asesoría a los facultativos responsables del paciente. Se tomarán de base los resultados del cuarto trimestre de 2016 para establecer la comparación posterior para las variables de duración, y los datos del ejercicio de 2016 como base para las variables de coste y consumo.

Se incluye en el estudio a todos los pacientes a quienes se prescribe una Carbapenema (Imipenem, Meropenem y/o Ertapenem) durante, al menos, 4 días consecutivos. Se realiza su seguimiento durante 30 días.

Variables a analizar: 1) proporción de pacientes con prescripción de Carbapenems a los 14, 21 y 28 días; 2) consumo de Carbapenemas (en DDD por 100 estancias); y 3) coste directo (€ por paciente).

Tipo de análisis: análisis de tendencia mensual/trimestral de los indicadores para el global del hospital y para los servicios prescriptores. Para las variables de duración se utilizarán medidas descriptivas (% de variación entre periodos).

Análisis de primer trimestre de 2017 (comparación con el cuarto trimestre de 2016): 1) % de pacientes con prescripción durante 14 días: de un 29% en octubre de 2016 al 12% en marzo de 2017 (disminución de un 59%). 2) % de pacientes con prescripción durante 21 días: del 7% en octubre de 2016 al 2% en marzo de 2017 (disminución del 70%). 3) % de pacientes con prescripción durante 28 días: alrededor del 1% (se mantiene durante el periodo de estudio).

Días con antibiótico (media): de 6,3 días en el cuarto trimestre de 2016 a 5,2 días en el primer trimestre de 2017 (disminución del 17%).

Coste medio por paciente (€): de 157,2 a 130,2 (disminución del 17%).

Una intervención de este tipo disminuye la utilización de carbapenemas.

AUTORES: LATORRE GUIASOLA, MIGUEL; GOIKOETXEA AGIRRE, J; CASTAÑO LOPEZ, M; USTARROZ AGUIRRE, I.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES.

ID: 75

TÍTULO: GRADO DE IMPORTANCIA HIGIENE DE MANOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL: PERSONAL SANITARIO VS PACIENTES

RESUMEN:

Las Infecciones Asociada a la Asistencia Sanitaria (IAAS) son un problema de Salud Publica con un alto coste socio-económico, la Higiene de Manos (HM) es reconocida como la medida más efectiva para la prevención de las IAAS y es uno de los pilares básicos para los programas de prevención y control (PPC) de las IAAS.

Conocer el Grado de Importancia (GI) de la HM entre el Personal Sanitario (PS) y entre los Pacientes y Familiares (PF) y si existen diferencias significativas entre ellos.

El 5 de Mayo del 2017, se celebro el día mundial de la HM, como parte del las actividades realizadas en un hospital de tercer nivel, se repartieron encuestas al PS y a PF sobre el GI de la HM, como criterios de ingreso personas mayores de 18 años que acuden o trabajan en el hospital. Se recogieron variables explicativas asociadas a las personas (edad, sexo, situación laboral, estudios) y las variables resultados son preguntas especificas sobre el GI de la HM donde se describe con la media(m=) y su desviación estándar (DE); para el análisis estadístico se realiza t de student y significación estadística con $p < 0,05$.

Se realizaron 78 encuestas, de las cuales el 88,0%(69) fueron mujeres, y mayores de 46 años fueron 56,4%(44), con estudios universitarios el 53,8%(42), 78,2%(61) trabajadores, 7,7%(6) jubilados y 14,1%(11) desempleados; el 71,8%(56) corresponden a PS. a las preguntas sobre GI de la HM en la practica clínica el PS con $m=9,7$ $DE+0,7$ vs PF $m=9,7$ $DE+0,8$, Frecuencia de transmisión de infecciones por mala HM, el PS $m=8,4$ $DE+2,4$ vs PF $m=7,5$ $DE+3$; Formación sobre HM en el PS el PS $m=9,7$ $DE+0,6$ vs PF $m=9,5$ $DE+1$; Grado de cumplimiento de HM en enfermería el PS $m=7,1$ $DE+2,3$ vs PF $m=8,4$ $DE+1,8$; Grado de cumplimiento de HM en médicos el PS $m=6,2$ $DE+2,6$ vs PF $m=8,3$ $DE+2$; HM previo al contacto con pacientes el PS $m=9,7$ $DE+0,9$ vs PF $m=9,5$ $DE+1$; HM posterior al contacto del paciente el PS $m=9,8$ $DE+0,9$ vs PF $m=9,7$ $DE+0,7$; Uso de guantes no exime de la HM el PS $m=9,0$ $DE+2$ vs PF $m=9,2$ $DE+1,1$; Llevar pulseras, anillos aumenta la contaminación de manos el PS $m=9,2$ $DE+2,0$ vs PF $m=9,4$ $DE+1,1$; La mejor alternativa para la HM es el agua y el jabón el PS $m=8,5$ $DE+2,2$ vs PF $m=8,3$ $DE+2,3$; Los PF deben preguntar al PS si se ha realizado la HM el PS $m=7,5$ $DE+2,9$ vs PF $m=8,2$ $DE+2,6$; al realizar t de student, en las preguntas del grado de cumplimiento de HM en enfermería y en médicos hay diferencias significativas.

Podemos concluir que tanto el PS y PF saben que la HM previene IAAS y los talleres de formación son necesarios para el PS, el PS cree que el grado de cumplimiento de la HM en el PS no es adecuado mientras que los PF consideran que si lo es.

Mejorar el conocimiento en el PS sobre la HM es imprescindible para aumentar el grado de cumplimiento de la HM en el PS y disminuir las IAAS, nosotros creemos que la asistencia obligatoria a talleres de formación al PS debe ser considerada.

AUTORES: GÓMEZ SANTILLANA, MAR; SILVA CONTRERAS, J; CARRALERO PALOMERO, M.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ.



ID: 76

TÍTULO: ¿LA SATISFACCIÓN EN EL CLIENTE, NOS IMPORTA? PROYECTO DE AUDIT DE LA DEMORA EN LA SALA DE ESPERA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

El tiempo de demora en las salas de espera en las consultas de atención primaria (AP) es un hecho que afecta directamente a la satisfacción del paciente. El Servicio Catalán de la Salud evalúa la calidad de servicio y el grado de satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios públicos, con el objetivo de obtener información para diseñar e implementar estrategias de mejora de la calidad en la provisión de estos servicios mediante el PLAENSA (Plan de encuestas de satisfacción).

En los resultados obtenidos en el PLAENSA realizadas en nuestra Área Básica de Salud (ABS) en el año 2015 respecto al tiempo de espera en las consultas detectamos un bajo nivel de satisfacción, por lo que des del Área de Gestión de Calidad del Equipo de AP se propuso auditar de forma objetiva el tiempo de espera real.

1. Conocer el tiempo de espera para entrar en las consultas en los centros de Salud de una Área Básica de Salud (ABS) de costa.
2. Conocer las diferencias de demora en la sala de espera entre categorías profesionales y entre los dos centros.
3. Comparar los resultados obtenidos con la biografía relacionada.

Estudio descriptivo en una ABS de costa que tiene una asignación de 20.770 pacientes, y son atendidos en dos centros de salud (CAP). Se incluyen en el estudio citas presenciales de pacientes atendidos en las consultas de enfermería y medicina durante el año 2017.

Se ha calculado una muestra de 194 visitas realizadas con una confianza del 95% y una precisión del 0,07, y un porcentaje poblacional que se prevé que sea alrededor del 50% , asumiendo un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.2 en un contraste bilateral. La muestra se selecciona de forma aleatoria entre el total de visitas presenciales realizadas. Las variables del estudio son: Hora y fecha de cita que consta en la agenda del profesional, la hora grabada en el curso clínico de la Historia Clínica (HC), agenda del profesional de la cita estudiada y CAP asignado.

Se analiza la diferencia de tiempo transcurrido entre la hora de las visitas registradas en el curso clínico de la HC y la hora asignada en la agenda asistencial, se compara por categoría profesional y por CAPs.

Se comparan con los resultados obtenidos con la biografía encontrada.

Resultados preliminares:

Se han analizado un total de 77 visitas hasta 19 de mayo del 2017 .El tiempo medio de demora en la sala de espera global es de $18 \pm 1,75$ minutos.

Al comparar por centros El CAP1 tiene una demora $18,6 \pm 2,4$ minutos y el CAP2 una demora de $17,3 \pm 2,5$ minutos sin encontrar diferencias estadísticamente significativas. Por categoría profesional, enfermería tiene una demora de $16 \pm 4,12$ y medicina de 20 ± 3 minutos en el CAP1 y de $12,6 \pm 3$ para enfermería y $19,8 \pm 3,4$ en medicina en el CAP2 sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre categorías profesionales.

Según referencias bibliográficas, podemos concluir que el tiempo de demora medio encontrado en ambos centros es aceptable.

AUTORES: PUIG PONSICO, GEMMA¹; GALLARDO SÁNCHEZ, C²; BLANCO DÍAZ, A³; CAROT SUBIRATS, T⁴; RODRÍGUEZ ROMAN, A⁵; PEQUEÑO SACO, S⁶.

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA CUBELLES¹; CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA CUBELLES²; CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA CUBELLES³; CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA CUBELLES⁴; CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA CUBELLES⁵; CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA JAUME I⁶.



ID: 78

TÍTULO: AVANZANDO EN SEGURIDAD CLÍNICA Y EXCELENCIA MEDIANTE EMPOWERMENT Y PARTICIPACIÓN. IMPLANTAR COMITÉ DE PRACTICAS SEGURAS

RESUMEN:

Cumplidos los objetivos del Plan Estratégico de SP 2012-2016 (PE) y dados los buenos resultados y tendencias, a partir de la implantación de la figura de Enfermera Referente en Seguridad Clínica (ERSC), y la diferenciación organizativa y estratégica de la Seguridad Clínica como elemento esencial, transversal a la Gestión Clínica implantada, apostamos por la expansión del corpus de conocimiento y organizativo alcanzado, a través de la visualización del mayor número de profesionales identificables como expertos en Prácticas Seguras.

Avanzar en cultura de Seguridad del Paciente (SP) y Prácticas Seguras (PS) tras cumplir el Plan Estratégico de ordenación de la Seguridad Clínica como línea estratégica de la organización 2012-2016, y la obtención del sello EFQM 400+ con destacada influencia de dicha línea para ello.

Las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos o Comités Clínicos de Seguridad del Paciente (CCSP) tienen la máxima responsabilidad en la propuesta y seguimiento de estrategias de intervención en la G de R y resultantes de los Eventos Adversos que analicen. Así como de las propuestas de mejora resultantes.

La proyección y avance de estas primeras estructuras, ERSC, CCSP, Línea estratégica transversal..., se producirá a través de nuestro PE 2017-2021, que tiene como elemento esencial la creación del COMITÉ DE PRACTICAS SEGURAS (CPS), para facilitar la difusión y mejora en cultura de Seguridad, a través de la participación y compromiso de los profesionales que lo constituyen.

El CPS actúa como aglutinador de las mejores prácticas.

Los miembros del CPS facilitan la sensibilización en términos de SP en las prácticas elegidas.

Son doce profesionales asistenciales que dedican nueve jornadas anuales a estos fines, liderados por la ERSC.

Serán responsables desde la detección de oportunidades de mejora, la revisión de circuitos y procedimientos, preparación e impartición de formación, implantación de acciones de mejora y monitorización y evaluación de resultados. Cuatro son los tutores de PS que lideran y supervisan a los anteriores atendiendo a su experiencia y funciones.

Mayor rapidez en el avance en cultura de seguridad, incrementa la satisfacción de los profesionales implicados y aquellos a los que dan soporte. Se hace más efectivo el Feed-Back necesario para el cumplimiento de las propuestas de mejora. Facilita la mejora resultados en indicadores de prevención de riesgos para los pacientes y de los indicadores asistenciales relacionados con prácticas más seguras, que nos permitan avanzar en la búsqueda de la excelencia.

El CPS es la herramienta esencial en la expansión del conocimiento, y en la monitorización y difusión de las mejores prácticas, afianzando el progreso hacia la excelencia en asistencia y cuidados.

La cultura de seguridad se ve favorecida. El CPS es sin duda una polea de transmisión en SP y PS.

Los indicadores y resultados en términos de prevención y de mejora en Seguridad para el Paciente se ven favorecidos.

AUTORES: MATA HAYA, LUCIA1; CRUZ OLIVERAS, A.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR BARCELONA GRUPO QUIRONSALUD.

ID: 79

TÍTULO: PROGRAMA DE FORMACION SINASP EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

RESUMEN:

El Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP) es un sistema de notificación de incidentes desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad para su utilización en los centros de del Sistema Nacional de Salud. La Comunidad autónoma a la cual pertenece el hospital, tiene dentro de su plan estratégico como propósito que las Gerencias sean centros activos en la notificación en SINASP. Para llevar a cabo la implantación en el hospital se ha realizado un programa de formación interna

1. Que los profesionales previo a la implantación conozcan la utilidad y funcionamiento del SINASP.
2. Fomentar la cultura de la seguridad al paciente y transmitir la importancia de notificar y el aprendizaje a partir de los errores.
3. Conocer a través de encuesta de satisfacción la valoración de la formación impartida.
 - Alcance: trabajadores sanitarios del hospital.
 - Docentes: Núcleo gestor del SINASP y miembros de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Clínicos(UFGR)
 - Tipo de actividades: Sesión general hospitalaria y Sesiones breves: (30-45 minutos) orientadas a Servicios o Colectivos. Curso de evaluación de riesgos y seguridad del paciente:
 - o Contenidos : Introducción a la Seguridad del paciente, características y funcionamiento del SINASP, circuito interno de análisis, gestión de notificaciones y ejemplo práctico de notificación de un incidente
 - o Tríptico informativo al alumnado
 - o Encuesta de satisfacción.

Periodo de formación: Noviembre 2016- Mayo de 2017. Se realizó una sesión general hospitalaria (noviembre 2016) y un curso de 16 horas de seguridad del paciente (abril de 2017). Desde el 7 marzo hasta el 2 de mayo se realizaron 44 sesiones con un porcentaje de asistencia del 38% del personal sanitario hospitalario, de los cuales contestaron a la encuesta un 87%.

La duración media de las sesiones breves fue de $45 \pm 9,760$. La valoración de los cursos extraído de las encuestas de satisfacción nos indica lo siguiente: La puntuación media en una escala de 1 al 5, donde 1 significa muy deficiente y 5 muy bueno fue de 4,57 para la claridad de la exposición, 4,28 el interés, 4,06 la aplicabilidad y 4,40 la valoración global. En las sugerencias de formación nos mencionan reforzarla mediante cursos on line, que sea una actividad acreditada así como realizar más sesiones con casos prácticos y establecer recuerdos periódicos. En las sugerencias de implantación nos indican la importancia del feed back a los profesionales y la implicación en las acciones de mejora de la Dirección. Nos señalan además que se trata de un registro muy importante y necesario para mejorar la calidad.

A la vista de los resultados podemos concluir que la valoración global de la formación ha sido buena aunque la aplicabilidad del registro es la que ha obtenido peor puntuación. Podremos extraer más conclusiones cuando se implante definitivamente el SINASP.

AUTORES: GÓMEZ SANTILLANA, MAR; SILVA CONTRERAS, J; CERVERA MONTEAGUDO, B; GARROTE MARTINEZ, A; CASTRO GALLEGO, M; PÉREZ ALONSO, M.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ.



ID: 80

TÍTULO: PROYECTO APROPIADO

RESUMEN:

En abril de 2013, la Asociación Española de Pediatría (AEP) inicia el proyecto Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España, con el objetivo principal de disminuir las intervenciones sanitarias que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias. Sin embargo, no se establecen indicadores de evaluación. El Servicio de Pediatría de un hospital de nivel terciario propone un análisis prospectivo concretando indicadores de evaluación y medidas a implementar, en caso de resultados negativos.

Objetivo principal: Analizar la adecuación a las recomendaciones de “no hacer” de la AEP y otras sociedades científicas. Objetivos secundarios: Implementar medidas de mejora relacionadas con las recomendaciones que se estudian. Examinar si las conductas no apropiadas son debidas a una actitud global del servicio o bien a actuaciones individuales de determinados pediatras.

Estudio descriptivo de tipo transversal, prospectivo, de ámbito local y unicéntrico. Periodo: 01/01/17-31/12/17. Se incluyen < 16 años diagnosticados de alguna de las patologías que se analizan en el proyecto y que se especifican en el apartado de resultados. El primer lunes de cada mes, cada investigador realiza una revisión de las historias clínicas correspondientes, en función de la recomendación a analizar, y emitirá un informe al investigador principal del Proyecto.

Resultados parciales (01/01/17-31/05/17). Estructura: Recomendación / Porcentaje de adecuación. No retrasar la antibioterapia ante la sospecha de sepsis por obtener cultivos/100%. No realizar EEG ni neuroimagen tras convulsión febril simple/100%. No dar antibióticos de forma rutinaria en gastroenteritis/100%. No realizar estudios de celiaquía antes de la introducción del gluten/100%. No realizar RX tórax en la bronquiolitis/81%. No usar anticatarrales en < 2 años/95%. No realizar urocultivos de control/100%. Sustituir la RX de control por ecografía de tórax/57%. No realizar RX cráneo en TCE leves/100%. No tratar con antibióticos FAA ni ITU sin estudio microbiológico previo/98%.

Las recomendaciones actuales de “no hacer” de la AEP y otras sociedades están claramente establecidas. Sin embargo, la mayoría de los centros sanitarios no han desarrollado herramientas para medir la adecuación. Sin estos datos, no es posible implementar medidas formativas. Se presenta el primer estudio pediátrico español que ha analizado 10 prácticas clínicas comunes en pediatría y ha comparado sus resultados con las recomendaciones propuestas por la evidencia científica y la Medicina Apropiaada. Se trata de análisis relativamente sencillos con soluciones eminentemente prácticas, dirigidas a aumentar la formación específica en determinados facultativos. En nuestra experiencia, es el camino que se debe tomar en nuestro país para conseguir el uso juicioso, racional y apropiado de pruebas complementarias y tratamientos en niños.

AUTORES: PIÑEIRO PÉREZ, ROI; DE LA PARTE CANCHO, M; GUERRA GUTIÉRREZ, F; ALFARO CADENAS, L; CARABAÑO AGUADO, I.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA.



ID: 81

TÍTULO: LA CENTRAL DE RESULTADOS: DE LOS PROFESIONALES A LA CIUDADANÍA

RESUMEN:

La Central de Resultados tiene la misión de medir, evaluar y difundir los resultados alcanzados por los centros sanitarios. Pretende ser un instrumento de referencia para la ciudadanía, los centros sanitarios y la administración que ofrezca un sistema transparente de medida y evaluación para rendir cuentas, favorecer la comparación entre centros sanitarios – benchmarking– y compartir las mejores prácticas.

 Facilitar el Acceso a la información según la necesidad e interés del perfil de usuario

 Adecuar de los formatos y canales de información para llegar a todos los usuarios

En el 2010 se presenta el primer informe de la Central de Resultados con indicadores generales de estilo de vida, utilización de servicios y calidad de vida. A partir del 2012 se empiezan a publicar informes por ámbito (atención hospitalaria, atención primaria, atención sociosanitaria, salud mental y adicciones). Durante los años siguientes se amplían los ámbitos de salud recogidos (salud pública, servicios de emergencia y docencia) y se añade un informe con una visión territorial. Los profesionales participan a través de un comité de expertos, grupos de trabajo y talleres de discusión para incluir sus necesidades. Y, finalmente a partir de 2016, la ciudadanía toma un papel relevante ya que representan otro actor a quien se dirige la central de resultados. Se trabaja sobre la adecuación de las infografías, que se empiezan a publicar por primera vez en 2013, a partir de su participación directa en el diseño. Todos los datos se encuentran en formato de opendata para que puedan ser consultados y reutilizados.

Es una iniciativa pionera en el estado español. Los informes responden a la demanda de transparencia en las decisiones políticas y a la rendición de cuentas en el uso de recursos públicos a la ciudadanía. Permiten conocer los resultados de los proveedores del sistema de salud, y sirven para mejorar la calidad y la eficiencia de la atención mediante la comparación y la puesta en común de las mejores prácticas y ayudan al empoderamiento de la ciudadanía.

AUTORES: MIAS CARBALLAL, MONTSE; RUIZ MUÑOZ, D; COLLS GUERRA, C; GARCÍA-ALTÉS, A.

CENTRO DE TRABAJO: AGÈNCIA DE QUALITAT I AVALUACIÓ SANITÀRIES DE CATALUNYA (AQUAS).



ID: 82

TÍTULO: ADECUACIÓN DEL REGISTRO Y GESTIÓN DE INCIDENCIAS DE CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

En el día a día de un equipo de atención primaria (EAP), nos encontramos con incidencias que alteran el funcionamiento normal de nuestra labor. Algunas de estas incidencias pueden llegar a ser potencialmente graves para el propio paciente y muchas de ellas pueden ser subsanables.

Con motivo de la acreditación en calidad impulsada por el Departament de Salut de Catalunya se llevo a cabo una revisión de los diferentes sistemas de recogida de incidencias que se utilizan en los EAPs ICS Girona.

Se observó una gran variabilidad tanto en el grado de recogida de incidencias, como en los sistemas utilizados.

El objetivo principal consiste en desarrollar una herramienta informática para poder recoger incidencias de forma sistemática y posteriormente realizar la gestión centralizada.

Objetivos secundarios: Implementación de la herramienta en todos los EAPs y analizar su uso y el tiempo de respuesta.

comportado varias fases:

- a) Desarrollo: mediante una colaboración entre informática, representantes de los referentes de calidad y direcciones de los EAPs.
- b) Periodo de pruebas y difusión: Durante dos meses se realizaron pruebas con el aplicativo para detectar problemas.
- c) Lanzamiento del aplicativo: En enero de 2014 se puso a disponibilidad de los profesionales. A partir de ese momento el aplicativo de incidencias de calidad era la herramienta de referencia para el registro de incidencias en los EAPs.
- d) Seguimiento: Durante los primeros meses tras su lanzamiento se llevó a cabo el seguimiento y feedback de la utilización del aplicativo en los distintos EAPs.
- e) Revisión del aplicativo: tras un año de su implementación se hizo una revisión del aplicativo donde se consensuaron acciones de mejora

Hemos conseguido un incremento de uso de la herramienta exponencial, pasando de 267 incidencias reportadas mensualmente en la primera versión a 828 en la segunda versión.

Analizando los tipos de incidencias y realizando una agrupación por tipos, el tipo de incidencias más frecuentes corresponden a la categoría inespecífica "Otros" seguidas por "Calidad del material i equipamiento asistencial" y en tercer lugar "Continuidad asistencial".

El desarrollo y utilización de la herramienta ha sido continuo y progresivo, contribuyendo a:

- Facilitar el registro de las incidencias producidas en un EAP al ser accesible a todos los profesionales.
- Identificar claramente las áreas de mejora.
- Mejorar la trazabilidad y seguimiento de las acciones de mejora.
- Los directores de EAP han expresado su satisfacción con la herramienta, por facilitar la gestión diaria de las incidencias que se producen en el centro y por la visión global de los principales puntos de mejora que la herramienta les proporciona.
- El aplicativo también ha sido una herramienta clave en facilitar las auditorías para lograrla acreditación en calidad, según el Modelo de acreditación del Departament de Salut.

AUTORES: RIQUE CAZAUX, MARTA; FIGA MARTEL, M; ALUM BOU, A.

CENTRO DE TRABAJO: DAP GIRONA.



ID: 83

TÍTULO: RENOVACIÓN DEL PLAN DE CALIDAD SANITARIA EN UNA MUTUA LABORAL

RESUMEN:

Durante el año 2016 se plantea un momento clave en materia de Calidad Sanitaria en MC MUTUAL, con la finalización del Plan de Calidad 2014-2016, la aparición del nuevo Plan Estratégico de la Mutua 2015-2018 e importantes cambios en el sector. La finalización Plan de Calidad Sanitaria 2014-2016 supone, en primer lugar, realizar una valoración del cumplimiento de las Líneas Estratégicas (LE1-Usuario, LE2-Práctica excelente, LE3-Capacitación y Conocimiento, LE4-Seguridad del paciente y LE5- Cultura y metodología). El Plan Estratégico MC MUTUAL 2015-2018 acentúa la orientación de la mutua hacia la relación consistente con nuestras empresas mutualistas y trabajadores autónomos adheridos, reforzando aún más la necesidad de desarrollar un plan de calidad con la máxima amplitud y profundidad. Los cambios en el Entorno económico y en el Sector de mutuas se relacionan con la recuperación del mercado laboral e incremento de la siniestralidad y el absentismo.

Evaluar el impacto del anterior PCS 14-16 con el objetivo de elaborar un nuevo PCS que permita: Consolidar los logros obtenidos e identificar áreas de mejora en el nuevo PCS 17-19. Simplificar las herramientas de gestión de la calidad sanitaria. Aprender de los aspectos realizados y, especialmente, de los no consolidados.

Completar el análisis interno y formular el externo a MC Mutua, con la finalidad de elaborar un Plan de Calidad adecuado a la organización y su entorno

Durante el 2016 se llevan a cabo reuniones de trabajo con una doble finalidad: Evaluación del impacto del PCS 14-16. Análisis Plan Estratégico 2015-2018: Impacto del análisis del Plan estratégico 2015-2018 en el Plan de Calidad Sanitaria. Actuaciones del Plan de Calidad integradas en el Plan de iniciativas del PE.

Los resultados del PCS 14-16 muestran un buen cumplimiento en las acciones definidas con una consecución del 75% de dichas acciones. Los indicadores muestran un buen cumplimiento general, con margen de mejora en algún aspecto relacionado con los programas específicos. Las encuestas de satisfacción muestran que la opinión de los pacientes es muy positiva. Los Profesionales sanitarios consideran que las acciones que han tenido más impacto en su realidad sanitaria son las relacionadas con paciente y seguridad del paciente. El análisis del plan estratégico concluye que el Plan de Calidad Sanitaria impacta en: la incorporación de la calidad sanitaria en el desarrollo de nuevos productos, y en la potenciación de los ya existentes,

Se elabora el PCS 2017-2019, que define 5 bloques de actividad: Seguridad del paciente, Actuación clínica adecuada (a profesionales y pacientes), Gestión del conocimiento, Innovación y Cultura y desarrollo. Se han analizado las actuaciones e instrumentos que han tenido mayor impacto y se definen nuevos objetivos para consolidarlos. Se simplifican herramientas para guiar las acciones de calidad sanitaria. Se identifican los aspectos no consolidados para aprender de ellos y desarrollarlos en el nuevo Plan.

AUTORES: MOYA ALCOCER, DIEGO¹; PLANA ALMUNI, M²; LOZANO MORENO, A³; IGLESIA REINA, S⁴; BALLESTER ROCA, M⁵; MANZANERA LOPEZ, R⁶.

CENTRO DE TRABAJO: MC MUTUAL¹; MC MUTUAL²; MC MUTUAL³; MC MUTUAL⁴; GERMANS TRIAS I PUJOL⁵; MC MUTUAL⁶.



ID: 84

TÍTULO: AUTOEVALUACIÓN INTERNA DE LA UNIDAD DE CALIDAD CON LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN SECA

RESUMEN:

Actualmente no existe ningún tipo de acreditación propia y específica por lo que es necesario que las Unidades de Calidad de los Hospitales realicen un proceso de acreditación mediante estándares de calidad. La SECA ha elaborado unas recomendaciones a través de unos estándares de calidad en fase de pilotaje siguiendo el modelo EFQM.

Realizar una autoevaluación para comprobar el cumplimiento de dichos estándares como punto de partida para la acreditación externa de nuestra Unidad que se desarrollará en fase de pilotaje por la SECA.

Ámbito: Unidad de Calidad del Hospital Monte Naranco (HMN) que trabaja con las certificaciones y normas UNE ISO 9001, y a nivel regional con el SINOC (Sistema de Información Normalizado para Objetivos en Calidad); desde el año 2004 se está trabajando con herramientas e indicadores de Seguridad de Pacientes. Marco: Hospital de 194 camas y asociado a la Universidad, fundamentalmente pacientes agudos geriátricos y quirúrgicos.

Enfoque: Proceso transversal dentro del nivel estratégico del mapa de procesos del HMN.

Metodología: Autoevaluación interna por las 2 profesionales de la Unidad mediante los 9 criterios y 96 estándares incluidos en el Manual de la SECA (fase de pilotaje).

Periodo: Abril - Mayo 2017.

Resultados:

A. En el apartado de Agentes Facilitadores el cumplimiento (número y porcentaje) y el valor medio de puntuación de los siguientes criterios fue:

1. Liderazgo (5/9; 55,6%) y (2,2), 2. Estrategia (10/11; 90,9%) y (3,6), 3. Personas (7/9; 77,8%) y (3,1), 4. Alianzas y Recursos (4/6; 66,7%) y (2,7), 5. Procesos, Productos y Servicios (18/18; 100%) y (4).

B. En el apartado de Resultados:

6. Resultados en los Clientes (2/4; 50%) y (1,7), 7. Resultados en las Personas (7/12; 58,3%) y (2,4), 8. Resultados en la Sociedad (3/6; 50%) y (2,2), 9. Resultados Clave (18/21; 85,7%) y (3,3).

De los estándares a aportar pruebas documentales (6, 12, 28, 34, 50, 56, 72, 78 y 94), la Unidad dispone de documentación para la evaluación externa.

La puntuación total fue de 74 estándares cumplidos (77,4%) y el valor medio de 3,1. Los criterios con más oportunidades de mejora fueron: Liderazgo (falta de definición de procesos clave y de selección, competencias y perfil del responsable), Resultados en los Clientes (falta de medición de la educación dada sobre Seguridad de Pacientes y otras dimensiones de la Calidad) y Resultados en la Sociedad (falta de participación de docentes externos y de premios recibidos).

Conclusión:

a) El resultado total de autoevaluación dio una "Acreditación APTA", 22 criterios con oportunidades de mejora.

b) Los criterios 2. Estrategia, 5. Procesos, Productos y Servicios y 9. Resultados Clave fueron los más completos y los que menos los criterios 1. Liderazgo, 6. Resultados en los Clientes y 8. Resultados en la Sociedad.

c) La herramienta de autoevaluación ha resultado ser adecuada y muy completa para valorar todos los aspectos del funcionamiento de la Unidad.

AUTORES: MENÉNDEZ FRAGA, MARÍA DOLORES¹; FERNÁNDEZ TAMARGO, E²; VALLINA VÁZQUEZ, C³; VÁZQUEZ VALDÉS, F⁴.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL MONTE NARANCO¹; HOSPITAL MONTE NARANCO²; HOSPITAL MONTE NARANCO³; HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS⁴.

ID: 85

TÍTULO: EVITANDO LINFADENECTOMÍA AXILAR EN PACIENTES CON MASTECTOMÍA Y GANGLIOS CENTINELAS POSITIVOS

RESUMEN:

En Cirugía Conservadora por cáncer de mama, desde la aceptación en las guías nccn de los criterios del estudio ACOSOG, en la mayoría de los Servicios de Ginecología se ha dejado de practicar la linfadenectomía axilar en los casos de Cirugía conservadora, en los que 1-2 ganglios centinelas resultan positivos para malignidad, siempre y cuando la cirugía se complete con Radioterapia adyuvante (además de Quimioterapia y Hormonoterapia según indicaciones).

Sin embargo, las guías Clínicas ASCO 2016 siguen recomendando la linfadenectomía axilar en caso de mastectomía si los ganglios son positivos. No obstante hay cada vez mayor controversia acerca de si esto es siempre necesario, especialmente si hay enfermedad limitada en los nódulos afectados, y si se asocia Radioterapia como tratamiento adyuvante (aplicación ensayo AMAROS) Valoración de los casos de cáncer de mama, subsidiarios de cirugía radical, en los que podría evitarse una linfadenectomía axilar por Ganglios Centinelas positivos, disminuyendo así el riesgo de complicaciones como el linfedema

Desde la apertura del hospital en marzo 2012, hasta diciembre 2016 se han diagnosticado y tratado 428 pacientes con cáncer de mama.

En nuestro centro se vienen utilizando los criterios del estudio ACOSOG en cirugía conservadora desde que se publicaron en la guía nccn (agosto 2012). De este modo, se evita la linfadenectomía en las pacientes con 1-2 ganglios centinelas positivos.

Nos planteamos en este trabajo evitar la linfadenectomía axilar también en pacientes sometidas a mastectomías con ganglios centinelas positivos (Estudio Amaros)

Resultados: La mediana de edad de las pacientes con cáncer de mama fue de 58 años (Rango: 20-94).

Realizamos Biopsia Selectiva de Ganglio Centinela (BSGC) en el 69,5 % de las pacientes (similar en cirugía conservadora y mastectomías), y en el 78 % de los casos el Ganglio Centinela resultó negativo.

El 23 % fue subsidiaria de linfadenectomía axilar (En Cirugía conservadora fueron el 16,1 % y en Mastectomía el 42,3 %)(p: 0,0001)

Descartando las 28 pacientes sometidas a Quimioterapia neoadyuvante (previo a la cirugía), en las 110 restantes, podríamos haber evitado la linfadenectomía en 21 de ellas (15,2 %)

Conclusiones: En nuestro Centro se ha generalizado la omisión de linfadenectomía en cirugía conservadora y ganglios centinelas positivos.

En el momento actual se empiezan a seleccionar casos en los que sería posible evitar la linfadenectomía axilar, en pacientes con ganglios positivos y cirugía radical.

Revisando nuestra casuística, habrían sido 21 los vaciamientos axilares que se habrían ahorrado, con la consecuente reducción en complicaciones y aumento de la calidad de vida

AUTORES: NOGUERO MESEGUER, ROSARIO; DE MATIAS, M; CUESTA, A; FERNÁNDEZ, R; ABREU, E; DE LAS PEÑAS, D.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL REY JUAN CARLOS.



ID: 86

TÍTULO: DESPLIEGUE BOTTOM-UP DE LAS RECOMENDACIONES DE NO HACER EN UN SERVICIO DE SALUD

RESUMEN:

En los últimos años se ha promovido a nivel internacional la creación de una cultura destinada a minimizar aquellas prácticas que no aportan valor al paciente, que pueden causarle daño y que consumen recursos y tiempo de los profesionales. En nuestro país, el Ministerio de Sanidad en colaboración con las Sociedades científicas y los Servicios de salud han impulsado con este mismo objetivo el proyecto “Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España”. Nuestra comunidad comenzó en 2016 a desplegar esta estrategia.

- Facilitar el despliegue del proyecto del SNS en nuestro servicio de salud, promoviendo la priorización de recomendaciones, la identificación de barreras y la propuesta de planes de acción a nivel local

- Crear una cultura de “no hacer” entre los profesionales

Para alcanzar estos objetivos, se diseñó una estrategia bottom-up a nivel de la comunidad que incluía:

- La distribución de las recomendaciones nacionales según su ámbito de aplicación. De esta forma cada unidad (centro de salud/servicio hospitalario) podía tener recomendaciones emitidas por su sociedad y por otras.

- La elaboración de herramientas corporativas que facilitarían el trabajo a realizar en las unidades (material gráfico, presentaciones, matriz de priorización, matriz de seguimiento,...).

- La inclusión del proyecto entre los objetivos de gestión 2016-17.

- La realización de sesiones con equipos directivos, coordinadores de calidad y equipos clínicos.

- El despliegue del proyecto a nivel local. Cada unidad tenía que priorizar 2 recomendaciones utilizando la matriz de priorización diseñada, identificar las barreras que podían dificultar su puesta en marcha, las medidas que se iban a utilizar para abordar estas barreras y los indicadores de seguimiento que se iban a emplear para monitorizar el cambio en la práctica clínica

- El proyecto ha tenido una gran acogida. El 85,2% de los centros de salud y el 65% de los servicios hospitalarios se han adherido a él.

- El 35% de las elecciones se ha concentrado en 6 recomendaciones: 1) uso de Inhibidores de la bomba de protones, 2) AINEs, 3) pruebas de imagen en lumbalgia, 4) radiología en preoperatorio, 5) frecuencia de determinación de HBA1c y 6) empleo de tiras reactivas y glucómetros.

- La distribución de las recomendaciones por ámbito de aplicación ha demostrado ser un enfoque adecuado. El 91% de las elecciones realizadas en atención primaria corresponden a recomendaciones emitidas por sociedades hospitalarias y en el caso del hospital, el % de servicios que han elegido recomendaciones ajenas a su sociedad supera el 40%.

AUTORES: PEREZ BOILLOS, MARIA JOSE; PACHECO MARTÍNEZ, C; MONTERO ALONSO, S; JIMENEZ ALEIXANDRE, P; GONZALEZ PASTRANA, J; ALCALDE MARTÍN, M.

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA REGIONAL DE SALUD.



ID: 87

TÍTULO: INDICADORES DE RESULTADO PARA SERVICIOS DE CIRUGÍA GENERAL: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN 9 HOSPITALES PÚBLICOS

RESUMEN:

La gestión de procesos es trascendental para la calidad asistencial de los servicios de salud. Sin embargo, la información obtenida con indicadores de resultado da una visión más amplia de las unidades y, dado el caso, permite comparar hospitales. En una situación ideal, el cálculo de estos indicadores no debe suponer una carga adicional, por lo que el cálculo de indicadores a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) parece una estrategia óptima.

Describir la atención en los servicios de cirugía general y digestiva de la Región de Murcia a través de indicadores de resultado extraídos del CMBD.

Se obtuvo el CMBD de los nueve hospitales públicos de la Región de Murcia de 2006 a 2015 a través del Registro Regional de CMBD de la Consejería de Salud. Se calcularon 8 indicadores previamente estudiados, todos ellos como proporciones. El Registro extrajo los episodios denominadores y, posteriormente, se obtuvieron los numeradores y los resultados por hospital en Microsoft Excel.

A lo largo del periodo, todos los hospitales presentan una codificación superior al 99% de las altas, excepto un hospital en 2015 (88%). En cuanto al cumplimiento de los indicadores, la estancia preoperatoria menor a dos días presenta un cumplimiento deficitario en dos hospitales hasta 2012 y, posteriormente, es inferior al 4,5% en todos ellos. Los indicadores sobre reingreso hasta 30 días y reingreso hasta 7 días tras alta por cirugía mayor ambulatoria presentan tasas más elevadas en un hospital que en los demás en los años 2009 a 2012, siendo este hospital el que presenta menos volumen de cirugía. El indicador de hemorragia o hematoma posoperatorio se mantiene en tasas de entre el 0 y el 3,5 % en la mayoría de hospitales y años. El indicador de dehiscencia en cirugía abdominopélvica presenta sólo 5 hospitales por encima del 1,5% en un determinado año, 3 de ellos en un hospital durante el periodo de 2009 a 2011. Tanto este indicador, como el de hemorragia presentan muy pocos eventos, por lo que son candidatos a indicadores centinela. Las tasas de infección tras cirugía limpia se encuentran muy cercanas al 0% y el de infección tras cirugía colorrectal presenta las tasas más altas de todos los indicadores. Las tasas de fallo de rescate tras cirugía son altas principalmente en 3 hospitales, pero hay que tener en cuenta que el denominador (pacientes intervenidos quirúrgicamente que presentan complicaciones) es de baja prevalencia. La limitación principal del estudio la falta de ajuste por variables que puedan influir en la diferencia de resultados entre hospitales.

En conclusión, se muestra la factibilidad de la medición a través del CMBD de los indicadores propuestos, que conforman una visión de la calidad asistencial en cirugía general y digestiva de la Región de Murcia y pueden ser utilizados en otros entornos españoles.

AUTORES: ÁNGEL GARCÍA, DANIEL¹; MARTÍNEZ NICOLÁS, I²; PEREIRA GARCÍA, LF³; SORIA ALEDO, V⁴.

CENTRO DE TRABAJO: UNIVERSIDAD CATÓLICA SAN ANTONIO DE MURCIA¹; INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA²; UNIVERSIDAD DE MURCIA³; HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER⁴.



ID: 88

TÍTULO: CREACIÓN Y MODELAJE DE 8 INDICADORES PARA SERVICIOS DE CIRUGÍA GENERAL: PRESENTE Y FUTURO DE UN PROYECTO NACIONAL

RESUMEN:

Es necesario promover el benchmarking y la comparación entre hospitales para la mejora del Sistema Nacional de Salud. La evaluación de los servicios de cirugía es un campo previamente explorado, pero sin una iniciativa clara de monitorización que permita la comparación de estos servicios.

Proponer diferentes indicadores de resultado para unidades de cirugía general con capacidad para ser utilizados en benchmarking y revisar los factores asociados a los mismos para desarrollar modelos de ajuste de riesgo específicos a cada uno.

A partir de ocho indicadores estudiados previamente, se realiza una propuesta definitiva que incluye: 1) Estancia preoperatoria menor a dos días; 2) Reingreso hasta 30 días tras alta por cirugía; 3) Reingreso hasta 7 días tras alta por cirugía mayor ambulatoria; 4) Hemorragia o hematoma posoperatorio; 5) Dehiscencia en cirugía abdominopélvica; 6) Infección tras cirugía limpia; 7) Infección tras cirugía colorrectal; y 8) Fallo de rescate tras cirugía. Se realizó una búsqueda de la literatura en PubMed para factores de riesgo y factores protectores relacionados con cada uno de estos indicadores, a excepción de estancia preoperatoria. Los términos de búsqueda utilizados incluían "readmission", "hemorrhage", "dehiscence", "infection", "failure to rescue" y sus posibles homónimos, junto con "surgical", "surgery", "quality indicator", "risk", "adjustment" o "risk adjustment". Adicionalmente, se revisaron las referencias de las especificaciones técnicas de los indicadores y se realizó una búsqueda en Google.

Tras la síntesis de los factores descritos en la literatura, se realizó una consulta a expertos clínicos para obtener un marco conceptual de cada indicador. Se presentan los resultados de la revisión, la síntesis y el marco conceptual con resultados preliminares del modelo de ajuste (basado en regresión logística) de uno de estos indicadores, y se describen los próximos pasos del proyecto. Se obtuvieron 565 resultados en la búsqueda de PubMed, 71 publicaciones de las referencias de los indicadores y 32 de literatura gris. Finalmente, 103 fueron útiles para los modelos de ajuste. Se encontró mucha variabilidad en número de estudios, tipo de publicación, población estudiada y variables consideradas por cada búsqueda.

Existe una amplia colección de conocimiento sobre los factores de riesgo relacionados con los eventos descritos en estos indicadores. Muchos de ellos han sido explorados extensamente, pero no todos son estudiados en modelos de ajuste y existe mucha variabilidad en los mismos. Las síntesis consensuadas con expertos y los marcos conceptuales que derivan de ellas, constituyen una fuente de evidencia y una referencia para el modelaje de los indicadores propuestos para la evaluación comparativa y mejora de la calidad de los servicios de cirugía general del Sistema Nacional de Salud.

AUTORES: MARTÍNEZ NICOLÁS, ISMAEL¹; ÁNGEL GARCÍA, D²; PEREIRA GARCÍA, LF³; SORIA ALEDO, V⁴; PÉREZ GUARINOS, CV⁵.

CENTRO DE TRABAJO: UNIVERSIDAD DE MURCIA¹; UNIVERSIDAD CATÓLICA SAN ANTONIO DE MURCIA²; UNIVERSIDAD DE MURCIA³; HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER⁴; UNIVERSIDAD DE MURCIA⁵.

ID: 89

TÍTULO: EL RECONOCIMIENTO DEL FRACASO COMO CLAVE DEL ÉXITO: DOS EXPERIENCIAS DE COMISIONES ASISTENCIALES

RESUMEN:

El proyecto sobre seguridad del paciente permite un avance en la declaración de eventos adversos, bajo el prisma "errar es humano". La clave está en el análisis sistémico sin buscar culpables. Sin embargo, para que la implantación de las acciones de mejor acordadas logren resultados sólidos y sostenidos hay que dar un paso más: "el reconocimiento del fracaso".

Poner en evidencia el reconocimiento de los fracasos de las comisión asistenciales como clave de éxito en los proyectos de mejora.

Evidenciar el valor de la comunicación entre comisiones para la gestión de los fracasos detectados.

Se presentan dos casos:

1. La Comisión de Infecciones, profilaxis y política antibiótica (CIPPA) identifica, a través de los resultados del VINCat, la existencia de una tasa de infección de la cirugía del cáncer colo-rectal por encima de lo deseado. En una primera fase se tuvo que validar los resultados obtenidos para poder asumir el fracaso de estos resultados. En una segunda fase se planifica una serie de acciones de mejora a partir de los acuerdos en el seno de la CIPPA. A partir de este momento, se asumen una serie de fracasos por no alcanzar el objetivo marcado que obliga a una sucesión de nuevas acciones hasta alcanzar el objetivo, una tasa de infección por debajo de la media del VINCat.

2. La Comisión de Mortalidad (CM), a través del Áudit de una historia de un paciente de 91 a. fallecido con trastorno cognitivo muy grave y alto nivel de dependencia, identifica que durante su último año de vida ha sido asistido en múltiples ocasiones en el Servicio de Urgencias por dolores abdominales secundarios a cálculos biliares conocidos desde hacia años. Se había descartado tratamiento quirúrgico. En el análisis del caso se observa que durante el último año se realizaron, en distintas visitas a urgencias, 4 TC i una ECO-abdominal que ratificaron la existencia de los cálculos y la no indicación quirúrgica. La CM lo notifica a la Comisión de Radiodiagnóstico y esta llevó a cabo, a partir de este caso, un análisis retrospectivo (2016) sobre el número de exploraciones en el Servicio de Radiología por paciente/año. Los datos demuestran que en 440 pacientes se realizaron ≥ 10 estudios/año, con 13 pacientes con ≥ 20 exploraciones/año. La comunicación entre comisiones ha permitido identificar el fracaso en adecuación de los estudios radiológicos i la identificación de la necesidad de definir alarmas sobre el riesgo de irradiación acumulada anual por paciente. Se está trabajando en un proyecto de adecuación de los estudios de imagen de nuestros enfermos.

Sin un análisis crítico que permita la identificación de los fracasos, se hace difícil ser ambiciosos y tener éxito en el empeño de la implantación de acciones de mejora.

La comunicación entre comisiones de expertos es un factor de éxito, tanto para identificar fracasos como para alcanzar las mejoras deseadas y identificar posibles alarmas.

AUTORES: NOLLA SALAS, MIQUEL; AZNAR PUIG, S; CALERO LILLO, A; PIÑOL PIÑOL, A; PORRÓN LÓPEZ, R; SMITHSON AMAT, A.

CENTRO DE TRABAJO: FUNDACIÓ HOSPITAL DE L'ESPERIT SANT.

ID: 90

TÍTULO: É-SAÚDE. SERVICIO ONLINE A PACIENTES: ACCESO DELEGADO

RESUMEN:

É-Saúde es una plataforma tecnológica de servicios on line que proporciona herramientas digitales interactivas de comunicación desde cualquier dispositivo conectado a Internet como modo de gestión de la información personal de salud entre el paciente y el Servicio de Salud

Desde su puesta en marcha (15 de septiembre 2016) los pacientes podían gestionar en primera persona sus procesos de salud. Desde el 1 de abril del 2017, el Servicio de Salud ha habilitado un procedimiento de autorización de acceso por personas distintas al titular en dos situaciones: acceso de padres o tutores a la carpeta personal de salud de hijos o persona bajo tutela, y acceso de una persona mayor de edad a otro adulto Esta modalidad de acceso se denomina 'acceso delegado'

Facilitar el acceso por parte de terceras personas autorizadas a la información y servicios que el Servicio de Salud de nuestra Comunidad Autónoma pone a disposición de la ciudadanía a través de É-Saúde

El acceso delegado exige en el primero de los casos (acceso de padres o tutores a la carpeta de salud de sus hijos o persona bajo tutela) que la persona que lo solicita firme un documento de solicitud ante un profesional del Servicio de Salud, quien verifica la identidad y el vínculo entre las personas implicadas. Por lógica legal y operativa, son los padres o tutores legales los responsables y los que realizan todo el proceso asistencial con los hijos y, junto con los profesionales, toman las decisiones diagnósticas y terapéuticas

En el segundo de los casos (acceso de una persona mayor de edad a la Carpeta Personal de Salud de otro adulto) se requiere que tanto el autorizante como la persona en la que se delega el acceso firmen su consentimiento delante del profesional del Servicio de Salud ante el que se formaliza. Por las limitaciones propias de la edad, de la enfermedad, por el desconocimiento de las nuevas tecnologías u otras circunstancias, son los cuidadores familiares o profesionales los que les acompañan en la toma de decisiones asistenciales y realizan los procedimientos y gestiones que conllevan

En ambas situaciones deben de tener una cuenta en É-Saúde (Carpeta Personal de Salud) tanto los autorizados como la persona menor, incapacitada u otorgante.

El trámite de solicitud de autorización de acceso por personas distintas al titular puede formalizarse en cualquiera de los centros de salud de la red del Servicio de Salud. La creación de cuenta en É-Saúde se realiza online, y el acceso requiere identificación inequívoca con DNIe, o si se ha solicitado, con certificado de la FNMT o con clave CHAVE365.

Desde la apertura de É-Saúde un total de 23785 ciudadanos con tarjeta sanitaria activa de la comunidad autónoma pueden acceder a su carpeta personal de salud a través de la plataforma É-Saúde.

Desde la apertura del Acceso Delegado el 1 de abril de 2017, un total 343 ciudadanos (273 representantes y 70 personas autorizadas) tienen activa esta modalidad de acceso.

AUTORES: GARCÍA TENORIO, PAULA¹; FARJAS ABADÍA, P²; CID ÁLVAREZ, MS³.

CENTRO DE TRABAJO: JEFATURA TERRITORIAL DE SANIDAD¹; JEFATURA TERRITORIAL DE SANIDAD²; EOXI VIGO³.



ID: 91

TÍTULO: TRANSICIÓN A LA NORMA UNE-EN-ISO 9001:2015 DE UN SERVICIO DE FARMACIA

RESUMEN:

La nueva versión de la Norma ISO 9001 con la introducción de nuevos conceptos como “contexto de la organización”, “partes interesadas” o “riesgos y oportunidades”, implica una actualización de los servicios certificados para cumplir dichas especificaciones.

Describir el proceso de adaptación a la Norma UNE-EN-ISO 9001:2015 de un Servicio de Farmacia (SF) con certificación en Calidad por la Norma ISO 9001:2008.

En octubre de 2016 la Gerencia del Área Sanitaria convocó una reunión extraordinaria de los servicios certificados para revisar el Procedimiento General de Gestión de Riesgos, elaborado por la Unidad de Calidad, así como el estado del Sistema para la transición a dicha Norma. A continuación, el SF definió el contexto del servicio a través de un análisis DAFO, identificó las partes interesadas y estableció una metódica para la gestión del riesgo. Se llevaron a cabo varias sesiones formativas por el Responsable de Calidad del SF y uno de los Técnicos de la Unidad de Calidad, para dar a conocer la importancia de la identificación, evaluación y tratamiento de los riesgos. Las sesiones se impartieron a un total de 40 profesionales (farmacéuticos, enfermeras, técnicos de farmacia, administrativas y celadores). Posteriormente, se colocaron distintos paneles por estamento para que cada uno, a modo de tormenta de ideas, comunicase los riesgos detectados en el desempeño de sus funciones.

Por otro lado, el SF contaba con un procedimiento operativo de Farmacovigilancia que pasó a ser una instrucción técnica de un nuevo procedimiento llamado “Control del riesgo y seguridad del paciente”. En éste se describió la participación del SF en el Núcleo de Seguridad y Grupo SINASP del Área, así como el proceso de notificación de reacciones adversas y gestión de alertas de medicamentos. También se desarrolló la sistemática de identificación del riesgo, análisis y evaluación, registro y tratamiento de los mismos. Se elaboró una matriz con los riesgos detectados, identificando el origen y las consecuencias, y se catalogó la probabilidad, gravedad y capacidad de no detección para conocer el Nivel de riesgo y su tratamiento.

Con la tormenta de ideas se identificaron 18 riesgos: 10 (55,5%) por farmacéuticos; 3 (16,7%) por técnicos de farmacia; 2 (11,1%) por administrativas; 2 (11,1%) por celadores y 1 (5,6%) por enfermeras. Actualmente están evaluados 3 riesgos mediante la matriz; los niveles de riesgo obtenidos fueron: 1 aceptable, 1 moderado y 1 severo. Se implantaron medidas de control/tratamiento en el aceptable y severo, estando en fase de resolución el moderado.

En marzo de 2017, se notifica en Auditoría Externa como favorable la transición por el SF a la nueva versión de la Norma.

Además, se estableció una sistemática para el seguimiento de la Gestión de riesgos por parte de la Gerencia mediante el desarrollo de reuniones periódicas con los servicios certificados (primera en abril 2017).

AUTORES: GRANERO LOPEZ, MONICA; FERNANDEZ LOPEZ, MA; RODRIGUEZ PENIN, I.

CENTRO DE TRABAJO: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL1.



ID: 92

TÍTULO: ACCIÓN DE MEJORA EN LA ADECUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE HIGIENE DE MANOS EN EXTRACCIONES

RESUMEN:

La higiene de manos es la medida más eficaz del control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. El servicio de extracciones es un punto que ofrece atención ambulatoria a un importante número de pacientes donde existe riesgo frecuente de contacto con fluidos, lo que hace imprescindible la realización de higiene de manos para disminuir el riesgo de contaminación entre un paciente y otro. El cumplimiento de higiene de manos observado en la Unidad durante 2015 estuvo en torno al 20%, omitiendo la acción de higiene de manos por el hecho del uso de guantes. Por este motivo se decide realizar en esta Unidad una intervención multimodal.

Mejorar el cumplimiento de higiene de manos en el Servicio de Extracciones a través de una estrategia multimodal.

Período de intervención: junio 2016-abril 2017. La intervención se ha realizado de la siguiente manera: 1) Se decide nombrar a dos personas claves de la Unidad en higiene de manos. 2) Adaptación de los momentos de higiene de manos definidos por la Organización Mundial de la Salud a la actividad propia de la Unidad. 3) Formación en higiene de manos y uso adecuado de guantes. 4) Observación directa y continua del cumplimiento con retroalimentación individual e inmediata al profesional observado. 5) Informe mensual de los resultados a todo el personal de la Unidad

Durante el periodo de intervención se realizaron 6 sesiones de formación (2 iniciales y 4 de refuerzo) y 411 observaciones. Tras el inicio de la intervención (junio 2016) se alcanzó un cumplimiento del 84,38% que descendió en los meses de agosto y septiembre llegando a un mínimo del 46,15%. A partir de octubre el cumplimiento se fue incrementando desde el 82,05% hasta llegar a un 100% en diciembre. En 2017 el cumplimiento se ha mantenido por encima del 90%, en un rango del 92,6% al 100%.

Nuestros resultados demuestran que una estrategia multimodal es clave para la mejora del cumplimiento de higiene de manos. La presencia de dos personas implicadas dentro de la Unidad es fundamental para conseguir una mejora y mantenerla en el tiempo. El refuerzo positivo impulsado desde la Supervisión ha sido otro elemento clave para alcanzar el objetivo. La implantación de este tipo de estrategia debe de ser continua en el tiempo para detectar oportunamente los factores que pueden alterar el resultado esperado.

AUTORES: ADILLO MONTERO, MARIA ISABEL; FARIZA SANCHO, V; CASAMAYOR GALLEGO, G; SANZ MONEDERO, E; GIRALDEZ GARCIA, C.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA.



ID: 93

TÍTULO: RADIOLOGÍA SIMPLE EN CENTROS AMBULATORIOS: ALTA CALIDAD Y MÍNIMO RIESGO

RESUMEN:

La mayoría de los procesos clínicos en MC MUTUAL (mutua colaboradora con la Seguridad Social) son de carácter traumatológico y de evolución aguda, por lo que un alto porcentaje de los pacientes atendidos precisan una prueba radiológica para confirmar el diagnóstico médico. En los centros asistenciales de la Mutua el servicio de radiología se gestiona por enfermeros titulados como operadores de radiodiagnóstico que conlleva una orientación fuertemente práctica, no estando formados como Técnicos Especialistas en Radiodiagnóstico.

1.Normalizar la calidad de las imágenes. 2.Disponer de proyecciones adecuadas para el diagnóstico orientativo. 3.Impulsar la protección radiológica segura para pacientes y profesionales

Revisión de 14.399 estudios radiológicos de las proyecciones más frecuentes realizados durante los años 2015 y 2016 en las instalaciones radiológicas de los centros asistenciales de MC Mutual. Zonas anatómicas revisadas: -Columna:Cervical y lumbar.-Extremidad superior:Hombro, muñeca y mano.-Extremidad inferior:Rodilla, tobillo y pié.

Aspectos valorados de cada proyección: Identificador del operador. Correspondencia de la solicitud con la imagen. Correcta posición del paciente. Colimación y centraje. Valores de exposición (Contraste / Definición)

Los resultados evolutivos entre 2015 y 2016 han sido: - Identificación del operador: En el año 2016 el 79.62% de los estudios están correctamente identificados. Hay mejora del 16.68% respecto al 2015. El 88.37% de los estudios corresponde plenamente con la solicitud, frente al 84.72% de 2015 (+3.64%). - Correspondencia de la solicitud con la imagen: En 2016 el 88.37% de los estudios corresponde plenamente con la solicitud, frente al 84.72% de 2015 (+3.64%). - Posición del paciente en la proyección: En 2016 el 77.03% de las exploraciones, la posición del paciente es correcta, frente al 73.45% de 2015 (+3.58%). -Valores de exposición: En 2016 los valores de exposición son correctos en un 71.81% de los estudios, frente al 68.86% de los estudios de 2015 (+2.95%). -Centraje correcto de la prueba: En 2016 el centraje es correcto en un 84.03% de los estudios, frente al 89.74% de los estudios de 2015 (-5.70%). - Colimación máxima a la zona de estudio: En 2016 la colimación es correcta en 83.26% de los casos, frente al 79.18% de 2015 (+4.08%).

Conclusiones: Persistir en la identificación adecuada del operador para personalizar futuras acciones formativas. Tras los datos obtenidos en el 2015, se "endurecieron" los criterios en la evaluación de las imágenes; con especial relevancia en el descenso mandibular en el frente de columna cervical, y en la correcta alineación de los cóndilos femorales en el perfil de rodilla. Determinar la elección de realizar los estudios de columna lumbar, en decúbito o en bipedestación, y determinar en qué casos es precisa la visualización de crestas, por el consiguiente aumento de irradiación del paciente. Hacer hincapié en la colimación y utilización de medios de protección

AUTORES: SAURÍ CASADELLA, CARME; LUZ GONZÁLEZ, A; CALAVIA RODRIGUEZ, C; LOZANO MORENO, A; PLANA ALMUNI, M; MANZANERA LOPEZ, R.

CENTRO DE TRABAJO: MC MUTUAL.

ID: 94

TÍTULO: PROBABILIDAD DE INCAPACIDAD PERMANENTE POR ACCIDENTE DE TRABAJO. USO DE UNA VERSIÓN DISCRETA DE TÉCNICAS BAYESIANAS.

RESUMEN:

La Incapacidad permanente (IP) es concedida por el INSS a partir del balance entre las deficiencias objetivas en el estado clínico del paciente y los requerimientos de la actividad laboral. Representa un impacto económico para la Seguridad Social de gran relevancia. Poder estimar anticipadamente cual es el riesgo de que un caso de baja laboral termine en este tipo de indemnización, resulta de gran interés.

Estimar cual es el riesgo individual de terminar en incapacidad permanente, a partir de diferentes variables clínicas y sociodemográficas.

Se han estudiado tres tipos de variables que creemos relacionadas con la IP: el diagnóstico de la lesión (CIE10 principal), la actividad profesional (Código Nacional de Ocupación - CNO) y otras variables socio-demográficas de especial relevancia, como son, la existencia de un curso clínico con recaídas, la presencia de reclamación/judicialización del proceso (determinación de contingencia, impugnación al alta o reclamación judicial), la finalización del contrato laboral en el curso de la baja (fin de contrato, jubilación), y la edad (mayor de 50 años).

Como método estadístico, se han empleado técnicas bayesianas discretas, para el cálculo del riesgo (valor predictivo positivo) y su actualización a medida que conocemos la presencia de los diferentes factores considerados.

Al tratarse de técnicas discretas, no se obtiene un intervalo de confianza para cada medida, por lo que el resultado en estimación puntual, tiene un carácter meramente orientativo.

Se analizaron los datos correspondientes 2012, con un total de 12302 bajas laborales y 121 incapacidades permanentes.

Los diagnósticos con mayor poder predictivo fueron: Fractura de fémur (valor predictivo de un resultado positivo 0.63), Fractura de calcáneo (0.42), Hernia discal lumbar (0.36), Herida ocular (0.24), Amputación (0.22), Fractura pierna (0.18), IAM (0.17), Fractura de columna (0.09).

En cuanto a las profesiones, Peones de la construcción y de la minería (0.03), Trabajadores de obras estructurales de construcción (0.03) y Montadores y ensambladores en fábricas (0.02).

Respecto a las variables sociodemográficas, la presencia de reclamación/judicialización del proceso (0.09), Recaída clínica (0.07), finalización del contrato laboral (0.04) y edad mayor de 50 años (0.02)

La variable que mejor predice la finalización del proceso en IP, es la variable diagnóstico, teniendo la profesión, por el contrario un peso escaso. La combinación de los factores ajenos al diagnóstico, curso clínico y actividad laboral, estiman el riesgo de IP en 44%.

La probabilidad de cursar un expediente de IP y su actualización a medida que conocemos la presencia de los diferentes factores considerados, se muestra sencilla y resulta en una aproximación al riesgo fácil de implementar.

AUTORES: ZABALZA MANTILLA, OSCAR¹; ULIBARRENA SAINZ, MA²; LANDA ETXEBERRIA, F³; ECHENAGUSIA CAPELASTEGUI, V⁴.

CENTRO DE TRABAJO: MUTUALIA ALAVA¹; MUTUALIA ALAVA²; MUTUALIA VIZCAYA³; MUTUALIA VIZCAYA⁴.



ID: 95

TÍTULO: TRAS 3 AÑOS DE SINASP PRIMARIA, ¿CONTINUAMOS?

RESUMEN:

En octubre de 2013 iniciamos la implantación de SiNASP Primaria en nuestra Comunidad Autónoma, tres años después evaluamos la implantación del proyecto.

Conocer el grado de implantación del sistema en Atención Primaria (AP) tras tres años y comparar nuestros resultados con la media nacional. Decidir el futuro del proyecto en nuestra Comunidad. Evaluamos la implantación del SiNASP en nuestra Comunidad contemplando indicadores cuantitativos de seguimiento del desempeño del SiNASP referentes al volumen, características, gestión, análisis de notificaciones, SAC, resultados en acciones de tratamiento de riesgos y feedback a los profesionales, obtenidos del módulo de Gestión de Comunidad Autónoma entre el 1 de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2016. Realizamos un análisis cualitativo en reunión con los gestores principales del SiNASP en AP, en el VII encuentro de Gestores del SiNASP AP de nuestra Comunidad, en noviembre de 2016, identificando elementos facilitadores, barreras y áreas de mejora para el funcionamiento del SiNASP en los Servicios de AP.

En nuestra Comunidad 30 Servicios de AP, en 7 áreas de gestión integrada, trabajan con SiNASP en diciembre 2016, el 6,6% de los centros de AP que utilizan SiNASP en España(30/450). El 60,5% del total de notificaciones gestionadas en España que utilizan SiNASP son de nuestra Comunidad (861/1423).

Un 5,2% de incidentes notificados en nuestra CCAA fueron graves. Un 62,9% de los notificantes se identificaron, pero solo al 42,3% se les envió un correo desde el módulo de gestión de centro. El tiempo medio de gestión de las notificaciones fue 24,6 días, un 3,7% se cerraron con indicación de ACR y el 79,6% se cerraron con acciones de mejora. Se cerraron el 1,4% de ACRs por notificaciones realizadas. En este período se registraron 211 reuniones de grupo de análisis, 73 sesiones de presentación de casos y 128 informes de feedback a los profesionales.

El 60,5% de las notificaciones recibidas (529) proceden de 6 Servicios de AP. Tienen menos de 3 notificaciones 6 Servicios de AP (20% del total).

En el análisis cualitativo se identificaron barreras/elementos facilitadores agrupados en: aspectos motivacionales, condiciones laborales, formación y soporte, estrategia de la organización y cultura de seguridad y se proponen acciones de mejora.

Tras el análisis de resultados hemos decidido continuar con el proyecto de manera decidida, incorporando como objetivo en nuestros acuerdos de gestión ampliar la implantación del SiNASP en AP.

AUTORES: MARTIN RODRIGUEZ, M^a DOLORES; RODRÍGUEZ PÉREZ, B.

CENTRO DE TRABAJO: SERGAS. SUBDIRECCIÓN GENERAL ATENCIÓN AL CIUDADANO Y CALIDAD.



ID: 97

TÍTULO: CÓDIGO100. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE PACIENTES EN INNOVACIÓN SANITARIA

RESUMEN:

Las herramientas TIC, basadas en los Registros de Salud Personal, y el Portal del Ciudadano, permiten a este participar, implicarse y adquirir mayor grado de autonomía dentro del sistema sanitario. El Código100. Línea de empoderamiento del paciente, incluye estas herramientas caracterizadas por contenidos multimedia, entorno multicanal y acceso multi ubicación, capaces de personalizar la información y servicios, de forma automática e inteligente, adaptándose a los intereses y preferencias del usuario, manteniendo un entorno seguro de intercambio de información entre el ciudadano, el Sistema y los profesionales de la salud.

Establecer un mapa de necesidades no cubiertas de prevención y autogestión de la salud por parte del ciudadano para facilitar su empoderamiento mediante el uso de herramientas TIC.

El equipo convocó a las asociaciones de pacientes que forman parte del Consejo asesor del Sistema sanitario autonómico, a dos talleres para conocer sus necesidades reales satisfechas, no satisfechas y tecnología posiblemente aplicable.

Las asociaciones aportaron presentaciones explicando cada punto del cuestionario, así como la exposición por parte de sus representantes durante los talleres.

Se desarrollaron dos talleres durante el mes de abril, 2017.

Asistieron 31 asociaciones de enfermos, representando a 19.052 pacientes asociados.

Asociaciones de Alzheimer, artritis, autismo, cáncer, síndrome de Down, diabetes, demencia, discapacidad intelectual, daño cerebral, enfermedad inflamatoria intestinal, renal, enfermedades raras, Esclerosis Lateral Amiotrófica, Esclerosis Múltiple, fibromialgia, hemofilia, lesionados medulares, linfedema, parálisis cerebral, Parkinson, sordera y trasplantados. Entre las que se encuentran aquellas enfermedades de mayor prevalencia y cursan en su evolución hacia la cronicidad.

La identificación de necesidades fueron:

Autogestión de paciente crónico mediante aplicaciones digitales confiables para rehabilitación, adherencia al tratamiento y autocuidados.

Plataforma de generación de contenidos online para la formación del usuario, cuidador y voluntarios, incluyendo recursos de ludificación.

Plataforma de consultas online con el equipo de salud en entorno seguro.

Mecanismos de alerta, tanto de eventos adversos o alarma como de geolocalización.

Desarrollo de aplicaciones digitales específicas integradas en una plataforma, prescribibles tanto por los sanitarios como por los usuarios, y genéricas.

Mapas y guías de recursos.

Monitorización y control terapéutico mediante Registros de Salud Personal.

Mejora de accesibilidad según necesidades.

La identificación de este mapa de necesidades no cubiertas realizada por Código100. Línea de empoderamiento, como punto de partida para el desarrollo de herramientas TIC, posibilita la participación, implicación y en consecuencia la autonomía del paciente, lo que a su vez favorecerá la prevención del deterioro de la enfermedad justo en las enfermedades de mayor prevalencia y cronicidad.

AUTORES: CID ÁLVAREZ, MARÍA SOL¹; GARCÍA TENORIO, P²; ROSÓN CALVO, B³; QUILES DEL RÍO, J⁴; FARJAS ABADÍA, P⁵.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL ÁLVARO CUNQUEIRO, VIGO¹; JEFATURA TERRITORIAL DE SANIDAD²; S.GRAL DE SISTEMAS Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN³; S.GRAL DE SISTEMAS Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN⁴; JEFATURA TERRITORIAL DE SANIDAD⁵; 6.



ID: 98

TÍTULO: PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE LA TERAPIA ANTICOAGULANTE ORAL CON DICUMARÍNICOS EN UNA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

Desde la implantación en 2013 del sistema de notificación de incidentes (SNI) TPSC-Cloud en nuestra Dirección de Atención Primaria (DAP) y hasta 2015 se han notificado numerosos incidentes relacionados con la anticoagulación con dicumarinas que afectan a la seguridad del paciente anticoagulado. La Unidad Funcional de Seguridad de Pacientes (UFSP) territorial consideró prioritario analizar las causas de éstos y establecer prácticas seguras con el fin de minimizar el riesgo dado el impacto del proceso sobre la seguridad de los pacientes en Terapia con Anticoagulación Oral (TAO)

Principal: Garantizar la seguridad de los pacientes en TAO con dicumarinas homogeneizando el proceso en Atención Primaria. Específicos: 1) Identificar puntos críticos en la seguridad de los pacientes anticoagulados. 2) Elaborar protocolo con recomendaciones y buenas prácticas para el manejo seguro del paciente anticoagulado en nuestro territorio

Se creó un equipo de mejora integrado por referente territorial de TAO, expertos clínicos de medicina, enfermería, dirección asistencial, responsable de farmacia y referente de calidad. Se diseñó el proyecto y estableció el plan de trabajo. Con la revisión previa cuali y cuantitativa de los incidentes notificados y el análisis DAFO obtuvimos el diagnóstico de situación. Se utilizó metodología Hoshin para establecer la estrategia de mejora, se fijó cronograma y se definieron las actividades a realizar. Se realizó revisión exhaustiva del protocolo existente y actualizaciones, de sociedades científicas locales, de ámbito nacional y de Guías de Práctica Clínica de nuestra empresa. El proyecto contempló la elaboración de un protocolo normalizado de contenido teórico y material educativo audiovisual para realizar la formación de los referentes del proceso de los EAP de nuestra DAP y posteriormente a todos los profesionales de los EAP así como establecer circuitos de coordinación entre niveles asistenciales.

El protocolo de anticoagulación con dicumarinas elaborado define: 1) Pacientes que deben realizar el control TAO en AP o en hospital, consensuado con el servicio de Hematología de referencia. 2) Indicaciones, contraindicaciones y complicaciones de la terapia con dicumarinas. 3) Criterios de Inicio, seguimiento y terapia puente ante una intervención. 4) Programa educativo para pacientes. El protocolo, además de contenido teórico, contiene tres procedimientos (PR): PR1 inicio de la TAO, PR2 seguimiento de la TAO, PR3 terapia puente y diagrama de flujo del proceso. El 100% de los referentes en TAO de la DAP han recibido la formación. Está previsto realizar la formación del resto profesionales de los EAP de la DAP.

Conclusiones:

La TAO con dicumarínicos supone un elevado riesgo para la seguridad del paciente. La implantación de un protocolo consensuado y unificado para todo el territorio disminuye la variabilidad y contribuye a minimizar el riesgo. La educación sanitaria favorece el empoderamiento del paciente en el manejo de su proceso

AUTORES: ALVAREZ LUY, MERCEDES¹; GONZALEZ GARCES, A²; VIDAL MANSILLA, G³; BEJARANO ROMERO, F⁴; LLOBET AZPITARTE, P⁵; MARTIN VERGARA, N⁶.

CENTRO DE TRABAJO: ABS VALLS URBA¹; ABS VALLS URBA²; ABS ALT CAMP EST³; DAP CAMP DE TARRAGONA⁴; CAP LLIBERTAT⁵; CAP HORTS DE MIRÓ⁶.

ID: 99

TÍTULO: AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA VISITA DE URGENCIAS DE LOS CENTROS ASISTENCIALES EN ASEPEYO

RESUMEN: Asepeyo es una Mutua colaboradora con la Seguridad Social que asume la asistencia sanitaria de las contingencias profesionales de los trabajadores empleados en sus empresas afiliadas. Se plantea una auditoría cualitativa del registro de las visitas de urgencias con una muestra que permita obtener conclusiones sobre cómo se atiende a los pacientes, si son correctamente informados y si se toman las decisiones correctas respecto a la determinación de la contingencia, orientación diagnóstica, realización de pruebas complementarias y prescripción de tratamientos. Se inició la auditoría en 2016 con una revisión de 1872 historias. Se seleccionaron al azar 10 historias de cada médico con diagnósticos de dos de las patologías más prevalentes en nuestro medio (5 historias de patología cervical y 5 de hombro). Se creó un grupo de trabajo, compuesto por 10 auditores, mediante el cual se consensuaron los criterios de valoración, la confección definitiva de la parrilla de puntuación y su aplicación. Se revisó la calidad del contenido de cada apartado de la primera visita de urgencias con una puntuación final de 25 puntos, repartidos de la siguiente manera:

1) Complimentación de campos (3 puntos):

- Lugar accidente : 1
- Profesión : 1
- Mecanismo lesional : 1

2) Antecedentes y anamnesis (7 puntos):

2.A) Mención de antecedentes médico-quirúrgicos:

- 0: No se mencionan ni en pantalla de antecedentes ni en 1ª visita.
- 1: En antecedentes o en 1ª visita.

2.B) Anamnesis: Valoración de la anamnesis informada basándose en las referencias del lesionado (sintomatología): Características del dolor:

Forma de inicio de la sintomatología, localización, intensidad, duración de los síntomas, alivio con el reposo, agravación con determinados gestos o actividades y sintomatología asociada.

- 0: Sin anamnesis.
- 2: Deficiente
- 4: Incompleta
- 6: Completa

3) Exploración y RX (10 puntos):

3.A) Exploración: Inspección, palpación y evaluación funcional (balance articular y maniobras específicas).

- 0: No hay
- 2: Deficiente
- 4: Incompleta sin signos específicos/ algún signo específico con exploración deficiente.
- 6: Completa con algún signo específico
- 8: Completa con todos los signos específicos

3.B) RX informada:

- 0: No se informa nada
- 1: Informa de la región anatómica de la RX pero no del resultado o no informa la región anatómica
- 2: Informa región anatómica RX + Resultado o informa de la prueba complementaria solicitada siendo ésta la indicada de primera elección

4) Tratamiento (5 puntos):

- 0: No hay tto
- 1: sólo menciona la medicación sin especificar pauta
- 3: Medicación + pauta
- 5: Medicación + pauta + recomendaciones

La auditoría ha permitido detectar aquellos profesionales con déficits en el registro, en la toma de decisiones u otros requerimientos técnicos de necesarios en un médico de urgencias, y adoptar las acciones formativas oportunas.

AUTORES: LAMBEA GUIU, ASUNCIÓN; LINARES SALAS, C.

CENTRO DE TRABAJO: ASEPEYO.



ID: 100

TÍTULO: MEJORA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SEGURIDAD EN LOS CUIDADOS EN UN SERVICIO DE SALUD

RESUMEN:

Desde 2009, el Servicio con competencias en Seguridad del Paciente del Servicio de Salud de una Comunidad Autónoma, elabora los indicadores de Seguridad en los Cuidados, a partir de los datos proporcionados por informática del aplicativo GACEL. Este trabajo se realiza manualmente y se puede automatizar, mejorando la eficiencia del servicio y homogeneizando los datos que se manejan en todas las Estructuras Organizativas de Gestión Integrada (EOXI)

Revisar, ampliar y automatizar el cuadro de indicadores de seguimiento de proyectos relacionados con la Seguridad en los Cuidados cuya fuente de información es el Aplicativo GACELA. Alcance: Prevención de Úlceras por Presión, Prevención de Caídas y Abordaje del Dolor en los Hospitales

En enero de 2016 se crea un grupo de trabajo con supervisores de calidad y responsables de GACELA de las 7 Estructura Organizativa de Gestión Integrada (EOXI) de nuestra Comunidad, un enfermero programador y dos informáticas del equipo Proyecto GACEL, coordinado por una técnico del Servicio de Sistemas de Calidad y Mejora Continua. El grupo revisa la evidencia disponible, los indicadores y datos de seguimiento de los proyectos disponibles en GACELA y la sistemática para la obtención de datos para la construcción de los indicadores en Servicios Centrales y en las EOXI. Definimos los indicadores críticos para el seguimiento de estos proyectos e incorporamos en Úlceras por Presión la estratificación del seguimiento por grupos de población, con características diferenciadas y sistemas de evaluación del riesgo específicos: adultos (≥15 años, excluyen las pacientes obstétricas), población pediátrica (niños entre 1 mes y 14 años) y neonatos ingresados en UCI o hasta 1 mes de vida (se excluyen neonatos sanos). En Prevención de Caídas incorporamos la estratificación de caídas por consecuencias. El enfermero programador desarrolló un Programa de Cuadro de Mando de Seguridad en los Cuidados con Excel, que automatiza la obtención de los indicadores y facilita su consulta, partiendo de un modelo que había desarrollado en su EOXI. Una vez definidas las variables para la construcción de los indicadores, las informáticas de Proyecto Gacel elaboraron las SQLs para la extracción de datos del Aplicativo GACEL que nos envían trimestralmente y se incorporan al programa del Cuadro de Mando. En Abril 2017 pilotaje.

En mayo 2017 disponemos de una herramienta que permite el seguimiento de 65 indicadores de Seguridad en los Cuidados en servicios centrales, en el servicio con competencias en Calidad Asistencial. Proporciona datos estratificados por Comunidad, EOXI, Hospital, GFH. Genera informes de seguimiento con datos comparativos entre EOXIs y Hospitales.

Una vez finalizada esta fase y comprobada su fiabilidad, el siguiente paso es facilitar esta herramienta y la extracción de datos a las Unidades de Calidad de las EOXI, en las que la estratificación de la información se puede hacer por hospitales, por GFH y por unidad de enfermería

AUTORES: MARTÍN RODRÍGUEZ, MD¹; DELGADO FERNÁNDEZ, R²; RODRÍGUEZ PÉREZ, B³; PESADO CARTELLE, J⁴.

CENTRO DE TRABAJO: SERGAS. SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN AL CIUDADANO Y CALIDAD¹; EOXI FERROL. SERGAS.²; SERGAS. SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN AL CIUDADANO Y CALIDAD³; EOXI FERROL. SERGAS.⁴.

ID: 101

TÍTULO: REDUCIENDO REINTERVENCIONES POR MARGENES AFECTOS. VALORACION DEL TUMOR RESIDUAL TRAS REINTERVENCION.

RESUMEN:

Reducir la comorbilidad sobre la paciente al precisar reintervención en cáncer de mama tras márgenes afectados en una primera cirugía.

Análisis de los resultados tras reintervención por márgenes afectados y mejoría con respecto a años previos.

Evaluación del número de reintervenciones por márgenes afectados como resultado de la primera cirugía por cáncer de mama. Evaluación de tipo de cáncer intervenido, superficie media de afectación de márgenes y positividad para cáncer en la anatomía patológica de la ampliación.

Descripción analítica de estos datos.

RESULTADOS:

- A lo largo de los años 2015 y 2016 se han intervenido en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Rey Juan Carlos un total de 217 pacientes con cáncer de mama.
- La edad media de nuestras pacientes con cáncer de mama es de 58 años
- El porcentaje de cirugía conservadora en 2016 fue 65,5%
- El tipo CDI fue el más abundante
- De ellos se reintervinieron a causa de márgenes afectados en la primera intervención 4 pacientes en 2015 y otras 6 pacientes en 2016.
- Del total de cirugías por ampliación, solo en un 20% (2/10) se obtuvo tumor residual.
- La media de la superficie afecta fue de 0,62 mm, con un mínimo de 0,4 mm y un máximo de 0,8 mm.
- El tamaño medio de las piezas de ampliación fue de 5,7 cm.
- La distribución de la superficie de afectación según histología del tumor fue similar para todos los casos.

CONCLUSIONES:

Solo en un 20% de todas las reintervenciones por márgenes afectados en la primera cirugía fue positivo para cáncer.

En el protocolo de nuestro centro en cuanto a cirugía conservadora, ampliamos sistemáticamente 5 bordes desde 2015. Mediante esta técnica hemos disminuido sustancialmente el número de reintervenciones de ampliación de márgenes.

AUTORES: FERNANDEZ HUERTAS, RAQUEL; NOGUERO MESEGUER, MR; DE MATIAS MARTINEZ, M; CUESTA CUESTA, AB; ABREU GRIEGO, E.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL REY JUAN CARLOS.



ID: 103

TÍTULO: SATISFACCIÓN LABORAL EN PROFESIONALES DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

RESUMEN:

la satisfacción laboral de los profesionales constituye un indicador indirecto relevante de la calidad de atención prestada en las instituciones sanitarias.

determinar el grado de satisfacción laboral en una muestra de profesionales sanitarios de un servicio de urgencias hospitalario, y analizar su asociación con variables socio-demográficas y laborales de la muestra estudiada.

estudio descriptivo de corte transversal. Emplazamiento: unidad de urgencias de un Hospital General Universitario de Murcia. Se empleó una muestra de conveniencia de 67 profesionales sanitarios de urgencias (médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería). Como instrumentos de medida se utilizó una encuesta de variables socio-demográficas y laborales junto con el cuestionario validado Font Roja, que permite la evaluación de la satisfacción laboral. Dicho instrumento diferencia 9 factores de satisfacción con el trabajo y sigue una escala likert de 5 puntos, de menor a mayor satisfacción. Análisis estadístico mediante SPSS-20. Datos expresados como medias \pm desviación estándar y porcentajes, y las comparaciones mediante pruebas estadísticas no paramétricas y correlación de Spearman.

se registró una tasa de participación del 74,44%, con una satisfacción global media de $3,21 \pm 0,35$. Por dimensiones, el factor de presión en el trabajo fue el aspecto con el que los profesionales mostraron menor satisfacción ($2,34 \pm 0,88$). En cuanto al análisis realizado con el perfil socio-demográfico y laboral de la muestra, la edad se asoció de forma negativa con la satisfacción con la competencia, promoción profesional y monotonía laboral, mientras se asoció de forma positiva o directa con la presión en el trabajo. Según el género, las mujeres se mostraron más satisfechas que los hombres con el reconocimiento profesional. El tiempo en la profesión se asoció de forma negativa con la satisfacción con la promoción profesional. Así mismo, el tiempo trabajado en el servicio de urgencias se relacionó de forma negativa con la satisfacción con los compañeros de trabajo. Respecto la variable turno laboral, los turnos de 7 horas registraron mayor satisfacción con la competencia profesional. Finalmente, según la categoría profesional, los médicos mostraron mayor satisfacción con la monotonía laboral.

Conclusiones: este estudio ha encontrado niveles de satisfacción moderados en la muestra de profesionales analizada. El reconocimiento profesional y la presión laboral constituyen las facetas laborales con las que los profesionales se encuentran menos satisfechos laboralmente. Los medios gestores deberían dirigir su atención y estrategias de cambio a estas áreas deficitarias, con el fin de incrementar la satisfacción de los profesionales lo que contribuirá, a su vez, a mejorar la calidad de la atención prestada a los usuarios de los servicios de Urgencias.

AUTORES: ABELLÁN MOMPEÁN, LAURA; RÍOS RISQUEZ, MI; ABELLÁN SOTO, S; IZQUIERDO ROMERO, FJ; MORALES VÁZQUEZ, E; MARÍN GUILLÉN, C.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL MORALES MESEGUER.

ID: 104

TÍTULO: CIRCUITO DE ATENCION PRIORITARIA AL PACIENTE CON FIEBRE Y TRATAMIENTO QUIMIOTERAPICO INTRAVENOSO RECIENTE

RESUMEN:

La neutropenia febril es una complicación habitual del tratamiento quimioterápico y como consecuencia es un motivo de consulta de los pacientes oncológicos

Los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias(SU) con esta sintomatología tienen unas características que les hacen más vulnerables que otros pacientes, por la propia patología de base, y por el tratamiento que han recibido que les provocan más astenia, malestar general y deterioro. Además desde el punto de vista estrictamente clínico la neutropenia puede ser severa y condiciona mal pronóstico si la demora en la atención es elevada

Por ello y dentro del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) del SU se plantea realizar un circuito de atención prioritaria a los pacientes con fiebre y quimioterapia reciente

Elaborar un circuito para favorecer la atención prioritaria a los pacientes con fiebre en el momento de consulta y en domicilio que sigue tratamiento oncoespecífico con vistas a hacer un diagnóstico y tratamiento precoz de la neutropenia febril y con el objetivo de favorecer la comodidad y confort de dicho paciente evitando las esperas prolongadas

El circuito se activa en el triaje del SU cuando consulta un paciente con antecedentes de cáncer que ha recibido tratamiento quimioterápico intravenoso en las tres semanas previas con fiebre actual o en domicilio(>38°C)

Si el paciente tiene fiebre en el triaje y tiene inestabilidad hemodinámica, quebrantamiento del estado general o cortejo vegetativo se traslada a la zona de boxes para ser atendido inmediatamente

Si el paciente tiene fiebre en el triaje pero no tiene ninguna de estas características, se traslada a la zona de consultas preferentes para ser atendido con prioridad tras ser activado el circuito por la enfermera de triaje

Si el paciente no tiene fiebre en el triaje será atendido en la zona de consultas generales con prioridad (la enfermera activará el circuito comunicando a un facultativo la presencia de un paciente de estas características)

:EL circuito se ha implantado en el SU recientemente mejorando la atención y el confort de estos pacientes

AUTORES: OLALLA MARTÍN, M^a VICTORIA; ROMERO PAREJA, R; GONZÁLEZ REVALDERÍA, J; SALAS ALVAREZ DEL VALLE, F.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE.



ID: 105

TÍTULO: CIRCUITO DE INGRESO PREFERENTE A LOS PACIENTES CANDIDATOS ÚNICAMENTE A MEDIDAS DE CONFORT

RESUMEN:

En ocasiones la falta de camas de hospitalización por sobresaturación del Hospital condiciona que pacientes que ingresan candidatos únicamente a medidas de confort fallezcan en el Servicio de Urgencias.(SU)

El SU no tiene las características necesarias para favorecer un ambiente adecuado para este tipo de situaciones tanto para el paciente, como para la familia y el personal.

El paciente acude a urgencias por distintos motivos, desde una enfermedad oncológica en tratamiento paliativo, pacientes ancianos con enfermedades crónicas avanzadas, o procesos neurológicos graves o agudos. A éstos pacientes se les valora, se les diagnostica y, una vez decidido el ingreso, si no hay camas disponibles en el hospital el paciente tiene que permanecer en el SU con las dificultades y las incomodidades que esto plantea: falta de intimidad, dificultad para que la familia esté al lado del paciente, problemas en los cuidados básicos por la sobresaturación del servicio y, además, en ocasiones incompreensión e incomodidad a otros pacientes y familiares que están en el SU

Analizando del año 2014 del Sistema de Gestión de la Calidad del Servicio de Urgencias se detectó que había subido el porcentaje de pacientes que fallecieron en el Servicio de Urgencias estando pendientes de que se les adjudicara cama.

Elaborar un circuito para facilitar que el ingreso de pacientes candidatos únicamente a medidas de confort sea lo más rápido posible para mejorar la intimidad y la comodidad del paciente y la familia

El circuito lo activa el facultativo responsable cuando detecta un paciente de éstas características:

1. Mala evolución de la patología por la que acuden y en la que se ha decidido limitación del esfuerzo terapéutico
- 2.- Pacientes con patología oncológica en tratamiento paliativo que están en situación de últimos días.
- 3.- Pacientes con patología aguda que por su situación basal y mala evolución inicial, se ha decidido limitar el esfuerzo terapéutico.

Una vez detectado un caso se avisa al Supervisor de Urgencias los laborables por la mañana, o al Supervisor de guardia el resto del tiempo para que asigne al paciente la primera cama individual libre que haya, con el compromiso de que el paciente suba a la planta en un máximo de una hora. El supervisor de guardia que es el encargado de buscar la cama al paciente y hacer que ingrese en planta lo más rápido posible,. Debe registrar los datos del paciente en una tabla Excel. Desde su puesta en marcha se han registrado una media de tres pacientes mensuales, y en todos los casos se han cumplido los objetivos establecidos. El circuito funciona muy bien gracias a la colaboración de todos los profesionales implicados (desde el facultativo hasta el personal de enfermería y de Admisión), y las familias agradecen que el paciente esté confortable y tener mayor intimidad.

AUTORES: OLALLA MARTÍN, M^a VICTORIA; GONZALEZ REVALDERÍA, J; ROMERO PAREJA, R; SALAS ALVAREZ DEL VALLE, F.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE1.

ID: 106

TÍTULO: ANÁLISIS DEL RIESGO DE BURNOUT PROFESIONAL EN PERSONAL SANITARIO DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

RESUMEN:

El colectivo sanitario no realiza una actividad mecánica, sino de relaciones con los pacientes. Las condiciones en las que se da la relación médico paciente, pueden verse afectadas por problemas psicológicos, como el síndrome de Burnout y así amenazar la calidad de la atención sanitaria, pudiendo constituir un dilema de calidad asistencial.

- Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout entre el personal médico adscrito al Servicio de Psiquiatría y área de Salud del Hospital Clínico universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA).
- Analizar las dimensiones del Síndrome de Burnout, cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización profesional (RP) de los médicos del área de Salud del HCUVA
- Valorar si existen profesionales en riesgo para desarrollar Síndrome de Burnout

Es un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal. El ámbito del estudio es el Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) y Centro de Salud Mental adscrito. El estudio se realizó durante todo el mes de abril del 2017. La muestra está formada por el personal médico en activo que trabaja en el Área de Salud Mental correspondiente al HCUVA.

La herramienta utilizada para el estudio fue el Cuestionario Maslach Burnout Inventory. Encuesta auto-administrada que consta de 22 ítems, Mide el desgaste profesional a través del cálculo de las dimensiones: Cansancio emocional, Despersonalización y Realización personal.

La muestra del estudio está formada por 22 cuestionarios. Al ser agrupados por actividad laboral, 10 desempeñaban su labor como adjuntos especialistas en psiquiatría y el resto 12 como Médicos Internos Residentes.

Del total de encuestados 17 fueron mujeres y 5 hombres. Estaban solteros 8 y el resto estaba casado o vivía en pareja 14. La muestra refleja una edad media de 38 años. La antigüedad media en el trabajo fue de 10,4 años.

El estado civil soltero, muestra una asociación alta y estadísticamente significativa con el nivel alto de las dimensiones de Burnout para CE y DP. El tipo de contrato (eventual) muestra asociación estadísticamente significativa con las dimensiones RP y CE. La antigüedad laboral (mayor de 12 años) por otro lado tiene una asociación estadísticamente significativa con un nivel alto de la dimensión CE. Una edad mayor de 40 años muestra una mayor probabilidad de tener la dimensión CE en niveles de Burnout.

En este estudio no hemos encontrado ningún profesional que tenga las tres dimensiones que definen el síndrome de Burnout, algo que nos diferencia de otros estudios realizados con otros estamentos y también de los realizados en médicos no pertenecientes a salud mental, en donde pueden llegar hasta valores de 10-15% de Burnout. Si bien podría explicarse por lo reducido de la muestra y por haberla realizado solo en médicos psiquiatras; ya que otros estamentos laborales como enfermería, psicología, auxiliares presentan en muchos estudios mayores niveles de Burnout.

AUTORES: ROJAS LUAN, ROXANA SOLEDAD; MANZUR ROJAS, P; CANTERO SANDOVAL, A; MARIN MARTINEZ, JM; TORRES MARIN, ME; SANCHEZ SICILIA, MP.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA.

ID: 107

TÍTULO: PREFERENCIAS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS: ¿TIEMPO DE SUPERVIVENCIA O CALIDAD DE VIDA? A QUIÉN PREGUNTAR Y CÓMO PREGUNTAR

RESUMEN:

La toma de decisiones en base a las preferencias de los pacientes incrementa la eficiencia. Hemos diseñado un estudio de preferencias al respecto de los beneficios que el tratamiento sistémico del cáncer (TSC) puede proporcionar a un paciente oncológico en situación de enfermedad avanzada (tiempo de supervivencia versus calidad de vida). Analizamos los resultados en función de la población y la técnica de encuesta.

Comparar los resultados de la determinación de preferencias de los pacientes oncológicos entre una población ex-post (pacientes oncológicos) y otra ex-ante (médicos, puestos en situación de paciente hipotético). También hemos comparado los resultados en función del método, un cuestionario elaborado (conjoint analysis) o una pregunta única directa.

Se realizó un estudio en pacientes oncológicos que habían recibido (o estaban en curso de) TSC. Diseño de conjoint analysis con 3 atributos, tiempo de supervivencia (SV), calidad de vida (CV) y efectos adversos (EAs). Además, todos los sujetos respondieron a la pregunta: "Usted entra en un mercado y hay dos tiendas. En una venden SV y en la otra CV. Tiene 100 euros. Distribúyalos entre los dos bienes. Se los tiene que gastar todos".

Se incluyeron 214 sujetos (100 pacientes oncológicos, 50 en tratamiento de intención curativa y 50 en tratamiento de intención paliativa) y 114 médicos (61 oncólogos y 53 no oncólogos). El peso relativo (% suma 100) de SV/CV/EAs, para la decisión de tratarse en los 100 pacientes fue SV35%-CV33%-EAs31%, sin diferencias significativas entre tratamiento de intención paliativa (SV37%-CV29%-EAs34%) y curativa (SV34%/CV36%/EAs29%). Al comparar con los 114 médicos (SV46%/CV31%/EAs23%), se aprecia una tendencia, sin significación estadística, a un mayor valor de la SV y menor de los EAs. La asignación monetaria, en euros, entre SV y CV oscilaba entre (0-100) y (100-0). El porcentaje de pacientes y médicos que se decantaron por "50 euros-50 euros" fue del 47% y 17% respectivamente ($P < 0.05$). Los pacientes que no respondieron "50-50", dedicaron "más euros a la CV que a la SV" en un 43% de los casos y "más euros a la SV que a la CV" en un 9%. Los médicos que no respondieron "50-50" dedicaron "más a la CV que a la SV" en un 50% de los casos y "más a la SV que a la CV" en un 33%.

CONCLUSIÓN

Los pacientes oncológicos prefieren tratamientos que resulten en proporciones similares de beneficio en SV y CV. Esto lo manifiestan en el mismo sentido con un cuestionario elaborado y con una pregunta directa. La respuesta de los médicos se inclina mayoritariamente por la CV ante la pregunta directa, pero al responder el cuestionario elaborado manifiestan preferencia por la SV. La población diana y la forma en que se pregunta, pueden influir en los resultados de los estudios de preferencias.

AUTORES: VALENTÍ MORENO, VICENTE¹; RUBIÓ CASADEVALL, J²; SÁNCHEZ LLORDÉN, M³; SALAZAR SOLER, R⁴.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DE SANTA TECLA¹; INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA-ICO GIRONA²; PSYMA IBÉRICA MARKET RESEARCH SL³; INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA-ICO DURÀN I REYNALS⁴.



ID: 108

TÍTULO: INTERVENCIÓN PARA PROMOVER LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

RESUMEN:

El consumo de inhibidores de la bomba de protones (IBP) es muy elevado en relación a décadas anteriores, y en relación a otros países. Se ha banalizado el uso de estos fármacos a causa de la elevada exposición poblacional y a una duración indefinida de los tratamientos. Aunque son fármacos bien tolerados, en los últimos años se han descrito en estudios observacionales efectos adversos asociados a su uso a largo plazo.

Promover una prescripción adecuada y segura de IBP en nuestro equipo de atención primaria (EAP). Mantener únicamente la prescripción de los tratamientos necesarios y en los que el balance beneficio/riesgo es favorable. Retirar el IBP en los pacientes que no cumplen criterios de gastroprotección. Priorizar la selección del IBP más eficiente.

Estudio descriptivo realizado en una población urbana de 26.000 habitantes pertenecientes a EAP en la que se realizan diferentes intervenciones decididas por la comisión de farmacia del EAP (2MF, 1 enfermera, 1 farmacéutica, 1 directivo, 1 administrativa):

Primera fase: septiembre 2016. Sesión formativa a los médicos de familia (MF) en base a la revisión de la bibliografía publicada reciente. En la sesión se revisa: indicaciones, eficacia comparada, seguridad, interacciones y pautas de retirada, con un formato de respuestas a preguntas ficticias de casos clínicos.

Segunda fase: octubre 2016. Revisión individualizada por cada médico de la continuidad de los tratamientos vigentes con IBP, la valoración de inicio de tratamiento a pacientes con criterios de gastroprotección y sin IBP, y la valoración de sustitución de fármacos menos eficientes al tratamiento más eficiente (omeprazol); mediante la ayuda de sistemas informatizados de calidad clínica integrados en la historia clínica.

Tercera fase: mayo 2017. Difusión de presentación powerpoint en las pantallas de las salas de espera de los pacientes, con vídeos cortos en los que MF del propio EAP transmiten mensajes sobre un buen uso de IBP, efectos adversos a largo plazo, y medidas higiénico-dietéticas para evitar la acidez.

Se ha realizado una intervención formativa a 18 médicos de familia y otra informativa a los pacientes para intentar conseguir una prescripción de IBP más adecuada, más segura, y con menor coste.

Siete meses tras la sesión a los médicos se ha observado una disminución en la prescripción de antiulcerosos a nivel poblacional (DHD antiulcerosos: enero-septiembre 2016: 99,92; enero-abril 2017: 93,30), en el porcentaje de pacientes tratados con IBP que no cumplen criterios de gastroprotección (enero-septiembre 2016: 46,67%; enero-abril 2017: 45,07%), y en el nº de pacientes de edad avanzada con criterios de gastroprotección y sin IBP (septiembre 2016: 40; abril 2017: 0). En relación a la selección del IBP más eficiente: % DDD omeprazol/total IBP: enero-septiembre 2016: 90,03%; enero-abril 2017: 90,03%).

Queda pendiente valorar el efecto de los vídeos dirigidos a los pacientes.

AUTORES: RAMÍREZ MAESTRE, CRISTINA¹; BARBA ÁVILA, O²; SANS CORRALES, M³; VENDRELL MORALEDA, M⁴; FORNS HERNANDEZ, L⁵; ROVIRA ILLAMOLA, M⁶.

CENTRO DE TRABAJO: EAP COMTE BORRELL¹; EAP COMTE BORRELL²; EAP COMTE BORRELL³; EAP COMTE BORRELL⁴; EAP COMTE BORRELL⁵; HOSPITAL CLÍNIC I PROVINCIAL DE BARCELONA⁶.



ID: 109

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES EN UN PROYECTO QUIRÚGICO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL.

RESUMEN:

La ONG lleva 17 años en proyectos de cooperación internacional de carácter sanitario en diversos países africanos. Hasta la campaña de 2016, en Senegal, no nos habíamos planteado evaluar la percepción que nuestros pacientes tenían, de la calidad de la atención que les prestamos.

Conocer la percepción de los pacientes intervenidos en la campaña de 2016 como fuente de aprendizaje para identificar áreas de mejora.

Se realizó una encuesta cuyo diseño, buscó la sencillez y rapidez en su realización. Fue traducida al francés. Constaba de 11 preguntas con las siguientes dimensiones de la calidad: Accesibilidad, Trato, Información, Calidad científico-técnica, Percepción del dolor y Valoración global de la atención recibida. Dada las dificultades para poder realizarla tras el alta del paciente, se decidió que el mejor momento era cuando el paciente se marchaba tras el alta con la intención de disminuir el efecto de cliente cautivo. Para ello, se instruyó a una voluntaria de Cruz Roja local. Un integrante de nuestra ONG (médico internista) supervisó todo el proceso. La encuesta se realizó al paciente, en caso de niños, a alguno de sus progenitores.

Respondieron la encuesta 193 pacientes, el 56 % de los pacientes intervenidos. La edad media de los pacientes encuestados fue de 39,6 años, con un rango entre 2 y 90 años. El 67% hombres y el 33 % mujeres. El 60% esperaron varios días para ser intervenidos, el 35 % menos de un día. Nadie esperó más de una semana. El 92% afirman que se les explicó de forma clara en qué consistía la intervención. El 90% señalaba que el trato por parte del personal le ayudó a sentirse más tranquilo/a y calmado/a. El 95% reconoce que el trato por parte de los profesionales siempre fue amable y el 100% que fue respetuoso. En cuanto a la percepción del dolor: el 22% no sintió dolor, el 65 % dolor leve, el 11% dolor moderado, y el 2% dolor severo. El 100% afirma que la calidad de la atención siempre fue buena y el 100 % valora a los profesionales como muy buenos. El 98% está muy satisfecho con la calidad de la atención recibida, el 100% volvería a operarse con este equipo y el 100% lo recomendaría a sus amigos y familiares. No hemos encontrado referencias bibliográficas sobre análisis de calidad percibida en proyecto de cooperación sanitaria internacional. Revisamos en cada campaña nuestros procedimientos incorporando elementos como el consentimiento informado, mejoras en los aspectos de seguridad del paciente (identificación, documentación clínica, traductores competentes), pero nunca habíamos analizado cómo nuestros pacientes perciben lo que hacemos. El análisis de la percepción de nuestros pacientes con la atención recibida es muy buena. Hay que tener en cuenta que la atención es completamente gratuita en un contexto sanitario donde hay que pagar por cualquier prestación. En cuanto a la percepción del dolor, aunque el 77% referían haber tenido dolor leve o no haberlo sentido, estamos revisando nuestros procedimientos de analgesia postquirúrgica para próximas campañas.

AUTORES: MARTÍNEZ ROMERO, CONCEPCIÓN; GARRE GARCIA, A; MARIN YAGO, A; CAYUELA FUENTES, C; GONZALEZ CANOVAS, M; LOPEZ LOPEZ, V.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA.

ID: 110

TÍTULO: ATENCIÓN AL PACIENTE CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: CICLO DE MEJORA DE CALIDAD.

RESUMEN:

En el primer año de funcionamiento de nuestra Unidad de RC revisamos el proceso de creación y desarrollo del proyecto, así como las características de la población sometida a tratamiento.

Describir el proceso de elaboración y las distintas etapas asistenciales hasta completar la implantación del programa de RC en nuestro medio.

Determinar las características epidemiológicas y clínicas de la población sometida al programa de RC de nuestro hospital.

La elaboración del programa de RC de nuestro hospital surge ante la necesidad de dar respuesta al deterioro clínico y funcional secundario a isquemia coronaria aguda sometida o no a revascularización.

Durante el año 2015 fue elaborado el PRC por parte de los servicios implicados en el proceso asistencial (fundamentalmente Cardiología y Rehabilitación).

El seguimiento de los pacientes se realiza desde el ingreso tras el evento coronario, y según unos criterios de inclusión, hasta completar el año de participación en el PRC.

La población a estudio la forman aquellos pacientes incluidos durante el período comprendido entre enero y diciembre de 2016.

Para la realización del programa se establecen dos grupos de reentrenamiento al esfuerzo que acuden a tratamiento dos días por semana y a charlas de educación sanitaria cada 15 días, durante dos meses de seguimiento.

A fin de determinar las características de la población incluida en el PRC se recogen variables:

- Epidemiológicas: edad y sexo
- Laborales: profesión, situación laboral pre- y post-tratamiento
- Clínicas: factores de riesgo, enfermedad coronaria previa, enfermedad actual (fecha de revascularización y número de vasos revascularizados), uso de dispositivos tipo marcapasos o Desfibrilador semiautomático (DAI), tiempo de evolución.

Durante el periodo de estudio, 47 pacientes fueron incluidos en el programa de RC: 41 hombres y 4 mujeres, con una edad media de 55.39 ± 8.68 y 54.5 ± 7.34 años respectivamente.

La dislipemia fue el factor de riesgo más prevalente en un 61.7% de los casos, seguido del tabaco (57.45%) y la hipertensión arterial (48.96%). Una tercera parte de los pacientes había sufrido enfermedad coronaria previa (30%).

Más del 50% de la población a estudio había sido sometida a procedimientos de revascularización en más de un vaso coronario (32.60% dos arterias, 19.57% más de dos arterias). Sólo un paciente era portador de marcapasos y DAI.

El tiempo de evolución medio desde el evento coronario hasta la incorporación al programa de RC es de 4 meses, siendo 2 en el 35.56% de los casos.

El 82.98% de la población estaba en activo y un 6.38% desempleados. Los grupos profesionales tratados incluían: transportistas (14.89%), empresarios/gerentes (12.76%) y profesores (8.51%). Al final del tratamiento el 41% se había reincorporado a su trabajo habitual.

AUTORES: SEVILLA HERNÁNDEZ, ENCARNACIÓN; PALAZON MORENO, A; GARROTE MORENO, LC; AMOROS RIVERA, S; GONZALVEZ ORTEGA, M; FERNANDEZ DE HARO, MM.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL MORALES MESEGUER.

ID: 111

TÍTULO: MEJORA DE LA CALIDAD EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CARLET, SAN LUIS Y CREVILLENTE GESTIONADOS POR RIBERA SALUD

RESUMEN:

En 2015 la Dirección de Calidad e Innovación del Grupo Ribera Salud desarrolló el "Plan de Calidad (16-18)" corporativo; dando lugar éste a su vez a diversos planes de calidad específicos de distintas zonas básicas, concretamente, el de la zona básica de salud (ZBS) de Carlet, el del centro de salud de San Luis y el de la ZBS de Crevillente.

Orientar la ZBS hacia un modelo de mejora continua de la calidad global, centrado en estándares clínicos exigentes y con reconocimiento internacional (Joint Commission Internacional, JCI).

Para el desarrollo del plan corporativo y local se contó con la colaboración de la Dirección y profesionales clave de la organización. El plan parte de un análisis de situación (DAFO) y propone el desarrollo de 3 líneas, que se despliegan a su vez en distintos objetivos. Éstos son:

1. Alcanzar el reconocimiento de la comunidad
2. Mejorar la atención centrada en el paciente
 - Mejorar la experiencia del ciudadano
 - Garantizar procesos asistenciales seguros y eficientes
 - Promover la participación e integración en la comunidad
3. Garantizar una adecuada gestión de la calidad en la organización sanitaria
 - Liderar la gestión y mejora continua de la organización
 - Mejorar la calidad y seguridad de los pacientes
 - Gestionar la información de forma ágil y segura
 - Gestionar las instalaciones de forma óptima y segura
 - Ser excelente en la gestión de personas
 - Promover una investigación ética y segura

Para la implementación del Plan de Calidad, se establecieron distintos grupos de trabajo. La gestión del cambio se subdividió en distintas fases: 1) Documental, 2) Sensibilización - Formación e integración de la práctica 3) Evaluación, y se basó en el ciclo de mejora continua (PDCA).

Se revisaron e incorporaron más de 100 documentos, entre planes, manuales y procedimientos. En fase de sensibilización, formación e integración de la práctica se realizaron 25 sesiones de formación presencial, y 3 cursos online.

Los resultados muestran una marcada orientación a la mejora continua y a la seguridad del paciente. Dicha orientación queda constatada en la calidad de las historias clínicas calificada como muy buena en todas las ZBS. Además el paciente ha sido sensible a esta mejora valorando de forma muy favorable la atención recibida (68,00% -Carlet; 86,00% -San Luis y 58,00%- Crevillente; Net Promoter Score).

La Dirección, los profesionales y los pacientes están satisfechos con el cambio implementado que ha repercutido no solo en una mejora en la prestación de servicios, sino también en los propios flujos y puestos de trabajo.

El esfuerzo ha quedado reconocido por la Acreditación Joint Commission Internacional (JCI), otorgada a la ZBS Carlet, la ZBS de Crevillente, y el Centro de Salud de San Luis en 2017. Se convierte así en los 3 primeros centros de Atención Primaria acreditados de la Comunidad Valenciana, y entre los 10 únicos en todo el territorio nacional en la actualidad.

AUTORES: LADIOS MARTIN, MIREIA¹; BURDEOS PALAU, E²; ARNAU PLAZA, T³; FERNANDEZ DE MAYA, J⁴; MORENO IBARRA, A⁵; GARCIA GIMENO, G⁶.

CENTRO DE TRABAJO: RIBERA SALUD¹; DEPARTAMENTO DE LA RIBERA²; DEPARTAMENTO DE LA RIBERA³; DEPARTAMENTO DE TORREVIEJA Y VINALOPÓ⁴; DEPARTAMENTO DE TORREVIEJA Y VINALOPÓ⁵; DEPARTAMENTO DE LA RIBERA⁶.



ID: 112

TÍTULO: AMPLIANDO LA CADENA DE SUPERVIVENCIA: CURSOS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR PARA PADRES DE NIÑOS DE RIESGO

RESUMEN:

La participación del paciente y su familia en el proceso asistencial es una de las piezas principales que pueden mejorar la seguridad del paciente durante el ingreso y tras el alta hospitalaria, por ello es importante la educación sanitaria de las familias en temas como RCP básica pediátrica. La Academia Americana de Pediatría (AAP) incluye el concepto "cadena de supervivencia" que hace referencia al papel que juega en la sociedad, fuera del ámbito sanitario, el conocimiento en RCP de los adultos, especialmente de aquellos que cuidan pacientes pediátricos de riesgo. Nuestro papel como pediatras es actuar como líderes de conocimiento e intentar aumentar las probabilidades de supervivencia de nuestros pacientes de riesgo ampliando la cadena de supervivencia.

- Aumentar el conocimiento en RCP pediátrica en las familias de nuestros pacientes que han sufrido episodios críticos
- Medir la utilidad de los cursos de RCP pediátrica para familias
- Medir el grado de satisfacción de las familias de nuestros paciente

POBLACION DIANA:

Familias de pacientes ingresados en la Sección de Hospitalización de Pediatría de nuestro centro por un episodio crítico que comprometió su vida

DISEÑO:

Diseño prospectivo, longitudinal y analítico, con una intervención educativa

METODOLOGÍA

Durante el ingreso, se entrega un cuestionario de 10 preguntas teóricas sobre RCP pediátrica, a los familiares de cada paciente. El día antes del alta, se entrega un folleto con información teórica sobre RCP básica pediátrica (recomendaciones AHA/AAP 2010), para estudiarla. Se imparte un curso práctico de RCP, se entrega de nuevo a las familias el cuestionario y los pacientes son dados de alta con seguimiento en las consultas. Al mes y 3 meses se repite el examen y se realiza encuesta de satisfacción. Se realizan análisis estadísticos de datos pareados: Chi cuadrado, Mann Whitney, Kruskal Wallis y Friedman.

Se incluyen 62 pacientes y 106 familiares durante el ingreso. Los familiares obtuvieron antes de la intervención una mediana de puntuación de 5 puntos (IC 3-6), incrementándose a 8 puntos (IC 7-10) tras la realización del curso, manteniéndose dichos conocimientos incluso hasta tres meses tras el alta ($p < 0.01$). La valoración de los contenidos de la parte teórica y práctica por parte de los asistentes fue de $9,69 \pm 0,62$ y $9,65 \pm 0,71$ sobre 10, respectivamente, con una claridad en la exposición de $9,95 \pm 0,20$. La utilidad global del curso fue valorada con $9,87 \pm 0,47$ sobre 10 puntos.

- Los cursos de RCP pediátrica para familias de niños de riesgo aumentan el conocimiento en reanimación y este conocimiento se mantiene al menos 3 meses tras el alta.
- El grado de satisfacción de las familias de nuestros pacientes fue muy alto aumentando así la calidad percibida. Las familias de nuestros pacientes consideran muy útil esta iniciativa y se sienten más seguros y confiados para realizar reanimación a sus hijos tras el curso.

AUTORES: RODRIGUEZ FERNANDEZ, ROSA; GONZALEZ SANCHEZ, MI; TOMATIS SOUBERVILLE, C; GONZALEZ MARTINEZ, F; TOLEDO DEL CASTILLO, B; PEREZ MORENO, J.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL INFANTIL GREGORIO MARAÑÓN.

ID: 113

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE MANEJO SEGURO DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS

RESUMEN:

Los medicamentos peligrosos (MP) son aquellos con actividad carcinogénica, teratogénica, genotóxica, con toxicidad sobre el proceso reproductivo o sobre un órgano concreto a dosis bajas. Estos se clasifican en 3 categorías: 1) antineoplásicos, 2) medicamentos con características peligrosas y 3) aquellos que comportan riesgos para el proceso reproductivo.

Implantar desde el Servicio de Farmacia (SF), un procedimiento de manejo seguro de los MP basándonos en el documento publicado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo que incluye una relación de MP con recomendaciones sobre su manipulación, medidas de prevención asociadas y, en su caso, equipos de protección individual a utilizar.

El procedimiento se desarrolló en 4 fases: 1) Identificación de las etapas del proceso farmacoterapéutico en el que existiera un riesgo para los profesionales sanitarios; 2) Identificación de los MP incluidos en la GFT; 3) Recomendaciones para la preparación y administración ; 4) Información y formación de los profesionales, a través del registro de administración electrónica (eMAR).

En el SF se identificaron 5 puntos de riesgo: reenvasado, Farmacia Oncológica, Dispensación a Pacientes Externos, Dispensación a Pacientes Ingresados y Farmacotecnia. En el resto del hospital se consideró punto de riesgo todo lugar en el que se administraran medicamentos a pacientes tanto ambulantes como hospitalizados.

Se identificaron 229 medicamentos incluidos en GFT que contenían principios activos clasificados como MP. Un total de 140 principios activos fueron reseñados en la aplicación informática de administración electrónica identificando su nivel de riesgo y las medidas indicadas para su manipulación.

De los 229 medicamentos, 98 precisan guante simple para su administración, 24 guante doble y 48 sólo afectan a personal en riesgo reproductivo. En caso de que estos medicamentos precisen ser fraccionados o triturados, se recomienda la utilización de presentaciones orales líquidas comercializadas y, en caso de no existir, se prepararán como Fórmula Magistral. Los 59 medicamentos restantes son citostáticos que requieren el uso de cabinas de seguridad biológica para su preparación y medidas de seguridad para su administración (procedimientos ya implantado en el SF). Diferenciando los MP por áreas del SF, 59 se preparan en el área de Citostáticos, 30 afectan al área de reenvasado, 170 se utilizan en pacientes ingresados y 73 en pacientes externos.

El desarrollo de Prácticas seguras es un elemento clave para reducir el riesgo al que están expuestos los trabajadores. La aplicación informática permite que la información de los medicamentos peligrosos esté accesible para todos los profesionales sanitarios del Hospital.

Al no disponer el Servicio de Farmacia de una Unidad de Mezclas Intravenosas obliga a buscar otras opciones como el uso en planta de sistemas cerrados de transferencia de medicamentos para la preparación de mezclas de medicamentos peligrosos.

AUTORES: CARRILES FERNÁNDEZ, CARMEN; VELASCO ROCES, L; ZAPICO GARCÍA, I; ALAGUERO CALERO, M.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS.



ID: 114

TÍTULO: ¿EL DOLOR ES INEVITABLE? NOSOTROS CREEMOS QUE NO.

RESUMEN:

Desde el Comité del dolor del Hospital Infanta Elena, formado por médicos y enfermeros de distintas especialidades se pone de manifiesto que hay una gran cantidad de pacientes hospitalizados que en algún momento de su estancia refieren dolor, siendo necesaria la elaboración de un estudio de investigación para conocer en qué porcentaje esa percepción era real y si podía corregirse.

Para ello se eligen los pacientes que refieren un dolor mayor o igual a 4 en la escala EVA, que es la escala que utilizamos en nuestro centro para medir la intensidad del dolor

1. Identificar en qué momentos el paciente hospitalizado refiere dolor EVA>4
2. Conocer si el paciente posee una correcta pauta de analgesia que controle el dolor de forma eficaz por parte de las diferentes especialidades estudiadas.
3. Unificar los registros de enfermería para conocer de una forma rápida si el dolor del paciente está controlado.
4. Reevaluación del dolor en el 100% de los casos.
5. Proponer nuevas pautas de analgesia en las especialidades en las que se ha detectado que los pacientes tienen dolor para minimizar los tiempos de actuación y disminuir el dolor del paciente desde el momento que ingresa

Se forma un equipo de trabajo compuesto por diez enfermeros de diversos servicios; hospitalización médica, hospitalización quirúrgica y bloque quirúrgico. Este equipo estuvo coordinado por dos Supervisoras de Enfermería, responsables del dolor en el Hospital HUIE y a su vez liderado, por Dirección de Enfermería.

Los pacientes estudiados corresponden a las especialidades de Medicina Interna, Cuidados Paliativos, Cirugía General y Digestivo, Traumatología y Urología.

La muestra del estudio son pacientes hospitalizados entre enero y diciembre de 2016 que en algún momento de su ingreso han presentado un dolor moderado (EVA mayor o igual a 4).

Una vez identificados los pacientes el grupo de trabajo comprobó si el paciente tenía una correcta pauta de analgesia y, si aun siendo correcta la pauta de analgesia, ésta era suficiente, si se registró el dolor y la administración de la analgesia de una forma correcta y si posteriormente se reevaluó el dolor para saber si conseguimos controlarlo.

Durante el tiempo de investigación, de forma trimestral, se llevaron a cabo charlas informativas en las distintas Unidades del Hospital informando de los resultados que se iban obteniendo e insistiendo en la importancia del papel de la enfermera en la evaluación y seguimiento del dolor del paciente

- Mejora significativa de los porcentajes de pacientes con dolor moderado
- Mejora en las pautas de analgesia tanto de los pacientes postquirúrgicos como los pacientes de las especialidades médicas estudiadas
- Se logra unificar registros de enfermería y reflejar de formas más exhaustiva la evaluación del dolor de pacientes en las notas de enfermería
- Se consigue la reevaluación del dolor en el 100% de los pacientes

AUTORES: ARÉVALO REGUILLO, SANDRA; ADALIA REALES, MA; NORIEGA QUIJANDRA, DA.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA.



ID: 115

TÍTULO: APOSTANDO POR LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS. LA IMPLANTACIÓN DEL CHECKLIST QUIRÚRGICO SIEMPRE UN RETO

RESUMEN:

Los estudios confirman que uno de cada diez pacientes que recibe atención sanitaria sufre un evento adverso y que aproximadamente la mitad podrían ser evitados. Sabemos que el área quirúrgica debido a su complejidad es un sector especialmente susceptible. Y está comprobado que un listado de verificación quirúrgico (LVQ) es una herramienta de seguridad del paciente conocida, validada, efectiva y eficiente. ¿Porqué es tan difícil su instauración? En nuestro hospital se han hecho varios intentos en los últimos años para intentar consolidarlo, pero sin gran éxito.

Aumenta la seguridad del paciente quirúrgico

Concienciar en la cultura de la seguridad

Mejorar la comunicación en el equipo quirúrgico

En Mayo de 2016 se creó un grupo de trabajo incluyendo cirujanos, anestesistas, enfermería, miembros del área de calidad y docencia y de la dirección médica.

Una vez identificados los errores cometidos en el intento anterior, se diseñó un nuevo LVQ informatizado, basándonos en el propuesto por la OMS pero adaptándolo a las características de nuestro hospital. En nuestro hospital se realiza en 4 fases: la primera en el antequirófono, por Enfermera; la segunda antes de la inducción anestésica por Enfermera y Anestesista, la tercera antes de la incisión de la piel por Enfermera, Anestesista y Cirujano. La cuarta, antes de la salida del quirófono, por Enfermera, Anestesista y Cirujano.

Previo a la puesta en marcha se hicieron dos sesiones clínicas informativas, con el fin de concienciar al personal de su utilidad, mostrar el nuevo aplicativo informático, explicarles la necesidad imprescindible de su colaboración y hacerles partícipes del nuevo proyecto.

En octubre de 2016 se procedió a la puesta en marcha, recogiendo y solucionando sobre la marcha las deficiencias detectadas. Desde el grupo de trabajo se decidió la implantación en todos los servicios quirúrgicos, pensando en su difusión en forma de red.

Se decidió en el grupo de trabajo, que para poder cerrar un LVQ abierto, habría que tener unos campos obligatorios cumplimentados, como el nombre del procedimiento, servicio que realiza, y los datos de los profesionales que intervienen (que sirviera como firma del LVQ, ya que se acordó el inicio de un LVQ informático, no utilizando el papel). De forma progresiva en el hospital se estaba implantando la historia clínica electrónica, y se preveía que en plazo de tiempo se iba a llegar a la retirada del papel.

El grupo de trabajo se ha reunido periódicamente para comentar la evolución, analizar los datos recogidos y realizar modificaciones tanto del aplicativo como de las medidas a seguir.

Los resultados que tenemos nos resultan alentadores con este intento informatizado durante estos meses: en el 85,14% de las intervenciones se realiza el LVQ, y en el 58,63% se da por cerrado el LVQ. Nuestra meta es conseguir mejorar el porcentaje de LVQ cerrados sobre todo en algunos servicios y seguir inculcando una cultura de seguridad entre los profesionales.

AUTORES: ANDINO PALACIOS, ADELAIDA; DE ANDRÉS FUERTES, MA; LÓPEZ DOUEIL, M; MORALES RILO, A; ORIA RUIZ, C; MOHAMED SALEM BRAHIM, A.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DE LAREDO.



ID: 116

TÍTULO: MEJORA DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL DEL VINALOPÓ GESTIONADO POR RIBERA SALUD

RESUMEN:

En 2015 la Dirección de Calidad e Innovación del Grupo Ribera Salud desarrolló el “Plan de Calidad (16-18)” corporativo; alineado al Plan Estratégico de la organización y en consonancia con su misión, visión y valores; dando lugar éste a su vez al Plan de Calidad del Departamento del Vinalopó (Elche).

Orientar la organización hacia un modelo de mejora continua de la calidad global, centrado en estándares clínicos exigentes y con reconocimiento internacional (Joint Commission Internacional, JCI).

Para el desarrollo del plan corporativo se contó con la colaboración de la Dirección y profesionales clave de la organización. El plan parte de un análisis (DAFO-CAME) y propone el desarrollo de 3 líneas estratégicas que se despliegan a su vez en distintos objetivos. Éstos son:

1. Alcanzar el reconocimiento de la comunidad
2. Mejorar la atención centrada en el paciente: Mejorar la experiencia del ciudadano, Garantizar procesos asistenciales seguros y eficientes y Promover la participación e integración en la comunidad
3. Garantizar una adecuada gestión de la calidad en la organización sanitaria: Liderar la gestión y mejora continua de la organización, Mejorar la calidad y seguridad de los pacientes, Gestionar la información de forma ágil y segura, Gestionar las instalaciones de forma óptima y segura, Ser excelente en la gestión de personas y Promover una investigación ética y segura.

Para la implementación se establecieron distintos grupos de trabajo. La gestión del cambio se subdividió en distintas fases: 1) Documental, 2) Sensibilización - Formación e integración de la práctica, y 3) Evaluación, y se basó en el ciclo de mejora continua (PDCA).

Se revisaron e incorporaron más de 800 documentos, entre políticas, planes, manuales y procedimientos. En fase de sensibilización, formación e integración de la práctica se realizaron más de 300 sesiones de formación presencial entre sesiones generales e internas, y 4 módulos de formación online destinados a la totalidad de los profesionales, entre otras acciones. Los resultados muestran orientación a la mejora continua situando al Departamento del Vinalopó en el primer puesto en los acuerdos de gestión de la Comunidad Valenciana entre los hospitales de su nivel en 2016. Los procesos se han fortalecido, y se ha consolidado la cultura de seguridad (mediana de 8 de 10). Además el paciente ha sido sensible a esta mejora valorando de forma muy favorable la atención recibida (Net Promoter Score, 54%).

La Dirección, los profesionales y los pacientes están satisfechos con el cambio implementado que ha repercutido no solo en una mejora en la prestación de servicios, sino también en los propios flujos y puestos de trabajo. El esfuerzo ha quedado reconocido por la Acreditación Joint Commission Internacional (JCI) otorgada al Hospital del Vinalopó en mayo de 2017. Se convierte así en el primer Hospital acreditado de la Comunidad Valenciana entre los 11 únicos en todo el territorio nacional en la actualidad.

AUTORES: LADIOS MARTIN, MIREIA¹; GIL COLLADOS, MC²; BOSCH ARCOS, M³; SERVER PENOSA, L⁴; LUCAS ROMERO, AM⁵; SALINAS CARRASCO, D⁶.

CENTRO DE TRABAJO: RIBERA SALUD¹; DEPARTAMENTO DE VINALOPO²; RIBERA SALUD³; RIBERA SALUD⁴; DEPARTAMENTO DE VINALOPÓ⁵; DEPARTAMENTO DE VINALOPO⁶.



ID: 117

TÍTULO: GESTIÓN Y ABORDAJE AL DOLOR MEDIANTE MAPA DEL DOLOR

RESUMEN:

El dolor es un signo de alarma frecuente en pacientes hospitalizados, siendo necesario su evaluación continua y tratamiento precoz. Las nuevas tecnologías de la Comunicación (TICs) abren nuevas oportunidades en la monitorización y control del mismo mediante el "Mapa del Dolor".

Dar a conocer el Mapa de Dolor (MD) como un instrumento de evaluación y control del dolor. Evaluar el grado de dolor de los pacientes oncohematológicos hospitalizado en el Institut Català d'Oncologia (ICO)

Recursos: Departamento de Informática, enfermera de hospitalización y enfermera referente del dolor en la unidad de hospitalización, enfermera Clínica del dolor, supervisora de la unidad de hospitalización, equipo de cuidados paliativos, jefe médico de servicio, comité del dolor.

Estructura de los datos en tres niveles: centro, unidad de tratamiento y paciente. Datos clínicos, de prescripción, evolución del dolor durante el episodio.

Población: 18.601 registros evaluados (382-368) enero a marzo 2016 y 2017.

Indicadores Mapa de dolor: % pacientes con Picos de dolor (EVA ≥ 7), Prevalencia EVA ≥ 3 ; 3 en paciente no quirúrgico; EVA dinámica: % de pacientes con dos registros EVA continuo >3 ; Ingresos per dolor no controlado: Evolución del dolor les primeras 24h; % de registros de dolor; reevaluación del dolor a la hora y 2 horas, rescate analgésico

Resultados: Durante 2017, el paciente ingresado el 43,94% (162) de los pacientes ha verbalizado en alguna ocasión EVA >0 . La media de dolor máximo de la muestra durante la hospitalización se ha situado en 3,51 (1,58), situándose la media del valor pico máximo en 7,27 (2,31). El 95,84% (463) de los pacientes hospitalizados presentaron registro del dolor. Tras la implementación del Mapa del dolor y formación del equipo de atención (enfermeras y médicos) el número de registros de dolor ha crecido en un 12,78% entre 2016 a 2017 (8742 vs 9859). Incremento que también se ha traducido en la reevaluación del dolor a la hora (dif. 4,69%) y dos horas (dif. 18,82%), con una repercusión directa en el rescate analgésico del paciente a la hora (3,71) y a las 2 horas (14,13). El registro de dolor con valores EVA ≥ 7 presentan un mayor crecimiento (dif. 69,47%) frente al registro EVA ≥ 3 (3,49%). Conclusiones: La implementación del MD permite un abordaje multidisciplinar precoz en el manejo y control del mismo.

AUTORES: CABRERA JAIME, SANDRA; PUJOL RIBOT, C; JULIÀ TORRAS, J; ZARZA ARNAU, N; MAYOR BERCEO, F.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA BADALONA.



ID: 118

TÍTULO: SEGUIMIENTO, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DEL CONTROL DE GÉRMENES MULTIRRESISTENTES POR UN SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA

RESUMEN:

La emergencia de gérmenes multirresistentes es un problema grave de salud pública reconocido por la OMS.

La vigilancia epidemiológica es un componente básico de cualquier programa de control de las infecciones, ya que permite detectar precozmente patógenos resistentes o nuevas resistencias en un microorganismo, así como la aparición de brotes, es fundamental para diseñar estrategias activas de control y medir la efectividad de las intervenciones.

Recomendaciones del Ministerio de Sanidad a los Servicios de Salud autonómicos:

- Creación de un sistema de vigilancia de las resistencias
- Realización de actividades formativas y de comunicación
- Presentación de los datos de resistencias locales

Nuestro Servicio de Microbiología con un Sistema de Gestión de Calidad certificado según la Norma UNE-EN-ISO 9001 desde el año 2012, tiene implantados indicadores de seguimiento y medición de sus procesos, trabajando con un enfoque en la mejora continua y la seguridad del paciente. Asimismo, desde la publicación de la nueva versión de la Norma UNE-EN-ISO 9001:2015 se añade la implantación de la gestión de riesgos. La vigilancia de los gérmenes multirresistentes se integra en los datos de seguimiento del servicio, lo que permite mejorar y reforzar nuestra actuación en la línea de las recomendaciones anteriormente expuestas.

- 1.- Monitorizar los gérmenes multirresistentes en nuestra área sanitaria
- 2.- Contribuir al control epidemiológico
- 3.- Difundir la información

Base de datos extraída del sistema informático de laboratorio que permite identificar a los pacientes en los que se ha detectado por primera vez gérmenes multirresistentes. Esta recogida de datos se realiza con una periodicidad trimestral.

Espacio de intranet corporativa que permite difusión y acceso directo a la información por todos los profesionales.

Se realiza un informe trimestral con datos del número de nuevos pacientes en los que se hayan aislado por primera vez gérmenes multirresistentes.

Se difunden los resultados a través de la intranet corporativa.

CONCLUSIONES

1. Nos permite conocer la situación y evolución epidemiológica prácticamente a tiempo real con respecto a la incidencia de gérmenes multirresistentes en nuestra zona sanitaria.
2. Nos permite tener una imagen local de la situación epidemiológica y compararla con otras localizaciones.
3. Difusión de la información a todos los profesionales sanitarios del área con el fin de colaborar en la mejora de calidad de su trabajo fundamentalmente en la dispensación de antibióticos.
4. Mejora en el seguimiento de procesos, gestión del riesgo y seguridad del paciente.

AUTORES: MENDEZ LAGE, SUSANA; PEÑA RODRIGUEZ, F; FERNANDEZ LOPEZ, A; CURROS BERMUDEZ, L; PESADO CARTELLE, J; AGULLA BUDIÑO, JA.

CENTRO DE TRABAJO: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL (CHUF).

ID: 119

TÍTULO: LA CARGA LABORAL: ¿UNA REALIDAD O UNA ILUSIÓN?

RESUMEN:

La calidad de los servicios prestados por las Organizaciones Sanitarias está directamente relacionada con la satisfacción de sus profesionales. El actual Modelo de Acreditación de Equipos de Atención Primaria (EAP) del "Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya" inspirado en el de gestión de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad, valora la percepción de carga laboral en las personas del equipo. Valorar la relación entre la satisfacción de las personas del equipo sobre su percepción de carga laboral, la percepción del usuario en preguntas relacionadas con la carga de trabajo en el equipo y la carga asistencial real del equipo

Estudio descriptivo transversal en una ABS en la Atención Primaria de Salud (AP)

Población de estudio: población atendida en la ABS y de los profesionales del EAP que atiende a dicha población. Variables estudiadas: satisfacción de los profesionales, satisfacción de los usuarios y para calcular la carga asistencial (población atendida total, asignada y no asignada). Medias de población asignada por categoría profesional sobre la población asignada y sobre la población atendida total, crecimiento poblacional)

Se analizan los resultados de las encuestas de satisfacción auto suministradas a los profesionales en relación a la carga laboral, las encuestas de satisfacción realizadas a los usuarios en el estudio PLAENSA 2015 para las preguntas relacionadas con la carga asistencial del equipo. Se analiza y compara la actividad asistencial del EAP con el resto de EAPs del territorio.

Según resultados de PLAENSA 2015 realizada a los ciudadanos se obtuvieron puntuaciones < 75% sobre preguntas relacionadas con la carga laboral.

Los resultados de la encuesta auto administrada a los profesionales (72% de participación) en el 75% de las preguntas las respuestas más repetidas fueron tener mucha o bastante insatisfacción. Respecto a la actividad asistencial la población media asignada por profesional a fecha de Diciembre 2016 es de 2214,9 usuarios por enfermera y 1685,52 por médico.

La población atendida no asignada en relación a la población total atendida, supone un 26,4% más de carga que el resto de EAPs del territorio. El impacto de población atendida sobre la asignada es de 76% en nuestro equipo, similar al resto de EAPs

El crecimiento de población asignada en nuestro EAP es del 2,4% en el último año (fuera de percentil con diferencias estadísticamente significativas respecto a los EAPs del territorio). La media de crecimiento en la zona es del 0,8%.

Se comprueba la relación entre los resultados de bajo nivel de satisfacción hallados en los cuestionarios de satisfacción del usuario, altos niveles de percepción de carga laboral de los profesionales y con los datos de alta carga asistencial real.

El ritmo de crecimiento de la población en nuestra ABS hace prever un empeoramiento de la carga laboral.

El modelo de AP actual está agotado, deben explorarse nuevas fórmulas y así reinventar de nuevo la AP.

AUTORES: PUIG PONSICO, GEMMA¹; GALLARDO SÁNCHEZ, C²; BLANCO DÍAZ, A³; CAROT SUBIRATS, T⁴; CRUSAT SABATÉ, D⁵.

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA CUBELLES¹; CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA CUBELLES²; CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA CUBELLES³; CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA CUBELLES⁴; CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA VILAFRANCA NORD⁵.



ID: 120

TÍTULO: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA BIOPSIA DE MÉDULA ÓSEA CON SEDACIÓN REALIZADA POR HEMATOLOGÍA CLÍNICA

RESUMEN:

La biopsia de médula ósea (BMO) es una prueba esencial para el diagnóstico y/o estudio de extensión de muchas hemopatías. Actualmente, el procedimiento se realiza administrando anestesia local, el alivio del dolor es insuficiente y esto dificulta la realización del procedimiento. Evaluar la efectividad y seguridad de la prueba piloto del protocolo de BMO con sedación en el paciente hematológico

1. Revisión bibliográfica de los métodos de realización de la BMO y requisitos necesarios para la realización por parte de profesionales no anestesiólogos. 2. Cualificación del equipo asistencial (hematólogo y enfermera) mediante un curso de soporte vital inmediato. 3. Definición de los criterios de elegibilidad de pacientes candidatos a sedación: riesgo anestésico ASA I-II; ausencia de alérgicas a anestésico, analgésicos o sedantes; ausencia de incidentes anestésicos previos; disponibilidad de acompañante; disponibilidad de consentimiento informado. 4. Establecimiento del circuito y recursos (monitorización y espacios). 5. Dosis inicial: 2mg de midazolam i.v., dosis extras de 1mg i.v.. Administración de flumaceniil en presencia de lento despertar. 6. Periodo: agosto 2016 a diciembre 2016. 7. Evaluación: cumplimiento de los criterios de elegibilidad, necesidad de flumazenil en el despertar (escala PADSSm), presencia de complicaciones, dolor previo al alta, satisfacción de los pacientes mediante encuesta (extremos 0-10).

Resultados: Durante la fase piloto fueron incluidos 32 pacientes, 20 (64%) eran varones y 12 (36%) mujeres. Quince (68%) de los pacientes tenían experiencia previa de BMO sin sedación. Todos los pacientes cumplían los criterios para recibir la sedación y disponían de acompañante. Las dosis administradas de midazolam fueron: 2 mg (10 pacientes, 31%), 3 mg (16 pacientes, 50%), ≥ 4 mg (6 pacientes, 19%). Dos (6,3%) pacientes precisaron flumazenil por despertar lento. Durante el procedimiento no se presentaron complicaciones relevantes; se observó hipertensión en 3 (9,4%), hipotensión en 2(6,3%) y desaturación en 2 (6,3%) pacientes. El dolor al alta fue de 0 en 28(93,3%) de los pacientes y de 1 en 2(6,7%). El 100% de los pacientes con experiencia previa de BMO respondieron que preferían la BMO con sedación. Conclusiones: El procedimiento de BMO con sedación realizada por el EQUIPO de hematología en área ambulatoria es efectivo y seguro. En todos los casos se cumplieron los criterios de inclusión pre-definidos. Existe un alto grado de satisfacción de los pacientes con experiencia previa de BMO sin sedación.

AUTORES: JIMENEZ ZARATE, ANA MARIA; CABRERA JAIME, S; PUJOL RIBOT, C; XICOY CIRICI, B; GARROTE MOLINER, L; ORNA MONTERO, E.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA BADALONA.



ID: 121

TÍTULO: ACREDITACIÓN DIAS EN LA CLÍNICA IMQ VIRGEN BLANCA

RESUMEN:

El Modelo de Acreditación DIAS en la Clínica IMQ Virgen Blanca Bilbao, ha supuesto el incremento significativo en los niveles de calidad que se dan a los pacientes de nuestro Centro, fundamentalmente desde el punto de vista técnico, científico, humano, organizativo y de gestión en todas las áreas de la asistencia, integrando en la propia gestión, elementos de calidad y seguridad clínica asistencial, evidenciando el máximo rendimiento en términos de calidad y de excelencia clínica.

1. Implantar mejoras en los circuitos asistenciales.
2. Contribuir a la mejora de la calidad con herramientas como planes organizativos y funcionales, protocolos clínicos, cuadro de mando integral del servicio, etc.
3. Incrementar la satisfacción de los pacientes.
4. Desplegar un Modelo de Gestión y minimización de Riesgos Sanitarios.
 - ; Diagnóstico de la Clínica de su grado de adhesión a los estándares de DIAS.
 - ; Elaboración Plan Organizativo -Funcional (cartera de servicios, atención al paciente, mapa de procesos, circuito asistencial, áreas estructurales funcionales...).
 - ; Programa de Calidad y Seguridad del Paciente.
 - ; Adecuación de la estructura física e instalaciones (aparataje y material).
 - ; Sistematización de grupos de trabajo y sesiones clínicas interdisciplinarias.
 - ; Elaboración y revisión de protocolos y procedimientos clínicos.

La consecución de la Acreditación DIAS ha ayudado a la Clínica IMQ Virgen Blanca a incrementar la cohesión del todo personal, para obtener un mayor grado de satisfacción de nuestros pacientes así como a potenciar la seguridad del paciente en todas sus dimensiones.

Facilita la consecución de una estructura y método tanto a los procesos asistenciales directamente vinculados con la asistencia de los pacientes, como a las labores de apoyo diagnóstico y terapéutico, a las de planificación y gestión eficiente de los recursos. Con ello, se refuerza una cultura de autoevaluación y evaluación externa permanentes en el personal sanitario, de identificación de oportunidades de mejora y de establecimiento de objetivos a superar.

AUTORES: URRUTIA JOHANSSON, ISABEL; URANGA IBARRA, A; ALONSO RODRIGUEZ, C.

CENTRO DE TRABAJO: CLINICAS IMQ.



ID: 123

TÍTULO: ESTRATEGIA PARA FOMENTAR LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL

RESUMEN:

La seguridad de pacientes no se puede abordar como un complemento en el proceso de toma de decisiones, sino que debe ocupar una posición central en el mismo y en todos los niveles de la organización, así debe ser percibida por la totalidad de la organización como parte integral de su misión y su visión.

Conseguir que todos los profesionales integren la cultura de seguridad de paciente en su actividad asistencial.

Fomentar el aumento y la calidad de las notificaciones de incidentes y eventos adversos derivados de la asistencia.

Este hospital presta asistencia a 211174 usuarios con una plantilla de 2284 son profesionales sanitarios.

Esta organización ha integrado la cultura de seguridad en su política de Calidad, siendo el primer hospital español con una unidad de hospitalización, acreditada en gestión de riesgos según la Norma UNE 179003.

La dirección decide incluir como objetivo para 2016 continuar fomentando la cultura de seguridad entre los profesionales. Para ello, se planifica una estrategia que gira en torno a la formación, presentando 3 ejes: uno incluir de forma obligatoria la formación en seguridad para los residentes, otro realizar sesiones intraunidad desplegando un calendario adaptado a la dinámica de cada unidad o servicio y por último realizar sesiones generales abiertas y publicitadas para toda la organización orientas a formar a personal que no pudiera acudir a las otras sesiones realizadas o no este integrado en los servicios incluidos. Se programaron 25 talleres intraunidad y 5 sesiones generales.

El contenido de la formación giraba en torno a los indicadores de Calidad y Seguridad, notificaciones de incidentes y utilizar barreras para la disminución de riesgos.

La población de alcance incluía todo el personal sanitario.

El objetivo planteado era llegar al 50% de los profesionales del alcance.

Actividades formativas impartidas en 2016: 25 talleres intraunidad y 5 sesiones generales

Personal que ha recibido la formación:1034 (45,27%) de profesionales sanitarios.

Se ha detectado un importante incremento del número de notificaciones realizadas, 59 (2,58%) en el primer cuatrimestre del 2015 y 95 (4,16%) en el mismo período del 2017. Además se observó una mejora en cuanto a la claridad y descripción, siguiendo los pasos del programa de los eventos notificados y las .

Se verifica un aumento de 2,32% en los profesionales que se han formado en SiNASP, y un 4,51% en los formados en Higiene de Manos.

Estos resultados alientan a continuar implementando la estrategia durante 2017, para lograr el objetivo de profesionales formados, ya que consideramos que el efecto conseguido se está viendo reflejado en los indicadores de resultado antes mencionados.

CONCLUSIÓN:

Acercar y favorecer la formación a los profesionales, induce a una mayor conciencia sobre la importancia de la seguridad de los pacientes y la mejora de la Calidad Asistencial.

AUTORES: ROCA BERGANTIÑOS, MARIA OLGA; ÁLVAREZ VÁZQUEZ, JC; MORADO QUIÑOÁ, MP; OTERO REDONDO, MC; MURADO BOUSO, AM; MORENO TORRES, B.

CENTRO DE TRABAJO: HULA.



ID: 124

TÍTULO: CURANDO CON ILUSIONES

RESUMEN:

La Clínica IMQ Zorrotzaurre quiere anticiparse a las necesidades de los pacientes desde la base más humanista, con el objetivo de redundar en la satisfacción de las más altas expectativas de los mismos en coherencia con el despliegue y desarrollo de los objetivos estratégicos y los valores corporativos de nuestro hospital.

- Potenciar el sentimiento de “no estoy solo” a lo largo de la estancia en el hospital
- Aflorar las emociones y sentimientos de los pacientes/ familiares a efectos de poder potenciar su sentimiento de bienestar integral (más allá de los cuidados médicos y/o asistenciales).
- Promover la generación de ILUSIONES como vía de potenciación de un estado positivo y de afrontación más OPTIMISTA del motivo por el cual el paciente se encuentra ingresado en el hospital, al margen de su pronóstico.
- Contribuir a que el paciente se sienta UNICO como persona, cuidando y anticipándonos a las expectativas y necesidades individuales de los mismos (confort, comunicación, creencias y valores, coberturas de seguro....) y haciéndole partícipe y activo durante su ingreso.
 - ; Constitución de equipo de trabajo_ Asistencial- Calidad- SAPU
 - ; Diseño del método de evaluación basado en entrevista semiestructurada
 - ; Establecimiento de criterios de selección de pacientes
 - ; Implicación del paciente en proyectos internos: “un árbol de ilusiones”, “cuéntanos tus ilusiones”...
 - ; Acompañamiento a los pacientes y familiares (“Chaquetas azules”)
 - ; Prueba piloto
 - ; Análisis de resultados
 - ; Establecimiento de mejoras
 - ; Realización de entrevista semiestructuradas a pacientes hospitalizados, en un contexto diferente al ámbito asistencial.
 - ; Sistemática de acompañamiento al paciente y familiares en el proceso hospitalario

Este, consideramos que se trata de un proyecto pionero en la sanidad, y donde junto a otras iniciativas que componen el Plan de Humanización de la Clínica IMQ tiene como objetivos promover, desarrollar y desplegar actuaciones que garanticen la humanización de la asistencia sanitaria, a través de la personalización de la atención a lo largo de todo el proceso asistencial.

AUTORES: URRUTIA JOHANSSON, ISABEL; URANGA IBARRA, A; ALONSO RODRIGUEZ, C.

CENTRO DE TRABAJO: CLINICAS IMQ.



ID: 125

TÍTULO: ESTUDIO DE LA DERIVACIÓN DE PACIENTES CON NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS A UN EQUIPO DE SOPORTE PALIATIVO DOMICILIARIO

RESUMEN:

La atención paliativa domiciliar integrada de calidad precisa de modelos organizativos acordes a las necesidades del paciente / familia. La introducción de instrumentos como los sistemas de información compartidos y de continuidad de la información, la creación de un episodio común en la historia clínica compartida en torno al cual se estructuren protocolos y circuitos de derivación, y de un documento único de derivación (DUD) que facilite el proceso transversal y evite la pérdida de información sensible, debería mejorar la calidad de la atención prestada. Sin embargo, en un Equipo de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria (ESAPD) se detectaron déficits en las derivaciones recibidas, tanto por la ausencia de DUD como por el nivel de cumplimentación del mismo.

Conocer el número de pacientes con necesidad de de Cuidados Paliativos (CP) derivados al ESAPD identificados como tales en su historia. Conocer el porcentaje de derivaciones mediante DUD. Conocer el grado de cumplimentación del DUD.

Estudio descriptivo prospectivo mediante revisión de historias clínicas y de DUD (01/01/2016 a 31/03/2016). Sujetos de estudio: pacientes susceptibles de recibir CP derivados al ESAPD desde cualquier nivel sociosanitario. Ítems analizados: existencia de episodio CIAP "paciente con necesidad de CP" abierto, CIE-9 codificado, existencia de DUD y revisión de cumplimentación desde AP de dicho documento, creando una hoja de registro específica.

Se derivaron 133 pacientes en el período estudiado, 77 desde AP, 52.5% sin el episodio CIAP abierto y 90% sin la patología identificada mediante CIE-9. Un 40% son derivados al ESAPD sin DUD, 18,2% desde AP. Un 39% no habían sido valorados por sus profesionales de AP previamente a la derivación. La cumplimentación del DUD desde AP fue: 1/4 de derivaciones urgentes sin que conste el motivo de urgencia en 2/3 de ellas; en más del 50% no constan alergias medicamentosas, tratamientos anteriores, tratamiento actual ni ningún apunte de enfermería. En 1/3 no consta valoración funcional ni cognitiva y en menos del 40% una valoración pronóstica. Exceptuando la identificación del cuidador principal, la valoración social cumplimentada es inferior al 50%. La valoración sobre la posibilidad de mantener el cuidado en el domicilio aparece reflejado en un 41.55%, igual que si el paciente está informado de diagnóstico. Estas cifras descienden al 18% en la información pronóstica y al 26% en el pacto de silencio.

Conclusión.- El DUD nació de un consenso entre profesionales de CP de hospitales (agudos y media estancia) y de ESAPD, sin que participaran profesionales de AP, por lo que no se consensó la información para garantizar la continuidad asistencial en los pacientes al final de la vida. Aún así, los déficits detectados podrían comprometer dicha continuidad y hacen aconsejable identificar e introducir actuaciones de mejora.

AUTORES: DOMINGUEZ LORENZO, CARMEN¹; ALONSO PÉREZ, MA²; GARCÍA VERDE, I³; MUELAS GONZÁLEZ, S⁴; AIRA FERRER, P⁵; GARCÍA GONZÁLEZ, A⁶.

CENTRO DE TRABAJO: ESAPD DA OESTE¹; C.S. PINTORES²; ESAPD DA OESTE³; ESAPD DA OESTE⁴; ESAPD DA OESTE⁵; ESAPD DA OESTE⁶.



ID: 126

TÍTULO: REPERCUSIÓN DE LA MEDICACIÓN EN LA PREDICCIÓN DE LAS CAÍDAS HOSPITALARIAS.

RESUMEN:

Debido al aumento de la morbilidad que representan las caídas en el ámbito hospitalario, la prevención y la correcta identificación de los pacientes de riesgo son un objetivo de seguridad importante.

- Analizar el riesgo de caída con el que fueron identificados los pacientes que sufrieron caída durante la estancia hospitalaria.

- Determinar el impacto de la incorporación de la escala Medication Fall Risk a la práctica habitual. El estudio se realizó en un hospital universitario de tercer nivel durante un periodo de 5 meses. Se incluyeron pacientes que presentaron caída durante el ingreso hospitalario y retrospectivamente se analizó su riesgo según la escala STRATIFY, determinada de forma rutinaria por el personal de enfermería y registrada electrónicamente. Esta escala clasifica el riesgo de caída en alto, medio o bajo y valora caídas recientes, estado cognitivo, agudeza visual, necesidad de ir al lavabo con frecuencia y problemas en la movilidad, pero no tiene en cuenta la medicación. A los pacientes con riesgo alto o moderado se les realizó una serie de medidas preventivas.

También se calculó retrospectivamente su riesgo según la escala Medication Fall Risk (MFR) propuesta por la Agency for Healthcare Research and Quality de EEUU, que puntúa los medicamentos asociados a caídas: analgésicos, antipsicóticos, antiepilépticos, benzodiazepinas (riesgo alto; 3 puntos); antihipertensivos, terapia cardiaca, antiarrítmicos, antidepresivos (riesgo medio; 2 puntos) y diuréticos (riesgo bajo; 1 punto). Se analizaron los medicamentos administrados durante las 24 horas previas a la caída, y los pacientes con una puntuación ≥ 5 ; 6 se consideraron de alto riesgo. Se calcularon intervalos de confianza como medida de magnitud y se evaluó la asociación entre variables con la prueba de Ji cuadrado.

RESULTADOS:

Durante un periodo de 5 meses 90 pacientes presentaron caída y se incluyeron al estudio. La media de edad fue de 71,5 años (DE 13,8) y un 63,3% fueron hombres. Según la escala STRATIFY tan solo un 52,2% (IC95% 42,0-62,2) presentaban riesgo alto de caída, un 14,4% riesgo moderado y un 33,3% riesgo bajo. Según la escala MFR el 95,5% (IC95% 89,1-98,3) presentaban riesgo alto y el 4,4% riesgo bajo. Con la incorporación de la escala MFR a la práctica habitual, un 97,8% (IC95% 92,3-99,4) de los pacientes se habrían clasificado como alto o moderado riesgo, resultando esta diferencia estadísticamente significativa (97,8% vs 66,7%; $p=0,043$).

CONCLUSIONES:

Este estudio muestra la importancia de incorporar la evaluación de los medicamentos a las herramientas ya utilizadas con el fin de identificar en mayor medida a los pacientes con riesgo de caída y poder realizar medidas preventivas oportunas.

AUTORES: MARTIN VAL, ALBA; ANDRÉS MARTÍNEZ, I; CASTELLÀ CREUS, M; BONAFONT PUJOL, X; VILARIÑO SEIJAS, A; VILARÓ JAQUES, L.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO GERMANS TRIAS I PUJOL.



ID: 127

TÍTULO: MEJORA DE LA DERIVACIÓN DEL PACIENTE SUCEPTIBLE DE CUIDADOS PALIATIVOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A UN EQUIPO DE SOPORTE

RESUMEN:

La Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos (CP) recomienda establecer un sistema organizativo que garantice la coordinación entre recursos sanitarios y promueva acciones integradas. AP tiene un papel central en la atención a pacientes que precisan CP. Los Equipos de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria (ESAPD) son un recurso de apoyo para AP en la atención domiciliaria de sus pacientes en situación de enfermedad avanzada. En un ESAPD se detectó la infrautilización del documento vigente de derivación desde AP y déficits de información relevantes que podían comprometer la continuidad asistencial al final de la vida.

Mejorar la derivación de pacientes desde AP al ESAPD mediante el documento vigente. Mejorar la cumplimentación de la información del mismo. Identificar y analizar las causas de los déficits observados y priorizar las causas abordables. Planificar y priorizar acciones de mejora.

Formación de un equipo de mejora en Junio 2016 para análisis de causas e identificación de acciones de mejora, constituido por profesionales de AP que representaran distintos niveles de uso y cumplimentación del documento, profesionales de ESAPD, profesionales de la Unidad de Apoyo técnico y Técnico de salud de la Dirección Asistencial. Se mantuvieron varias reuniones. Tras la presentación de datos se llevó a cabo una tormenta de ideas, identificando causas relacionadas con la organización interna del equipo, con la organización externa y con el profesional sanitario. Posteriormente se revisaron las causas relacionadas y mediante una técnica de grupo nominal se identificaron acciones de mejora en función de las tres dimensiones contempladas en el análisis de causas.

Resultados.-Las acciones de mejora priorizadas fueron: establecer circuitos internos y protocolos en el CS con criterios de derivación conjunta. Reforzar circuitos de identificación de pacientes dados de alta y en caso de que los ESAPD reciban información del alta por parte de Hospitales de referencia, enviar información desde ESAPD a cada CS con los pacientes que necesitan una primera visita. Ofrecer visita conjunta entre ESAPD y AP, sobre todo en situaciones urgentes. Información a referentes de incidentes críticos. Formación y actualización de profesionales de AP. Implementación de un plan de acción tras la priorización de acciones de mejora, con definición de actividades, nombramiento de responsables y seguimiento de resultados mediante creación de indicadores.

Conclusiones.-El proyecto se irá implantando paulatinamente en los distintos CS de referencia del ESAPD a lo largo de 2017. La evaluación se realizará al año de implantación del proyecto. El trabajo conjunto y la unificación de criterios basados en el consenso puede ser un instrumento de mejora de la eficiencia de la atención sanitaria. La participación de distintos profesionales supone un valor añadido y facilitador de cara a la viabilidad real de los resultados del grupo.

AUTORES: DOMINGUEZ LORENZO, CARMEN; MUELAS GONZÁLEZ, S; AÍRA FERRER, P; GARCÍA VERDE, I; GARCÍA GONZÁLEZ, A; VICENTE AEDO, M.

CENTRO DE TRABAJO: ESAPD DA OESTE.

ID: 128

TÍTULO: INFECCIÓN POR VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO: INGRESOS GENERADOS EN UN HOSPITAL COMARCAL EN LA TEMPORADA 2016/2017

RESUMEN:

La infección por Virus Sincital Respiratorio (VRS) es muy común en niños y precisa de ingreso hospitalario en muchas ocasiones, sobre todo en el primer año de vida. La necesidad de ingreso hospitalario por esta patología en adultos es menos conocida.

En la última temporada de gripe, numerosos casos de VRS en adultos han necesitado ingreso hospitalario en nuestra Área de Salud, por lo que nos planteamos la necesidad de estudiar esta situación y crear una base documental para continuar el estudio en sucesivas temporadas.

Analizar la incidencia de VRS positivo con ingreso en el Área VIII.

Analizar las características de los pacientes adultos y niños con VRS+.

Elaborar un registro de datos de pacientes VRS+ que precisan ingreso para poder continuar el estudio y comparar resultados en las temporadas posteriores.

Estudio transversal observacional de pacientes con VRS+ que precisan ingreso hospitalario en el Área VIII de Salud, durante la temporada de gripe 2016/2017.

Periodo de estudio: 1 diciembre (primer caso) a 9 de marzo (último caso) 2016/2017.

Muestra: Totalidad de casos.

Obtención de datos: La historia clínica en Selene y Agora, con registro en hoja de cálculo Excel.

Procesamiento de datos: Excel 2010.

En la temporada 2016/2017 se han realizado 84 test de detección del Virus Sincital Respiratorio con resultado positivo, 71 de estos pacientes (81,4%) necesitaron ingreso, de ellos el 57,7% eran adultos y el 42,3% niños.

De los 41 pacientes adultos ingresados, el 51% eran hombres y el 49% mujeres. La edad media de los pacientes adultos era 72 años con un mínimo de 17 y máximo de 91, con 87 de moda y 77 de mediana. La media de días de ingreso que precisaron fue 9,24, con un mínimo de 1 y máximo de 24, con 8 de moda y 8 de mediana. El 7,3% (n=3) de los pacientes precisó ingreso en UCI y el 7,3% de los pacientes fue éxitus (n=3).

De los 30 niños con VRS que necesitaron ingreso el 56,7% eran niños y el 43,3% niñas, con edades entre 15 días y 17 meses. La media de edad fue 91 días, con una moda de 61 y mediana de 57. El 13,3% de los niños ingresados por VRS necesitaron ingreso en UCI y fueron trasladados al Hospital Santa Lucía (n=3) o a la Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca (n=1). La media de días de ingreso (exceptuando los 4 niños trasladados a UCI) fue de 5,8 días, con 1 día de mínimo y 11 de máximo. Es el primer año que se ha realizado la detección de VRS en adultos Y un alto porcentaje de pacientes con VRS precisó ingreso durante más de 9 días de media, en ocasiones con gran severidad de la enfermedad precisando ingreso en UCI. La incidencia en nuestro hospital, fue muy similar en hombres y mujeres.

El registro de pacientes ingresados por Virus Sincital Respiratorio que ha sido elaborado para esta temporada, va a permitir recoger los datos de siguientes temporadas y estudiar la evolución de esta enfermedad en adultos y niños en esta Área de Salud.

AUTORES: JIMÉMEZ ANTÓN, MARIA MAR; MUÑOZ SÁNCHEZ, M; CONTESSOTTO SPADETTO, C; SUBIELA GARCÍA, JA; CÁMARA SIMÓN, M; MUÑOZ DÁVILA, MJ.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR.



ID: 129

TÍTULO: RETORNO A URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORAS. EVOLUCIÓN DESFAVORABLE

RESUMEN:

Los pacientes que retornan a urgencias en un intervalo de 72 horas e ingresan, es un indicador de calidad de resultado de la dimensión efectividad-riesgo. Ofrece la posibilidad de detectar pacientes en los que la gravedad o complejidad de su patología ha evolucionado de manera desfavorable desde su primera visita

Evaluar las causas y diagnósticos que inciden en el subgrupo de pacientes que fallecen o requieren ingreso en intensivos (UCI) en su segunda visita.

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, sobre la actividad asistencial del año 2014 en un servicio de urgencias hospitalario de tercer nivel. Se revisaron todos los pacientes que retornaron a urgencias antes de transcurridas 72 horas de un alta previa y se incluyeron aquellos pacientes que murieron en urgencias o fueron ingresados en intensivos. Se utilizó las categorías de diagnóstico propuestas en la Clinical Classifications Software CIM-9-MC del 2013 y las causas se clasificaron siguiendo la propuesta de Pierce et al. Cada caso fue revisado por un médico adjunto y discutido en sesiones clínicas del servicio.

RESULTADOS: Reconsultaron 3.864 pacientes (4,1% de la actividad), de ellos ingresaron 674 (17,4%), 6 fallecieron (0,2%) y 65 precisaron ingreso en UCI (1,7%). El grupo de diagnósticos mayormente implicados fueron las enfermedades cardiovasculares (33 casos un 46%), sobre todo el ictus (31%). Finalmente, el 30% de las causas se atribuyó al médico (diagnóstico previo deficiente o error al no ingresar al paciente).

CONCLUSIÓN: En nuestro estudio la patología cardiovascular, especialmente la enfermedad cerebrovascular aguda, es la presenta un mayor riesgo de evolución desfavorable. Nuestro análisis identifica que casi un tercio de las causas son atribuidas al médico, por lo que este tipo de análisis permite reflexionar sobre la calidad asistencial, discernir las causas evitables de revisita y detectar áreas de mejora

AUTORES: ANTOLIN SANTALIESTRA, ALBERT; JIMÉNEZ HERNÁNDEZ, S; BERNAT CALVO, G; BERTRAN LUENGO, MJ; ASENJO ROMERO, M; BRAGULAT BAUR, E.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLINIC BARCELONA.



ID: 130

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL PROGRAMA DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE OBJETIVOS E INDICADORES SIREO

RESUMEN:

La gestión clínica es un proceso de diseño organizativo que permite incorporar a los profesionales en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica.

Mediante el Contrato Programa (CP) que el Servicio Andaluz de Salud establece con sus centros asistenciales, se establecen los objetivos internos así como la asignación de recursos de los que disponen para cumplirlos. Los centros, han de establecer los respectivos Acuerdos de Gestión (AGC) con las distintas Unidades de Gestión Clínica de su centro. Estableciéndose estos instrumentos como piezas clave para la transmisión de la estrategia organizativa a través de la fijación de objetivos e indicadores.

Durante el proceso de evaluación se conoce el grado de consecución, la eficacia y el valor que aportan a la institución los objetivos establecidos, permitiendo conocer también el grado de desempeño de los empleados. Con el fin de facilitar este proceso nace SIREO.

Implantar una herramienta innovadora de seguimiento y evaluación de los objetivos e indicadores de CP y AGC que aporte valor al proceso de evaluación y mejore la eficiencia del circuito establecido.

Identificación de las necesidades de los profesionales que están implicados en el proceso de evaluación de los objetivos e implantación de una herramienta acorde con estas.

Con las necesidades identificadas se desarrolló e implantó una herramienta capaz de dar soporte de forma independiente al proceso de evaluación de los indicadores establecidos en CP y AGCs.

En 2016, la herramienta tiene 200 indicadores CP y 1.772 AGC. Pudiendo desagregar los objetivos de CP en UGCs y enlazarlos con el objetivo establecido en el AGC, sin la necesidad de tener que evaluar dos o más veces este objetivo en cada uno de los AGC.

Desde 2016, ha permitido el seguimiento y evaluación continua de los resultados de indicadores de gestión, de investigación e innovación, en salud y de calidad asistencial.

Conclusión: La herramienta implantada facilita: el seguimiento y evaluación de los objetivos e indicadores; Información ordenada, centralizada y disponible según el rol de los profesionales; Extracción de informes personalizados; Disminución tiempos de trabajo; Mejora de la calidad asistencial.

AUTORES: SÁNCHEZ PARDO, DAVID JOSÉ¹; CASTRO TORRES, A²; LEAL GONZÁLEZ, S³; PINEDA ORTIZ, J⁴.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO¹; HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA²; HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO³; HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO⁴.



ID: 131

TÍTULO: MEJORA DE LA EFICIENCIA DE LA DERIVACIÓN A OFTALMOLOGÍA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL HU INFANTA CRISTINA

RESUMEN:

Durante el año 2016 se detectó el HU Infanta Cristina un aumento de las demoras en la atención de los pacientes derivados a oftalmología. Entre los posibles motivos planteados estaban los relacionados con un aumento de consultas sucesivas: nuevas terapias antiangiogénicas, envejecimiento de población, y cronificación

Para hacer un análisis más detallado de la situación y siguiendo el Documento Marco para el Desarrollo de la Continuidad Asistencial en la CM cuya quinta línea estratégica, es la Adecuada gestión de las transiciones asistenciales, se estudiaron las tasas de derivación a oftalmología por CIAS desde los cinco centros de salud del área,

La revisión bibliográfica nos dice que las intervenciones que involucran más activamente a los médicos de atención primaria son más eficaces para influir en las tasas y patrones de derivación.

- Mejorar la eficiencia en la derivación a la consulta de Oftalmología.
- Analizar la tasa de derivación acumulada por centro y por CIAS incluyendo en algunos casos los motivos de derivación y posterior retroalimentación a los profesionales.

Se obtienen las tasas de derivación acumuladas anuales con fecha noviembre de 2016 y noviembre de 2015 y el análisis mes a mes de ambos años. Posteriormente se analiza la distribución de tasas de derivación de cada CIAS Se calcula la distribución de los valores máximo, percentil 75, percentil 50, percentil 25 y mínimo, con los datos de todos los CIAS en la especialidad de Oftalmología y se representa gráficamente. Se obtienen motivos de derivación de algunos profesionales.

Se observa un aumento de la tasa total de derivación en 2016. El análisis mes a mes demuestra que el aumento en la tasa de derivación es especialmente llamativo a principios de año 2016.

En el análisis de la distribución por CIAS, llama la atención la distancia entre los valores máximos y percentil 75, mientras que la distribución de los percentiles 75, 50 y 25, siguen un patrón similar. Se detecta como área de mejora la intervención en los CIAS, que se encuentran entre los valores máximo y percentil 75. Además se hace un análisis de los motivos de derivación de dichos profesionales.

Esta información se envía a los directores de centro que hablan con los CIAS más derivadores analizando sus motivos. Como principal motivo de derivación encontramos pérdida de agudeza visual.

Durante el primer cuatrimestre de 2017 se observa una disminución de la demora en la atención a los pacientes en la consulta de oftalmología.

Este resultado es acorde con la bibliografía en la que se describe que las innovaciones organizativas tienen una mayor probabilidad de modificar las tasas de derivación, considerando que el enfoque más rentable sería el de la retroalimentación. En este sentido involucrar a los profesionales de Atención Primaria haciéndoles conocedores de las tasas y motivos de derivación ha sido eficiente para mejorar la gestión de la consulta de Oftalmología

AUTORES: BRU AMANTEGUI, SILVIA; TORREJÓN GUIJARRO, A; SÁNCHEZ ÁLVAREZ, MT; MINGO RODRIGUEZ, C.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA.



ID: 132

TÍTULO: SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP): SITUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE FERROL

RESUMEN:

La Atención Primaria es el primer punto de encuentro del paciente con el sistema sanitario. A pesar de este dato, los estudios sobre seguridad del paciente en AP a nivel mundial han sido escasos respecto al paciente hospitalizado. La Estrategia del Servicio Galego de Saúde incluye en su objetivo 2.6: "Calidad y Seguridad: Políticas de Calidad y Seguridad del Paciente" los elementos clave: "Gestionar la incidencia de eventos adversos, implantando un sistema de monitorización, medición y notificación", y "Reducir la incidencia de eventos adversos ligados a la asistencia sanitaria y al uso de medicamentos"

El SiNASP es el sistema adoptado por el SERGAS en 2010, para que los Profesionales Sanitarios puedan notificar incidentes, eventos o errores que puedan afectar a la seguridad de los pacientes. Objetivo general: Determinar el conocimiento de los profesionales sanitarios de Atención Primaria y su implicación respecto del SiNASP, en los centros dónde haya sido implantado en el AREA SANITARIA DE FERROL (ASF).

Objetivos específicos:

Averiguar el grado de compromiso de los profesionales sanitarios de AP del ASF con SiNASP.

Determinar el estado actual de la notificación con SiNASP en AP en el ASF.

Concluir si existen diferencias en relación a la notificación con SiNASP entre el personal de enfermería y las demás categorías de profesionales sanitarios.

Estudio descriptivo de corte transversal, con profesionales sanitarios que desempeñan su labor asistencial en los centros de Atención Primaria de la EOXI de Ferrol dónde ha sido implantado el SiNASP. La población a estudio son 125 profesionales (n=76; $p=0,05$, $d = \pm 3,3\%$). Se obtiene el permiso del Comité Autonómico de Ética de la Investigación Clínica de Galicia. Se diseñó un cuaderno de recogida de datos que se entregó a los participantes junto con el documento informativo. Los datos han sido analizados por SPSS 23

El 78,9% de los profesionales sanitarios que participaron en el estudio conocen el SiNASP. Sin embargo, el 9,2% de los profesionales afirmó haber realizado alguna notificación en el sistema. Aunque la formación es escasa, sólo el 22,7% refiere haber realizado algún curso sobre la seguridad del paciente y SiNASP para Atención Primaria, existe un alto grado de interés en cursos de formación (el 72% está interesado). El 52,2% de aquellos profesionales que no utilizan SiNASP no saben manejarlo. Además, señalan la falta de tiempo (51,5%) como principal barrera que podría impedirles realizar notificaciones. Aun así, creen que el SiNASP es una herramienta útil y que la notificación de eventos adversos es importante.

Conclusiones: Se necesita ampliar la cultura de seguridad para mejorar la detección y notificación de incidentes, ya que en la actualidad, existe una infranotificación y una baja percepción de eventos adversos. También se deben revisar las cargas asistenciales para determinar si la falta de tiempo puede impedir la notificación de incidentes.

AUTORES: PESADO CARTELLE, JOSE ANGEL; CASTRO MATESANZ, B; TIZÓN BOUZA, E.

CENTRO DE TRABAJO: EOXI FEROL.



ID: 133

TÍTULO: APLICACIÓN DE TRIGGER TOOL ADAPTADO PARA LA DETECCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN UNA MUTUA DE TRABAJO

RESUMEN:

El sistema de notificación de eventos adversos es una herramienta muy útil para su detección y la propuesta de planes de mejora. Nuestra organización promueve un sistema SNEA de estas características, que es tradicionalmente reactivo y sin búsqueda activa, y que en nuestro caso recoge también los casos formulados como quejas y reclamaciones. En este trabajo se promueve la utilización de una herramienta de búsqueda activa, aunque también reactiva al evento adverso, para detectar con mayor sensibilidad (y con especificidad en estudio) los eventos adversos que se produzcan en nuestra atención. Se trata de una adaptación del outpatient trigger tool formulado por el IHI (Institute for Healthcare Improvement) en colaboración con Kaiser Permanente y Baylor Health Care System.

Si bien su definición comenzó en el 2001, se trata de un sistema novedoso en el ámbito ambulatorio y no existe bibliografía de que haya sido utilizado en una mutua colaboradora con la Seguridad social.

El objetivo de este trabajo es comparar la detección de eventos adversos mediante un SNEA, reforzado con el uso de quejas y reclamaciones, con un sistema de revisión por búsqueda activa a través de la herramienta trigger tool para revisar sensibilidad y especificidad entre ambos, y si existen diferencias significativas en el número y tipo de eventos adversos detectados.

Se realiza una revisión de 20 casos mensuales por un periodo de 9 meses entre enero y septiembre del 2016. Cada caso se revisa utilizando la herramienta trigger tool y se especifica si existe el trigger y si este es positivo para un evento adverso. Se comparan los resultados obtenidos por un método y otro.

El sistema SNEA ha recogido durante el último año estudiado 60 eventos adversos, de los que un 73 % se refieren a centros ambulatorios y han sido declarados en forma nominal por enfermeras (40 %) y médicos (25 %). Destaca el importante papel de los administrativos (22 %) en esta función. En un periodo similar nuestra organización ha recibido 214 quejas de las que han sido remitidas a la Unidad Funcional del Riesgo (órgano técnico encargado de revisar las declaraciones al sistema) 35 quejas, de las que 1 fue considerada como evento adverso. Actualmente el trabajo con la herramienta está en fase de revisión de casos, los resultados a medir son el número de eventos adversos, el tipo de evento adverso, la gravedad y su evitabilidad.

Se pretende confirmar que la herramienta outpatient trigger tool es útil en la detección de EA, de fácil implantación y bajo coste, sensible y razonablemente específica, y que puede ayudar a dirigir las acciones de mejora en materia de Seguridad del Paciente.

Con ello permitirá una mayor visión de la realidad de los EA. De alguna forma se trata de concluir en la eficacia, efectividad y eficiencia del instrumento diseñado por el IHI (Institute for Healthcare Improvement).

AUTORES: ORTNER SANCHO, JORDI; IBAÑEZ VALLS, N; GRAU BALCELLS, N; GRAN RAMOS, A; MOYA ALCOCER, D.

CENTRO DE TRABAJO: MC MUTUAL.

ID: 134

TÍTULO: MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA CMA

RESUMEN:

La Colectomía es una de las intervenciones quirúrgicas realizadas con mayor frecuencia en Cirugía General junto con la hernia inguino-crural. Al final de la década de los 80 se comenzó a realizar mediante laparoscopia y de modo progresivo esta práctica fue extendiéndose en los años posteriores a casi todos los hospitales.

Son numerosas e importantes las ventajas de la vía laparoscópica: la disminución del dolor postoperatorio, menor tiempo de hospitalización, retorno precoz a la vida activa y la reducción de la morbilidad relacionada con la herida quirúrgica (infecciones, hernias y adherencias).

Estandarizar las actuaciones de los distintos profesionales en la vía clínica de la colectomía laparoscópica ambulatoria en el Hospital de Laredo

Mejorar la calidad de vida e incorporación vida laboral

Mejorar la gestión de los recursos sanitarios

Se constituyó un Grupo de Trabajo formado por un Cirujano, un Anestesiista, la Supervisora del Hospital de día y la Unidad de Calidad. en febrero del 2016 se iniciaron las reuniones para implantarse la vía clínica en julio del 2016.

Se ha trabajado no solo en describir, programar y asignar las tareas a cada profesional sino que hemos intentado mejorar la asistencia que veníamos realizando en estos años en las áreas que pueden facilitar la ambulatorización de la colectomía.

Hemos modificado nuestra actuación sobre todo en tres aspectos: mejorando la información facilitada a los pacientes en la primera visita en Cirugía, porque pensamos que aumenta la confianza del paciente en el procedimiento, previniendo las náuseas y vómitos en el postoperatorio (causa frecuente de ingreso por intolerancia oral, incorporado las últimas recomendaciones en el manejo de los vómitos) y la reduciendo el dolor postoperatorio, para mejorar la incorporación del paciente a su vida habitual. Se aplica a pacientes con diagnóstico de coledocistitis (mayor de 18 años y menor de 80 años), que no cumpla ningún criterio de exclusión definidos y se ajuste a los factores sociales también acordados.

Los pacientes con antecedentes personales de Coledocistitis y Pancreatitis aguda se podrán incluir, en función del criterio del cirujano.

Los pacientes con edades comprendidas entre los 70 y 80 años, serán valorados de manera individualizada, según las comorbilidades asociadas.

Durante el segundo semestre del 2016 realizaron 41 colectomías laparoscópicas por CMA, como resultados: en el 100% estaba el consentimiento informado, adherencia al protocolo de abordaje intraoperatorio. No hubo ningún reintegro, ni reintervención, ni acudieron a urgencias tras el alta. Tuvieron que pernoctar 10 de las intervenciones (24,39%), con lo que mejorado en un 5,3%. Causas del fallo de CMA fueron: 1(2,4%) no se ajustaba a los criterios sociales, 2 (4,8%) no constaba el motivo y en 7(17%) eran causas quirúrgicas (drenajes, ..). Satisfacción 9,7 sobre 10.

AUTORES: ANDINO PALACIOS, ADELAIDA; OCHOA GUTIÉRREZ, MS; GALINDO PALAZUELOS, M; SAN EMETERIO GONZÁLEZ, E; HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, P; DE ANDRÉS FUERTES, MA.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DE LAREDO.



ID: 136

TÍTULO: PROFILAXIS ANTIRETROVIRAL FRENTE AL HIV POST EXPOSICIÓN OCUPACIONAL: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN CLÍNICAS MC MUTUAL

RESUMEN:

Es conocido que la baja adherencia al tratamiento retroviral repercute en la aparición de resistencias, aumento de la morbilidad y del gasto. En nuestro centro disponemos de un protocolo de actuación para este tipo de asistencia, en el que se refleja además de las actuaciones médicas y enfermeras, la modalidad de tratamiento y en qué casos ofrecemos o recomendamos el tratamiento antirretroviral (TAR). El estudio de la fuente, que no siempre es posible, nos ayuda a determinar nuestra actuación en referencia al tratamiento con TAR.

Nos planteamos valorar el grado de adherencia al TAR de nuestros pacientes, comparando las dos modalidades de tratamiento, la anterior con Lamivudina + Zidovudina y Lopinavir + Ritonavir y la actual Tenofovir + Emtricitabina y Raltegravir.

Realizamos un estudio observacional y retrospectivo, buscando una muestra significativa de pacientes afectados de accidente biológico post exposición ocupacional, que hubieran sido tratados con TAR. Para ello revisamos las historias clínicas de los pacientes que fueron tratados con el primer protocolo de tratamiento durante el periodo 2014/2015 (Grupo 1) y con el segundo protocolo de tratamiento durante el periodo 2015/2016 (Grupo 2). Criterios de inclusión: •Fuente desconocida, •Fuente HIV positivo. Criterios de Exclusión: •Gestantes, •Pacientes que han iniciado TAR en centro ajeno.

Grupo 1: Total 477 accidentes biológicos de ellos 32 inician TAR. Fármacos:Lamivudina 150 mgr.+Zidovudina 300 mgr. 1 comp/12horas y Lopinavir 200 mgr.+Ritonavir 50 mgr. 2 comp./12horas. 4 Semanas de tratamiento

Grupo 2: Total 681 accidentes biológicos de ellos 32 inician TAR. Fármacos: Tenofovir 245 mgr.+Emtricitabina 200 mgr. 1 comp/24horas y Raltegravir 400 mgr. 1 comp/12horas. 4 Semanas de tratamiento

En la comparación entre ambos grupos destaca que en el grupo 1 hay un 12,5% de pérdida de adherencia al tratamiento, de causa desconocida, todos ellos pertenecen al colectivo sanitario. La fuente fue HIV+ en un 9% de los casos. En el grupo 2 hay un 28% de pérdida de adherencia al tratamiento, con un 18 % de intolerancia al mismo, con un porcentaje de fuente HIV+ que dobla al grupo anterior, el 22% del total.

Conclusiones: La adherencia de la muestra es en general muy alta (65% grupo 1 y 54% grupo 2), destacando que los criterios detectados en el grupo I de estudio (donde no vemos ningún caso de abandono del TAR por causas de intolerancia) no concuerda con lo que se destaca desde el GESIDA a cerca de que el cambio de fármacos antirretrovirales es entre otras causas debido a la mejor tolerancia. Por contra en el grupo 2 se detectan un 18% de casos de pérdida de adherencia por intolerancia, mayoritariamente de tipo gastrointestinal. Todo ello nos lleva a reconsiderar y por tanto a ampliar la muestra del estudio con mayor orientación a diferentes colectivos.

AUTORES: CABOT MOTA, LUISA; ARROTO MATEO, J; ENGUITA LEGIDO, E; CABALLERO MUÑOZ, R; RODRIGUEZ TORREBLANCA, E; MOYA ALCOCER, D.

CENTRO DE TRABAJO: MC MUTUAL.



ID: 138

TÍTULO: ESTUDIO SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS EN EL MANEJO DEL CATÉTER EPIDURAL

RESUMEN:

El control del dolor es un derecho de todo paciente. Dentro de los recursos de los que disponemos, la administración de analgesia a través de catéteres epidurales, para el control del dolor postoperatorio, es una herramienta muy efectiva.

En un Hospital de nivel 2 del área de Barcelona, se colocaron durante el año 2016 un total de 555 catéteres epidurales, de los que se registraron 76 incidencias que incluyen desconexiones y salidas accidentales.

Dado que es una técnica invasiva no exenta de complicaciones, se requiere por parte de enfermería una vigilancia y cuidados específicos.

El objetivo del estudio fue conocer la percepción que tienen las enfermeras sobre el manejo de los catéteres epidurales, y detectar posibles necesidades de formación para proporcionar los cuidados necesarios en el correcto mantenimiento, control y vigilancia, y evitar potenciales complicaciones de los catéteres epidurales.

Estudio descriptivo.

La recogida de datos se realizó mediante una encuesta anónima a las enfermeras que estaban trabajando en unidades receptoras de pacientes portadores de catéter epidural para el control del dolor postoperatorio de nuestro centro.

La encuesta constaba de 10 preguntas, 9 con respuesta cerrada y 1 pregunta abierta para poder realizar comentarios.

Se incluyeron variables como: función del catéter epidural, signos y síntomas de alerta, vía de administración de analgesia de rescate, conocimientos en administración de analgesia por el catéter epidural, ventaja o inconveniente para la enfermera y para el paciente.

RESULTADOS:

Se entregaron un total de 69 encuestas y se recogieron 67 (2 encuestas no cumplimentadas).

Un 70% del personal de enfermería percibieron que conocían el manejo del catéter epidural de forma segura, aunque solo 23,8 % de las enfermeras habían recibido formación y de éstas, solo un 10,4 % creyeron que sus conocimientos eran suficientes.

Si las enfermeras tuvieran que administrar medicación por el catéter epidural, ante una exacerbación de dolor, solo el 37,3% piensan que sabrían hacerlo.

El 77,6 % creían que conocían los signos/síntomas de alerta para considerar que un catéter epidural se ha complicado, frente a un 17,9% que reconocían no saber detectarlos.

CONCLUSIONES:

El personal de enfermería que trabaja en unidades de hospitalización, receptores de pacientes portadores de catéteres epidurales, no han recibido formación específica suficiente para el manejo y vigilancia del catéter epidural.

Esta formación mejoraría la eficacia y la técnica al mejorar la calidad de los cuidados. Además se obtendría un aumento en la seguridad y una disminución en las incidencias relativas al manejo inadecuado de catéteres epidurales. Es por todo ello, que tras nuestra experiencia, creemos que es necesaria la realización de un curso de formación específico en el manejo de catéteres epidurales y otros dispositivos de analgesia para control del dolor.

AUTORES: GÓMEZ TABOADA, NURIA; SANTOS CIDÓN, P; GARCÍA MARTINEZ, M; GARCÍA ARANDA, S.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL MOISÈS BROGGI.



ID: 139

TÍTULO: TRANSICIÓN SATISFACTORIA ISO 9001: 2015 DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN EOXI FERROL

RESUMEN:

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 7 Servicios: Lavandería, Farmacia Hospitalaria, Análisis Clínicos, Aprovisionamientos, Microbiología, Servicio de Admisión y Documentación Clínica y Unidad de Formación Continuada.

La Organización Internacional de Normalización (ISO) establece que las organizaciones dispondrán de 3 años a partir de la fecha de publicación de la norma (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. En el mes de Marzo de 2017 se realiza la auditoría externa de Transición con resultado satisfactorio.

Describir las acciones desenvueltas para la adaptación de los criterios de la nueva versión de la norma UNE EN ISO 9001, en un alcance de 7 servicios, y con resultado satisfactorio en la auditoría externa de transición.

1. Formación e Información en cascada de la nueva versión de la norma al personal y responsables de los Servicios del alcance
2. Analizar los nuevos criterios de la norma y su implementación en cada servicio
3. Análisis grupal de los riesgos y oportunidades en cada servicio
4. Establecer grupos de trabajo con Dirección: reporte de indicadores, riesgos, objetivos, desviaciones...
5. Establecer herramientas comunes para los 7 servicios: DAFO, Matrices de Riesgo, Estructura Documental, Identificación de las partes interesadas y canales para identificar sus expectativas y necesidades

Sobre los requisitos más substanciales, se consensua con los Servicios:

- Adaptación de las políticas de calidad, tanto de la EOXI como en cada Servicio, con enfoques a seguridad del paciente y gestión de riesgos.
- Analizado los contextos organizacionales a través de herramientas PEST o DAFO, reportan un análisis interna y externo que va en línea con los objetivos de calidad que definen los servicios.
- La identificación de las partes interesadas y su análisis de satisfacción es un reporte de información fundamental para la mejora.
- La identificación de riesgos y su análisis está a resultar beneficioso tanto en la comunicación del personal como las acciones para mitigarlos

En el mes de Marzo 2017 se realizó la auditoría externa de transición con resultado satisfactorio, que evidencia el compromiso de mejora continua por los profesionales que engloban los 7 servicios del alcance del SGC de nuestra EOXI.

AUTORES: MARTINEZ ESPIÑEIRA, JULIANA; FERNANDEZ LOPEZ, A; MILLOR SANESTEBAN, B; PESADO CARTELLE, JA.

CENTRO DE TRABAJO: ESTRUCTURA ORGANIZATIVA GESTIÓN INTEGRADA DE FERROL.



ID: 141

TÍTULO: PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA: SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

RESUMEN:

La creación en nuestro hospital de una unidad de rehabilitación cardiaca y la implantación de un programa que incluye reentrenamiento al esfuerzo bajo supervisión especializada y charlas de educación sanitaria, hace necesario conocer la opinión de nuestros usuarios a fin de realizar los cambios y mejoras pertinentes que aseguren una atención de calidad al paciente afecto de cardiopatía isquémica.

Describir las características epidemiológicas de la población sometida al programa de rehabilitación cardiaca (PRC) de nuestro hospital.

Determinar el grado de satisfacción de la población con dicho programa.

Identificar las áreas susceptibles de mejora en la atención al paciente durante el desarrollo del programa.

Población: pacientes incluidos en el PRC durante el período comprendido entre enero y diciembre de 2016.

Programa: se establecen dos grupos de reentrenamiento al esfuerzo que acuden a tratamiento dos días por semana y a charlas de educación sanitaria cada 15 días, durante dos meses de seguimiento.

Intervención: encuesta de satisfacción autoadministrada y anónima una vez finalizado el PRC.

Variables:

Epidemiológicas: edad y sexo

Satisfacción: acogida y explicación del programa, organización de citas en consulta, horario de tratamiento, características generales del gimnasio, interés por las charlas de educación sanitaria, control del registro electrocardiográfico, quejas y sugerencias.

Durante el periodo de estudio, 47 pacientes fueron incluidos en el PRC (87% hombres). La edad media fue de $55.27 \pm 8,46$ años.

Los resultados en relación a la satisfacción con el desarrollo del PRC fueron muy positivos en la mayoría de los ítems registrados. Respecto al sistema de acogida y explicación del PRC el 95.45% consideraban suficiente la información recibida, y un 95.34% pensaba que el modo de organización de las citas en consulta era cómodo. El horario se ajustaba a las necesidades de los pacientes prácticamente en la mitad de los casos. En relación a las características e instalaciones del gimnasio: la mayoría pensaba que la limpieza, la iluminación y el material empleado eran adecuados (48-55%), pero la ventilación fue considerada como deficiente en el 44.44%. Las charlas impartidas fueron en su mayoría de gran interés para todos los pacientes, siendo la mejor valorada la relacionada con el ejercicio físico (62.22%), seguido de la dieta cardiosaludable (60%) y la cardiología básica (59.09%).

AUTORES: SEVILLA HERNANDEZ, ENCARNACIÓN ARACELI; PALAZON MORENO, A; AMOROS RIVERA, S; GARROTE MORENO, LC; FERNANDEZ DE HARO, MM; HERRERO BROCAL, A.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER.



ID: 142

TÍTULO: MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS DE LA NORMA UNE EN ISO 9001:2015 EN 7 SERVICIOS

RESUMEN:

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 7 Servicios: Lavandería, Farmacia Hospitalaria, Análisis Clínicos, Aprovisionamientos, Microbiología, Servicio de Admisión y Documentación Clínica y Unidad de Formación Continuada, habiendo realizado la transición a la nueva versión de norma UNE EN ISO 9001:2015 con resultado satisfactorio.

Determinar el grado de conocimiento del personal de los servicios dentro del alcance del SGC con la norma de referencia UNE EN ISO 9001:2015.

Estudio descriptivo, observacional, multivariado dirigido a la totalidad del personal que trabaja en los Servicios Certificados: Lavandería, Farmacia Hospitalaria, Análisis Clínicos, Aprovisionamientos, Microbiología, Servicio de Admisión y Documentación Clínica y Unidad de Formación Continuada

Población a estudio:

Cuestionario ad-hoc elaborado en la Unidad de Calidad centrado en los cambios y novedades más relevantes de la nueva norma. Consta de 8 ítems con cuatro opciones posibles de respuesta, Evaluación de resultados y análisis de los datos mediante las aplicaciones informáticas SPSS v.22 y Microsoft Excel®

1.- A pesar de haber realizado la transición a la nueva versión de la Norma con éxito, los resultados arrojan un conocimiento, dentro de los profesionales que integran los servicios que podemos considerar de nivel medio.

2.- Se desprende de los resultados que existe confusión con algunos conceptos y taxonomías de la nueva norma (partes interesadas, contexto, enfoque a riesgos).

3.- Se hace necesario por parte de la unidad de Calidad establecer una campaña de información/formación entre los integrantes de los Servicios Certificados con posterior medición del impacto de la misma.

4.- EL SGC se encuentra implantado y se demuestra el compromiso para con el mismo, pero el poco período de tiempo transcurrido desde la transición a la nueva Norma se revela como el factor prevalente de las dudas y confusiones conceptuales.

AUTORES: MARTINEZ ESPÍNEIRA, JULIANA; FERNÁNDEZ LÓPEZ, A; MILLOR SANESTEBAN, B; ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE GESTIÓN INTEGRADA DE FERROL, JA.

CENTRO DE TRABAJO: ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE GESTIÓN INTEGRADA DE FERROL.

ID: 143

TÍTULO: EVALUACIÓN PEST DE FACTORES EXTERNOS QUE PUEDAN AFECTAR A LA ORGANIZACIÓN EN EL ÁREA SANITARIA DE FERROL

RESUMEN: La nueva norma ISO 9001:2015, en su apartado 4 contiene una serie de nuevos requisitos que obligan a definir el contexto de la organización, a determinar por qué la organización está dónde está y que factores pueden influir en ella. Este es un cambio fundamental, ya que supone el punto de partida y la base para el Sistema de Gestión de Calidad (SGC). Indica que la organización debe tener en cuenta todos los aspectos internos y externos que pueden afectar a los objetivos estratégicos y la planificación del Sistema de Gestión de la Calidad. El análisis estratégico PEST (factores Políticos, Económicos, Sociales y Tecnológicos), a diferencia del DAFO, focaliza en los elementos que conforman el entorno en el cual se desenvuelven las organizaciones, determinando aquellos factores que no dependen directamente de la misma, a fin de poder controlarlos, referenciarlos, e incluso, si fuese posible, actuar estratégicamente sobre ellos. Estudiar y definir el contexto de la organización en la Estructura Organizativa de Xestión Integrada de Ferrol (Área Sanitaria) mediante la realización de un análisis PEST. Se llevan a cabo reuniones presenciales utilizando la técnica de Grupo Focal, en el que participan:

Dirección de Procesos Asistenciales

Dirección de Recursos Económicos

Dirección de Recursos Humanos

Dirección de Procesos de Soporte

Unidad de Calidad de la EOXI

Tras realizar brainstorming y filtrado por el grupo de las aportaciones se llega a un consenso

Análisis PEST de la Estructura Organizativa de Xestión Integrada de Ferrol (Área Sanitaria):

Factores Político-Legales:

- Normativa sanitaria
- Normativa de contratación de personal
- Normativa organizativa de la Gestión Integrada
- Normativa medio-ambiental
- Cambios políticos
- Acuerdos sindicales

Factores Económicos:

- Disponibilidad presupuestaria
- Tasa de desempleo
- Mecenazgo
- Donaciones
- Precio del producto sanitario
- Monopolio / Oligopolio de producto

Factores Socio Culturales

- Sociedades Científicas
- Asociaciones de pacientes
- Factores socio-demográficos
- Dispersión geográfica
- Patrones culturales
- Características especiales del Área Sanitaria
- Nivel educativo

Factores Tecnológicos

- Desarrollo de nuevos productos
- Evolución de crecimiento científico
- Obsolescencia equipos
- Monopolio / Oligopolio productos
- Gasto público en I+D+i

El análisis PEST se ha mostrado útil para determinar el contexto de la organización:

1. Optimiza la toma de decisiones, al permitir conocer las características del entorno
2. Mejora la planificación, pudiendo prever y minimizar el impacto de los elementos externos adversos.
3. Mejora la capacidad de liderazgo.
4. Ayuda a evaluar riesgos externos. Analizar los factores políticos, económicos, sociales y tecnológicos es clave para evaluar los posibles riesgos a afrontar.
5. Mejora la adaptabilidad a los cambios. Al analizar los factores influyentes, el análisis PEST permite a las organizaciones adoptar estrategias que les ayuden a adaptarse a los cambios.

AUTORES: PESADO CARTELLE, JOSE ANGEL; MARTINEZ ESPÍÑEIRA, J; FERNÁNDEZ LÓPEZ, A; MILLOR SANESTEBAN, B.

CENTRO DE TRABAJO: EOXI FERROL.



ID: 144

TÍTULO: LIDERAZGO EN LA CREACIÓN DE ESPACIOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

RESUMEN:

Los estudios coinciden en el vínculo entre la cultura de la organización y la mejora de la práctica clínica. Sesiones educativas, formación del equipo, rondas ejecutivas o técnicas combinando varias estrategias, han demostrado resultados en la mejora de la percepción del personal de la cultura de seguridad.

La Dirección por Objetivos (DPO) es una técnica que hace posible trasladar los objetivos estratégicos de la empresa a específicos para cada una de las personas que la integran. Permite al profesional conocer qué es importante para los líderes de la organización y implicarse en su consecución, aumentando el autocontrol y la participación.

Determinar la importancia del liderazgo institucional en la creación de espacios para la Seguridad del Paciente (SP).

En 2015 y 2016, y a petición de la Dirección asistencial, se diseñó un objetivo institucional para ser incluido en el programa de DPO que pretendía fomentar la implicación, motivación y participación activa de los profesionales en la mejora continua de la seguridad clínica a partir de la notificación y seguimiento de incidentes relacionados con SP. Constaba de dos indicadores:

1. N Registros de incidentes notificados al programa de notificación superior a N registros año anterior
 2. Asistencia 90% sesiones de seguimiento de indicadores de SP realizadas en el servicio o unidad asistencial
- Con la realización de éstas sesiones se pretendía crear un espacio dentro de los diferentes colectivos profesionales de la institución (servicio, unidad, proceso...) donde poder hablar sobre los temas de seguridad que más incidían en los pacientes atendidos

A partir de un tema introductorio como es el reporting de los datos provenientes del programa de notificación y del Cuadro de mandos de indicadores de SP, se pretendía empoderar al personal para que asumiera la responsabilidad de mejorar la seguridad en su ámbito de trabajo mediante el feedback adecuado al tipo de atención prestada

En 2015 se fijaron los objetivos en junio. En 2016 no se pudieron establecer debido a los cambios de directivos que dejó sin liderazgo al centro desde marzo a octubre. La dirección de Enfermería en éste tiempo estuvo en funciones.

No hubo incentivo económico apoyando al programa ninguno de los dos años de estudio.

En 2015 se notificaron 348 incidentes, 187 más que en 2014. Por el contrario, en 2016 sólo se notificó 237. El número de sesiones realizadas en 2015 fue de 64 distribuidas en 32 servicios/ unidades de 36 tributarios a recibir estas sesiones y a las que asistieron 252 profesionales

Las sesiones realizadas en 2016 fueron 4 a las que acudieron 60 profesionales que pertenecían a 7 servicios/unidades

La falta de liderazgo institucional en nuestro centro, se reflejó en un descenso de la notificación de incidentes a la plataforma informática, de la creación de espacios para la SP y la asistencia a ellos por parte de los profesionales asistenciales, determinando la importancia del liderazgo en la creación de espacios de cultura de SP

AUTORES: GUIRAL FERNANDEZ, FRANCISCA; BATALLA PEINADO, L; TEJERO VIDAL, LL; FOLGUERA ARNAU, M.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARI SANTA MARIA.

ID: 145

TÍTULO: ANÁLISIS DE LAS RECLAMACIONES DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL

RESUMEN:

A pesar de que la satisfacción de nuestros usuarios del Servicio de Urgencias Hospitalario es la mejor valorada entre las diferentes Áreas del Servicio Murciano de Salud (SMS), los pacientes presentan reclamaciones, que, a pesar de la subjetividad de su percepción, nos transmiten información para encontrar oportunidades de mejora en nuestra Organización.

Tras implementar acciones de mejora en la gestión y recogida de las reclamaciones, realizar un análisis retrospectivo de 2016, que tras ser registradas en el Servicio de Atención al Usuario (SAU), llegan al servicio para su respuesta, para:

- Determinar el peso de los principales motivos de queja: demora, información, trato, praxis, estructurales, etc.
- Detectar nuevos motivos de queja/reclamación
- Revisar y actuar sobre las reclamaciones relacionadas con la seguridad del paciente.

Estudio descriptivo y retrospectivo de las reclamaciones que llegan al servicio de urgencias, a través del SAU, por los pacientes atendidos en un hospital de 2º nivel en 2016.

Se han establecido categorías que engloban las reclamaciones:

DEMORA. Percepción de retrasos en la asistencia, el ingreso o el alta.

DEMANDA PRUEBAS/ESPECIALISTA. Solicitud de prueba complementaria o de valoración por especialista.

INFORMACIÓN. Disconformidad con el funcionamiento del servicio, las normas internas, la coordinación interniveles.

ESTRUCTURAL. Habitabilidad de instalaciones, confort, pasillos, sillones, higiene y limpieza.

TRATO. Educación, cortesía y deferencia hacia los pacientes. Intimidad y confidencialidad.

PRAXIS. Disconformidad con el diagnóstico, el tratamiento o el alta del paciente.

ADTVO. Información errónea no clínica, disconformidad en la toma de datos, disconformidad en informe de asistencia, transporte sanitario.

El número de reclamaciones ha aumentado de 2015 a 2016 en el complejo hospitalario de 3766 a 4166.

El número de reclamaciones globales al SUH ha disminuido, de 340 a 303, aumentando el número de las reclamaciones por demora en la asistencia de 92 a 117. Esta reclamación supone el 57.64% de las reclamaciones. Se produce fundamentalmente a expensas del periodo vacacional, julio, agosto, diciembre, enero.

La reclamación de realización de pruebas o valoración especializada es el segundo ítem más frecuente como motivo de reclamación, un 10.34%.

Le siguen en frecuencia: información (9.85%); reclamaciones estructurales (8,37%); trato (6.9%); praxis médica (4,93%) y administrativa (1,97%).

CONCLUSIONES

El servicio de urgencias, ha disminuido de forma global las reclamaciones de los pacientes.

Las reclamaciones por demora, merecen un estudio más detallado, sirviendo como herramienta de mejora continua.

Hay un crecimiento importante de la solicitud de pruebas complementarias y valoraciones por especialista.

Las reclamaciones por praxis médica nos ayudan a detectar eventos adversos, en ocasiones no registrados por los profesionales, y actuar sobre ellos.

AUTORES: CONESA HERNANDEZ, ANDRES; CRUZADO QUEVEDO, JA; GARCIA MARTINEZ, LR; BENITEZ NIEBLAS, A; RODRIGUEZ RETAMAR, RD; GALERA GALERA, A.

CENTRO DE TRABAJO: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CARTAGENA.



ID: 146

TÍTULO: CAMBIANDO ENFOQUES EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD: ENTREVISTA MOTIVACIONAL

RESUMEN:

La metodología en Educación para la Salud (EPS) ha cambiado a lo largo de los años hacia modelos más activos y participativos que favorecen la corresponsabilidad, el autocuidado y el empoderamiento de las personas en relación a su salud.

En este sentido, la Entrevista Motivacional (EM) es un estilo de comunicación asociada a efectos positivos para conseguir cambios en gran variedad de comportamientos ya que refuerza la motivación personal y el compromiso suscitando y explorando los motivos que tiene la propia persona para cambiar.

La efectividad de la Entrevista Motivacional tiene un amplio respaldo de datos de investigación; con esta experiencia se profundiza en la metodología a desarrollar, con el propósito de incrementar la capacidad de la misma para inducir cambios en la práctica de los profesionales que la realizan.

La reordenación de los servicios sanitarios en respuesta a los cambios en el perfil de los problemas de salud prevalentes, con especial interés a procesos crónicos y patologías derivadas de los estilos de vida, convierte la implementación de la Entrevista Motivacional en la atención a los pacientes en un proyecto de especial importancia.

La formación específica en habilidades de comunicación, tras identificarse como necesidad percibida por los profesionales, equipos y la organización, forma parte de las Líneas Estratégicas de la Gerencia de Atención Primaria.

Mejorar las competencias en EPS de los profesionales a través de la Entrevista Motivacional.

La formación consiste en un curso presencial de 28 horas dirigido a 30 profesionales de Atención Primaria. Dicha actividad se estructura en tres partes diferenciadas: Inmersión, Seguimiento y Evaluación. Como novedad, se aplicará la herramienta docente de la simulación clínica, que incluye la atención a casos simulados y el análisis posterior mediante 'debriefing', según el modelo del Centre for Medical Simulation (CMS).

El diseño de la actividad formativa combina distintas actividades cada de las cuales desarrolla estrategias docentes en diferente grado e intensidad, en un intento de buscar sinergias y aumentar la eficacia final de la intervención:

- Metodología de Simulación Clínica (fase de Inmersión de 18h): Implica el empleo de Discusión de “marcos mentales actitudinales”, Constructivismo, Metacognición, Práctica Deliberada.
- Sesiones de Seguimiento con periodos de práctica intercalada: Implica el empleo de Orientación a Objetivo, Práctica Deliberada, Aprendizaje Espaciado.
- Sesión de cierre previo informe Reflexivo: Implica el empleo de Práctica Deliberada, Metacognición.

Aunque la Entrevista Motivacional está desarrollada para ser aplicada por todo tipo de profesionales, en esta 1ª edición se decide formar a los profesionales de enfermería ya que muchas patologías asociadas a procesos crónicos y de educación sanitaria, son abordadas desde la consulta de enfermería.

Actualmente, el proyecto se encuentra en la fase de seguimiento de la 1ª edición y en la gestión de una nueva.

AUTORES: TORRES MANRIQUE, BLANCA¹; VEGA TOCA, V²; GOMEZ OTI, M³; LAVIN CARCOBA, JI⁴; ESTEBAN PELLON, J⁵; DE LA FUENTE ALONSO, A⁶.

CENTRO DE TRABAJO: SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD¹; GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD²; GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD³; GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD⁴; GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD⁵; SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD⁶.

ID: 147

TÍTULO: IDENTIFICACIÓN DE LAS REDES DE COLABORACIÓN Y CONOCIMIENTO EN UNA MUTUA LABORAL

RESUMEN:

La oferta sanitaria de MC Mutual está distribuida por todo el territorio español con centros ambulatorios asistidos por equipos multidisciplinares (médicos de familia, deporte o empresa, traumatólogos, enfermería y fisioterapeutas), con centros hospitalarios de referencia en Barcelona, Madrid, Valencia, Bilbao y Sevilla. Conocer como el conocimiento y los referentes clínicos están distribuidos en las personas y territorio podrá ayudarnos a crear un mapa de expertos y también la inter-conexión de la comunicación profesional en el territorio para que el plan de formación pueda desarrollarse de forma adecuada.

La encuesta-web realizada al colectivo sanitario, médicos asistenciales, médicos supervisores de contingencia común, enfermería, fisioterapeutas y traumatólogos de la organización se pueden conocer las necesidades formativas de estos colectivos con los siguientes objetivos:

- Identificar referentes en la red de expertos/as
- Identificar necesidades de formación
- Visualizar la distribución territorial del conocimiento
- Elaborar imágenes de las comunidades de práctica clínica y las personas referentes en materia clínica en MC Mutual

Además de diversas cuestiones, en la encuesta-web se preguntó sobre personas con las que se tiene intercambio de conocimiento mediante estas cuestiones: ¿A quién preguntas? y ¿Quién te pregunta?

Una vez seleccionado el perfil profesional, se usó un generador de nombres para preguntar de quién se recababa la opinión o consejo profesional, incluyendo perfil, centro y palabras clave. Un segundo generador nos permitió recoger quién consultaba al propio profesional. Ambos generadores contaban con un apartado para ampliación u observaciones. Con los datos obtenidos de los generadores de nombres se procesaron matrices de datos con el objetivo de identificar a aquellos miembros con mayor grado (número de enlaces que tiene un nodo), betweenness (intermediación), closeness (cercanía) y de detectar comunidades en el interior de la red.

La red de todos los participantes de la encuesta tiene 539 nodos (profesionales sanitarios) y 1680 enlaces (relaciones establecidas con base en las dos preguntas). Esto se traduce en una red muy bien interconectada en donde el intercambio de conocimiento y consejos fluye con cierta facilidad por toda la red. Algunas de las mejoras detectadas (Conclusiones):

1. Se han detectado a nivel territorial clústeres (comunidades conocimiento) más alejadas y con un menor nivel de interconexión, que nos da la oportunidad de que algunos expertos adopten un rol de forma más proactiva en esas áreas.
2. Otra línea de trabajo que resulta de los datos extraídos, es aumentar la colaboración entre expertos/as de la red.
3. Para potenciar y gestionar las redes de conocimiento deberemos dar visibilidad al núcleo de expertos de la organización
4. Las acciones de visualización de las personas referentes tiene la ventaja de reconocer positivamente la conducta colaborativa y abierta de los expertos/as más destacados.

AUTORES: VIVES JULINES, ALBERT; SEGURA MOLINA, A; BERLANGA DE LEÓN, C; PEREZ MACIÀ, M; VILA ALSINA, D; GÓMEZ ZARZUELA GINER, MR.

CENTRO DE TRABAJO: MC MUTUAL1.



ID: 148

TÍTULO: LA SEGURIDAD CLÍNICA EN UN ESTADIO DE FUTBOL: LOS ÁNGELES DE SAN MAMÉS, CERTIFICAN SU ASISTENCIA SANITARIA “SEGURA”

RESUMEN:

El Estadio de San Mames constituye el primer Estadio a nivel estatal e internacional que consigue adecuar su proceso de atención asistencial a los requisitos de una norma de seguridad clínica, en nuestro caso, la Norma UNE 179003. Este sistema de gestión de riesgos ha supuesto un reto en todos los sentidos. Un Estadio que cuenta con un equipo de profesionales cuya actividad y atención asistencial, que presta a toda aquella persona que se encuentra en el recinto del Estadio, garantiza la seguridad clínica, la calidad del servicio y la atención personalizada, en definitiva, ofrece a los aficionados, a los futbolistas, a la plantilla de los equipos y a los directivos, en general, un servicio asistencial único, excelente y basado en la seguridad clínica. Esto se logra con la profesionalidad e implicación de los profesionales sanitarios que desempeñan su labor en el Estadio de San Mamés.

1. Implantar un sistema de gestión de riesgos para garantizar la seguridad clínica en el proceso de atención en el Estadio San Mamés
2. Controlar y minimizar los posibles riesgos.
3. Mejorar la coordinación y comunicación entre los profesionales implicados y otras entidades para un despliegue eficaz de los medios asistenciales ante una emergencia: ambulancias, ertzaina, etc.
4. Contribuir a la mejora, eficacia y eficiencia del servicio prestado.
5. Incrementar la satisfacción de los pacientes.
 - ;- Constitución de la Comisión de Seguridad del paciente.
 - ;- Identificación de riesgos – Mapa de riesgos-.
 - ;- Elaboración Programa de Calidad y Seguridad del paciente: objetivos, indicadores, iniciativas y buenas prácticas.
 - ;- Elaboración e implantación de protocolos y procedimientos clínicos.
 - ;- Formación y sensibilización a toda la dotación de profesionales.
 - ;- Auditorias internas

El proceso de consecución de la certificación UNE 179003 en el Estadio de San Mamés ha favorecido entre otros aspectos la consecución de los siguientes resultados:

- Mayor adhesión de los profesionales al proyecto asistencial de San Mamés, mayor implicación con la mejora del proceso asistencial, y mayor asunción de responsabilidades.
- Potenciar la seguridad clínica en el proceso de atención asistencial: evitar productos y medicación caducada, llevar control de equipos de reanimación, establecer protocolos rápidos y eficaces de actuación ante emergencias.
- Lograr mayor coordinación y comunicación entre los profesionales – método SBAR-
- Optimizar los recursos materiales desplegados.

Ha facilitado la consecución de un método de actuación coordinado y la aplicación de protocolos efectivos ante actuaciones de emergencia y asistenciales, logrando una gestión más eficiente de recursos humanos y materiales.

AUTORES: URRUTIA JOHANSSON, ISABEL¹; ALONSO RODRIGUEZ, KA²; PIFERRER, ER³; ARCO, JO⁴; JIMENO, AI⁵; LOPEZ, BE⁶.

CENTRO DE TRABAJO: GRUPO IMQ¹; GRUPO IMQ²; IMQ SAN MAMES³; IMQ SAN MAMES⁴; IMQ SAN MAMES⁵; IMQ SAN MAMES⁶.



ID: 149

TÍTULO: INTEGRAR Y MEJORAR LA ASISTENCIA SANITARIA DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

RESUMEN:

Actualmente en la estrategia del SERGAS, se plantea la mejora en la continuidad asistencial fomentando el trabajo entre niveles asistenciales, reforzar la variabilidad clínica y la organización de servicios en función de la necesidad del paciente.

En nuestra Gerencia desde el año 2008, ya se estaban valorando a los pacientes oncológicos través de los comités de tumores; posteriormente desde los organismos centrales (SERGAS) se desarrollan herramientas que mejoran el flujo de estos pacientes a través de procesos asistenciales integrados y vías rápidas, esto genera una integración entre todas sus actividades.

Dar a conocer la integración y la mejora de los procesos asistenciales integrados en nuestro centro desde el momento en que el paciente presenta una sospecha clínica oncológica pasando por el consenso a través de un grupo multidisciplinar en su diagnóstico y tratamiento y derivándolo a un circuito quirúrgico en donde se establecen unos tiempos de espera.

En este momento en nuestro centro existen 6 comités de tumores en de los que 2 (mama y colorrectal) tienen desarrollada esta asistencia integral.

El itinerario de los pacientes que cumplen criterios de sospecha sería el siguiente:

1º El acceso se realiza a través de Vía rápida, consulta AP u otras consultas especializadas.

2º Los pacientes se introducen en las agendas de los comités de tumores dependiendo de su origen, el paciente no acude de manera presencial y se realiza una valoración multidisciplinar. En la historia clínica electrónica figurará el informe asociado al comité correspondiente en donde se reflejará el plan terapéutico.

3º A los pacientes a los que se establece un tratamiento quirúrgico entran en el circuito estableciéndose fechas y plazos para su intervención.

Tras la inclusión de las vías rápidas y los programas de cribado se incrementaron de manera significativa el número de pacientes que se comentan en los comités de tumores y los circuitos quirúrgicos.

Se han integrado las actividades de una manera eficaz y efectiva, garantizando al paciente una continuidad en la actividad asistencial de una manera no presencial, con la valoración no presencial de los pacientes, junto con los procesos asistenciales integrados, en nuestro centro hemos establecido un circuito quirúrgico que ha mejorado la continuidad asistencial y las demoras de estos pacientes.

AUTORES: MILLOR SANESTEBAN, BELÉN; MARTÍNEZ ESPIÑEIRA, J; FERNÁNDEZ LÓPEZ, A; PESADO CARTELLE, J.

CENTRO DE TRABAJO: XERENCIA XESTIÓN INTEGRADA FERROL.



ID: 150

TÍTULO: UTILIZACIÓN DE DAFO COMO HERRAMIENTA EN LA TRANSICIÓN A LA NORMA 9001:2015

RESUMEN:

Nuestra organización mantiene un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) conforme a la norma UNE EN ISO 9001 desde el año 2000. El alcance del SGC comprende 7 servicios: Lavandería, Farmacia, Análisis Clínicos, Aprovisionamientos, Microbiología, Admisión y Documentación Clínica, y Unidad de Formación Continuada. La nueva versión de la Norma ISO 9001:2015 introduce como requisito, entre otros, la “comprensión de la organización y de su contexto” para lo cual las organizaciones “deben determinar las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y dirección estratégica y que afectan a su capacidad para lograr los resultados previstos de su SGC”. Se decide, en reunión extraordinaria de revisión del SGC de 2/11/2016, como herramienta útil para comenzar el Análisis de contexto interno y externo, la utilización de análisis DAFO que cada servicio realizará y documentará en la Memoria de Revisión del SGC que se expondrá en Reunión ordinaria de Revisión del SGC de 2017, comunicándose posteriormente al Consejo de Calidad.

Utilización mediante herramienta DAFO para realización del análisis de contexto interno y externo, para lograr el cumplimiento de requisito y la adecuación y transición a la nueva versión de la norma de referencia.

Esquema de elaboración de DAFO facilitado por Unidad de Calidad para planteamiento homogéneo por todos los servicios

Realización DAFO en servicios mediante trabajo en grupo/ tormenta de ideas

Presentación resultados DAFO en reunión de Revisión del SGC y recogidos en Memorias de Calidad anuales

En Acta de Reunión de revisión del SGC de fecha 17/02/17 todos los servicios informan de los resultados del DAFO habiendo realizado el análisis externo con la identificación de oportunidades y amenazas, y el análisis interno de sus fortalezas y debilidades.

Se confirma la utilidad de la herramienta. Se aprecian similitudes en los datos de amenazas externas y debilidades internas en temas genéricos que afectan a todos los servicios, y a nivel de contexto interno hay coincidencia en la cualificación y actitud participativa del personal como fortaleza, y necesidad de espacio o necesidad de mejoras en infraestructura como debilidad. En general se puede concluir que tras el análisis de los datos, los servicios optan por adoptar una estrategia de compensación de sus debilidades y amenazas acentuando las fortalezas y oportunidades identificadas.

Tras realización de Auditoría Externa de Transición en fecha 15/03/17 se comunica en Informe correspondiente que todos los servicios han llevado a cabo las acciones necesarias para la transición a la nueva versión de la Norma.

AUTORES: MARTÍNEZ ESPIÑEIRA, JULIANA; FERNÁNDEZ LÓPEZ, A; MILLOR SANESTEBAN, B; PESADO CARTELLE, JA.

CENTRO DE TRABAJO: EOXI FERROL.

ID: 151

TÍTULO: ESCUELA DE PROTESIS: IMPLICACION Y MOTIVACION DEL PACIENTE

RESUMEN:

Algunos centros han empezado a llevar a cabo recientemente Escuelas de Prótesis dirigidas a los pacientes que se van a intervenir de Prótesis de Rodilla o de Cadera.

Esto, junto con la necesidad que manifiesta el paciente de conocer el proceso al que va a someterse y la importancia que tiene que se encuentre motivado e implicado en su autocuidado, hace que surja en nosotros la inquietud de desarrollar este proyecto.

Generales:

- Proporcionar una educación integral
- Ayudar al empoderamiento de los pacientes en su proceso

Específicos:

- Incorporar conocimientos, actitudes y hábitos al paciente prequirúrgico
- Disminuir el grado de ansiedad previo a la cirugía
- Explicar y enseñar ejercicios físicos y movilizaciones de cara al postoperatorio.
- Sensibilizar al paciente y a la familia.

A finales de 2016 surge en nosotros la motivación de dar charlas para informar a los pacientes y familiares del proceso de la intervención. Por lo que se crea un grupo de trabajo para dar forma a esta idea, apoyado por la dirección del hospital e integrado por enfermera y supervisora de la planta de traumatología, traumatólogo, anestesista, fisioterapeuta y directora y supervisora de calidad del hospital.

En abril tiene lugar la primera Escuela de prótesis y hasta la fecha se han impartido cuatro, de hora y media cada una. Durante los primeros 45 minutos se abordan distintos temas. Por un lado un enfoque por parte del traumatólogo sobre la intervención y las complicaciones. A continuación el anestesista explica la analgesia y la anestesia. La enfermera se encarga de enseñar las recomendaciones pre y post intervención, así como el circuito a seguir el día de la cirugía. Y por último en fisioterapeuta muestra los ejercicios y movilizaciones. Al finalizar, se aclaran las dudas y durante aproximadamente otros 45 minutos se ponen en práctica los ejercicios de manera individual.

Al finalizar se les entrega una guía editada por nosotros y una encuesta de satisfacción. Tras la cirugía, se continúa haciendo un seguimiento y enfermería rellena otro cuestionario para valorar la efectividad de las charlas.

Hasta la fecha han acudido un total de 27 pacientes. Un 90% de los que han sido invitados.

El 88% han rellenado la encuesta de satisfacción. Siendo en el 100% la valoración general percibida como muy buena. Además el 100% considera que irá más tranquilo a la operación y que sus dudas han sido resueltas.

El interés mostrado por parte de pacientes y familiares ha sido muy elevado, no sólo por el índice de asistencia, sino por el grado de satisfacción mostrado en las encuestas.

La percepción de las enfermeras de la planta también es buena, consideran que los pacientes se encuentran más implicados en su cuidado y conocen los ejercicios y las forma adecuada de movilizarse, por lo que empiezan antes la rehabilitación.

No obstante nuestro objetivo en los próximos meses es analizar si disminuye el índice de complicaciones y si se acorta el tiempo de ingreso.

AUTORES: GARCIA ANDRES, MARIA LUISA; LOPEZ DOUEIL, M; MADRAZO LASTRA, F; PEREZ SANTAMARIA, M; LAVIN BOLLAIN, MR; OCHOA GUTIERREZ, MS.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DE LAREDO.

ID: 152

TÍTULO: ¿QUÉ PERCEPCIONES TIENEN LOS RESPONSABLES DE CALIDAD DE LOS CENTROS DE SALUD RESPECTO A SUS FUNCIONES COMO RESPONSABLES?

RESUMEN:

En el cierre de evaluación de objetivos 2016 la Comisión Local de Calidad Centro (CLC) detecto oportunidad de mejora 'el grado de implicación de los responsables de calidad (RC) de 49 centros de salud (CS)' y para ello precisaba analizar las percepciones de los RC y estableció hacerlo a través de cuestionario.

Valorar la percepción de los RC de los CS respecto a la formación necesaria que precisan para poder desarrollar sus funciones como RC de sus CS.

Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal

Ámbito de estudio: centros de salud

Población: 49 responsables de calidad. El cuestionario se autocumplimentado en el centro de salud y se remite vía correo ordinal y anonimizado a la responsable de registro en base de datos centralizada.

Herramienta de medida: cuestionario ad hoc y validado en nuestro ámbito. Consta de 11 ítems medidos mediante una escala cerrada dependiendo del ítem siendo 3 de los ítems preguntas abiertas

Se envía el cuestionario al 100% de los RS, con tasa de respuesta del 20.40%; Resultados por pregunta:

Pregunta 1: Nivel de Formación (Máster 0%, > 20 horas acreditadas 50%, < 20 horas acreditadas 10% y 40% nada de formación) Pregunta 2: Grado de interés (Alto grado 40%, Medio grado 60%, Bajo grado 0%)

Pregunta 3: Nivel de decisión para adquirir la responsabilidad en el CS (Decisión propia 12.5%, delegación desde dirección 30%, por motivación 10%, nadie quería 10%) Pregunta 4: existencia de comisión constituida en CS 100% SI; Pregunta 5(abierta): expectativas como RS (los más repetidos son que cumplan la normativa de los CS, aumentar el grado de calidad de las consultas, aumentar la cultura de calidad en el centro, aumentar la calidad global del centro, mejorar las urgencias).

Pregunta 6: Participación en proyectos de calidad (SI 84%); Pregunta 7(abierta): Dimensiones y temáticas de estos: Calidad científico-técnica, seguridad y satisfacción entre ellos: Calidad de registro, Mejorar Cardiopatía isquémica, Potencia labor enfermera, Polimedicado, Urgencias pediátricas, Abastecimiento tiras reactivas relacionadas con diabéticos, RCV. Pregunta 8: Grado de motivación como RC (alta 60%, media30%, baja 10%). Pregunta 9: Disponibilidad de herramientas para ser RC (Si 50% NO 50%) Pregunta 10 (abierta): ¿Cuáles son tus necesidades como RC para mejorar?: Necesidades de formación de herramientas, tener referente claro, pasar encuestas de satisfacción y de clima a profesionales, desde la CLC implicarles en proyectos, más reuniones y que sean más cercanos desde la CLC, aumentar la motivación de los profesionales.

Conclusiones: Nos encontramos que los RC tienen la percepción de que necesitan mejorar su formación y más cuando en ocasiones es por delegación y no por su capacitación por ello necesitan herramientas de metodología de calidad para poder cubrir sus expectativas como RC frente al CS. Por ello podemos decir que la CLC presenta en reunión de RC el plan de mejora a implantar en 2017 orientado a cubrir estas necesidades.

AUTORES: DEL REY GRANADO, YOLANDA¹; VERGARA CANO, JC²; MILLARA LAGO, C³; CAUTO ARAGONES, P⁴; ANTÓN BARCA, C⁵; MADERUELO ABEL, Y⁶.

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA¹; COMISIÓN LOCAL DE CALIDAD CENTRO²; COMISIÓN LOCAL DE CALIDAD CENTRO³; COMISIÓN LOCAL DE CALIDAD CENTRO⁴; COMISIÓN LOCAL DE CALIDAD CENTRO⁵; COMISION LOCAL DE CALIDAD CENTRO⁶.

ID: 153

TÍTULO: NORMALIZACIÓN DE LA CODIFICACIÓN CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: CLAVE PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DEL REGISTRO.

RESUMEN:

La Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP), creada por Organización Mundial de Médicos de familia (WONCA), es una herramienta utilizada para la codificación de problemas de Atención Primaria (AP) al ser un estándar normalizado de información sanitaria básica, empleado en clínica, docencia, investigación y gestión. Clasifica tres componentes de la consulta: motivo, problema y proceso de atención.

La segunda versión de la CIAP (CIAP2) incorpora criterios de exclusión e inclusión, y correspondencia con la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10). En la Comunidad de Madrid, la codificación diagnóstica de la Historia Clínica Electrónica (HCE) en AP, utilizaba la primera versión de la CIAP. Pese a la corrección de errores en códigos, descriptores, e introducción de extensiones, mantenía imprecisiones y no respondía a las demandas de los profesionales. Este análisis de situación unido a la necesidad de una codificación válida y fiable para obtener información homogénea y comparable en todo el Sistema Nacional de Salud y en el ámbito internacional, propició la evolución a la CIAP2.

Adaptar la codificación diagnóstica de la HCE a CIAP2 y su relación con CIE.

Adeguar fuentes de información que precisen códigos diagnósticos de HCE.

Se constituye equipo de mejora formado por 5 facultativos y se establece cronograma. Inicialmente se revisa CIAP (capítulos, títulos, diagnósticos, descriptores, duplicidades; correlación con CIE (9 Y10) y palabras clave.

Posteriormente se configuran los procesos de aplicabilidad y explotación de datos, y se implementa en HCE.

En la revisión se han tenido en cuenta: CIAP, CIAP2, CIE9MC y con la CIE10ES Diagnósticos (10ª Revisión de la CIE, Modificación Clínica. Edición Española), mapeo CIE-CIAP del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y evidencias científicas de diferentes especialidades.

Se revisan 17 capítulos, 749 títulos (se crean 18 y se desdoblan 5), 5000 descriptores de problemas de salud, actualizándose 3756 palabras clave, estableciéndose más de 60.000 relaciones con CIE9 y CIE10.

Se adaptan los registros en HCE de 6.400.000 usuarios.

Se han adaptado explotaciones de datos: cuadro de mando de AP, Cartera de servicios estandarizada, base de datos clínicos de Atención Primaria (BDCAP), Grupos de morbilidad ajustada, Base de datos para la investigación epidemiológica (BIFAP) etc

La mejora realizada facilita al profesional la codificación correcta de los problemas detectados mejorando el registro y consecuentemente la calidad y la seguridad en la atención sanitaria.

Por último, se pretende que el trabajo realizado se revise por profesionales asistenciales que aporten un enfoque clínico y de usabilidad.

AUTORES: CASADO LÓPEZ, MARIANO; ALONSO SAFONT, T; MALILLOS PÉREZ, D; ESTÉVEZ MUÑOZ, JC; JIMÉNEZ TELO, F; HERNÁNDEZ PASCUAL, M.

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA.

ID: 154

TÍTULO: EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA TRANSVERSAL, INTEGRAL Y MULTIDISCIPLINAR EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS

RESUMEN:

A causa del aumento de la esperanza de vida a 83,2 años y del envejecimiento de muchos de nuestros usuarios estos precisan un cambio del modelo de atención. Necesitando intervenciones más complejas, coordinadas y con atención integral, donde el domicilio es el eje vertebral de nuestra atención. En un escenario de fragmentado y con poca coordinación entre la Atención Primaria (AP) y Hospital (H), en junio del 2016 el equipo de atención primaria (EAP) de un ámbito urbano aprovechó las 2ª Jornadas de la elaboración del Plan Estratégico y la creó un grupo multidisciplinar para trabajar la cronicidad. Este grupo definió unos objetivos generales /específicos y unas estrategias claves en relación al modelo de atención a la cronicidad asegurando la continuidad asistencial para dar respuesta a las necesidades del paciente crónico y apostar por un cambio de modelo asistencial

Es por este motivo que se elabora un documento provisional y abierto para el Abordaje de la Cronicidad "Modelo Gestión de Casos"

1. Definir e implantar el modelo Nuclear de relación entre AP/H
 2. Disminuir ingresos no programados y visitas urgencias de PCC durante el 2017
 3. Conocer porcentajes de población atendida en programa de atención cronicidad (AC) en cada EA
- Cobertura poblacional PCC/Enfermedad crónica avanzada (MACA)
Proporción mínima PCC/MACA con plan de intervención crónico complejo (PICC) completo y compartido
Identificar un grupo de pacientes clasificados PCC
Aplicar plan estratégico dentro los EAP'S para aumentar el conocimiento de la enfermedad, promover auto cuidado, identificar los signos de alarma, optimizar tratamiento y disponer de acceso rápido a personal referente

Creación Ruta Asistencial de Cronicidad entre AP/H

INDICADORES :

- Nombre de usuarios derivados a GC/años en cada EAP-Nombre de reuniones
- Nombre de reingresos hospitalarios
- Nombre procesos clínicos consensuados AP/H
- Nombre contactos telefónicos por usuarios de cada EAP/total casos del EAP

Creación Unidad Funcional AC: Primaria (4 enfermeras EAP, 1 enfermera CUAP, 1 médico consultor, 1 trabajadora social)

Hospitalaria (1geriatra, 1 internista, 1 médico PADES, Jefe urgencias, Hospital de día, 1 trabajadora social y enfermera GC)

Diseño e implementación de la ruta asistencial

Mejora de la red de alianza AP/H evitando transferencias innecesarias e ingresos en urgencias

Reorganización de los EAP'S en función de los recursos humanos y estructurales

Podemos decir que durante 6 meses de trabajo transversal, de un total de 117 pacientes PCC/MACA en programa de Gestión de Casos, hemos disminuido en un 51,3% los reingresos hospitalarios y las derivaciones a urgencias o ingresos no programados. Un 30% de los ingresos no programados son ingresos directos desde la AP a la unidad de sub agudos, hospital de día, oncología ...

AUTORES: PIÑOL USON, CRISTINA; HERNANDEZ GAUCHIA, N; MUÑOZ ALVAREZ, G; DALMAU VIDAL, S; DE LA TORRE LUCEÑO, S; PREIXENS VALLINOTO, P.

CENTRO DE TRABAJO: CAP LLIBERTAT.

ID: 155

TÍTULO: PERCEPCIÓN POR LOS RESIDENTES DEL GRADO SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS

RESUMEN:

Un aspecto que se suele medir en las encuestas de cultura de seguridad es la valoración del grado de seguridad del paciente, percibido por los profesionales. En los últimos años se viene investigando la importancia de las posibles repercusiones de los incidentes de seguridad del paciente en los profesionales. En este trabajo queríamos explorar la posible relación de estos dos aspectos y nos queríamos centrar en Urgencias, en el periodo de la residencia.

El objetivo de este trabajo es conocer la valoración por los residentes del grado de seguridad en Urgencias que perciben y la implicación de los mismos en incidentes de seguridad del paciente.

Se han recogido datos de 2 hospitales de nuestra región. Se ha utilizado un cuestionario, ya pilotado previamente, donde se les pedía que valorasen el grado de seguridad del paciente de 0 a 10 en Urgencias y en su servicio o centro de salud. En este cuestionario se preguntaba además si en el último año se habían visto involucrados directa o indirectamente en algún incidente de seguridad con algún paciente, su posible afectación por el hecho y las consecuencias tanto para el paciente como para el residente. Este cuestionario se ha distribuido entre los residentes que realizan guardias en Urgencias en nuestro Hospital. En la distribución y recogida de cuestionarios han participado también médicos residentes.

Para contraste de medias se ha utilizado el test de la T de Student y para evaluar diferencias entre proporciones, el test de la Chi cuadrado.

Se han obtenido un total de 104 cuestionarios.

El 63,1% referían tener formación en seguridad del paciente. Del total de encuestados, 40 (39,2%) refieren haberse visto implicados en algún incidente de seguridad. Directamente.

Respecto a la valoración del grado de seguridad de urgencias, de 0 a 10, la media ha sido de 6,44 (desviación típica 1,5) en el conjunto de los encuestados. En este punto se han encontrado diferencias de puntuación de los encuestados en función del centro, siendo la puntuación del primero 5,7 (dt=1,59) y del segundo 7,1 (dt= 0,99) siendo esta diferencia estadísticamente significativa. (p=0,006). También se han evidenciado diferencias significativas entre pacientes sin implicación en incidentes de seguridad (6,85 puntos con dt de 1,15) y con implicación (5,82 puntos con dt=1,7) con una p= 0,005. No hemos encontrado diferencias de puntuación según si tenían o no formación en seguridad del paciente.

Respecto a la valoración del grado de seguridad en su servicio, la media ha sido de 7,92 (dt= 1,05) y la del centro de salud de 7,24 (dt=1,67), sin diferencias significativas entre los dos centros, ni respecto a si tenían o no formación en seguridad los implicados.

Conclusión:

La valoración del grado de seguridad del paciente en urgencias depende de la experiencia haberse implicado en un incidente de seguridad.

AUTORES: ALCARAZ MARTÍNEZ, JULIÁN¹; CANTERO SANDOVAL, A²; MARÍN MARTÍNEZ, JM³; MARTINETTI, V⁴; SAURA GARCÍA, I⁵; LLOR ZARAGOZA, P⁶.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL U JM MORALES MESEGUER. AREA VI. MURCIA¹; HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA²; HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIA VIRGEN DE LA ARRIXACA³; HOSPITAL U JM MORALES MESEGUER. AREA VI. MURCIA⁴; HOSPITAL U JM MORALES MESEGUER. AREA VI. MURCIA⁵; HOSPITAL U JM MORALES MESEGUER. AREA VI. MURCIA⁶.



ID: 156

TÍTULO: INTEGRACIÓN DE MODELOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO Y SU IMPACTO EN LA MEJORA

RESUMEN:

Las clínicas MC MUTUAL han desarrollado y mantienen un Sistema de Gestión de la Calidad que se basa en la mejora continua y se orienta a los grupos de interés (usuarios, trabajadores y clientes). En estos centros hospitalarios se ha establecido, documentado e implantado un sistema compatible con los requisitos de las Normas UNE-EN ISO 9001:2015, UNE 179003, y la Acreditación de Hospitales de Atención aguda de la Generalitat de Cataluña.

1. Definir el esquema de integración de los diferentes modelos en la gestión de la calidad sanitaria de las clínicas MC Mutual. 2. Evaluar el impacto del modelo integrado sobre la mejora, a través de los resultados clave, en los pacientes, en los profesionales y en la sociedad.

El esquema de integración se realiza desde cuatro perspectivas:

-Perspectiva conceptual: Modelo organizativo orientado a la mejora continua -Perspectiva funcional: Redefinición de funciones y tareas de los órganos de gobierno de las Clínicas, -Perspectiva documental: Rediseño del Manual de Calidad -Perspectiva de evaluación: Indicadores para la evaluación de los procesos clave, Evaluación cuantitativa y cualitativa: Indicadores y actuaciones que aportan valor, Consideración de los requisitos prescriptivos de las certificaciones/acreditaciones. Para la evaluación del impacto sobre la consecución de los objetivos y de la mejora esperada se definen: -Resultados en los pacientes (Satisfacción del paciente, Experiencia del paciente), -Resultados en los profesionales (Encuestas de cultura de calidad), -Resultados en la sociedad (Publicaciones, Promoción de la salud), y -Resultados clave (Cuadro de mando de calidad)

Los modelos de acreditación y certificación estandarizados aportan metodologías y sistemática de evaluación al Sistema de Gestión de Calidad de las Clínicas MC Mutual. La integración de los modelos y la incorporación de las diferencias que aportan valor, definen este sistema de gestión de la calidad y la seguridad del paciente integrado. Las normas ISO 9001:2015 y UNE 179003 de gestión del riesgo para la seguridad del paciente, convergen en un aspecto metodológico sustancial que es el análisis del riesgo. La acreditación del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, aporta la estructura de estándares inspirada en el modelo EFQM, enfocado a los grupos de interés (criterio fundamental también en la nueva ISO 9001:2015), y orientado a procesos y a resultados que buscan la excelencia.

Los resultados orientados a evaluar el impacto de la calidad asistencial en los grupos de interés, muestran un impacto positivo en pacientes y profesionales. Los índices de satisfacción de los pacientes atendidos son muy positivos (9 sobre 10) y los resultados en cultura son también destacables (8,5 sobre 10). Finalmente el cuadro de mando de calidad integra los resultados clave que se revisan periódicamente por los órganos de gobierno de las clínicas y de la Mutua.

AUTORES: RODRIGUEZ TORREBLANCA, JOSE ENRIQUE; CABOT MOTA, L; MOYA ALCOCER, D; DE LA TORRE MONGUIO, F; CASTELLA TARRÉS, M; RAMIA SANZ, D.

CENTRO DE TRABAJO: MC MUTUAL.



ID: 157

TÍTULO: COMUNICACIÓN INTERNA EN LA ORGANIZACIÓN: TRASPARENCIA Y SENTIMIENTO DE PERTENENCIA

RESUMEN:

En 2014 la organización realizó un autoevaluación a través del modelo EFQM. Tras el exhaustivo proceso que realizaron los miembros voluntarios de la organización teniendo en cuenta la reflexión y evaluación basada en la evidencia, el equipo directivo, desarrollo para los siguientes años una planificación estratégica apostando claramente por la orientación a la excelencia y la anticipación a las necesidades y expectativas de los grupos de interés.

Como grupo de interés relevante se encuentran los profesionales y como estrategia queda definida dentro del área de liderazgo, en la línea estratégica, "Mejora de la comunicación interna" que se desarrolla con el objetivo estratégico "Revisión e implantación del plan de comunicación interna"

Que la comunicación sea una herramienta más de gestión en la organización, para propiciar integración y cohesión de las actividades de todos los procesos que en ella se integran, consiguiendo así una mayor transparencia de la organización y aumento del sentimiento de pertenencia del profesional a la misma

Se elabora y evalúa el plan de comunicación interna en el que se define el circuito para la sistematización y normalización de los procedimientos de comunicación interna: Mejora y difusión de las reuniones y participación de los profesionales en las comisiones, comités y unidades funcionales (CC). Actualización y difusión (por e-mail e Intranet (EEI)) de la información relacionada con la actividad de la organización, es decir, difusión de los documentos (DC) que se generan y actualizan en la organización. Difusión por EEI de los resultados de la actividad (RA); indicadores, objetivos, áreas de mejora, etc. Establecer mecanismos de comunicación ascendente como son la Notificación de incidentes y eventos adversos (IEA), rondas de seguridad (RS) del paciente, actas de reuniones, encuestas de satisfacción (ES) a trabajadores, etc. Publicación de noticias relevante para la organización a través de la Intranet

Resultados en 2016; hay constituidas 11 CC, participando 93 miembros, 52 actas difundidas en la Intranet (IN), 539 horas de trabajo; Nº DC difundidos 56; Nº de Difusiones de RA 16 (6 indicadores, 4 objetivos y 6 seguimientos áreas de mejora); Nº IEA notificados: 62. Nº de informes y difusiones ES a profesionales 2. Nº actas de RS difundidas 7; Nº noticias en la IN, 39 (18 transversales y 21 descendentes).

Dando a los trabajadores, información completa, transparente, puntual, clara y precisa de la organización y escuchando sus quejas, sugerencias, preocupaciones, ideas y puntos de vista, no solo facilitamos la comunicación ascendente, descendente y transversal, sino que se fomenta la implicación de las personas en las actividades y circunstancias de la organización, se genera una actitud positiva hacia el trabajo diario y aumenta la transparencia de la organización con los profesionales

AUTORES: FIDALGO HERMIDA, BEATRIZ; BURGOS ORTEGA, L; YAÑEZ MARÍA, D; HERRAIZ ORS, FJ; RIVERA VILLAVERDE, A.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUTO PSIQUIATRICO SSM JOSÉ GERMAIN.



ID: 158

TÍTULO: IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES DE FORMACIÓN DEL COLECTIVO SANITARIO DE UNA MUTUA LABORAL

RESUMEN:

En el marco del Plan de Calidad Sanitaria destaca el objetivo de desarrollar la gestión del conocimiento sanitario. Un grupo de expertos clínicos y responsables de gestión, liderados desde el ámbito de recursos humanos de la organización, han definido la estrategia de desarrollo.

1. Determinar conocimientos y habilidades clave en los profesionales de la organización
2. Detectar las demandas de formación de los profesionales sanitarios en sus distintas especialidades y ámbitos de actuación
3. Realizar proyectos formativos que cubran el gap de los aspectos formulados en los objetivos 1 y 2.

Se realizaron 5 grupos de trabajo para definir el contenido de los conocimientos clínicos imprescindibles. Se definieron las patologías prioritarias, tanto desde el diagnóstico, el seguimiento clínico, el tratamiento y técnicas necesarias. Conocimientos de gestión y evaluación en el ámbito laboral. Conocimientos transversales, de comunicación con el paciente, ofimática, metodología científica etc. Conocimientos de Calidad Asistencial. Una vez realizado este inventario se realizó una encuesta-web a todo el colectivo sanitario para recoger la información necesaria. Después de realizar una prueba piloto con 25 participantes se revisó el nuevo cuestionario

Se han definido las Áreas de Conocimiento sanitario, en base a cuatro campos: Atención Sanitaria, calidad sanitaria, Gestión de las prestaciones y competencias transversales. Se completó la encuesta por 462 profesionales, lo que indica una participación aceptable y representativa del 74,2%. En las dos áreas del conocimiento analizadas, la Calidad sanitaria y la Atención sanitaria se valoraron aspectos cuantitativos y cualitativos.

Conclusiones:

1. Se ha construido un sistema de valoración de las necesidades formativas del colectivo sanitario que se adapta a nuestras necesidades, transparente y entendible por parte de la organización.
2. Al definir el mapa de conocimiento sanitario por colectivo podemos planificar la estrategia formativa mucho más adecuada a las necesidades definidas por la Organización.
3. Se personaliza el plan de formación por colectivo según las demandas registradas.
4. También se adapta de forma individual, priorizando planes de formación para personas que se han identificado con necesidades concretas de formación.
5. Ha sido bien acogido por los profesionales.
6. Requiere un esfuerzo de transparencia en todo el proceso de identificación de necesidades y no crear falsas expectativas pues la priorización de formación se define por la Dirección a propuesta del Grupo de Gestión del Conocimiento.

AUTORES: VIVES JULINES, ALBERT; RODRIGUEZ LOPEZ, O; BERLANGA DE LEÓN, C; PEREZ MACIA, M; VILA ALSINA, D; GÓMEZ ZARZUELA GINER, MR.

CENTRO DE TRABAJO: MC MUTUAL.



ID: 159

TÍTULO: IDENTIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE RIESGOS AMBIENTALES: MATRIZ DE RIESGOS

RESUMEN:

Nuestra organización se apoya en normas que nos proporcionan un marco de referencia para proteger el medio ambiente a través de la implantación de un sistema de gestión (SG). Desde 2015 tenemos un SG Ambiental certificado conforme a la norma UNE EN ISO 14001:2008. Norma que sufrió una adaptación en 2015 introduciendo como criterio novedoso y de relevancia la identificación proactiva y abordaje de riesgos ambientales relacionados con la identificación y evaluación de aspectos ambientales (EAA), identificación y evaluación de la normativa ambiental (ENA) y la comprensión de la organización (CO). Teniendo esto en cuenta, a la hora de realizar una primera identificación, observamos que muchos de los riesgos ambientales identificados (RAI) se repetían, de ahí la necesidad de crear una única herramienta que reduzca esta repetición y nos de mayor control de los RAI

Creación de una “Matriz de riesgos ambientales (MRA)” que nos permita recoger y registrar los RAI por la organización y relacionarlos con la EAA, la ENA y la CO, así como recoger las acciones de mejora (AM) que se toman para el abordaje de los RAI para prevenir o reducir los efectos no deseado y lograr la mejora continua del SG, y el seguimiento de las AM

Elaboración de una MRA a través del diseño de un cuadro de mandos en el que se reflejen los siguientes ítems: un área de “Relación de riesgo” que recoge de cada RAI la relación que tiene con la EAA, la ENA y la CO; un área de “Identificación y evaluación del riesgo” en el que se recoge el RAI, las posibles causas que lo producen y el efecto que genera así como la evaluación del mismo (Se calcula el Numero de prioridad del riesgo (NPR) a partir de los criterios definidos previamente: Impacto, Frecuencia y Detectabilidad), que nos ayudará a la priorización de los riesgos que deberemos abordar (Mínimo aquellos RAI con un NPR \geq 24); un área de “Tratamiento del riesgo” en el que se recogen las AM que se toman para el abordaje de las RAI, así como los responsables de su abordaje, los recursos necesarios, el plazo previsto y la verificación de dicha implantación.

Esta MRA es elaborada y aprobada por el Comité de Gestión Ambiental, presentada a la Dirección en la Revisión por la Dirección del SG y difundida a todos los profesionales a través de la Intranet Disponemos de una MRA en el que se registran 16 ítems de cada uno de los RAI. En esta primera evaluación se han identificado 31 RAI y 96 posibles causas, lo que ha generado 96 evaluaciones. De estos se han abordado 14 riesgos agrupados en 3 grandes AM.

La creación de una única MRA nos permite disponer de un “sito” en el que se encuentran disponibles los RAI, así como el seguimiento de las AM para su abordaje, reduciendo en número de cuadros de mandos, la repetición de datos que eso conlleva y facilitando la motorización, gestión y control de las RAI

AUTORES: FIDALGO HERMIDA, BEATRIZ; BURGOS ORTEGA, L; GOMEZ DEL MORAL POZUELO, L; LOPEZ LOZOYA, J; PALACIOS CRISTOBAL, AI; SAENZ DIEZ, AC.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUTO PSIQUIATRICO SSM JOSÉ GERMAIN.



ID: 160

TÍTULO: INNOVAR EN LA DIFUSIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS ENTRE NUESTROS PROFESIONALES

RESUMEN:

Uno de los cometidos del Núcleo de Seguridad del Paciente y de Gestión de Riesgos Clínicos, es la de difundir la cultura de seguridad y promover la participación de los profesionales de nuestra organización. En nuestro centro y a través de diferentes plataformas tratamos de transmitir de manera innovadora los eventos adversos que fueron notificados y gestionados, recordándoles, al mismo tiempo, prácticas seguras así como llamadas de atención que causen un gran impacto y sean tenidas en cuenta por el profesional.

- 1.- Transmitir los eventos adversos más relevantes que se detectan a través de las notificaciones en SiNASP
- 2.- Fomentar las prácticas seguras sensibilizando a nuestros profesionales
- 3.- Creación de un sistema ágil, muy visual, que cause impacto y que llegue a la totalidad de los profesionales.

Análisis descriptivo de las actividades realizadas por el Núcleo de Seguridad de Paciente y el Grupo SiNASP en los últimos 3 años.

A través de las reuniones mensuales se analizan las notificaciones recibidas en SiNASP (técnica de grupo focal con moderador), se valoran los incidentes detectando las situaciones en las que hay que extremar la vigilancia (frecuencia/gravedad) tomándose una decisión consensuada sobre cómo se actuará para evitarlos en el futuro y como se trasladará esta información a los profesionales.

Se realizan tres sistemas de información mediante los cuales tratamos de fomentar entre TODOS los profesionales la cultura de seguridad y las buenas prácticas.

- Boletín de Seguridad electrónico
 - Establecimiento de fondos escritorio reforzando los mensajes en todos los niveles profesionales
 - Carteles, alertas o llamadas de atención a través del correo corporativo. Creación de diferentes tipos de correos dirigidos a colectivos específicos o sobre casos determinados ("Queremos que sepas", Alertas...)
- A través del Boletín de Seguridad, tratamos de hacer partícipes a todos los profesionales: mostramos como evaluar y analizar los eventos adversos mediante ACR, exponemos los resultados obtenidos en notificaciones SiNASP, y se difunden el seguimiento de los indicadores de calidad y seguridad del paciente. Igualmente se difunden por este medio las estrategias a tener en cuenta para la prevención de errores de medicación

Estos boletines permanecen posteriormente a disposición de los profesionales en la Intranet de la Gerencia.

Como conclusión al transmitir la información a los profesionales afianza la cultura de seguridad, involucra al profesional y fomenta el uso de SiNASP al demostrarse como una herramienta eficaz para detectar los riesgos.

Al compartir y comunicar los eventos adversos se sensibiliza al profesional y se adoptan medidas preventivas que mejoran la seguridad en la atención al paciente.

En general, los profesionales valoran muy positivamente la emisión del Boletín de Seguridad, los salvapantallas así como los correos electrónicos.

AUTORES: MILLOR SANESTEBAN, BELÉN; MARTÍNEZ ESPIÑEIRA, F; FERNÁNDEZ LÓPEZ, A; PESADO CARTELLE, J; LÓPEZ CRECENTE, F.

CENTRO DE TRABAJO: XERENCIA XESTIÓN INTEGRADA FERROL.

ID: 161

TÍTULO: ESTUDIO HUMANIZA-HOSPITAL PARA CONOCER LA PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN HOSPITAL

RESUMEN:

La Dirección del Hospital planifica líneas estratégicas para adaptar las estructuras, procesos, servicios y cuidados a las necesidades y expectativas demandadas por parte de los ciudadanos en relación a la atención sanitaria, respondiendo con el más alto nivel de "calidad humana". Una prioridad en la mejora de la calidad de la atención era medir la percepción de los pacientes y cuidadores familiares sobre la humanización.

Conocer la percepción de pacientes y cuidadores familiares sobre la Humanización de la Atención en el Entorno Hospitalario.

Diseño transversal. Se elaboró una encuesta, con datos sobre el perfil del paciente y la escala HUMANIZA-Hospital validada, coeficiente alfa de Cronbach 0,95 (Intervalo Confianza 95% 0,93-0,96). Tiene 33 ítems y cuatro factores (F): F1 "actitudes y práctica de los profesionales", F2 "manejo del dolor", F3 "ruido" (F3), y F4 "habitación del paciente". Valora el grado de acuerdo 0 (nada de acuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Se administró a pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización Médica (UHM), Quirúrgica (UHQ), u Observación Urgencias del Hospital Universitario Puerta Hierro Majadahonda, o a cuidadores familiares (si el paciente no estaba en condiciones de contestar la encuesta). Periodo estudio: octubre 2016. Análisis exploratorio y bivalente. Niveles confianza 95% ($p < 0,05$). SPSS 19.0.

347 pacientes, 53% varones. Edad 1-98 años, mediana 63 años. Días ingreso 1-117, mediana 6 días. 29 de 33 ítems valorados con puntuaciones superiores a 4, los mejor valorados: a)F1 "los profesionales saludaban al entrar en la habitación" (4,8), "me he sentido bien cuidado" (4,8), "han tratado con respeto a mi familia" (4,8); b)F2 "me administraban rápidamente tratamiento para el dolor cuando lo pedía" (4,6), "los profesionales me preguntaban si tenía dolor varias veces al día" (4,5); c)F3 "no me han despertado durante la noche, sin ser necesario, interrumpiendo mi sueño" (4,5); d)F4 "la habitación estaba limpia" (4,5), "la temperatura de la habitación era agradable" (4,4). Existen diferencias ($p < 0,05$) en 23 de los 33 ítems en función de la Unidad de ingreso. El 71% de los pacientes necesitaron medicación para prevenir o tratar el dolor durante su ingreso hospitalario. El 56% afirmó que la medicación se le administró de forma pautada, el 34% a demanda y el 10% en ambos casos. La Unidad de ingreso se relacionó con la forma de administración de la analgesia ($p < 0,05$). Conclusiones. La percepción de pacientes y cuidadores familiares sobre la Humanización de la Atención en el Entorno Hospitalario, medido con la escala HUMANIZA-Hospital es alta, en general. Se han detectado necesidades de mejora en varios factores, sobre todo, en la Observación de Urgencias. Implicaciones para la práctica. En el hospital se promueve un modelo de excelencia de la calidad de la atención, por lo que la información obtenida sobre la humanización en el hospital permite establecer planes estratégicos de mejora en dicha línea

AUTORES: SANTANO MAGARIÑO, ALMUDENA; HERRANZ QUNTANA, R; SOLÍS MUÑOZ, M; DE ANDRÉS GIMENO, B; MONTSERRAT CAPELLA, D; LÓPEZ COCA, MJ.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA1.

ID: 162

TÍTULO: PROYECTO DE MEJORA DEL DESCANSO DEL PACIENTE DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN
RESUMEN:

El sueño implica una reducción del gasto energético que permite al cuerpo restaurar las energías eliminadas. La situación patológica supone un aumento de la necesidad de descanso, el cual puede verse alterado durante un proceso de hospitalización por diversos factores (horarios, luz, ruidos, medicación...etc.)

La importancia de respetar el descanso hospitalario radica en el impacto negativo en el desarrollo psicosocial y funcional del paciente, por lo que se hace necesario un proyecto que lo promueva, llevando a la práctica medidas de mejora concretas en aquellas áreas en las que se detecten mayores factores perturbadores.

Favorecer el descanso en los pacientes ingresados en un centro hospitalario.

El proyecto se desarrolló siguiendo tres fases:

- Fase 1: Constitución del Grupo de Trabajo de mejora del descanso del paciente, con profesionales representantes de diferentes estamentos y unidades.
- Fase 2: Identificación de áreas de mejora mediante la técnica de brainstorming, estableciendo oportunidades de mejora. Posteriormente se procedió, de forma consensuada, al establecimiento de un nivel de preferencia de actuación de las mismas, en base a su nivel de dificultad y prioridad.
- Fase 3: Reuniones con los servicios implicados para la puesta en marcha de las medidas y organización de sesiones de información y difusión del proyecto.

Se propusieron 21 acciones de mejora, de las cuales se priorizaron y abordaron 7. Las medidas de mejora hacían referencia a tres áreas, fundamentalmente: horarios, ruidos y luz. En relación a los horarios, se suprimió la toma de constantes al paciente en el turno de noche de forma predeterminada, se modificaron los momentos de administración de medicación para no confluir con el horario de descanso y se alargó el horario de cena para evitar dar más alimentos en horas posteriores. Con respecto a los ruidos, se mejoraron aspectos relacionados con el volumen de los dispositivos, tono de voz, ruido ambiental generado por la limpieza de la unidad, apertura y cierre de puertas, visitas y ruidos de los propios pacientes, seleccionando su ubicación en función de la dependencia y estado del mismo. En cuanto a la luz, se llevó a cabo una programación del apagado de luces por zonas y atenuación en determinadas áreas, así como un fomento de la utilización de las luces rasantes de las habitaciones.

La aceptación global del proyecto fue muy satisfactoria. Las próximas actuaciones irán dirigidas a la evaluación de las medidas implantadas y al planteamiento de las mismas como un indicador de calidad que permita su medición continua.

AUTORES: ISIDORO FERNÁNDEZ, BEATRIZ; SAINZ DE LOS TERREROS SOLER, L.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE.



ID: 164

TÍTULO: ¿CÓMO MEJORAR EL GRADO DE IMPLICACIÓN DE LOS RESPONSABLES DE CALIDAD DE LOS CENTROS DE SALUD?

RESUMEN:

Tras análisis de resultados obtenidos en cuestionario de identificación de las expectativas y necesidades de los responsables de calidad (RC) de una dirección asistencial (DA) de Atención Primaria (AP), su comisión local elabora un proyecto de mejora dirigido a mejorar la implicación de los 49 RC a los que damos cobertura. Entendiendo que este grado de implicación será medido por el aumento de su nivel formativo, el grado de adherencia al plan formativo específico dirigido para ellos y el número de proyectos de mejora elaborados por CS que cumple los criterios metodológicos del Ciclo de Deming y difusión de sus logros en Jornadas y Congresos.

Mejorar el grado de implicación de los RC de una DA de AP a través del aumento de su nivel formativo, de su grado de adherencia a las actividades organizadas para ellos, sus habilidades para elaborar proyectos de calidad con metodología Deming y a través de compartir experiencias y logros en foros de calidad (Jornadas, Congresos,...)

Tipo de estudio: Análisis descriptivo

Ámbito de estudio: centros de salud

Periodo: 1/01/2017 al 31/05/2017.

Método/ mediciones:

1. Diseño de plan formativo específico y personalizado con adecuación a las necesidades y expectativas detectadas de análisis de cuestionario ad hoc de RS.
2. Tutorización de los proyectos de mejora elaborados por los RS de los CS.
3. Análisis de cobertura de proyectos de mejora realizados en centro de salud relacionados con las dimensiones de calidad: calidad científico- técnica, calidad percibida y seguridad.
4. Análisis de criterios metodológicos de los proyectos de mejora realizados en los CS.
5. Difusión y comunicación de logros conseguidos en los proyectos de mejora de los RS de la DAC en Jornadas de Calidad.

En el periodo de análisis podemos decir que hemos formado a todos los RC de la DA (49) y nos encontramos con que 30 de ellos ya tienen finalizados los tres primeros pasos del ciclo de Deming con correcciones incorporadas. Hemos finalizado la formación del paso 4 y con fecha cerrada para sesión monográfica de ¿cómo crear indicadores de estructura, procesos y resultados? en sus proyectos. Las dimensiones empleadas de los proyectos iniciados cubren la dimensión científico- técnicas, la seguridad y la calidad percibida. Lo mejor valorado por los RC respecto al plan formativo específico ha sido la agrupación de discentes por hospital de referencia puesto que disminuía el aforo y resultaba muy cercana y específica la formación y también la semana online donde se aplicó técnica de benchmarking.

Por último resaltar que para facilitar la difusión de los logros de los RC se les envía periódicamente la información relevante para que acudan al mayor número de foros de calidad y ya se han organizado para último trimestre del año en curso unas Jornadas de Calidad donde los RC puedan presentar sus proyectos y compartir sus experiencias como responsables de calidad de un centro de salud.

AUTORES: DEL REY GRANADO, YOLANDA¹; VERGARA CANO, JC²; MILLARA LAGO, C³; LÓPEZ BALLESTEROS, J⁴; CAUTO ARAGONES, P⁵; GARCIA PRIETO, A⁶.

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA¹; COMISIÓN LOCAL DE CALIDAD CENTRO²; COMISIÓN LOCAL DE CALIDAD CENTRO³; CENTRO DE SALUD ORCASUR⁴; COMISIÓN LOCAL DE CALIDAD CENTRO⁵; COMISION LOCAL DE CALIDAD CENTRO⁶.



ID: 165

TÍTULO: CAMBIO CIRCUITO DISPENSACION INSULINAS. ACCIONES DE MEJORA

RESUMEN:

Las insulinas consideradas como medicamento de alto riesgo (MAR), por el Instituto para el Uso Seguro del Medicamento Pueden presentar una probabilidad elevada de causar daños graves o incluso mortales si se produce un error en el curso de su utilización. Para poder garantizar un Uso Seguro del Medicamento, se debe evitar y prevenir los errores relacionados con su: prescripción, dispensación, validación, y administración. Debido a distintas notificaciones de errores de medicación sobre el "uso de las insulinas" reportadas al Portal de Seguridad del hospital, la Comisión de Farmacia juntamente con el Comité de Seguridad del Paciente proponen establecer un nuevo circuito de dispensación de este fármaco de riesgo.

Analizar un cambio en el circuito en la dispensación y almacenaje de las insulinas (plumas precargadas) que están prescritas en los pacientes hospitalizados para mejorar la seguridad en el uso de medicación de riesgo

Estudio observacional retrospectivo de 4 semanas de duración en un hospital de 300 camas con prescripción médica electrónica informatizada. Tanto en el Servicio de Farmacia, como en los botiquines de la plantas de hospitalización, URG, UCI, Quirófano, Sala de Partos, las insulinas se almacenan en las neveras y están etiquetadas como fármaco de alto riesgo. Se establece un circuito nuevo, al inicio de una nueva pauta, enfermería tiene que identificar la insulina con el nombre del paciente, y con la fecha de apertura y colocar en el cajetín de la unidosis que corresponde al paciente junto con el resto de medicación. Las insulinas tienen estabilidad 28 días a temperatura ambiente. Las insulinas (plumas precargadas) seguirán el circuito habitual de la medicación que se prepara en los carros de unidosis, y en el momento de hacer el cambio de cajetines, en el Servicio de Farmacia, el farmacéutico es el responsable de comprobar que está correctamente identificado con el nombre del paciente, la fecha de apertura, la integridad del fármaco y la correcta dispensación. Con este circuito se pretende que no debe haber insulinas etiquetadas con nombre de pacientes en las neveras de las unidades de hospitalización.

Se prescriben insulinas a 70 pacientes, verifican 705 insulinas en el Servicio de Farmacia, Corresponden a: 295 insulina aspart 100ui/ml (41,85%), 378 insulina glargina 100ui/ml (53,62%) i 32 insulina NPH 100ui/ml(4,53%). Incidencias encontradas: insulina no identificadas: 18(2,55%); no consta la fecha de apertura: 37(5,24%); no corresponde la insulina prescrita: 5(0,7%); paciente de alta: 10(1,41%); no están en el cajetín: 14(1,98%). La aceptación por parte de enfermería de este cambio en el circuito ha sido positiva. La comunicación con enfermería ha sido diaria. No ha habido errores notificados referentes al uso de insulinas durante este período. Se debe agilizar el circuito proponiendo un cambio de insulinas (plumas precargadas) en la misma unidad de hospitalización.

AUTORES: BARONET JORDANA, GEMMA; SAGRERA FELIP, C; SANMARTIN SUÑE, M; MARCOS PASCUA, P; NEVOT BLANC, M; MORLA CLAVERO, G.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE CATALUNYA.



ID: 166

TÍTULO: LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. UN CLARO ENFOQUE A RESULTADOS

RESUMEN:

La prevalencia de los trastornos mentales en niños y adolescentes (20%), la demanda creciente, y el elevado porcentaje de casos que debutan en esa edad, se alcanza hasta un 14% en la infancia y hasta un 36% en la adolescencia en algunos trastornos, entre otros aspectos, ha generado la necesidad de buscar nuevas fórmulas que permitan una mejor adecuación de la atención a las necesidades y expectativas de los usuarios. Ésta, llevó al Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital a adoptar un Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001 que complementase las estrategias implementadas en sus 15 años de andadura para obtener unos mejores resultados.

El objetivo principal es establecer un Sistema de Gestión de Calidad que permita poner el énfasis en los resultados, estableciéndose herramientas que permitan medirlos, monitorizarlos y adoptar las medidas correctoras necesarias cuando éstos no son los esperados.

El tratamiento que la Norma ISO requiere sobre aspectos clínicos, de seguridad (gestión de riesgos), de liderazgo, organizativos, etc, y la necesidad de adaptar las recomendaciones de buena práctica clínica a la realidad particular de la Unidad, ha permitido explorar las principales áreas de mejora desde una triple vertiente, el punto de vista de los pacientes, familiares y profesionales y, establecer mecanismos de alerta para la detección y corrección de posibles fallos del sistema.

El trabajo durante un año y medio de los miembros de la Unidad (análisis, discusión y toma de acuerdos) hasta la obtención del Certificado de Calidad en diciembre de 2016 ha estado estructurado en sesiones de carácter grupal multiprofesional coordinadas por la Unidad de Calidad del Hospital y lideradas por la responsable de la Unidad Asistencial y la responsable de Calidad del Instituto.

Como aspectos clave destacar, por un lado la redefinición de la sistemática a seguir en todo el proceso de identificación, evaluación, diagnóstico, manejo terapéutico y coordinación institucional, y por otro, la adopción de un claro enfoque a los principios de la gestión de la calidad: procesos, clientes, personas, liderazgo y resultados, con el propósito firme de medirlos y adoptar las medidas correctoras necesarias cuando estos no son los deseados (Ciclo Mejora Continua).

La Implementación de manera consensuada de Procesos Operativos (Atención Clínica Ambulatoria, Interconsulta Pediátrica, Continuidad de Cuidados, Psiquiatra Consultor, Adolescentes Alta Resolución, Coordinación Interinstitucional) y Procedimientos Clínicos (Trastornos Afectivos, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastornos Psicóticos, Espectro Autista, Discapacidad Intelectual) tiene como consecuencia una reducción directa en la variabilidad clínica.

Este proceso ha generado una nueva manera de afrontar la atención asistencial más coordinada e integral y ha favorecido una dinámica de cohesión y trabajo en equipo, con una apuesta clara por la medición de los resultados.

AUTORES: RUIZ VALIENTE, MARIA RAQUEL; TUR SALAMANCA, N; PEREZ CASTELLS, M; ALGUACIL PAU, AI; RENESES PRIETO, B.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS.



ID: 167

TÍTULO: EXPERIENCIA EN EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE LA NORMA UNE 166.002:2014 DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA I+D+i

RESUMEN:

: la I+D+i constituye un factor clave de competitividad y sostenibilidad para los Hospitales e institutos del Sistema Nacional de Salud. Por ello, es importante que todas las actividades vinculadas con la I+D+i se lleven a cabo de forma estructurada, sistemática e integradas con el resto de sistemas de gestión que los Hospitales e Institutos tienen implantados y que garanticen la traslación efectiva de los resultados de investigación e innovación en términos de beneficios para la salud de los ciudadanos, tanto de manera directa, mejora en la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades, como indirecta, facilitando la cooperación con las empresas farmacéuticas y biotecnológicas.

La norma UNE 166.002:2014 Gestión de la I+D+i: "Requisitos del Sistema de Gestión de la I+D+i" tiene por objeto: "facilitar la formalización y estructuración del proceso de escucha y observación del entorno para apoyar la toma de decisión a todos los niveles de la organización, hasta devenir en la implantación de un sistema permanente de Vigilancia tecnológica e inteligencia competitiva".

Por tanto, la generación de sinergias y el desarrollo de proyectos innovadores a través del intercambio de conocimiento científico y la formación de los profesionales sanitarios son aspectos clave para los Hospitales e institutos con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes desde la excelencia de la asistencia sanitaria.

Otro de los aspectos que se contemplan en la norma, es la promoción de iniciativas que favorezcan la implantación de modelos orientados a conseguir resultados en Salud y en mejoras en la gestión de los recursos con el fin de optimizar nuestro sistema de gestión de la innovación. Sin duda, la sostenibilidad del sistema sanitario y la mejora del acceso a las innovaciones terapéuticas, siguiendo un modelo de innovación abierta basada en la cooperación, son aspectos que se quieren reforzar con el fin de favorecer así la evolución de la organización e incrementando su aportación de valor a la sociedad.

: Implantar la norma UNE 166.002:2014 Gestión de la I+D+i: "Requisitos del Sistema de Gestión de la I+D+i".

Identificación de los aspectos clave que tienen que tener las organizaciones para cumplir con los requisitos establecidos en la norma UNE 166.002:2014 Gestión de la I+D+i: "Requisitos del Sistema de Gestión de la I+D+i".

Para la obtención de la certificación de la norma UNE 166.002:2014 Gestión de la I+D+i: "Requisitos del Sistema de Gestión de la I+D+i" han sido necesarias la creación de un grupo que coordina el proceso de certificación, el desarrollo de un plan de innovación, el desarrollo de unos procedimientos que incluyan los requisitos establecidos en la norma y la implicación de la Dirección y de los profesionales en todo el circuito.

AUTORES: SÁNCHEZ PARDO, DAVID JOSÉ; GUTIÉRREZ RUIZ, MC; LEAL GONZÁLEZ, S; PARRA CALDERÓN, CL; CAÑÓN CAMPOS, J; GÓMEZ CIA, T.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO.



ID: 168

TÍTULO: HCE:¿DA MAS SEGURIDAD EL ORDENADOR QUE EL PAPEL? EXPERIENCIA EN CONSULTAS EXTERNAS

RESUMEN:

La historia clínica debe contener toda la información necesaria para la asistencia de los pacientes, de forma que revierta en un mejor control del paciente y en un efecto positivo sobre su seguridad. En abril de 2016 se puso en marcha en nuestro hospital la historia clínica electrónica en el ámbito de Consulta Externa. Paralelamente a su implantación se puso en marcha un control de calidad mensual del pase de consulta electrónico de Consultas Externas.

Evaluar, desde un punto de vista cuantitativo y cualitativo, la calidad del registro electrónico de Consultas Externas e implantar las medidas correctoras necesarias en caso de detectar deficiencias.

Se utilizan dos métodos distintos según sean las visitas primeras o sucesivas.

El control de calidad de las primeras visitas se realiza sobre una muestra aleatoria que representa el 10% del total de primeras visitas realizadas. Se realiza una revisión manual de los principales campos del pase de consulta anotando si están cumplimentados y si la cumplimentación es la correcta (por ejemplo, las alergias deben estar anotadas en el campo específico para ello, no como un antecedente cualquiera). Se han revisado hasta marzo de 2017 un total de 302 historias clínicas.

En el caso de las visitas sucesivas, se realiza una búsqueda automática sobre todas las visitas realizadas y se analiza si los campos a estudio están cumplimentados o no. En este caso se han analizado un total de 74.000 visitas.

Los resultados de ambos controles se introducen en una base de datos en Access que se creó para tal efecto.

La revisión manual de las primeras visitas mostró que en un 17% de los casos el pase de consulta estaba correctamente cumplimentado (todos los campos a estudio estaban cumplimentados de manera correcta) y que en un 32% de los casos estaba toda la información requerida por el pase de visita pero sin considerar si la cumplimentación se había realizado correctamente. Si consideramos los campos individualmente, observamos que el motivo de consulta y el diagnóstico están cumplimentados en un 96% de los casos, la historia actual en el 84%, la exploración física y los hábitos tóxicos en el 53%, las alergias en un 68% y la evolución en un 85%. El control de calidad automático de las visitas sucesivas mostró que un 15% de las visitas sucesivas no tienen motivo de consulta, diagnóstico o ninguno de los dos.

De este control de calidad se puede concluir que los campos de motivo de consulta y diagnóstico son los que tienen una mayor cumplimentación, posiblemente debido a que son de cumplimentación obligatoria. Por otro lado destacar que en un 12% de los casos la información no estaba bien cumplimentada debido a que se había incluido en campos no específicos para ello (el error más frecuente fue incluir la exploración física en la historia actual).

En base a estos resultados se reforzó la formación de los profesionales en los puntos detectados más críticos.

AUTORES: DANÉS VILAR, CRISTINA; LÓPEZ DUESA, L; MORENO HOMBRADOS, L; MUÑOZ PLAZA, J; LEÓN RODRÍGUEZ, J.

CENTRO DE TRABAJO: FUNDACIÓ PUIGVERT.



ID: 169

TÍTULO: NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS CIUDADANOS Y/O PACIENTES EN RELACIÓN A LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

RESUMEN:

Como pilar básico para realizar el Plan de humanización de la asistencia sanitaria, se diseñó un proceso participativo para recabar las expectativas y necesidades de los ciudadanos, con objeto de comprender el sentido y significado del término "humanización" y las acciones necesarias para humanizar la asistencia.

1. Identificar el sentido y significado que los ciudadanos otorgan a la 'humanización de la asistencia sanitaria'.
2. Identificar las expectativas, necesidades, demandas e intereses de los ciudadanos respecto a recibir una atención sanitaria 'humanizada'

Diseño: investigación cualitativa. Instrumento: técnica del grupo nominal. Ámbito: Comunidad Autónoma. Sujetos: ciudadanos residentes. Criterio de muestreo: intencionado respetando los criterios de selección como la heterogeneidad y representación. El reclutamiento: realizado desde la Consejería. Variables: representatividad tipológica según edad, sexo, zona de residencia y situación laboral. Análisis: transcripción textual y análisis de contenido temático, con un proceso de codificación de los datos. Se identifican los contenidos, categorías y cuestiones relevantes y se realiza una interpretación de resultados.

Los ciudadanos reclaman ser mirados y considerados como personas, no como enfermedades, números de historia o síntomas.

"Lo técnico no lo es todo". La asistencia sanitaria hay que entenderla de manera global, integral y humana. Una asistencia humanizada es empatía, sinceridad, respeto y educación, calidez, cercanía y tiempo dedicado.

Señalan la importancia de la formación de los profesionales en habilidades emocionales: comunicación, gestión emocional, del estrés y del miedo.

Los pacientes necesitan sentirse aliviados y reconfortados. No desean frialdad, miedo, vergüenza, impotencia, sentirse un problema. Un hospital es un sitio hostil. Sugieren más calidez en los espacios y sufrir menos rutinas "cuartelarias". Les gustaría ser más escuchados y que les dedicaran más de tiempo.

Discusión/conclusiones

La identificación de las necesidades y expectativas de los ciudadanos ha permitido conocer a qué debemos dar respuesta y considerarlas para definir el plan de humanización. Las acciones del mismo se han diseñado conforme a los requerimientos de los ciudadanos. Este estudio ha posibilitado trabajar en la mejora continua de la humanización de la asistencia sanitaria. Sus resultados ofrecen información para otras organizaciones.

AUTORES: MATEOS RODILLA, JUANA; GONZÁLEZ DEL YERRO VALDÉS, C; FERNÁNDEZ DELGADO, A; SALINERO ACEITUNO, M; IGLESIAS OTERO, R; FRANCISCO MOREJÓN, N.

CENTRO DE TRABAJO: CONSEJERÍA DE SANIDAD.

ID: 170

TÍTULO: EL EFECTO DEL TIEMPO EN UN CICLO DE MEJORA: REEVALUACIÓN DE CUIDADOS DEL PACIENTE CON DRENAJE PLEURAL.

RESUMEN:

El drenaje pleural es una práctica común en el paciente hospitalizado con patología pleural. En 2008 se realiza ciclo de mejora, creando Hoja de monitorización de cuidados. Tras el paso de los años y cambios acontecidos, se decide reevaluar la situación.

Principal: Reevaluar la calidad de cuidados al paciente con drenaje pleural (DP) tras 8 años del ciclo de mejora. Específicos:

Comprobar el uso del Formulario Monitorización DP(FMDP)en las distintas unidades

Valorar diferencia de registro y cuidados entre unidades

Estudio observacional descriptivo de serie de casos.

Población: pacientes ingresados en el hospital portadores de DP

Fuente: Hoja de registro de inserción de tubos pleurales en consulta de Neumología y Reanimación

Herramienta: Formulario con Criterios(Cr) y Subcriterios(SubCr):

CR1: anotación diaria de la cantidad de líquido drenado

SubCr1: Registro en FMDP

CR2: Registro diario en la H³C incidencias o cuidados del DP

SubCr2: Registro en FMDP

CR3: Se revisa/cura el lugar de inserción del tubo pleural

SubCr3: Registro en FMDP

CR 4: Indicación médica en tratamiento del DP

SubCr4: Indicación médica en tratamiento del Nivel de aspiración

CR 5: Nivel del sello de agua correcto

CR6: Nivel de aspiración del sistema coincide con el tratamiento o está entre -15 y -20 cm de H2O.

Otros datos recogidos: ubicación y cargo médico de los pacientes

Registro diario in situ de criterios a pie de cama y en registros Selene. Tras 2 meses de recogida se obtienen 90 de registros . Análisis de datos con SPSS 15.0.

El cumplimiento es: Cr1 un 70% y sólo un 53,75% utilizan el FMDP (SubCr1). EL Cr2: un 83,33%, si bien sólo un 52,38% de veces se hace en FMDP (SubCr2). El Cr3 un 73,42% pero únicamente un 51,90% se registra en FMDP (SubCr3). En Cr4 un 59,42%, el SubCr4 baja a un 40,58%. El Cr5 el 95,41%. Cr6 un 89.34%.

Se realiza diagrama de Pareto: los criterios SubCr4, SubCr2, SubCr3, SubCr1 suman el 60% del incumplimiento. Estos tres últimos hacen referencia a utilización FMDP.

En el incumplimiento por plantas existe una relación entre peor registro y la no utilización del FMDP. En Cr1:H3D (100%), HDQ3 (81.8%), corresponde con un alto incumplimiento del SubCr1 (100%, 90% respectivamente). Con Cr2 el incumplimiento más alto coincide en las mismas plantas citadas anteriormente: H3D 71.4%, HDQ3 36,4%, volviendo a coincidir con un alto incumplimiento de SubCr2(100% y 81,50% respectivamente).Resultados similares obtenemos para Cr3: H3D (71.4%), HDQ3 (81,5%) y un incumplimiento de SubCr3 del 100% y 81.8% respectivamente. Cr5 y Cr6 son excelente en todas las unidades.

Conclusión: El FMDP no se está utilizando de forma generalizada en el hospital, en aquellas plantas donde más se utilizan mejoran los cuidados y están mejor registrados.

Se está actualizando el protocolo y se hará una difusión de la utilización del FMDP en todas las unidades en las que puedan localizarse estos pacientes.

El FMDP no es sólo un registro, ayuda a mejorar la calidad de los cuidados.

AUTORES: CLEMENTE LASERNA, M^a JOSEFA; LOPEZ SANTO, IM; FERNANDEZ GIL, ME; PEREZ NAVARRO, E; MAÑAS MARTÍN, B; SANCHEZ CARREÑO, MJ.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER.



ID: 171

TÍTULO: EXPECTATIVAS, DEMANDAS E INTERESES DE DIRECTIVOS EN RELACIÓN A LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

RESUMEN:

Como pilar básico para realizar el Plan de humanización de la asistencia sanitaria, se diseñó un proceso participativo para recabar las expectativas e intereses de los directivos, con objeto de comprender el sentido y significado del término "humanización" y las acciones necesarias para humanizar la asistencia.

1. Identificar el sentido y significado que los directivos otorgan a la 'humanización de la asistencia sanitaria'.

2. Identificar las expectativas, necesidades, demandas e intereses de los directivos respecto a ofrecer una atención sanitaria 'humanizada'

Investigación cualitativa. Instrumento: grupo nominal. Ámbito: Consejería de Sanidad. Sujetos: directivos. Criterio de muestreo: intencionado respetando los criterios de selección (heterogeneidad y representación). Variables: representatividad tipológica según edad, sexo, ámbito y puesto. Análisis: transcripción textual y análisis de contenido temático, con codificación de datos. Se identifican contenidos, categorías y cuestiones relevantes y se realiza una interpretación de resultados.

Resultados

Los directivos destacan:

Los conceptos que califican la acción de humanizar son atención personal, individualizada, única, detallista, continuada, respetuosa, cordial, educada.

La comunicación es la mejor herramienta para la humanización en todos sus gestos y formas: la presencia, la escucha activa, la mirada, el silencio, la empatía, la aceptación incondicional del otro. Es necesario tener estructuras y centros "amigables". El cuidado de los ambientes y entornos es una condición importante para la humanización.

Los profesionales son los principales agentes de humanización. Su implicación y dedicación son claves del éxito. La actitud marcará la diferencia entre una asistencia humanizada de una que no lo es. Se trata de "tomar conciencia", de sensibilizarlos sobre la necesidad de re-humanizar la asistencia. Es necesario "cuidar a los profesionales".

Discusión/conclusiones

La identificación de las expectativas de los directivos ha permitido conocer la visión de los mismos y considerarla para definir el plan de humanización. Los directivos son un factor crítico del éxito para construir una cultura de humanización en los centros sanitarios. Este estudio ha posibilitado trabajar en la mejora continua de la humanización incorporando los requerimientos de los líderes. Sus resultados ofrecen información para otras organizaciones.

AUTORES: MATEOS RODILLA, JUANA; GONZÁLEZ DEL YERRO VALDÉS, C; SALINERO ACEITUNO, M; FERNÁNDEZ DELGADO, A; IGLESIAS OTERO, R; GONZÁLEZ SÁNCHEZ, ME.

CENTRO DE TRABAJO: CONSEJERÍA DE SANIDAD.

ID: 171

TÍTULO: COMPARACIÓN DE LOS TIEMPOS DE ASISTENCIA EN URGENCIAS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

RESUMEN:

Los SU representan una parte importante de la asistencia sanitaria. La implantación de la Gestión por Procesos y la acreditación ISO 9001 puede servir de ayuda para mejorar la atención en los SU. Existen muy pocas referencias bibliográficas en relación al efecto asistencial tras la puesta en marcha de un SGC en un SU. Por el contrario, los intervalos de tiempo que tienen lugar durante la asistencia son indicadores ampliamente aceptados por parte de los SGC y, además, se relacionan con el pronóstico final del paciente y la satisfacción del usuario

El SU implanta un SGC en 2013. El proceso de atención en el SU comienza en admisión, continúa en el Triage, con la asignación de prioridad, para seguir con la valoración del facultativo y con el alta del SU.

Analizar las diferencias en los tiempos de estancia y atención de pacientes en un servicio de urgencias(SU) de un hospital de nivel II tras la implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad(SGC)

Estudio observacional descriptivo y retrospectivo que se llevó a cabo mediante el análisis de la atención de los pacientes atendidos en el SU durante los años 2011-2015. Se excluyeron aquellos pacientes que, desde el triaje, fueron derivados a Traumatología, Ginecología, Otorrinolaringología, Psiquiatría, Ginecología o Pediatría.

Se analizaron las variables demográficas y los tiempos de atención y asistencia, que fueron proporcionados por parte del Servicio de Informática del centro e incluían: tiempo de admisión hasta triaje (TAT), tiempo de triaje hasta atención (TTA) y tiempo de estancia (TE). Fuente: programa Hp-Hiss y Sistema de Triage de Manchester (STM). El análisis comparativo se estableció entre los periodos anterior y posterior a la implantación de un SGC (2011-2013 [P1] frente a 2013-2015 [P2]). La distribución de la muestra permitió medir las variables continuas en media \pm derivación estándar.

De los 263470 pacientes analizados, 51902 pacientes corresponden a 2011, 52373 a 2012, 52144 a 2013, 53725 a 2014 y 53336 a 2015. Los pacientes tenían una edad de 54 ± 21 años el 51% fueron mujeres.

El TAT (minutos) fue de $6,5 \pm 5,8$ en 2011; de $6,6 \pm 5,8$ en 2012; de $7,0 \pm 6,7$ en 2013; de $7,4 \pm 7,2$ en 2014 y de $8,6 \pm 9,3$ en 2015.

El TTA (minutos) fue de $55,2 \pm 65,0$ en 2011; de $55,8 \pm 66,2$ en 2012; de $63,1 \pm 99,5$ en 2013; de $66,0 \pm 88,1$ en 2014 y de $141,0 \pm 222,0$ en 2015.

El TE (horas) fue de $6,5 \pm 8,0$ horas en 2011, de $6,5 \pm 7,9$ en 2012, de $7,1 \pm 8,5$ en 2013, de $7,3 \pm 8,5$ horas en 2014 y de $6,9 \pm 7,9$ en 2015.

En el P1, previo a la implantación del SCG, se observó que el TAT (en minutos) fue de $6,6 \pm 5,8$ vs. $7,7 \pm 7,8$ ($p < 0,001$), el TTA (en horas) fue de $55,5 \pm 65,6$ vs. $90,3 \pm 153,9$ ($p < 0,001$) y TE (en horas) fue de $6,5 \pm 7,9$ vs. $7,1 \pm 11,1$ ($p < 0,001$).

Los tiempos de atención y asistencia de un SU de un hospital de nivel II empeoraron de forma significativa tras la implantación de un SGC durante el periodo del estudio. Harían falta más estudios dirigidos que puedan explicar estos resultados.

AUTORES: OLALLA MARTÍN, M^a VICTORIA¹; THIOUSARD VASALLO, IJ²; SANZ ROSA, D³; ROMERO PAREJA, R⁴.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE¹; UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID²; UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID³; HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE⁴.

ID: 172

TÍTULO: REDUCCIÓN SOSTENIDA DE LAS BACTERIEMIAS DE CATÉTER DURANTE 6 AÑOS. INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

RESUMEN:

La bacteriemia por catéter (BCV) es una de las causas más importantes de morbi-mortalidad y de incremento de estancias y costes hospitalarios. Aunque las estrategias basadas en la aplicación de un conjunto de medidas (bundle), han demostrado ser muy eficaces en la reducción de las BCV, para la disminución sostenida a lo largo del tiempo, se requiere la aplicación continuada de una metodología multidisciplinar.

Evaluar el impacto de dos estrategias basadas en un conjunto de medidas en la reducción de las bacteriemia y estudiar la eficacia de medidas adicionales como el análisis causa-raíz y la participación de enfermeras y médicos referentes en el control de infección.

El estudio se realizó en todos los servicios del Hospital durante 6 años (2009-2016). Comprende un período preintervención (PPI) en 2009 y dos de intervención (2010) (PI1) y de 2011 a 2016 (PI2). En el PI1 la estrategia se aplicó en enfermería y consistió en formación, cambio del método de autoevaluación de protocolos a observación con intervención, sesiones de feed-back de resultados y creación de la enfermera referente de control de infección. En el PI2 se añadió a lo anterior el personal médico y medidas adicionales como el análisis causa-raíz, realización del checklist para la evaluación de la inserción y la creación del médico referente de control de infección. Las cinco medidas del Bundle fueron: máximas barreras de asepsia en la inserción, no colocación de femorales, retirada precoz, desinfección de la conexión e higiene de manos.

El registro de las BCV fue prospectivo siguiendo las directrices del programa de vigilancia de las infecciones nosocomiales de los Hospitales de Catalunya (VINCat). La tasa de BCV se calculó por 1000 estancias y la de catéter central con nutrición parenteral (NPT), por 1000 días de NPT

En el período preintervención (PPI) el número total de episodios de BCV fue de 122. La tasa de incidencia global fue de 0,74, la de origen en el catéter venoso central (CVC) de 0,64, la del periférico (CVP) de 0,09 y la del CVC de NPT de 4,6. En el PI1 se detectaron 75 episodios, siendo la incidencia global, de CVC, de CVP y de NPT de 0,42, 0,35, 0,05 y 2,6 respectivamente. Al final del período PI2, la incidencia global es de 0,15, la de CVC de 0,12, la de CVP de 0,006 y la de CVC con NPT de 0,9, habiéndose producido un descenso continuado durante los 6 años del estudio. Las tasas VINCat de los hospitales de más de 500 camas del 2016 han sido: 0,26, 0,16, 0,05 y 1,91 respectivamente.

La estrategia basada en un conjunto de medidas (bundle) junto con una actuación multidisciplinaria y la contribución de enfermeras y médicos referentes de control de infección, han sido claves en la implicación de los equipos, lo que ha permitido conseguir un descenso continuado de la tasa de BCV a lo largo de 6 años.

El análisis causa-raíz prospectivo de cada BCV y la formación con feed-back de resultados, han contribuido a obtener unas tasas por debajo de la media del programa VINCat.

AUTORES: GIMENEZ PEREZ, MONTSERRAT; CASTELLA, L; CIERCOLES, A; PULIDO, A; SOPENA, N; CASAS, I.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL.

ID: 173

TÍTULO: SEGURIDAD DEL PACIENTE DENTRO DEL PROGRAMA DE CALIDAD EN TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS PEDIÁTRICO JACIE

RESUMEN: Un sistema de gestión de calidad es un medio de identificación rápida de errores o accidentes y de su resolución para que la posibilidad de repetición sea mínima.

El programa internacional de calidad JACIE, aborda todos los aspectos relacionados con el Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (TPH), con el objetivo de disminuir la variabilidad de los procedimientos, asegurar que se realicen de acuerdo a unos estándares y corregir aquellas desviaciones que puedan afectar tanto al paciente como a sus familias para garantizar la mejora continua de los procesos

Analizar las incidencias registradas en el Programa de Calidad de TPH Pediátrico de nuestra Unidad durante el período de 2012 (año de obtención de la acreditación JACIE)– 2016

Se elaboró el organigrama funcional identificándose roles y responsabilidades del personal. Definimos los procesos del programa (Procedimientos, protocolos, instrucciones de trabajo y registros) se elaboró la documentación para el control de estos. Las desviaciones de los procesos se registraron por todo el equipo, clasificándose según las siguientes categorías: Organización y comunicación, dietética, farmacia, laboratorio, mantenimiento, material y suministro, paciente y progenitores y se generaron los informes de calidad correspondientes, según se tratara de desviaciones graves, repetitivas o relacionadas con los progenitores hematopoyéticos. Del total de informes de calidad abiertos fue necesario realizar en dos ocasiones un análisis causa/raíz como método de resolución de problemas. El resto de los informes de calidad se trataron en las reuniones correspondientes, donde se discutieron las medidas correctivas adecuadas para corregir las desviaciones.

En el año 2012 se recogieron un total de 168 El origen de los informes de calidad (31) fue: Comunicación y organización (10) Paciente (4) Progenitores (6) Desviaciones de auditoría (11)

El total de incidencias en el año 2013 recogidas fue de 186.

Se abrieron un total de 31 informes de calidad.: Comunicación y Organización (7) Laboratorio (BST) (1) Mantenimiento (1) Paciente (total 17) Progenitores (5)

El total de incidencias en el año 2014 fue de 187.

Los informes de calidad (27) hacen referencia a: Comunicación y Organización (8) Banco de sangre (1) Mantenimiento (3) Paciente (6) Progenitores (5) Desviaciones de auditoría interna (4), interina de JACIE (3)

El total de incidencias recogidas en el año 2015 fue de 249.

Los informes de calidad (21) hacen referencia a: Paciente (10) Progenitores (9) Cocina (1) Biovigilancia (1)

El total de incidencias recogidas en el año 2016 fue de 117.

Los informes de Calidad (21) hacen referencia a: Paciente (10) Progenitores (9) Cocina (1) Biovigilancia (1)

Conclusiones: El Programa de Calidad JACIE, es un instrumento de mejora continua, en cuanto detecta, corrige y mejora todos aquellos aspectos que se apartan del proceso de TPH definido.

AUTORES: CONDE CEÑA, CARMEN¹; SANCHEZ DE TOLEDO I CODINA, J²; ALONSO GARCIA, L³; BENITEZ CARABANTE, M⁴; DIAZ ROMERO, E⁵; DIAZ DE HEREDIA, C⁶.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON INFANTIL¹; XARXA ONCOLOGICA VALL D'HEBRON²; HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON³; HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON⁴; HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON⁵; HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON⁶.

ID: 174

TÍTULO: COMISIÓN DE SEGURIDAD EN LA FARMACIA: ACTIVIDAD, INCIDENCIAS Y ACCIONES CORRECTORAS

RESUMEN:

El Comité de Seguridad en el servicio de farmacia analiza los incidentes de seguridad notificados y genera acciones correctoras que permitan disminuir el nº errores y aumentar la seguridad.

Analizar la actividad del Comité, las incidencias de seguridad registradas, su tendencia en los años 2015 y 2016 y las acciones correctoras generadas de las mismas.

Se analizaron las Actas y las memorias del Comité de Seguridad de los años 2015 y 2016, registrándose las siguientes variables: nº de reuniones realizadas, nº de incidencias y área de la actividad asistencial en el que ocurrió el incidente, implicación y gravedad del mismo en el paciente, acciones correctoras propuestas e implantadas y vías de notificación.

En el periodo de estudio se realizaron 14 reuniones: 6 en el 2015 y 8 en el 2016. Se recibieron un total de 102 notificaciones: 52 (51%) en el 2015 y 50 (49%) en el 2016.

Las notificaciones en los años 2015-2016 se comunicaron mediante:

Aplicación informática 'Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente (SNASP): 10 (19,23%) vs 20 (40%)

Papel: 38 (73,07%) vs 30 (60%)

Verbal: 4 (7,69%) vs 0

Las incidencias en estos años estuvieron relacionadas con: prescripción médica: 11 (21,1%) vs 13 (26%); validación farmacéutica: 4 (7,7%) vs 6 (12%); gestión: 5 (9,6%) vs 4 (8%); administración: 4 (7,7%) vs 2 (4%); preparación: 2 (3,8%) vs 3 (6%); etiquetado: 8 (15,4%) vs 10 (20%); informático: 0 vs 4 (8%); distribución: 2 (3,8%) vs 0; dispensación: 11 (21,1%) vs 7 (14%); almacenamiento: 2 (3,8%) vs 0 y causas relacionadas con el producto farmacéutico: 3 (5,8%) vs 1 (2%).

En el 2015, de estas incidencias registradas: no llegaron al paciente 43 (82,7%), llegaron pero no produjeron daño 4 (7,7%) y produjeron efecto adverso grave 5 (9,6%). En el 2016: no llegaron al paciente 40 (80%), llegaron pero no produjeron daño 5 (10%), produjeron efecto adverso leve 1 (2%) y produjeron efecto adverso grave 1 (2%).

Al final del periodo se propusieron 84 medidas correctoras: 57 (67,8%) vs 27 (32,1%); y se implantaron 63 medidas correctoras: 46 (73%) vs 17 (27%).

El nº de reuniones fue en ascenso, y recibió un nº notable de notificaciones de seguridad. Su notificación a través de la aplicación informática aumentó respecto al año anterior.

La mayor parte de las incidencias generadas en los dos años fueron generadas en la prescripción, seguidas de la dispensación y del etiquetado.

La tendencia fue: aumento en los errores de prescripción, validación, preparación, etiquetado, e informáticos y disminución en los errores de gestión, administración, distribución, dispensación, almacenamiento, y relacionadas con el producto farmacéutico.

El porcentaje de incidentes de seguridad que llegan al paciente es bajo.

El análisis de las incidencias generó las correspondientes acciones correctoras, y su tasa de implantación fue del 75%.

AUTORES: ZURUTUZA LÓPEZ, ARANTZA; MAULEÓN ECHEVERRÍA, N; ERCILLA LICEAGA, M; AZPIROZ ASTIZ, M; ODRIOZOLA CINCUNEGUI, B; BACHILLER CACHO, MP.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA.



ID: 175

TÍTULO: REDES SOCIALES: EL NUEVO RETO DE LOS HOSPITALES ESPAÑOLES

RESUMEN:

Se estima que sólo uno de cada tres hospitales españoles utiliza las redes sociales. Aunque el índice es todavía bajo, el uso de Facebook, Twitter o Youtube se ha multiplicado por diez en los últimos cinco años.

No se trata sólo de hacer marketing, sino de ofrecer una información de calidad y de obtener datos de gran valor, útiles para mejorar la asistencia.

Si un hospital usa Twitter, Facebook o Youtube es porque probablemente se está esforzando en dar un mejor servicio al ciudadano.

Los hospitales españoles aún no han entendido la importancia que tiene Internet y sus posibilidades para constituir un vínculo, no sólo con sus pacientes, sino también con la sociedad. Analizaremos la presencia de algunos de los hospitales españoles en las redes para evaluar su impacto y la calidad de la información que de éstos se distribuye.

El ARS (análisis de las redes sociales) es una herramienta fundamental para entender publicaciones y preferencias de las redes. Son variables que dan respuestas y crean nuevos interrogantes. Evaluaremos los hospitales españoles con más implantación en las redes Youtube, Pinterest, Twitter, Tumblr.

Dado que la mayoría de estudios parten de una lista de hospitales nacionales, para posteriormente cotejar sus webs y presencia en las redes, nosotros hemos decidido hacer un estudio a la inversa. Con la ayuda de buscadores y las búsquedas en las propias redes sociales, hemos tratado de establecer los hospitales más influyentes del país.

Así, en Facebook, el Sant Joan de Déu (Barcelona) es el hospital con más 'Me gusta' de España, con más de 100.000, seguido de la Clínica Universidad de Navarra con unos tímidos 20.000.

En Twitter, destacan el Sant Joan de Déu (Barcelona) foto de Messi incluida, con más de 13.000 seguidores y 1.500 'Me gusta' y el Hospital Clínic (Barcelona) con más de 4.000 seguidores y 12.000 'Me gusta' en la red.

El podio de YouTube es para el Sant Joan de Déu (Barcelona), que aparece, de nuevo, con más de 64.000 suscriptores y 17 millones de visualizaciones. La Clínica Universidad de Navarra con 15.000 suscriptores y 6 millones de visualizaciones ocuparía el segundo lugar.

Referencia especial merecen el Hospital de la Reina (León) y el Universidad de Navarra, por ser los únicos hospitales presentes en Pinterest de toda España, siendo además, el hospital leonés el único del país con cuenta en Tumblr.

En la actualidad muchos hospitales están trabajando en su implantación en internet de diferentes formas con un mismo hilo vertebrador: darse a conocer al paciente.

Llama la atención la presencia mayoritaria de hospitales privados o concertados en internet, salpicada por alguno que otro público; caso particular del Hospital Clínic (Barcelona).

El Hospital Sant Joan de Dèu ha sido identificado como el más presente de los hospitales españoles en las redes sociales. Por otro lado, el Hospital de la Reina de León es un hospital comarcal con mayor presencia en las redes que muchos grandes hospitales de referencia españoles.

AUTORES: MORENO SÁNCHEZ, INÉS¹; MORENO SÁNCHEZ, JJ²; SÁNCHEZ MARTÍN, II³.

CENTRO DE TRABAJO: H. G. U. MORALES MESEGUER¹; UNIVERSIDAD DE GRANADA²; UNIVERSIDAD DE GRANADA³.



ID: 176

TÍTULO: RECOMENDACIONES PARA EL USO DE ANTÍDOTOS EN INTOXICACIONES PEDIÁTRICAS

RESUMEN:

Las consultas por una posible intoxicación suponen alrededor del 0,3% de los episodios registrados en los Servicios de Urgencias Pediátricos hospitalarios de nuestro entorno. Entre el 5-10% de las consultas por intoxicación en nuestro medio se producen por contacto con sustancias altamente tóxicas.

Revisar las recomendaciones para el tratamiento de las intoxicaciones en pediatría y evaluar el cumplimiento del indicador de calidad de disponibilidad de antídotos en un hospital de tercer nivel. Realizar una tabla dirigida a los profesionales del sector con las recomendaciones principales de los antídotos usados en pediatría para facilitar su manejo, seguridad y la solicitud a farmacia.

Se revisaron las recomendaciones con el Manual de intoxicaciones en Pediatría de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP). Se calculó el indicador de calidad de disponibilidad de antídotos de la SEUP con la fórmula: (Antídotos disponibles (de los que corresponden por nivel asistencial)/ Antídotos que deberían estar disponibles por nivel asistencial) x 100. Se llevaron a cabo acciones de mejora para cumplir las recomendaciones (indicador >90%).

Se disponía de 20 de los 21 antídotos que deben estar disponibles en un hospital de tercer nivel (95%) y de 27 de los 31 que deben estar disponibles en un hospital de referencia toxicológica (indicador 87%). 2 de los antídotos no disponibles (BAL y EDTA) se encuentran disponibles de manera centralizada por consenso con la unidad de toxicología clínica del HCLB en otro hospital de referencia por lo que el indicador se consideró del 93% alcanzando las recomendaciones de la SEUP. Se consideró adecuada la adquisición de los 2 antídotos restantes no disponibles en la comunidad, fomepizol y fisostigmina, de modo que el indicador actual en el hospital es del 93% y en Zaragoza del 100%. El servicio de Farmacia realizó una tabla con las indicaciones de los diferentes antídotos, las dosis e instrucciones de administración y las recomendaciones especiales para el soporte de cada tipo de intoxicación incluyendo también el modo de petición a farmacia. Esta tabla se incluyó en la revisión del protocolo de manejo de intoxicaciones en las urgencias de pediatría.

La revisión periódica de la actualización de los indicadores de calidad en intoxicaciones pediátricas permite detectar los niveles de cumplimiento e implantar acciones de mejora para alcanzar los mínimos establecidos. La colaboración de los diferentes servicios implicados en el manejo de las intoxicaciones pediátricas ha permitido la disponibilidad en Zaragoza de todos los antídotos recomendados para el manejo de estas urgencias.

AUTORES: GALINDO ALLUEVA, MARÍA; CAMPOS CALLEJA, C; GÓMEZ BARRERA, V; REAL CAMPAÑA, JM; LARRODÉ LECIÑENA, I; ABAD-SAZATORNIL, MR.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.



ID: 177

TÍTULO: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN PREVIA A UN PROTOCOLO DE MANEJO DE DOLOR TRAUMATOLÓGICO EN URGENCIAS

RESUMEN:

En los Servicios de Urgencias el dolor es uno de los motivos de consulta más frecuentes y que más sensación de urgencia genera. El dolor tiene consecuencias sociales, causa alteraciones del sueño y favorece la aparición de depresión y ansiedad, de manera que es imprescindible tratarlo correctamente.

Analizar el perfil de los pacientes con dolor en urgencias de traumatología y su tratamiento.

Estudio retrospectivo, observacional. Se analizó el perfil de los pacientes que acudieron a urgencias en el segundo semestre de 2016 con diagnóstico de dolor y su control mediante las visitas a urgencias o atención primaria (AP). Para evaluar el manejo farmacológico se analizaron un 10% de pacientes. Fuentes de datos: historia electrónica y PCH. Se formó un grupo multidisciplinar formado por enfermería, urgencias, anestesia y farmacia para evaluar los resultados.

2917 pacientes, 54,9% mujeres, edad media 54,1±0,34 años. Diagnóstico: 59% lumbalgia, 22% ciática, 11% dolor articular extremidades, 5% dorsalgia, 2% dolor torácico osteomuscular y 1% dolor abdominal. Media tiempo en urgencias 4 horas 25 minutos (±8 minutos). Ningún paciente fue valorado con escala de dolor. Tratamiento recibido (292 pacientes): 81,4% AINEs sistémicos, 49,8% paracetamol, 28,4% corticoide IM, 35,8% diazepam, 40% opioide menor, 5,2% opioide mayor, 6,5% gabaérgicos, 2,3% AINE tópico, 3% lidocaína tópica, 1% derivación a unidad del dolor y 2% ningún tratamiento farmacológico. Media de fármacos por paciente: 2,7±0,1. Al 23,3% de los pacientes se les prescribió un fármaco, 20% dos, 26,5% tres y 17,2% cuatro y 11,2% cinco o más. Media fármacos por diagnóstico: ciática 3,6±0,2, lumbalgia 3,1±0,3, dolor abdominal 1,3±0,3, dorsalgia 2,8±0,3, dolor extremidades 1,7±0,1 y dolor torácico 2,6±0,3. Pacientes ≥4 fármacos por diagnóstico: ciática 50%, lumbalgia 38,5%, dorsalgia 36,9%, torácico 20%, extremidades 4,3% y abdominal 0%. El 23,7% y el 33% revisitaron urgencias y AP respectivamente. Media tiempo hasta visita urgencias 4,57±1 días. Media tiempo hasta visita AP: 5,75±9 días. Porcentaje de pacientes que revisitan por diagnóstico: Abdominal 0%, ciática 41% urgencias y 66% AP, dorsalgia 15,8% urgencias y AP, extremidades 17,4% urgencias y AP, lumbalgia 25,7% urgencias y 35,7% AP, torácico 0% urgencias y 20% AP.

El diagnóstico más habitual fue lumbalgia. El grupo terapéutico más prescrito fueron los AINEs. La ciática y la lumbalgia requieren mayor complejidad en el tratamiento. Un 24% de los pacientes no controlan el dolor con el tratamiento pautado en urgencias y vuelven a consultar por el mismo motivo en la semana posterior. Se evidencia la necesidad de protocolizar la valoración del nivel de dolor con escalas validadas y el tratamiento desde un punto de vista multidisciplinar.

AUTORES: GALINDO ALLUEVA, MARÍA; JAVIERRE LORIS, MA; HERRER CASTEJÓN, A; ASCASO MARTORELL, C; GARCES SAN JOSE, C; REAL CAMPAÑA, JM.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.



ID: 178

TÍTULO: SATISFACCIÓN DE LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA DURANTE LA REALIZACIÓN DE PRÁCTICAS CLÍNICAS

RESUMEN:

En la actualidad los alumnos de Grado de Enfermería, según se establece en su plan de estudios, realizan prácticas clínicas en 2º, 3º y 4º de Grado. En nuestra Área de Salud, los Enfermeros encargados de la tutorización de las prácticas clínicas son todos aquellos que manifiestan su deseo de serlo sin que se realice ninguna validación del perfil de las competencias de éstos. Éstas prácticas son tutorizadas por un Enfermero al cual se le presupone entre otras aptitudes un conocimiento disciplinar actualizado, habilidades de comunicación, elevada capacidad docente y autocontrol.

El objetivo principal de este trabajo era evaluar, en los alumnos de Grado de Enfermería que realizaban prácticas clínicas en nuestra Área de Salud, la satisfacción en el desarrollo y los contenidos de las prácticas con sus tutores.

Tras la realización de un estudio descriptivo observacional y trasversal que abarcó el periodo académico 2016-2017 (1 de septiembre de 2016 a 31 de Mayo de 2017). La población objeto de estudio fue todos los estudiantes de Grado de Enfermería que habían realizado prácticas clínicas en nuestra Área de Salud (n=117) independientemente de la duración de estas. El instrumento utilizado fue una encuesta autoelaborada que constaba de 12 preguntas, 11 de ellas con una gradación tipo Likert (1-Nunca, 2-A veces, 3-A menudo, 4-Con frecuencia, 5-Siempre.) y una última cuestión que hacía alusión a la capacidad docente del tutor con una gradación tipo Likert (1=Malo; 2=Regular, 3=Normal, 4=Bueno, 5=Excelente). La encuesta (anónima) se realizó y envió a sus destinatarios utilizando la herramienta "Google Formularios". Para el análisis de los datos se empleó la hoja de cálculo Microsoft Excel 2010.

Se cumplimentaron un total de 57 encuestas lo que supone que un 48,71% del total de los alumnos de Grado de Enfermería del Área. En todos los casos la respuesta fue muy positiva, obteniendo en todas las cuestiones planteadas más de un 80% de las respuestas "Con frecuencia" y "Siempre". En cuanto a la capacidad docente de los tutores, en ambos casos, más del 90% contestó o "Bueno" o "Excelente". Consideramos por tanto que la labor de los tutores de prácticas clínicas de Grado de Enfermería en nuestra Área de Salud cumplen en gran medida con los estándares establecidos y esta situación de partida nos anima a mejorar planificando actividades docentes con los tutores para que de una forma progresiva éstos adquirieran las competencias básicas necesarias para la formación de los futuros profesionales enfermeros convirtiendo a estos en líderes críticos e innovadores del cuidado enfermero y transmitiendo valores tan importantes para la Enfermería como el respeto, la profesionalidad, la amabilidad y la empatía.

AUTORES: MUÑOZ SANCHEZ, MANUELA; SUBIELA GARCÍA, JA; CONTESSOTTO SPADETTO, CL; JIMÉNEZ ANTÓN, MA; ROS MUÑOZ, BF; ABELLÓN RUIZ, JU.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR.

ID: 179

TÍTULO: REGISTRO DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN URGENCIAS. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN 6 AÑOS

RESUMEN:

Interés por el abordaje asistencial de la violencia de género. Un interés de diferentes Asociaciones Profesionales e Instituciones que lo hacen multidisciplinar. Pretendemos garantizar una atención coordinada de todos los servicios sanitarios, sociales, específicos de la administración y cuerpos de seguridad, con la intención de dar respuesta a las necesidades específicas de las mujeres que sufren violencia de género.

De este interés surge un protocolo y circuito, que agilizan una atención integral a la supuesta víctima. En este contexto la hoja de registro de violencia de género, consensuada, aporta una información de gran utilidad.

Después de unos años precisamos de una explotación estadística de la información.

El objetivo principal, la construcción de una herramienta eficiente que facilite tanto al personal sanitario como al resto de Instituciones implicadas, la información que alerte sobre el grado de vulnerabilidad y riesgo potencial de la supuesta víctima en su contexto y ámbito relacional. Información que ayuda a los circuitos extra-hospitalarios en la urgencia de tratamiento del caso. Como objetivos específicos: Continuar con la sensibilización y formación del personal sanitario y la explotación estadística que nos puede ayudar a replantear y/o reevaluar el registro. Estudio descriptivo, estadístico retrospectivo. Análisis con hoja de cálculo Excel desde el 2011 al 2016. El grupo de trabajo es consciente que a medida que ha ido pasando el tiempo el número de registros y la cumplimentación han mejorado.

La hoja de registro consta de 12 ítems, algunos datos personales y el resto encaminados a conocer el contexto relacional. De ley es invitar a la supuesta víctima a cumplimentar el registro, enfatizando la confidencialidad y el propósito. Si niega la cumplimentación, pero manifiesta agresión, se registra el episodio y se identifica únicamente con el número historia.

Al final del registro existe una escala de Likert que es la que nos informa de la vulnerabilidad y riesgo. Los ítems sumatorios se señalan con asterisco y son los que suman en negativo para la supuesta víctima (mayor riesgo). La muestra es no probabilística y la conforman todas aquellas mujeres que manifiestan agresión. Están excluidas de la muestra los otros tipos de agresiones: parenterales, interfamiliares, y las agresiones a hombres aunque sean por su pareja. Se aprecia un ligero aumento en el número de agresiones año tras año: de 41 casos en 2011 a 58 en 2016. Se han analizado diferentes variables: si hay hijos o no, años, dependencia económica, hábitos tóxicos de víctima y agresor, país de origen, .

Año tras año se ha ido incrementando el cumplimiento del registro de violencia de género debido a una mayor difusión lo que provoca la activación de circuitos externos para una atención integral y multidisciplinar. Se ha pasado de tener los datos en papel a estar informatizados lo que facilita la explotación de datos y la accesibilidad de éstos por parte del grupo multidisciplinar.

AUTORES: ESPÍN GARCIA, JAVIER; CAÑADAS BUSTOS, A; RODRIGUEZ PAREDES, E; JOSE MARIA DE LA CASA, P; VICENTE GARCIA, M.

CENTRO DE TRABAJO: FUNDACION SANITARIA MOLLET.



ID: 180

TÍTULO: NOTIFICACIÓN, GESTIÓN Y ANÁLISIS DE INCIDENCIAS CLASIFICADAS POR PROCESOS

RESUMEN:

La política de calidad de nuestro territorio ha facilitado la implantación de la gestión por procesos. En el año 2014 se implantó una herramienta para la notificación y gestión de incidencias relacionadas con la seguridad del paciente. En la evaluación periódica se detectó la necesidad de redefinir categorías, clasificarlas según mapa de procesos e incorporar nuevos campos de análisis.

Crear una única herramienta informática de notificación y gestión para todas las incidencias de la organización, tanto asistenciales como de soporte técnico, categorizadas por procesos y enfocadas a la Seguridad del paciente.

Los diferentes servicios definen las categorías de incidencias más relevantes o frecuentes de cada proceso y se validan por dirección. Se crea una única vía de entrada para los 4.500 profesionales del territorio a través de la intranet.

Se implanta la herramienta a partir de un pilotaje en tres centros y la formación a todos los profesionales, con un seguimiento periódico.

Quedan definidos cuatro roles en el proyecto: notificador, gestor, validador y líder de proceso.

Notificador (cualquier profesional): introduce la incidencia y puede visualizar el seguimiento, excepto si la registra como anónima. Las incidencias con daño al paciente son derivadas al sistema de notificación del Departamento de Salud (TPSC Cloud) para investigación exhaustiva. Las reacciones adversas sobre medicación se redirigen a la Targeta Grogga.

Gestor (director, responsable de calidad): reciben aviso de las incidencias asistenciales para análisis, resolución y seguimiento. Visualizan todas las incidencias de su equipo (asistenciales y apoyo), para definir planes de mejora.

Validador (técnico de gestión): coordina las incidencias de apoyo técnico.

Líder: visualiza todas las incidencias de su proceso de todo el territorio y propone planes de acción transversales.

En el primer semestre de implantación se notificaron 21.806 incidencias: 813 asistenciales y 20.993 de apoyo. De las 813 incidencias asistenciales, 349 (44%) se resolvieron con planes de acción que el notificante podía consultar. Se redirigieron 21 incidencias a TPSC Cloud y 3 reacciones adversas a la Targeta Grogga.

Se consiguió un 90% de cumplimiento de los estándares ligados a gestión de incidencias del modelo de acreditación del Departamento de Salud en todos los equipos.

Mayor número de incidencias notificadas de los procesos mejor implantados.

Creación de grupos de trabajo en todos los niveles organizativos para análisis de incidencias, resolución y seguimiento. A nivel de equipo se analizan y resuelven las incidencias propias, individualmente. A nivel de Dirección, los líderes de proceso analizan y proponen acciones de mejoras globales y transversales.

La implicación de profesionales de todos los niveles asistenciales aumenta la detección de oportunidades de mejora y puntos críticos de la organización a analizar y trabajar para orientar nuestra organización a la seguridad del paciente.

AUTORES: SABATÉ CINTAS, VICTÒRIA¹; BADIA PERICH, E²; MARTINEZ NEJEM, A³; FLORES BELMONTE, JM⁴.

CENTRO DE TRABAJO: DIRECCION ATENCION PRIMARIA METROPOLITANA NORTE. INSTITUT CATALA DE LA SALUT¹; DIRECCION ATENCION PRIMARIA METROPOLITANA NORTE. INSTITUT CATALA DE LA SALUT²; DIRECCION ATENCION PRIMARIA METROPOLITANA NORTE. INSTITUT CATALA DE LA SALUT³; GERENCIA TERRITORIAL METROPOLITANA NORTE. INSTITUT CATALA DE LA SALUT⁴.



ID: 181

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE MONITORIZACIÓN DE INCIDENCIAS DE SEGURIDAD EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO.

RESUMEN:

Los indicadores de Seguridad del Paciente que medimos en los cortes transversales que se realizan a diario, nos aportan en la mayoría de los casos resultados positivos, siendo estos en la mayoría de los casos, no representativos de la realidad.

La implantación efectiva dentro de las estructuras organizativas de métodos sencillos de identificación y gestión de incidentes de seguridad, facilita la implicación de los profesionales, y a su vez ayuda con la definición de criterios, que se pueden traducir en una herramienta de medición, siendo relevante para mejorar la atención a nuestros pacientes.

- Mejorar la calidad de los servicios prestados por el personal de enfermería del Bloque Quirúrgico, garantizando las condiciones indispensables para que los cuidados que se proporcionan se brinden en un ambiente seguro y eficiente.

- Impulsar y difundir

- Registro diario en cada uno de los turnos (M-T-N) de las incidencias en una pizarra por el personal implicado (a su vez se recomienda su registro en la hoja de circulante y Listado de Verificación Quirúrgica), esto permite analizar y medir los procesos

Entre otras acciones para aumentar la seguridad del paciente, debemos de emprender dos acciones complementarias: prevenir los eventos adversos y dejar constancia de los errores que ya hemos detectado para que no vuelvan a suceder.

Los problemas relacionados con la comunicación, tienen un papel relevante como causa de incidentes y eventos adversos en la asistencia sanitaria.

Con sistemas de información sencillos conseguimos implicar al personal, a su vez permiten un análisis y medición continua de los resultados, proporcionando la información necesaria a aquellos que prestan la asistencia para poder adoptar precauciones y realizar los cuidados de la forma más segura, a la vez que ponen en conocimiento a las unidades directivas de los riesgos que incurren en la práctica diaria, de tal manera que puedan dotar de aquellas herramientas necesarias para que se puedan mitigar los efectos de estos riesgos así como de las incidencias ya ocurridas.

AUTORES: LOZANO FERNÁNDEZ, ANA MARÍA; CHULBI TELLO, C; FINCIAS ALONSO, MM.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS.



ID: 182

TÍTULO: TRABAJANDO COORDINADOS PARA LA MEJORA CONTÍNUA

RESUMEN:

En Atención Primaria, nos orientamos a garantizar la seguridad del paciente a lo largo de todo su proceso asistencial, desde su entrada en el sistema hasta su salida a casa o a otro dispositivo asistencial. En este caso, se requiere una metodología de trabajo conjunta entre los diferentes responsables de calidad implicados, para desarrollar una gestión adecuada de riesgos e incidentes que se produzcan durante el proceso de coordinación, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de repetición.

El objetivo es mejorar la seguridad de los pacientes de nuestra área de referencia atendidos en cualquier dispositivo asistencial mediante la creación de una Unidad Funcional Transversal de Seguridad al Paciente (UFTSP).

La UFTSP detecta, analiza y propone planes de acción en relación a las incidencias que requieren coordinación entre niveles asistenciales para su resolución.

Se estructura en dos grupos de trabajo con funciones diferenciadas: grupo operativo (reuniones bimensuales para analizar incidencias de seguridad del paciente y hacer propuestas de mejora) y comisión mixta directiva (valida las propuestas de mejora y asigna recursos). Esta unidad es coordinada por los responsables de calidad del Hospital y de la Dirección de Atención Primaria. Tiene como grupo de trabajo profesionales implicados en calidad de los diferentes niveles asistenciales.

La detección de incidencias de coordinación asistencial se realiza en Atención Primària con un programa de notificación informático llamado GesLin. Se utiliza la metodología de la mejora continua en las fases de gestión del riesgo: identificación, análisis, propuestas de mejora, intervención y evaluación. Ante una notificación, se investigan las causas en cada dispositivo asistencial para compartir después el conocimiento más exhaustivo adquirido. En el grupo se aplican técnicas de análisis causa-raíz y priorización para definir los planes de acción más efectivos para proponer en Comitè Mixto. Una vez aprobadas las acciones de mejora se implantan y se realiza un seguimiento para evaluar su efectividad.

Se identificaron en un año 34 incidencias de seguridad del paciente y de coordinación: 7 de programación, 7 de circuitos, 7 de conciliación de medicación y 1 caída.

Sólo se notificaron 3 incidencias con daño al paciente. Estas 3 incidencias se analizaron en profundidad con cronograma, diagrama causa-efecto de Ishikawa y priorización de acciones de mejora. Se propusieron y aprobaron cuatro planes de acción que implican a toda la organización. Están pendientes de seguimiento para valorar la efectividad de las intervenciones.

La coordinación asistencial, operativizada por una Comisión, es imprescindible para garantizar la seguridad al paciente. Para un buen análisis de los incidentes necesitamos profesionales de los diferentes ámbitos de actuación y formados en metodología de calidad. El programa informático es básico para la coordinación, el seguimiento y la resolución de las incidencias.

AUTORES: SABATÉ CINTAS, VICTÒRIA¹; BADIA PERICH, E²; BALLESTER ROCA, M³; MARTINEZ NEJEM, A⁴.

CENTRO DE TRABAJO: DIRECCION ATENCION PRIMARIA METROPOLITANA NORTE. INSTITUT CATALA DE LA SALUT¹; DIRECCION ATENCION PRIMARIA METROPOLITANA NORTE. INSTITUT CATALA DE LA SALUT²; HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL³; DIRECCION ATENCION PRIMARIA METROPOLITANA NORTE. INSTITUT CATALA DE LA SALUT⁴.



ID: 184

TÍTULO: DESPLEGAR UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

Para implantar un sistema de gestión de calidad en un ámbito territorial se requieren herramientas de apoyo que faciliten el despliegue en toda la organización. Queremos potenciar la responsabilidad y el apoderamiento de los referentes de calidad para integrar la mejora continua en la práctica asistencial.

Crear una red de herramientas de apoyo, a la actividad de los referentes de calidad de todo el ámbito territorial, para facilitar el despliegue del sistema de gestión de calidad.

Las herramientas de apoyo que se han desarrollado y que son accesibles, a través de la intranet de la organización, a todos los profesionales son:

Mapa de procesos: representación gráfica de nuestro sistema de gestión por procesos. Gestión por procesos: Aporta metodología para garantizar una buena definición, implantación y evaluación de los procesos. Facilita la integración de los estándares de seguridad del paciente. Portal documental: Integra toda la documentación de aplicación en la organización (planes, procedimientos, registros y anexos) orientada a procesos definidos. Catálogo de objetivos definidos: Catálogo para garantizar, definir, asignar, seguir y evaluar los objetivos de la Dirección de Atención Primaria. Cuadro de mando: Integra indicadores de estructura, proceso y resultados, tanto cuantitativos como a nivel cualitativo.

Ficha objetivo de mejora: Aporta metodología que garantiza la trazabilidad desde la definición del objetivo, pasando por la justificación, la situación de partida, planes de acción e indicadores de medida. Informes cualitativos: La toma de decisiones de la dirección de promueve a partir de los resultados de indicadores de salud con la metodología establecida por los responsables de calidad. Gestor de incidencias (GesLin): Nuestro gestor de incidencias completa una entrada única y estructurada por procesos. Programa seguridad del paciente (proSP): sistema informático para registro, control y seguimiento de los indicadores de seguridad del paciente.

% Unidades productivas con implantación el mapa de procesos: 100%, % Documentos de aplicación actualizados: 95%, % Procesos clave definidos, implantados y evaluados: 90%, % Objetivos implantados alineados al Plan estratégico: 90%, % Equipos de Atención Primaria con fichas de objetivos de mejora: 100%, % Objetivos de mejora con DAFO inicial realizado: 80%, % Equipos de Atención Primaria con informes cualitativos anuales: 80%, % Equipos Atención Primaria con sistema notificación incidencias implantado: 100%, % Equipos Atención Primaria con programa ProSP implantado: 100%

Los referentes de calidad tienen un apoyo metodológico documental excelente, así lo muestra los porcentajes de cumplimiento de los indicadores. Estamos integrando la mejora continua en la práctica asistencial mediante un apoyo a todos los niveles. En la encuesta de satisfacción que se ha pasado a los referentes de calidad del todo territorio para evaluar la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente, se ha obtenido una media de 8,3 sobre 10.

AUTORES: SABATÉ CINTAS, VICTÒRIA; BADIA PERICH, E; MARTINEZ NEJEM, A.

CENTRO DE TRABAJO: DIRECCION ATENCION PRIMARIA METROPOLITANA NORTE. INSTITUT CATALA DE LA SALUT.

ID: 185

TÍTULO: IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN UN SERVICIO MÉDICO DE UN HOSPITAL TERCIARIO

RESUMEN:

En los últimos años, en relación al uso inadecuado de los antimicrobianos, se ha incrementado notablemente de forma global el fenómeno de la resistencia antibiótica. En paralelo se observa una ralentización en el lanzamiento de nuevas moléculas capaces de actuar frente a bacterias multiresistentes. Con el objetivo de hacer frente a esta situación, en noviembre del 2016 se pone en marcha en nuestro centro un Programa de optimización del uso de antibióticos (PROA).

Analizar los resultados de la primera intervención del equipo PROA en nuestro centro

El estudio se lleva en cabo entre enero y marzo del 2017 en un servicio médico de 20 camas de un hospital de alta complejidad. Previo a la intervención se analiza la evolución del consumo de antibióticos del servicio, se compara con el global del hospital y se realizan tres cortes a ciegas donde se analiza la adecuación de las prescripciones según 8 parámetros estandarizados. La intervención consiste en 6 sesiones. En la primera se expone la problemática de la resistencia bacteriana, se presenta el programa, se aportan datos de consumo y adecuación de la prescripción antibiótica. En las 4 siguientes se analizan conjuntamente los tratamientos antibióticos de todos los pacientes hospitalizados. Tras unas semanas se realiza un nuevo corte a ciegas y se cierra la intervención con una sesión de feed-back y presentación de resultados.

Se analizaron 55 pacientes bajo tratamiento antibiótico, 40 preintervención y 15 postintervención. Los cortes preintervención mostraron margen de mejora en los porcentajes de pacientes bajo tratamiento antibiótico, de tratamientos por vía oral, en la toma de muestras del foco de la infección, en la adaptación del tratamiento antibiótico a los resultados microbiológicos y en la duración de los mismos.

Tras la intervención se observa un incremento significativo en el porcentaje de tratamientos administrados por vía oral (22,6% vs 68,7%, $p=0,01$) y en la toma de muestras del foco de la infección (45% vs 90%, $p=0,03$). La disminución del porcentaje de pacientes bajo tratamiento antibiótico (82,5% vs 66,7%) así como los incrementos en la toma de hemocultivos (30% vs 40%), en la adecuación a las guías (91% vs 100%), en la adaptación del tratamiento a los resultados microbiológicos (39% vs 60%), en la adecuación a la función renal (94% vs 100%) y en la adecuación de la duración del tratamiento antibiótico (73% vs 90%) no fueron estadísticamente significativos. En ninguno de los periodos fue necesario monitorizar los niveles de aminoglicósidos ni vancomicina. El consumo global antibiótico del Servicio de Pneumología pasó de 142,3 (año 2016) a 118,9 DDD/100 estancias (primer cuatrimestre del 2017).

En conclusión, la intervención mejora todos los parámetros evaluados de prescripción antibiótica, especialmente la administración por vía oral y la toma de muestras para microbiología. Se observa en paralelo una disminución en el consumo de antibióticos en dicho servicio.

AUTORES: MÒDOL DELTELL, JOSEP M; GIMÉNEZ PÉREZ, M; ÁLVAREZ MARTINS, M; MÉNDEZ HERNÁNDEZ, M.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL.



ID: 187

TÍTULO: ANÁLISIS DE RECLAMACIONES POR DEMORA ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL

RESUMEN:

Las percepción de retraso en la atención en el servicio de urgencias, genera ansiedad y la reclamación transmite la insatisfacción del paciente con la atención recibida, constituyendo un instrumento para implementar acciones de mejora, para intentar agilizar el paso de nuestros pacientes por el servicio. Las reclamaciones por la demora en la asistencia en el SUH, suponen en 2016 el 57.6% del total de las reclamaciones del SUH.

Revisión de reclamaciones por demora asistencial, valorando prioridad asistencial, duración de la demora, periodicidad, motivo de consulta, destino al alta, etc., para:

- Conocer patologías más prevalentes en las reclamaciones por demora.
- Valoración de demoras en función de prioridad asistencial.
- Grado de cumplimiento de estándares medios de asistencia de SEMES y del MSyPS.
- Encontrar nichos de mejora en nuestros circuitos de asistencia.

Estudio descriptivo y retrospectivo de las reclamaciones por demora en la asistencia, que llegan al servicio de urgencias, a través del SAU, por los pacientes atendidos en un hospital de 2º nivel durante el año 2016. Indicadores valorados: tiempo de permanencia, distribución mensual, prioridad asistencial, destino del paciente y motivo de consulta.

El número de reclamaciones por demora en la asistencia, en 2016, ha aumentado de 92 a 117. De estas 7 se pueden atribuir a demoras de radiología, laboratorio, etc.

El tiempo medio de permanencia en el servicio es de 248.88 ± 17.76 minutos. La edad media del paciente es de 43.46±3.97 años..

La media de reclamaciones mensuales de 9.75 ±4.3 pero agosto registra el 25.6% del total. Por turnos donde más se presenta es en el de tarde (46.15%), mañana (40,17%) y noche (13.68%).

En cuanto a prioridad un 57.26% de los pacientes eran de categoría amarilla (prioridad 3) y un 42.74% categoría verde o prioridad 4-5. Solo 2 pacientes (1.70%) precisaron ingreso siendo alta el resto (98.3%)

Entre los motivos de consulta destacan traumatismos leves (41.9%), consultas no urgentes (9%) y dolores osteoarticular crónico (8.5%).

CONCLUSIONES

La mayoría de las reclamaciones son de patología menos grave o leve, que no requiere ingreso hospitalario. El servicio debe adaptarse y potenciar la atención ambulatoria a la patología leve o no urgente con consultas de alta resolución (verdes), en especial, durante el periodo vacacional y en turno de tarde.

La permanencia en urgencias se aproxima a las 4 horas, estándar del Ministerio de Sanidad y Política Social. Las quejas de pacientes de prioridad 3 o menos grave, aun siendo dados de alta, precisan de una mayor monitorización y revisión de circuitos.

AUTORES: CONESA HERNANDEZ, ANDRES; CRUZADO QUEVEDO, JA; GALERA GALERA, A; RODRIGUEZ RETAMAR, RD; MARTINEZ ANDREU, MC; GARCIA MARTINEZ, L.

CENTRO DE TRABAJO: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CARTAGENA.



ID: 188

TÍTULO: MIDIENDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

RESUMEN:

La cultura de seguridad del paciente de una organización se define como la suma de valores, actitudes, percepciones y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el compromiso de la gestión de la seguridad. En una cultura de seguridad evolucionada, tanto las personas como la organización son capaces de reconocer errores, aprender de ellos y actuar para la mejora continua.

El objetivo es evaluar la cultura en seguridad del paciente de todos profesionales en los equipos de atención primaria de nuestro territorio (64).

La evaluación se realiza mediante el cuestionario MOSPS, compuesto de 62 preguntas que permiten detectar la percepción del profesional sobre las áreas críticas con necesidad de mejora. En 2016 los equipos de nuestro territorio lograron superar con éxito la acreditación en Calidad y Seguridad del Paciente según el modelo del Departamento de Salud (MADS), basado en metodología de la calidad y en la mejora continua. Por todo ello, hemos decidido conocer el nivel de cultura de la calidad integrada en los equipos.

Para la evaluación de resultados analizamos la sección G (valoración global) en sus dos apartados: valoración global sobre calidad (centrado en el paciente, eficacia, tiempo, eficiencia y equidad) y valoración global sobre seguridad del paciente.

Fijando como estándar el 85% de respuestas positivas (sumando bien, muy bien y excelente) aquellos ítems por encima del 85% se consideran aceptables, entre 80% y 85% mejorables y por debajo del 80% con necesidad de priorizar.

Participación del 35%: 963 respuestas de 2.714 profesionales. Centrado en el paciente (preferencias individuales de los pacientes, necesidades y valores): 76%. Efectivo (basado en el conocimiento científico): 80%. A tiempo (minimiza esperas y demoras potencialmente perjudiciales): 58%. Eficiente (garantiza unos cuidados coste-efectivo): 73%. Equitativo (ofrece la misma calidad asistencial a todos los individuos): 93%. Puntuación global sobre el sistema y los procedimientos clínicos, que su centro de salud ha puesto en marcha para prevenir, detectar y corregir problemas que potencialmente pueden afectar a los pacientes: 82%.

Valoramos positivamente el 35% de participación. En los resultados, destaca la equidad de los profesionales: perciben que se ofrece una misma calidad asistencial a todos los individuos, sin excepciones. Como aspectos mejorables la efectividad y la valoración en seguridad del paciente. Para mejorarlos, seguiremos trabajando con evidencias basadas en el conocimiento científico y en la gestión por procesos, que favorecen el consenso y la estandarización de los procedimientos. Detectamos la necesidad de priorizar la eficiencia organizativa y la orientación al paciente. Con la gestión por procesos orientamos toda nuestra organización al paciente y con la notificación y gestión de incidencias asistenciales detectamos los puntos críticos a analizar y solucionar. Esperamos mejorar durante el 2017 estas áreas priorizadas.

AUTORES: BADIA PERICH, ESTHER; SABATE CINTAS, V; MARTINEZ NEJEM, A; LOZANO ROMERA, E.

CENTRO DE TRABAJO: DIRECCION ATENCION PRIMARIA METROPOLITANA NORTE. INSTITUT CATALA DE LA SALUT.



ID: 189

TÍTULO: POLIMEDICACIÓN. ¿SOLUCIÓN O DEBACLE?

RESUMEN:

Según el boletín INFAC de la Osakidetza el consumo medio de fármacos en la tercera edad (población mayor de 65 años), oscila entre 7 y 13 fármacos de media. El envejecimiento se asocia con frecuencia tanto a pluripatología como a multimorbilidad y comorbilidad.

En 2011, se observó que en nuestro medio el 20% de los pacientes con dos o más patologías crónicas consumían el 58% del gasto farmacéutico en atención primaria.

Conforme los datos presentados, creemos de gran importancia la necesidad de definir el número actual de pacientes polimedificados en nuestro medio, así como los problemas derivados de esta situación y proponer estrategias que puedan modificar las tendencias actuales en prescripción de fármacos en atención primaria.

Objetivos del estudio

- Objetivo Principal:

Conocer las interacciones farmacológicas y el tipo de interacciones de la población polimedificada (10 o más fármacos de manera crónica) del área del Baix Penedés.

- Objetivo Secundario:

Identificar en cuantos de estos pacientes existen interacciones graves y revisar en cuantos estaría indicada la retirada de fármacos.

Tipo de Estudio: Estudio transversal descriptivo de pacientes polimedificados en el Baix Penedés.

Población: Pacientes pertenecientes al Baix Penedés con 10 o más fármacos.

Criterios de Inclusión: Pacientes con 10 o más fármacos prescritos en receta electrónica por 3 meses o más tiempo.

Criterios de Exclusión: Fármacos prescritos por menos de 3 meses.

Resultados:

De 7315 pacientes pertenecientes a 6 cupos del área básica del Baix Penedés se encontraron 51 pacientes con una prevalencia del 0,7%. De los cuales el 58,8 % eran hombres y el 41,2% mujeres.

La media de edad fue de 69,98 años con una desviación estándar de 11,82.

Los pacientes consumían una media de 12,9 fármacos con desviación estándar de 2,18. Analizando el número de fármacos en función de clase terapéutica la media fue de 11,03 con una desviación estándar de 1,99.

En 40 casos (78,4%) se encontraron duplicidades farmacológicas y en el 100% de los casos habían interacciones. De estas interacciones, en al menos el 82,4% debía considerarse alguna modificación en el tratamiento.

En el 51% de los casos se pudo deprescribir al menos un fármaco.

Extrapolando los resultados obtenidos en nuestro estudio al resto de pacientes polimedificados de nuestra empresa se observó:

IC 95: 31,4 (20,3-45%) había que evitar combinaciones farmacológicas; IC 95: 50,9 (37,6-64,1%) había que considerar modificaciones en el tratamiento; IC 95: 17,6 (9-30,2%) había que monitorizar las interacciones farmacológicas; IC 95: 82,3 (69,5-90,4%) había que realizar alguna modificación en el tratamiento.

Conclusiones:

Los pacientes con 10 o más fármacos prescritos de manera crónica presentan interacciones farmacológicas y deben revisarse de manera sistemática.

La deprescripción de fármacos es posible en más de la mitad de los casos.

AUTORES: MESTRE MIRAVET, SANTIAGO¹; DAUFI SUBIRATS, C²; PINILLA MACARRO, M³; GOTANEGRA GUZMÁN, N⁴; COLET VILLAR, O⁵; CHEDA, MF⁶.

CENTRO DE TRABAJO: CAP L'ARBOÇ¹; XARXA SANITARIA I SOCIAL DE SANTA TECLA²; CAP L'ARBOÇ³; XARXA SANITARIA I SOCIAL DE SANTA TECLA⁴; CONSULTORI LLORENÇ DEL PENEDES⁵; CAP L'ARBOÇ⁶.



ID: 190

TÍTULO: ANTE LOS PROCEDIMIENTOS INVASIVOS...DOLOR CERO EN PEDIATRÍA

RESUMEN:

Los pacientes pediátricos hospitalizados precisan con frecuencia procedimientos invasivos dolorosos. Como parte del proyecto "Unidad segura" se crea el protocolo "dolor zero" por el cual durante 6 meses se instruye a los profesionales sanitarios en el uso de técnicas analgésicas, como anestesia tópica en forma de EMLA y técnicas coadyuvantes no farmacológicas, para emplearse durante los procedimientos invasivos.

Comparar el grado de dolor generado durante estos procedimientos según la técnica y/o medida coadyuvante utilizada, y sus posibles efectos secundarios así como comprobar la adherencia del personal al protocolo

Estudio prospectivo analítico observacional de casos-controles en el que se incluyen pacientes entre 0 y 16 años ingresados en pediatría. En cada procedimiento se recogen variables demográficas y clínicas y se valora el dolor según la escala numérica de Walco y Howite. Se define la adherencia al protocolo como haber utilizado EMLA y/o medidas coadyuvantes durante el procedimiento. Se compara el grado de dolor con las diferentes técnicas y se describe el uso y reacciones adversas de la analgesia tópica. Se considera un valor de metahemoglobinemia elevado por encima de 1,5%. Se excluyen los pacientes con patología neurológica o déficit cognitivo en los que no puede aplicarse la escala de dolor y aquellos con contraindicaciones para el uso de EMLA

Se incluyen 115 pacientes (55,2% varones) con una mediana de edad de 13,5 meses (RIQ 4-35 meses) Se objetiva una adherencia al protocolo en un 80% de los procedimientos. La técnica invasiva más frecuente es la extracción de analítica sanguínea (81%). Se dividen en 2 grupos: grupo control que no recibe EMLA (n=44) y grupo de casos que reciben EMLA (n=71), siendo comparables en cuanto a edad (p 0,75), sexo (p 0,46) y número de procedimientos (p 0,20). Comparando el grado de dolor se observa la ausencia de dolor en un 20,60% en el grupo de EMLA frente a un 0% en el grupo control así como un 26,5% de dolor moderado grave en el grupo EMLA frente a un 44% en el grupo control (p 0,002), confirmándose en el análisis multivariante (OR 0,2, IC 95%: 0,05-0,8). En el 62,1% se utilizaron técnicas coadyuvantes. Se observa una disminución del dolor moderado grave de un 67% a un 16% en el grupo control con el uso de estas técnicas (p 0,002) sin diferencias en el grupo EMLA (p 0,6). Un 4% presentó reacciones adversas al EMLA, todos ellos dermatitis de contacto, y no se observó metehemoglobinemia en ningún paciente con valores similares en ambos grupos: grupo control: mediana: 0,8 (RIQ 0,6-1), grupo EMLA: mediana 1 (RIQ 0-1), (p 0,810).

El uso de EMLA durante los procedimientos invasivos disminuye el dolor en los pacientes hospitalizados sin producir efectos secundarios relevantes. El uso de técnicas coadyuvantes de manera aislada disminuye el dolor en los procedimientos invasivos. Recomendamos por tanto, el uso sistemático de estas medidas para el control del dolor en los pacientes hospitalizados.

AUTORES: TOLEDO DEL CASTILLO, BLANCA; GONZÁLEZ SÁNCHEZ, MI; GONZALEZ MARTÍNEZ, F; PEREZ MORENO, J; TABOADA FERRER, E; RODRIGUEZ FERNÁNDEZ, R.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN.

ID: 191

TÍTULO: ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DEL DOLOR ONCOLOGICO PEDIATRICO

RESUMEN:

El dolor es el síntoma más prevalente en niños con enfermedades oncológicas. Puede aparecer en el momento del diagnóstico, durante el tratamiento por efectos secundarios de la quimioterapia y la radioterapia, tras procedimientos quirúrgicos o como consecuencia de procedimientos diagnósticos o terapéuticos. En niños con enfermedad avanzada aparece como una de las principales causas de disconfort.

Presentar nuestra experiencia en la elaboración, revisión e implementación de una Guía de Práctica Clínica para el manejo del dolor en niños con enfermedades onco-hematológicas.

Se realizó la elaboración de una guía de práctica clínica por la Comisión del Dolor de nuestro centro. Es una comisión multidisciplinar, con participación de facultativos de distintas especialidades y profesionales de enfermería de distintos ámbitos asistenciales.

Para elaborar la guía se designó un grupo de trabajo, formado por los miembros de la comisión más relacionados con el ámbito pediátrico. Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática a través de Pubmed, Colaboración Cochrane y la base de guías de la National Guideline Clearinghouse. Sobre la bibliografía encontrada se seleccionaron las publicaciones con mejor nivel de evidencia según el modelo específico de nuestro centro, basado en el modelo escocés.

La guía incluye recomendaciones generales para el manejo del dolor, herramientas de evaluación de la intensidad del dolor para las distintas edades, pautas y combinaciones de analgésicos para niveles de dolor leve, moderado, intenso e insoportable y un resumen en forma de algoritmo. Se establecieron indicadores para medir el impacto de la implementación de la guía.

Se añadieron anexos con las indicaciones de utilización de las herramientas de evaluación de intensidad del dolor, así como un anexo con la información sobre los distintos fármacos, opiáceos y no opiáceos con tablas de dosificación, recomendaciones sobre la titulación y la retirada de fármacos, interacciones farmacológicas, efectos secundarios y su manejo. También se incluyó información sobre fármacos coadyuvantes. En otros anexos se revisaron las posibles medidas no farmacológicas para control del dolor y los ajustes necesarios de los fármacos en situaciones especiales.

Se revisó el borrador por la Comisión de Dolor. Posteriormente se sometió a una revisión interna por el Grupo de despliegue de guías de nuestro centro. Se sometió a una revisión externa por un organismo independiente que aplicó el instrumento AGREE, con resultado de Guía muy recomendable.

La difusión de la guía se realizó en formato electrónico a través de la página web del centro y se realizaron sesiones de presentación en el ámbito del área pediátrica.

la elaboración de una guía de práctica clínica para el manejo del dolor oncológico en pacientes pediátricos es una herramienta que ayuda a sistematizar y unificar la evaluación y el tratamiento de este problema.

AUTORES: GROS SUBÍAS, LUIS¹; OLIVERAS ARENAS, M²; AGUILERA MARTIN, C³; SALICRU RIERA, S⁴; MUÑOZ ALCAIDE, C⁵; RIBERA CANUDAS, MV⁶.

CENTRO DE TRABAJO: SERVICIO ONCOLOGÍA HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA. COMISIÓN DEL DOLOR. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON.¹; SERVICIO DE FARMACIA. COMISIÓN DEL DOLOR. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON²; SERVICIO DE FARMACOLOGÍA. COMISIÓN DEL DOLOR. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON³; SERVICIO DE GINECOLOGÍA. COMISIÓN DEL DOLOR. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON⁴; SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA. COMISIÓN DEL DOLOR. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON⁵; SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA. COMISIÓN DEL DOLOR. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON⁶.



ID: 192

TÍTULO: ALERGIA MEDICAMENTOS IMPORTANCIA DE LOS EXCIPIENTES EN LA PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA

RESUMEN:

La alergia a los medicamentos es un factor relevante para garantizar el Uso Seguro de la Medicación. Puede ser que no se deba sólo al principio activo del medicamento, sino en algunos casos son los excipientes los responsables de producirla. Los excipientes son componentes del medicamento que se utilizan para incorporar el principio activo y poder formular la forma farmacéutica, no tienen actividad terapéutica. Se utilizan como disgregantes, saborizantes, reguladores de pH, lubricantes. Deben constar en la ficha técnica del medicamento, prospecto, y en etiquetaje. Los excipientes de declaración obligatoria están definidos.

Registrar y verificar los excipientes de todas las Especialidades Farmacéuticas que hay en el Servicio de Farmacia, para evitar problemas de intolerancia y/o alergia a los medicamentos al prescribir la medicación para los pacientes.

Se desarrolla en un hospital de 300 camas con prescripción electrónica informatizada. Para ello, se elabora un listado de todas las Especialidades Farmacéuticas que dispone el Servicio de Farmacia, y se anotan los excipientes de todos los medicamentos que aparecen en el etiquetaje y ficha técnica. Mediante el programa informático que se utiliza en el hospital, se accede a la ficha de cada medicamento, hay un campo definido donde se pueden registrar todos los excipientes y queda en la ficha de cada producto. El facultativo al prescribir el fármaco, puede comprobar los excipientes de cada medicamento, y tener/dar información al paciente en el caso que hubiera una problema de alergia o intolerancia. En el caso de adquirir un mismo principio activo, pero de otro laboratorio, se debe verificar los excipientes de la nueva especialidad farmacéutica. En el reenvasado de fármacos también deben aparecer los excipientes.

El Servicio de Farmacia dispone de 1643 Especialidades Farmacéuticas, 414 especialidades que contienen excipientes (25,19%). Excipientes: lactosa, sacarosa, almidón patata, almidón trigo, PHB metilo, PHB propilo, carboximetilalmidón, manitol, benzoato sodio, aspartamo, tartacina, propilenglicol, sulfitos, sorbitol, amarillo anaranjado, isomaltosa, aceite de cacahuete. La lactosa (72,15%) excipiente mayoritario. El registro informático de los excipientes da información del fármaco que se prescribe. El personal facultativo y el personal de enfermería acceden a la documentación de la especialidad farmacéutica si tienen alguna duda de su composición. Buena aceptación. Se debe actualizar permanentemente los excipientes de los productos, importante con los cambios de proveedores/laboratorio.

AUTORES: BARONET JORDANA, GEMMA; SANMARTIN SUÑER, M; MARCOS PASCUA, P; NEVOT BLANC, M; MORLA CLAVERO, G; ALTIMIRAS RUIZ, J.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE CATALUNYA.



ID: 193

TÍTULO: PLAN DE LA DIRECCIÓN ASISTENCIAL CENTRO PARA MEJORAR LOS INDICADORES DE ENFERMERÍA DE SEIS CENTROS DE SALUD

RESUMEN:

Desde la Dirección Asistencial Centro se pone en marcha un plan para mejorar la efectividad en los indicadores de Enfermería del Contrato Programa 2015 (CPC) interviniendo en 9 Centros de Salud (CS). Se continúa el mismo plan para mejorar la efectividad en los indicadores de Enfermería del CPC 2016 interviniendo en 6 CS

Diseñar estrategias para mejorar la efectividad de estos indicadores y su posterior evaluación Estudio descriptivo trasversal. Ámbito de estudio: 6 CS de la DAC. Población a estudio: enfermeras de 6 CS, cumplimiento del pacto propuesto en el CPC de indicadores de enfermería. Período: 01/01/2016 – 31/12/2016. Indicadores analizados: Accesibilidad y Presión Asistencial: 6.01.08: % de población atendida; 2.06.84: presión asistencial total acumulada; Planes de Cuidados (PC): 5.04.47: personas con PC en la población atendida; 5.04.49: personas con PC en procesos específicos inmovilizados; 5.04.51: personas con PC en procesos específicos mayor frágil; Polimeditado y Seguridad: 5.05.05: Cobertura del Programa Atención Mayor Polimeditado; 5.05.06: revisión uso medicamentos a pacientes en Programa Atención Mayor Polimeditado; 6.05.38: pacientes inmovilizados encamados con prevención de úlceras por presión (UPP); 6.05.40: pacientes inmovilizados encamados con UPP; Resultados clave: 9.08.61: personas con resolución del PC por buena evolución.

Método: reuniones con las enfermeras de estos CS para análisis de causas de estos indicadores de junio a diciembre 2016 y plan de actuación con líneas de trabajo (formación, registro...)

RESULTADOS: En cierre CPC 2016, cumplen pacto el 61.67% de los indicadores totales analizados. Los resultados de los indicadores de PC han cumplido el pacto el 77,78%, en polimeditado 91.7% y en Resultados clave 16,7%.

CONCLUSIONES:

- Las líneas de trabajo definidas facilitan el cumplimiento de los objetivos.
- Las intervenciones realizadas permitieron mejorar los indicadores.
- Disponer de un sistema de información específico permite la monitorización de los indicadores.
- Se ha conseguido mejorar la satisfacción y reconocimiento de las enfermeras con el trabajo bien hecho

AUTORES: ANTON BARCA, CRISTINA; LOPEZ PALACIOS, S; GARCIA LOPEZ, M; SANCHEZ GARCIA, JM; MADERUELO ABEL, Y; ALEJO BRU, N.

CENTRO DE TRABAJO: DIRECCIÓN ASISTENCIAL CENTRO.



ID: 194

TÍTULO: ESTUDIO COMPARATIVO DE AUTOEVALUACIONES DE LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS DE LOS AÑOS 2007, 2011 Y 2015

RESUMEN:

En mayo de 2007 la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud en colaboración con el ISMP-España publicó el "Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales", una adaptación del Medication Safety Self-Assessment (MSSA), diseñado por el Institute for Safe Medication Practices (ISMP) en EE.UU. En mayo de 2008 se publicaron los datos del primer estudio nacional basado en dicho cuestionario en el que participaron parte de los servicios de farmacia hospitalaria españoles.

Conocer la implantación de prácticas seguras en la utilización de medicamentos en el hospital y su evolución a partir de la cumplimentación de cuestionarios de autoevaluación realizados los años 2007, 2011 y 2015.

Cumplimentación on-line del "Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales", los años 2007, 2011 y 2015. cuestionario está estructurado en 10 apartados o elementos clave : información sobre pacientes y medicamentos , comunicación de prescripciones e información sobre la medicación, etiquetado, envasado y nombre de los medicamentos, almacenamiento y distribución de medicamentos, adquisición, utilización y seguimiento de los dispositivos para la administración de medicamentos , factores del entorno, competencia y formación del personal , educación al paciente y programas de calidad y gestión de riesgos . Cada uno de estos apartados incluyen diversos criterios esenciales, hasta un total de 20.

La puntuación media del cuestionario completo ha sido del 42,84% en 2007, del 52,85% en 2011 y del 59,31% en 2015. En lo relativo a los elementos clave, las prácticas que obtienen mejores resultados son las referidas a la mejora en el acceso a la información en las prescripciones y de la medicación, con valores del 50,96% en 2007, 56,73% en 2011 y 80,77% en 2015. En el otro extremo, con los valores más bajos, la competencia y formación del personal en materia de seguridad (19,29%, 30 % y 37,86%) y el seguimiento de dispositivos para la administración de la medicación (48,96%, 32,61%, 36,96%).

Los criterios esenciales relativos a la competencia y la formación en seguridad de los profesionales (14 y 15) son los que presentan unos valores más bajos, por debajo del 25 % en los tres cuestionarios. La existencia de un sistema cerrado de Guía Farmacoterapéutica (67,19%), los métodos de comunicación de las prescripciones y la información relativa a la medicación de los pacientes (80,77%) y la estandarización de concentraciones y dosis de soluciones intravenosas (81,67% obtienen muy buenos resultados en el año 2015.

Todos los criterios han mejorado en mayor o menor grado lo que indica que las medidas adoptadas están siendo efectivas, aunque siguen existiendo áreas de mejora.

El cuestionario ha demostrado su utilidad para detectar las áreas y oportunidades de mejora, a partir de las cuales establecer programas de actuación.

AUTORES: PARÉS MARIMÓN, ROSA M; SALOM GARRIGUES, C; SÁNCHEZ FRESQUET, X; RETAMERO DELGADO, A; SERRAIS BENAVENTE, J; FERRÁNDEZ MARTÍ, D.

CENTRO DE TRABAJO: CONSORCI SANITARI DE L'ANOIA.

ID: 195

TÍTULO: CIRUGÍA EN EL CÁNCER DE OVARIO. EXPERIENCIA DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

RESUMEN:

El cáncer de ovario es una enfermedad sin métodos eficaces de cribado (su diagnóstico es tardío en aproximadamente el 75% de los casos). La pelvis junto con el abdomen forman una cavidad muy amplia sin separación, por lo que las enfermedades de una u otra van a afectar por contigüidad a los órganos existentes en ambas cavidades. Para poder realizar una cirugía oncológicamente correcta, el cirujano debe tener amplios conocimientos de la anatomía de las cavidades pélvica y abdominal y debe estar familiarizado con técnicas quirúrgicas de diversas especialidades (ginecológica, digestiva, urológica).

El objetivo de este estudio es revisar la experiencia y los resultados de un equipo quirúrgico multidisciplinar constituido en este centro por Especialistas en Ginecología y Especialistas en Cirugía General y Digestivo para el tratamiento del Cáncer de Ovario.

Se revisan de forma retrospectiva los casos de cáncer de ovario operados por el equipo multidisciplinar en nuestro centro desde Enero de 2013 a Abril de 2017.

Revisados un total de 42 casos. Media de edad: 60.78 años. En la ecografía ginecológica prequirúrgica objetivamos: GI-RADS 5 en 71.43% y GI-RADS 4 en 19.05%. Eran menopausicas el 78.57% y nuligestas el 21.43%. El cáncer de ovario fue unilateral en el 76.19% de los casos, bilateral en el 19,05% y peritoneal 1º sin afectación anexial en el 4.76%. Los marcadores tumorales estaban elevados en el 78.57%. Realizamos laparoscopia diagnóstica de estadiaje en el 66.67% de los casos. Y realizamos el diagnóstico por Radiología Intervencionista en el 21.43%. En cuanto a la Anatomía Patológica el 47.62% fueron seroso papilar de alto grado, el 19.05% fueron endometrioides y el 7.14% células claras.

Si analizamos los resultados por el estadio tumoral, podemos afirmar:

-Pacientes con estadio I: 30.95%. En el 100% de los casos se consiguió resección tumoral completa y en ningún caso se planteó quimioterapia neoadyuvante.

-Estadio II: 11.90%. En el 20% realizamos quimioterapia neoadyuvante como tratamiento primario. Se consiguió resección con residuo 0 en el 80%.

-Estadio III: 40.48%. Quimioterapia neoadyuvante en el 41.18%. Resección completa en 64.70%.

-Estadio IV: 16.67%. El tratamiento primario fue Quimioterapia Neoadyuvante en el 100% de los casos. Cirugía R0 en el 85.71%.

Si analizamos los datos en función del tratamiento primario realizado:

-Cirugía Primaria: 64.29%. Se logró una cirugía óptima con residuo 0 en el 85.18%. Sabiendo que los estadios tratados de esta forma se distribuían: 48.15% estadio I, 14.81% estadio II, 37.03% estadio III. Porcentaje de recidiva: 3.70%.

-Quimioterapia Neoadyuvante: 35.71%. Cirugía óptima R0 en el 73.33%. Estadios: 6.67% estadioll, 46.66% estadio III, 46.66% estadioIV. Recidiva 60%.

Conclusión: La radicalidad de la cirugía puede aumentar la supervivencia respecto a otros actos quirúrgicos, para ello es importante una buena planificación terapéutica y la realización de tratamiento por un equipo multidisciplinar.

AUTORES: CUESTA CUESTA, ANA BELÉN; DE MATÍAS MARTÍNEZ, M; NOGUERO MESEGUER, MR; BARTOLOMÉ SOTILLOS, S; ABREU GRIEGO, E; FERNÁNDEZ HUERTAS, R.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS.



ID: 196

TÍTULO: USO DE PROTOCOLOS DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PREVIAS A LA PRIMERA CONSULTA ESPECIALIZADA EN DERIVACIONES DESDE URGENCIAS

RESUMEN:

El aumento de la demanda asistencial supone un enorme reto. Para asegurar la sostenibilidad es preciso eliminar todo aquello que no aporta valor añadido al paciente y supone una sobrecarga para el sistema. Es necesario optimizar el proceso de atención a los pacientes que son derivados a consultas externas (CCEE) para maximizar el valor añadido para el paciente en cada visita, y una de las posibilidades es la realización de las pruebas complementarias (PPCC) necesarias para estudiar sus síntomas antes de dicha visita.

Medir el impacto de la realización de pruebas complementarias, protocolizadas según el motivo clínico, antes de la primera visita especializada en pacientes derivados desde urgencias

Se analizaron los principales motivos de derivación desde el servicio de Urgencias a las CCEE del resto de servicios, y en cuáles de ellos las peticiones a realizar por el especialista eran claras. Se establecieron entonces protocolos para realizar dichas PPCC antes de la primera visita a la consulta de especializada y se crearon accesos directos para facilitar su petición informática

Se analizaron los resultados de 2016, y se compararon con los previos de 2015, antes de instaurar los protocolos. En 2016 se realizaron un total de 2086 derivaciones a CCEE desde Urgencias, de las cuáles 1494 (72%) se realizaron a servicios en los que había desarrollado algún protocolo. De ellas, 755 (51%) estaban incluidas dentro de algunos de los motivos de consulta protocolizados y se solicitaron las pertinentes PPCC. Los servicios a los que se realizaron más derivaciones protocolizadas fueron Urología, Cardiología, Digestivo y Neurología.

Tras la implantación de los protocolos se consiguió que el 72% de los pacientes a los que se les habían solicitado las PPCC previamente fuesen dados de alta en la primera consulta de especializada. Previamente a la implantación de los protocolos esta cifra era del 7.6%. Los resultados más bajos se produjeron en Digestivo, Neumología y Urología, con tasas de alta en torno al 50-60%, mientras que en Cardiología, Neurología y Cirugía General se obtuvieron tasas superiores al 80%.

Se analizó también el número de pruebas diagnósticas realizadas a los pacientes antes y después de comenzar a usarse los protocolos y se observó un ligero aumento (entre 3 y 10 % según la prueba diagnóstica) tras el inicio del uso de los protocolos, pero que resulta muy inferior al número de visitas médicas evitadas.

CONCLUSIÓN: La elaboración consensuada de protocolos para la realización de pruebas complementarias según el motivo de la derivación desde Urgencias a consultas de especializada permite disminuir el número de visitas médicas y supone una medida de eficiencia.

AUTORES: MARTIN RODRIGUEZ, LUIS MARIA; MINGUITO PARRA, C; SANCHEZ MENAM, M; JIMENEZ RODRIGUEZ, A.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA.



ID: 197

TÍTULO: UNA MIRADA DIFERENTE DE GESTIÓN. SISTEMA INTEGRAL DE ALINEACIÓN ESTRATÉGICA BASADO EN LA METODOLOGÍA BALANCED SCORECARD.

RESUMEN:

El Institut Català de la Salut (ICS) aprueba en el año 2016 el Plan de Acción 2016-2017. Para realizar el despliegue y seguimiento del mismo, se plantea la necesidad de alinear el Plan de Acción de cada Gerencia Territorial con el Plan de Acción Global del ICS mediante un sistema integrado. En este contexto se implanta la aplicación Balanced ICScore (BICSCORE), desarrollada por un equipo del ICS a través de la metodología Balanced Scorecard (BSC).

BICSCORE permite establecer el marco conceptual a partir del cual la estrategia de la organización se despliega en un MAPA ESTRATÉGICO con LÍNEAS, OBJETIVOS, ACCIONES e INDICADORES, lo que permite evaluar el grado de consecución del Plan, detectando desviaciones producidas y estableciendo planes de mejora.

ALINEAR LAS ESTRATEGIAS TERRITORIALES DEL ICS CON LA FORMULACIÓN REALIZADA DESDE LA CORPORACIÓN.

Objetivos específicos:

- Promover la contribución de cada Gerencia Territorial a la estrategia ICS.
- Desplegar la estrategia en todas en todas las Gerencias Territoriales del ICS.
- Establecer un proceso de mejora continua para la consecución de los objetivos. Calidad en la gestión.
- Fomentar una metodología de formulación, despliegue y evaluación común.

Se establece el marco referencial del proyecto a partir del PLAN DE SALUT DE LA GENERALITAT DE CATALUÑA y el PLAN ESTRATÉGICO DEL ICS. Éste último comprende 10

Líneas Estratégicas desarrolladas a partir de la misión, visión y valores de la Corporación.

DESPLIEGUE DEL PROYECTO:

1. Se crea un órgano de definición del despliegue del Plan de Acción con la formación de un 'grupo experto' y participación de miembros del equipo de trabajo en Comités de

Dirección del ICS periódicos. Se crea el documento SISTEMA INTEGRAL DE ALINEACIÓN ESTRATÉGICA BALANCED ICScore.

2. Se Establece el modelo de despliegue en toda la Corporación:

- Definición de las necesidades formativas en la aplicación BICSCORE y recursos a emplear. Definición del perfil de los profesionales que intervendrán.
- Primera sesión de formación en la herramienta a los responsables de la parte operativa. Acceso en entorno de pruebas. Elaboración del documento de TERMINOLOGÍA.
- Realización de una segunda sesión para el uso de la aplicación por los profesionales, en entorno de producción.
- Información del proyecto en el Comité de Dirección de cada Gerencia Territorial.
- Establecer la herramienta de seguimiento y evaluación del Plan Estratégico a nivel corporativo y territorial: Mostrar el MAPA ESTRATÉGICO periódicamente en el Comité de Dirección con los resultados para su evaluación.
- Realizar este proyecto en un entorno participativo y de colaboración.

Los resultados preliminares del proyecto comenzado el 1/6/2016 son de una gran participación e implicación por parte de todos los profesionales. Actualmente disponemos del Mapa Estratégico de la Corporación presentado en el Comité de Dirección del ICS para su seguimiento.

AUTORES: RODRÍGUEZ CALA, ANA¹; MATAMOROS ALONSO, Y²; IGLESIAS GARCÍA, F³; NIETO GARCÍA, I⁴; DURÁN GARCÍA, N⁵.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT¹; INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT²; INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT³; INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT⁴; INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA⁵.



ID: 198

TÍTULO: METODOLOGÍA LEAN HELTHCARE: APLICACIÓN PARA LA MEJORA DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN Y ALTA HOSPITALARIA

RESUMEN:

La metodología Lean fue implantada en nuestra organización en 2009 para la evaluación y mejora de la calidad y eficiencia de sus procesos. Fue la primera organización sanitaria en nuestro país en integrar esta metodología innovadora y ha sido reconocida desde entonces por instituciones de prestigio. Desde entonces se han desarrollado numerosas experiencias y está integrada en el sistema de gestión de la calidad de nuestros procesos.

La planificación del alta hospitalaria es un proceso complejo que tiene un alto impacto en la calidad de la asistencia y en el funcionamiento global del hospital.

Analizar el flujo de valor del proceso de planificación del alta hospitalaria con el fin de realizar un diagnóstico que identifique las ineficiencias y los problemas que impactan en la calidad de la asistencia, para implantar un plan de mejora. Los objetivos principales fueron aumentar las altas antes de las 12 horas y garantizar los estándares de continuidad asistencial.

.El proyecto de mejora se realiza a través de un equipo multidisciplinar integrado por profesionales del propio proceso

.La metodología Lean utilizada fue el VSM (Value Stream Mape), es decir un mapa del flujo de valor para describir las fases/actividades relevantes y secuenciales del proceso del alta (Fase 1), que permitiera después realizar el diagnóstico de campo (Fase2) mediante observación directa de los tiempos de valor/no valor añadido, cumplimiento de los estándares y la identificación de las causas de pérdida de eficiencia y calidad/seguridad.

.El análisis de los resultados (Fase 3) dio a conocer los problemas prioritarios en este proceso, definiéndose un Plan de acción a desarrollar

.Finalmente se lleva a cabo una fase de seguimiento directivo del Plan de acción (Fase 4)

RESULTADOS: .Se analizaron los flujos de proceso e información de 96 altas y los principales problemas detectados fueron: a) defectos de planificación del alta que provocan demoras en el alta efectiva b) pérdida de tiempo de valor añadido en el proceso de preparación del alta, y c) pérdidas de valor por no calidad/seguridad durante el proceso.

.Se planificaron 20 acciones de mejora 2016-2017 para mejorar el flujo de todo el proceso con un impacto positivo: a) mejora del cumplimiento de la planificación previa en un 19,2% y b) incremento del 8,5% de las altas antes de las 12 horas con un impacto positivo sobre las demoras de ingresos desde urgencias y desde quirófano.

CONCLUSIONES:

.La potencia de la metodología estriba principalmente en el análisis conjunto de eficiencia y calidad del proceso, en la implicación de los profesionales en el propio diagnóstico e identificación de las mejoras, y en la observación directa para llegar a un diagnóstico real de los problemas.

.Permite mejorar la calidad del proceso identificando los principales problemas que afectan a la asistencia directa al paciente, y adecuándolo a las necesidades de éste.

AUTORES: MARTINEZ ARCE, MARIA JESUS¹; MADRID VIAMONTE, P²; LLUCH TARGARONA, MM³; VALENZUELA LOPEZ, L⁴; FERRER RUSCALLEDA, L⁵; BELTRAN BARTES, B⁶.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DOS DE MAIG.CONSORCI SANITARI INTEGRAL¹; HOSPITAL DOS DE MAIG²; HOSPITAL DOS DE MAIG³; HOSPITAL DOS DE MAIG⁴; HOSPITAL DOS DE MAIG⁵; HOSPITAL DOS DE MAIG⁶.



ID: 199

TÍTULO: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PROFESIONALES EN UN ÁREA DE SALUD EN 2016

RESUMEN:

La voz de las personas es un elemento imprescindible en el marco de la Gestión Sanitaria acorde al modelo EFQM, siendo las encuestas de satisfacción de los trabajadores una herramienta poderosa para conocer sus opiniones y demandas. Los resultados de tales estudios permiten definir y monitorizar el clima laboral de la organización y, sobre todo, contribuyen a movilizar al Equipo Directivo hacia la identificación de problemas y puntos débiles del sistema susceptibles de resolverse con la adopción de medidas apropiadas.

Medir la percepción que las personas tienen de la organización y su funcionamiento, y más concretamente de su situación en el puesto de trabajo, para cuantificar el grado de satisfacción o insatisfacción que les genera.

En el segundo semestre de 2016 la Unidad de Calidad procede al diseño, validación, pilotaje y posterior difusión de una encuesta de opinión abierta, confidencial y anónima, dirigida a los empleados del Área de Salud, tanto de Atención Primaria como Hospitalaria. En ella se analizan aspectos como la percepción de la comunicación interna y organización del trabajo, relación con los compañeros, condiciones ambientales, formación, implicación en la mejora, motivación y reconocimiento. La primera parte de la encuesta consta de 41 preguntas sobre los aspectos considerados, la segunda recoge comentarios y sugerencias por escrito de cuantos deseen ser más explícitos en sus respuestas, y en la sección final se hace constar las características generales del trabajador (sexo, edad, situación laboral, centro y área de trabajo, grupo ocupacional, tiempo de servicios, etc.).

Tras 4 meses de campaña, se obtienen 152 encuestas adecuadamente cumplimentadas, de los 1.061 posibles destinatarios (contesta el 14.3 % de los trabajadores del Área), con una proporción similar de respuestas entre médicos y personal sanitario no facultativo.

Entre los resultados más relevantes destaca la percepción significativamente más crítica de los profesionales del hospital con respecto a los de Atención Primaria, en todos los ítems excepto 4 en los cuales hay coincidencias de opiniones: adecuación de herramientas informáticas, utilidad del Plan de Formación, oportunidad de desarrollo profesional y relevancia de la mejora de la Calidad en la Unidad/Equipo de trabajo. Los aspectos peor valorados han sido el reparto de cargas, información sobre el desempeño, comprensión de la política institucional, oportunidades de formación, reconocimiento y comunicación.

En los últimos meses se han puesto en marcha acciones de mejora dirigidas a corregir algunos de los aspectos deficitarios señalados por los encuestados, habiendo sido especialmente útiles algunas sugerencias incluidas en campo libre. En cualquier caso, al constatar que su opinión es tenida en cuenta, el personal sanitario encuestado ha mostrado una mayor satisfacción personal y profesional con su trabajo, lo que es esperable se traduzca también en una atención al paciente de mejor calidad.

AUTORES: CONTESSOTTO SPADETTO, CLAUDIO; MUÑOZ SÁNCHEZ, M; SUBIELA GARCÍA, JA; JIMÉNEZ ANTÓN, MM; ABELLÓN RUIZ, J.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR.



ID: 200

TÍTULO: EVOLUCIÓN DEL CLIMA Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ENTRE LOS PROFESIONALES DE URGENCIAS A LO LARGO DEL TIEMPO.

RESUMEN:

La cultura de seguridad del paciente (SP) de los profesionales de una organización, es un elemento fundamental en las prácticas encaminadas a mejorar la calidad (CA). Además, su evaluación es un objetivo específico dentro de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud para el período 2015-2020.

Determinar el impacto que diversas estrategias dirigidas a mejorar la CA y la seguridad clínica (SC) en un Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH), han tenido sobre el clima y la cultura de SP entre sus profesionales.

Estudio comparativo mediante la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) adaptada al castellano por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en colaboración con la Universidad de Murcia. La encuesta se distribuyó en tres momentos: noviembre 2009, noviembre de 2012 y diciembre de 2015. La encuesta informa sobre la percepción en 12 dimensiones. El análisis se ha realizado según la metodología AHRQ: RESPUESTAS POSITIVAS (porcentaje de respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo y respuestas negativas a preguntas en negativo) y RESPUESTAS NEGATIVAS (respuestas negativas a preguntas en positivo y respuestas positivas a preguntas en negativo) que se han traducido a porcentajes por cada pregunta, teniendo en cuenta el número total de respuestas para cada pregunta. Se han establecido los porcentajes de respuestas positivas y negativas para las 12 dimensiones que se configuran mediante la agrupación (sumatorio) de todas las preguntas que configuran una dimensión. Se definió FORTALEZA aquella dimensión con más de un 75% de respuestas positivas y DEBILIDAD (o posibilidad de mejora) aquella con más de un 50% de respuestas negativas. Para las comparaciones se han utilizado prueba de Ji cuadrado o F de Fisher.

Resultados: Se han realizado un total de 571 encuestas. Las características de los profesionales encuestados son comparables socio-profesionalmente. Todas las dimensiones han aumentado en respuestas positivas, significativamente. "Trabajo en equipo en la unidad" casi consigue la definición de fortaleza (68.9%, 66.8%, 69.5%). "Percepción global de seguridad" deja de ser una debilidad (55.7%, 44.1% y 32%, $p < 0,0001$). "Dotación de personal" (53%, 56.8% y 63%), es debilidad en los tres periodos. La calificación global de seguridad mejoró (4.9 +/- 0.13 vs 6.2 +/- 0.12 vs 6.5 +/- 0.16, $p < 0,0001$). El 50% de profesionales puntuaron el nivel de seguridad por encima de 5.5 en 2009, de 7.5 en 2012 y 8 en 2015, en el análisis por percentiles.

Conclusiones: La puesta en marcha de estrategias, tanto asistenciales como formativas, encaminadas a la mejora de la Calidad Asistencial y de la Seguridad Clínica de una organización, tiene un impacto positivo en el clima y cultura de seguridad del paciente entre sus profesionales.

AUTORES: JIMÉNEZ HERNÁNDEZ, SÒNIA; ANTOLÍN SANTALIESTRA, A; URÍA ÁLVAREZ, E; GARCÍA GRACIAN, E; GAYTAN SANSA, JM; SÁNCHEZ SÁNCHEZ, M.

CENTRO DE TRABAJO: ÁREA DE URGENCIAS. HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA.



ID: 201

TÍTULO: EVOLUCIÓN Y MEJORA EN LA CALIDAD DE LAS DONACIONES DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL EN UN HOSPITAL

RESUMEN:

La sangre de cordón umbilical (SCU) normalmente era desechada tras el nacimiento del recién nacido pero desde que se abrió la posibilidad de su empleo para trasplantes, comenzaron a guardarse las unidades y así fueron creándose los bancos de SCU. El Banco Público de SCU (BSCU) andaluz ocupa el primer puesto nacional y tercero a nivel mundial en unidades almacenadas. Hospital Quirónsalud Málaga colabora desde su apertura con este banco. Los últimos años, el número de muestras aportadas ha experimentado un gran crecimiento. Este crecimiento no ha sido sólo en número, la calidad de las muestras ha crecido debido a la eficiencia mostrada por el personal del centro en el uso adecuado en las técnicas de recogida.

Mostrar la evolución de las donaciones de SCU (DSCU) en nuestro hospital durante los últimos años.

Estudio descriptivo de carácter retrospectivo que valora el periodo 2012-2016. Analizamos las distintas muestras de SCU enviadas y procesadas por el BSCU en estos años. Resultados: En nuestro primer año de estudio, 2012, nuestro centro aportó al BSCU 156 muestras, de las que se procesaron 38 (24,35%). En 2013, 331, procesando 99 (29,90%). En 2014, 575 muestras, procesando 190 (33%). En 2015, 546 procesando 154 (28,20%), y en 2016, 564 muestras, procesando 157 (28,75%). Entre los motivos para no procesar las muestras encontramos muestras contaminadas, con coágulos o con poco volumen.

El número de DSCU creció de manera considerada en 2013 y 2014, manteniéndose esos niveles durante 2015 y 2016. Esto fue debido a: aumento del número de partos, formación externa por parte del BSCU, y medidas de mejora implementadas. Entre esas medidas se encuentran: la implicación y sensibilización de los profesionales; la formación continuada; la valoración diaria de DSCU realizadas, comprobando que las donaciones no realizadas cumplen los criterios de exclusión; y la realización de una evaluación anual de los resultados obtenidos generando acciones de mejoras. El número de DSCU ha sido similar entre 2014, 2015 y 2016, sin embargo el % de muestras procesadas se ha visto disminuido. Esta situación puede darse por el aumento del volumen límite aceptado de las muestras que fijó El BSCU. Debido a la frecuencia de envío de muestras por parte de nuestro Hospital se acordó que era preferible enviar las muestras con bajo volumen porque pueden contener una gran celularidad, siendo aprovechables. Consecuentemente aumentaron las muestras no procesadas por bajo volumen, bajando los casos de contaminación y muestras con coágulos. Nuestro hospital se coloca en 2016 como el centro que aporta mayor número de muestras al BSCU. Además colaboramos en que el BSCU renovara la acreditación FATC NetCord. La implementación de medidas de mejora, evaluación y gestión de la calidad nos ha permitido posicionarnos como un centro de referencia en DSCU. Esto se consigue gracias a la concienciación, constancia y esfuerzo del personal en aumentar, mejorar y conseguir la eficiencia en las DSCU.

AUTORES: MÁRQUEZ SALAS, NOEMÍ; MORENO BARRIENTOS, M; OLIVA GARCÍA, JJ; POLITE DELFA, S.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL QUIRÓNSALUD MÁLAGA.



ID: 202

TÍTULO: ADECUACIÓN Y MEJORA DE LA EFICIENCIA DE LOS BOTIQUINES DE MEDICACIÓN DE LAS UNIDADES CLÍNICAS HOSPITALARIAS

RESUMEN:

La gestión de los botiquines de las unidades clínicas de un complejo hospitalario es difícil y posee una elevada variabilidad. Se detectó la necesidad de estandarizar los aspectos relativos a la conservación de medicamentos en un protocolo institucional y diseñar una herramienta informática para facilitar el registro y control de las caducidades, y la verificación de las condiciones de los botiquines mediante la inclusión de un listado de verificación (LV) informatizado. Este LV contemplaba: condiciones generales del botiquín, orden e identificación de medicamentos, conservación de medicamentos termolábiles y estupefacientes.

Analizar los resultados de la implantación de la herramienta informática de conservación de medicamentos en las unidades clínicas y detectar ineficiencias por caducidad. Conocer el grado de adecuación a las condiciones deseables de los botiquines mediante un LV.

Se revisaron los datos de medicamentos y sus caducidades registrados en la aplicación Conservación de Medicamentos entre noviembre 2015 y febrero 2017. Estos datos se recogían cuatrimestralmente. Se contabilizaron las unidades clínicas que habían iniciado la revisión del botiquín, las que había finalizado su revisión y las especialidades farmacéuticas que se habían desechado por caducidad en las revisiones. Se cuantificaron las unidades que habían realizado el LV y sus resultados.

Control de caducidades: de los 180 botiquines existentes, las unidades que iniciaron la revisión, ascendieron del 9% (1º cuatrimestre: 16/180) al 90% (4º cuatrimestre: 162/180). Aumentó el registro completo de la revisión del 0,55% (1º cuatrimestre: 1/180) al 60,55% (4º cuatrimestre: 118/180). Se registró un 1,9% de especialidades caducadas (831/43.790); pasando del 5,5% (1º cuatrimestre: 112/2040), al 2,3% (4º cuatrimestre: 404/17.558). En cuanto al LV, fue cumplimentado desde el 0,55% unidades (1º cuatrimestre), hasta el 31,11% en el 4º cuatrimestre. El porcentaje de ítems correctos pasó del 72% al 87%. Se quedaron sin cumplimentar el 23% de LV (1º cuatrimestre), frente al 5% (4º cuatrimestre). El 93% de los ítems estuvieron correctos en las "condiciones generales del botiquín". Del 7% restante, la causa principal fue la presencia de "artículos no farmacéuticos en almacén y frigorífico" (47%). La "ordenación e identificación de medicamentos y sueros" fue correcta en el 85% de los botiquines analizados. Del 15% restante, el 26% de las respuestas incorrectas fue por existencia de "medicamentos no suministrados por el Servicio de Farmacia". El 56% de los botiquines tenían correcto el control de "medicamentos termolábiles", y el 73% de los incorrectos fue debido a una falta de cumplimentación del registro de temperaturas máximas y mínimas. Todos los ítems relativos al control de estupefacientes fueron correctos en el 68% de los casos. Por tanto, la herramienta contribuye a la gestión eficiente de los botiquines y a la adecuación de las condiciones de conservación de los medicamentos.

AUTORES: MORO AGUD, MARTA; ROMERO MONTERO, C; GONZÁLEZ SÁNCHEZ, L; FERNÁNDEZ CUERVO, P; MOLINA CABEZUELO, M; HERRERO AMBROSIO, A.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ.



ID: 203

TÍTULO: ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL BINOMIO MADRE-HIJO: CONTACTO PIEL CON PIEL EN CESAREAS

RESUMEN:

Nuestro hospital obtuvo en Junio 2007 la acreditación de 'Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia '(IHAN), desde entonces se ha producido un cambio progresivo en las rutinas de nuestro trabajo sobre la asistencia madre-hijo, que ha supuesto una mejora en la calidad asistencial en este binomio. El CPP inmediato en el quirófano, no es una práctica habitual, por lo que el primer contacto con su madre se produce unas 2 horas después del nacimiento. En el año 2008 el CPP en las cesáreas se inicia con el padre, pero según los estudios realizados hasta ahora, las madres cuyo parto ha sido mediante cesárea refieren vivir esta situación de una forma violenta, debido a la separación durante un tiempo de su hijo. Los profesionales de este hospital, a través del comité de Lactancia Materna y motivados por intentar mejorar la calidad asistencial en esta ámbito, nos planteamos iniciar en el año 2014 en CPP en las cesáreas, para luego continuarlo en la sala de reanimación iniciando así la lactancia materna en todas aquellas madres que lo desearan. Esta práctica favorece el inicio de la lactancia materna así como su mantenimiento posterior, aportando al RN múltiples beneficios como mejorar la regulación metabólica y la temperatura, menos llanto y una conducta afectiva satisfactoria. También hay beneficios físicos para la madre, destacando la prevención de la atonía uterina ya que el contacto del RN desencadena en la madre un reflejo vagal que aumenta la secreción de oxitocina provocando una mejor involución uterina, disminución de la hemorragia postparto y una mejoría de la anemia puerperal.

-Garantizar el CPP con las madres que lo deseen, durante la cesárea, debido a los beneficios físicos y emocionales que esta práctica proporciona tanto a la madre como al RN.

-Mejorar el estado psicológico de la mujer.

-Brindar apoyo en el inicio de la

Para llevar a cabo esta práctica, el comité de Lactancia Materna, se realizaron las siguientes medidas:

-Elaboración del Protocolo para la realización de CPP en cesáreas programadas y/o no urgentes en el hospital.

-Realización de una consulta de información prenatal. Se trata de un encuentro semanal donde acuden las embarazadas entre la 30-34 semanas de gestación. En ella se tratan todos los aspectos relacionados con el parto, explicando la posibilidad de hacer CPP con su bebé en el caso de producirse una cesárea o esta sea programada.

-Cumplimentación de un registro en el que se anotan los nacimientos por cesárea que realizan el CPP con la madre y la causa por la que no.

En el año 2014 comenzamos a realizar el CPP con las madres en cesáreas, dando el resultado del 44,34%. En el año 2015 del 67% con la madre y 27% con el padre. En el año 2016 se amplía a las cesáreas urgentes llegando al 75%, esto supone un incremento a nivel global del 92%. Esto se traduce en una mejora en la calidad asistencial.

AUTORES: OCHOA GUTIERREZ, M^a SOLEDAD; ANDINO PALACIOS, A; LAVIN MAZA, M; DIAZ SETIEN, AN; BARCENILLA DOMINGO, MJ; JORDA LOPE, A.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL COMARCAL LAREDO.

ID: 204

TÍTULO: ¿ES REALMENTE NECESARIA LA BIOÉTICA EN LA FORMACIÓN CURRICULAR DEL RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA?

RESUMEN:

Dada la importancia de la relación intrínseca entre acto médico y ética, ésta debería ser el eje donde se articulara toda la formación médica del residente de Medicina de Familia. De este modo, la bioética se convierte en la dinamizadora del desarrollo profesional continuado y éste a su vez lo es de la calidad asistencial. Desde este planteamiento integrador, se realizó un curso sobre bioética dirigido a los residentes de tercer año.

1. Educar en valores y modificar actitudes, incorporando los principios básicos de la bioética, no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia, en la toma de decisiones para lograr alcanzar una praxis asistencial de excelencia.
2. Desarrollar habilidades necesarias para la argumentación y la toma de decisiones racionales delante de conflictos éticos.

Estudio descriptivo transversal con médicos residentes de tercer año. La formación se impartió durante dos días. Se realizaron dos encuestas, una previa a la formación y otra al finalizar la misma. Se realizaron tres bloques de preguntas: en el primero se recogían datos generales, en un segundo bloque las preguntas giraban sobre principios de la bioética, consentimiento informado y documento de voluntades anticipadas, y en un tercer apartado, se preguntaba sobre temas de confidencialidad. Se introdujo una pregunta final, donde se debía responder si creía que la formación en bioética repercute favorablemente en la atención a los pacientes.

De los 16 participantes en el cuestionario, 11 eran residentes de tercer año y 5 de de 2º año, 9 eran mujeres y 7 hombres; todos excepto uno habían recibido formación bioética en pregrado. Se debe resaltar que en el ítem "un curso de bioética no es imprescindible para mi formación" 11 están en total desacuerdo y desacuerdo, 3 ni de acuerdo ni desacuerdo, 2 están de acuerdo. En el pos test se observa un pequeño incremento a 15 residentes que están totalmente en desacuerdo y en desacuerdo; 1 que responde ni de acuerdo ni desacuerdo, 1 residente que no contesta y uno que manifiesta estar totalmente de acuerdo.

Como era esperable, la formación incrementó las respuestas en temas de conocimiento sobre la bioética. Destacar que para tres residentes la bioética es una materia prescindible en el curriculum formativo de la especialidad. Dado que el desarrollo profesional, la bioética y la calidad forman una tríada inseparable, es necesario que las Unidades Docentes y los tutores de medicina familiar y comunitaria formen en valores éticos puesto que es el reto más importante de cualquier profesional sanitario. Llegar a lo íntimo de la formación moral del residente y poder ayudarle a incorporar y mejorar los valores éticos que ya tiene y los que va a ir adquiriendo a lo largo de su carrera constituye uno de los grandes objetivos formativos.

AUTORES: PÉREZ-GARCÍA, ROSARIO¹; GUARDIOLA HOSPITAL, I²; CORRAL RUIZ, B³; HERNÁNDEZ VIDAL, N⁴.

CENTRO DE TRABAJO: CAR SALOU¹; ABS VALLS-URBÀ²; ASSESSORIA JURÍDICA GERÈNCIA TERRITORIAL CAMP TARRAGONA³; CAR SALOU⁴.



ID: 205

TÍTULO: PLAN DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL SEVERA O GRAVE

RESUMEN:

En 2016 los Hospitales Universitarios de Torrevieja y Vinalopó (Alicante) y el Hospital Universitario La Ribera (Valencia), gestionados por Ribera Salud, establecieron como línea estratégica en su orientación al paciente y compromiso con la ciudadanía, la atención a las personas con diversidad funcional.

1) Garantizar los conceptos de accesibilidad universal y diseño para todos, considerados como criterios de calidad de la asistencia sanitaria; 2) Minimizar el tiempo de espera entre la llegada del paciente al centro sanitario y el momento de la visita; 3) Acceder al interior de las consultas acompañados por el cuidador principal; 4) Adaptar agendas y citas para asegurar el tiempo mínimo necesario para la asistencia; 5) Establecer un programa de formación para los profesionales; 6) Mejorar la experiencia del usuario.

Se estableció un grupo de trabajo compuesto por profesionales clave con la participación de pacientes y familiares de personas con diversidad funcional. Se identificaron las principales necesidades para la mejora de la accesibilidad en los colectivos con diversidad funcional motora, auditiva, visual y cognitiva. Se identificaron los elementos necesarios para garantizar la accesibilidad y calidad asistencial en estos colectivos.

Los Hospitales Universitarios de Torrevieja, Vinalopó y La Ribera y los centros de salud de Crevillente, San Luis y Carlet son centros adaptados a personas con diversidad funcional severa o grave y cuentan con distintas prestaciones que garantizan la accesibilidad y mejora de la experiencia del usuario: acceso a los perros guía; videoconferencia con traductor en lenguaje de signos 24h; bucle magnético de amplificación de sonido y disminución del ruido ambiental en mostradores de admisión; puertas, sillones y camas adaptadas; ampliación del acceso preferente. Las personas con diversidad funcional presentan necesidades que sólo se podrán satisfacer si la atención que reciben se presta sin las restricciones que supone la ausencia de accesibilidad. La acogida del plan de atención a las personas con diversidad funcional severa o grave ha sido excelente entre los pacientes, familiares y profesionales

AUTORES: GIL COLLADOS, M^a CARMEN¹; LADIOS MARTÍN, M²; BURDEOS PALAU, E³; FOLCH MARÍN, B⁴.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VINALOPÓ¹; HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREVIEJA²; HOSPITAL UNIVERSITARIO LA RIBERA³; HOSPITAL UNIVERSITARIO LA RIBERA⁴.



ID: 206

TÍTULO: IMPLEMENTACION DE LA PLATAFORMA GENÓMICA ONCOTYPE DX® EN LA COMUNIDAD AUTONOMA

RESUMEN:

Tras la introducción de una nueva técnica en la Cartera de Servicios de la Comunidad Autónoma, se requiere el seguimiento de su implantación monitorizando su utilidad. En 2015 se aprobó la plataforma genómica Oncotype DX®, como una prueba diagnóstica que analiza 21 genes para predecir la probabilidad de beneficiarse del tratamiento quimioterápico y el riesgo de recurrencia a 10 años del cáncer de mama. Oncotype DX® es una prueba no agresiva y segura para el paciente, que se aplica en muestra tumoral conservada en parafina obtenida tras la intervención quirúrgica de cáncer de mama.

Aportar información actualizada que ayude a la toma de decisiones en los distintos niveles del Sistema Sanitario.

Analizar la influencia en la toma de decisiones terapéuticas, de la plataforma genómica Oncotype DX® en pacientes con cáncer de mama en la Comunidad Autónoma (CA), durante un año.

El protocolo de utilización del Oncotype DX® tiene como criterios de inclusión a pacientes si edad < 70 años, RE +(Allred >4) y Her2-, pT1b-2 N0-1mic. En pacientes premenopáusicas si, T > 1 cm y en el resto de casos si existía invasión angiovascular, Ki67 > 14% ó GN/GH III.

De Junio/2015 a Junio/2016 se incluyeron 173 casos procedentes de los 8 principales centros de la Comunidad Autónoma de la CA. Se recogió la decisión terapéutica previa a la realización de Oncotype DX® y se comparó con la terapéutica realizada tras el resultado del test.

Se analizaron 173 pacientes mujeres con edad media 55,37 años (32-72). Premenopáusicas: 62 (35,8%) y postmenopáusicas: 110 (63,6%). CDI: 147 casos (85%), otros tipos: 26 casos (15%). Tamaño Tumoral: pT1: 139 (80,3%), pT2: 34 (19,7%). Afectación ganglionar pN0: 126 (72,8%), pN1mic: 47 (27,2%). Distribución por grupos de Riesgo: riesgo bajo (RS< 18): 95(54,9%), riesgo intermedio (RS=18-30): 62(35,8%) y riesgo alto (RS>30): 16(9,2%). Decisión Pre-Test: HT en 60 casos (34,7%), QT-HT: 113 casos (65,3%). En 83 casos (48%) no se produjo un cambio en la decisión terapéutica global y sí la hubo en 90 casos (52%). De los casos inicialmente asignadas a QT-HT (n=113, 65,3%), se cambió a solo HT en 77 casos (44,5%). De las pacientes inicialmente asignadas a HT (n=60, 34,7%), se cambió a QT-HT en 13 casos (7,5%).

La plataforma Oncotype DX® constituye una herramienta útil en la toma de decisiones terapéuticas en pacientes con cáncer de mama en estadios iniciales.

En el programa implementado por la Comunidad Autónoma, en el primer año de utilización, se observa un cambio de decisión terapéutica en más de la mitad de las pacientes estudiadas.

AUTORES: MATARREDONA PAREJA, ANA MARÍA¹; CORBACHO MALO, MS²; MURILLO JASO, L³; LAO ROMERA, J⁴; CRUELLAS LAPEÑA, M⁵; PUERTOLAS HERNANDEZ, T⁶.

CENTRO DE TRABAJO: SERVICIO OFERTA ASISTENCIAL.DEPARTAMENTO DE SANIDAD ARAGON¹; SERVICIO OFERTA ASISTENCIAL. DEPARTAMENTO DE SANIDAD ARAGON²; HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESAS³; HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET⁴; HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESAS⁵; HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET⁶.

ID: 207

TÍTULO: THE TALENT GAME

RESUMEN:

Las organizaciones han comenzado a considerar el talento humano como un capital importante y su gestión como una de sus tareas decisivas.

Entendemos el talento como esos patrones invariables y recurrentes de pensamiento, sentimiento o comportamiento que determinan la capacidad y la tendencia para realizar determinadas actividades productivas.

Desde Recursos Humanos, saber detectar el talento interno y aprender a gestionarlo es básico.

Desarrollar un método para detectar el talento interno de los profesionales.

Estudio descriptivo transversal cuali-cuantitativo. Participantes: 9 profesionales con cargos de responsabilidad en diferentes instituciones sanitarias.

Se diseñaron 10 actividades participativas y juegos (on line y presenciales) donde los miembros del grupo habían de demostrar diferentes talentos. El período de duración de las actividades fue de 4 meses. Las técnicas utilizadas fueron:

- "Storytelling". Técnica conductora, que incrementó la motivación y la participación.
- Gamificación. Uso de juegos en los que los participantes se sometían a retos y actividades.
- 34 talentos Gallup. Sistema de identificación de talentos.
- Grabación de las actividades presenciales para su posterior análisis.

Se realizó una evaluación de talento a 360º (autopercepción, percepción de colaboradores i homólogos y detectados por el observador en las diferentes actividades). Los puntos coincidentes en los tres ámbitos se determinaron como los talentos o puntos fuertes de cada evaluado.

La descripción de cada evaluado se entregó, mediante un informe individualizado, a cada uno de ellos, con los puntos fuertes y áreas de mejora.

La población diana fueron 9 profesionales, con una edad media de 50,2 años.

Analizados los datos desde las diferentes perspectivas, los resultados demuestran:

- 1.- Una autopercepción inferior a la percepción de homólogos y colaboradores
- 2.- Una percepción observada en los juegos por debajo de las percepciones anteriores
- 3.- Determinamos como puntos fuertes los coincidentes para cada evaluado

Una vez entregados los informes individuales, los evaluados estuvieron de acuerdo con los resultados y se vieron reflejados en ellos:

- 1: Adaptabilidad, liderazgo, integración, relaciones, positiva, comunicación, desarrollador.
- 2: Liderazgo, prudencia, comunicación, relaciones
- 3: Liderazgo, creatividad, positiva, disciplina, hacedor
- 4: Liderazgo, comunicación, positiva, desarrollador, integración, capacidad de convicción
- 5: Adaptabilidad, integración, relacional
- 6: Analítica, adaptabilidad, coherencia, intelectual, hacedor
- 7: Hacedor, iniciativa, flexibilidad, relacional, creativa
- 8: Adaptabilidad, coherencia, focalización, integrador
- 9: Adaptabilidad, analítico, comunicación

Conclusión: La utilización de juegos en la detección de talentos, junto a la utilización de otras técnicas, permite, no sólo detectar el talento, sino que se podría aplicar a equipos, con el objetivo de cohesionar, mejorar su eficiencia y efectividad.

AUTORES: ALMAGRO LORCA, M. JESÚS¹; BRIANSO FLORENCIO, M.²; CAVALLE FERRÉ, MC³; AZNAR PANISELLO, R⁴; PIÑAS FORCADELL, M⁵; BOIX RICART, M⁶.

CENTRO DE TRABAJO: GESTIÓ INTEGRAL SANITÀRIA I ASSISTENCIAL, AIE¹; GESTIÓ INTEGRAL SANITÀRIA I ASSISTENCIAL, AIE²; HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN DE REUS³; CLÍNICA TERRES DE L'EBRE⁴; HOSPITAL COMARCAL D'AMPOSTA⁵; CENTRE MQ REUS⁶.



ID: 208

TÍTULO: ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LOS TRATAMIENTOS RADIOTERÁPICOS NO INICIADOS, PROLONGADOS Y NO FINALIZADOS EN UN SERVICIO

RESUMEN:

Diferentes estudios han demostrado un impacto negativo en el resultado terapéutico de pacientes con cáncer que alargan su tratamiento, siendo especialmente importante en determinados tipos de cáncer como son el cáncer de recto, de la esfera otorrino-laringológica, entre otros. También es importante conocer la adherencia de los tratamientos oncológicos y los motivos.

Estos tres factores (no inicio, no finalización y prolongación de tratamiento radioterápico) son importantes indicadores de calidad en un Servicio de Oncología Radioterápica.

Conocer los tratamientos no iniciados, no finalizados, así como los que se prolongan en el tiempo y sus motivos en nuestro Servicio de Oncología Radioterápica.

El Servicio de Oncología Radioterápica dispone de cuatro aceleradores lineales, un TC de simulación, una unidad de braquiterapia y una unidad de ortovoltaje. De las cuatro unidades disponibles tres de ellas son gemelas, esto significa que se pueden tratar los pacientes en cualquiera de las tres con total seguridad, una de ellas no es gemela.

Desde febrero de 2016 hasta febrero de 2017, se han tratado 1945 pacientes, se revisan todos aquellos que no inician, no finalizan su tratamiento o lo alargan y se recogen variables demográficas, dosimétricas y clínicas, como son el diagnóstico, causa de no inicio, causa de no finalización, en qué unidad de tratamiento se trata, los días de parada y el motivo de la parada de tratamiento.

25 pacientes (1,7%) no iniciaron el tratamiento, el 2,9% no lo finalizaron y 309 (15,9%) pacientes alargaron el tratamiento radioterápico previsto.

El diagnóstico más frecuente para no iniciar o no finalizar un tratamiento fueron pacientes metástasis óseas donde la intención del tratamiento era paliativo. Los motivos más frecuentes fueron exitus por progresión clínica de la enfermedad, toxicidad del tratamiento, negativa del paciente, entre otras causas.

En el caso del alargamiento la causa más frecuente fue por avería del acelerador que no es gemelo con los otros tres. La media de días de alargamiento de tratamiento es 1 o 2 días.

Los porcentajes de pacientes no iniciados (1,7%) y el de no finalizados (2,9%) son bajos, lo que refleja una buena selección de los pacientes. Las causas más frecuentes son por progresión clínica y exitus en pacientes paliativos. Los pacientes que alargan el tratamiento previsto es de 15,9%, éste valor es más significativo, aunque la media de días que alargan es de 1 o 2 y se compensa al final del tratamiento radioterápico añadiendo una sesión en los casos que lo requieren.

AUTORES: ARENAS PRAT, MERITXELL; GÓMEZ, M; CABRÉ, N; GÓMEZ, D; BUENO, MJ; ROS, O.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN DE REUS.



ID: 209

TÍTULO: EXPERIENCIA DE LA PARTICIPACIÓN DE PROFESIONALES EN EL PLAN ESTRATÉGICO DE LA GERENCIA TERRITORIAL METROPOLITANA SUR

RESUMEN:

La Gerencia Territorial Metropolitana Sur (GTMS) del Instituto Catalán de la Salud (ICS) ha elaborado el Plan estratégico 2016-2020. Para su operativización ha utilizado la metodología de la dirección estratégica, consistente en la elaboración y monitorización de planes de acción para cada objetivo estratégico y en todos los ámbitos del territorio (1 Hospital universitario terciario, 1 Hospital comarcal, 53 Equipos de Atención Primaria y 18 Unidades asistenciales).

Para ello, estableció un proceso participativo abierto a todos los profesionales estructurado en 2 fases: participación propositiva (formulario online y grupos de trabajo presenciales) y participación ejecutiva (task force por plan de acción). Una vez finalizada la primera fase, se planteó la necesidad de conocer la opinión de los profesionales participantes sobre su experiencia de participación en el desarrollo de la dirección estratégica de la GTMS.

- Conocer la opinión de los profesionales participantes sobre la metodología utilizada en los grupos de trabajo para la ordenación de las acciones del Plan estratégico de la GTMS.
- Conocer su percepción sobre el impacto de sus propuestas y opiniones en las decisiones estratégicas de la gerencia.

La fase de participación propositiva contempló dos modalidades:

- Participación on line: Abierta a todos los profesionales con el objetivo de facilitar la propuesta de planes de acción específicos por cada objetivo estratégico. En el formulario expresaban su voluntad de participar en los grupos de trabajo que valorarían dichas propuestas.
- Participación presencial: A través de grupos de trabajo en cada uno de los dispositivos asistenciales con el objetivo de puntuar y ordenar los planes de acción propuestos por los profesionales de su ámbito.

Al finalizar esta primera fase, se elaboró un cuestionario on line de satisfacción con preguntas cerradas y abiertas sobre la metodología empleada en las sesiones presenciales y sobre la percepción del impacto que sus propuestas y opiniones tendrían sobre las decisiones estratégicas de la dirección. Un grupo de profesionales internos y un experto externo valoraron la validez aparente. Por una circunstancia coyuntural de uno de los dispositivos, la encuesta sólo se distribuyó en el hospital terciario y en el ámbito de atención primaria.

De los 134 profesionales convocados a los grupos de trabajo, asistieron un total de 98 (73,13%), a los que se invitó a responder el cuestionario de satisfacción on line, obteniéndose 50 respuestas (51%). El 84% opinó que la metodología utilizada era adecuada o muy adecuada, mientras que un 28% consideró que el formato de puntuación era mejorable. Un 92% manifestó haberse sentido con total libertad para expresar sus opiniones y un 78% expresó su confianza en que sus opiniones tendrán un impacto real en las decisiones estratégicas de la dirección. En base a estos resultados, consideramos aceptada la metodología aunque con algunos ajustes de mejora de formato.

AUTORES: GRIFELL MARTIN, ENCARNA¹; FIGUEROLA BATISTA, M²; JOVER BLANCA, A³; OLIVERAS GIL, M⁴; CAPDEVILA AGUILERA, C⁵; CHICOTE CARQUERO, S⁶.

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA TERRITORIAL METROPOLITANA SUD¹; GERENCIA TERRITORIAL METROPOLITANA SUD²; GERENCIA TERRITORIAL METROPOLITANA SUD³; GERENCIA TERRITORIAL METROPOLITANA SUD⁴; GERENCIA TERRITORIAL METROPOLITANA SUD⁵; INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA⁶.



ID: 210

TÍTULO: EFECTIVIDAD DE LOS CONSEJOS Y RECOMENDACIONES PARA LA SALUD EN PACIENTES CON TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA

RESUMEN:

Los tratamientos de quimioterapia producen múltiples efectos secundarios, algunos de ellos se pueden prevenir o mejorar si el paciente es conocedor de ellos y se le proporciona consejos específicos. En la Organización, desde hace años, se proporciona a los pacientes consejos higiénicos dietéticos en papel que complementan la información oral proporcionada en la visita, con la intención de promover el conocimiento de los mismos y favorecer el autocuidado de forma preventiva. Estos consejos están elaborados según el esquema de tratamiento que recibe el paciente teniendo en cuenta las toxicidades más frecuentes que produce cada fármaco, así como las recomendaciones más contrastadas en cuanto a su efectividad. En el 2014, Evaluar la utilidad y la satisfacción de los folletos educativos en paciente oncohematológico en tratamiento con quimioterapia.

Ámbito: Institut Català d'Oncologia Hospitalet, Badalona y Girona.

Diseño: Estudio descriptivo de corte transversal durante mayo-junio 2017.

Variables: evaluación de la satisfacción mediante escala likert (1-4) de la usabilidad, claridad y adecuación del contenido (10 preguntas), fuente informativa educación recibida y datos sociodemográficas y de salud, entre otros.

Cuestionario adhoc online bilingüe mediante tabletas electrónicas durante el proceso de tratamiento ambulatorio.

Incluidos hasta la actualidad 83 pacientes, 63,9% (53) hombres, rango de edad 51 a 80 años para el 73,5%. Afectación en mama en 14, 6% (14), colon 14,6% (14) y pulmón 10,4% (10), entre otros tumores. La información educativa llegó al paciente en el 43,4% (36) de los casos por médico y enfermera, 39,8% (33) por el médico, 15,7% (13) sólo por enfermera. Siendo en formato escrito y oral para el 65,1% (54). El 94% (78) había leído el documento informativo. El grado de satisfacción global de la educación de 8,6 (1,3) puntos (rango 4 a 10). La valoración del soporte escrito educativo fue adecuado o totalmente adecuado para: adecuación lenguaje (100%), medida letra (98,8%), claridad (98,8), extensión (98,8), aplicables (98,8), utilidad (98,8), mejoría estado salud (95,2). El 71,1% (59) de los pacientes no tuvieron que aplicar los consejos recibidos y el 21,7% (18) aplicó otros consejos profesionales recibidos durante el tratamiento. El 34,9% (29) hubieran deseado también formato digital de la información.

Conclusiones: Existe un alto grado de satisfacción de la educación en cuidados recibidos durante el tratamiento oncológico. La información oral y escrita son las modalidades más presentes en el proceso de atención. Durante el proceso oncológico el paciente precisa de personalización de los consejos de salud a proceso oncológico.

AUTORES: CHICOTE CARQUERO, SENTA; AZOR PORTOLES, R; CABRERA JAIME, S; FERRO GARCIA, T; FONOLL LLUÍS, J.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA.

ID: 211

TÍTULO: PROGRAMA DE HEMATOGERIATRÍA EN HOSPITALES PÚBLICOS DEL GRUPO QUIRONSALUD

RESUMEN:

Hematogeriatría integra 3 aspectos: envejecimiento poblacional, mayor incidencia de cáncer y la complejidad del manejo. El paciente anciano con cáncer que va a recibir un tratamiento debe ser evaluado de forma específica mediante una valoración geriátrica integral (VGI), herramienta que evalúa de forma integral los aspectos que pueden impactar en la enfermedad y en la respuesta al tratamiento

Incorporar estos protocolos asistenciales multidisciplinares para reducir las complicaciones relacionadas con el tratamiento, la morbimortalidad, mejorar la seguridad, calidad de vida, y optimizar recursos

Implementar un circuito asistencial para realizar un tratamiento adaptado e individualizado a todos los pacientes de edad avanzada con cáncer hematológico.

-Identificar pacientes que se puedan beneficiar del tratamiento estándar

-Identificar pacientes que estén en situación de fragilidad, y que se beneficien de un tratamiento activo, pero adaptado a su condición de fragilidad y de comorbilidad.

-Intervenir en el paciente anciano con cáncer para revertir el estado de fragilidad, y mejorar los aspectos que permitan administrar un tratamiento adecuado.

Se incluirán los pacientes con edad mayor de 70 c tumor hematológico. Estudio observacional prospectivo, dentro de la práctica asistencial, tanto la valoración geriátrica, la valoración por enfermería especializada y la evaluación de interacciones de medicamentos

Identificar al paciente anciano frágil que sea subsidiario de una VGI con el fin de poder optimizar e individualizar el plan de cuidados.

Las escalas utilizadas (G8, CIRS, BARTHEL, GAH) están incluidas en la historia clínica electrónica resultados generales:

- Diagnóstico y tratamiento de los síndromes geriátricos
- Integrar las consultas de los diferentes especialistas
- Disminuir la frecuentación a urgencias
- Conciliación de la medicación, reducir polifarmacia
- Mejor control de síntomas tanto de la enfermedad como de los tratamientos
- Mejorar la calidad de vida y su experiencia
- Disminuir el gasto sanitario por proceso

Conseguir ser referentes a nivel nacional en el manejo del paciente anciano con tumor hematológico. Resultados preliminares del proyecto piloto en 2016.

89 pacientes atendidos Consulta Enfermería Hematológica de FJD: 48 tenían más de 70 años y se les realizó el cribado de fragilidad con la escala G8 (Mediana 13 puntos (rango 8-16), 4 tenían G8 > 14 puntos (no riesgo de fragilidad)

A los identificados en riesgo, se les derivó a la Consulta de Oncogeriatría para VGI

H. Infanta Elena Se ha utilizado en pacientes con tumores linfoides (linfoma, LLC) y mieloma múltiple. Realizando el G8 en la consulta de hematología a 17 pacientes, el 100% precisó la atención en la consulta de valoración preoncológica.

H.Rey Juan Carlos se ha abierto l a los especialistas que tratan pacientes oncológicos ancianos, se valoraron 61, 52% fue identificado como frágil recomendándose adaptaciones de tratamientos.

AUTORES: PASCUAL MARTINEZ, ADRIANA; BELTRAN ALVAREZ, P; BOTELLA CARMEN, C; LLAMAS SILLERO, P; CORDOBA, R; HERRERA, M.

CENTRO DE TRABAJO: H. UNIVERSITARIO INFANTA ELENA.



ID: 212

TÍTULO: 'PROGRAM', INSTRUMENTO DE PLANIFICACIÓN APLICADO A LA MEJORA CONTINUA EN LA CASS

RESUMEN:

La Caixa Andorrana de la Seguretat Social (CASS) ha emprendido el camino de gestionar sus procesos. Para ello ha iniciado la reingeniería de todos ellos, enmarcando esta iniciativa como uno de los ejes fundamentales de su plan estratégico. Para gestionar el conjunto de objetivos tácticos, proyectos y programas se ha dotado de un aplicativo de desarrollo propio, 'Program', que se ha mostrado efectivo para la gestión y evaluación del Plan.

Desarrollar un aplicativo que de respuesta a los requerimientos de planificación, seguimiento y evaluación de los proyectos de mejora de la CASS.

Favorecer la participación de los profesionales en la identificación, planificación, implantación y evaluación de los proyectos.

Favorecer la comunicación entre los participantes en un proyecto a través de blogs específicos.

Disponer de un gestor documental asociado a cada proyecto.

Evaluar la carga de trabajo prevista y ejecutada

Se ha utilizado el JAVA ENTERPRISE EDITION para su desarrollo en programa mientras que la capa de interfície es en un entorno web. La organización se ha dotado de un profesional asignado a dar soporte para la gestión de procesos y proyectos.

En este momento el Mapa de Procesos de la CASS lo constituyen 24 procesos, en los que se despliegan 83 proyectos, con la participación directa del 92% de la plantilla de la CASS.

En Junio 2017 se ha de realizar la primera evaluación semestral.

Como conclusiones cabe destacar:

1. El PROGRAM es un instrumento efectivo y simple de uso, adaptable a diferentes entornos organizativos.
2. Facilita la comunicación entre los participantes.
3. Ordena, jerarquiza i permite la evaluación de resultados.
4. Como mejora, debería integrar el sistema de indicadores, tanto los de monitorización continua como los vinculados a los resultados obtenidos en cada proyecto..

AUTORES: ARBUSÁ GUSI, IGNASI; CAUBET ELFA, D; BEENING JANSEN, A; LUJÁN ROSELL, M; SOL ORDIS, J.

CENTRO DE TRABAJO: CAIXA ANDORRANA DE LA SEGURETAT SOCIAL.



ID: 213

TÍTULO: GESTIÓN DE PROVEEDORES EN SU CONTRIBUCIÓN A LA GESTIÓN ÉTICA Y LA RESPONSABILIDAD SOCIAL EN UN CENTRO HOSPITALARIO

RESUMEN:

La institución, conocedora de la importancia de atender las necesidades y expectativas de sus grupos de interés como elemento clave en la calidad de la gestión sanitaria, ha realizado el despliegue de un modelo de Responsabilidad Social Corporativa (RSC) que vela por la sostenibilidad económica, el respeto a las personas y la protección del medio ambiente.

Actualmente, se está impulsando una sistemática para integrar criterios éticos, sociales y ambientales en la relación con proveedores de acuerdo al compromiso, recogido en la política de RSC, de velar por el desarrollo de prácticas responsables en la cadena de valor.

Establecer un sistema de diagnóstico y evaluación de proveedores para conocer, verificar y monitorizar el cumplimiento de los criterios de conducta ética y de responsabilidad social establecidos por la institución.

a) Selección proveedores clave en función de criterios económicos, de suministro y de responsabilidad social.

b) Diseño cuestionario de evaluación a partir de aspectos básicos de RSC incluidos en el Código ético y de buenas prácticas de la institución: despliegue RSC, difusión de resultados, igualdad de oportunidades, prevención riesgos laborales, desarrollo profesional, satisfacción de clientes, gestión medioambiental, código de conducta para empleados, criterios RSC en las compras y certificaciones. El cuestionario permite obtener una puntuación global, a partir de los 10 ítems, que facilita cuantificar la posición relativa de la empresa respecto la RSC.

c) Comunicación a proveedores, mediante correo electrónico, de la política de RSC y el Código ético y de buenas prácticas. Se pide aceptación firmada del Código y evaluación del desempeño mediante el cuestionario.

d) Recogida y análisis de datos. La recogida de datos se realiza on-line mediante el cuestionario. A partir de la información facilitada por las empresas, se genera una ficha individual y un informe con resultados globales.

En el 2016 se han seleccionado 245 proveedores, de los cuales 47 han firmado el Código ético y de buenas prácticas y 29 han contestado el cuestionario.

De las empresas que han contestado el cuestionario, un 62% considera que realiza acciones sociales o ambientales, un 10% ha realizado una autoevaluación de responsabilidad social y un 7% ha implantado un sistema de gestión de RSC.

Los ámbitos más trabajados son: normas o códigos con pautas de conducta para empleados (93%), desarrollo profesional (90%), gestión medioambiental (86%) y satisfacción de clientes (79%).

Los ámbitos menos desarrollados son: igualdad de oportunidades (69%), prevención de riesgos laborales (62%), criterios RSC en las compras (65%) y difusión de resultados (45%).

Respecto a las certificaciones, un 62% dispone de ISO 9001, un 31% ISO 14001, un 14% OSHAS 18001, un 3,5% SGE21 y un 3,5% IQNet.

A partir de estos resultados y, de conformidad con el nivel conseguido de acuerdo a los criterios de puntuación, se establece un plan de mejora para promover buenas prácticas.

AUTORES: DURÁN GARCÍA, NOEMÍ; RODRÍGUEZ CALA, A; TENA TAPIA, A; BAÑOS CAIRAT, A; LÓPEZ ESCALERA, C.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA.



ID: 215

TÍTULO: PROYECTO 'NUTRICOM+'. ONDA EXPANSIVA DE COMUNICACIÓN EN EL CAMPO DE LA SALUD NUTRICIONAL

RESUMEN:

Los determinantes de salud de Lalonde son cuatro: estilos de vida, medio ambiente, condicionantes biológicos y el sistema sanitario. El de mayor impacto y menor coste es la divulgación de unos estilos de vida saludables. Dentro de ellos, la nutrición es uno de los más investigados, comentados y de interés general. Participan en el proyecto profesionales de Pediatría, Calidad, Comunicación, Atención al Paciente, Marketing y Responsable de Sociedad Civil, así como Chefs de reconocido prestigio: Mario Sandoval, Andrea Tumbarello, Rodrigo de la Calle, Íñigo Urrechu, Nino Redruello, Omar Malpartida y Antonio Ramírez, entre otros

0 pacientes ingresados por causas evitables

Exteriorizar el hospital

Comunicar salud

Establecer medidas de educación para la salud de ámbito nutricional al público infantil y sus familias

Introducir la cultura de paciente pediátrico responsable

Consolidación de la cultura de 'saber comprar'

Consolidación de la cultura de 'saber ayudar de forma responsable en la cocina'

Consolidación de la cultura de 'saber comer'

Divulgar la importancia de desarrollar actividades en familia

Establecer la cultura de la cocina infantil como un fenómeno complejo y amplio, portador de valores

Que el niño no sea sólo un espectador pasivo del intercambio informativo en el marco de la prevención y promoción de la salud

Nutricom+ es un proyecto de educación para la salud que se enmarca dentro de los planes de Sociedad Civil y Comunicación y que se aplica desde los servicios de Pediatría de los hospitales Universitario Rey Juan Carlos y General de Villalba. El proyecto se ejecuta en cinco planos complementarios, a modo de "onda de salud expansiva": individual, local, comunitario, nacional e internacional

Entre los meses de marzo de 2012 y abril de 2017 se ha atendido en las consultas externas de Digestivo y Nutrición infantiles a un total de 12.041 pacientes. Se han elaborado 5 ediciones del proyecto Las Pequerrecetas, imprimiendo 4800 ejemplares para niños y familias, en el ámbito de consultas externas y Urgencias Pediátricas. A 250 niños receptores de Las Pequerrecetas se les pasó un cuestionario de satisfacción acerca de su gusto en cocinar, ayudar a cocinar en casa, conocer nuevas recetas, ir a la compra con sus padres, ... Se han llevado a cabo un total de 29 charlas en 8 pueblos, destinadas a 870 personas. Ha habido un total de 105 intervenciones en radio local en las que se habló, de forma central o parcial, sobre nutrición infantojuvenil. Se ha participado en el espacio de salud del programa "Madrid contigo" en cinco ocasiones. Se ha intervenido en 4 programas de TV. Se ha participado en 13 ocasiones en diarios de tirada nacional. En radio nacional se ha intervenido en 4 ocasiones. Se ha participado en dos ocasiones en el blog gastronómico "Actualidad gastronómica". 18 entradas y 6 vídeos ejecutados sobre nutrición en guainfantil.com compartidas en redes sociales 10.427 veces, alcanzando una audiencia potencial de cinco millones de lecturas.

AUTORES: TORRES MURCIA, MARÍA LUISA¹; CARABAÑO AGUADO, I²; MUÑOZ GONZÁLEZ-ÚBEDA, B³; FERNÁNDEZ LLAMAZARES, J⁴; BURGUEÑO JEREZ, MD⁵; ALFARO CADENAS, L⁶.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA¹; HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS²; GRUPO QUIRONSAUD³; GRUPO QUIRONSAUD⁴; GRUPO QUIRONSAUD⁵; HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA⁶.



ID: 216

TÍTULO: MEJORA CONTINUA EN LA ATENCIÓN AL USUARIO

RESUMEN:

La mejora continua de la atención a los usuarios de la 'Caixa Andorrana de Segurida Social' es una de los objetivos estratégicos marcados en el plan de estratégico de la entidad. En este sentido se marcan objetivos anuales, cuantitativos y cualitativos. Estos objetivos se concretan en proyectos liderados por los equipos de atención al usuario, y son valorados según los resultados obtenidos. Los objetivos son valorados según criterios:

- Cualitativos a través de una encuesta de satisfacción de los usuarios.
- Cualitativos con indicadores tales como: tiempo medio de espera, nº de llamadas contestados, tiempo de respuesta de correos, porcentaje de abandonos y nº de usuarios con acceso a trámites online.

Se sigue la siguiente metodología:

- Definición de los objetivos estratégicos.
- Definición de los objetivos anuales.
- Definición de los proyectos y asignación de jefes de equipos y equipos.
- Seguimiento del proyecto a través de una herramienta propia 'Program'.
- Presentación a dirección y consejo de administración de los resultados obtenidos.

Este trabajo de mejora continua de la atención al usuario ha permitido en los primeros meses del 2017:

- Bajar 3 minutos el tiempo medio de espera.
- Bajar un 3% el tanto por ciento de abandonos en la espera.
- Pasar de atender un 80% de las llamadas al 93%.
- Responder los correos electrónicos en menos de 24h.

AUTORES: CAUBET ELFA, DAVID; MARTINEZ RECHI, L; GOMEZ COMPTE, C; GUERRERO SANCHO, JL.

CENTRO DE TRABAJO: CAIXA ANDORRANA DE SEGURETAT SOCIAL.



ID: 217

TÍTULO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE SOMETIDO A ECMO EN LA UCI

RESUMEN:

EL ECMO (EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXYGENATION) ES UNA TERAPIA DE MANEJO DE PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y/O CARDIOCIRCULATORIA SEVERA REFRACTARIA A LAS TERAPIAS DE SOPORTE CONVENCIONAL.

LA IMPLANTACIÓN DE ESTA TÉCNICA EN NUESTRA UCI CONLLEVA LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA SERIE CONCATENADA DE ACTUACIONES QUE VAN DESDE LA FORMACIÓN DEL PERSONAL, A LA PUESTA EN MARCHA Y MODIFICACIONES DEL PROGRAMA DE CUIDADOS DESARROLLADO.

- PROTOCOLARIZAR LOS CUIDADOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA PARA TERAPIA ECMO
- DEMOSTRAR LA NECESIDAD DEL RATIO 1:1 DE DUEs Y 1:2 DE TCAEs SEGUIMIENTO LA VALORACIÓN DE LAS ESCALAS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA COMO LA NAS LA FORMACIÓN TEÓRICO-PRACTICA SE REALIZA DE FORMA PROGRESIVA PARA ABARCAR A TODO EL PERSONAL DE LA UNIDAD DE UCI, DUE, TCAE Y CELADORES.

EL RECICLAJE DEL PERSONAL DE UCI MEDIANTE SIMULACROS DE ACTUACIÓN EN SITUACIONES URGENTES MEJORAN LA DESTREZA, APORTAN SEGURIDAD AL PERSONAL Y AL PACIENTE Y DISMINUYEN EL NIVEL DE ESTRÉS DEL PROFESIONAL.

LA ELABORACIÓN DE CHECK LIST ESPECÍFICOS PARA ECMO, QUE SE CUMPLIMENTAN DE FORMA HORARIA Y POR TURNO, NOS GARANTIZAN LA VIGILANCIA Y EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LA TERAPIA.

LOS PRIMEROS CASOS CON ECMO EN LA UNIDAD NOS HAN PERMITIDO REVISAR Y MEJORAR LOS PROTOCOLOS ELABORADOS INICIALMENTE.

NUESTRA EXPERIENCIA CONFIRMA LO SEÑALADO POR LA ELSO EN LA CONFERENCIA DEL 2014, QUE JUNTO CON EL NÚMERO DE CASOS/AÑO, LOS FACTORES MÁS DETERMINANTES DE BUENOS RESULTADOS EN CENTROS CON ECMO SON: LA PRESENCIA DE PERSONAL CUALIFICADO, EL MANEJO PROTOCOLIZADO DE LOS ENFERMOS Y LA PRESENCIA DE PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA. LA CONCURRENCIA DE ESTOS FACTORES PUEDE SUPONER UN INCREMENTO DE HASTA UN 20% EN LA SUPERVIVENCIA.

AUTORES: RODRIGUEZ MISA, MARTA ISABEL; ESTEVEZ FERNANDEZ, MA; RODRIGUEZ FERNANDEZ, A; MUÑOZ BLANCO, EM; RIVAS SANTOME, MG; NOGUEIRA MARTINEZ, B.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO.



ID: 218

TÍTULO: GESTIONANDO LOS INCIDENTES NOTIFICADOS EN EL PROCESO DE LABORATORIO EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

El proceso de petición de analíticas al paciente, la citación, la obtención segura de muestras, su transporte al laboratorio y procesamiento posterior, son claves para el desarrollo del trabajo asistencial en un Centro de Atención Primaria.

Con la mejora continua de la calidad se diseñan herramientas para la notificación de incidentes, usando las nuevas tecnologías, que nos van a permitir identificar las áreas críticas e implantar acciones de mejora.

Garantizar una gestión adecuada del proceso del laboratorio, disminuyendo así el número de incidentes y mejorando la seguridad del paciente en este ámbito.

A nivel territorial de atención primaria del Camp de Tarragona se han implantado procedimientos relacionados con el proceso de laboratorio, que integran desde la petición de la analítica hasta el registro de resultados en la historia clínica.

Los profesionales registran los incidentes detectados a través de las siguientes aplicaciones: TPSC_Cloud (sistema de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente)

ProSP check-list laboratorio (aplicación proactiva de Seguridad del Paciente)

Posteriormente, se realiza un análisis y se implantan acciones de mejora, para minimizar el riesgo de que se vuelva a producir.

Del 1-1-16 al 31-5-17, se han notificado un total de 33 incidentes en el aplicativo TPSC_Cloud, y del 1-3-17 al 31-5-17 se han registrado 51 incidentes en el aplicativo ProSP.

Según la categoría profesional, el 77,38% ha sido notificado por enfermería, un 17,85% por personal administrativo y un 4,76% por médicos.

Según la fase del proceso de laboratorio, se han notificado:

- En la fase preanalítica, un 35,72% siendo las causas: citación errónea (66,66%), petición incorrecta (26,67%) y error en la identificación del paciente (6,66%)

- En la fase analítica, un 59,52% siendo las causas: muestra incorrecta o no recibida (60%), preparación incorrecta del paciente (22%), etiquetaje incorrecto (14%), error de extracción (2%) y error de reinformación (2%)

- En la fase del laboratorio de referencia, un 4,76%, siendo las causas: error de registro de resultados en la historia clínica (50%) y pérdida de muestra en laboratorio (50%)

Acciones de mejora implantadas:

- Sesión clínica para informar a todos los profesionales de los errores de citación, y de los procedimientos territoriales referentes al laboratorio.

- Se fomenta que los profesionales expliquen las recomendaciones y entreguen el material necesario para la preparación y recogida de muestras, en la consulta.

- Se consensua circuito interno de unificación de peticiones de especializada y atención primaria.

- Se informa al laboratorio de referencia de los incidentes con origen externo, para que puedan solventarlos.

A través del registro y notificación de incidentes y su análisis, se han identificado las fases críticas del proceso que han permitido implantar acciones de mejora para disminuir errores y para mejorar la seguridad del paciente.

AUTORES: ARANDA SANCHEZ, BELÉN; AINSA ABÓS, M^a ELENA; CLOTAS SANCHO, LOURDES; CALAMOTE MANSO, FILOMENA; GASULL GOMIS, MERCÈ; FERNÁNDEZ GARCIA, FERNANDO ANDRES.

CENTRO DE TRABAJO: EAP SANT SALVADOR-TARRAGONA.

ID: 219

TÍTULO: APORTACIÓN A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DE UN PROTOCOLO DE TRANSFUSIÓN MASIVA. H.U.V ROCÍO (SEVILLA). RESULTADOS 2015

RESUMEN:

La hemorragia masiva es una causa de muerte evitable donde la rápida actuación es vital para el paciente, ya que puede requerirse una transfusión masiva para sobrevivir. La precoz identificación de la situación y las estrategias para prevenir y controlar los trastornos de coagulación son determinantes.

La complejidad de la atención a este tipo de pacientes, el hecho de ser una actuación multidisciplinar, y los numerosos recursos empleados para su manejo, hacen imprescindible la existencia de un Protocolo de Transfusión Masiva (PTM) para su coordinación y buen funcionamiento de los numerosos actores, siendo recomendada su existencia para mejorar la Seguridad del Paciente, como se recoge en la Declaración de Helsinki y en la SEDAR. Desde la Comisión de Transfusión del HUVR, se presentó una segunda versión del protocolo de actuación ante la hemorragia masiva para optimizar el procedimiento de transfusión masiva en nuestro centro, en 2014.

Los objetivos son:

1. Conocer la prevalencia en 2015 y el contexto de activaciones del PTM. Nº Exitus
2. Conocer si se han activado correctamente los protocolos, ante una hemorragia masiva:
3. Conocer el método diagnóstico que descartar coagulopatía.
4. Valorar el consumo de hemocomponentes y fármacos hemostáticos y la repercusión económica

Se trata de un diseño observacional (estudio descriptivo) en el que se recoge la prevalencia en 2015 de activaciones de PTM por hemorragia masiva. Se elaboró una base de datos las activaciones y una hoja de recogida de datos, la mortalidad en las primeras 24 horas, contexto clínico, consumo de hemocomponentes y fármacos prohemostáticos en las primeras 24 horas, cómo se ha valorado la presencia de coagulopatía a lo largo del proceso (analítica y/o ROTEM®) y si se llevó a cabo otra actuación para detener la hemorragia. Posteriormente analizamos cada una de las situaciones y se calculan los costes económicos, y se identificaron áreas de mejora para el protocolo.

- 1) 57 activaciones. Contexto: 27 quirúrgicos; 8 politraumas; 8 obtetricia; 5 otros. 54% éxitus.
- 2) Activaciones correctas: 80%
- 3) N/34: El 100% de los pacientes han precisado estudio de coagulación, el 70% ROTEM® y el 88% cirugía para control de hemorragias.
- 4) 506 CH; 147 plasma; 57 plaquetas. Gasto hemocomponentes: 104.500,92€; Gasto farmacia:45.428,72€

Conclusiones.

Cada centro debe elaborar su PTM, de forma multidisciplinar, adaptado a su estructura y recursos, lo que permitirá una acción coordinada y efectiva ante la Hemorragia Masiva. La Comisión de Transfusión debe hacer un seguimiento continuado, analizar y buscar áreas de mejora de forma continua, especialmente en la coordinación, disponibilidad y uso de los recursos. El PTM es una herramienta que mejora la Seguridad del Paciente en esta situación crítica para su vida.

AUTORES: RUBIO ROMERO, RAFAEL1; NAVARRO SUAREZ, E2; YERGA POZO, G3; YANES VIDAL, G4; RINCÓN FERRARI, MD5; LEAL NOVAL, SR6.

CENTRO DE TRABAJO: H.U. VIRGEN DEL ROCIO.



ID: 220

TÍTULO: USO DEL CONOCIMIENTO DE REFERENTES CLÍNICOS COMO RESPUESTA ORGANIZATIVA NO JERARQUICA EN UNA ORGANIZACION MULTICENTRICA

RESUMEN:

Nuestra Organización es un centro monográfico de cáncer que da cobertura sanitaria a más de un 40% de la población catalana. Actualmente la Institución colabora conjuntamente con 4 grandes hospitales de referencia poblacional y con más 20 de hospitales comarcales. Esta organización multicéntrica promueve la compartición del conocimiento entre profesionales, el trabajo en red y colaborativo. En el 2014 se planteó un proyecto institucional que proyectara a los expertos de cada una de las patologías y disciplinas médicas a ser Referentes Clínicos Transversales dotándoles de instrumentos de gestión que favorecieran una nueva fórmula organizativa.

Dotar a los Clínicos de herramientas organizativas y capacidad de gestión

Promover el cambio de organización jerárquica a una organización matricial

Favorecer el intercambio de conocimiento y la relación intercentros

Posicionar el conocimiento como elemento esencial en la toma de decisiones

Planificación estratégica del proyecto de Liderazgo Clínico por tumor que recogía:

Elección de Referentes transversales basada en experiencia contrastada en cada tumor, autoridad moral reconocida, experiencia en elaboración de guías de práctica clínica proactividad en la generación y realización de ensayos clínicos y traslacionales y alineación con los objetivos globales de la institución.

Organización funcional y operativa: Cronograma de acciones a desarrollar en 2 años, plan de comunicación, indicadores de gestión mediante contrato de gestión con objetivos anuales de 1er año y de 2º año.

2014-2015: iniciaron 6 referentes de patología de oncología Médica, 4 de oncología radioterápica y 4 de hematología clínica, se acordaron contratos de gestión de cada patología con valoración anual

2015-2016: se incorporaron el resto de patologías, 5 de oncología médica, 6 de oncología radioterápica y 3 de hematología clínica.

Muestra del porcentaje de cumplimiento de los objetivos fijados en los contratos de gestión de las tres especialidades del 2016: Oncología Médica: Digestivo, ORL, Próstata, Ovario, Sarcomas, Mama y origen desconocido (90-95%); Próstata, melanoma, SNC (80-89%). Oncología Radioterápica: Hematológicos, (90%), Digestivo, Genito-urinario, Ginecológico, Piel, Mama, SNC (80-89%). Hematología Clínica: Mieloma, Leucemias agudas (90-98%), LLC, Linfomas, SMD, SMPc SMD y LMA (80-89%)

2017: Encuesta mediante escala de Likert (1-5) para evaluar el proyecto a nivel organizativo y de impacto en asistencia, organización, conocimiento, calidad y investigación.

Conclusión

La política innovadora de empoderamiento de referentes transversales desplegada ha obtenido un alto porcentaje en el cumplimiento de los objetivos propuestos, todos ellos dirigidos al mejor manejo de los tumores tratados.

Dotar de herramientas para la gestión clínica y organizativa basada en el conocimiento empodera a los Clínicos y favorece el liderazgo transversal.

AUTORES: GERMÀ LLUCH, JOSEP RAMÓN; CHICOTE CARQUERO, S; VIDAL MILLA, A; CALLE RODRÍGUEZ, C.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA.



ID: 221

TÍTULO: UTILIZACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE CALIDAD PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD TELEFÓNICA DE UN EAP URBANO

RESUMEN:

Es necesario asegurar la capacidad del sistema para dar respuesta a las demandas de accesibilidad que hace el ciudadano/profesional mediante los diferentes canales disponibles del momento. Después de detectar las dificultades de los ciudadanos y de los profesionales para contactar telefónicamente con el EAP, se considera necesaria la creación de un Equipo de Mejora (EdM) para el análisis de las causas y la resolución del problema.

1. Mejorar la accesibilidad telefónica (AT), tanto por parte de los usuarios como de los profesionales del centro, y aumentar su satisfacción. 2. Conocer los horarios de máxima demanda. 3. Dotar de herramientas y espacios necesarios (nuevas tecnologías), para que el ciudadano conozca las diferentes alternativas.

Dificultades de los ciudadanos y de los profesionales para contactar telefónicamente con el EAP. Creación de EdM. No disposición de centralita para hacer auditorías y analizar datos. No disposición de teléfono directo para los profesionales y agentes externos. Falta de difusión y entrenamiento de la ciudadanía para la utilización de las citaciones online, consultas virtuales y la herramienta "la meva salut".

Instalación de una nueva centralita que nos permite hacer auditorías de todas las llamadas entrantes: atendidas, perdidas, tramos horarios de máx/min demanda y otros datos. Al analizar la auditoría se observa que desde febrero de 2017 hay una mejora en la accesibilidad. El porcentaje (%) de llamadas perdidas ha pasado del 61,74%, en febrero, al 45% en mayo. Los tramos horarios de máx. demanda son de 8 a 12h de la mañana y parece que coinciden con el máx % de llamadas perdidas, aunque hay picos elevados de llamadas perdidas que se suceden entre las 14 y las 17h. También parece haber variabilidad según el día de la semana. Disponemos de un nuevo programa, el cHar, que nos permite extraer datos, evaluarlos y emprender acciones. Elaboración propia de 2 encuestas (Profesionales/Usuarios) con dos apartados, de accesibilidad y satisfacción telefónica. Los resultados de la 1ª (profesionales) son: ha participado el 64,29% del equipo. Hemos diferenciado entre comunicación telefónica interna (CTI) i externa (CTE): El estamento que mejor lo valora es enfermería. La peor valoración es de médicos y pediatras. CTI: el 83,75% ha podido contactar internamente, pero han tenido que llamar dos o tres veces. El % de satisfacción de esta es del 73%. CTE: Ningún estamento valora bien este tipo de accesibilidad. La peor valoración es nuevamente de médicos y pediatras. El 50% de los profesionales han podido contactar externamente pero han tenido que llamar más de 3 veces. El % de satisfacción de esta es del 47,6%. Para concluir, decir que, la metodología de calidad utilizada nos ha dado herramientas para trabajar un problema de importancia relevante y nos ha ayudado a crear indicadores de seguimiento para hacer una evaluación periódica y plantear las propuestas de mejora adecuadas.

AUTORES: MUÑOZ ALVAREZ, GEMMA; DE LA TORRE LUCEÑO, S; PELLEJA BUSOM, M; CANO GARCIA-ABADILLO, I; PREIXENS VALLINOTO, P; CERRO ROIG, S.

CENTRO DE TRABAJO: CAP LLIBERTAT.



ID: 222

TÍTULO: SEGURIDAD CLÍNICA: EL TRABAJO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN LOS ERRORES DE MEDICACIÓN.

RESUMEN:

La seguridad del paciente, es uno de los pilares fundamentales en la calidad asistencial. Uno de sus puntos de trabajo son los errores de medicación. Éstos, se pueden clasificar de tres formas: errores de prescripción, errores de dispensación o preparación y errores de administración.

Nuestro trabajo se basa en los errores de administración.

En los últimos 5 años en nuestro hospital hemos realizado un seguimiento exhaustivo de los errores de medicación, mediante un registro que elabora el personal de enfermería, éste nos permite realizar indicadores de seguimiento y analizar las causas de nuestros errores.

La supervisión de enfermería trimestralmente realiza un análisis de los datos obtenidos en este registro, con la finalidad de evaluar las causas y determinar posibles acciones de mejora para evitar nuevas repeticiones.

Reducir los errores de administración de medicación en la práctica enfermera.

Análisis de los errores de medicación en el periodo del 2012 al 2016.

El personal de enfermería registra el error de medicación de administración. No se trata de buscar QUIÉN sino de analizar DONDE y CÓMO se produjo el error. Paralelamente estos datos se registran en un sistema de gestión con la finalidad de elaborar el indicador que nos permite observar si las acciones de mejora propuestas son eficaces y nos muestra la tendencia global de errores.

En nuestro análisis hemos detectado dos grupos de errores, los producidos por la identificación del paciente y los producidos por distracciones. A continuación se detallan sus acciones de mejora:

1- Acciones de mejora para errores de identificación de paciente:

- Pulseras identificativas en pacientes con deterioro cognitivo.
- Fotografía personal en el blíster, en pacientes de larga estancia que han firmado la autorización de derechos de imagen.
- Distribución de ubicación del paciente en la mesa del comedor en función del número de blíster.
- Resaltar en el blíster, el nombre de aquellos pacientes con el mismo nombre y apellidos.

2- Acciones de mejora para errores de distracción.

- Cartel de NO MOLESTAR en el momento de repaso de medicación.
- Cartel de NO MOLESTAR durante la administración de medicación.

La finalidad del registro de errores no es sancionar al profesional, sino mejorar la seguridad en la administración de medicación.

El análisis de los errores nos ha permitido en estos 5 años elaborar unas acciones de mejora, que nos han permitido mantenernos dentro de los estándares correctos. Tenemos que continuar trabajando para mantener una tendencia cero.

Este trabajo constante nos ha permitido conseguir una cultura de seguridad en nuestros profesionales de enfermería.

La comunicación entre los profesionales es una herramienta básica para mantener una calidad y continuidad asistencial.

'Lo peor no es cometer un error, sino tratar de justificarlo, en vez de aprovecharlo como aviso providencial de nuestra ligereza o ignorancia.'

Santiago Ramón y Cajal

AUTORES: MUNTANÉ RUIZ, JORDI; ROIG GÜELL, M; GOMARIZ MUÑOZ, M; MULET PALLARÈS, D; BENITO MONNÉ, C; NAYA VELAZQUEZ, S.

CENTRO DE TRABAJO: HU INSTITUT PERE MATA.



ID: 223

TÍTULO: MAPAS DE COMPETENCIAS PARA EL DESARROLLO DE LOS PROFESIONALES.

RESUMEN:

El Desarrollo Profesional(DP) es el proceso de aprendizaje que comienza después de la formación básica y de postgrado, extendiéndose a lo largo de la vida profesional. Desde el año 2000 la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ha venido sentando las bases de un sistema de DP para los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía(SSPA) conforme al Modelo de Gestión por Competencias, promoviendo la mejora continua de sus profesionales. Los Mapas de Competencias(MC) definen las competencias que deben estar presentes en el desempeño de cada puesto de trabajo(PT)

Ofrecer a profesionales y centros/unidades asistenciales MC con las competencias de los PT de los profesionales sanitarios, orientándoles en su desarrollo y facilitando otros procesos de gestión de personas

Cada MC incluye: *Competencias: aptitudes para integrar y aplicar conocimientos, habilidades y actitudes que permiten desarrollar Buenas Prácticas. *Buenas Prácticas(BP): comportamientos observables y medibles que verifican la presencia de una competencia. *Actividades: conjunto de intervenciones o acciones concretas que proceden del conocimiento y el juicio clínico de un profesional y que se realizan para llevar a cabo una determinada BP. *Características de calidad(CC): elementos relacionados con calidad y seguridad en la práctica clínica, que orientan al profesional sobre la forma de realizar una Actividad, fundamentadas en la mejor evidencia científica o referencia documental disponible. Un MC es elaborado por un "Grupo de Expertos"(12-15 profesionales referentes con desempeño en cada ámbito de actuación y representantes de sociedades científicas(SSCC) correspondientes, 1 coordinador de ACSA), utilizando diferentes técnicas de trabajo ("panel de expertos"). En sesiones presenciales(4) se identifican las competencias específicas y las BP que deben poseer y realizar los profesionales que ocupan ese PT. Mediante trabajo a distancia(on-line) se definen las actividades incluidas en cada BP y las CC. Una vez elaborado el MC se valida por otro grupo de profesionales con ejercicio en ese ámbito profesional en centros del SSPA y por miembros de la SSCC. Esta validación identifica en qué grado estos contenidos del MC son reconocidos como propios por parte del colectivo profesional y cuál es su nivel de acuerdo con los elementos competenciales identificados inicialmente. En un cuestionario con los contenidos del MC los validadores responden indicando si los ámbitos específicos de actuación definidos y sus BP figuran en la cartera de servicios de su centro, y si las Actividades incluidas se corresponden con su PT y con la realidad de su Unidad. Además, los participantes pueden modificar o proponer CC, siempre fundamentado en referencias documentales

Los profesionales pueden conocer las competencias necesarias para su PT e identificar cual es su nivel de destreza en relación a cada una de ellas. Actualmente existen 25 MC en elaboración, 9 pendientes de validación y 14 Validados

AUTORES: CEBALLOS-POZO, MANUEL; FERNÁNDEZ-SACRISTÁN GARRIDO, B; GARCÍA-RIOJA, F; BUIZA-CAMACHO, B; NAVARRO-LIZARANZU, J; BREA-RIVERO, MP.

CENTRO DE TRABAJO: AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA (ACSA).



ID: 224

TÍTULO: ¿HAY MÁS INCIDENTES EN URGENCIAS LOS MESES DE SOBRECARGA? REVISIÓN A TRAVÉS DE LAS RECONSULTAS.

RESUMEN:

Estudios previos de incidentes de seguridad en Urgencias indican que entre un 3 y un 7 % de las consultas se originan en un incidente previo y a su vez, que más del 20% de incidentes que se producen en Urgencias tienen como consecuencia el requerir al menos una nueva consulta. Nosotros habíamos explorado esta fuente de datos hace 4 años para analizar incidentes de seguridad en un mes relativamente tranquilo y queríamos comparar con los datos de un mes con sobrecarga en Urgencias

Analizar los informes de alta de los pacientes que vuelven a consultar en Urgencias en el plazo de 1 semana tras una atención inicial, en busca de posibles incidentes en la primera atención. Comparar los datos entre dos meses con diferente carga asistencial y con datos del sistema de notificación de incidentes (SINASP).

Se ha revisado la historia clínica de todos los pacientes que acudieron en febrero de 2017 a nuestro servicio de urgencia, y que volvieron a realizar al menos una visita en los siguientes 7 días.. De ellos se han analizado 370 casos para conocer los motivos de la reconsulta, la evolución, la existencia de algún fallo en la primera atención y la presencia o no de incidentes de seguridad. La fuente de datos ha sido el informe de alta informatizado. Se han analizado por médicos del servicio de Urgencias. Los datos se han comparado con los analizados en octubre de 2013 y con los registrados en el SINASP.

De los 4355 pacientes atendidos se identificaron 368 que figuraban con reconsulta en 1 semana. De ellos, 61 casos fue por un motivo diferente al de la consulta inicial (16,7%). El resto, 305 (83,7%) lo hicieron por alguna causa relacionada con la primera visita. En estos últimos, 28 (9,2%) lo hicieron por cita fijada en la consulta inicial. Los 277 restantes lo hicieron por iniciativa propia. Se han encontrado incidentes de seguridad en 32 casos, un 8,7% de las reconsultas (intervalo de confianza 5,8-11,6%). En el SINASP sólo constan 3 incidentes.

Respecto a la repercusión ha tenido en el paciente, en un 26,6% habido daño físico que ha requerido tratamiento adicional y en el 53,3% ha necesitado pruebas adicionales para comprobar consecuencias. Los efectos que se han producido en el paciente han estado relacionados con efectos generales en el 50% de casos y la medicación en el 33,3%. El 48.1% de los incidentes se han considerado evitable.

En 2013 se evidenciaron 24 incidentes de 366 reconsultas (6,56% con ic=4,1%-9%). No se han evidenciado diferencias significativas respecto a este año (p=0,12). En el SINASP sólo constan 2 incidentes en urgencias.

Como conclusiones, se han evidenciado un 8,7% de incidentes en pacientes que reconsultan en el plazo de una semana en urgencias, sin que haya aumento significativo frente a meses de menor carga asistencial. Con el SINASP se detectan 10 veces menos incidentes en los dos periodos

AUTORES: ALCARAZ MARTINEZ, JULIAN; RAMOS LÓPEZ, S; POVZON NAZARENKO, P; ESCARBAJAL FRUTOS, MC; PEÑALVER ESPINOSA, D; COSTA MARTINEZ, BE.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL U JM MORALES MESEGUER. AREA VI. MURCIA.

ID: 226

TÍTULO: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE FUMADOR EN EL HOSPITAL DE LAREDO

RESUMEN:

El consumo de tabaco mata en el mundo a más de 5 millones de personas cada año. Se considera la causa de muerte más evitable constituyendo el 50% de las causas de muerte en sujetos de entre 35-65 años. Cada año, en España, mueren 17.000 personas por causa directa del tabaco.

Otra consecuencia del consumo de tabaco es la morbimortalidad causada por la exposición al humo ambiental del tabaco (fumador pasivo). El tabaquismo pasivo se ha convertido en España en la tercera causa de muerte evitable siendo el responsable del fallecimiento de más de 5.000 personas/año de los cuales 240 son niños.

Los profesionales de enfermería desempeñamos un papel fundamental en el abordaje del tabaquismo; tanto en su detección como en la ayuda al fumador para que avance en su proceso para dejar de fumar, ofreciéndole recursos que le permitan dar el paso definitivo hacia el cese del hábito tabáquico.

Dejar de fumar es una conducta aprendida por lo que puede ser controlada y modificada.

GENERALES

- Promover el abandono del consumo del tabaco en la población.
- Elaborar un plan de área que incluya al hospital y se trabaje con los 9 centros de salud de Atención Primaria.

ESPECÍFICOS

- Detectar al paciente fumador y ayudarlo mediante un consejo breve.
- Reforzar el abordaje de atención y deshabituación.
- Garantizar la atención y el abordaje del tabaquismo y una continuidad asistencial.
- Conseguir que los profesionales sanitarios consideren el tabaquismo en su práctica diaria.
- 1. Captación del paciente fumador durante la valoración de enfermería.
- 2. Intervención realizada por la enfermera educadora:
 - Presentación y explicación breve del motivo de nuestra intervención.
 - Historia clínica del paciente.
 - Registro del hábito tabáquico.
 - Realización del test de dependencia física al tabaco (test de Fagerström).
 - Realización del test de grado de motivación que tiene el paciente para dejar de fumar (test de Richmond).
 - Identificación de la fase del cambio en la que se encuentra el paciente (fases de Prochaska y Diclemente).
 - Intervención breve motivacional (consejo breve, disponibilidad de ayuda del personal, entrega de material informativo).
 - Derivación al médico y/o enfermera de atención primaria para iniciar el plan de actividades de deshabituación tabáquica.

Durante los tres primeros meses se realizó la intervención a 45 pacientes, de los cuales 27 se encontraban en la fase de contemplación. 12 abandonaron el hábito tabáquico (3 acudieron al centro de salud recibiendo ayuda 2 de ellos).

El grado de aceptación por parte de los usuarios de la intervención fue positivo en todos los casos.

En pacientes poco receptivos para dejar de fumar durante el ingreso, nuestra intervención puede servirle en un futuro, cuando se encuentre preparado para iniciar el proceso del abandono del hábito tabáquico.

AUTORES: GÓMEZ GARCÍA, PALOMA; RUIZ FLORES, I; BADIOLA SALGADO, E; COFRECES RODRIGUEZ, C; RÍOS DÍAZ, M; OCHOA GUTIERREZ, M.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DE LAREDO.



ID: 227

TÍTULO: DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN PROACTIVA DE RIESGOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN UN SERVICIO REGIONAL DE SALUD

RESUMEN:

En el proceso de renovación de la certificación ISO 9001:2015 de los equipos de atención primaria (EAPs) donde se incorpora la gestión de riesgos y el desarrollo de un plan de contingencia, junto con la tercera línea de trabajo de la Estrategia de Seguridad del Paciente para el Sistema Nacional de Salud que propone trabajar en la gestión de riesgos en las instituciones sanitarias, el servicio regional de salud acuerda como objetivo de los contratos programa el desarrollo de un procedimiento de análisis de riesgos para equipos de atención primaria.

1. Analizar los procesos clave definidos en el mapa de procesos de los EAPs certificados por la norma ISO 9001 por medio de la metodología AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos) para identificar los principales riesgos presentes en los servicios ofertados en los equipos. 2. Elaborar el flujograma detallado de actividades de los procesos clave del mapa. 2. Describir los principales riesgos o fallos en cada una de las etapas de los procesos así como sus causas y efectos. 3. Ponderar según gravedad, frecuencia y detectabilidad cada uno de los fallos. 4. Priorizar las actividades de mejora para cada proceso en cada equipo de atención primaria.

1. Se constituye un equipo de trabajo formado por representantes de atención primaria de cada uno de los 8 sectores sanitarios. Se realiza formación en AMFE. Se identifica los procesos clave de los EAPs y se distribuyen entre los 8 sectores sanitarios. Los procesos seleccionados son citas, consulta ordinaria, interconsulta virtual, consulta no presencial, atención domiciliaria, atención urgente, vacunaciones, gestión de mantenimiento y residuos, y procedimientos diagnósticos.

2. Se realizan dos reuniones de puesta en común de los AMFE realizados para cada proceso por cada grupo.

3. Se integra la información en una herramienta que recoge los flujogramas de cada proceso, el análisis detallado de fallos y efectos y sus posibles causas.

4. Se difunde la herramienta a todos los EAPs del servicio regional de salud para incorporar las acciones de mejora identificadas en el acuerdo de gestión del próximo año.

Se realiza curso formación sobre AMFE (12 hs) para 34 personas de los ocho sectores sanitarios. Se desarrollan dos reuniones de trabajo para la discusión de los AMFE elaborados en cada sector sanitario. Tras el consenso, se elaboran 9 hojas de cálculo con los flujogramas definitivos y los fallos, causas, efectos y propuestas de mejora para cada uno de los procesos clave. Esta herramienta se distribuye a todos los EAP del servicio regional como elemento de partida para iniciar el análisis de riesgos y priorización, adaptándola a la realidad de cada EAP.

Los profesionales de los EAPs comparten procedimientos asistenciales muy similares. El trabajo cooperativo impulsado desde servicios centrales ha permitido desarrollar una herramienta de ayuda a la gestión de riesgos y mejora de la seguridad del paciente para el conjunto de los EAPs del servicio regional de salud.

AUTORES: ENRIQUEZ MARTIN, NATALIA¹; GARCIA AISA, JC²; HIJOS LARRAZ, LA³; MARZO ARANA, J⁴; ASTIER PEÑA, MP⁵; CANO DEL POZO, MI⁶.

CENTRO DE TRABAJO: DIRECCION GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA. DEPARTAMENTO DE SALUD¹; DIRECCIÓN DEL AREA DE COORDINACIÓN ASISTENCIAL. SERVICIO ARAGONES DE SALUD²; DIRECCIÓN DEL AREA DE COORDINACIÓN ASISTENCIAL. SERVICIO ARAGONES DE SALUD³; DIRECTOR DEL AREA DE COORDINACION ASISTENCIAL. SERVICIO ARAGONES DE SALUD⁴; CENTRO DE SALUD DE TAUSTE. SERVICIO ARAGONES DE SALUD⁵; DEPARTAMENTO DE SANIDAD⁶.

ID: 228

TÍTULO: CONTROL DE CALIDAD EPI'S DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

RESUMEN:

Para combatir los riesgos de accidentes y de enfermedades profesionales, resulta prioritaria la aplicación de medidas técnicas y organizativas destinadas a eliminar los riesgos en su origen o a proteger los trabajadores mediante protección colectiva. Cuando estas medidas se revelan insuficientes, se impone la utilización de Equipos de Protección Individual (EPIs), a fin de prevenir los riesgos residuales ineludibles.

En relación al mantenimiento de los EPIs, el empresario deberá garantizar su buen funcionamiento y su estado higiénico satisfactorio por medio del mantenimiento, los arreglos y las sustituciones necesarias.

Los EPIs contra radiaciones ionizantes (RX) son mecanismos de protección de barrera física y están hechos de plomo, que es un metal que no deja pasar los RX. Los delantales de protección frontal o total, los protectores tiroideos, las gafas y los guantes plomados son elementos básicos para la protección en los procedimientos que requieren la presencia del trabajador cerca del foco de emisión. Existen diferentes diseños y se dispone incluso de guantes quirúrgicos plomados.

Respecto a la utilización, distribución y control de los EPI's seguimos los preceptos del R.D. 773/97, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización de equipos de protección individual.

Tras hacer una revisión bibliográfica y consultar a la Unidad de protección radiológica, proponemos revisar anualmente la integridad de los EPI's realizando un control visual y radiológico de todos ellos.

- Conocer el estado para garantizar el uso de los EPI's (tanto los usados por los trabajadores, como los que se usan para la protección de los pacientes)

- Registrar desperfectos/incidente

- Notificación a Riesgos Laborales

En primer lugar se efectuaría un recuento e inspección visual de todos los EPI's dejando constancia por escrito en unos formularios creados al efecto.

Se crearía una base de datos de todos los EPI's, su estado y las posibles anomalías detectadas

Posteriormente se realizaría una exploración radiológica a todos los EPI's, los más grandes divididos por cuadrantes con los siguientes parámetros técnicos:

- Distancia foco/placa: 1 metro

- Bucky mesa

- Técnica manual

- Voltaje: 70 Kv

- Corriente tubo: 200 mAs

Proponemos que estos controles se realicen de forma:

Rutinaria

- 1 vez al año

- Todos los EPI's

- Se realiza por el mismo técnico para evitar variabilidad de datos

Ocasional

- De urgencia

- Se realiza sobre el equipo bajo sospecha

- Se realiza por el técnico que detecta el equipo defectuoso

En caso de que los EPI's no se hubieran tratado de forma adecuada o hubieran sido guardados de forma inadecuada la imagen dejaría ver los posibles desperfectos.

Se crea un indicador de % de EPI's defectuosos

En la primera inspección realizada en diciembre de 2016 se revisaron un total de 59 Epi's de los que 13 aparecieron con anomalías leves subsanables y 7 con anomalías graves que fueron retirados del servicio y sustituidos por nuevos.

AUTORES: LEÓN RODRÍGUEZ, MARÍA JOSÉ; ALJARO NUÑEZ, B.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL QUIRÓNSALUD MÁLAGA.



ID: 229

TÍTULO: MODELO PARTICIPATIVO DE CALIDAD: DE LA MICROGESTIÓN A LA GESTIÓN INTEGRADA DE LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

RESUMEN:

La institución partía de un modelo de microgestión de la calidad, solo implantado en algunos servicios, que definían sus objetivos y plan de trabajo anual a partir de sus resultados, pero con una visión aislada y estrictamente clínica. El resto de servicios no definían objetivos de mejora, ni disponían de una sistemática de planificación y seguimiento

Se inicia un cambio de orientación a partir del análisis de la situación y de establecer como objetivo estratégico institucional desplegar el modelo y la cultura de la calidad (cc) a todos los niveles y profesionales

Implementar una gestión integrada de la calidad con alta participación y representación de los profesionales

Extender la cc dentro de la institución

Material: Plan y objetivos estratégicos, modelo de relación con grupos de interés, políticas de calidad, informes de revisión por la dirección, manuales y planes de calidad, grupos de trabajo de calidad y normativa aplicable

Método: Se realiza un análisis de la evolución de la cc en la institución, mediante la revisión de diferentes documentos históricos, analizando los cambios de las diferentes versiones, profesionales y áreas implicadas, elaborando un mapa cronológico de hechos relevantes

Reuniones de los equipos de calidad y con la dirección, creación de grupos de calidad estableciendo objetivos y funciones, definición de la estructura y modelo de funcionamiento y relación entre equipos

Se establece un cambio estructural y funcional del servicio de calidad corporativa (CCO), que incorpora entre sus funciones el alineamiento de los objetivos y acciones con la finalidad de alcanzar la integración total del sistema. Desde CCO se define el marco estratégico sobre el que elaborar junto con los servicios los objetivos específicos a desplegar en cada ámbito, garantizando la coherencia con las líneas de trabajo marcadas por la dirección

Se aprueba una política de calidad y seguridad que sirve de marco para el nuevo modelo de gestión y que establece 2 grandes objetivos: la mejora de la calidad de los servicios sanitarios y la mejora de la calidad en la gestión, concretándose en 6 principios que enmarcan las líneas de trabajo del nuevo enfoque en la institución.

Se crea una estructura que incluye responsables territoriales, coordinadores de servicios, y técnicos miembros de grupos de mejora, a través de los que se despliega el ciclo Deming y permite la difusión de la cc en todos los estamentos y niveles de la organización: Comité de Calidad donde se realiza la planificación; Comités Operativos: que despliegan las acciones definidas en los servicios; Comités de Evaluación y Seguimiento: donde se analizan resultados y se proponen acciones de mejora; y Comisión de Calidad: órgano informativo donde participan todos los profesionales interlocutores con los estamentos de calidad

Para que la cc esté presente en la operativa diaria de los profesionales es necesario que forme parte de la estrategia corporativa y del modelo de comunicación y participación

AUTORES: CARPENA HERNÁNDEZ, ANA1; ASENSIO BLASCO, E2; VIDAL MILLA, A3; ,4; ,5; ,6.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUTO CATALÁN DE ONCOLOGÍA1; INSTITUTO CATALÁN DE ONCOLOGÍA2; INSTITUTO CATALÁN DE ONCOLOGÍA3; 4; 5; 6.



ID: 230

TÍTULO: UNA HERRAMIENTA PARA EL ANÁLISIS DE LOS INCIDENTES Y LA MEJORA DE LOS PROCESOS

RESUMEN:

En el año 2010 nuestra institución inicia un proceso de unificación de las certificaciones de calidad. Se implanta un sistema de gestión de la calidad corporativo con un registro de las no conformidades estandarizado en diferentes sistemas que no acaban de dar respuesta a las necesidades globales de los servicios certificados. Por ello, en 2016 se inicia el desarrollo de un modelo de registro corporativo y compartido con toda la institución

Disponer de una herramienta con visión global, que nos permita hacer una correcta gestión de los riesgos, de los incidentes y la monitorización de las acciones correctivas y de mejora y de su eficacia. Además esta ha de estar accesible para todos los profesionales de la institución, y ha de permitir compartir información entre las diferentes áreas, servicios y centros, así como hacer benchmarking interno. Implicar a todos los profesionales de la institución en la mejora continua. Reforzar la cultura de calidad organizacional

Material: formularios papel, hoja de cálculo, bases de datos del Área de Personas y de Oncología Radioterápica, norma ISO 9001

Método: A partir de todos los sistemas de registro previos y de los requisitos de la norma en que se basa nuestro sistema de gestión de la calidad se identifican los campos, criterios e interrelaciones entre estos necesarios para poder identificar los puntos críticos de los procesos y mejorarlos. Así mismo se incorpora en el aplicativo, la gestión de riesgos, aplicando metodología AMFE para la priorización y relacionando los riesgos determinados con acciones de mejora

Disponer de una nueva herramienta de registro y gestión tanto de riesgos como de no conformidades, así como de sus acciones correctivas y de mejora. Accesible a todos los profesionales de la institución a través de la intranet, amigable, ágil por su alto nivel de parametrización y con visión global del ciclo de mejora continua

Incorporar una nueva dinámica de trabajo más participativa compartiendo el conocimiento y la experiencia

Poder realizar un análisis global de la institución, comparándonos entre servicios/procesos de los diferentes centros

Sistematizar el seguimiento introduciendo alertas automáticas de declaración de nuevos incidentes y de actividades pendientes por responsables

Extender el modelo de calidad a todos los servicios y profesionales con independencia que de los procesos en los que trabajan estén o no certificados

Reforzar la cultura de evaluación, desde una perspectiva de mejora continua y sin intención punitiva

AUTORES: CARPENA HERNÁNDEZ, ANA; MUNIESA RUBIO, J; ASENSIO BLASCO, A; SERVICIOS CERTIFICADOS ISO, S.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUTO CATALÁN DE ONCOLOGÍA.



ID: 231

TÍTULO: PERCEPCIÓN, DE LOS PROFESIONALES DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICO COMO HERRAMIENTA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

RESUMEN:

La seguridad del paciente se define como la “ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, del riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria”.

La seguridad del paciente es una de las prioridades del sistema sanitario. En el año 2005, la OMS lanzó el primer desafío: disminuir las infecciones nosocomiales. En el año 2008 encaró otro reto orientado a la seguridad de las prácticas quirúrgicas: “La cirugía segura salva vidas”. Con el asesoramiento de cirujanos, anestesistas y personal de enfermería, expertos en seguridad del paciente, identificó una serie de controles de seguridad que podrían llevarse a cabo en cualquier quirófano. Elaboró la Lista OMS de Verificación de la Seguridad en la Cirugía (Surgical Safety Checklist) y estableció que todos los países podían mejorar la seguridad de la atención quirúrgica de los hospitales si usaban esta lista o instrumentos similares y si establecían una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos.

En el año 2012 se implantó en los hospitales que forman nuestra área sanitaria el uso de un LVQ con veinte ítems, para ayudar a controlar exhaustivamente la situación del paciente quirúrgico. Conocer la percepción de los profesionales sanitarios de quirófano sobre el grado de utilización y la utilidad del listado de verificación quirúrgico en los hospitales que forman parte de nuestra área sanitaria.

Estudio descriptivo, transversal. El instrumento que se utilizó fue un cuestionario ya utilizado en el Hospital de Navarra. Cuestionario auto-cumplimentado formado por cinco preguntas sobre la utilidad, cinco sobre su grado de utilización, una pregunta abierta y cinco sociodemográficas. La población a estudio fueron cirujanos, anestesistas y enfermeras de los quirófanos. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó la T de Student, ANOVA y el Chi-cuadrado, así como frecuencias absolutas y relativas.

La tasa de respuesta fue del 43,51%, entre el 41,2 (enfermeras) y el 15,8% (cirujanos). La media de edad de los respondedores fue de 42 años (DE: 9,6). El 71,9% dijo cubrir siempre el LVQ, frente a un 21,9% que dijo haberlo cubierto en algunas ocasiones. Los profesionales le otorgaron una utilidad media de 7,1 puntos (escala de 0 a 10), siendo mayor en los anestesistas. El 42% cree que logró prevenir errores. Aquellos profesionales que sí detectaran que previniera errores, le otorgaron una utilidad media de 8,5 puntos, frente al 4,9 de los que respondieron que no previniera errores ($p < 0,001$). Un 78,9% querría que se cubriese el LVQ si ellos fuesen a ser intervenidos. El 56,3% consideró que es una herramienta que mejora la comunicación.

Los profesionales utilizan casi siempre el LVQ y le otorgan una utilidad media-alta.

AUTORES: ESPERÓN GÜIMIL, JOSE ANTONIO1; CAMPOS CHAN, L.

CENTRO DE TRABAJO: XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA PONTEVEDRA E O SALNÉS.



ID: 232

TÍTULO: TALLER PARA LA IMPLANTACIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA: UNA EXPERIENCIA DE COMO MOTIVAR PARA TRABAJAR EN GESTIÓN DE CALIDAD

RESUMEN:

Entre las funciones de las Comisiones Locales de Calidad (CLC) destaca la de impulsar proyectos de mejora (PM) de la calidad en los Centros de Salud (CS), apoyando su diseño, planificación e implantación. Es necesario para ello que los CS cuenten con profesionales formados e implicados.

Se plantea un taller novedoso coordinado por la CLC que alterna la formación en el ciclo de mejora continua (PDCA), el trabajo en grupo de los responsables de calidad (RC) y el traslado del aprendizaje al propio CS
General: Implantar PM de la calidad liderados por la CLC en los CS

Específicos:

- Formar a los RC de los CS para desarrollar PM de la calidad
 - Detectar oportunidades de mejora
 - Elaborar PM que respondan a las oportunidades detectadas
 - Crear un espacio para compartir logros y dificultades y facilitar la implantación de los proyectos en los CS
- Implantar en los CS los PM elaborados de acuerdo a sus características y necesidades

Previamente al inicio del taller los RC priorizan en conjunto 4 oportunidades de mejora reales detectadas en sus CS, sobre las que desarrollar la metodología del taller. Se dividen los RC en los 4 grupos en que se estructura el trabajo, coordinados por un miembro de la CLC.

Se realizan 5 sesiones teórico-prácticas y una jornada de presentación de proyectos. En cada sesión los RC comparten la primera parte (formación sobre el PDCA y herramientas); a continuación se realiza el trabajo en cada grupo, desarrollándose los pasos del PDCA. Entre sesión y sesión los miembros de la CLC realizan seguimiento del desarrollo de los proyectos.

Se diseñan 4 proyectos marco, que cada RC traslada a su CS, y que son adaptados por el equipo de mejora del CS según sus características y necesidades para optimizar la implantación y resultados.

Se han formado 26 RC y se han desarrollado 4 PM marco en diferentes dimensiones (calidad científico-técnica, accesibilidad, seguridad) que responden a la percepción en los CS sobre sus necesidades de mejora. Los 4 PM se han adaptado en los 26 CS participantes (84% de la DA), resultando 26 PM específicos, implantados en todos ellos. Se han abordado las siguientes áreas:

Valoración del riesgo cardiovascular = 8 CS

Gestión del paciente urgente/sin cita = 7 CS

Demora para conseguir cita = 5 CS

Atención al paciente mayor polimedcado = 6 CS

La implantación de acciones de mejora se inició entre junio y septiembre de 2016. En enero de 2017 se realizó una jornada de presentación de proyectos, con la evaluación de la implantación del plan de acción. En estos momentos los CS están evaluando sus resultados, que se presentarán en una sesión a finales de mayo.

El formato del taller, la creación de grupos de trabajo que comparten la oportunidad de mejora y el seguimiento de la CLC, han permitido crear un espacio de colaboración para los RC, donde compartir conocimientos, logros y dificultades para la implantación de PM.

La actividad ha tenido un gran impacto: 26 CS tienen un RC formado y un proyecto implantado.

AUTORES: MARTÍNEZ PATIÑO, M DOLORES¹; VÍTORES PICÓN, P²; LOZANO QUINTANA, A³; GARCÍA ESTÉVEZ, S⁴; GONZÁLEZ MARTÍN, A⁵; ESTEPA MUÑOZ, M⁶.

CENTRO DE TRABAJO: ÁREA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. GERENCIA ASISTENCIAL DE A. PRIMARIA¹; DIRECCIÓN ASISTENCIAL SUR. GERENCIA ASISTENCIAL DE A. PRIMARIA²; CS MARIE CURIE. DA SUR. GERENCIA ASISTENCIAL DE A. PRIMARIA³; CS LEGANÉS NORTE. DA SUR. GERENCIA ASISTENCIAL DE A. PRIMARIA⁴; CS HUERTA DE LOS FRAILES. DA SUR. GERENCIA ASISTENCIAL DE A. PRIMARIA⁵; CS COLMENAR DE OREJA. DA SUR. GERENCIA ASISTENCIAL DE A. PRIMARIA⁶.

ID: 233

TÍTULO: LAS INTERRUPCIONES EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: UNA OPORTUNIDAD PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

RESUMEN: Las interrupciones en las consultas de Atención Primaria (AP) son una causa importante de distracciones al alterar el desarrollo de la atención, y suponen un riesgo para el paciente. La Estrategia de Seguridad del Paciente de la Consejería recoge como objetivo para AP la elaboración de un análisis de las interrupciones y la implantación de un protocolo individualizado de gestión de interrupciones en cada Centro de Salud (CS) General. Realizar un análisis de las interrupciones en la consulta de AP Específicos

- Describir tipo, origen y motivos de las interrupciones
- Analizar sus causas
- Seleccionar acciones de mejora
- Elaborar recomendaciones de seguridad para gestionar las interrupciones

Se forman 2 grupos multiprofesionales.

Sesión 1. Reflexión individual sobre interrupciones recibidas/realizadas y consecuencias; puesta en común; técnica de grupo nominal (selección individual de 3 formas de interrupciones y 3 causas); agrupación por tipos, origen y causas. La sesión se grabó en audio con posterior transcripción y análisis de contenido clásico con el software OpenCode para el procesamiento del texto.

Sesión 2. Selección de causas abordables, propuesta de acciones de mejora.

Se elaboró un informe con los resultados de ambos grupos y una recomendación de seguridad en forma de protocolo para su adaptación en cada CS

Descripción

Tipo. 59% son presenciales, 34% telefónicas, 7% diversas (ruido, incidencias informáticas).

Origen. Prof. sanitarios: 44%, administrativos: 15%, pacientes: 15%.

Motivos. 28% por problemas organizativos; 11% dudas clínicas, 11% falta de material. Sólo el 3% obedecen a urgencias.

Causas

- Formación y entrenamiento: desconocimiento de protocolos y circuitos existentes
- Individuales: falta de sensibilización, de colaboración entre estamentos, dudas clínicas demorables
- Equipo: falta de reuniones, de coordinación médico-enfermera, no respeto a circuitos
- Tarea: falta de protocolos, de procedimiento de gestión de llamadas, de derivación entre profesionales
- Comunicación: infrutilización de comunicación interna, mala gestión de avisos y urgencias
- Equipamiento: gestión y reparto de material, mantenimiento informático
- Organizativos: gestión de agendas, de pacientes sin cita/urgentes, de llamadas, localización profesionales
- Pacientes: sensibilización, educación, desconocimiento del funcionamiento del centro

Acciones de mejora

Se agrupan en 4 líneas estratégicas de acción relacionadas con:

- Concienciación, formación y organización de los profesionales
- Concienciación e información a los pacientes
- Concienciación del equipo, puesta en marcha de procedimientos organizativos de buen funcionamiento
- Gestión adecuada de los recursos y equipamientos

Difusión e implantación. Se presenta en 7 reuniones, una por Dirección Asistencial a los responsables de seguridad de los 262 CS. Se propone realizar sesión en su CS para selección de las acciones de mejora del protocolo propuesto y elaborar cronograma de implantación.

AUTORES: MARTÍNEZ PATIÑO, M DOLORES¹; OLIVERA CAÑADAS, G²; GARZÓN GONZÁLEZ, G³; DRAKE CANELA, M⁴; BERMEJO CAJA, CJ⁵; CAÑADA DORADO, A⁶.

CENTRO DE TRABAJO: ÁREA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. GERENCIA ASISTENCIAL DE A. PRIMARIA¹; DIRECCIÓN DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CARLOS²; ÁREA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. GERENCIA ASISTENCIAL DE A. PRIMARIA³; ÁREA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. GERENCIA ASISTENCIAL DE A. PRIMARIA⁴; UNIDAD DE APOYO TÉCNICO. GERENCIA ASISTENCIAL DE A. PRIMARIA⁵; ÁREA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. GERENCIA ASISTENCIAL DE A. PRIMARIA⁶.



ID: 234

TÍTULO: PRESCRIPCIÓN DE HIPOLIPEMIANTE EN PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR MODERADO Y BAJO EN ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

El proyecto Esencial (PE) elabora recomendaciones para evitar prácticas clínicas de poco valor (PPV) promoviendo su diseminación mediante una intensa campaña de comunicación y la implementación de estas recomendaciones en la práctica clínica. Este proyecto se añade a otras iniciativas como la desprescripción de fármacos que se está llevando a cabo en el atención primaria (AP). En el año 2014, el proyecto en colaboración con las sociedades científicas, elaboró una recomendación en la que no se recomienda la prescripción sistemática de hipolipemiantes para la prevención primaria cardiovascular en población con riesgo cardiovascular (RCV) moderado (5-10) o bajo (menor a 5). En nuestro contexto, desde el año 2005, la dispensación de hipolipemiantes ha aumentado en un 57%.

En el marco de la implementación de las recomendaciones del PE en AP, se elaboraron indicadores de prevención cuaternaria para monitorizar la práctica clínica, que incluía un indicador adaptado a la recomendación de hipolipemiantes.

Analizar la prescripción de hipolipemiantes en pacientes con RCV menor a 10 y menor a 5 por equipos de atención primaria (EAPs) y por profesionales sanitarios.

Estudio descriptivo transversal. Se incluyeron datos del 2014 a 2016 a partir de la historia clínica electrónica en AP (286 EAPs). Para el análisis, se incluyen el porcentaje de pacientes en tratamiento con hipolipemiantes con RCV menor a 10 y menor a 5 y su evolución en los dos últimos años. Así mismo la variación del número de tratamientos iniciados por profesional sanitario (médicos de familia: 3400, enfermeras: 3715).

En los dos últimos años (2014-2016) hay una disminución del 41% de prescripciones nuevas de hipolipemiantes en los pacientes con un RCV menor a 10 y de un 16% en los pacientes con un RCV menor a 5.

Del total de pacientes en tratamiento actual con hipolipemiantes el 67% tienen un RCV menor a 10 o no calculado y el 36% tienen un RCV menor a 5.

Por otro lado, cuando se analiza por profesional sanitario, se evidencia que un 66% de los profesionales sanitarios han disminuido una media de 8 tratamientos iniciados anualmente a personas con RCV menor a 10 y un 44% han disminuido una media de 24 tratamientos con RCV menor a 5, pero un 22% de los profesionales han aumentado el número de pacientes tratados.

En conclusión, en el ámbito de AP se observa la tendencia a disminuir la prescripción de hipolipemiantes para la prevención primaria cardiovascular en población con RCV moderado bajo. No obstante, el sobretreatmento de hipolipemiantes en este grupo de pacientes es todavía importante lo que pone de manifiesto la necesidad de iniciativas que estén dirigidas a disminuir las prácticas innecesarias para mejorar la calidad asistencial y la sostenibilidad del sistema sanitario. La monitorización y seguimiento de este indicador permite orientar la estrategia de implementación del proyecto reforzando nuevas estrategias dirigidas a profesionales e implicando a pacientes.

AUTORES: CARO MENDIVELSO, JOHANNA MILENA¹; MEDINA PERALTA, M²; ALMAZÁN, C³.

CENTRO DE TRABAJO: AGÈNCIA DE QUALITAT I AVALUACIÓ SANITÀRIES DE CATALUNYA (AQUAS)¹; INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT (ICS)²; AGÈNCIA DE QUALITAT I AVALUACIÓ SANITÀRIES DE CATALUNYA (AQUAS)³.



ID: 235

TÍTULO: HACIA UNA ADMINISTRACIÓN SIN PAPELES

RESUMEN:

Debido a la dificultad de administración de la documentación, CASS comienza un proyecto para migrar y ampliar su gestor documental. Durante este proyecto, se incorpora la idea de la creación de expedientes y se comienza con el desarrollo de procesos que interactúan entre varios departamentos, para reducir los plazos en la resolución de los trámites y evitar el extravío y duplicidad de documentos.

Modernizar la entidad, rigiendo su actividad en base a procesos, incorporando la mejora continua, e intentando eliminar los papeles en el margen de lo posible.

Para conseguir este objetivo, CASS está cambiando sus sistemas informáticos a JavaEE, ha incorporado el gestor documental Alfresco y ha adquirido el BPM Activiti.

Durante los próximos días se pondrán en funcionamiento los primeros procesos, y podremos cuantificar la mejora aportada. Hasta el momento este proyecto ha servido para crear un cambio cultural que nos ha llevado a iniciar un proyecto para un cambio global de los sistemas de información y con el que convertiremos todos los trámites en procesos.

AUTORES: MARTÍN MONTERO, EMILIANO; CAUBET ELFA, D; LUJÁN ROSELL, M; BEENING JANSEN, A.

CENTRO DE TRABAJO: CAIXA ANDORRANA DE SEURETAT SOCIAL.

ID: 236

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA ADECUACIÓN DE LAS SOLICITUDES DE PRUEBAS DE ESFUERZO CARDIOLÓGICAS

RESUMEN:

En nuestro centro se dispone de dos tipos de pruebas de esfuerzo. La prueba convencional (realizada en nuestro hospital) y MIBI-spect (se realiza en otro hospital y considerada un producto intermedio externo); éste puede mejorar la precisión diagnóstica, pero existe un riesgo de irradiación y es más caro. Las complicaciones son raras, pero es posible el sobrediagnóstico en personas de bajo riesgo, puede desencadenar una cascada de pruebas y de seguimiento innecesario. En 2012 realizamos 1.123 pruebas de esfuerzo cardíaco: 351 convencionales y 772 MIBI-SPECT: con un coste anual de 161.921,5 €. El tiempo de espera era mucho menor en MIBI-SPECT que en la prueba de esfuerzo convencional.

Crear un protocolo para petición de estas pruebas incluido en la solicitud de la historia clínica electrónica basado en la evidencia científica. Disminuir los exámenes inapropiados. Mejorar el tiempo de espera en la ergometría convencional. Establecer criterios de prioridad de realización. Revisar la evidencia científica. Definir los criterios de solicitud. Desarrollo de registro electrónico. Coordinación de atención primaria y cardiología. Formación de la atención primaria.

Reducción de la demanda del total de pruebas en un 19,9%.

	2012	2013	2014	2015	2016
Ergo convencional	351 (espera 9 meses)	461	554	526	601 (espera 2 meses)
MIBI-spect	772	690	532	369	297

La disminución de MIBI-SPECT se produjo en todas las especialidades, pero sobre todo en atención primaria.

No se detectó aumento del número de derivaciones para primeras visitas de la cardiología ni de coronariografías y hemos reducido el gasto en MIBI-SPECT respecto al año anterior en 34.807,4 € en 2014, 26.876,6 € en 2015 y 16.820 € en 2016..

Esta experiencia mejora la atención al paciente: proporciona la mejor prueba diagnóstica basada en las necesidades clínicas; minimiza el riesgo de sobrediagnóstico y permite a los médicos ofrecer un proceso de diagnóstico basado en guías de práctica clínica: experiencia "Triple Aim". Se mantuvo el nivel de capacidad diagnóstica de Atención Primaria. Optimizó los recursos en nuestra institución y ayudó a reducir el coste de las derivaciones externas. El registro médico electrónico facilitó este proceso de innovación mediante la creación de un nuevo modelo de solicitud de pruebas utilizando la evidencia científica.

AUTORES: SANCHEZ HIDALGO, ANTONIO; MEDARDE BARRAGAN, E.

CENTRO DE TRABAJO: CONSORCI SANITARI DE TERRASSA.



ID: 237

TÍTULO: USO DE FENTANILO DE LIBERACIÓN RÁPIDA EN UN ÁREA DE SALUD Y PROPUESTA DE ABORDAJE DE PACIENTES HIPERCONSUMIDORES

RESUMEN:

El uso de las formas de liberación rápida de fentanilo se ha disparado exponencialmente desde que en 2001 se aprobara su indicación para el control del dolor irruptivo en pacientes adultos con cáncer en tratamiento de mantenimiento con opioides para aliviar el dolor crónico. Paralelamente a este fenómeno, distintos organismos internacionales han alertado acerca del incremento progresivo de la mortalidad por analgésicos opioides de prescripción, recomendando la implementación de prácticas para mejorar el uso de las presentaciones de liberación rápida, dado el riesgo elevado de adicción que implican.

1. Analizar el patrón de utilización de opioides en nuestro área de referencia, con el fin de identificar a los pacientes con consumo excesivo de fentanilo de liberación rápida.
2. Medir el impacto de una intervención sobre los médicos prescriptores, dirigida a optimizar el uso de estos fármacos en los pacientes hiperconsumidores.

Consultando la base de datos de dispensaciones en oficinas de Farmacia del SNS, se identificó a aquellos pacientes del Área de Salud que retiraron en diciembre de 2016 cualquier presentación de opiáceos, tanto rápidos como de liberación sostenida, y se recabó la Dosis Diaria Definida (DDD) de los mismos. Los pacientes que retiraron más de 6 envases de fentanilo de liberación rápida en el mes de estudio fueron considerados "hiperconsumidores" y se revisó su correspondiente historia clínica para objetivar el diagnóstico principal asociado a la indicación del tratamiento con opiáceo. Para cada uno de ellos el Servicio de Farmacia Hospitalaria realizó una interconsulta a la Unidad del Dolor, informando de la situación y detallando las unidades de fentanilo de liberación rápida dispensadas. La Unidad del Dolor citaba a los pacientes y elaboraba un informe en el cual se ajustaban las dosis y se optimizaba la pauta analgésica. Se compararon las medias de DDD antes y al abo de un mes de la intervención, mediante T de Student apareada. Hubo 16 pacientes hiperconsumidores (8 hombres y 8 mujeres), con edad media 56 años, sólo uno de los cuales tenía diagnóstico de cáncer en el momento del estudio. Tras la intervención 8 pacientes disminuyeron su consumo medio, aunque la diferencia detectada entre la DDD pre- (324 ± 77) y post-intervención (294 ± 70) no fue estadísticamente significativa. Al segundo mes sólo 3 pacientes mantuvieron el descenso de la DDD media.

Es posible que el escaso impacto de la intervención sea consecuencia del potencial adictivo de estos fármacos y la facilidad con la cual se puede conseguir recetas de opiáceos de distintos médicos, que en ocasiones desconocen la carga real de opiáceos que consumen los pacientes. Es necesaria una intervención multidisciplinar que implique a los médicos de AP y Cuidados Paliativos, y que abarque el manejo de la adicción y el seguimiento específico de los pacientes hiperconsumidores, dado el riesgo que entraña el uso de dosis de opioides tan altas.

AUTORES: ABELLON RUIZ, JUAN; SOLER SOLER, MM; RUIZ RAMIREZ, JC; ALONSO HERREROS, JM; MUNOZ SANCHEZ, M; CONTESSOTTO SPADETTO, C.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR.



ID: 238

TÍTULO: GESTIÓN Y MONITORIZACIÓN DE LAS INCIDENCIAS PREANALÍTICAS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA: UTILIDAD DEL CHECK LIST.

RESUMEN:

La evaluación y mejora de los procesos preanalíticos es clave en el proceso de obtención y recogida de muestras para obtener unos resultados de calidad sin comprometer la seguridad del paciente y disminuir los gastos en salud.

Conocer el número y las características de las incidencias preanalíticas tras la implantación de la aplicación proactiva informática Check-list laboratorio y evaluar el sistema de seguimiento.

Estudio retrospectivo utilizando registros entre Junio 2016 a Mayo 2017, emplazado en un Área Básica de Salud urbana con una población asignada de 16644 personas en la que se dispone de módulo de obtención de muestras con un espacio destinado a la extracción de sangre y/o de recogida de muestras previa identificación del paciente (mediante DNI).

Para la implementación del proceso se identificó una enfermera de referencia que recibiría por email la notificación de las incidencias preanalíticas generadas diariamente. Se revisaron diariamente las incidencias para determinar la acción a realizar previamente a la visita del paciente para el resultado.

Resultados:

Se realizaron un total de 6576 analíticas con un total de 87 incidencias (1,32%) en el período junio-diciembre de 2016: junio [1054 analíticas: 4 incidencias (0,38%)]; julio [804 analíticas: 13 incidencias (1,62%)]; agosto [709 analíticas: 13 incidencias (1,83%)]; septiembre [991 analíticas:11 incidencias (1,11%)]; octubre [1024 analíticas: 24 incidencias (2,34%)]; noviembre [1154 analíticas: 16 incidencias (1,39%)]; diciembre [840 analíticas: 6 incidencias (0,71%)]. Durante enero-mayo 2017 se realizaron 5540 analíticas con un total de 40 incidencias (0,72%): enero [970 analíticas: 5 incidencias (0,52%)]; febrero [1094 analíticas:10 incidencias (0,91%)]; marzo [1260 analíticas: 9 incidencias (0,71%)]; abril [979 analíticas:12 incidencias (1,23%)]; mayo [1237 analíticas: 4 incidencias (0,32%)]. Los errores preanalíticos observados en el primer periodo fueron 8,04% muestras coaguladas, 10,34% insuficientes, 5,74% hemolizadas, 1,15% recipiente incorrecto y 70,11 no remitidas. En el segundo periodo 2,5% coaguladas, 2,5% insuficientes,15% hemolizadas, 5% en recipiente incorrecto y 67,5% no remitidas. No hubo errores en la identificación del paciente en ningún período.

Conclusiones:

En nuestro centro las incidencias preanalíticas disminuyeron progresivamente tras la instauración de un sistema de seguimiento, con un repunte en agosto y octubre del 2016 que coincide con incorporación de personal eventual en el laboratorio. El error más frecuente fue "muestra no remitida" (orina) como en otras series publicadas. Destaca la ausencia de error por identificación del que hasta hoy en día era uno de los errores más prevalentes. Hemos presentado un método práctico y eficaz, realizado diariamente con el objetivo de gestionar el error previa la visita del paciente e identificar y priorizar áreas de mejora para establecer estrategias de resolución inmediata.

AUTORES: SANCHO VILELLAS, M. JESÚS; VILALTA ESCODA, MR; HERREROS MARTÍNEZ, MI; ROSELLÓ ORIOL, M; GAROLA RECASENS, D; MARTÍ SENDRA, E.

CENTRO DE TRABAJO: CAP SANT PERE I SANT PAU1.

ID: 239

TÍTULO: IMPACTO SOBRE POBLACIÓN DIABÉTICA DE UN CIRCUITO DE CRIBADO PARA LA RETINOPATÍA DIABÉTICA, 10 AÑOS TRAS SU IMPLANTACIÓN

RESUMEN:

La retinopatía diabética (RD), como complicación crónica de la diabetes mellitus (DM), influye de manera severa en la calidad de vida de estos pacientes. Su detección precoz puede prevenir el inicio y progresión de la RD, reduciendo el número de personas afectadas por baja visión o ceguera.

En 2006 existía en nuestro territorio una demora de año y medio en el cribado por parte del oftalmólogo. La previsión del incremento de la DM, junto con la obtención de una cámara de retinografía no midriática (CRNM) en atención primaria (AP), motivó crear un nuevo modelo de circuito para el control de pacientes diabéticos y optimizar las derivaciones al servicio de oftalmología.

Evaluación del impacto del circuito para el cribado de la RD mediante CRNM en (AP), tras 10 años de implantación, sobre población diabética del territorio de referencia.

Estudio descriptivo de los resultados obtenidos, tras consolidación del circuito establecido, mediante obtención de imágenes digitalizadas incorporadas en la historia clínica informatizada, y el programa formativo diseñado.

El circuito consiste en que el médico deriva a sus pacientes diabéticos a la consulta de CRNM. Allí un profesional entrenado realiza las fotografías y las incluye en la historia del paciente que serán remitidas a su médico de familia para que las valore, sin necesidad de generar visitas adicionales del paciente. En caso de imagen dudosa o patológica el médico solicita valoración de ésta por parte del oftalmólogo. En caso de confirmación de patología que requiera atención oftalmológica se contacta con el paciente para programarle cita en hospital para recibir atención oportuna de una forma ágil.

En los 10 años de funcionamiento de nuestro circuito de cribado de RD se han sido controlados 15.811 pacientes diabéticos (representa el 90% de los diabéticos esperados en el territorio). De los cuales se realizó interconsulta de las imágenes al oftalmólogo en 3.532 casos (22,3%) y se ha contactado con 769 pacientes (4,8%) desde el hospital para un seguimiento y tratamiento especializado. Se evitaron 15.042 derivaciones de usuarios al especialista.

La demora para el cribado de la RD se mantiene estable durante este decenio en menos de 1 mes. Se ha reducido significativamente el tiempo de retraso diagnóstico de la RD y su intervención y/o control por parte del oftalmólogo en aquellos pacientes con RD moderada-severa.

El cribado de RD en el territorio de referencia de la CRNM de AP está consolidado como una competencia más del médico de familia.

El modelo de circuito de cribado de RD mediante CRNM coordinado entre AP y oftalmología ha mejorado el manejo del paciente diabético, al reducir los tiempos de espera y en optimizar los circuitos interdisciplinarios. De este modo, se ha conseguido una satisfacción de los profesionales como de los propios pacientes diabéticos.

AUTORES: SAGARRA ÀLAMO, RAMON¹; ROMERO AROCA, P²; VERGES PUIG, R³; NAVARRO GIL, R⁴; BASORA GALLISÀ, J⁵.

CENTRO DE TRABAJO: UNIDAD CRNM. CAP SANT PERE (REUS)¹; HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT JOAN DE REUS²; HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT JOAN DE REUS³; HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT JOAN DE REUS⁴; CAP SANT PERE REUS⁵.



ID: 240

TÍTULO: DINAMIZACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA.

RESUMEN:

La Cartera de Servicios Sanitarios es un elemento dinámico debido a las necesidades cambiantes de la población, a los avances científicos, del conocimiento y de la tecnología en materia de Salud, y a su vez garantiza las condiciones básicas y comunes para una atención integral y continuada. Dinamizar el procedimiento de actualización de la Cartera de Servicios de la Comunidad Autónoma (CA) para mejorar la agilización y calidad de la información, ante la incorporación de un nuevo Servicio al Sistema de Salud.

Fomentar entre los profesionales sanitarios el conocimiento y funcionamiento de la Comisión de Evaluación de Cartera de Servicios Sanitarios de la Comunidad Autónoma (CECSS) y la cultura de evaluación de la oferta asistencial

Se ha creado un nuevo procedimiento de actualización de la Cartera de Servicios de la CA, que incluye un nuevo formulario de solicitud/memoria técnica, la revisión del procedimiento de evaluación, y la emisión del informe final por parte de la CECSS, para la incorporación, modificación y/o supresión de un nuevo servicio a la Cartera Sanitaria de Salud .

El análisis de las solicitudes es realizada por el equipo técnico de la Cartera de Servicios previamente a la evaluación por los miembros de la CECSS, siguiendo la metodología descrita en el procedimiento, lo que permite la adecuación de las solicitudes a evaluar por la misma.

Por otro lado, se ha promovido la creación de grupos de trabajo formada por médicos especialistas de toda la comunidad, con el fin de dinamizar el procedimiento de revisión/actualización de la Cartera de Servicios en distintas áreas (ej. laboratorios, anatomía patológica...)

Se ha procedido a la difusión activa de este nuevo procedimiento en todos los sectores sanitarios de la CA.

La difusión y puesta en marcha del procedimiento y el nuevo formulario de solicitud ha supuesto el incremento de número de solicitudes recibidas en la Dirección General de Asistencia Sanitaria. La agilización en su procesamiento ha contribuido a evaluar un mayor número de solicitudes, mejorando el tiempo entre la recepción y la emisión del informe final.

La creación de grupos de trabajo ha permitido la revisión y actualización de las Carteras de Servicio adecuando los catálogos de prestaciones a las necesidades de la oferta asistencial, mejorando la eficiencia de nuestro sistema sanitario.

Finalmente se ha adquirido el compromiso con las direcciones de los sectores sanitarios para la inclusión en los Acuerdos de Gestión del 2017, la revisión y actualización de su Cartera de Servicios.

Con la modificación del procedimiento actual de evaluación se contribuye a la mejora en el funcionamiento de proceso de inclusión de un servicio a la Cartera de Servicios Sanitarios de la CA.

La difusión del nuevo modelo ha contribuido a que los profesionales sanitarios accedan al conocimiento y la accesibilidad al proceso de actualización de la Cartera de Servicios Sanitarios de la Comunidad Autónoma.

AUTORES: MATARREDONA PAREJA, ANA MARIA; CORBACHO MALO, MS.

CENTRO DE TRABAJO: SERVICIO OFERTA ASISTENCIAL.DEPARTAMENTO DE SANIDAD DE ARAGÓN.

ID: 241

TÍTULO: QUEMADURAS EN EDAD PEDIÁTRICA: ESTUDIO DE INCIDENCIA PARA PLANIFICAR INTERVENCIONES CLÍNICAS ORIENTADAS A LA PREVENCIÓN

RESUMEN:

Últimamente se están detectando diferentes episodios de accidentes infantiles en el ámbito del hogar de casuística diversa y con desenlaces de diferente índole. En nuestro servicio, existe la impresión de un aumento de casos de quemaduras en un colectivo con nivel sociocultural bajo. Es por ello, que se plantea la realización de dicho trabajo para objetivarlo y valorar planes de actuación preventivos.

- Cuantificar y describir la gravedad de quemaduras en edad pediátrica atendidas.
- Describir factores asociados a la lesión.
- Determinar condicionantes socioculturales presentes en los casos de estudio.
- Proponer planes preventivos de actuación en e

Planteamos estudio descriptivo observacional transversal en el servicio de urgencias de un CUAP. Población estudio: pacientes pediátricos atendidos durante el periodo 2015-2016 con diagnóstico CIAP/CIE quemadura. Obtenemos una muestra N=130pacientes mediante muestreo no probabilístico de conveniencia. Se excluyen pacientes con codificación errónea. Variables: Nivel triaje, descripción lesión, derivación, tipo tratamiento, mecanismo producción, perfil sociocultural. Procedimiento: revisión de historia clínica para la obtención de los datos. Análisis descriptivo de las variables cuantitativas y promedios en las categóricas con el paquete estadístico SPSSv24.

La media de edad es de 7,25años con DE 4,2; donde 54,6% corresponde al sexo femenino. En un 37,7% recibieron nivel de triaje T3, y un 41,5% T4. El 6,2% son población de origen magrebí y el 3,8% de países del Este, sin encontrarse diferencias significativas en cuanto relación de gravedad y nivel sociocultural. El 0,8% fueron quemaduras Grado III y mayoritariamente grado II superficial (79,2%). El 58,5% el mecanismo de producción fue por contacto con líquidos calientes y la zona afecta predominante la mano 42,9%. El 71,5% de lesiones fueron derivadas a control ABS y 4,6% requirieron traslado a hospital de 1er nivel. De los etiquetados como nivel T2, el 66,6% fueron derivadas a hospital de 1er nivel y el resto al hospital de referencia.

El 41,9% de las quemaduras valoradas con nivel de T3 fueron remitidas para control a su equipo de atención primaria. Las etiquetadas como T4 fueron derivadas a control por primaria el 46,6%. En el 3,1 % de los casos (de más gravedad) se aplicó gasas húmedas e hidrogel Burnshield, cumpliendo así los protocolos de actuación. En el resto se utilizó Silvederma, Furacin u otras curas dependiendo de la lesión y localización según protocolo del centro.

CONCLUSIÓN

Los niños atendidos por quemaduras suponen un motivo de consulta relativamente frecuente, en su mayoría de poca gravedad. No obstante, la actuación practicada por los profesionales en los casos más complejos se ajusta a los protocolos. Estimamos necesario establecer intervenciones coordinadas con el Servicio de Pediatría de AP orientadas a minimizar accidentes en esta etapa. No consideramos el origen o la categorización social un factor determinante.

AUTORES: ESCORCIA CHAFER, JUAN ANTONIO; LOZANO OLMO, L; CRESPO PALAU, C; OCAÑA GARCIA, J; CARPINTERO COSTA, C; VASCO RODRIGUEZ, Y.

CENTRO DE TRABAJO: SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL LLEUGER ANTONI DE GIMBERNAT DE CAMBRILS.



ID: 242

TÍTULO: ANÁLISIS SOBRE EL ABSENTISMO EN PRIMERAS VISITAS DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL

RESUMEN:

Nuestra organización se apoya en normas que nos proporcionan la ayuda para mejorar el desempeño global y proporcionar una base sólida para las iniciativas de desarrollos sostenibles. Durante las revisiones por la Dirección de Sistema de Gestión de Calidad que tenemos implantado conforme a la norma UNE EN ISO 9001:2015, se observó el alto porcentaje de paciente que no acuden a la primera visita, teniendo en cuenta que desde el Servicio de Admisión se realiza, a todos los pacientes citados con prestación primera visita de psiquiatría y psicología, una llamada de recuerdo de la cita una semana antes de la misma. Por otro lado la estigmatización y los problemas de comunicación del paciente con enfermedad mental grave le hacen especialmente vulnerable, lo que se puede traducir en absentismo del paciente en sus primeras visitas.

Diseño y elaboración de un estudio que nos permita conocer las razones del absentismo de pacientes en primeras visitas en psiquiatría y psicología y esa forma identificar áreas de mejora que nos permitan la toma de acciones para reducir el absentismo.

Para llevar a cabo este estudio nos basamos en el total de pacientes atendidos en 2016 como primera visita (4454), calculamos el 20% de absentismo de ese año lo que supone un total de 900 citas. Para que la muestra sea representativa debemos suponer un 25% de dicha población por lo que trabajaremos con un mínimo de 225 citas. Tomamos como muestra el absentismo registrado en el primer trimestre del 2017 (18% enero, 15% en febrero, 19% marzo) lo que supone un total de 287 citas en los 3 meses. Estas citas se desglosan en dos bloques que reflejan dos motivos de anulación: A. "petición del paciente" citas que el paciente llama para anular, no generan hueco y el número de citas es de 125. B. "no presentados" no acude el paciente y se pierde la cita y el número de citas es de 162. Sobre este último bloque, un profesional del Servicio de Admisión realizó llamadas para conocer el motivo. Estas 162 citas corresponden a 119 pacientes (13 pacientes reincidentes en cancelaciones), se realizan 3 intentos en distintos turnos y días. Por último se elabora un informe que es aprobado por la Dirección.

Como resultados se obtienen que del 76.48% que se han podido localizar el 25% "por problemas de trabajo (horario)", 20% "se le olvidó la cita", 16% "por otros motivos", 11% coincidencia con otra cita (examen, ingreso, juzgado)", 10% "no quiere contestar", 8% "no quiso venir", 8% "mejoría", 2% "están siendo tratados en otro sitio". El 14% dejaron comentarios que fueron recogidos. Se ha elaborado el informe en el que se proponen 3 acciones de mejora.

Este análisis nos permite conocer las razones del absentismo de pacientes, nos permite mejorar la comunicación con el paciente y el servicio que les prestamos a través de la toma de acciones y así aumentar la adherencia al tratamiento.

AUTORES: BERMEJO MARGALLO, MARÍA DEL CARMEN; CARRASCOSA BERNALDEZ, JM; FIDALGO HERMIDA, B; RODRÍGUEZ LEAL, CM; RIVERA VILLAVERDE, A; LUACES ALONSO, E.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUTO PSIQUIATRICO SSM JOSÉ GERMAIN.



ID: 243

TÍTULO: DETERMINANTES SOBRE LA DISPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN A PAGAR POR APLICACIONES MÓVILES DE SALUD ACREDITADAS

RESUMEN:

Diversos países (EEUU, Canadá, Suecia, Suiza, Dinamarca, Finlandia, Holanda, etc.) han realizado encuestas para conocer el posicionamiento de la ciudadanía ante la e-salud. En Andalucía se ha visto la necesidad de poner en marcha una iniciativa similar, incluyendo ítems sobre las actitudes ciudadanas ante un posible pago por las aplicaciones móviles de salud (AMS), en función de su naturaleza y la existencia de elementos reguladores.

Analizar la disposición a pagar por aplicaciones móviles de salud entre la población andaluza y las características sociodemográficas que mejor predicen dicha disposición.

“I Barómetro Andaluz sobre Aplicaciones Móviles de Salud”. Encuesta representativa para la población andaluza 18-95 años [Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), Marzo 2016. n=1069, nivel de confianza 97%, p=0.5. Error máximo de la muestra para el global de datos=3%]. Análisis Factorial Exploratorio y Boosted Regression Trees (BRT).

En Andalucía, el 70,9% de la población posee un dispositivo móvil (tablet, teléfono móvil y/o wearable) con conexión a internet. Esto supone cerca de 4,8 millones de habitantes. Se diseñó el mHealth Acceptance Index (mHAI), que recoge la percepción de la ciudadanía a través de diferentes indicadores sobre cómo las AMS podrían tener un impacto positivo tanto a nivel individual como para el conjunto de la sociedad. Un 35,7% de la población muestra total predisposición al pago por una AMS privada supervisada por una entidad pública, frente a un 45% que no muestra ninguna predisposición al pago. El modelo BRT alcanzó una alta precisión predictiva, usando como medida de bondad del ajuste el Área bajo la Curva (AUC=75% de casos correctamente predichos). En cuanto a la influencia relativa (RI) de las diferentes variables predictoras, ser joven (RI=30,2%) y tener una alta aceptación de las AMS en relación con la gestión sanitaria, con la mejora de la auto-gestión de la salud y de la interacción profesional-paciente, medido a través del mHAI (RI=26,4%), acumularon más de la mitad de la capacidad predictiva para explicar la disposición a pagar por las AMS. El nivel educativo, la cronicidad y tener confianza en las fuentes de información en salud en internet también ayudaron a predecir la disposición a pagar por las AMS certificadas.

En conclusión, la calidad y seguridad de las AMS está ganando cada vez más importancia entre los responsables de las políticas en salud. La interacción de la edad y una percepción positiva sobre los impactos de las AMS juegan un rol vital para predecir cuánto está dispuesta la ciudadanía a pagar, una vez la calidad y la seguridad estén garantizadas. Es esperable que la demanda de AMS aumente en tanto se configuren sistemas de aseguramiento de su calidad, fiabilidad y seguridad por parte de organismos acreditadores, en este caso, de naturaleza pública.

AUTORES: HERRERA-USAGRE, MANUEL; ESCOBAR-UBREVA, A; SOTILLOS-GONZÁLEZ, B; BUIZA-CAMACHO, B; FERRERO ÁLVAREZ-REMENTERIA, J; SANTANA-LÓPEZ, V.

CENTRO DE TRABAJO: AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA.



ID: 244

TÍTULO: SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN MATERIA DE ORDENACIÓN Y CONTROL FARMACÉUTICO EN ARAGÓN

RESUMEN:

El reconocimiento mutuo de las actuaciones inspectoras basado en el cumplimiento por parte de los servicios de inspección de unos requisitos mínimos recogidos en estándares internacionalmente reconocidos, que puedan ser verificados por las otras autoridades sanitarias, permite demostrar el adecuado desarrollo de las actividades de inspección de medicamentos. Mantener un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) en la sección de Ordenación Farmacéutica de la DGAS con el objetivo de actuar de acuerdo con unos estándares de calidad, y de manera homogénea con los Servicios de Inspección de medicamentos de otras Comunidades Autónomas (CCAA), y de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)

El Comité Técnico de Inspección (CTI), ha creado un grupo técnico de trabajo para la implantación de SGC en los Servicios de Inspección que permitan demostrar el adecuado desarrollo de las actividades de inspección de medicamentos

A nivel interno, el funcionamiento de los SGC de las CCAA es validado de forma periódica mediante la realización de auditorías internas.

Además, al ser España país miembro de la Unión Europea (UE) de la Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme (PIC/S) y de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) los servicios de inspección de la AEMPS y de las CCAA están sujetos a los sistemas de verificación internacional

España recibió en noviembre 2016 la visita de auditoría correspondiente al Joint audit. Program (JAP) programa de auditorías entre autoridades coordinado a través de la Red de Jefes de Agencias Europeas

Durante la visita se verificó que las actuaciones de los servicios de inspección de la AEMPS y de las CCAA se desarrollan de acuerdo con sus SGC y cumplen con los estándares internacionalmente reconocidos para la inspección de medicamentos

Se ha impulsado la implantación del Sistema de Gestión de Calidad en los Servicios de Inspección de Aragón. Se actualizó la documentación y se realizó una auditoría interna, que permitió subsanar desviaciones, de cara a la auditoría internacional.

En febrero de 2017 se recibió en la AEMPS el informe final del JAP favorable para todos los servicios de inspección auditados. Finalmente se ha firmado por la UE un acuerdo de reconocimiento mutuo con la FDA.

Este resultado es de gran importancia ya que supone el reconocimiento de la idoneidad de las actuaciones de nuestros servicios de inspección, aspecto esencial para las exportaciones del sector farmacéutico

AUTORES: REVILLA LÓPEZ, CONCHA; DESENTRE MINGUILLÓN, E; ISIEGAS LATAS, I; TENA TENA, RM; MIGUEL POSTIGO, I; RESA VICENTE, MA.

CENTRO DE TRABAJO: DEPARTAMENTO DE SANIDAD.



ID: 245

TÍTULO: PROYECTO MULTIDISCIPLINAR PARA LA MEJORA DE LA SALUD BUCODENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

Los bajos resultados obtenidos en la cobertura del Servicio (Sº) de Atención Bucodental (ABD) en la Infancia de la Cartera de Atención Primaria (AP) que rondan el 15%, unido al cambio legislativo de 2015 que incrementa el tramo etario para la cobertura de revisiones infantiles en las Unidades de Salud Bucodental (USB) de los centros de salud (CS); hace necesario crear un grupo multidisciplinar con los profesionales implicados para abordar la situación.

Analizar la situación de las USB y describir las causas relacionadas con los actuales resultados de la cobertura del Sº de ABD en la población entre 6 y 16 años.

Definir y poner en marcha líneas de actuación para mejorar los resultados en la ABD infantil y potenciar la de adultos.

Dar mayor visibilidad al trabajo de las USB de AP.

En mayo de 2016 se forma el grupo, compuesto por el Director Médico Asistencial referente de las USB, 3 técnicos de calidad/sistemas de información, 5 odontoestomatólogos y 2 higienistas dentales. El trabajo se desarrolla en reuniones periódicas mensuales aplicando el ciclo PDCA. Se presenta el problema y los objetivos del grupo, se identifican causas con tormenta de ideas que se clasifican en categorías en un diagrama de Ishikawa; se analizan y priorizan, y se elabora un plan de actuación anual para desarrollar las líneas de actuación.

Tras un año de trabajo y 10 reuniones se identificaron causas relacionadas con la organización interna: de la Gerencia de AP (falta de actualización y representación de la SBD en los Sº de Cartera, desigualdad en los ratios de población y plantillas), de las USB (agendas inadecuadas por turnos, falta de agendas de higienistas, déficit de revisiones escolares), de los CS (baja derivación a USB); con la organización externa (escasa funcionalidad de los sistemas de registro y dificultad de acceso a centros educativos); con los usuarios (desconocimiento de servicios); con los profesionales (falta de asunción de competencias, desmotivación, preferencias de atención a adultos). Se priorizan 3 líneas de actuación: 1) actualizar los Sº de Cartera de AP: se define el concepto de "alto riesgo de caries" y su manejo, se incluye la realización de tartrectomías en niños, se añaden consejos preventivos en gestantes y se definen contenidos de la revisión, y se incluye la cirugía menor bucodental; 2) mejorar los registros: odontograma y protocolo; 3) mejorar la evaluación de indicadores actuales y definir otros que cuantifican el trabajo de USB: % mujeres embarazadas con revisión realizada y % de procesos de cirugía bucodental realizados. El grupo está satisfecho con el trabajo realizado ya que los cambios propuestos se presentan como avance para mejorar los resultados en ABD y hacer visible el día a día de las USB. Actualmente se están analizando los ratios de población por profesional y el uso de agendas, definiendo estrategias de captación, elaborando un proyecto de revisiones escolares y estableciendo circuitos de derivación con los CS.

AUTORES: BAYÓN CABEZA, MARIANELA¹; ESTÉVEZ MUÑOZ, JC²; BUENDÍA DÍAZ-CRESPO, R³; CALAMA FRAILE, I⁴; MARÍN GARCÍA, F⁵; CALVO CHILOECHES, M⁶.

CENTRO DE TRABAJO: DIRECCIÓN TÉCNICA DE PROCESOS Y CALIDAD. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA¹; UNIDAD DE APOYO TÉCNICO. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA²; CENTRO DE SALUD LOS CASTILLOS. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA³; CENTRO DE SALUD MIRAFLORES. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA⁴; CENTRO DE SALUD PINTO. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA⁵; CENTRO DE SALUD JUNCAL. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA⁶.



ID: 247

TÍTULO: PROYECTO 'ESPACIO DE COMIDA SALUDABLE'

RESUMEN:

SERVICIOS, PERSONAS Y SALUD, empresa del Grupo Quirónsalud especializada en la prestación de servicios complementarios al asistencial, ha desarrollado procedimientos y procesos que garanticen al máximo que la alimentación que ofrece en los Centros Sanitarios se ajusta a los criterios médicos y a las conveniencias individuales de nuestros clientes y, en cualquier caso, bajo criterios estrictos de garantía de calidad y adecuación a una alimentación saludable. Dentro de estos procesos ha definido el de "ESPACIO DE COMIDA SALUDABLE", concepto al que cualquier centro asistencial puede adherirse, y que implica, entre otras cuestiones: Que toda la oferta de alimentos y bebidas, sea destinada a pacientes o terceros ofrecida en el centro, ha sido supervisada y autorizada por un responsable debidamente acreditado, especialista en temas nutricionales, verificando que cumple una pautas establecidas, recomendables para la salud; Que la selección de proveedores, materias primas, elaboraciones y componentes que forman parte de la oferta de alimentación, ha sido realizada respetando los criterios establecidos, así como la garantía de que todos los procesos se ajustan a criterios de calidad, control y trazabilidad

Con la certeza de que nuestra alimentación incide directamente en la salud y es fundamental en la recuperación de nuestros pacientes, y teniendo la suerte de contar entre nuestros profesionales sanitarios con reputados especialistas en Endocrinología, Dietética, Alergología, Nutrición, Otorrinolaringología,..., nos marcamos un objetivo principal: TRANSMITIR Y PONER EN PRÁCTICA LOS VALORES DE HÁBITOS SALUDABLES ALIMENTICIOS DE FORMA TRANSVERSAL A NUESTROS PACIENTES, ACOMPAÑANTES Y TRABAJADORES Y, ES POR ELLO, QUE CREAMOS EN NUESTROS HOSPITALES EL CONCEPTO DE 'ESPACIO DE COMIDA SALUDABLE'. Entre otros objetivos están el mantener y fomentar la alimentación saludable en todos los ámbitos de nuestra Restauración y acreditar e identificar los hospitales que reúnan unas características concretas, vinculadas al modelo de alimentación saludable para que los clientes puedan comer saludablemente en el entorno de la restauración que les ofrecemos.

Fases de implantación: Solicitud, Planificación, Desarrollo del Programa, Implantación, Evaluación del proyecto, Acreditación, Evaluación global de resultados del proyecto y de la satisfacción. Implicación del equipo de Dirección del Centro y de todos sus profesionales especialistas en alimentación y asistenciales. Análisis de todos los aspectos vinculados a la alimentación y susceptibles de mejora. Imagen y Comunicación: Comunicación al paciente y familiares, comunicación a profesionales y usuarios. Carteles externos anunciando Cafetería y productos; frases "HÁBITOS SALUDABLES"; TV con vídeo alimentación saludable.

SE CONSIDERA TOTALMENTE IMPLANTADO EN VARIOS HOSPITALES, ESTANDO IMPLICADOS TODOS LOS NIVELES VINCULADOS A LA ALIMENTACIÓN EN EL CENTRO: Pacientes, cafetería de público, comedor de profesionales y vending.

AUTORES: SIERRA NOGUERAS, MIGUEL¹; HERNANDO CARRERAS, M²; TOMÁS CERVERA, J³; MUÑOZ OSUNA, J⁴; CAMPOY CARDO, M⁵; MARTÍNEZ SÁNCHEZ, JE⁶.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR¹; HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR²; HOSPITAL QUIRÓNSALUD VALENCIA³; HOSPITAL QUIRÓNSALUD SAN JOSÉ⁴; HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA⁵; HOSPITAL QUIRÓNSALUD MARBELLA⁶.



ID: 248

TÍTULO: INCIDENTES EN EL PROCESO DE EXTRACCIÓN Y RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS, COMO PODEMOS DISMINUIRLOS?

RESUMEN:

En el proceso de extracción y recogida de muestras, iniciamos en Marzo del 2017 la revisión diaria del proceso mediante check-list informatizado, hemos detectado en 28 check list de los 65 realizados una serie de incidentes: la entrega de las muestras incorrecta(18), la citación incorrecta (11) y preparación incorrecta del usuario (5), y por ello nos planteamos un proceso de mejora de la calidad.

Descripción de un proyecto de mejora para disminuir el número de incidentes en el proceso de laboratorio después de la implementación de las acciones priorizadas.

Se crea un equipo de mejora con profesionales, se realiza análisis de las causas mediante espina de Ishikawa y mediante lluvia de ideas se buscan las posibles soluciones así como la priorización de las mismas.

Causas del profesional: no explicación de las condiciones previas a la prueba por falta de tiempo o por desconocimiento, no dar el material adecuado por no conocerlo o no tenerlo a mano, no citar las pruebas adecuadamente por ni fijarse en el volante. Causas debidas al entorno: falta de material en la consulta o material mal clasificado. Por parte de la organización no verificación de la entrega de material en el momento de la citación y por parte del usuario no acordarse o no leer lo que le entregan.

Soluciones priorizadas: creación de un documento para la consulta con las imágenes de los contenedores necesarios para cada muestra, y la organización del material bien definido en las consultas, con reposición periódica del mismo.

También se prioriza la verificación en el momento de la citación de que se ha dado al usuario el contenedor adecuado.

Este tipo de incidentes generan un retraso en el diagnóstico, o un diagnóstico erróneo por no tener el usuario una preparación adecuada para la prueba.

La monitorización continua de los incidentes facilita que después se puedan realizar acciones de mejora dirigidas y reevaluar si estas han producido beneficio.

Se realizará nueva evaluación de incidentes en 4 meses

AUTORES: REINA CÓRDOBA, AURORA¹; MARTÍN VERGARA, N²; LUCENA LUQUE, C³; MORENO GOMEZ, M⁴; NDJOLI MALONGA, L⁵; PIÑOL USÓN, C⁶.

CENTRO DE TRABAJO: CAP HORTS DE MIRÓ¹; CAP HORTS DE MIRÓ²; CAP HORTS DE MIRÓ³; CAP HORTS DE MIRÓ⁴; CAP HORTS DE MIRÓ⁵; CAP HORTS DE MIRÓ/CAP LLIBERTAT⁶.

ID: 250

TÍTULO: PROCESO DE GESTIÓN DE LOS VALORES CRÍTICOS DETECTADOS EN LABORATORIO PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

RESUMEN:

Un valor crítico es cualquier resultado obtenido en una prueba de laboratorio que precisa un aviso inmediato al médico responsable y requiere una atención clínica urgente, ya que puede comprometer la vida del paciente, siendo necesario disponer de mecanismos de control de riesgos para garantizar una atención adecuada y segura.

La detección de un valor crítico es de vital importancia y es preciso que las organizaciones dispongan de procesos de gestión de dichos resultados.

El objetivo principal es organizar la gestión de los valores críticos obtenidos en el laboratorio para garantizar una actuación clínica inmediata y un tratamiento óptimo al paciente, con la finalidad de reducir o minimizar los posibles riesgos asociados.

Se desarrolló una aplicación informática que se integra con la historia clínica del paciente y permite realizar el seguimiento de los valores críticos detectados, bien sea por parte de los facultativos de Laboratorio (de lunes a viernes de 8 a 18h) como por los de Medicina Intensiva (de 18 a 8h, fines de semana y festivos).

Para ello en consenso entre especialistas y dirección médica, se definieron las magnitudes y resultados que se consideraron valores críticos, agrupándose en:

- Hematología: Quick, Cefalina, INR, Hemoglobina y recuento de Leucocitos, Plaquetas y Neutrófilos.
- Bioquímica: Sodio, Potasio, Calcio, pH, Creatinquinasa, Glucosa.
- Fármacos: Digoxina.
- Microbiología: Gram y cultivo de líquidos positivo, hemocultivo positivo.

Una vez detectado un valor crítico, el procedimiento que se sigue es:

- El técnico de Laboratorio comprueba el valor y valida el resultado e informa inmediatamente a la enfermera responsable del paciente de la existencia de un valor crítico.
- De forma automática se genera una alarma en el curso clínico y de enfermería y se imprime un aviso en la unidad donde está ubicado el paciente.
- La enfermera notifica el resultado al médico del paciente (o de guardia según proceda) y lo registra en el curso de enfermería. El médico actúa y lo registra en el curso clínico.
- Posteriormente el facultativo de Laboratorio o Medicina Intensiva realiza el seguimiento de los avisos y cierra la alarma.

Todo ello queda registrado en la historia clínica.

Durante los últimos cinco años se han obtenido de media 3564 valores críticos anuales, con una media de 297 valores críticos/mes. Los casos cerrados tras haberse completado el proceso en 2016 ha sido superior al 95% del total de avisos, quedando los casos pendientes en el momento de cierre del mes en un 1,5%. El 3% restante corresponden a los valores críticos no valorables o errores.

Con todo ello, el proceso de gestión de valores críticos se estructura en tres niveles de seguridad: Técnicos de laboratorio, enfermeras y médico responsable en el primero, médico de guardia en el segundo y en el tercero el facultativo de Laboratorio o Medicina Intensiva, garantizando así la correcta atención a los pacientes con valores críticos detectados en Laboratorio.

AUTORES: CUEVAS ORTEGA, F. JAVIER; FERNÁNDEZ DELCLÒS, MD; SANZ SALVADOR, X.

CENTRO DE TRABAJO: SCIAS - HOSPITAL DE BARCELONA.



ID: 252

TÍTULO: APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA LEAN EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DEL PROCESO DE GESTIÓN DE CAMAS

RESUMEN:

El proceso de gestión de camas en el CAULE se puede considerar inicialmente ineficiente y con escasos elementos de control, lo que dificulta de manera importante su gestión y planificación. Las propias características del mismo lo convierten en un proceso complejo por su multidisciplinariedad, y por su interrelación con otros procesos, ya que las actividades realizadas durante este proceso tienen repercusión en el ritmo y en el flujo de actividades del resto de la organización sanitaria.

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.

El objetivo de este trabajo es la aplicación de la metodología lean y la planificación del alta hospitalaria en la mejora del proceso de gestión de camas del hospital.

Revisión sistemática cruzada de investigaciones de mejora de la calidad en hospitales en el período 2010-2017, incluyendo "Lean" en las búsquedas.

Creación de grupo de trabajo multidisciplinar: gerente, jefe de admisión, coordinador y supervisora de urgencias, supervisora del área de hospitalización y médico de medicina preventiva.

Construcción participativa del Mapa de Flujo de Valor completo del proceso de Gestión de Camas. Se analizan los obstáculos (7 despilfarros clásicos) al flujo de pacientes en el proceso: tiempos de espera, sobreprocesos, inventarios, transporte, movimientos, sobreproducción y defectos.

Propuestas de mejora generadas y consensuadas por el Equipo de trabajo.

Aplicación de las herramientas LEAN: control visual, 5S, Kanban, Heijunka...

Evaluación de la mejora tras un periodo amplio de implantación y seguimiento de indicadores.

La aplicación de la metodología Lean ha mejorado la coordinación global del proceso del alta y ha incrementado la capacidad del servicio de urgencias y reducido los tiempos de estancia.

Durante la fase de pilotaje nos hemos encontrado diferentes obstáculos:

- La programación del alta no se comunica con suficiente antelación para asegurar la preparación.
- En ocasiones, las estrategias de programación del alta es conservadora a criterio del facultativo correspondiente resultando en significativos retrasos.
- A veces, la falta de preparación de pacientes o la dificultad de localización de familiares o de coordinación de ambulancias genera retrasos.

La planificación del proceso del alta tiene múltiples beneficios para las distintas áreas e influye de forma positiva sobre los profesionales y los pacientes, lo cuál le confiere un peso importante a la hora de iniciar un proyecto de mejora continua y sistemática del complejo hospitalario.

AUTORES: GONZALEZ PEREZ, MARTA EVA.

CENTRO DE TRABAJO: COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEON.



ID: 253

TÍTULO: AUMENTO DE LA EFICIENCIA Y SOSTENIBILIDAD CON EL USO DE SOLUCIONES HIDROALCOHÓLICAS EN EL LAVADO DE MANOS QUIRURGICO

RESUMEN:

La infección del lugar quirúrgico (ILQ) se define como aquella relacionada con el procedimiento quirúrgico, que se produce en la incisión quirúrgica o en su vecindad, durante los primeros 30 o 90 días del postoperatorio quirúrgico, según el tipo de intervención.

La prevención de las ILQ es realmente factible, como sucede en otras infecciones nosocomiales, como las infecciones urinarias, las bacteriemias o las neumonías, y hay consenso generalizado en que podría prevenirse hasta un 60% de las ILQ que actualmente sufren los pacientes.

Los procedimientos que no reduzcan significativamente la flora residente al principio de una intervención quirúrgica o que no disminuyan la transmisión de microorganismos de las manos hasta el final de la misma no son adecuados.

Los guantes quirúrgicos no constituyen una barrera fiable contra los patógenos. Un metaanálisis realizado sobre más de 20.000 guantes quirúrgicos usados demostró que el 18.2% de ellos contenía perforaciones.

Gracias a su mayor eficacia, tolerancia dérmica y efectos positivos sobre la higiene de manos, los antisépticos de base alcohólica se han convertido en el producto estándar para la prevención de transmisiones cruzadas de los patógenos clínicamente relevantes.

Analizar el ahorro económico, de tiempo y de agua en el bloque quirúrgico que supondría la implantación de la técnica de antisepsia quirúrgica de manos (AQM) con solución hidroalcohólica (SHA) con respecto a la técnica y productos tradicionales (jabón de povidona yodada, jabón de clorhexidina, cepillo de lavado quirúrgico y toalla de secado)

Estudio descriptivo, transversal, de prevalencia.

Periodo de estudio: 2016

Fuente de datos: servicio de compras, servicio de admisión y servicio de farmacia del hospital.

Revisión sistemática cruzada de investigaciones de utilización de SHA en AQM en hospitales en el período 2010-2017, incluyendo "antisepsia quirúrgica de manos" en las búsquedas.

Análisis del coste desglosado y global de la AQM con lavado tradicional (jabón de povidona yodada, jabón de clorhexidina, cepillo de lavado quirúrgico y toalla de secado) y con SHA. Se realizó análisis del coste individual y por proceso.

Elaboración de un cronograma de implantación.

Acreditación de varias sesiones formativas y difusión de la práctica en los diferentes servicios quirúrgicos.

No se han tenido en cuenta al hacer los cálculos, otras actividades que también requieren de lavado quirúrgico como: inserción de catéteres centrales, punciones lumbares, radiología intervencionista...

Se observaron diferencias económicas significativas entre las dos técnicas.

Son muchos los beneficios derivados de la utilización de antisépticos de manos por frotación con base alcohólica, como la disminución del riesgo de que los pacientes contraigan infecciones nosocomiales o irritaciones en la piel por parte del personal sanitario, así como una reducción general de los gastos derivados de la prevención de estas infecciones nosocomiales.

AUTORES: GONZALEZ PEREZ, MARTA EVA.

CENTRO DE TRABAJO: COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEON.

ID: 254

TÍTULO: MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL AREA QUIRÚRGICA CON LA IMPLANTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL SNS EN UN HOSPITAL

RESUMEN:

El área quirúrgica es una de las zonas críticas en seguridad del paciente. La mayoría de los problemas de seguridad en el área quirúrgica están relacionados con el cuidado perioperatorio y no tanto con errores relacionados con la técnica quirúrgica.

La infección de localización quirúrgica (ILQ), es una de las infecciones nosocomiales más frecuentes y la que se considera más prevenible y produce un incremento del gasto debido a que origina un aumento de estancia hospitalaria, re-intervenciones, sobreinfecciones, bajas laborales, secuelas, entre otros, por lo que es indispensable un buen programa de prevención. La aplicación de un paquete de medidas preventivas podría reducir la ILQ en más del 50% la incidencia en cirugía contaminada.

El Ministerio de Sanidad ha lanzado, dentro de la Estrategia de seguridad del paciente, dos proyectos destinados a mejorar la seguridad en el área quirúrgica:

- Proyecto Cirugía Segura
- Proyecto Infección quirúrgica zero

El objetivo general es mejorar la seguridad de los pacientes que son sometidos a una intervención quirúrgica en el CAULE.

Específicos:

- Mejorar la utilización y cumplimentación adecuada del LVQ
- Conseguir una alta adherencia a 5 medidas de eficacia probada en la prevención de ILQ (profilaxis antibiótica, antisepsia de la piel con clorhexidina alcohólica al 2%, correcta eliminación del vello, normotermia y normoglucemia)

Presentación del proyecto al equipo directivo y profesionales implicados

Se decide trabajar los dos proyectos de forma simultánea en los procesos quirúrgicos de cirugía de colon y de cirugía cardiaca

Configuración del equipo de trabajo

Revisión de actividades y establecimiento de un plan de trabajo con asignación de tareas y responsables

Revisión de los materiales necesarios y adquisición

Inscripción del hospital en el proyecto

Comunicación de la participación a las comisiones clínicas implicadas

Revisión y actualización de los procedimientos y protocolos disponibles

Adaptación de los check list a nuestra forma de trabajar, para verificar que se realizan las actividades previstas

Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en los dos servicios implicados

Difusión a través de la cartelería de los proyectos

Pilotaje inicial de 2 meses

Evaluación periódica de los Indicadores de seguimiento establecidos en los proyectos

Durante la fase de pilotaje se promueve la participación de los profesionales implicados y se identifican diferentes problemas, se realizan cambios en los listados de verificación y se realizan propuestas de mejora. Esto ayuda a que lo vivan como propio y a que los profesionales desarrollen un sentimiento de pertenencia al proyecto.

Se analizan los incumplimientos, las áreas a reforzar y los sucesos críticos que se van produciendo y se van introduciendo mejoras.

La implementación de medidas preventivas en la actividad diaria y el trabajo en equipo aumenta la seguridad de los pacientes que son sometidos a una intervención quirúrgica en los hospitales.

AUTORES: GONZALEZ PEREZ, MARTA EVA.

CENTRO DE TRABAJO: COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEON.



ID: 256

TÍTULO: ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO CCRSQ PARA LA COLONOSCOPIA DE CRIBADO DESDE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE

RESUMEN:

Justificación: La colonoscopia de cribado de cáncer colorrectal (CCR) va dirigida a población sana y asintomática de hombres y mujeres entre 50 y 69 años tras realizarse una prueba de test de sangre oculta en heces (TSOH), con el objetivo de prevenir el CCR. Es un requisito fundamental que las Unidades de Endoscopia con programas de cribado de cáncer colorrectal sigan adecuados controles de mejora de calidad y para llevarlo a cabo es imprescindible conocer la experiencia del paciente. Hasta la fecha no hay ningún cuestionario que se haya validado específicamente con este fin y ello a pesar de que la guías y Sociedades Científicas lo recomiendan.

Objetivos: Elaborar y validar un cuestionario específico de satisfacción y seguridad desde la experiencia del paciente para la colonoscopia de cribado de cáncer colorrectal (CCRSQ).

Material y Métodos: Es un estudio observacional basado en técnicas de investigación cualitativas. En la 1ª fase, diseño del cuestionario, se condujeron tres grupos y se aplicaron técnicas de búsqueda de consenso (Grupo Focal/Metaplan) con participación de médicos y enfermeros (1) y pacientes (2) para identificar las cuestiones claves del cuestionario. En la 2ª fase, validación del cuestionario, se ha realizado un estudio de campo en dos hospitales de la Provincia de Alicante, el Hospital General de Elche y el Hospital Vega Baja de Orihuela, para poner a prueba el instrumento y determinar sus propiedades métricas e idoneidad para el objetivo que se persigue. **Resultados:** La versión del CCRSQ está compuesto por 4 apartados que contienen 33 ítems (datos sociodemográficos, satisfacción percibida, seguridad percibida). Han participado 370 pacientes entre mayo de 2016 y abril de 2017, 35,1% pacientes del Hospital de Elche y 64,9% del Hospital de Orihuela, con una media de edad de 60,8 años, 61,4 % hombres y 38,6 % mujeres. En la escala de satisfacción (17 ítems) el análisis de sus componentes principales reveló 3 subescalas que explican el 64,4% de la varianza, con saturaciones de los elementos por encima de 0,52 y con una alta consistencia interna (alfa de Cronbach 0,90): información recibida (5 ítems) habilidades y organización del servicio (5 ítems), dolor y confort durante y después de la colonoscopia (6 ítems). Un total de 98,7% de pacientes valoraron la satisfacción global como buena (19,2%), muy buena (36,5%) y excelente (43%). Sólo el 0,8 % de los pacientes valoraron la satisfacción global como regular. En la escala de seguridad el 97,5% cree que la colonoscopia se ha hecho de forma segura y organizada.

Conclusión: El CCRSQ es una herramienta válida y fiable para medir la satisfacción y seguridad del paciente que se ha realizado una colonoscopia de cribado de CCR.

AUTORES: BROTONS BROTONS, ALICIA¹; SOLA-VERA SÁNCHEZ, J²; MIRA SOLVES, JJ³; LACUEVA GÓMEZ, FJ⁴; VITALLER BURILLO, J⁵; GILABERT MORA, M⁶.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL VEGA BAJA DE ORIHUELA¹; HOSPITAL GENERAL DE ELCHE²; UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE³; HOSPITAL GENERAL DE ELCHE⁴; UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE⁵; UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE⁶.



ID: 257

TÍTULO: ACCIONES EN MARCHA COMO RESULTADO DEL ANÁLISIS DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

RESUMEN:

La cirugía es uno de los campos que mayor repercusión tiene sobre la seguridad del paciente (SP). Son numerosos los aspectos que intervienen en el proceso quirúrgico y que pueden contribuir a aumentar la morbi-mortalidad de los pacientes sometidos a cirugía.

Una de las estrategias que vienen demostrando mayor eficacia en la resolución de problemas de SP es la formación de grupos de profesionales que analizan y dan respuesta a estos incidentes generados en su propio entorno.

Describir la metodología de análisis de incidentes del grupo de SP del Bloque Quirúrgico (BQ)

Detallar algunas de las iniciativas puestas en marcha.

A finales de 2016 se impartieron 2 sesiones de sensibilización en SP a todos los profesionales del BQ. Se formó un grupo multidisciplinar en el que participan profesionales de todos los estamentos, sanitarios y no sanitarios. Está formado por 19 personas de las que 2 son gestores y 1, referente de SP, asume las funciones de coordinación. Se formaron 4 subgrupos que analizan los incidentes por áreas. Todos los profesionales han realizado el curso básico de SP

La declaración de incidentes se realiza en un programa corporativo donde se registra el análisis y acciones puestas en marcha. Esta herramienta es evaluada anualmente en el Contrato Programa.

El grupo de SP del BQ recibe información de indicadores relacionados con SP y evalúa iniciativas encaminadas a garantizar la SP.

El grupo de SP se ha reunido en 5 ocasiones.

Desde diciembre de 2016 hasta hoy se han declarado 71 incidentes de los cuales no procedía declaración como incidente de SP en 6 casos. En 29 el paciente ha sufrido daño, 52 están abiertos. Se han registrado acciones en 20 casos, el nº de acciones puestas en marcha son 24.

El mayor porcentaje de incidentes está relacionado con la medicación, 20%, se han puesto en marcha acciones encaminadas a la estandarización de carros, identificativos de medicación de alto riesgo y formación a profesionales en doble check en la preparación y administración.

Otra fuente de incidentes es la identificación de muestras y pacientes. Respecto a la última se ha elaborado un procedimiento de traslado de pacientes que obliga a todos los profesionales a la identificación inequívoca en los puntos críticos.

Desde el grupo de SP se ha impulsado la puesta en marcha de la reunión operativa (briefing) actualmente con resultados desiguales.

Integrantes de grupo han colaborado en la elaboración del protocolo del paciente quirúrgico, con una visión multidisciplinar y un enfoque a garantizar la SP.

La implicación de los profesionales en la SP es la herramienta más eficaz para una atención segura. Los grupos de SP, por su conocimiento del entorno y del desarrollo de la actividad tienen una alta capacidad para proponer barreras realistas en la prevención de incidentes y evaluación de iniciativas.

Para garantizar una atención de calidad las organizaciones deben potenciar la cultura de seguridad entre sus profesionales.

AUTORES: ITURRIETA MURGUIONDO, AMAYA; FERNANDEZ DE GOBEO, MI.

CENTRO DE TRABAJO: OSI ARABA.

ID: 258

TÍTULO: ¿DE QUÉ SE QUEJAN NUESTROS USUARIOS? LAS RECLAMACIONES DE LOS USUARIOS COMO OPORTUNIDADES DE MEJORA.

RESUMEN:

La atención sanitaria debe estar centrada en las necesidades y expectativas de los usuarios, por ello es imprescindible contar con su participación para la gestión sanitaria. La participación de los usuarios puede ser a iniciativa propia o demandada por parte de las autoridades sanitarias, en un sistema único de salud como es el nuestro, y en el que a día de hoy el paciente no tiene una capacidad real de elección, las reclamaciones presentadas por los usuarios de un hospital pueden ser consideradas como una forma directa de participación los usuarios, que con sus quejas nos muestran de forma clara las oportunidades de mejora por ellos detectadas en cuanto a la planificación y gestión de la asistencia que reciben.

Todos los ciudadanos tienen derecho a participar en las actividades sanitarias y a utilizar las vías de reclamación y sugerencias (Plan General de Calidad, 2008). Los derechos de los pacientes son el eje de las relaciones clínico-asistenciales (Ley General de Sanidad, 1986). En la Ley de Autonomía del paciente(Ley 41/2002) y la de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Ley16/2003), las expectativas y opiniones de los ciudadanos son parte del sistema de información sanitaria.

En este contexto, centramos nuestra investigación en las reclamaciones de un hospital comarcal, considerando que reclamaciones son las oportunidades de mejora identificadas por los usuarios.

Analizar la situación documental de quejas y reclamaciones en este hospital. Identificar los principales motivos de reclamación de sus usuarios, las reclamaciones dirigidas a enfermería y al resto de estamentos profesionales, y las oportunidades de mejora detectadas por los usuarios.

Análisis de los motivos de reclamación de los usuarios de un hospital comarcal durante los años 2012 a 2014. Estudio transversal, observacional y descriptivo. Muestra: la totalidad de reclamaciones presentadas en un hospital comarcal del 1 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2014. Las variables de estudio: Sexo y edad del reclamante, motivo de reclamación, estamento profesional del reclamado y servicio al que va la reclamación. Obtención de datos: base de datos corporativa SUGESAN con volcado a Excel 2007, codificación numérica de variables y procesamiento con SPSS 22.0

Tasa de reclamaciones: menor 3 %0 en los tres años estudiados. Los principales motivos de reclamación fueron lista de espera, demora en la asistencia, planificación, organización y coordinación y trato. La mayoría de las reclamaciones no están asociadas a un estamento profesional, sino a la organización de la asistencia (entre el 60 y el 76%). Cuando hay personal implicado, es el médico ($p < 0,005$), aunque la tasa va disminuyendo desde el 27 al 21 y 17% y son por disconformidad con el diagnóstico y/o tratamiento y trato. Enfermería recibe el 3.2, 3.6 y 1.4% de las reclamaciones por trato y disconformidad con el diagnóstico y/o tratamiento.

Los pacientes nos indican de forma clara y contundente su desacuerdo con la organización de la asistencia que no responde a sus necesidades y con las listas de espera y demoras en la asistencia que se generan por la inadecuada planificación, organización y coordinación. La oportunidad de mejora detectadas por los usuarios están claras e implica la reorganización de la asistencia. El descontento por parte de los pacientes y la sobrecarga en la asistencia de los profesionales pueden estar detrás de las reclamaciones por el trato recibido, ambos pueden estar influenciados por la actual crisis económica, pero debe ser confirmado en investigación posterior.

AUTORES: MUÑOZ SÁNCHEZ, MANUELA¹; LÓPEZ MONTESINOS, MJ².

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR¹; UNIVERSIDAD DE MURCIA².



ID: 259

TÍTULO: METODOLOGIA DE CALIDAD PARA MEJORAR EL PROCESO DE PREPARACIÓN PREVIA DEL USUARIO PARA LA REALIZACIÓN DE ESPIROMETRIAS

RESUMEN:

Para el diagnóstico de la patología obstructiva respiratoria es imprescindible la realización de una espirometría forzada. Para ello el usuario debe presentarse con una preparación previa para evitar retrasos diagnósticos, o pruebas no evaluables con el consiguiente riesgo para el usuario. En nuestro centro detectamos que un 20% de usuarios no acudían a la prueba con la preparación requerida.

Reducir el porcentaje de usuarios que vienen sin preparación previa para la realización de espirometría mediante una metodología de mejora de la calidad.

Dadas las incidencias registradas se formó un grupo de mejora para realizar un análisis mediante espina de Ishikawa de las posibles causas. Se generó después un debate sobre las posibles soluciones y una priorización de las acciones a realizar.

Como causas se detectaron: a nivel del profesional, el no conocimiento de la preparación previa y el no dar instrucciones escritas; a nivel del usuario, la dependencia al tabaco y no recuerdo de las instrucciones orales y a nivel de la organización, la citación indiscriminada en horario de mañana o tarde.

Las soluciones priorizadas fueron: dar una sesión formativa a los profesionales sobre la importancia de informar al usuario de la preparación previa para realizar una espirometría forzada, dando los consejos por escrito. Citar a los pacientes fumadores siempre a primera hora de la mañana, para facilitar la abstinencia del tabaco previa a la prueba.

Realizaremos el seguimiento de los incidentes para revalorar la acción de mejora y iniciaremos una monitorización y registro de los usuarios a los que no se les ha dado la información por escrito.

Detectar este tipo de incidentes y realizar un proceso de mejora estructurado favorecerá que la prueba se realice en las mejores condiciones posibles para conseguir diagnósticos correctos y sin retraso.

AUTORES: MORENO GÓMEZ, MARIA; VINUESA FERNÁNDEZ, A; MARTÍN VERGARA, N; GRANADO FONT, E; LÓPEZ GÓMEZ, F; RIERA SOLER, A.

CENTRO DE TRABAJO: CAP HORTS DE MIRÓ.



ID: 261

TÍTULO: UNA DOTACIÒN ADECUADA DE PERSONAL SANITARIO ES CALIDAD ASISTENCIAL

RESUMEN:

Diversos estudios científicos internacionales y nacionales, resaltan y corroboran la importancia de una buena dotaciòn de profesionales asistenciales en las ucis (DUES, TCAES) al:

- disminuir muchos efectos adversos, como infecciones nosocomiales, extubaciones accidentales
- reducir las infecciones del tracto urinario, neumonias, lesiones cutaneas, tromboembolismo pulmonar y las úlceras de decuìbito.
- relacionarse con una tasa menor de mortalidad y un menor coste econoìmico.

De esta misma manera, se demuestra que una mala calidad de trabajo refiriendose a los obstàculos que padecen las DUEs y TCAEs, en sus tareas ordinarias, ambiente de trabajo, organizaciòn y herramientas tecnologicas, aumentan las cargas de trabajo de enfermeria y decrece la calidad y seguridad del cuidado. Produciendo de manera inevitable una insatisfacciòn laboral de los profesionales que deriva en una situaciòn de estreis permanente (sìndrome Bournout) que disminuye su rendimiento profesional y danPa su calidad de vida y la calidad asistencial, implicando un aumento de los costes econoìmicos.

Determinar si el ratio de DUEs y TCAEs es el aconsejado por los estudios científicos por medio de la escala NAS y el índice WUR. Valorar su implementaciòn en la unidad en vez de la escala NEMS. Mostrar la carga de trabajo de enfermeria de la forma mais objetiva y completa posible por medio de la cumplimentaciòn de la escala NAS, dado que no solo valora las intervenciones enfermeras relacionadas con la gravedad del paciente y las intervenciones terapeuticas aplicadas a este, sino tambièn aquellas actividades derivadas propiamente del cuidado enfermero y que son independientes de la gravedad.

Y lo complementamos con el índice Wur que define la carga total del trabajo de enfermeria de UCI y la relaciòn existente con los recursos enfermeros necesarios.

Establecer la carga real del trabajo de enfermeria (DUE como de TCAE) es cada vez más importante dadas las políticas de gestiòn del personal en funciòn del número de camas ocupadas. La escala que actualmente se recoge en nuestra unidad, no refleja objetivamente nuestras necesidades requiriendo de nuevas estrategias. La escala NAS posibilita la valoraciòn de cargas de trabajo durante los tres turnos tanto para pacientes ingresados como para aquellos que ingresan en la uci, ofreciendo unos resultados más ajustados a la realidad que la escala NEMS. Demostramos que su implementaciòn en la unidad resultaría útil para el cálculo de la plantilla.

AUTORES: LORENZO CRESPO, ROSARIO; DE CASTRO RODRÍGUEZ, P; COMESAÑA DA VILA, E; PULIDO LÓPEZ, G; REINA ARROYO, MC.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO.



ID: 262

TÍTULO: DEFINIENDO EL MAPA DE PROCESO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

RESUMEN:

Realizar un adecuado enfoque de la estrategia a seguir resulta fundamental para el despliegue de las políticas y la generación de una cultura de seguridad del paciente en una organización. Este enfoque debe partir del conocimiento de la realidad y el análisis estratégico, así como la posterior concreción de objetivos.

Desde el año 2005 - y en el marco de su participación en la Alianza para La Seguridad del Paciente en Catalunya - se han desarrollado e implementado numerosas actuaciones en este ámbito. Actualmente, con el objetivo de enfocar las estrategias futuras, se hace indispensable definir nuestro Mapa de Proceso en Seguridad del Paciente.

- a) Definir nuestra misión, visión y valores dentro del concepto de Seguridad del Paciente.
- b) Mostrar la estrategia del hospital en Seguridad del Paciente a través de su Plan estratégico 2015 – 2020 y de sus políticas en seguridad clínica.
- c) Visualizar todos los ámbitos de la Seguridad el paciente y sus interrelaciones con los diferentes grupos de interés y los procesos asistenciales.

El Comité de Calidad y seguridad del Hospital a través de la Unidad de Seguridad del Paciente elabora una propuesta que es desarrollada por un equipo multidisciplinar, siguiendo las siguientes fases:

- 1) Definir la Misión, visión y valores en Seguridad del Paciente.
- 2) Identificar los ámbitos de actuación donde se integran objetivos y acciones en Seguridad el Paciente: procesos clave asistenciales, comisiones asistenciales , acreditación hospitalaria y autoevaluaciones EFQM en seguridad del paciente.
- 3) Establecer las interrelaciones entre los procesos asistenciales, los grupos de interés, las direcciones y estructuras organizativas del centro.
- 4) Diseño y representación gráfica

Creado el mapa de Proceso de Seguridad del Paciente, éste nos ayuda a enfocar cómo la organización entiende el concepto de seguridad, cómo lo gestiona y cuáles son los factores que inciden en los resultados.

Se expresa el liderazgo de la Dirección, la implicación de los profesionales desde su participación en los procesos y comisiones, cómo se contemplan los grupos de interés y – en especial – la visualización del paciente como centro de todo este proceso.

AUTORES: BURGUÉS BURILLO, LUIS ALFONSO; GALLARDO GONZÁLEZ, G; ALTÉS CAPELLA, J; ALONSO CARRASCO, T; MARTINEZ MOURIN, C; JOVER MORENO, A.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL PLATÓ.



ID: 263

TÍTULO: INCORPORACIÓN DE REFERENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN COMISIÓN DE HIGIENE DE MANOS DE GRUPO. IMPACTO DE SUS ACCIONES.

RESUMEN:

Los referentes de atención primaria integrantes de la Comisión de Higiene de Manos (HM) del Grupo consideramos realizar una primera valoración de cumplimiento de estándares de las recomendaciones en relación a las prácticas de HM y su promoción en los centros de atención sanitaria. Para ello utilizamos el documento de la OMS Marco de Autoevaluación de la HM 2010 como instrumento y realizamos un Self Audit en las diferentes áreas básicas.

1. Realizar una evaluación inicial del cumplimiento de indicadores.
2. Visibilizar las acciones realizadas en los centros desde la incorporación al grupo de trabajo.
3. Establecer estrategias de mejora en la práctica clínica mediante monitorización de indicadores de resultados.

Con la incorporación en el año 2016 a la Comisión de Higiene de Manos (HM) de referentes del ámbito de Atención Primaria para desarrollar estrategias directivas en relación a la Seguridad Clínica, se han implementado diferentes líneas de trabajo. Las reuniones del grupo se programan con periodicidad bimensual. Los ejes de trabajo marcados a desarrollar se basan en los componentes establecidos en la guía: Adecuación de las normativas y procedimientos en las áreas asistenciales, impulsar la formación en relación a la HM e incorporar indicadores de monitorización para poder evaluar resultados.

- La puntuación total de cumplimiento de los indicadores que engloban los elementos marcados en la Estrategia Multimodal, determina un nivel básico. Media de puntuación 240,6.
- Alta puntuación 100% de los ítems del Cambio Sistema, indicativo de adhesión de las instituciones a las normativas base.
- Puntuación media de 59,4 en ítems de formación. El 75% de los referentes ha realizado Curso de Observación HM, formación clave para implementar la monitorización de la adherencia a la técnica. El 77.3% de los profesionales de diferentes categorías han realizado curso HM gencat. Los Planes de Formación Continua incorporan la realización de al menos 1 sesión/anual; curso obligatorio para nuevos profesionales.
- Ítems de evaluación y retroalimentación sólo se cumplen el 10%. Los niveles bajos de cumplimiento pueden justificarse debido a que no existe obligatoriedad de notificar grado de adherencia a técnica de HM ni se declaran las infecciones relacionadas con la asistencia. Prueba piloto de Observaciones, obteniendo un grado de cumplimiento de 30%, según la fórmula de la OMS.
- Un 35% de cumplimiento global en la utilización de recordatorios en el lugar de trabajo, existiendo diferencias entre los centros. Se debe incluir dentro de las funciones del referente la renovación y actualización continua del material.
- Valoración del Clima institucional de seguridad con respecto a la HM, se obtiene un porcentaje de cumplimiento del 35%.

Consideramos necesaria la figura de referente para liderar el trabajo continuo en el ámbito de la prevención de las infecciones.

AUTORES: VASCO RODRÍGUEZ, YOLANDA¹; VILLARREAL BENÍTEZ, D²; SANZ ZARZA, M³; MORALES SUÁREZ, E⁴; PAMIES HIDALGO, M⁵.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL LLEUGER DR. GIMBERNAT¹; CAPI REUS V²; ABS LA SELVA DEL CAMP³; ABS HOSPITALET⁴; ABS RIUDOMS⁵.

ID: 264

TÍTULO: LA PROTECCIÓN JURÍDICA DEL MENOR EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA

RESUMEN:

El Modelo Andaluz de Acreditación de Actividades de Formación Continuada se ha adaptado a los requerimientos de la Ley Orgánica 1/1996 de protección jurídica del menor, modificada por la Ley 26/2015, y de la Ley 45/2015 de voluntariado, ya que existen acciones formativas que contemplan la realización de prácticas en contacto con menores de edad.

Con esta medida se pretende acreditar la carencia de delitos de naturaleza sexual en los profesionales que imparten y reciben la formación, a través de los certificados oficiales emitidos por el Registro Central de Delincuentes Sexuales que informan de las condenas firmes dictadas por los órganos judiciales.

El objetivo de este estudio es describir la adaptación de la solicitud de acreditación en ME_jora F a la normativa vigente en materia de protección del menor.

Tipo de estudio: descriptivo.

Variables:

- Puesta en marcha de solicitud actualizada
- Nuevo apartado de solicitud
- Distribución de respuestas del apartado

El 22 de mayo de 2017 la solicitud de acreditación se actualiza de la siguiente manera:

En el apartado de organización y logística, se introduce un nuevo campo que aplica exclusivamente a acciones formativas tipo "cursos", "talleres" y "estancias formativas/rotaciones" que tengan modalidad presencial o semipresencial:

"Para el caso de que la actividad formativa contemple la realización de actuaciones que impliquen contacto con menores de edad, confirme que se cuenta con un sistema que asegure que todos los profesionales que imparten y reciben la formación hayan aportado la certificación negativa de inscripción en el Registro Central de Delincuentes Sexuales conforme a lo previsto en el artículo 13.5 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección Jurídica del Menor."

Esta pregunta, admite dos posibles respuestas: "confirmando que se cuenta con el sistema correspondiente" y "no procede".

El apartado tiene carácter obligatorio y ofrece información que orienta a la entidad proveedora para su cumplimentación en relación a la definición del certificado, órgano ante el que solicitarlo y particularidades para aquellas actividades de formación continuada organizadas por el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

La solicitud de acreditación de actividades de formación continuada recoge la obligación legal de que se aporte información sobre certificados negativos del Registro Central de Delincuentes Sexuales para todos los profesionales y voluntarios que trabajan en contacto habitual con menores.

No podrán resultar acreditadas aquellas actividades que no garanticen una práctica adecuada, según los preceptos legales, con menores de edad.

La Agencia de Calidad Sanitaria fomenta que las entidades proveedoras de formación empleen criterios de selección de docentes y alumnos que velen por una protección efectiva del menor.

AUTORES: VILLANUEVA GUERRERO, LAURA; MUDARRA ACEITUNO, MJ; VALVERDE GAMBERO, E; MUÑOZ CASTRO, FJ; HERRERA MORIÓN, MJ; BREA RIVERO, MP.

CENTRO DE TRABAJO: AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA.



ID: 265

TÍTULO: ACTUALIZACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LOS SANITARIOS EN ANDALUCÍA

RESUMEN:

En 2003 se pone en marcha el proceso de acreditación de actividades de formación continuada en Andalucía. Este proceso se estructura en 4 fases:

Solicitud, Validación, Evaluación y Resolución.

Se han realizado cuatro revisiones de los estándares de calidad para la evaluación (fase 3) del diseño de la formación desde el inicio de la acreditación en Andalucía

La última revisión se realizó a finales de 2016, siguiendo los estándares establecidos desde la Comisión de Formación Continuada del Ministerio de Sanidad (CFC) y los definidos en un Comité Técnico Asesor (constituido por expertos en pedagogía, formación y docencia), entrando en vigor en Andalucía, el 1 de enero de 2017.

Análisis descriptivo de los nuevos estándares definidos para la acreditación de actividades de formación continuada en Andalucía

Se definen un total de 29 estándares que se agrupan en 5 apartados (Pertinencia, Objetivos, Metodología, Evaluación y Organización y Logística)

En el apartado de Pertinencia se establecen 5 estándares y valoran la relación entre la necesidad formativa, colectivos destinatarios y la temática, así como la objetividad de los instrumentos empleados para su detección.

En el apartado de Objetivos se establecen 7 estándares y valoran coherencia entre los objetivos formulados, necesidades detectadas, profesionales diana y contenidos. Así como la coherencia entre objetivos generales que reflejen la finalidad y objetivos específicos que estén enfocados a la adquisición de competencias.

En el apartado de Metodología se establecen 6 estándares y valoran si ésta es acorde con los objetivos y aspectos logísticos previstos, si las técnicas permiten la participación del alumnado y si se desarrollan en contextos simulados o reales. Asimismo valoran si se realiza evaluación de los conocimientos previos, expectativas y un sistema de seguimiento tras la formación.

En el apartado de Evaluación se establecen 5 estándares y valoran si los sistemas de evaluación contemplan la medición de satisfacción, aprendizaje, niveles de logro competenciales, la transferencia y/o impacto de la formación.

En el apartado de Organización y Logística se establecen 6 estándares y valoran la coherencia de la duración, objetivos, los contenidos propuestos, adecuación del perfil del profesorado, los recursos materiales y humanos empleados, así como los criterios de selección del alumnado y la ratio entre éstos y los docentes.

El proceso de acreditación de actividades de formación continuada en Andalucía ha experimentado una revisión adaptada a la realidad y necesidades del Sistema Sanitario Andaluz. Del mismo modo, al asumir todos los estándares establecidos por la CFC se experimentará una homogenización de los resultados de evaluación a nivel nacional.

AUTORES: VALVERDE GAMBERO, ELOÍSA; MUÑOZ CASTRO, FJ; VILLANUEVA GUERRERO, L; CENTENO ASTUDILLO, J; GARCÍA RIOJA, F; MUDARRA ACEITUNO, MJ.

CENTRO DE TRABAJO: AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA (ACSA).



ID: 266

TÍTULO: ¿QUIÉN ESTÁ BUSCANDO QUÉ? PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO EN ESPAÑA SOBRE LA BÚSQUDA DE INFORMACIÓN DE SALUD EN INTERNET

RESUMEN:

El uso de internet para la búsqueda de información relacionada con la salud tiene un indudable potencial de empoderamiento para el paciente, si bien también constituye una fuente potencial de riesgos. Numerosos estudios han detectado disparidades en el uso de información relacionada con la salud en internet (IRSI) según clase social, nivel educativo, género, edad y estado de salud percibido.

Describir los diferentes patrones de búsqueda de IRSI que existen entre la población española y qué características definen a cada grupo de consumidores de información.

Encuesta: "Ciudadanos ante la e-Sanidad. Encuesta sobre Usos y aplicaciones de la e-Sanidad" (ONTSI, 2015; N=5.000, España, encuestas telefónicas). Técnicas Analíticas: Análisis de Clases Latentes (LCA) para determinar patrones de búsqueda de IRSI. Análisis de Regresión Logística Multinomial (ARLM) para identificar las características asociadas a cada patrón o clase latente encontrada.

La muestra incluye población española mayor de 16 años.

La búsqueda de información relacionada con el diagnóstico o la enfermedad que padecen (27,7%) y la búsqueda de información relacionada con la nutrición, hábitos alimenticios y de salud (29,5%) son las búsquedas más comunes en internet entre la población española. En el lado opuesto, compartir/difundir información sobre salud (10%) y estar en contacto con otras personas o grupos con problemas de salud similares (6,5%) están entre las menos comunes. Es decir, predominan propósitos de alcance individual más que colectivo. El modelo de 3 clases latentes a partir de los 11 tipos de información relativa a internet fue el que mostró el mejor ajuste (BIC=22.335,77; AIC=21.865,72).

En relación al LCA, la clase latente I (17,4% del total de la población) aportó elevadas probabilidades de búsqueda de IRSI; la clase latente II aportó moderadas probabilidades (44,4%), y la clase latente III aportó muy baja o ninguna probabilidad (38,2%). De acuerdo al ARLM, tener un título universitario (OR=6,4), pertenecer a una clase social alta (profesionales y directivos) (OR=1,91), vivir en una ciudad de tamaño grande (OR=3,6), ser mujer (OR=2,9), criar a un niño/a de corta edad (OR=1,76) o tener una enfermedad crónica (OR=1,51) se revelaron como características significativamente asociadas con la pertenencia a la clase latente I, en comparación con la pertenencia a la clase III.

Internet se ha convertido en una de las fuentes de información en salud más recurrentes para la ciudadanía. Antes y después de una consulta, tras un diagnóstico o al recibir un tratamiento, la población acude a internet para enriquecer lo que ya sabe o reducir su incertidumbre. Describir cuál es la población más expuesta y la más vulnerable puede ayudar a diseñar fuentes válidas, fiables y acreditadas de información en salud, así como a dirigir políticas de educación para la salud más eficaces.

AUTORES: HERRERA-USAGRE, MANUEL; SOTILLOS-GONZÁLEZ, B.

CENTRO DE TRABAJO: AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA.

ID: 267

TÍTULO: APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE LONDRES EN LA MEJORA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: A PROPOSITO DE UN CASO

RESUMEN:

Entre 2014 y 2016, en nuestro servicio se notificaron 535 incidentes de riesgo (IR), de los que fueron analizados 191 y 20 de ellos mediante Protocolo de Londres (PL).

El PL por sus características (sistemático, estructurado, detección de factores contribuyentes (FC) es una herramienta que se adapta mejor que otras al medio extrahospitalario para el estudio de IR con y sin daño, posibilitando la priorización de acciones correctivas y preventivas para mejorar la Seguridad del Paciente (SP) en nuestro medio.

Determinar los fallos del sistema y las mejoras a acometer a través del análisis mediante el PL de un incidente notificado por fallecimiento de un paciente en parada cardio-respiratoria no recuperada.

1. Selección del equipo de análisis: 9 profesionales expertos en SP e intervinientes en el suceso.
2. Documentos: Hoja de Notificación del Incidente, Informe Clínico Electrónico, Registro informático del incidente, audios de llamadas, Informe de la ocupación de recursos, De geoposicionamiento de recursos, Protocolos clínicos y procedimientos de trabajo (desempeño de procesos).
3. Entrevista personal con los profesionales implicados.
4. Reunión del grupo de análisis: Secuencia de hechos. Identificación de los fallos: acciones inseguras y FC. Identificación de mejoras.

a) Se detectaron dos acciones inseguras: Prolongación del tiempo de decisión sobre el recurso móvil a enviar y no solicitud de cooperación de otro nivel asistencial.

b) Se determinaron los FC más relevantes relativos a:

- Paciente: Idioma.
- Tarea/tecnología: Disponibilidad de recursos, falta de geoposicionamiento (Equipos de Atención Primaria y otros recursos). Complejidad de la tarea.
- Individuo: Estrés relacionado con la no disponibilidad de recursos o localización de los mismos a una distancia mayor de 20 minutos.
- Equipo de trabajo: Fallos en la comunicación (el interlocutor no se encuentra en el lugar del suceso)
- Ambiente: vía pública.
- organización/gerencia: Falta de acuerdos interniveles asistenciales.
- Contexto institucional.

CONCLUSIONES

- 1) El PL es una herramienta idónea en nuestro medio para enfocar errores o fallos del sistema y determinar acciones orientadas a la causa de fallo y evitar su repetición.
- 2) En el caso concreto se establecieron como actuaciones de mejora:
 - Implementar una herramienta de apoyo a la toma de decisiones para el profesional encargado de movilizar los recursos que facilite en casos de dificultad, la opción a tomar.
 - Establecer Geoposicionamiento de recursos de otros niveles asistenciales y organizaciones de urgencia que puedan ser activados en caso necesario y establecer un acuerdo de coordinación que suponga que la comunicación con ellos sea efectiva (teléfono directo).
 - Realizar sesiones clínicas con los diferentes equipos asistenciales de nuestra organización para aprender de los errores y optimizar los recursos existentes.

AUTORES: DOMÍNGUEZ PÉREZ, MARÍA LUISA; LÓPEZ-GUERRERO ALMANSA, A; BRAVO RODRÍGUEZ-BARBERO, J; MENDOZA ARITMENDI, C; LÓPEZ PENALVA, A; SARAVIA RODRÍGUEZ, MA.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112.



ID: 268

TÍTULO: 5S Y UNA VISION ASISTENCIAL: DOS ELEMENTOS PARA LA OPTIMIZACIÓN RECURSOS Y COSTES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

RESUMEN:

En el año 2010 se introdujo en los almacenes del hospital el sistema doble cajetín. Desde entonces se ha mantenido el mismo sistema, ya que asegura la reposición continua del material fungible. Por el contrario, si dicho material no se utiliza frecuentemente, corre el riesgo de caducar y por tanto se desecha ocasionando una pérdida en el presupuesto. A este planteamiento se le sumó la percepción de desorden y de tener material repartido por todos los almacenes del servicio lo que ocasionaba más carga asistencial, ya que para realizar una técnica debíamos tener que ir a diferentes lugares a buscar material.

Desde la visión asistencial se estuvo analizando aspectos negativos y positivos de la funcionalidad del sistema y se inició la readecuación de los almacenes al mismo tiempo que se controló las cantidades de material que había en cada cajetín.

Se analizaron las cargas asistenciales de cada perfil profesional con la intención de facilitar el trabajo a los profesionales y disminuir costes de los inmovilizados innecesarios.

Optimizar la eficiencia y la efectividad del trabajo de cada perfil profesional adecuando el contenido de los almacenes de un servicio de urgencias desde una visión asistencial.

Adeuar el presupuesto y disminuir costes innecesarios.

Coincidiendo con un cambio organizativo del servicio de urgencias se realiza la revisión del contenido de todos los almacenes del servicio.

Desde una visión asistencial se redistribuyen los espacios según las necesidades de cada perfil profesional.

Se utiliza las "5S", como método de organización del puesto de trabajo, para evidenciar aquellas actividades que no aportan ningún valor añadido y fomentar la clasificación de todos los productos y el descarte de aquellos que ya no se utilizan, la organización de los estantes por técnicas, la limpieza y la rápida visualización, fomentando el compromiso de todos los profesionales.

También se realiza estudio comparativo entre los diferentes almacenes y el número de artículos, así como del coste económico del material inmovilizado.

Del estudio de los costes de los productos se valora un periodo de 5 meses por año viéndose la reducción del número de artículos y el coste asociado.

Año 2015, número de artículos 7.542 y coste económico de 163.468 €; en el año 2016 el número de artículos eran 7.962 con un coste económico de 173.914 € y en el 2017 se redujo a 5.409 artículos y un coste de 116.388 €.

Una vez se ha cuantificado el material y el coste en relación a los años anteriores y el actual, se aprecia una reducción de artículos y en el coste.

Esta reducción no ha supuesto menguar cuidados enfermeros al paciente, ya que el material que tenemos en stock sigue siendo el mismo pero en menor cantidad en aquellos artículos que no se gastan habitualmente.

Por otra parte, la adecuación de los espacios según perfil profesional ha permitido una optimización en la sistemática de trabajo.

AUTORES: CASELLAS PATRON, JOSEFINA; ANGLES OLIVE, R.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL SANT JOAN DE REUS.



ID: 269

TÍTULO: PROYECTO DE ESTRUCTURACIÓN / REORGANIZACIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL CON METODOLOGIA LEAN

RESUMEN:

Partíamos de una situación inicial de un servicio saturado y desordenado.

Se trata de un servicio que ha ido creciendo en actividad y profesionales pero el espacio sigue siendo el mismo, con los problemas de gestión que esto conlleva.

Adequar las estructuras de las agendas a la demanda

Minimizar las reprogramaciones

Incrementar las altas de proceso

Estandarizar los circuitos de acceso y adecuar la señalización

Identificar las áreas de espera y de programación más adecuadas para cada módulo

Reorganizar los espacios de las consultas

El servicio está dotado estructuralmente con 3 recepciones, 40 consultorios y 11 salas de espera, distribuido en 8 módulos.

La dotación de personal es de 102 médicos, 17 DUE, 21 auxiliares de enfermería y 8 administrativos.

Con una actividad de 126.232 visitas anuales (datos 2016)

Realizado el análisis con metodología Lean se detectan diversos problemas como:

1. Falta de adecuación de las estructuras de las agendas en relación a horarios, tiempo medio de visita/prueba y la relación entre primeras y sucesivas. Múltiples reprogramaciones.

2. No se dan altas de proceso.

3. Señalización y circuito de acceso de los usuarios poco claros.

4. Acumulación de usuarios en una única sala de espera de las 11 disponibles.

Los objetivos marcados y las acciones realizadas, son:

Adequar las estructuras de las agendas a la demanda, mediante el análisis de las agendas para cada especialidad, (horarios, tiempo medio de visita para primeras y sucesivas, relación entre primeras y sucesivas)

Minimizar las reprogramaciones, se elabora y difunde una normativa de reprogramaciones.

Incrementar las altas de proceso, para ello se actualiza y difunde el documento existente, sobre el manejo del sistema informático.

Estandarizar los circuitos de acceso y adecuar la señalización. Se renueva la señalización existente en función de la nueva distribución de las áreas de atención.

Identificar las áreas de espera y de programación más adecuadas para cada módulo. Creación de una recepción para las "visitas del día". Se sectorizan los diferentes módulos de forma que los usuarios se dirijan a la recepción y sala de espera correspondiente.

Se reorganizan los espacios de las consultas. El criterio seguido es agrupar por especialidades afines a cada módulo, adecuar los profesionales a la actividad realizada en el mismo. Mejorar la accesibilidad y dar más autonomía al usuario. Se facilita la comunicación entre profesionales de la misma especialidad o afines y se optimizan recursos humanos y materiales.

Optimización de los recursos humanos y materiales.

Diminución de las reprogramaciones.

Mejora de la accesibilidad de los usuarios.

AUTORES: CABESTANY QUERALTÓ, ANNA; BLANCH SARDÀ, MD.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL COMARCAL DE L' ALT PENEDÈS.



ID: 270

TÍTULO: REVISIÓN DEL CIRCUITO DE EXTRACCIONES EN HOSPITAL

RESUMEN:

El circuito de extracciones disponía de 7 DUE, en horario de 7.00 a 9.00 h. Un único equipo con un estándar de trabajo no definido.

El equipo de enfermeras extractoras iniciaba su actividad en hospitalización y al finalizar se desplazaban a CCEE para realizar las extracciones citadas.

Las extracciones en CCEE se iniciaban con demora acumulada en función de la actividad previa en hospitalización.

Estandarizar el circuito y disminuir las esperas en CCEE para extracciones.

Se realiza un análisis de la demanda y los tiempos por extracción para:

identificar las actividades cíclicas y las acíclicas

minimizar las interferencias

garantizar un flujo de la actividad

incrementar la seguridad del paciente

disminuir el tiempo de proceso

Se definen dos equipos de trabajo. Uno para hospitalización, 3 DUE y otro para CCEE, 4 DUE.

En CCEE, 3 DUE extractoras y una DUE en la recepción del módulo. Garantizando:

doble identificación del usuario

correcta validación de la petición

dispensación de los tubos correctos para la extracción

La DUE de recepción identifica al usuario, le proporciona la petición y los tubos a extraer, recoge las muestras que trae el usuario y le da un número para que espere su turno.

Las DUEs extractoras llaman al usuario por el número de turno, le identifican nuevamente y realizan la extracción. Etiquetan y guardan los tubos. Al finalizar las extracciones colocan las muestras obtenidas en un carro que se transporta al laboratorio para procesarlas.

Disminución significativa del tiempo de proceso para extracciones en CCEE, un 40%.

Finalización de las extracciones con tiempo suficiente para poder preparar la actividad programada en las consultas posteriores.

AUTORES: BLANCH SARDÀ, MARIA DOLORS; CABESTANY QUERALTÓ, A.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL COMARCAL DE L'ALT PENEDÈS.

ID: 271

TÍTULO: ANÁLISIS Y ACCIONES DE MEJORA PARA DISMINUIR LA CONTAMINACIÓN DE LOS HEMOCULTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

RESUMEN:

El hemocultivo es un método diagnóstico que se realiza por la detección de microorganismos en la sangre para realizar la identificación y determinación de sensibilidad. Los hemocultivos son fundamentales para el diagnóstico de las bacteriemias. Se ha calculado que un hemocultivo contaminado causa un incremento de 5,4 días en el tiempo de hospitalización y un coste añadido de tratamiento de unos 6.693 euros. Esto conlleva un incremento de las cargas asistenciales para enfermería y de la morbilidad del paciente. Los hemocultivos que se extraen en el Servicio de Urgencias del nuestro centro (SU) se contaminan más que el estándar (adulto

Principal:

- Disminuir la contaminación de los hemocultivos en el SU

Secundarios:

- Revisar el procedimiento de extracción de hemocultivos
- Formar a los profesionales de Urgencias en la técnica de extracción
- Detectar puntos de mejora en la ejecución del procedimiento

Se revisó el procedimiento, adaptándolo a la situación actual. Se elaboró un check-list y una autoevaluación y se colgó el mismo en la Plataforma Elsevier Clinical Skills.

Se realizó una formación a todos/as los enfermeros/as de Urgencias, tanto presencial como on-line en la plataforma. Se crearon figuras referentes a todos los turnos: profesionales expertos que acompañaban a la enfermera que hacía un hemocultivo mediante el check-list, dándole un feedback posterior.

Este check-list (anónimo) se guardó para evaluar resultados y detectar posibles dificultades

Se realizó así mismo un seguimiento de los hemocultivos contaminado de forma nominal y se informó a los profesionales afectados.

- Se revisó el procedimiento de extracción de hemocultivos, añadiendo las aportaciones de los profesionales del servicio
- Se formó un 90% de los profesionales de Urgencias mediante la plataforma Elsevier (online)
- Se hicieron cuatro sesiones de formación de servicio iniciales con asistencia del 80% de profesionales.
- La evaluación del checklist nos dió un 87% de cumplimiento medio, detectando posibles puntos de mejora:
 - o Limpieza de la zona a puncionar (SF, agua y jabón) 29,7%
 - o La cantidad de sangre extraída no es la adecuada 23,7%
 - o Tocan de nuevo la zona desinfectada 17,5%
 - o Se saca sangre de un catéter ya instaurado 10,2%
- La contaminación de los hemocultivos bajó de un 7% (2015) a un 4,6% (2016)

Reforzar los conocimientos de los profesionales mediante formación (online y presencial) permite reducir la contaminación de los hemocultivos en Urgencias.

El check list como herramienta formativa y de control nos permite mejorar el proceso de extracción.

AUTORES: SANCHEZ MOLINA, EVA; RODRIGUEZ SADURNI, J; ALOY DUCH, A; MARZUELO FUSTE, P; VAZQUEZ SAEZ, R; TUSQUELLAS OTO, C.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DE GRANOLLERS.

ID: 272

TÍTULO: RESULTADOS EN CÁNCER DE MAMA EN MAYORES DE 50 AÑOS: IMPACTO DEL CRIBADO

RESUMEN:

El presente estudio correlaciona la importancia del cribado en la detección precoz del cáncer de mama en la población general respecto a los resultados registrados en la Oficina de Resultados Oncológicos (ORO) de nuestro centro.

Verificar si las pacientes "participantes" en el proceso de cribado se diagnostican en estadios inferiores a las "no-participantes" y si ello implica un impacto en supervivencia a 5 años.

Cómo objetivos secundarios se valoran: el ahorro de citaciones de pacientes jóvenes ya diagnosticadas de cáncer; y el estudio del subgrupo diagnosticado con más de 72 años, fuera del rango de cribado.

El periodo de estudio es de 2010-2013. Del total de registros de cáncer de mama (3.457 casos) se seleccionan las pacientes con más de 50 años (2.395) de la base de datos de la ORO y se cruzan con los datos de la base de cribado de cáncer de mama de la misma área de influencia.

De los datos coincidentes se han diferenciado dos subgrupos: "participantes" (1032) y "no-participantes" (1316) en el cribado.

Se realiza una comparación porcentual de los estadios en el momento diagnóstico y un estudio de supervivencia global observada (SO) por el método de Kaplan Meier y relativa (SR) (cociente entre observada y esperada en la población general catalana) en las pacientes incluidas en cribado y en el subgrupo de mayores de 72 años.

Se objetiva un alto nivel de coincidencia de los registros de pacientes con cáncer de mama mayores de 50 años entre ambas bases de datos mayor al 98% (2.348 casos).

La agrupación por estadios precoces (0-I-II) en grupo de "no-participantes" es del 72,9% y en el de "participantes" es del 85,51%, siendo esta cifra superior en un 12,61% de casos más precoces en las pacientes "participantes" del cribado.

Respecto a la supervivencia: la SO (intervalo de confianza-IC-95%) y la SR (IC95%) a 5 años de las "no-participantes" es: 79,8% (77,6-82,1) y 87,8% (85,4-90,4) respectivamente. Para el grupo de "participantes" es: SO de 91,3% (89,5-93,2) y SR de 94,0 (92,1-95,9) constatándose así, una mejoría estadísticamente significativa de la SO del 11,5%.

El ahorro de citaciones de cribado es de 447 pacientes, al haber sido éstas diagnosticadas de cáncer de mama antes de los 50 años.

La supervivencia a 5 años del subgrupo de pacientes con más de 72 años (595 casos) es de: SO 69% (65,2-73,0), inferior a los dos subgrupos de cribado y SR 85,3% (80,6-90,2), similar al grupo de cribado "no-participantes"

Conclusiones:

- El cribado permite mejorar tanto el diagnóstico precoz como la supervivencia en el grupo de pacientes de 50 a 70 años.
- Sería recomendable la coordinación entre la oficina de resultados oncológicos y la unidad de cribado de cáncer de mama para evitar citaciones inoportunas e innecesarias.
- El grupo de pacientes de más de 72 años presenta una SR (85,3%) prácticamente similar al subgrupo de cribadas "no-participantes" (87,8%).

AUTORES: GERMA LLUCH, JOSEP RAMON; PÉTRIZ GONZÁLEZ, L; LÓPEZ GARCÍA, P; VIDAL LANCIS, C; GALDÓN IBÁÑEZ, F; LÓPEZ-DORIGA GUERRA, A.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUT CATALA D'ONCOLOGIA.

ID: 273

TÍTULO: PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE FUMADOR EN EL HOSPITAL DE LAREDO

RESUMEN:

El tabaquismo es un problema de Salud Pública de primer orden. Es responsable aproximadamente de 56.000 muertes anuales en España: 30% por cáncer, 20% por enfermedades cardiovasculares y 80% por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Existe evidencia de la alta morbimortalidad asociada a la inhalación pasiva del humo del tabaco denominado como tabaquismo pasivo. El tabaquismo es una enfermedad crónica y el proceso de abandono es prolongado y las recaídas no deben considerarse como un fracaso. La persona fumadora debe saber que el abandono del hábito tabáquico conlleva numerosas ventajas por las que merece la pena dejar de fumar. La intervención de la enfermería durante el proceso de deshabituación tabáquica puede aumentar el éxito de abandono.

GENERAL. Promover la aplicación del método científico enfermero (PAE) en pacientes fumadores hospitalizados.

ESPECÍFICOS. Disminuir la prevalencia del tabaquismo y dotar al paciente fumador de la ayuda (instrumentos) y el apoyo necesario para dejar de fumar.

Utilización de la taxonomía NANDA/NIC/NOC para la interrelación de los diagnósticos de enfermería, las intervenciones y los criterios de resultados.

Diagnóstico (00083). Conflicto de decisiones

Manifestado por: angustia mientras se intenta tomar una decisión

Relacionado con: información insuficiente

NOC(0312) Preparación para el alta: vivir con apoyo.

Indicadores:(31201) Necesidad de soporte profesional (31203) Orientado con los cuidados en la nueva resistencia

NIC(4360) Modificación de la conducta

Actividades:

- Determinar la motivación del paciente para un cambio de conducta.
- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por otros deseables
- Facilitar la implicación de otros profesionales sanitarios en el proceso de modificación, según corresponda.
- Realizar un seguimiento de refuerzo a largo plazo (contacto telefónico o personal)

Diagnóstico (00078). Gestión ineficaz de la salud

Manifestado por: fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo.

Relacionado con:Conflicto de decisiones

NOC(0906) Toma de decisiones.

Indicadores:(90604) Identifica recursos necesarios para apoyar cada alternativa(90602) Identifica alternativas

NIC(4490) Ayuda para dejar de fumar

Actividades:

- Registrar el estado actual y los antecedentes del tabaquismo.
- Aconsejar al fumador de forma clara y constante que deje de fumar.
- Animar al paciente a unirse a un grupo de apoyo para dejar de fumar.
- Remitir a programas de grupo o terapias individuales, según resulte oportuno.
- Necesidad de elaboración de un plan de cuidados estandarizado que unifique criterios y evite variabilidad en la práctica.
- Adecuada planificación de los cuidados, intervenciones y resultados que aumenten la calidad, eficacia, eficiencia, satisfacción de

AUTORES: SIERRA DE PABLO, VANESA; DIEGUEZ PONCELA, M; RODRIGUEZ GONZALEZ, M; JUANAS MELERO, J; CARRERAS FERNANDEZ, N.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DE LAREDO.

ID: 274

TÍTULO: INTENSIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS: PROPUESTA DE MATRIZ Y ESTUDIO DE VALIDACIÓN

RESUMEN:

Existe poca bibliografía en donde se describa la evaluación de las cargas de trabajo relacionadas con la intensidad de cuidados de enfermería de los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización. Cada vez es más importante, para aumentar la eficiencia y la calidad de la atención enfermera, saber qué cargas de trabajo conllevan los pacientes, sobre todo para poder establecer unos ratios adecuados de profesionales respecto a la tipología de pacientes y a las patologías que presentan. Hay unidades en donde estas necesidades han sido bien estudiadas, como en los servicios de medicina intensiva, pero en otros ámbitos como en la hospitalización de las grandes especialidades troncales médicas, quirúrgicas, pediátricas, ginecológicas y obstétricas, la literatura no aporta datos convincentes y sencillas para realizar un cálculo adecuado de cargas de trabajo. Validar la concordancia de un instrumento de medida, consensuando una matriz universal de clasificación de grados de intensidad de cuidados de los pacientes ingresados en las plantas de hospitalización, para conocer la dedicación que enfermería precisa para cada tipología de pacientes. Estudio observacional y de intervención. Las 5 variables clave propuestas fueron: 1) higiene, 2) alimentación, 3) controles, 4) heridas y, 5) cuidados, medicación. Las fase del proyecto se clasificaron en:

1ª fase: Elaborar una pre-propuesta de matriz

2ª fase: Consensuar la matriz con un grupo de enfermeras y auxiliares expertas mediante un análisis de concordancia utilizando el índice kappa, en 5 casos reales con cada uno de los miembros del grupo experto

3ª fase: Valorar el tiempo utilizado en cada una de las variables mediante un estudio de dispersión, con 2 profesionales diferentes de cada unidad troncal cronometrando el tiempo utilizado en cada una de las variables

4ª fase: mediante una gama de colores, identificar los tiempos cronometrados de las variables de la matriz, agrupándolos según el grado de intensidad de cuidados: azul (bajo), verde (medio), rojo (alto)

5ª fase: Validación, mediante un factor de conversión aplicable a la matriz a todas las especialidades. Este factor surgirá de las medidas del tiempo realizado en cada una de ellas.

Realizada la primera fase del proyecto, se convocó un grupo de trabajo de 15 profesionales (enfermeras y auxiliares) con el objetivo de valorar la concordancia de la matriz.

El resultado global de dicha concordancia fue adecuado y significativo con un índice Kappa=0,77 interobservador y Kappa=0.95 retest.

A día de hoy, se está pendiente de realizar la medida de tiempo de cada variable que se comunicará en el mismo Congreso (3ª fase)

La realización de las actividades propuestas, debe permitir validar la matriz para que pueda ser utilizada, de forma sencilla, en la determinación de la intensidad de cuidados que precisa cada paciente, con el fin de poder distribuir mejor las cargas de enfermería dependiendo de los pacientes que cada equipo de enfermería atiende.

AUTORES: TUSQUELLAS OTO, CARME; RODRIGUEZ SADURNI, J; ALOY DUCH, A; PAREJA MARTINEZ, A; SABATER RAGA, R; SIST VIAPLANA, X.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DE GRANOLLERS.



ID: 275

TÍTULO: EVALUACIÓN CUALITATIVA DE LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN UN ÁREA BÁSICA DE SALUD (ABS) RURAL

RESUMEN:

Los equipos de atención primaria (EAP) evalúan escasamente sus actividades comunitarias (AC) La orientación preventiva y de promoción de las AC dificulta la concreción en resultados de salud, al no ser inmediatos; darán sus frutos en un futuro, próximo con la reducción del riesgo cardiovascular y/o menor incidencia de enfermedades y un aumento de la supervivencia asociado a calidad de vida. Las Jornadas de Salud (JS) forman parte del Plan Comunitario (PC), tratan temas relacionados con la promoción y la prevención de la salud orientadas al empoderamiento, se realizan anualmente y constituyen una de las AC más relevantes del EAP. Planteamos desde un enfoque de red comunitaria de salud la posibilidad de encuestar a los participantes de las AC para analizar la idoneidad de las mismas más allá del volumen de participación, su continuidad en el tiempo, o la priorización conjunta y previa con los agentes comunitarios. Evaluar mediante encuesta la idoneidad /calidad de una de nuestras AC, las JS.

Estudiar el perfil de los participantes en las JS.

Conocer los elementos de mejora.

En ABS de 22.000 habitantes se evaluó la idoneidad de las JS mediante encuesta autoadministrada.

Características de la encuesta:

Noviembre 2016

VARIABLES edad y sexo. Escala: 0 nada; 1 poco; 2 bastante; 3 mucho,

Ítems: Importancia de los temas tratados; Utilidad de las JS; Horario adecuado; Adecuación espacio físico; Comprensión y claridad de los temas.

¿Recomendaría las actividades? Si/no

Dos preguntas abiertas: Propuesta de nuevos temas y elementos mejorables.

Se distribuyen 90 encuestas entre los asistentes.

Evaluación por la comisión de calidad y el grupo de actividades comunitarias del EAP.

90 Encuestas distribuidas. Contestadas 72 (80%). Válidas 59 (n=59), 81.9% de las contestadas.

Mujeres 80% Hombres 20%

Media 62,8 años, mediana 65, modas 62 y 67, rango 13-85.

Importancia de los temas: 2,8/3

Utilidad de las JS: 2,68/3

Horario: 2,73/3

Adecuación espacio físico: 2,75/3

Claridad y comprensión de los temas: 2,85/3

Recomendaría las actividades un 95%

Propuestas de nuevos temas: 30% Temas: testamento vital y avances médicos.

Apuntan elementos mejorables: 5% Horario y distribución de las JS.

Conclusión: La evaluación de la calidad de AC ha sido tradicionalmente observacional, anotando como las intervenciones mejoraban los registros preventivos y de promoción de la salud. En este momento constatamos, el alto grado de aceptación de las JS como una parte del PC. Los encuestados consideran las JS útiles y recomendables; los temas expuestos importantes y claros, siendo el espacio y el horario en que que desarrollan adecuado. El grupo de calidad y el de AC del EAP valoran muy positivamente la realización y análisis de las encuestas como elementos básicos para la revisión del programa anual comunitario y como indicador para detectar acciones de mejora.

Nuestro deseo es avanzar en la evaluación del resto de AC implementado ésta u otras encuestas de forma generalizada.

AUTORES: ROCA BURILLO, CARLOS¹; RODRIGUEZ FLORES, R²; ASTALS BOTA, M³; GARCIA HINOJOSA, J⁴; ESTELA ABAD, MC⁵; MANUEL MARTI, B⁶.

CENTRO DE TRABAJO: ABS LLEIDA RURAL NORD- GESTIO DE SERVEIS SANITARIS¹; ABS LLEIDA RURAL NORD - GSS²; ABS LLEIDA RURAL NORD - GSS³; ABS LLEIDA RURAL NORD - GSS⁴; ABS LLEIDA RURAL NORD - GSS⁵; ABS LLEIDA RURAL NORD - GSS⁶.



ID: 276

TÍTULO: MEJORA EN LA EVALUACIÓN DE OFERTAS Y SELECCIÓN DE PROVEEDORES EN UN SERVICIO DE FARMACIA

RESUMEN:

El Servicio de Farmacia está certificado por la normativa ISO 9001 siendo uno de los requisitos evaluar a los proveedores. Para ello es necesario disponer de indicadores que nos permitan esta medida. Además gran parte de las adquisiciones de medicamentos se realizan tras negociación directa con la Industria farmacéutica, siendo necesario disponer de una herramienta que nos permita comparar las distintas ofertas (precio, acondicionamiento, periodo de entrega, respuesta situaciones urgentes, etc.) para una adecuada toma de decisiones.

1. Desarrollar un sistema de gestión de ofertas de medicamentos que permita unificar la calidad de la información, comparar las ofertas y optimizar el proceso permitiendo una evaluación objetiva y transparente.

2. Evaluar los diferentes proveedores incorporando datos de incidencias en el envío, para ser utilizado como un criterio en la selección del suministrador de un fármaco.

Diseño de una base de datos común en Microsoft Access® para la petición de ofertas a los laboratorios mediante correo electrónico. Análisis de las incidencias detectadas durante 2016. Fuentes de datos: registro de incidencias y programa de Gestión.

Se desarrolló una base de datos para la gestión de ofertas que incluye dos formularios que debe rellenar cada proveedor: datos propios del laboratorio y datos de las ofertas (código nacional, principio activo, nombre comercial y forma farmacéutica, unidades por envase, presentación en dosis unitaria y descuento comercial). Posteriormente se agrupa la información recibida de todos los laboratorios en una base de datos interna, lo que permite su análisis de forma más ágil. Tras la valoración, las ofertas seleccionadas se incluyen en el programa de Gestión.

Durante 2016 se realizaron 16.167 pedidos con 31.796 líneas de medicamentos a 195 proveedores. Se registraron 24 incidencias (0,15%): cantidad enviada menor a la solicitada (45,83%), rotura del medicamento (25%), confusión de dosis del medicamento enviado (8,33%), confusión de dosis del medicamento enviado tras devolución por mismo error (4,17%), reclamación del laboratorio de medicamento devuelto por rotura (4,17%), confusión medicamento enviado (4,17%), envío de albarán sin identificar proveedor (4,17%), error en la solicitud del pedido (problemas con el fax) (4,17%). El laboratorio no comunicó la existencia de desabastecimiento temporal y consecuente retraso en el envío del pedido en 291 (0,92%) líneas de los pedidos solicitados, estando implicados 72 laboratorios diferentes. El 22% (3.557) de los pedidos realizados en 2016 superaron el tiempo de entrega máximo establecido (3 días).

La implantación de un sistema de gestión de ofertas común a todos los laboratorios y su difusión ha permitido unificar y disponer de datos actualizados de los diferentes proveedores y ahorrar tiempo al personal de Farmacia. Se tendrán en cuenta las incidencias y el incumplimiento del acuerdo del tiempo de envío en la selección de proveedores.

AUTORES: NAVARRO PARDO, IRENE; REAL CAMPAÑA, JM; LARRODÉ LECIÑENA, I; LÓPEZ MIRETE, A; ABAD SAZATORNIL, MR.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.



ID: 277

TÍTULO: MEJORAR LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ANALÍTICA Y SU EFICIENCIA.

RESUMEN:

En octubre del 2015 se objetivó un aumento de la lista de espera para la extracciones analíticas. Nos planteamos hacer una revisión sobre la adecuación de la prescripción analítica. Se estableció, a partir de los protocolos de las guías clínicas, unas recomendaciones de las peticiones en las patologías crónicas más frecuentes y se informó a los profesionales. Se revisaron las analíticas pendientes de extracción respecto a estas recomendaciones y si se repetían parámetros en un corto espacio de tiempo. Se le envió a cada profesional un pequeño informe escrito sobre las incidencias detectadas en sus analíticas. Después de dos años la lista de espera se mantenía y nos replanteamos la estrategia.

Principal: Adecuar la prescripción analítica a las guías clínicas.

Secundarios: aumentar la eficiencia, disminuir la variabilidad entre profesionales y disminuir la lista de espera para las extracciones.

Peticiones analíticas solicitada por los profesionales (médicos y enfermeras) de medicina familiar, programadas y pendientes de extracción.

Nos repartimos a los profesionales entre los 6 revisores y cada uno recogió 40 muestras consecutivas que se evaluaron respecto a los criterios diagnósticos, las recomendaciones presentadas hace 2 años (indicaciones de extracciones en patología crónica) y respecto al tiempo transcurrido desde la última obtención del parámetro (eso se puede evaluar a través de la Inteligencia Activa de nuestro Sistema informático Ecap). Revisión con el profesional de la concordancia. Corrección de las analíticas.

Se han revisado 246 peticiones. De estas precisaron reducir parámetros :139 ; añadirlos en 86. Algunos de los profesionales a pesar de las indicaciones prefirieron no realizar los cambios por diversos motivos. El ahorro económico representó 4139,37. El parámetro que con más frecuencia retiramos fue el perfil lipídico y el segundo el tiroideo. El parámetro que más faltaba eran las CK en pacientes en tratamiento con estatinas. Nos planteamos hacer una nueva revisión en 6 meses. Hemos podido comprobar la eficiencia del método pero tendremos que reevaluar si el beneficio se mantiene en el tiempo y se consigue adecuar la prescripción a las guías, disminuir la variabilidad y la lista de espera. Es cierto que los profesionales han aceptado bastante bien reducir los parámetros analíticos pero en algunas ocasiones la intervención necesaria era retirar toda la analítica y a esto han estado menos predispuestos.

AUTORES: CAULES TICOULAT, YOLANDA; HOSPITAL GUARDIOLA, I; RUIZ AGUILAR, T; RODRIGUEZ ARIZA, S; RIOUCH, Z; SALAS MEDEL, O.

CENTRO DE TRABAJO: ABS VALLS URBA.

ID: 278

TÍTULO: SEGURIDAD EN LA GESTIÓN DE LA ANTICOAGUALACIÓN ORAL

RESUMEN:

Nuestro entorno es el de una Área Básica de Salud urbana de 15563 habitantes, con aproximadamente el 19% mayores de 65 años, que a partir del inicio de la crisis, ha padecido una considerable rotación entre los profesionales (médicos/enfermeras) y también entre las personas mayores que se han trasladado a vivir al domicilio de los hijos.

Motivo por el cual ha aumentado la percepción entre los profesionales acerca de un mayor número de incidentes en el manejo de los Anticoagulantes Orales (a causa de Fibrilación o Flutter Auricular), por lo que el equipo de mejora del centro decidió revisar las historias clínicas de estos pacientes para conocer la situación real y así iniciar las medidas correctoras oportunas.

- Conocer el número de incidentes relacionados con la anticoagulación oral en pacientes con Fibrilación o Flutter Auricular en el último año.

- Mejorar la seguridad de las personas con anticoagulación oral permanente por Fibrilación o Flutter Auricular

1. Estudio descriptivo del número de incidentes producidos en el grupo de población con indicación de anticoagulación oral (ACO) por Fibrilación o Flutter Auricular en el 2016

VARIABLES

- Edad

- Sexo

- Tipo ACO

- N de incidentes leves

 - o Se considera incidente leve al resultado en dos o más ocasiones del INR fuera de rango

- N de incidentes graves

 - o Se considera incidente grave al que requiere la intervención externa (urgencias y/o ingreso hospitalario)

2. Constitución de un grupo de expertos para la revisión de los resultados y valoración de posibles mejoras.

N Población: 148, Edad: < 60a. 11, de 60a 74a 39, >75a 98, Sexo: hombres 85, mujeres 63, tipo de ACO: 85 Acenocumarol, 18 Dabigatran,

15 Apixaban, 3Warfarina, 5 Rivaroxaban, 6 AAS, 1 Clopidogrel, 15 No consta

N incidentes leves: < 3 :16; 3-6: 36; > 6: 26

N incidentes graves: 7

Acciones propuestas por el grupo de expertos: Revisión/Actualización del protocolo territorial, comparación con los puntos débiles de nuestros resultados, se decide actuar en:

No registro en 15 casos, condiciones/hábitos relacionados con los 78 incidentes leves, sistematizando el interrogatorio sobre nutrición i estilo de vida en todos los casos de resultado INR y especialmente en los fuera de rango por parte de la enfermera que realiza el proceso.

Conclusión. Se ha contribuido a poner en evidencia la necesidad de disminuir el riesgo de complicaciones graves. Los incidentes leves provocan disconfort/angustia en las personas atendidas, aumento de la frecuentación y riesgo de complicaciones potenciales. Los cambios de domicilio y las nuevas incorporaciones de profesionales contribuyen a la desactualización de los registros. Trabajar sobre este proceso ha hecho más evidente la necesidad de revisar los procedimientos y adaptarlos a las características cambiantes en la población de nuestra ABS de salud.

AUTORES: RODRIGUEZ BENITO, MARGARITA; DEL AMO BENITO, S.; ESPELT ALUJA, P; TOMAS CASTILLO, I; MARTI BLADE, N; PUCHE CANUT, J.

CENTRO DE TRABAJO: CAP TARRACO.



ID: 279

TÍTULO: FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: HACIA LA IMPLICACIÓN DE FAMILIARES Y CUIDADORES DE PACIENTES INGRESADOS

RESUMEN:

La participación activa de pacientes, familiares y cuidadores en aspectos relacionados con la seguridad clínica en sus contactos con el sistema sanitario, es una de las estrategias en las que se han realizado menos progresos. Desde la OMS, la Comisión Europea, el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Servei Català de la Salut a través de diferentes publicaciones y informes, se orienta a las instituciones en enfocar el trabajo en este aspecto.

Nuestro centro es un hospital comarcal con las especialidades básicas médicas y quirúrgicas, una unidad sociosanitaria y consultas externas con especialidades donde la formación en seguridad clínica abarca al personal asistencial y no asistencial, estudiantes y desde hace un año aproximadamente se realiza una experiencia piloto de formación a familiares y cuidadores.

Implicar a familias y pacientes a tomar un papel más activo hacia la seguridad en la propia asistencia sanitaria y implementar una prueba piloto de formación a familiares y cuidadores habituales de pacientes ingresados, en aspectos relevantes de la seguridad clínica.

Desde el departamento de formación se detecta esta necesidad y se propone una actividad formativa con docentes de enfermería del área de hospitalización de agudos. Se establecieron los temas de las sesiones formativas teniendo en cuenta el impacto posterior que suponía sobre la seguridad del paciente. Finalmente se establecieron: Identificación activa de paciente, higiene de manos con solución alcohólica, prevención de caídas y conciliación de la medicación al alta.

Se realiza una convocatoria escrita de reunión semanal a las 12h del mediodía para todos los familiares de pacientes ingresados en hospitalización de agudos. La metodología utilizada es de sesión grupal y se utilizan material de soporte.

Se han realizado 20 sesiones desde junio del 2016 a junio del 2017, a la que han asistido 104 familiares. La asistencia promedio corresponde al 10-15% de los familiares de pacientes ingresados, de estos, casi el 58% de los participantes eran hombres y el 42% mujeres. Por parentesco, un 53,84% fueron el marido o la mujer del paciente, el 38,46% los hijos y el resto otros parentescos o cuidadores. Obtuvimos mayor asistencia de familiares ingresados en el área de Traumatología con un 43,47% y de familiares de pacientes ingresados de menos de 24h con un 76%.

El resultado de la prueba piloto nos anima a la implantación definitiva de las sesiones de formación con cambios como la mejora de la convocatoria aumentando la visibilización del problema entre los usuarios y la accesibilidad a las sesiones de los familiares sin abandonar al paciente.

Como líneas de futuro deseamos conocer el impacto de la formación mediante la revisión de historias y comparación de resultados con indicadores del centro (caídas, infecciones..) y conocer la satisfacción de los participantes en las sesiones mediante una encuesta telefónica.

AUTORES: VALLANO LAINA, MARIA PILAR; CASTELLS SALVADÓ, M; AGUILÀ BLADE, J; ADRIÀ ALIS, N; GONZALEZ SALAMÉ, MA; SABATÉ CORTES, MP.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL COMARCAL MÓRA D'EBRE.



ID: 280

TÍTULO: ENCUESTA DE CONSULTAS EXTERNAS: ¿QUÉ OPINAN NUESTROS USUARIOS?

RESUMEN:

Las Consultas Externas del Hospital son un área de actividad muy importante cuantitativa y cualitativamente hablando sobre el que nunca habíamos realizado ninguna encuesta.

Evaluar la opinión de nuestros usuarios sobre el funcionamiento de las Consultas Externas.

La encuesta se realizó utilizando un cuestionario en papel, sencillo y fácil de cumplimentar, que debían depositar en una urna tras finalizar la consulta. Valoraba las dimensiones fundamentales (demora en la cita, competencia técnica de los profesionales, trato y amabilidad, puntualidad, información, y por último, tiempo empleado en la consulta), la satisfacción global de la atención recibida y en otro apartado cuáles eran, a su modo de ver, los dos aspectos para ellos más importantes. Por último, texto libre para que nos indicaran en qué debíamos mejorar.

Los servicios, seleccionados en función del mayor número de consultas realizadas, fueron Alergología, Digestivo, Hematología y Oncología (Á. Médica) y Urología, Traumatología y Oftalmología (Á. Quirúrgica).

Se validó la encuesta obteniendo un Alfa de Cronbach $>0,8$. El trabajo de campo se realizó durante 4 semanas. El error medio para toda la muestra fue de 2,4%. Por servicios variaba entre un 5,7% y un 7,4% (aceptable hasta un 10%). La tasa de respuesta global ha sido de un 65,51%. Todos los cálculos estadísticos se realizaron con el programa SPSS.

La satisfacción global media de la atención recibida (sobre 10) es de 8,74 (DT 1,56), variando por servicios entre 9,07 y 8,16. En esta misma pregunta, y de forma global, el 83,8% de los pacientes nos puntúa con 8, 9 ó 10.

Por preguntas, la mejor valorada es la que hace referencia al trato y amabilidad de la atención, 9,34 (DT 1,32), en segundo lugar la competencia técnica de los profesionales, 9,17 (DT 1,35) y en tercer lugar la información recibida, 8,88 (DT 1,63). En cualquier caso, la peor puntuación otorgada es un 7,50, equiparable a un notable.

Los pacientes consideran como aspectos más importantes, en primer lugar la competencia y conocimientos de los profesionales, (34,6% de los votos emitidos), en segundo lugar el trato y amabilidad (24,2% de los votos) y en tercer lugar la información recibida (20,7). Los dos aspectos menos valorados son la puntualidad en la consulta (6,35%) y el tiempo de dedicación en la consulta (solo un 3%).

En el apartado sobre qué debíamos mejorar el 24,3% de los comentarios se referían a la puntualidad en la consulta, el 19,6% a disminuir la demora en la cita, pero ya en tercer lugar aparecía con un 16,5% la categoría "todo correcto".

Podemos concluir que: 1. los resultados obtenidos son muy favorables, 2. se ha producido una alta participación (tasa de respuesta 65,51%), 3. lo que más les importa a nuestros pacientes, por este orden, son el trato y amabilidad, la competencia técnica y la información recibida, 4. con una mayor implicación de los profesionales en la entrega de los formularios el trabajo de campo hubiera durado menos tiempo.

AUTORES: VEGAS MIGUEL, ALBERTO; ALBALADEJO BLANCO, C; GONZÁLEZ SAGRADO, M; RODRÍGUEZ JÁÑEZ, MP; HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, AB; PELÁEZ PÉREZ, E.

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA UNIFICADA VALLADOLID OESTE.



ID: 281

TÍTULO: PLAN DE CALIDAD Y SEGURIDAD CLÍNICA EN INFECCIÓN DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA: ESTUDIO DE INTERVENCIÓN QUASIEXPERIMENTAL

RESUMEN:

La infección de localización quirúrgica (ILQ) es la principal causa de infección nosocomial en España, suponiendo en el año 2016 el 22% de las mismas. La cirugía espinal tiene mayor tasa de infección que otras cirugías ortopédicas como la artroplastia de cadera o rodilla. La ILQ aumenta la morbi-mortalidad de los pacientes, así como los costes médicos para el Sistema Sanitario.

Evaluar el efecto de las medidas preventivas de un Plan de Mejora de Calidad y Seguridad Clínica (Care Bundle) en la incidencia y prevención de la infección de localización quirúrgica en pacientes sometidos a fusión espinal.

Estudio de intervención quasiexperimental con análisis antes-después. Se incluyeron pacientes intervenidos de fusión espinal en nuestro centro hospitalario. Se evaluaron los períodos 2007-2010 (antes) y 2012-2015 (después) tras la introducción, durante el año 2011, de un conjunto de medidas preventivas que incluían: lavado quirúrgico de manos con soluciones hidroalcohólicas y aumento del número de puntos de dispensación de soluciones hidroalcohólicas, rasurado del campo quirúrgico con máquina eléctrica y antisepsia del campo quirúrgico con clorhexidina alcohólica al 2%.

Las variables cualitativas se describieron con su distribución de frecuencias y las variables cuantitativas con la media y desviación estándar. Se estudió la incidencia de infección de localización quirúrgica y la estancia media antes y después de la implantación de las medidas. El efecto de la intervención se evaluó con el Riesgo Relativo y su intervalo de confianza al 95% (IC95%).

Se incluyeron un total de 1315 pacientes. Durante 2011 se introdujeron las medidas, que se explicaron en sesiones al personal y se difundieron a través de salvapantallas en los ordenadores de los puestos de trabajo. Se realizaron 561 procedimientos quirúrgicos antes y 754 después de la intervención. La edad media y desviación estándar fueron de 54,8 años (DE=15,9) antes y 56,7 (DE=11,5) después del plan de mejora. La incidencia de ILQ fue de 4,8% (IC95%=3,0-6,6) en el periodo previo y de 3,4% (IC95%=2,1-4,7) en el posterior. El Riesgo Relativo de Infección antes/después de la intervención fue de RR=0,69 (IC95%=0,5-1,1), $p=0,1$. La estancia media global descendió de 8,9 a 8,3 días ($p>0,05$).

La introducción de un conjunto de medidas preventivas (Care Bundle) en la cirugía de columna disminuyó la incidencia de infección de localización quirúrgica y la estancia media de los pacientes operados en nuestro hospital.

AUTORES: DEL MORAL LUQUE, JUAN ANTONIO¹; GONZÁLEZ DÍAZ, R²; VILLAR DEL CAMPO, MC³; CHECA GARCÍA, A⁴; ALONSO GARCÍA, M⁵; RODRÍGUEZ CARAVACA, G⁶.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN¹; HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS²; CENTRO DE SALUD LOS CÁRMENES³; HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN⁴; HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN⁵; HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN⁶.

ID: 282

TÍTULO: RELACIÓN ENTRE ESTADO NUTRICIONAL Y RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS

RESUMEN:

Las UPP suponen un grave problema de salud y si tenemos en cuenta que según el 4º Estudio Nacional de Prevalencia de UPP realizado por (GNEAUPP), el incremento de este tipo de lesiones en los Centros Socio sanitarios (CSS) está situado entre un 12,6 y un 14,2%, la situación es realmente preocupante. Este es un porcentaje muy alto ya que la comunidad científica afirma que el 95% de las úlceras por presión son evitables si se aplican las medidas de prevención adecuadas y personalizadas a través de "simplificadas pautas de cuidados y arsenal terapéutico básico

Estas lesiones, no son invisibles, son un problema que se presenta mayoritariamente en personas ancianas y desgraciadamente las padecen miles de personas de todas las edades que ven afectada su calidad de vida y la de todo su entorno socio familiar.

El coste del tratamiento en España supera los 600 millones de euros cada año y en otros países, la estancia hospitalaria aumenta hasta cinco veces cuando los pacientes desarrollan una úlcera por presión.

Este problema se agrava en ancianos institucionalizados donde encontramos varios factores Asociados que favorecen su aparición: encamamiento prolongado, movilidad reducida, malnutrición, alteraciones fisiológicas, incontinencia, etc.

Andorra es un país con 78014 habitantes, de los cuales, 5024 (6.5%) son personas mayores de 75 años, y la tendencia indica que cada vez este número será mayor.

El proyecto actual pretende determinar el efecto de la malnutrición en la aparición de las UPP, ya que en la actualidad existen pocos estudios al respecto. De los resultados obtenidos dependerán las acciones que se realizarán posteriormente, para potenciar las buenas prácticas profesionales, entre ellas la prevención de las UPP teniendo en cuenta cada uno de los factores implicados.

Determinar el riesgo de desarrollar UPP en pacientes malnutridos o con riesgo de malnutrición según MNA, que sean mayores de 75 años, que estén institucionalizados en Centros Socio sanitarios o residencias geriátricas del Principado de Andorra, y que presenten riesgo medio o alto según escala BRADEN para UPP y un índice de dependencia según BARTHEL severo o total.

Inicialmente búsqueda sistemática en diferentes bases de datos como:

MEDLINE, LILACS, SCIEDIRECT, SCIELO, PUBMED

PALABRAS CLAVE

Úlcer* por presión, Úlcer* y estado nutricional, Malnutrición, Nutricional Status, Pressure ulcer* AND nutrition

Se realizará estudio de cohortes prospectivo durante seis meses para determinar la importancia del estado nutricional, en pacientes mayores de 75 años, según MNA, cuyo riesgo para el desarrollo de UPP sea medio o alto según escala BRADEN y un índice de BARTHEL de severo o total en la población del Principado de Andorra ingresada en CSS o residencias geriátricas.

El 84% de la muestra presenta riesgo moderado o alto de UPP.

Los pacientes malnutridos presentan mayor riesgo de padecer UPP, un 45.1% seguido de los pacientes con riesgo de malnutrición, 38.9%.

AUTORES: FLUJAS JIMENEZ, ANA MARIA.

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO SOCIO SANITARIO EL CEDRE (ANDORRA)1.



ID: 283

TÍTULO: ANÁLISIS DEL GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE VALOR EN LA ATENCIÓN AL PARTO EN LOS HOSPITALES DE BARCELONA

RESUMEN:

En la atención al parto, está demostrado que, al lado de prácticas de efectividad contrastada, hay otras en las que la evidencia constata que no aportan ningún valor a la asistencia, por el contrario contribuyen a la medicalización de un proceso fisiológico. Detectar estas prácticas clínicas, contribuirá a mejorar la calidad asistencial, disminuir la medicalización del parto y aumentar la satisfacción de las mujeres.

Para conocer cuál es la realidad en nuestro medio, se plantea el siguiente estudio, cuyo objetivo es conocer el grado de implantación de las prácticas consideradas de valor por la Guía clínica de atención al parto normal del Ministerio de Sanidad y Política Social, y en iniciativas como 'Do not do' cuyas recomendaciones surgen de las guías de práctica clínica de NICE.

Para dar respuesta al objetivo del estudio se opta por realizar un estudio descriptivo transversal multicéntrico mediante encuesta. Se establece una muestra de conveniencia de 60 profesionales de los Servicios de Ginecología y Obstetricia de hospitales de la Provincia de Barcelona. La encuesta recoge información sobre el tipo de hospital, el perfil profesional y diferentes prácticas asistenciales que realizan en sus centros de trabajo.

Se ofrece un análisis descriptivo de los datos, utilizando la distribución de frecuencias, sobre las diferentes prácticas en función del perfil profesional y del tipo de hospital.

Los resultados nos muestran que, en nuestro medio, se han erradicado prácticas con ningún grado de evidencia como son el rasurado, la administración de enemas o la episiotomía sistemática, y que se han consolidado, en la mayoría de los centros, que la matrona sea el referente del parto normal, la movilización durante el parto, y el favorecer el acompañamiento. Prácticas de valor que requieren un mayor desarrollo son la ingesta hídrica durante el parto y el acompañamiento one to one por parte de la matrona.

AUTORES: OBREGÓN GUTIÉRREZ, NOEMÍ; ESCALÉ BESA, M.

CENTRO DE TRABAJO: COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA.



ID: 285

TÍTULO: FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITÉS ONCOLÓGICOS: EN LA SENDA DE LA MEJORA CONTINUA

RESUMEN:

Hoy en día nadie pone en duda que el adecuado manejo de los pacientes con enfermedades tumorales requiere de un abordaje multidisciplinar, en el que participen los profesionales de las distintas áreas de conocimiento médico implicadas en cada tipo de tumor. Los comités oncológicos que se constituyen en los hospitales son la respuesta organizativa para mejorar la calidad en la atención que se presta a estos pacientes.

Realizar un análisis del funcionamiento de los Comités de Tumores de nuestro Hospital.

Aunque en los años 2010-2012 ya empezaron a funcionar de manera "más o menos espontánea" algunos de los Comités Oncológicos de nuestro hospital, es en el año 2013 cuando se elabora desde la Comisión de Tejidos, Tumores y Mortalidad, un Documento Marco que regula el funcionamiento de los Comités de Tumores. Este documento define una plantilla que se debe cumplimentar a modo de acta de cada reunión de los Comités y que se remite a la Unidad de Calidad. Desde al año 2014 se recogen de manera formal y sistemática datos sobre este funcionamiento.

En el año 2014 tenemos datos recogidos de los Comités de Cáncer Colorectal, de Tumores Hipofisarios y de Tumores Urológicos. En total se celebraron 18 reuniones, en las que se presentaron 63 casos. En el año 2015, además de los anteriores obtenemos datos reales de los Comités de tumores de Mama y Ginecología, de tumores Hepatobiliopancreáticos, de tumores Esofagogástricos y de tumores de Cabeza y Cuello. En este año en total se mantuvieron 71 reuniones, en las que se estudiaron 200 casos. En 2016, se obtienen datos además de los 7 comités antes citados, del comité de tumores Broncopulmonares. En este año se celebran en total 96 reuniones en las que se presentan 318 casos. La asistencia media a las reuniones considerados todos los Comités fue de 6,83 profesionales en el año 2014, de 8,31 en el año 2015 y de 8,96 en el año 2016. El porcentaje de incremento del nº de casos presentados entre 2014 y 2016 es de un 504,76% (de 63 a 318). El incremento en el nº de reuniones es también similar, muy cercano a 533 %. Además también recogemos datos sobre qué Servicios son los que presentan los casos y qué origen/localización tienen los tumores presentados para cada Comité. Podemos concluir que existe un incremento llamativo de la actividad de los Comités de Tumores en estos dos años (tanto en el nº de reuniones como en el número de casos presentados), esta actividad se ha implementado de forma natural y consciente por parte de los profesionales, porque consideran necesario y adecuado el manejo multidisciplinar de estos pacientes, de manera que lo han integrado en su forma de trabajar y entre los cometidos habituales de la programación semanal del Servicio. Además del trabajo realizado, a partir de ahora es necesario que los Comités de Tumores elaboren y aprueben protocolos asistenciales y por otro lado que evalúen el aspecto cualitativo (y no solo cuantitativo) de la actividad realizada.

AUTORES: ALBALADEJO BLANCO, CELIA; VEGAS MIGUEL, A; JIMÉNEZ LÓPEZ, MT; RODRÍGUEZ JÁÑEZ, MP; PELÁEZ PÉREZ, E; GARCÍA VELA, JM.

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA UNIFICADA VALLADOLID OESTE.

ID: 286

TÍTULO: RESULTADOS EN SALUD DE LAS MUJERES : PARTO Y RELACIONES SEXUALES

RESUMEN:

El periodo postparto es un periodo crítico y vulnerable en el que las mujeres pueden sufrir un deterioro en una o varias dimensiones del funcionamiento sexual(deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor) y tener dificultades para reanudar las relaciones sexuales coitales, lo que puede afectar a su bienestar físico, social y emocional. A pesar de la alta frecuencia de estos problemas en los primeros meses posparto(entre un 41 y 83%), existe un profundo silencio en torno a este punto de la vida de las mujeres. El personal sanitario no suele prestar atención a este aspecto, en las recomendaciones al alta y revisiones tras el parto. En los últimos años ha aumentado el número de estudios de este aspecto, aunque con resultados heterogéneos y no concluyentes

Evaluar en mujeres primiparas a las 6 semanas y 6 meses posparto, la relacion entre el tipo de parto y el reinicio y características de las relaciones sexuales

Estudio observacional, longitudinal, prospectivo . La selección de participantes que cumplieran los criterios de inclusión se basó en un muestreo de conveniencia no probabilístico. Se reclutaron 552 mujeres primiparas sanas , entre 18 y 45 años, que dieron a luz en un hospital de tercer nivel. Completaron el seguimiento 489 mujeres(88,6%). Se aplicaron entrevistas presenciales durante la estancia hospitalaria y telefónicas a la 6ª semana y 6º mes posparto en las que se incluyeron variables sociodemográficas, del tipo de parto, lactancia , salud de la madre y del hijo , características de la relacion sexual, calidad de vida(cuestionario SF-36) y cribado de depresion (escala de depression postnatal de Edimburgo) .El tipo de parto se clasifico en: vaginal, instrumental(forceps y /o ventosa) y cesarea. Se construyo un modelo de regresion logistica multivariado para analizar las relaciones entre el tipo de parto y el reinicio y calidad de las relaciones sexuales a la sexta semana y sexto mes posparto. El proyecto se financio con una ayuda FIS (PI 12/03031)

En la 6ª semana posparto, el 24,4% de mujeres habian reiniciado relaciones sexuales coitales. El parto con forceps ($p=0.010$), la episiotomia o trauma perineal ($p=0.018$), asi como el menor nivel socioeconomico ($p=0.039$) se asociaron con un mayor riesgo de no reiniciar las relaciones sexuales , la lactancia materna presento mayor probabilidad de dispareunia ($p=0.021$) . Al 6º mes posparto el 92,4% de mujeres mantenian relaciones sexuales coitales. Las mujeres con cribado positivo de depresion posparto declararon percibir menor satisfaccion sexual en relacion al periodo anterior al parto($p=0.028$) y un mayor numero de mujeres que mantenian la lactancia materna manifestaron tambien menor deseo sexual y dispareunia($p< 0.001$, $p< 0.001$). Las mujeres deben recibir información y recomendaciones sobre como reanudar las relaciones sexuales y como evitar las potenciales complicaciones derivadas de las mismas, de los profesionales sanitarios durante el seguimiento del posparto

AUTORES: PLA MESTRE, ROSA MARIA¹; TRIVIÑO SUAREZ, JM²; OLIVER BARRECHEGUREN, C³; AVILES GAMEZ, B⁴; ARRUTI SEVILLA, B⁵.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN¹; HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN²; HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN³; CENTRO SALUD⁴; CENTRO DE SALUD⁵.



ID: 287

TÍTULO: APLICACIÓN DE UN CICLO DE MEJORA PARA ESTABLECER LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

RESUMEN:

La Seguridad del Paciente (SP) es el pilar en el que asienta la calidad asistencial de los servicios de urgencias extrahospitalaria.

El despliegue y evaluación de objetivos que desarrollan las Líneas Estratégicas (LE) de SP en las organizaciones es fundamental para valorar el avance en la Cultura de Seguridad (CS), evaluar los logros y planificar nuevas estrategias.

Elaborar la Estrategia de SP de un Servicio de Urgencias Extrahospitalario sobre la base de la evaluación de la estrategia previa y del análisis de la situación de partida.

- Constitución del grupo evaluador: dirección y expertos en SP
- Material: Resultados de los Objetivos de SP de los 4 últimos años: actuaciones realizadas. Documento de Estrategia de SP 2013-2016. Otros documentos de SP (Informes anuales de la Unidad Fun

Informe de Cierre de la Estrategia SP 2013-2014: Constaba de 4 LE desplegadas en 18 OE y 44 Actuaciones, de las que se habían realizado 19 (43%); en desarrollo 18 (41%), y pendientes de inicio 7 (16%):

- LE1: Promover y Difundir la CS: Actuaciones: Realizadas (R): 3; en desarrollo (D):2; Pendientes (P):2
- LE2: Conocer y aprender de nuestra realidad: Actuaciones: R:2; D:5; P:3
- LE3: Optimizar nuestra organización: Actuaciones: R:4; D:4; P:2.
- LE4: Mejorar la S en la atención a los pacientes: Actuaciones: R:10; D:7; P:0.

DAFO: La Comunicación interna, la retroalimentación a los profesionales de su desempeño en SP, la coordinación interniveles y aspectos estructurales específicos se determinaron como las debilidades más relevantes; como fortalezas el avance en la cultura de SP, la formación y competencia, el trabajo en comisiones, las nuevas tecnologías, la sistemática de objetivos de SP para profesionales y unidades asistenciales y el liderazgo e implicación de la dirección. La oportunidad más destacable es el avance en SP en nuestro entorno sanitario y la mayor amenaza el envejecimiento poblacional, la pluripatología y cambios económicos.

Se establecieron 12 LE integradas en 4 perspectivas: Organización (3 LE), Grupos de Interés (3LE), Procesos internos (2LE) y Aprendizaje (4LE), desplegadas en 44 OE, 97 proyectos con un propietario del mismo y 145 acciones temporizadas en un cronograma.

El análisis con una metodología estructurada de las consecuciones en Seguridad del Paciente y la configuración de un PE, sirve para enfocar y priorizar objetivos, asignar responsabilidades y promover el avance en SP de la propia organización.

AUTORES: COLOMER ROSAS, ASUNCIÓN; BRAVO RODRIGUEZ-BARBERO, J; FLORES HERRERA, J; LÓPEZ-GUERRERO ALMANSA, A; HERNÁNDEZ JARAS, MV; BUSCA OSTOLAZA, P.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA112.



ID: 288

TÍTULO: ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL AL CUIDADOR DEL PACIENTE CRÓNICO Y PLURIPATOLÓGICO

RESUMEN:

Es preciso que los equipos profesionales sanitarios documenten las intervenciones en Atención Domiciliaria, para reflejar el adecuado manejo al paciente o cuidador/proceso asistencial, demostrar la resolución de los problemas clínicos, y que lo que se hace es seguro, específico y efectivo.

Evaluar el impacto de un modelo de intervención basado en la atención compartida por las Enfermeras Gestoras de Casos y las Unidades Móviles de Rehabilitación y Fisioterapia, en una población de pacientes y sus cuidadores de Atención Primaria (AP) en Andalucía.

Estratificar las intervenciones en función del riesgo, ofrecer planes de cuidados y abordajes terapéuticos individualizados, estableciendo objetivos estratégicos globales en la asistencia.

Debido a la alta prevalencia de pacientes crónicos y pluripatológicos descritos en el ámbito comunitario y la complejidad de sus condiciones y la de familiares, ha sido necesario desarrollar programas de intervención socio sanitarios dirigidos a los mismos, para ofrecerles información y apoyo que les permitirá asumir esta responsabilidad en el hogar. Existe suficiente evidencia para afirmar que gracias a la ayuda de servicios y recursos tanto públicos como privados, asociaciones, apoyo familiar, de amistades, la carga del cuidador es más llevadera en esta situación. El acceso a la información ofrecida en estos talleres organizados en el ámbito de Atención Primaria (AP) ofrece al cuidador más posibilidades para realizar una intervención adecuada al paciente dependiente que repercute en su calidad de vida; el propio cuidador señala poseer un mejor estado de salud, que se encuentra con mayor fuerza emocional para enfrentarse a los problemas y dificultades de su día a día.

A través de personal de AP responsable, gestión de casos y trabajador social fundamentalmente, se desarrollan talleres que son muy útiles y demandados por los cuidadores informales de estas personas que necesitan intervenciones, vigilancia de su salud o ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria.

La atención a estas personas que cuidan, con intervenciones avanzadas de apoyo, formación y asesoramiento en el ámbito familiar, debe seguir siendo uno de los valores del Servicio Andaluz de Salud y por lo tanto toda la documentación, guías y manuales que se generen para esta población precisan difundirse tanto en el ámbito científico como en la comunidad.

Financiación: Proyecto de Investigación PI 0354/2014 concedido por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, en el seno de la convocatoria de proyectos de Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud.

AUTORES: LOPEZ LIRIA, REMEDIOS¹; VEGA RAMIREZ, FR²; GALDEANO BIAGETTI, G³; LOPEZ MULERO, I⁴; SALIDO CAMPOS, MA⁵; ORTIZ JIMENEZ, F⁶.

CENTRO DE TRABAJO: UNIVERSIDAD DE ALMERÍA¹; C.H. TORRECÁRDENAS²; FISIOTERAPEUTA³; DISTRITO SANITARIO ALMERÍA⁴; C.H. TORRECÁRDENAS⁵; DISTRITO SANITARIO ALMERÍA⁶.

ID: 289

TÍTULO: AYUDANDO A VENCER BARRERAS: TALLER SOBRE MANEJO INTEGRAL DEL CÁNCER DE MAMA DE RECIENTE DIAGNÓSTICO.

RESUMEN:

El diagnóstico del cáncer de mama, impacta no solo en la paciente, sino también en su ámbito, familiar, laboral, psicosocial, etc. Genera miedos, incertidumbres, y sobre todo, miles de preguntas, relacionadas con las pruebas diagnósticas, tipos de tratamiento, sus efectos secundarios, secuencia de los mismos, etc. Para facilitar la aceptación del proceso diagnóstico-terapéutico, desde un punto de vista integral; decidimos ofrecer la oportunidad de acudir, a todas las mujeres que han recibido un diagnóstico de cáncer de mama en nuestro hospital, al Taller. "CÁNCER DE MAMA. NO ESTÁS SOLA". Tiene un carácter divulgativo, de coloquio participativo, cercano y directo.

Desde Atención al Paciente, se contacta telefónicamente, para invitarlas a participar. Son talleres de 3 horas aproximadamente de duración, dividido en 2 bloques:

1º: Consideraciones técnico-científicas: un tratamiento individualizado para cada mujer. 60 minutos.

- Tratamiento médico-quirúrgico. Ginecología.
- Tratamiento quimioterápico. Oncología Médica OM.
- Tratamiento radioterápico. Oncología Radioterápica OR.
- Tratamiento reconstructivo. Cirugía Oncoplástica.
- Profilaxis de Linfedema. Rehabilitación.

CAFÉ

2º Consideraciones humanas y sociales: hay mucho más que hacer.

- Cuidados de Enfermería. Enfermería OM y OR.
- Entorno laboral, derechos, bajas: Servicios Atención al Paciente-Trabajo social.
- Programa de Primer Impacto. Asociación Española Contra el Cáncer.
- Aspectos psicosociales, apoyo psicológico, el entorno familiar, imagen corporal. Psicooncología y Psiquiatría.
- Sexualidad, pareja. Matrona.
- Tratamiento estético y cosmético: peluquería, pañuelos, prótesis externas, lencería, ropa, etc. Fundación Ángela Navarro.

Hemos realizado, con frecuencia trimestral, 3 Talleres:

-25/10/16: se contactó con 25 pacientes, 14 aceptaron la invitación, el 56% y acudieron, 10: 71.4% (10/14). Edad media 44 años (R 28-68).

-13/12/16: 14 pacientes, de las que aceptaron 5: 35.7%, Acudieron 4: 80% (4/5). Edad media: 43.75 años (R 36-62).

-30/5/17: 43 pacientes, aceptaron 13 pacientes, 30.23%. Acuden 7. 84.61% (7/13). Edad media 47.14 años (R 36-64).

Se pasó un cuestionario para evaluar el cumplimiento de los objetivos del Taller. Si había resultado interesante, útil y práctico en una escala del 1-5. Que añadiría. Si lo recomendaría, si había cumplido sus expectativas (SI/NO) y las mejoras que sugerían.

En las tres Talleres, de las pacientes que aceptaron la invitación, acudieron 78.67%, con una edad media: 44.96 años. De las 22 participantes: "muy interesante y muy práctico" el 90.9% (20/22) y lo recomendarían, 100%. Implementaremos las áreas de mejora sugeridas: café más saludable (sin bollería industrial), entregar folleto informativo, extender la iniciativa a otros centros. Contaremos con la experiencia vital de una paciente, se ofrecerá una cita después de cirugía a los 7-10 días y antes de citar con el resultado de la AP, porque se sienten "abandonadas".

AUTORES: DE LAS PEÑAS CABRERA, D; NOGUERO MESEGUER, R; JOSÉ MORENO, G; MORENO CERRATO, N; ABREU GRIEGO, E; SEGURA LANZ, S.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS, MÓSTOLES.



ID: 290

TÍTULO: FOMENTO DE UNA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE UN MODELO COMUN DE REGISTRO E INFORMACIÓN CLÍNICA

RESUMEN:

Se prevé un incremento de la población mayor de 65 años como consecuencia del aumento de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad. Este hecho supone un incremento de las enfermedades crónicas y/o discapacitantes y por ende el aumento de población susceptible de requerir Atención Domiciliaria (AD).

Los servicios sanitarios de AD se están impulsados en toda Europa, debe plantearse la necesidad de una mejora urgente de la Seguridad del Paciente en el ámbito domiciliario dada la diversidad de categorías profesionales implicadas en este servicio así como el incremento de la actividad en intensidad y grado de cobertura.

Es de vital importancia demostrar que lo que se hace desde este ámbito es seguro, específico y efectivo, como herramienta para alcanzar tal fin destaca la necesidad de desarrollar hojas de registro e información consensuadas.

Objetivo principal: desarrollar una hoja de registro e información única e informatizada para diversos procesos asistenciales como prótesis de rodilla y cadera; ictus; pacientes pluripatológicos y crónicos; demencias y cuidados paliativos.

Objetivos específicos:

- Disponer de una base de datos a nivel interdisciplinar que promueva una planificación y gestión coordinada, sirviendo además para realizar un análisis de seguridad del paciente y efectuar recomendaciones.
- Analizar los datos recogidos para obtener un visión integral de los episodios asistenciales (evaluar impacto clínico, funcional, psicológico y social).

La población diana han sido pacientes y cuidadores tratados por los equipos móviles de rehabilitación-fisioterapia y atendidos por las enfermeras gestoras de casos (cuyo diagnóstico coincida con alguno de los procesos asistenciales en estudio), dependientes de Atención Primaria de la provincia de Almería. Ha sido necesario reclutar un mínimo de 66 sujetos.

En una primera fase se ha realizado el diseño e implantación de una hoja de registro e información para cada proceso asistencial seleccionado. En la segunda fase se ha llevado a cabo un estudio descriptivo prospectivo, observando si existen cambios positivos en las variables medidas que puedan evidenciar una mayor calidad en la atención al paciente y si este modelo de registro tiene repercusiones en la percepción de los profesionales en lo referente a seguridad del paciente.

La historia clínica elaborada permite unificar conceptos de valoración e interpretación, así como recoger un conjunto de datos cualitativos y cuantitativos que permiten establecer un diálogo entre los diferentes profesionales implicados y un punto de partida común para todos, con la expectativa de que esto repercuta favorablemente en la recuperación funcional, calidad de vida, satisfacción y seguridad de los pacientes en Atención Domiciliaria.

AUTORES: LOPEZ LIRIA, REMEDIOS¹; GALDEANO BIAGETTI, G²; VEGA RAMIREZ, FR³; ARREBOLA LÓPEZ, AC⁴; GOBERNADO CABERO, MA⁵; GRANADOS VALVERDE, R⁶.

CENTRO DE TRABAJO: UNIVERSIDAD DE ALMERÍA¹; FISIOTERAPEUTA. UNIVERSIDAD DE ALMERÍA²; COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECARDENAS³; DISTRITO SANITARIO ALMERÍA⁴; DISTRITO SANITARIO ALMERÍA⁵; DISTRITO SANITARIO ALMERÍA⁶.



ID: 291

TÍTULO: PROPUESTA DE APOYO EN METODOLOGIA DE CALIDAD EN UN PROGRAMA DOCENTE PARA RESIDENTES.

RESUMEN:

La Unidad Docente (UD) de la Dirección de Atención Primaria (DAP) dispone de programa de formación continuada. Nuestro Centro de Atención primaria es docente desde 2005. La coordinadora docente detecta necesidades formativas no contempladas en el programa, tales como falta de formación metodológica para realizar su proyecto de calidad. La valoración del trabajo de investigación desde la UD es cuantitativa, suponiendo un 10% de la evaluación final del residente, según un check-list predeterminado. El trabajo de calidad únicamente se valora de forma cualitativa, sin computar en la evaluación final del residente. Desde la comisión de calidad de nuestro centro se ofrece el soporte metodológico necesario para la llevar a cabo dicho proyecto.

Aplicar metodología del PDCA en la realización del proyecto final de residentes, según programa docente y fomentar la cultura de calidad como profesionales sanitarios.

La evaluación final de los residentes se incluía un trabajo de investigación y desde hace 5 años, también un trabajo de calidad. De esta necesidad nace el Programa Docente DIMECRES DOCENT (DD), que ofrece apoyo metodológico en calidad e investigación, además formación continuada a petición de los propios residentes. El DC lleva activo 3 años, reservando un espacio mensual en el calendario de sesiones anual.

Se utiliza metodología Hoshin - Hanri, además de cerrar el ciclo de mejora en sus cuatro fases: Identificación, Análisis, Mejora y Evaluación y seguimiento. Como evaluación interna se define un check list que incluyo parámetros básicos validados para realizar una valoración objetiva de la metodología utilizada.

Es un programa abierto a todos los residentes pero se priorizan los que están haciendo la rotación en Atención primaria (primer R1 y cuarto año R4).

Los trabajos de calidad son presentados a final de residencia en la Unidad de soporte a la Investigación de la DAP. Se han presentados los siguientes: Interrupciones telefónicas en consulta, Cribaje de la retinopatía diabética y Cribaje de pie diabético.

El número de residentes que asisten al DD de 2014-2015: cuatro residentes (2 R4 y 2 R1), 2015-2016: seis residentes (3 R1 y 3 R4) y 2016-2017: 6 residentes (3 R4 y 3R1), un total de dieciséis residentes.

Se presenta tres trabajos de calidad y el 100 % cumplen los criterios de metodología PDCA.

La asistencia de los residentes al DD ha sido del 45% de los R1 y un 90% de R4.

Aumenta el grado de satisfacción de los residentes.

El soporte metodológico, aumenta la cultura de calidad que aplicarán nuestros residentes en su práctica diaria, mejorando la asistencia y aumentando la seguridad en la atención al paciente.

Dados los resultados obtenidos en la calidad de los trabajos y satisfacción de los residentes, se propone que desde la Unidad Docente, el trabajo de calidad se valorado cualitativa y cuantitativamente.

AUTORES: OYA GIRONA, EVA MARIA; VAZQUEZ MOYA, M; VIÑALES, J; POLICARPIO TAPIA, CR; LÁZARO RAMOS, S; PEIRO MUNTADAS, L.

CENTRO DE TRABAJO: CAR SALOU.



ID: 292

TÍTULO: DESARROLLA-T: UNA HERRAMIENTA DE SOPORTE PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL

RESUMEN:

El Desarrollo Profesional (DP) es el proceso de aprendizaje que comienza después de la formación básica y de postgrado, extendiéndose a lo largo de la vida profesional. Desde el año 2000 la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ha venido sentando las bases de un sistema de DP para los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) conforme al Modelo de Gestión por Competencias, promoviendo la mejora continua de sus profesionales. Los Mapas de Competencias (MC) definen las competencias que deben estar presentes en el desempeño de cada puesto de trabajo (PT). La Autoevaluación se convierte en una herramienta estratégica para ayudar a los profesionales a ampliar o mejorar sus habilidades y definir sus propias metas de desarrollo.

Elaborar una aplicación informática (DEsarrolla-T) que permita el empleo de MC para el DP, permitiendo identificar necesidades formativas (NF), elaborar planes de desarrollo (PD) y de formación (PF) y servir de soporte en otros procesos de gestión de personas.

Funcionalidades principales: 1. Autoevaluación del profesional: el profesional reflexiona sobre su práctica profesional y señala cuál es su nivel de destreza en cada una de las Actividades incluidas en las distintas Prácticas (BP), pudiendo seleccionar una de las siguientes opciones: 1 Aún no puedo realizarla, 2 Puedo realizarla con ayuda o supervisión, 3

Realizo la actuación de forma autónoma con soltura, 4 Soy capaz de supervisar y formar en la actividad. Según el puesto de trabajo, cada uno de estos elementos; BP y Actividades, tiene un nivel de exigencia "Imprescindible" (es prioritaria en un puesto de trabajo.) o "Deseables" (se considera opcional y aporta un valor añadido en el puesto de trabajo.). . Identificación de NF: El resultado de la autoevaluación muestra actividades agrupadas por niveles de destreza alcanzado, comenzando por aquellas con el mayor grado de dominio o pericia, señalando las fortalezas, así como las actividades que requieren formación. 3: Elaboración del PD: el Responsable de cada Unidad accede a estas autoevaluaciones para conocer el nivel de dominio o destreza que los profesionales han seleccionado en las actividades incluidas en su MC, pudiendo priorizar y elaborar el PD acorde a las NF reales de los mismos. 4 Elaboración del PF: Detectadas las NF, los responsables de unidad, responsables de formación podrán elaborar planes anuales de formación ajustados a las necesidades reales de los profesionales, atendiendo a sus competencias y a las estrategias de formación del SSPA, incluyendo áreas de acción prioritarias.

Actualmente se está llevando el pilotaje de la aplicación con 3 mapas de competencias (Neurólogo, Cirujano Torácico, Médico especialista en Ap. Digestivo) en 4 centros hospitalarios del SSPA.

AUTORES: GARCÍA RIOJA, FILOMENA; FERNÁNDEZ-SACRISTÁN GARRIDO, B; CEBALLOS-POZO, M3; BUIZA-CAMACHO, B; NAVARRO-LIZARANZU, J; BREA-RIVERO, MP.

CENTRO DE TRABAJO: AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA (ACSA)



ID: 293

TÍTULO: EVALUACIÓN PREVIA (GAP ANÁLISIS) A LA CERTIFICACIÓN DE LA NUEVA NORMA ISO 9001:2015 DE UN CENTRO HOSPITALARIO DE NIVEL 2

RESUMEN:

El Hospital Universitari General de Catalunya (HUGC) establece como objetivo en su Plan Estratégico, "Conseguir la excelencia y profundizar en las prácticas de calidad y seguridad del paciente". Con la expansión de la cultura de Calidad, consolidada en algunos procesos, se pretende conseguir la Certificación ISO 9001:2015 en la globalidad del centro, priorizando necesidades para compensar esfuerzos.

Objetivo principal:

- Realizar una evaluación previa (GAP Análisis) a la auditoria externa de Certificación.

Objetivo secundario:

- Evaluar el cumplimiento de la norma ISO 9001:2015.

- Conocer la brecha entre lo que establecen los requisitos de la norma y las acciones planificadas.

- Implementar un Plan de Acción Correctivo (PAC) para cumplir con los requisitos de la norma y la Certificación final.

En 2010 HUGC certificó sus procesos de Farmacia y Rehabilitación conforme a la Norma ISO 9001:2008. Desde entonces se planifica extender la cultura de este modelo.

Se analizó el centro a través de un Listado de Verificación de Cumplimiento (GAP Análisis) según los requisitos de la nueva Norma centrándose en su enfoque, despliegue, resultados y mejoras.

Se desglosaron los puntos de la norma en 64 requisitos a cumplir:

Punto 4. Contexto de la organización (5 requisitos)

Punto 5. Liderazgo (5 requisitos)

Punto 6. Planificación (5 requisitos)

Punto 7. Apoyo (13 requisitos)

Punto 8. Operación (25 requisitos)

Punto 9. Evaluación del desempeño (8 requisitos)

Punto 10. Mejora (3 requisitos)

A cada requisito se le asignó una puntuación, siendo la máxima a conseguir de 128 puntos representando el 100% del cumplimiento. Con toda la información recogida se elaboró un PAC conjuntamente con el PAC de auditoria Interna y se planificó la Auditoria Externa de Certificación para el mes de Octubre 2017.

De los 64 requisitos totales a cumplir (100% de cumplimiento /128 puntos) destaca un cumplimiento de los requisitos del 77,34% (99 puntos conseguidos):

Punto 4. Contexto de la organización (60%/6 puntos)

Punto 5. Liderazgo (100%/10 puntos)

Punto 6. Planificación (70%/7 puntos)

Punto 7. Apoyo (76,9%/20 puntos)

Punto 8. Operación (80%/40 puntos)

Punto 9. Evaluación del desempeño (75%/12 puntos)

Punto 10. Mejora (66,7%/4 puntos)

El 22,66% corresponde a los requisitos no cumplidos a incluir en el PAC para trabajar y poder dar respuesta en Auditoria Externa.

Podemos concluir, que la utilización del Listado de Verificación (GAP Análisis) ha permitido en nuestro centro obtener un diagnóstico de situación más específico sobre el cumplimiento de la nueva Norma, al margen de la muestra aleatoria de la Auditoria Interna, así como la oportunidad de detectar e implantar un total 30 Acciones Correctivas adaptadas a cada requisito, relativizando el tiempo y esfuerzos de todo el personal implicado.

AUTORES: CONCHA LEÓN, ESTHER; INSENSÉ CORTINAS, MA; GUZMAN FERNANDEZ, M; SOTO PEREZ, R; ALTIMIRAS RUIZ, JB.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARI GENERAL DE CATALUNYA.

ID: 294

TÍTULO: PROYECTO DE MEJORA DE LA ORGANIZACIÓN DEL MATERIAL FUNGIBLE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

RESUMEN:

En una Unidad de Cuidados Intensivos existe un gran volumen de material, mucha especificidad y constantes variaciones debido a las diferentes técnicas que se realizan y al aparataje utilizado. Por este motivo, nos planteamos realizar un proyecto de mejora de la organización del material fungible, que nos permitirá aumentar la eficacia del trabajo y reducir las incidencias. Actualmente, los problemas más frecuentes encontrados en el día a día son el desconocimiento del material específico, el etiquetaje, el cambio en la nomenclatura y el estrés.

Desarrollar una mejora en la identificación, localización y organización del material fungible de los distintos almacenes de la unidad.

En un primer momento realizamos una encuesta a 89 miembros del personal de enfermería y técnicos auxiliares de cures de enfermería de los distintos turnos de la unidad con los materiales de mayor uso. La finalidad era que el personal identificase el material que había en las distintas fotografías de la encuesta para poder detectar problemas en la nomenclatura

Posteriormente se distribuyeron los almacenes en colores, numerando las estanterías y realizando un listado resumen de todo el material en cada almacén.

Una vez realizada la distribución, pasamos a crear un vídeo mostrando la localización de los distintos almacenes y sus colores identificativos y realizamos sesiones formativas para mejorar la localización e identificación del material. Al mismo tiempo, generamos un buscador informático con todo el material y la respectiva ubicación.

Finalmente, se pasó otra encuesta para ver los resultados obtenidos.

En la primera encuesta realizada se pudo detectar que la mayoría del personal, con un 56% identifica el material con el nombre comercial. Con un 6% la nomenclatura utilizada es la de la empresa gestora. Un 34% identifica el material con otras nomenclaturas. El 4% restante no contesta.

Los resultados del último cuestionario muestran que el personal fijo identifica el material con más velocidad que el personal retén y/o eventual de la unidad.

Conclusión:

Una vez realizadas las distintas intervenciones, los almacenes están visualmente mejor estructurados. Gracias a los listados del material fungible y la numeración de las estanterías se puede encontrar el material con más facilidad.

Las encuestas realizadas más las sesiones formativas al personal de la unidad han mejorado el conocimiento del material y se ha conseguido una mayor agilidad en su localización.

Se ha podido detectar que el personal no utiliza el buscador del programa informático, debido posiblemente a lo rápido que se necesita el material en la mayoría de ocasiones.

Para poder unificar conceptos, una buena medida sería promover la nomenclatura del material con el nombre utilizado por la empresa gestora del almacén.

AUTORES: ARASA MUÑOZ, ALBA; RAMOS RODRÍGUEZ, Z; CABAS CUEVAS, MT; CABRÉ BARBERA, M; GIL MESA, D; FORTES DEL VALLE, ML.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII.



ID: 295

TÍTULO: DIAGNÓSTICO DE GESTIÓN DE LA TUTORIZACIÓN DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

RESUMEN:

La participación en la formación de futuros profesionales, dentro del ámbito asistencial, es una buena forma de contribuir al desarrollo de la sociedad. En nuestro medio, la tutorización de estudiantes de Grado de Enfermería (GE) en atención primaria se viene realizando desde hace más de 20 años, tiene carácter voluntario y supone una actividad y responsabilidad añadida a la actividad habitual. En los últimos años, el número de profesionales que participan en ella ha disminuido. Dada la importancia de esta labor y su contribución social, se considera oportuno identificar causas, áreas de mejora, puntos críticos u obstáculos en el ámbito de la tutorización de estudiantes y posteriormente, elaborar un plan de mejora para minimizar el impacto negativo y mantener/potenciar los puntos fuertes existentes.

Detectar los problemas y las oportunidades de mejora de la gestión de tutores de GE en atención primaria (AP).

Se procede a realizar un diagnóstico de gestión con el fin de obtener el estado de situación, que permita definir orientaciones que mejoren dicha gestión. Se trabaja por medio de un grupo de discusión formado por tutores de estudiantes de GE. Tras la recogida de información ésta es clasificada por el grupo en debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades, para su análisis.

Participan 14 expertos tutores de estudiantes de los 14 centros universitarios que realizan prácticas en los centros de salud.

Análisis de situación:

Debilidades: Falta de tiempo para planificar el rotatorio y dedicar al estudiante. Aplicación inadecuada de técnicas de comunicación. Falta de formación de los tutores (técnicas docentes, actualización de conocimientos, corrientes enfermeras). Inestabilidad laboral. Falta de reconocimiento /contraprestaciones. Desigual motivación para la tutorización. Escasa difusión de la labor de tutorización. Variabilidad en disponibilidad de recursos. Inadecuada planificación individual la actividad formativa. Escasa integración de los tutores en el centro universitario.

Fortalezas: Disposición, motivación para la enseñanza. Poseer determinadas cualidades (paciencia, improvisación, adaptación, saber escuchar...). Disponer de formación y experiencia. Favorecer la independencia del estudiante. Compromiso.

Amenazas: Escasa valoración del trabajo realizado en AP. Diferentes contraprestaciones que realizan las Universidades a los tutores. Inestabilidad laboral. Falta de reconocimiento externo. Elevado número de alumnos dificulta su adecuada formación.

Oportunidades: Demostrar la importancia de la AP. Incorporar la realidad laboral a la Universidad. Mostrar la importancia de la formación de los alumnos. Desarrollo de nuevas áreas competenciales. Dar buena imagen del servicio público. Nuevas herramientas docentes.

Las causas que generan la minoración de tutores de GE responde a múltiples factores que precisan abordaje en diferentes ámbitos y niveles.

AUTORES: MARTÍNEZ PIÉDROLA, MERCEDES; LÓPEZ ROMERO, A; MORENO ALARCÓN, M.

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA.



ID: 296

TÍTULO: IDENTIFICANDO EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES EN EL DESPLIEGUE DE E HEALTH EN UN AREA INTEGRADA

RESUMEN:

La e- health, se relaciona con la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para la mejora y cuidado de la salud de los pacientes. Desde hace más casi dos décadas [Eisenman 2003], la implantación se relaciona más con una (nueva) forma de pensar, una actitud, y con un pensamiento conectado, que trate de lograr mejora en la eficiencia. Por tanto, aquellos que pueden lograr ese cambio, los profesionales, es clave entender cómo perciben esa e health y cómo la integran en su práctica.

En las líneas estratégicas del SERGAS [2015], las áreas integradas y la ehealth se señalan como una oportunidad.

Para el diagnóstico de situación ante el despliegue en un área integrada es clave identificar las barreras y expectativas tanto de los profesionales como pacientes. En este trabajo se relaciona las relacionadas con los profesionales. El cronograma de grupos focales continuará con pacientes, asociaciones, directivos, tanto por separado como en grupos focales conjuntos.

Identificar las barreras y expectativas de los profesionales de un área integrada de salud para el despliegue de una estrategia de e health

Grupo focal formado por médicos del servicio de Digestivo (9), Cirugía general y digestiva (1), médicos residentes (3), enfermería (4), experto en técnicas de investigación (1) y gestores en salud (2). Las características que debían reunir era, al menos tres años de experiencia en la organización y al menos, haber participado en un proyecto de investigación

Para la dinámica de grupo se utilizó el método convergente-divergente de la herramienta Creative Problem Solving

1. Los profesionales sanitarios identifican barreras “externas” (tecnología y Ley de Protección de Datos) en la implantación de la e health, en un entorno de dudas sobre su efectividad
2. Las expectativas de los profesionales ante e health es que no será útil para la disminución de la demanda asistencial
2. Aunque se conocen herramientas de e.health no están integradas en la práctica clínica de los profesionales sanitarios.
3. La ehealth es identificada por los profesionales como necesidad para la mejora de la atención a los pacientes, ni una mejora de la eficiencia

AUTORES: MARTINEZ PILLADO, MODESTO¹; SAID CRIADO, I²; BOUSO CANDIA, B³; PEREZ CACHAFEIRO, S⁴; ESPERON GUIMIL, JA⁵; VALCARCE RIAL, L⁶.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUTO DE INVESTIGACION GALICIA SUR¹; INSTITUTO DE INGESTIGACION GALICIA SUR²; EOXI A CORUÑA³; INSTITUTO DE INVESTIGACION GALICIA SUR⁴; INSTITUTO DE INVESTIGACION GALICIA SUR⁵; INSTITUTO DE INVESTIGACION GALICIA SUR⁶.



ID: 297

TÍTULO: ÁREAS DE MEJORA EN RELACIÓN A LAS COMPLICACIONES EN LOS INGRESOS HOSPITALARIOS DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS EN 2016

RESUMEN:

En la OSI Goierri Alto Urola se implantó un nuevo modelo organizativo y de gestión de pacientes pluripatológicos, desde el año 2012. Las intervenciones dirigidas a estos pacientes con gran demanda de recursos sanitarios están fundamentalmente dirigidas al empoderamiento de atención primaria. Sin embargo, también se debería trabajar en el manejo de estos pacientes durante el sus ingresos hospitalarios dado que la complejidad de su manejo puede conllevar a complicaciones.

Estudiar las características de los pacientes pluripatológicos que se asocian a una mayor probabilidad de tener diagnósticos No POA en los ingresos hospitalarios.

Estudio observacional transversal de pacientes identificados como pluripatológicos y vivos a 1 de enero de 2016 en la OSI Goierri-Alto Urola. A partir de los sistemas de información clínica disponibles en Osakidetza se seleccionó la población diana del estudio incluyendo todos los pacientes de la Comarca Goierri-Alto Urola identificados como pacientes pluripatológicos bien por atención primaria o atención hospitalaria. En estos pacientes, también a través de las bases de datos administrativas, se analizaron todos los ingresos urgentes y programados realizados en el hospital de referencia en el año 2016. Se estudiaron los servicios de ingreso, prioridad, días de estancia, circunstancia al alta y los diagnósticos principal y no POAs.

La descripción de las características de los pacientes se realizó mediante frecuencias absolutas y relativas. También se comparan las características del último ingreso en 2016 para los pacientes con algún diagnóstico No POA y pacientes sin ningún No POA. La comparación se realizó aplicando el estadístico exacto de Fisher por ser todas las variables de tipo categórico.

Se estudiaron 887 pacientes pluripatológicos, 57.83% hombres y 55.1% mayores de 80 años. El 10.4% de los pacientes estaba residenciado y el 11.0% vivía sólo con el apoyo de familiares o entorno social.

Ingresaron 332 pacientes (37.4% de la muestra) y generaron un total de 550 ingresos. De los pacientes ingresados el 9% tuvo algún diagnóstico No POA. Tuvieron algún diagnóstico No POA el 24,1% de los pacientes con diagnósticos musculoesqueléticos (8.7%) y el 8,5%de los ingresados en Medicina Interna (74.1%).

Fueron más frecuentes los diagnósticos No POA en los ingresos urgentes (10% VS 4,8%). Los diagnósticos No POA resultaron tener una asociación estadísticamente significativa con los días de estancia por lo que esta información es relevante para tomar decisiones en cuanto a organización de servicios.

Es de subrayar la importancia de hacer constar en el informe de alta todas las situaciones clínicas del paciente durante su ingreso, tanto para el conocimiento por parte del paciente como para una mejor codificación en el alta en relación al coste sanitario generado por el ingreso.

AUTORES: ARROSPIDE ELGARRESTA, ARANTZAZU; COMONTES VALVERDE, A; VALVERDE CITORES, R.

CENTRO DE TRABAJO: OSI GOIERRI - ALTO UROLA.



ID: 298

TÍTULO: PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE SITUACIONES CRÍTICAS EN EL ÁREA DE PARTOS

RESUMEN:

Necesidad de entrenamiento multidisciplinar en el manejo de situaciones críticas en el área de partos, debido a su baja incidencia y a la implicación de diversos profesionales.

Entrenar y desarrollar habilidades clínicas y de trabajo en equipo en situaciones críticas en el área de partos.

- Practicar en un entorno seguro
- Analizar y debatir las actitudes de los profesionales antes situaciones de emergencia
- Repasar los protocolos de actuación en situaciones críticas en el área de partos

Desde 2016 se han realizado 3 cursos de entrenamiento en el manejo de situaciones críticas en el área de partos, coordinados por el jefe de servicio de ginecología y la matrona supervisora del área de partos del hospital.

Estos cursos están dirigidos a matronas, auxiliares de partos, ginecólogos y anestesiistas Durante estas tres ediciones han participado un total de 29 profesionales, abarcando así a la totalidad de matronas, auxiliares del área de partos y ginecólogos y al 60% del servicio de anestesia

Cada edición, con una duración de 5 horas, ha contado con entre 8 y 11 participantes. El curso ha tenido lugar en un centro de simulación y alto rendimiento para profesionales sanitarios.

Mediante casos clínicos simulados de alto realismo se ha entrenado el uso del equipo disponible y recomendable durante el manejo de situaciones críticas en el área de partos, los protocolos de actuación, con especial interés en la hemorragia, la distocia de hombros y la preeclampsia/eclampsia, así como la importancia de otros aspectos relevantes del trabajo en equipos de alto rendimiento, como son la definición de roles, el liderazgo, la comunicación y la transmisión de información.

Se trabaja en grupos pequeños, de forma que cada participante tiene la oportunidad de intervenir en varios escenarios, tras los cuales se realiza un debate abierto y una reflexión sobre cada caso presentado.

Al finalizar en curso, los participantes rellenan una encuesta de satisfacción de 12 preguntas, mediante una escala de Likert siendo 5 muy de acuerdo y 1 muy en desacuerdo.

El 100% dieron una puntuación de 5 respecto a sentirse satisfechos con la realización del curso y a recomendar la realización de éste a otros compañeros. La puntuación mas baja obtenida fue de 4,5 cuando se preguntaba sobre si la documentación entregada había sido útil y de actualidad. Para mejorar el abordaje de las pacientes que se encuentren en situación crítica en el área de partos es necesario el entrenamiento habitual de equipos implicados en el manejo de estas pacientes.

La impresión global de los participantes ha sido muy buena a juzgar por el grado de satisfacción tan elevado mostrado en las encuestas. Además al preguntar existe una percepción de mejoría cuando se han presentado casos reales tras la realización del curso, sobretodo en lo que se refiere a comunicación y coordinación.

Nos parece recomendable el entrenamiento, mediante este tipo de cursos, de forma periódica.

AUTORES: OCHOA GUTIERREZ, M^a SOLEDAD; LOPEZ DOUEIL, M; RUIZ CABALLERO, M; PASCUAL DIEZ, L; RUIZ GOMEZ, B; LOPEZ SANTAMARIA, S.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL COMARCAL LAREDO1.

ID: 299

TÍTULO: EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN SINASP EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

Cultura de seguridad es aquella en la que cada persona de la organización reconoce sus responsabilidades sobre la seguridad del paciente y se esfuerzan en mejorar la asistencia que proporcionan, teniendo en cuenta que a pesar de ello, pueden suceder errores e incidentes en la atención sanitaria que se deberán mitigar.

La máxima seguridad del paciente se consigue mediante un conocimiento adecuado de los riesgos, la eliminación de los evitables y la prevención y protección de aquellos que hay que asumir de forma inevitable, porque seguridad no es igual a ausencia de riesgo.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) ha desarrollado un Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) cuyo objetivo es mejorar la Seguridad de los Pacientes (SP) a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que ocasionaron, o podrían haber ocasionado, daño a los pacientes.

Siguiendo la línea estratégica de Seguridad de Paciente de la Gerencia de Atención Primaria, nuestra comunidad se adhiere al SiNASP a través de la Sub-dirección de Desarrollo y Calidad asistencial y se inicia la implantación a nivel de Atención Primaria (AP) en octubre del 2014. La implantación se realizará de forma progresiva en las 4 Áreas de la comunidad autónoma.

En Febrero del 2015 se completa la implantación Área II. En mayo del 2017 se inicia la implantación en área III – IV

Fomentar y mejorar la cultura de Seguridad del paciente en AP

Establecer un circuito claro para la identificación de incidentes relacionados con la SP, su notificación al SiNASP, su análisis y la implementación de planes de reducción de riesgos en AP.

Dar a conocer la herramienta en Atención Primaria y motivar a la notificación.

Reuniones del Comité funcional de Calidad y seguridad del paciente de GAP con la gestora principal del SiNASP en AP para determinar los integrantes del núcleo de seguridad y cuáles van a ser las funciones principales del mismo.

Sesiones de formación al núcleo de seguridad en las que participarán la Subdirección de Desarrollo y Calidad Asistencial y la gestora principal del SiNASP, con el fin de formar en SP y más concretamente en la gestión del SiNASP en AP.

Sesiones formativas presenciales en cada uno de los centros de salud del área III y IV, concretamente 13 y 2 para el personal del Suap. Impartidas por Gestor Principal de Sinasp

De forma complementaria se desarrolló un curso mixto (presencial/online) en la plataforma de sofos para todos los profesionales, organizado y coordinado por Subdirección de Desarrollo y Calidad asistencial y la GAP a través del Gestor principal del Atención Primaria y 061

Formar a los profesionales del núcleo de seguridad y establecer un sistema de trabajo ordenado y con responsabilidades claramente asignadas.

Los profesionales sanitarios identifiquen incidentes relacionados con la Seguridad del paciente y su notificación por la herramienta Sinasp y feedback a los profesionales de la organización

AUTORES: JOSA FERNÁNDEZ, BEATRIZ¹; ÁLVAREZ GARCÍA, MP²; TOCA INCERA, CV³; VELEZ ESCALANTE, A⁴; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, A⁵; UGARTE MIOTA, T⁶.

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA¹; SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO Y CALIDAD ASISTENCIA²; CENTRO DE SALUD ALTAMIRA³; CENTRO DE SALUD ALTAMIRA⁴; 61⁵; GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA⁶.



ID: 300

TÍTULO: DE ÚLCERAS POR PRESIÓN A LESIONES RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA. ADAPTACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL REGISTRO

RESUMEN:

En 2014 el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) presentó una nueva clasificación de úlceras por presión (UPP). El cambio es importante puesto que se modifica la denominación de las lesiones, pasando a llamarse Lesiones Relacionadas con la Dependencia (LRD). Con novedades en la categorización y nuevos tipos de lesiones.

Con ello, el grupo de trabajo de UPP vio una oportunidad para revisar y actualizar el registro de UPP que teníamos hasta ese momento.

Adaptar el registro actual de UPP, integrado en la plataforma SAP Asistencial, a la nueva clasificación de LRD.

Tras revisar el documento de la GNEAUP, nuestro protocolo e inventario de los productos disponibles en el centro, el grupo de trabajo (incluía enfermeras y técnicos informáticos) inició el rediseño del registro durante el último trimestre 2016.

El documento tendría 3 apartados:

- Apartado para el registro de la aplicación del protocolo de prevención
- Apartado para registrar las características de la lesión y tratamiento según método TIME.
- Un enlace a documentos de ayuda (procedimientos, protocolos, guía visual)

La clasificación de heridas la adaptamos a nuestro centro de trabajo, se registrarían LRD y heridas vasculares.

Una vez hecho el diseño, el técnico informático elaboró el documento SAP.

Una vez revisado por el grupo, se marcó la fecha de puesta en marcha para abril del 2017.

Como soporte al nuevo registro:

- se elaboró una guía visual en forma de fichas donde se describen: protocolo de curas, productos disponibles, clasificación de LRD, tipos de tejidos no viables y protocolo de curas vasculares. Estas fichas estarían disponibles en los carros de curas y en los documentos de ayuda del registro.
- Se organizaron sesiones de formación para explicar a las enfermeras la nueva clasificación y el funcionamiento del registro.
- 2 semanas antes de la puesta en marcha se organizaron sesiones formativas. Asistieron 92 profesionales. Valoraron positivamente el nuevo registro y los documentos de ayuda.
- El día de su puesta en marcha dos enfermeras del grupo transcribieron lo

AUTORES: SAMPER SALDES, ELENA; PADILLA LLAMAS, C; OÑA MORA, M.

CENTRO DE TRABAJO: CONSORCI SANITARI INTEGRAL.

ID: 301

TÍTULO: PROCESO DE MEJORA A TRAVÉS DE UN ANÁLISIS CAUSA RAÍZ DE UN INCIDENTE EXTREMO EN ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

La frecuencia de sucesos adversos provocados por la asistencia en Primaria es baja, comparada con la asistencia hospitalización, el gran número de consultas que se realizan en nuestro ámbito (300 millones al año en España, aproximadamente) hace que en términos absolutos el número de sucesos adversos sea muy alto. De todos ellos, no pocos de carácter grave, y evitables en su mayoría.

La implantación de sistemas de registro y notificación de problemas de seguridad es una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia. Estos sistemas de registro y notificación recogen información en tiempo real y pueden guiar acciones inmediatas.

La elaboración de un análisis causa raíz (ACR) tras la notificación de un incidente extremo relacionado con la seguridad del paciente ocurrido en el ámbito de la atención primaria, en concreto en un centro de salud, nos ayudara a identificar las causas y desarrollar las intervenciones necesarias para evitar o minimizar el riesgo de este incidente o similares.

Análisis de notificaciones clasificadas como SAC 1 – Evento extremo recibidas a través del SiNASP: paciente diagnosticado de ACXFA en urgencias hospitalarias que se le pauta NACO y por falta de visado no lo retira de la oficina de farmacia e ingresa a los 2 días con cuadro de ACVA.

Realizar un análisis causa-raíz dirigido a identificar las causas que han provocado el incidente que incluya 4 fases: Planificar ACR, recogida de datos y compresión del evento, identificación y causas subyacentes y elaboración del plan de acción.

Fase 1: Planificar ACR incluye datos básicos del paciente (detalles del evento y áreas y servicios afectados) Integrantes del núcleo de seguridad

Fase 2: Recogida de datos y compresión del evento. Revisión historia clínica hospitalaria/primaria. Entrevistas con médicos y/o enfermeras implicados. Reproducción de los hechos.

Fase 3: Identificación de causas subyacentes. Protocolos, normas, factores humanos, entorno

Fase 4 Elaboración Plan de acción

El ACR es un método para la resolución de problemas que intenta evitar la recurrencia de un incidente y/o evento a través de identificar las causas o acontecimientos.

Generalmente hay más causa en los incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

Tras completar el ACR se decidieron 3 medidas de mejora que se pusieron en marcha:

Revisión del protocolo/ ruta: Desarrollar una revisión del protocolo donde se administre o se dote al paciente de la medicación necesaria hasta el visado de la receta

Agilizar los visados de recetas con el fin de que no existan demoras de la medicación

Establecer los mecanismos necesarios para que los diferentes niveles este informadas de los procedimientos en cada nivel asistenciales.

AUTORES: JOSA FERNÁNDEZ, BEATRIZ¹; ÁLVAREZ GARCÍA, MP²; TOCA INCERA, CV³; VELEZ ESCALANTE, A⁴; TEJA BARBERO, JL⁵; LÓPEZ CANO, M⁶.

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA¹; SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO Y CALIDAD ASISTENCIA²; CENTRO DE SALUD ALTAMIRA³; CENTRO DE SALUD ALTAMIRA⁴; SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO Y CALIDAD ASISTENCIA⁵; GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA⁶.

ID: 303

TÍTULO: ANÁLISIS DE RESULTADOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE SINASP EN UN ÁREA SANITARIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

En Enero 2015 se puso en marcha el Sinasp en los Centros de Salud y Suap del área II

Este Sistema permite la notificación por parte de los profesionales sanitarios de incidentes que ocasionaron o podrían haber ocasionado daño al paciente

Los principios básicos del sistema son:

Notificación siempre voluntaria

Confidencialidad asegurada

No punibilidad

Análisis para el aprendizaje e implantación de mejoras

Revisar a través del Sinasp todos los incidentes notificados por los profesional desde enero 2015 hasta mayo 2017

Estudiar de todas la notificaciones recibidas en Sinasp periodo 2015- 2017

Las variables recogidas: áreas donde ocurrieron los incidentes, profesión del notificante, gravedad de las consecuencias del incidente para los pacientes, clasificación de los incidentes según sac, factores que contribuyentes, tipos de incidentes notificados. El responsable del análisis de las notificaciones fue del gestor principal del sistema.

Se recibieron 61 notificaciones en total en el periodo estudiado.

Según el área donde ocurrieron, los incidentes lo más frecuente fue en consultas 36.07% (22 notificaciones)seguida de Área de atención continuada/urgencias/SUAP con un 16.39% (10 notificaciones).

En cuanto al profesional notificador ha sido personal facultativo con 55,74% y personal de enfermería con un 36,07%. Se han recibido: 2 notificaciones Riesgo extremo (SAC1) 3.28%, 3 Riesgo alto(SAC2) 4.92%, 16 Riesgo medio(SAC3)26,23%, 13 Riesgo bajo(SAC4)21.31% y 27 Sin SAC 44,26%.

La clasificación del incidente según su gravedad para los pacientes: Incidente que no llegó al paciente(8) 13.11%,Incidente que llegó al paciente (34)55.74% de los cuales:-El incidente llegó al paciente pero no le causó daños. (14) 22.95%,No causó daño, precisó monitorización y/o intervención (12) 19.67%,Daño moderado: daño temporal menor y/o necesidad de tratamiento adicional sin hospitalización o conflicto con el paciente(6)9.84%,Daño importante: daño temporal importante o daño menor permanente y/o que necesita ingreso hospitalario(1) 1.64%,Catastrófico: muerte, situación de amenaza para la vida o daño serio permanente(1) 1.64%. La clasificación de los incidentes según su tipo

Gestión organizativa - Recursos(14) 14.89% Infraestructura(10) 10.64%

Medicación(9) 9,57%

Tras 26 meses de implantación del SiNASP, las notificación de incidentes han aumentado exponencialmente, probablemente debido a la difusión y cursos para los profesionales. Hay que destacar que en general los incidentes relacionados con la medicación son los más frecuentes según los informes Sinasp, en esta área ha sido la tercera por detrás de gestión organizativa/recursos e incluso infraestructura. Quizás se precise mayor difusión de la herramienta, pero sobre todo feedback a los profesionales con la intervenciones realizadas a través del análisis y gestión de las notificaciones recibidas para aumentar el uso de la misma.

AUTORES: JOSA FERNÁNDEZ, BEATRIZ¹; ÁLVAREZ GARCÍA, MP²; TOCA INCERA, CV³; VELEZ ESCALANTE, A⁴; TEJA BARBERO, JL⁵; LÓPEZ CANO, M⁶.

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA¹; SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO Y CALIDAD ASISTENCIA²; CENTRO DE SALUD ALTAMIRA³; CENTRO DE SALUD ALTAMIRA⁴; SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO Y CALIDAD ASISTENCIA⁵; GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA⁶.



ID: 304

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS CLIENTES DE UN LABORATORIO DE HEMODINAMICA

RESUMEN:

Se decidió elaborar un cuestionario conjunto para ambos Servicios de Laboratorio dado que la mayoría de los atributos evaluados (petición, informe, accesibilidad,...) son comunes y puede no ser evidente la diferencia entre los Servicios de Laboratorio para los solicitantes de una petición analítica.

Evaluación de la satisfacción de los clientes de los Servicios de Laboratorio de Análisis Clínicos y Hematología (LACH) mediante una entrevista personal y cumplimentación de un cuestionario cerrado, de servicios con mayor demanda del área integrada

Entrevista personal y cumplimentación de un cuestionario cerrado, a los servicios y centros de Atención Primaria con más URVs en las determinaciones solicitadas.

Se consideró una entrevista valida si se obtiene una respuesta ≥ 80 % de los Servicios y Centros de Atención Primaria seleccionados.

El cuestionario constaba de 9 preguntas, divididas en 3 bloques (accesibilidad, calidad percibida, atención dispensada por el personal). La valoración se realizó en escala impar (1 a 5)

Para considera la muestra como representativa establecimos un umbral > 40% de las determinaciones/peticiones/URVs totales del Laboratorio de Hematología en el año 2016.

Los Servicios y Centros de Atención Primaria entrevistados incluían: 1) Determinaciones=49,2%, 2) Peticiones=45,7%, 3) URVs=52%.

Según los resultados de la estimación lineal, el área de accesibilidad presenta 4 items significativos ($B1 \pm 2SE$ no incluye 0 y t no entre -2 y +2). La relación en una recta final de satisfacción de estos cuatro atributos (regresión múltiple) muestra colinealidad, lo que implica que alguna de las preguntas son muy similares.

CONCLUSIONES:

1. El atributo que más influye en la recta combinada de satisfacción es Trato amable.
- 2.El atributo peor valorado en accesibilidad fue 'Formato de petición', que no alcanza el criterio de Bueno/muy bueno que consideramos como Zona de Aceptación.
- 3 . El resto de atributos y la valoración global de satisfacción están dentro de la Zona de Aceptación, tanto en la valoración por escala numérica como por técnica NSI.
4. A pesar del bajo número de respuestas, en los atributos relacionados con accesibilidad (plazo de entrega e Informe de resultados) parece apreciarse dos segmentos separados (distribución bimodal) que puede hacer la pregunta no fiable ya que puede ser entendida de diferentes formas por los entrevistados.

AUTORES: LOSADA FERNADNEZ, JOSE ANTONIO¹; GARCIA COSTA, JA²; AMADOR BARCIELA, L³; ESPERON GUIMIL, JA⁴.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUTO DE INVESTIGACION GALICIA SUR¹; EOXI PONTEVEDRA E O SALNES²; EOXI PONTEVEDRA E O SALNES³; INSTITUTO DE INVESTIGACION GALICIA SUR⁴.



ID: 305

TÍTULO: MOVILIDAD ABIERTA Y PERMANENTE EN LA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA ARABA

RESUMEN:

El 1 de enero de 2016 se constituyó la Organización Sanitaria Integrada Araba dando comienzo a un proceso dirigido a aunar dos experiencias, culturas organizativas, hospitalaria y atención primaria, y estilos de gestión de los profesionales. La clave de esta gestión la encontramos en los procesos que contribuyen a la cobertura proactiva de puestos de trabajo que se prevé vayan a quedar disponibles a causa de ausencias prolongadas de sus titulares (Reserva de plaza  Movilidad temporal), o por bajas definitivas debido a jubilaciones y otras causas (Vacante pura  Movilidad definitiva).

La esencia de este proceso es la información, accesibilidad y participación voluntaria de los profesionales basados en la igualdad, mérito y capacidad, permitiendo a la organización formar y desarrollar equipos de profesionales excelentes con oportunidades de acceso a puestos de trabajo en las áreas de su interés.

Dotar a la organización de una herramienta proactiva y eficaz en la provisión del recurso humano.

Proporcionar un nuevo profesional que cubra la ausencia desde su inicio evitando demoras.

Incrementar la eficiencia mediante la reducción de la eventualidad.

Proveer a los responsables en la gestión de equipos de una herramienta eficaz de gestión del recurso humano.

Facilitar a los profesionales un sistema ágil para encaminar su carrera hacía las áreas de su interés.

Transparencia en la gestión.

Publicación de convocatorias anuales para la constitución de las Bolsas de Movilidad de OSI Araba, abiertas hasta la siguiente convocatoria.

Solicitud online donde los profesionales seleccionan destinos y turnos ofertados en función de sus intereses.

Mantenimiento, consulta y gestión de las Bolsas de Movilidad, para cubrir el puesto vacante en forma y plazo, realizando oferta telefónica a los profesionales que han solicitado el destino y cumplen los requisitos. Comunicación a los mandos, proporcionando la identidad del adjudicatario del puesto para su puesta en contacto.

Información transparente de los movimientos y adjudicaciones, a través de su publicación mensual.

Encuestas de satisfacción a profesionales, mandos intermedios y sindicatos con el objeto de conocer la opinión de los grupos de interés afectados.

Las solicitudes se concentran en las profesiones sanitarias en las que destacan los/las profesionales de Enfermería y Auxiliar de enfermería.

El 44,24 % de las plazas gestionadas son cubiertas por este proceso con los profesionales que integran las Bolsas de movilidad de OSI Araba.

En cuanto la valoración del cumplimiento de las expectativas de los colectivos encuestados (profesionales, líderes con responsabilidad en la gestión de equipos y sindicatos) el 70% considera cumplidas sus expectativas de manera adecuada, bastante adecuada o muy adecuada.

La valoración general también es buena, ya que el porcentaje de valoraciones superiores a 3 es también superior al 70%, siendo 1 el valor mínimo y 5 el máximo.

AUTORES: PRADA RODRIGUEZ, KOLDO; LOPEZ RUIZ, E; HARO ROMERO, S; LOPEZ DE ROBLES DIAZ DE GAMARRA, J; RUIZ DE MENDOZA VITORIA, E; CAMPO ARLUCEA, J.

CENTRO DE TRABAJO: ORGANIZACION SANITARIA INTEGRADA ARABA.

ID: 306

TÍTULO: ¿ESTÁ GARANTIZADA LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON EPOC ESTABLE?

RESUMEN:

La EPOC es un grave problema de salud debido a su alta prevalencia, morbimortalidad e impacto socioeconómico. Se trata de un proceso prevenible y tratable, con un importante infradiagnóstico, siendo el tabaquismo su principal factor de riesgo.

Evaluar la calidad de la atención al EPOC estable en una red de 9 hospitales públicos, y valorar el impacto que tendría la inclusión en la historia clínica de atención primaria (OMI) de la información que aparece en la historia clínica del hospital (Selene).

Se han evaluado 9 indicadores elaborados a partir del documento "Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Recomendaciones para su atención" elaborado en 2015. Las unidades de estudio fueron los pacientes dados de alta por EPOC en el segundo semestre de 2014 y primer semestre de 2015, excluyendo los casos con ingresos por otra agudización en los 28 días anteriores y aquellos cuyo tipo de alta fue traslado a otro hospital de agudos. La identificación de los casos se realizó mediante el CMBD de hospitalización, y para el estudio de los mismos se utilizó, en primer lugar, la historia clínica de atención primaria y, en una segunda fase, la historia del hospital. El tamaño muestral fue de 540 casos (60 en cada hospital, obtenidos aleatoriamente, o el total del universo si se habían producido menos). Para cada indicador se ha calculado su valor y el intervalo de confianza, desagregado por hospital, y la razón de variación entre centros (RV). Confirmación diagnóstica mediante espirometría postbroncodilatación anterior al ingreso (OMI: 35,1%, RV 6,5; Selene: 56,1%, 5,67). Valoración en los 12 meses anteriores al ingreso de los siguientes aspectos: registro del hábito tabáquico (OMI: 19,1%, RV 7,5; Selene: 92,7%, 1,37), realización de consejo antitabaco en fumadores (OMI: 13,5%, RV 1,79), entrenamiento en la técnica de inhaladores (OMI: 1,4%, RV varía entre 0 y 5%), información sobre autocuidados (OMI: 0%), realización de la clasificación BODEx (OMI: 0,9%, RV varía entre 0 y 3,3%; Selene (valoración durante la hospitalización): 3,4%, RV varía entre 0 y 15%), realización del test de CAT (OMI: 0%), administración de la vacuna de la gripe (OMI: 61,8%, RV 1,33), seguimiento del plan de cuidados de EPOC (OMI: 18,5%, RV 9). CONCLUSIONES: En la historia clínica de atención primaria menos del 36% de pacientes tenían el diagnóstico confirmado con espirometría postbroncodilatación, en menos del 20% se conocía el estatus de fumador en el último año y sólo en el 13,5% de los fumadores conocidos se había realizado consejo antitabáquico. El único indicador en el que se obtenía un porcentaje de cumplimiento superior al 50% era la administración de la vacuna de la gripe en los 12 meses anteriores al ingreso. La inclusión de la información contenida en Selene en la historia clínica de primaria mejoraría el grado de conocimiento de la enfermedad y los niveles de cumplimiento de los indicadores.

AUTORES: CALLE URRÁ, JOSÉ EDUARDO¹; PARRA HIDALGO, P²; LÓPEZ ROJO, C³; DE LA TORRE ÁLVARO, JL⁴; MARTÍNEZ GARCERÁN, JJ⁵; ARELLANO MORATA, C⁶.

CENTRO DE TRABAJO: SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL, SEGURIDAD Y EVALUACIÓN DE MURCIA¹; SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL, SEGURIDAD Y EVALUACIÓN DE MURCIA²; SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL, SEGURIDAD Y EVALUACIÓN DE MURCIA³; SECCIÓN DE NEUMOLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA⁴; SECCIÓN DE NEUMOLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA⁵; SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL, SEGURIDAD Y EVALUACIÓN DE MURCIA⁶.



ID: 307

TÍTULO: RESULTADOS DE LA ACREDITACIÓN DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CATALUNYA

RESUMEN:

El Decreto 86/2014 de la Generalitat de Catalunya regula la acreditación de los equipos de atención primaria (EAP), que se otorga 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 julio de 2017.

Se dispone de los resultados de la práctica totalidad de los 370 EAP de Catalunya.

- Presentar los resultados de los EAP acreditados, analizando el cumplimiento de los estándares, así como su variabilidad a lo largo del tiempo o en función de otras variables.
- Plantear posibles hipótesis sobre las variabilidades observadas, y proponer

El aplicativo informático utilizado contempla 4 entornos y es utilizado en las diferentes fases del proceso:

- Gerencia. La gerencia de cada organización selecciona y valida los estándares comunes para todos sus equipos (Estándares gerenciales).
- Autoevaluación. La cumplimenta cada EAP.
- Auditoría/Inspección. Desarrollada por personal inspector.
- 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 60%, 70% u 80%.

El resultado final, en los 370 EAP auditados, 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.

AUTORES: VILA MELERO, RAMON; ALONSO MAYO, E; GONZÁLEZ CASCANTE, E; GARZÓN CÓCERA, E; QUINTANA LÁZARO, M; JOVER ÁVALOS, A.

CENTRO DE TRABAJO: DEPARTAMENT DE SALUT-SUB-DIRECCIÓ GENERAL D'AVALUACIÓ I INSPECCIÓ.



ID: 308

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL PROCESO DE AUDITORÍA Y ACREDITACIÓN DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CATALUNYA

RESUMEN:

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.

El 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 ha llevado a cabo personal inspector de la Subdirección General de Evaluación e Inspección Sanitarias y Farmacéuticas.

- Analizar los resultados y la homogeneidad y confluencia de la autoevaluación de los EAP respecto a las puntuaciones de las auditorías así como respecto a las puntuaciones finales de acreditación, así como la variabilidad a lo largo del tiempo.

- Anali

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 auditaron 117 EAP, 123 en 2016 y se prevé llegar en 2017 a la totalidad de los 370 EAP de Catalunya.

Se presentan los resultados cuantitativos más importantes del proceso.

Se presentan también los resultados cualitativos recogidos a partir de una encuesta de opinión de los EAP acreditados así como de los auditores y otros agentes.

De todo ello se extraen algunas conclusiones que han de servir para adecuar el modelo de acreditación en su nueva etapa.

AUTORES: ALONSO MAYO, ESTANISLAO; VILA MELERO, R; GONZÁLEZ CASCANTE, E; GARZÓN CÓCERA, E; QUINTANA LÁZARO, M; JOVER ÁVALOS, A.

CENTRO DE TRABAJO: DEPARTAMENT DE SALUT-SUB-DIRECCIÓ GENERAL D'AVALUACIÓ I INSPECCIÓ1.



ID: 309

TÍTULO: ¿ES POSIBLE APLICAR “NORMAS” EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA?

RESUMEN:

Las unidades de urgencias de pediatría por sí mismas no solo constituyen la puerta de entrada al hospital sino que representan la mayor actividad asistencial del servicio, su demanda es imprevisible y requiere de un sistema de trabajo protocolizado que disminuya la variabilidad clínica interprofesional y evite errores. La aplicación de un sistema acreditado de gestión del riesgo y calidad permite unificar y desarrollar un trabajo urgente orientado al cumplimiento de los procesos, la mejora continua y control de la calidad interna y externa.

Analizar y describir el itinerario de trabajo aplicado por la Unidad de Urgencias de Pediatría de un Hospital Terciario para su certificación con la norma ISO 9001-2015. Establecer qué cambios se han producido en la unidad tras un año de aplicación.

El punto inicial parte de la obtención consentimiento por parte de la Jefatura de Servicio y Dirección del Hospital. Posteriormente y tras aportar la información adecuada al personal de la unidad, fue solicitada de forma voluntaria la participación de todos los profesionales que realizan actividad asistencial y atención continuada en urgencias pediátricas. Fueron desarrollados 16 procesos, 34 protocolos clínicos, 2 protocolos especiales, 1 protocolo de triaje y 15 procedimientos de enfermería. Se estableció un nuevo cuadro de mandos con indicadores de actividad asistencial y calidad. Respecto a la gestión de incidencias se estableció el sistema de notificación de eventos adversos corporativo del Servicio de salud y se establecieron acciones correctivas pertinentes. Tras un año de su aplicación y coincidiendo con un cambio estructural esencial de la Unidad de Urgencias de Pediatría, observamos como existe una mejoría en el registro y aplicación de la Historia clínica electrónica y protocolos. Se han identificado riesgos relacionados con los fármacos e identificación de pacientes que se han solucionado por la aplicación de nuevos protocolos tras su difusión y se ha formalizado la formación del personal con el fin de garantizar su especialización.

La aplicación de un sistema de gestión mediante la norma ISO9001-2015 precisa de la implicación de la dirección y de la jefatura de servicio de las unidades clínicas, además del trabajo de todos los profesionales que trabajan diariamente en urgencias, desde personal de admisión hasta los equipos sanitarios. La aplicación de la norma ha permitido unificar la actividad clínica, disminuir la variabilidad, obtener indicadores de actividad y calidad y analizar los riesgos presentes con el fin de erradicarlo o minimizar su impacto.

AUTORES: GUERRA DIEZ, JOSE LORENZO¹; CABERO PEREZ, MJ²; PULIDO PEREZ, P³; FARIÑAS ALVAREZ, C⁴; ALVAREZ GRANDA, L⁵; TEJA BARBERO, JL⁶.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA¹; HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA²; HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA³; HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA⁴; HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA⁵; SUBDIRECCION DE DESARROLLO Y CALIDAD ASISTENCIAL. SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD⁶.

ID: 310

TÍTULO: SALUD EN LA CALLE. NUESTRO COMPROMISO CON LA SOCIEDAD

RESUMEN:

Hospital Plató impulsa, desde 2002 y en el contexto de la Responsabilidad Social, la realización de actuaciones destinadas a ofrecer conocimientos que permitan la adopción de un estilo de vida saludable con la finalidad de incidir en la prevención de enfermedades y la promoción de hábitos saludables.

Como hospital de referencia en Barcelona, Hospital Plató es consciente de su responsabilidad para con los ciudadanos, y es por esta razón que lleva a cabo diferentes iniciativas con las que pretende sensibilizar a la población y facilitar conocimientos y herramientas que permitan a los ciudadanos gestionar su proceso de salud.

Acercarnos al ciudadano y concienciar de tener un estilo de vida saludable incidiendo en la prevención de enfermedades y la promoción de hábitos saludables.

Las Jornadas de Salud en la Calle es un claro ejemplo del compromiso de Hospital Plató con su comunidad. Esta iniciativa, nacida en 2012 y alineada con la misión y valores de la organización, surgió de la voluntad del Hospital de aproximar la salud a los ciudadanos. Las Jornadas de Salud en la Calle consisten en desplazar, de forma voluntaria y durante un día, a un equipo multidisciplinar de profesionales que, instalado en una carpa itinerante en diferentes plazas de Barcelona (donde el tránsito de ciudadanos es importante), aborda temas de interés sanitario con la finalidad de promocionar la salud, prevenir la enfermedad y trasladar a la población la importancia de la educación sanitaria.

Las Jornadas se basan en:

Captar la atención del ciudadano.

Entrevistar, describir y detectar los principales factores de riesgo por parte del equipo de enfermería.

Informar sobre la enfermedad tratada, visitar y realizar pruebas diagnósticas por parte del equipo médico especialista de forma gratuita.

Hasta la fecha, se han atendido a más 1.100 ciudadanos y los temas tratados en las Jornadas realizadas han sido la prevención de la enfermedad neurovascular y la detección precoz del ICTUS, la concienciación relacionada con el consumo de tabaco y alcohol y prevención del melanoma.

El pasado mes de mayo el Hospital celebró su decimoctava jornada centrada en la prevención del melanoma, en la que el servicio de dermatología del Hospital revisó pecas y mostró a los vecinos/vecinas a hacer un rápido autoexamen de forma regular para que ninguna peca se quede sin revisar.

Estas jornadas son posibles gracias a los/las profesionales del hospital, que de forma voluntaria han conseguido tratar con éxito al ciudadano/ciudadana fuera del entorno hospitalario, alertándolo y empoderándolo de manera individual y directa, siendo el índice de satisfacción de la población atendida superior al 99%.

Las Jornadas de Salud en la Calle han favorecido un acuerdo de colaboración con el Ayuntamiento de Barcelona con la finalidad de promover proyectos que fomenten y promuevan la educación sanitaria.

AUTORES: GROSS ZAPATA, ARANTZA; TERRADELLAS ANTOÑANZAS, L; JOVER MORENO, A; GALLARDO GONZALEZ, G; ALTES CAPELLA, J.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL PLATÓ.

ID: 311

TÍTULO: ACR SOBRE LAS CAUSAS RELACIONADAS CON INCIDENTES DE IDENTIFICACIÓN EN PACIENTES CON ESTUDIOS DE RADIODIAGNÓSTICO

RESUMEN:

La especialización de las profesiones sanitarias nos lleva a fragmentar actividades en el proceso diagnóstico de los pacientes con exploraciones complementarias. A raíz de las notificaciones recibidas en SINASP sobre errores de identificación, nos planteamos analizar desde la visión del TSID, las causas de estos incidentes y valorar la percepción de estos profesionales sobre el impacto de su actividad en el diagnóstico y tratamiento del paciente

1. Determinar las causas relacionadas con la actividad del Técnico en Sala de radiodiagnóstico relacionadas con el riesgo de identificación.
2. Conocer la percepción del TER sobre el impacto de sus actividades en los resultados de la asistencia al paciente.
3. Favorecer la implicación y el consenso del Técnico en la priorización de actuaciones para reducir el riesgo de error diagnóstico en sala.

Partimos de dos notificaciones sobre la identificación de estudios de radiodiagnóstico en Sala. Se convocó a un grupo de Técnicos a una sesión sobre "Seguridad de pacientes: SiNASP", en la que se presentaron los incidentes notificados. En este grupo se procedió a realizar un Análisis Causa Raíz para identificar las posibles causas relacionadas con las actividades del TER en Sala relacionadas con el riesgo de error diagnóstico. Finalmente, se procedió al análisis y clasificación de las causas y se consensuaron actuaciones de mejora

Entre las causas identificadas: hoja de petición no corresponde al paciente. Prisas en Sala. El Técnico lee el primer apellido del paciente. Sobrecarga laboral. Se llama al paciente por el nombre y acude otro paciente. El paciente llega sin pulsera de identificación. El Técnico no se comprueba la identificación. Pacientes con nombre y dos apellidos iguales. Varios profesionales en el mismo proceso se reparten tareas. Exceso de confianza por la rutina.

Se identifican como consecuencias del error de identificación: mayor exposición a radiaciones ionizantes por repetición de estudio. Demora en paciente urgente. Estudio interfiere o impide un estudio posterior. Más trabajo en el Servicio de Radiología. Adjudicación de un estudio a paciente que no corresponde. Desestabilización del paciente crítico. Desconfianza del paciente. Dolor y molestias innecesarias al paciente.

En el grupo de ACR se proponen como acciones de mejora: Elaborar una instrucción para identificación correcta. Favorecer la detección de perfiles y aspectos críticos en identificación.

CONCLUSIÓN: El TSID reconoce el impacto de sus actividades en diagnóstico y tratamiento, así como su papel en la determinación de riesgos externos, de otras áreas de la organización. Implicar a los TSID tiene una importancia clave en la mejora de seguridad del paciente en Radiodiagnóstico así como en los servicios peticionarios. Gestionar los riesgos en SSCC con implicación de todos los profesionales, facilita la identificación de perfiles de riesgo para establecer acciones con impacto sobre la seguridad del paciente en toda la organización.

AUTORES: CANDIA BOUSO, BERTA; RODRÍGUEZ LÓPEZ, A; PAZ SOUTO, AI; RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, B; NEIRA DOPAZO, JA; CERNADAS GARCÍA, MJ.

CENTRO DE TRABAJO: CHUAC- EOXI A CORUÑA.



ID: 312

TÍTULO: WEEKEND PLAN

RESUMEN:

El fin de semana es el momento más delicado para los pacientes paliativos en su domicilio, ya que durante el fin de semana no esta su médico de familia ni su médico del ESAPD (equipo de soporte de ayuda paliativos domicilio). Vimos que en este periodo aumentaban las visitas a urgencias y las llamadas al 112.

Para evitar esta angustia y soledad durante los fines de semana en la que los pacientes y sus familias se encuentran desvalidos se creó en el Hospital Infanta Elena la figura de la enfermera de fin de semana, que da soporte a los pacientes paliativos recientemente dados de alta del hospital o con empeoramiento grave durante la semana.

Formar y ayudar a familiares y cuidadores en su domicilio durante el fin de semana, momento en el que están más familiares en casa y el equipo de domicilio de primaria no tiene cobertura.

Disminuir la ansiedad ante dudas de fácil resolución en casa, por teléfono o whatsapp.

Evitar traslados a urgencias durante el fin de semana

Ayudar a disminuir los síntomas que aparezcan durante el fin de semana, favoreciendo la atención continuada.

La enfermera del equipo de soporte hospitalario se traslada al domicilio los fines de semana, tras el alta en esa semana, y a los más frágiles dados de alta con anterioridad:

Supervisar la situación domicilio.

Realiza formación a familiares y cuidadores

Administra medicación si es necesario.

Contacta por teléfono con médico paliativista si es necesario.

Mantiene un teléfono móvil con datos para resolver dudas

212 pacientes visitados de enero-octubre 2016.

322 intervenciones telefónicas (llamada o whatsapp), independientes de las visitas programadas. Respecto al mismo periodo del año previo:

Disminución de reingresos en 48% .Disminución de reingresos en fin de semana 56%. Disminución de la frecuentación a urgencias en fin de semana 62%

Fallecen en domicilio 28% más que en el año anterior.

Alta satisfacción de familia transmitida por agradecimientos. Alta satisfacción del equipo de atención primaria por la coordinación y la cobertura de fin de semana.

Conclusión:

El fin de semana es el momento ideal para formar a las familias y cuidadores en su domicilio.

Introduce nueva tecnología whatsapp para aclarar dudas en fin de semana.

Optimiza recursos disminuyendo reingresos y frecuentación a urgencias.

Facilita fallecimiento en domicilio con esta formación.

La enfermera del equipo de soporte del hospital que ha conocido al paciente durante el ingreso es la persona ideal para desarrollar esta continuidad de cuidados.

AUTORES: HERRERA ABIAN, MARIA; HERNANDEZ RUBIO, AB; BRAGADO MARTINEZ, L; MONTSALVO, J; JIMENEZ RODRIGUEZ, A.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA.

ID: 313

TÍTULO: CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON EXACERBACIÓN DE EPOC

RESUMEN:

La enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC) es una de las de mayor prevalencia, cuyo curso se ve complicado por la aparición de exacerbaciones, produciendo un impacto negativo en el coste de recursos sanitarios, en el estado de salud percibida y en la supervivencia de la enfermedad, por lo que constituye un importante problema de salud pública.

Evaluar la calidad de la atención al paciente con EPOC exacerbado en una red de 9 hospitales públicos de un Servicio Regional de Salud.

Se han evaluado 12 indicadores elaborados a partir del documento "Proceso asistencial integrado del paciente con EPOC exacerbado (PACEX-EPOC) de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Las unidades de estudio fueron los pacientes dados de alta por EPOC en el segundo semestre de 2014 y primer semestre de 2015 excluyendo los casos con ingresos por otra agudización en los 28 días anteriores al ingreso y aquellos cuyo tipo de alta fue traslado a otro hospital de agudos. La identificación de los casos se hizo a través del CMBD de hospitalización y para el estudio de los mismos se utilizó la historia del hospital y la de atención primaria. El tamaño muestral fue de 540 casos (60 por hospital, obtenidos aleatoriamente, o el total del universo si se habían producido menos). Para cada indicador se ha calculado su valor y el intervalo de confianza, desagregado por hospital, y la razón de variación entre centros (RV). El indicador de mortalidad se calculó a partir del total de casos contenidos en el CMBD.

Administración de broncodilatadores de acción corta (78,2%, RV 2,11), administración de corticoides sistémicos (92,2%, RV 1,15), adecuación en la administración de antibióticos (77,3%, RV: 1,33), administración de heparina BPM (85,1%, RV 1.29). Realización de test de CAT (0,4%, RV varía entre 0 y 1,7), gravedad de la exacerbación, (0,9%, RV varía entre 0 y 1,7), etiología de la exacerbación (72,5%, RV 1,43), fenotipo(44,4%, RV 3,42), entrenamiento en la técnica de inhaladores (6,3%, RV varía entre 0 y 23,3), realización de informe de enfermería al alta (37,8%, RV 19), seguimiento en atención primaria tras el alta (36,2%, RV 2,13), mortalidad intrahospitalaria (5,6%, RV 6,74).CONCLUSIONES: Existe un amplio margen para la mejora en cuanto a la calidad de la atención en el paciente con EPOC exacerbado. Los mayores niveles de cumplimiento son obtenidos por los indicadores relacionados con la administración de medicación, y los de menor cumplimiento son los relacionados con la realización del test de CAT y la clasificación de la gravedad. Algunas de las medidas presentan una gran variabilidad entre centros como la realización del informe de enfermería al alta, el seguimiento en atención primaria, la realización del entrenamiento en la técnica de inhaladores, la clasificación por fenotipos y la administración de broncodilatadores de acción corta.

AUTORES: LÓPEZ ROJO, CONCEPCIÓN¹; PARRA HIDALGO, P²; CALLE URRRA, JE³; MARTÍNEZ GARCERÁN, JJ⁴; DE LA TORRE ÁLVARO, JL⁵; ARELLANO MORATA, C⁶.

CENTRO DE TRABAJO: SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL, SEGURIDAD Y EVALUACIÓN DE MURCIA¹; SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL, SEGURIDAD Y EVALUACIÓN DE MURCIA²; SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL, SEGURIDAD Y EVALUACIÓN DE MURCIA³; SECCIÓN DE NEUMOLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA⁴; SECCIÓN DE NEUMOLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA⁵; SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL, SEGURIDAD Y EVALUACIÓN DE MURCIA⁶.



ID: 314

TÍTULO: MEJORA DE ESPERA DE PRIMERAS VISITAS TRAS LA REORDENACIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS DE APARATO LOCOMOTOR

RESUMEN:

La gestión de las esperas para el acceso a las consultas externas es uno de los aspectos que influye en la dimensión de accesibilidad. Incluso está regulado por ley, lo que no asegura su cumplimiento. La patología de aparato locomotor en una causa frecuente de derivación a consultas externas, siendo varios servicios los posibles destinatarios.

Mejorar las esperas en aparato locomotor en nuestra área de salud, tanto en consultas externas como en espera quirúrgica.

Eliminar el número de pacientes sin cita, reducir las esperas en primeras visitas, disminuir las interconsultas entre servicios y reducir el tiempo de espera para cirugía traumatológica.

Se han medido las esperas mensualmente tanto en consultas externas como para cirugía. Se ha monitorizado el número de pacientes en espera sin cita y las interconsultas entre servicios. Como intervención, en el mes de Mayo de 2017 se puso en marcha una nueva estructura en las consultas externas de Rehabilitación, Reumatología y Traumatología (aparato locomotor). Se llegó a un acuerdo entre los tres servicios para determinar que patologías iban a ser vistas preferentemente en cada uno de ellos, informándose de ello a los profesionales de los centros de salud. Se elaboraron trípticos al efecto. Además se cambió la vía de entrada de las primeras visitas a aparato locomotor, sustituyendo a un traumatólogo por un rehabilitador. Además, se tomaron medidas para eliminar la existencia de pacientes sin cita fijada.

Se han comparado los meses de abril de 2016 con abril de 2017 para comparar esperas y de enero a abril de 2016 con el mismo periodo de 2017 para interconsultas.

En 2016 se contaba con 4802 pacientes en espera para consultas externas de aparato locomotor. De ellos 447 no tenían cita asignada y 1883 esperaban más de 90 días. La espera media de los atendidos en abril fue de 49,12 días.

En abril de 2017, había 4734 pacientes en espera para consultas, de los cuales sólo 2 no tenían cita asignada y 1403 esperaban más de 90 días. La media de espera de los atendidos ha sido de 41,23 días en el conjunto de los 3 servicios. Es de destacar la diferencia en la media de espera en el servicio de rehabilitación que ha pasado de 52,7 a 27,9 días de espera.

Las interconsultas entre estos 3 servicios en el periodo citado han pasado de 2328 en 2016 a 2004 en 2017, 81 menos al mes.

Respecto a la espera quirúrgica se ha pasado de 237,16 días de espera en pacientes intervenidos en abril de 2016 a 127,90 en abril del 2017, con un número de pacientes en espera de más de 180 días de 411 en 2016 y 71 en 2017.

Como conclusión podemos decir que se ha mejorado la espera en consultas externas de aparato locomotor y en la lista de espera quirúrgica tras los cambios implementados.

AUTORES: ALCARAZ MARTÍNEZ, JULIÁN¹; VILLEGAS GARCÍA, M²; BAEZA ALCARAZ, A³; PASCUAL SAURA, H⁴; GONZALEZ ORTEGA, JJ⁵; BALLESTA CABRERO, A⁶.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL U JM MORALES MESEGUER. AREA VI. MURCIA¹; CONSEJERÍA DE SALUD²; HOSPITAL U JM MORALES MESEGUER. AREA VI. MURCIA³; HOSPITAL U JM MORALES MESEGUER. AREA VI. MURCIA⁴; HOSPITAL U JM MORALES MESEGUER. AREA VI. MURCIA⁵; HOSPITAL U JM MORALES MESEGUER. AREA VI. MURCIA⁶.



ID: 315

TÍTULO: COORDINACION DE PROFESIONALES ADMINISTRATIVOS Y ASISTENCIALES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA

RESUMEN:

La informatización de la Historia clínica (HC), la complejidad y trascendencia de su contenido, la necesaria fiabilidad y especificidad de los datos, las necesidades crecientes de indicadores para mejorar la gestión y las frecuentes actualizaciones de los sistemas de información para responder a las necesidades de ciudadanos, gestores, políticos y juristas, requiere formación adecuada, compromiso y colaboración estrecha entre profesionales de distintos estamentos, que hasta ahora eran informados on line de los cambios informáticos, de la normativa, y de otros aspectos y también recibían alguna información a través de los directores de su equipo. Se detecta la necesidad de crear un espacio de comunicación transversal entre referentes administrativos y asistenciales para mejorar la calidad integral del contenido de la HC.

Optimizar el funcionamiento y los resultados del proceso de sistemas de información y documentación clínica.

Fomentar la implicación, el intercambio de conocimiento y la capacitación conjunta de los referentes de sistemas de información administrativos y asistenciales de los equipos. Revisar los circuitos de petición de información, de información de novedades, de notificación de incidencias y de consultas en dudas de registro.

Detectar las necesidades específicas de formación y las propuestas de mejora de los profesionales referentes de los equipos.

Creación de comisión multidisciplinar territorial en noviembre 2017.

Miembros: referentes administrativos y referentes asistenciales de la HC informatizada de los 6 equipos, responsables de informática, de atención al ciudadano, de farmacia y de calidad del Servicio de Atención Primaria. Realización de encuesta a todos los referentes para detectar situación y necesidades y posterior planificación del funcionamiento y contenidos de las reuniones.

Resultados encuesta: una mayoría de referentes no conocían sus funciones; no se sentían suficientemente formados ni informados, y apostaban por una formación continuada presencial en novedades y funcionalidades del sistema de información poco conocidas o poco utilizadas.

Actividades realizadas: Formación a demanda en econsulta, formación para mejorar trazabilidad y cumplimiento del Circuito de diagnóstico rápido cáncer, formación en codificación de patologías crónicas prevalentes, en codificación de RAM, en aspectos mejorables del registro de prescripción electrónica, formación en gestión de agendas. Iniciada implantación de nuevo sistema de gestión de agendas. Sensibilización en política de confidencialidad, revisión de indicadores de registro que requieren mejoras. Iniciada publicación periódica de píldoras formativas en ecap en la portada de la intranet territorial.

Buena respuesta de los referentes, que replican la formación a los profesionales de su equipo en un plazo de 15 días, alta satisfacción y implicación, con asistencia regular a pesar de las dificultades derivadas de la gran dispersión del territorio.

AUTORES: ESTRADA PUJOL, VICTORIA; FLORENSA ARAGONES, J; GASA CAPDEVILA, JR; PUJOL MARTINEZ, R; MARTINEZ SAMSO, N; DURANO PALACIN, R.

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA ALT PIRINEU I ARAN1.



ID: 316

TÍTULO: MEJORANDO LA ATENCIÓN A PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS: INVESTIGACIÓN MEDIANTE GRUPOS FOCALES DE PACIENTES

RESUMEN:

En un contexto en el que cobran especial relevancia enfermedades crónicas (cardiovasculares, cáncer, diabetes, EPOC...), nuestro sistema sanitario sigue atendiendo a estos pacientes con un enfoque de fragmentación entre sus niveles asistenciales (especializada, primaria, servicios sociales). Esta situación puede tener un impacto muy significativo en la calidad de vida y en el control de síntomas de los pacientes. Aunque las organizaciones sanitarias monitorizan la experiencia de estos pacientes, esta evaluación suele realizarse mediante encuestas de satisfacción con ítems predefinidos y en un ámbito muy concreto como es la hospitalización. El interés por medir y mejorar la experiencia de estos pacientes con la asistencia sanitaria, hace necesario, en primer lugar, caracterizarla de forma integral y en su complejidad de variables y, en segundo lugar, incorporar nuevas técnicas válidas y fiables para medirla, como son los grupos focales.

Evaluar la experiencia y cumplimiento de expectativas de los pacientes con insuficiencia cardíaca, EPOC y cáncer de mama para identificar fortalezas y áreas de mejora en la atención sanitaria recibida integrando tanto la hospitalización como la continuidad asistencial y los cuidados domiciliarios.

Estudio de investigación cualitativa, utilizando como instrumento el "grupo focal" realizado en los meses de julio y septiembre de 2016. Se realizan tres grupos con 8 pacientes crónicos en cada uno, para cada una de las patologías seleccionadas. El reclutamiento de los participantes se realiza por vía telefónica, a partir del total de pacientes que se encuentran en seguimiento por los servicios implicados en 2016. La recopilación de la información se realiza mediante grabadora de audio, tras el previo consentimiento de todos los asistentes. La duración de las sesiones se fija hasta el agotamiento del contenido discursivo y con un máximo de 2 horas. Los datos fueron transcritos y analizados por dos observadores que presenciaron las sesiones grabadas.

La experiencia evaluada se centra en los siguientes aspectos: atención urgente, experiencia durante la hospitalización, atención en consultas y/o hospital de día, información y educación sanitaria, continuidad asistencial (atención primaria, servicios sociales...), experiencia en casa, recursos de apoyo. Las principales áreas de mejora se han relacionado con: papel secundario de los profesionales de Atención Primaria en el seguimiento de sus procesos; necesidad de acceso planificado a recursos de apoyo (ej, atención psicológica, rehabilitación cardíaca); descoordinación entre especialistas; necesidad de canales de acceso a especialistas "consultores"; confortabilidad de habitaciones de hospitalización.

La investigación cualitativa mediante grupo focal ha sido efectiva para evaluar la experiencia y expectativas de pacientes con enfermedades crónicas, sirviendo para identificar fortalezas y oportunidades de mejora.

AUTORES: LLORENTE PARRADO, CÉSAR; TOLEDO BARTOLOMÉ, D; GUTIÉRREZ GONZÁLEZ, E; IZQUIERDO MEMBRILLA, I; DÍAZ REDONDO, A; PUENTE GONZÁLEZ, MD.

CENTRO DE TRABAJO: H.G.U. GREGORIO MARAÑÓN.



ID: 318

TÍTULO: ADECUACIÓN Y EFICIENCIA EN EL USO DE APLICACIONES MÓVILES DE SALUD: QUÉ OPINA LA CIUDADANÍA

RESUMEN:

A nivel teórico se reconocen las diversas ventajas que conlleva la implantación de la mHealth y en concreto de las aplicaciones móviles de salud (AMS), p.ej. una gestión más eficiente, beneficios positivos en la relación profesional-paciente, un papel más destacado del paciente, etc. No obstante, resulta pertinente trasladar y contrastar esas ideas con las actitudes y opiniones expresadas directamente por la ciudadanía que potencialmente va a usar dichas AMS.

Analizar la visión de la ciudadanía andaluza sobre elementos asociados a la adecuación y eficiencia en el uso de aplicaciones móviles de salud (AMS).

I Barómetro Andaluz sobre Aplicaciones Móviles de Salud. Encuesta representativa para la población andaluza 18-95 años (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, Marzo 2016. n=1069, nivel de confianza 97%, p=0.5. Error máximo global: ±3%).

Un 26,9% de usuarios de AMS señala que lo hacen porque mejora su organización personal del tiempo (3º motivo en importancia).

Hay un alto grado de acuerdo con que las AMS podrían hacer más fáciles y eficientes algunas gestiones sanitarias (80,7% totalmente de acuerdo o muy de acuerdo). Aunque no de forma tan intensa, aproximadamente dos tercios de la población consultada respalda que el uso de las AMS podría reducir los costes de la sanidad pública (66,5%) y que las AMS podrían mejorar la relación médico-paciente (62,5%).

La utilidad más deseada por la población en una AMS es pedir cita médica (15%). Le siguen: recibir notificaciones/información/recomendaciones sobre mi enfermedad (11,2%), información sobre resultados de análisis/informes médicos/gestión de mi enfermedad (10,8%), la comunicación con mi médico (10,2%) o recordatorios de citas, revisiones, medicamentos o vacunas (8,4%).

Existe hoy día un alto desconocimiento ciudadano sobre qué profesionales o instituciones velan por la seguridad y calidad de las AMS: un 60,5% de quienes usan AMS responden NS/NC.

Quienes se muestran reacios a disponer de una app de salud "ideal" señalan como principales motivos que perderían contacto personal con su médico (38,6%), o que no dispone de conocimientos suficientes para usarla (21,4%). La personalización, la cercanía, y los niveles de alfabetización digital son elementos críticos en el desarrollo de servicios de mHealth para la población.

El hecho de no ser usuario de AMS no está especialmente influido por una falta de adaptación de la app a las necesidades de esas personas: sólo un 6,9% indicó este motivo para no usar AMS (5ª posición de un total de 7). Los usuarios de AMS no han manifestado dificultades relevantes relacionadas con el alcance de la app (que sea demasiado genérica o demasiado específica), ni con la comprensibilidad de la información o la necesidad de ayuda de terceros para su uso. Es decir, hoy en día los factores de diseño no parecen ser los más importantes a la hora de usar o no usar una app, sino que tienen más influencia otros elementos del perfil personal o del contexto social.

AUTORES: SOTILLOS GONZÁLEZ, BELÉN; ESCOBAR UBREVA, A; FERNÁNDEZ BERMEJO, MC; BUIZA CAMACHO, B; FERRERO ÁLVAREZ-REMENTERÍA, J; SANTANA LÓPEZ, V.

CENTRO DE TRABAJO: AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA1.



ID: 319

TÍTULO: ISO 9001:2015 ¿CÓMO INTEGRAR EL CONTEXTO DE UNA ORGANIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE SUS RIESGOS Y OPORTUNIDADES?

RESUMEN:

La norma UNE-EN-ISO 9001:2015 establece en su apartado 6.1. que, al planificar el sistema de gestión de la calidad, se debe considerar la comprensión de la organización y su contexto y los requisitos derivados de la comprensión de necesidades y expectativas de las partes interesadas para determinar los riesgos y oportunidades que es necesario abordar.

El hospital dispone actualmente de un sistema integrado certificado por ISO 9001:2015 con alcance a 25 áreas y servicios, asistenciales y no asistenciales.

Implementar un método que integra el análisis del contexto y de los procesos, para la gestión del riesgo en los servicios incluidos en el alcance de la certificación según norma ISO 9001:2015 del hospital.

La gestión del riesgo se realiza mediante un mapa para la identificación y caracterización de riesgos y oportunidades utilizando una herramienta basada en el análisis modal de fallos y efectos (AMFE) que se aplica mediante el análisis de los siguientes aspectos:

1. Análisis de Procesos, utilizando como fuentes de información, entre otros: incidentes y eventos adversos notificados (en el último año, se han notificado un total de 2235 incidentes en el hospital, 1191 a través de CISEMadrid); información de benchmarking de indicadores clave del observatorio de resultados del SERMAS; resultados de indicadores de cuadro de mandos; e incidencias registradas de los procesos implantados.

2. Análisis del Contexto interno y externo. Se realiza mediante herramienta DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades) en 3 pasos: a) Identificación de cambios potenciales que pueden afectar al sistema de gestión (aspecto abordado en la revisión anual por la dirección). b) Análisis de posibles efectos en el sistema. c) Construcción de DAFO, según sean efectos negativos o positivos y/o cambios de origen externo o interno a la organización. El desarrollo del DAFO se realiza teniendo en cuenta la evaluación de los requisitos que generan las necesidades y expectativas de las partes interesadas.

Se han desarrollado mapas identificando riesgos y oportunidades los 25 servicios incluidos en el alcance de la certificación ISO 9001:2015. A partir de ellos, se han desarrollado 47 acciones de mejora en servicios y se ha elaborado un mapa de riesgos y oportunidades transversal de la organización, que ha conllevado la puesta en marcha de 3 acciones estratégicas generales: plan de prevención y actuación en situaciones de catástrofe externa e interna, revisión de circuito intrahospitalario de traslado de muestras y plan de identificación y comunicación de resultados críticos de pruebas.

La aplicación de un método que integra el análisis del contexto (incorporando las expectativas y necesidades de las partes interesadas) y de los procesos para la gestión del riesgo, cumpliendo los requisitos de ISO 9001:2015, ha permitido, de forma estructurada, la identificación, planificación, desarrollo, evaluación, priorización y mejora de 50 riesgos y oportunidades en la organización.

AUTORES: LLORENTE PARRADO, CÉSAR; DÍAZ REDONDO, A; IZQUIERDO MEMBRILLA, I; PLA MESTRE, R; TORIBIO VICENTE, MJ; GUTIÉRREZ GONZÁLEZ, E.

CENTRO DE TRABAJO: H.G.U. GREGORIO MARAÑÓN.



ID: 320

TÍTULO: PRESENCIA DE LAS TIC EN LA RELACIÓN ENTRE LA CIUDADANÍA Y LOS PROFESIONALES SANITARIOS: REALIDADES Y DESEOS EN ANDALUCÍA

RESUMEN:

Más del 90% de la ciudadanía confía mucho o bastante en los profesionales sanitarios como fuente de información para la salud (ONTSI, 2016), y la población valora positivamente que haya filtros positivos que orienten en la búsqueda en Internet, destacando los profesionales sanitarios. En la práctica, según ese mismo estudio, hasta ahora sólo el 6,4% de los pacientes han recibido la recomendación de alguna página web.

Dada la necesidad de recabar datos demoscópicos más específicos sobre estas cuestiones, en Andalucía se ha diseñado y llevado a cabo el I Barómetro sobre Aplicaciones Móviles de Salud.

Conocer la experiencia y visión de la ciudadanía andaluza sobre el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) por los profesionales sanitarios con los que han interactuado. I Barómetro sobre Aplicaciones Móviles de Salud, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Encuesta (2016). Población: ciudadanía andaluza mayor de 18 años. N=1.069 encuestas telefónicas. Nivel de confianza=97% (p=0,5). Error muestral máximo para datos globales: ±3%.

Únicamente un 7% de la ciudadanía andaluza ha visto a su médico u otro profesional sanitario usar en alguna ocasión la tablet o el móvil para pasar consulta, acceder a su historia clínica, prescribir medicamentos o proporcionar un diagnóstico; otro 5,3% señala NS/NC; y un mayoritario 87,7% indica que no.

Igualmente, solamente un 7,6% se ha comunicado o se comunica con su médico u otro profesional sanitario mediante correo electrónico, SMS, blog, mensajería instantánea o red social (0,1% NS/NC; 92,3% no). Para ese 7,6%, el medio más habitual ha sido correo electrónico (51,9%), seguido por mensajería instantánea (32,1%) y SMS (27,2%).

Aunque la cifra presente sea baja (7,6%), no obstante más de la mitad de la ciudadanía consultada (55%) le gustaría poder comunicarse con los profesionales a través de esas TIC.

Apenas un 1,3% de la población ha recibido por parte de los profesionales sanitarios alguna recomendación sobre el uso de apps de salud. Dentro de esa minoría, casi en dos de cada tres casos (64,3%) han usado esas apps recomendadas.

De nuevo, frente a una realidad todavía débil, aparece un fuerte deseo: casi tres de cada cuatro personas (73,8%) usarían una app recomendada por su médico u otro profesional sanitario, frente a un 20,3% que no la usarían, y un 5,9% NS/NC.

En conclusión, aunque el uso de las TIC en la relación entre profesional y paciente tenga todavía un alcance limitado, es un asunto que ofrece un gran potencial, a la luz del alto interés suscitado en la ciudadanía. Lo mismo ocurre en el caso de la prescripción de aplicaciones móviles de salud por parte de los profesionales. Este contraste entre realidad y deseo supone una información valiosa a la hora de diseñar una estrategia de mHealth, y augura una alta probabilidad de aceptación social en la puesta en marcha de iniciativas de este tipo.

AUTORES: SOTILLOS GONZÁLEZ, BELÉN; BUIZA CAMACHO, B; ESCOBAR UBREVA, A; FERNANDEZ BERMEJO, MC; FERRERO ÁLVAREZ-REMENTERÍA, J; SANTANA LÓPEZ, V.

CENTRO DE TRABAJO: AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA.



ID: 321

TÍTULO: ¿QUÉ UTILIDAD ESPERA LA CIUDADANÍA DE UNA APP DE SALUD? ¿QUÉ IMPACTOS DERIVADOS DEL USO DE APPS PERCIBE LA POBLACIÓN?

RESUMEN:

A la hora de planificar la implantación de un entorno de salud móvil (mHealth), resulta conveniente explorar cuál es la visión de los potenciales usuarios de esas apps, en este caso la población general, acerca de las funcionalidades o utilidades que favorecerían el uso de las mismas, y los efectos esperados de ese uso.

Conocer la visión de la ciudadanía sobre las utilidades esperadas y los impactos percibidos en relación con las aplicaciones móviles de salud.

I Barómetro sobre Aplicaciones Móviles de Salud, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Encuesta (2016). Población: ciudadanía andaluza mayor de 18 años. N=1.069 encuestas telefónicas. Nivel de confianza=97% (p=0,5). Error muestral máximo para datos globales: ±3%.

Las principales utilidades identificadas por la ciudadanía andaluza que harían atractiva una app de salud para su uso son: pedir cita médica (15%); notificaciones, información y recomendaciones sobre su enfermedad o proceso asistencial (11,2%); información sobre resultados de análisis, informes médicos y gestión de su enfermedad (10,8%); comunicación con mi médico (10,2%); recordatorio de citas médicas, revisiones, medicamentos o vacunas (8,2%).

Por el contrario, las utilidades que reciben menor respaldo de la ciudadanía andaluza –en todos los casos por debajo del 5%- son: prevención y recomendaciones sobre hábitos saludables; monitorización de constantes vitales o parámetros de salud; alertas sanitarias o medioambientales; comunicación e interacción con comunidades y redes de pacientes; comunicación con farmacéutico.

En general, la ciudadanía muestra un considerable grado de acuerdo con todos los posibles impactos positivos relacionados con el uso de apps, ya que siempre el valor de “muy de acuerdo o bastante de acuerdo” supera el 49%. Especialmente, destaca el impacto en hacer más fáciles y eficientes algunas gestiones sanitarias (80,7%); así como la ausencia de riesgo para la salud (72,8%); y la mejora de la calidad de la asistencia (71,3%).

En conclusión, la población, a nivel general, refleja signos positivos en cuanto al reconocimiento de los efectos positivos que conlleva el uso de aplicaciones de salud, y su utilidad para resolver necesidades concretas.

AUTORES: SOTILLOS GONZÁLEZ, BELÉN; ESCOBAR UBREVA, A; FERNÁNDEZ BERMEJO, MC; BUIZA CAMACHO, B; FERRERO ÁLVAREZ-REMENTERÍA, J; SANTANA LÓPEZ, V.

CENTRO DE TRABAJO: AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA.



ID: 322

TÍTULO: INNOVACIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE UTILIZANDO LA METODOLOGÍA DESING THINKING

RESUMEN:

Innovar es crear algo nuevo que aporte valor a las personas y sea eficiente para las Organizaciones. Los datos cuantitativos no siempre son suficientes, por tanto necesitamos analizar datos cualitativos (emociones, sentimientos o impresiones). Animados por los buenos resultados obtenidos con la metodología utilizada en el rediseño de procesos, asumimos el reto de mejorar los procesos asistenciales hablando con los pacientes, observándoles y escuchándoles.

Proponer soluciones integradas a partir de un enfoque creativo centrado en las personas.

Específicos:

1. Identificar las necesidades de las personas, reales o latentes.
2. Adaptar los procesos asistenciales a sus necesidades.

A partir de la utilización de la metodología Desing Thinking para rediseñar procesos asistenciales, en la que se ha dado protagonismo a los profesionales, escuchando sus ideas y propuestas de mejora en cada proceso, hemos apostado por utilizarla para generar ideas innovadoras y dar soluciones a las necesidades de nuestros pacientes, poniendo en valor elementos clave como la empatía y el trabajo en equipo.

Material necesario:

- Material de escritorio: rotuladores de colores, post-it, cámara de fotos.
- Un equipo multidisciplinar y comprometido, capaces de ver las oportunidades de mejora.
- Un espacio amplio, una mesa y paredes limpias donde ir pegando las ideas que surjan.
- La información que nos aportan los pacientes.

El proceso comienza con una la comprensión de las necesidades de los pacientes. Para ello, dibujamos el Mapa de la Experiencia del Paciente que nos permite tener una visión continua e integral de cada uno de los puntos de contacto con la Organización, definiendo junto a ellos las diferentes etapas del proceso asistencial. Cada etapa viene acompañada de las necesidades y áreas de mejora propuestas desde el punto su de vista. A la vez, los 'touchpoints' o puntos de contacto con la Institución son valorados según su experiencia.

Finalmente, unimos los puntos de contacto y los relacionamos con su experiencia, para obtener el recorrido gráfico del paciente en el proceso asistencial, su grado de satisfacción y las propuestas de mejora.

Hemos puesto en marcha esta iniciativa con pacientes diagnosticadas de cáncer de mama y trasplantados de pulmón. En todas las fases del mapa que han dibujado, nos hacen propuestas de mejora relacionadas con la información, la comunicación y la toma de decisiones compartida. Las fases de sospecha de la enfermedad, confirmación del diagnóstico y pruebas complementarias, son las de mayor impacto emocional. Sin embargo, durante el tratamiento y seguimiento clínico nos describen una experiencia positiva.

Los datos obtenidos se están utilizando para rediseñar procesos, mejorando la calidad y eficiencia de la gestión clínica, poniendo el foco de atención en las actividades más valoradas por el paciente y eliminando las intervenciones que aportan poco valor.

AUTORES: GÁLVEZ HERNANDO, GLORIA; PEÑA GALLARDO, C; ROMEA LECUMBERRI, S; CAMPOS RUBIÑO, T; BLANCO VÁZQUEZ, E; MARTÍNEZ JIMÉNEZ, M.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VALLE HEBRÓN.



ID: 323

TÍTULO: MEJORA DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON SÍNDROMES DE SENSIBILIZACIÓN CENTRAL

RESUMEN:

En nuestra Comunidad Autónoma (CA) la atención a las personas con síndromes de sensibilización central (SSC) ha sido muy variable en su prestación y grado de satisfacción de los pacientes. En 2006 se elaboró un modelo asistencial, cuya posterior implantación en el territorio resultó desigual por diversos factores (estigmatización de la enfermedad, falta de evaluación, expectativas elevadas).

Mejorar la atención a las personas con SSC (fibromialgia, síndrome de fatiga crónica y sensibilidad química múltiple).

Se analizaron con expertos y pacientes los factores y oportunidades de mejora y se propusieron como acciones prioritarias:

1) elaborar e implantar un plan operativo que garantice una atención equitativa, mediante la creación de unidades de especialización territorial (UET). Una UET para la atención a las personas con SSC es un equipo multidisciplinar que coordina e integra la atención a los pacientes con estas enfermedades formado, entre otros, por profesionales de atención primaria, internista, reumatólogo, enfermera, psicólogo, fisioterapeuta.

2) establecer un sistema de evaluación de la atención mediante la definición de criterios de calidad de la UET, su posterior evaluación externa y el diseño de un cuadro de mando de indicadores de proceso y resultado. Se elaboraron 22 criterios de calidad para declarar idónea una UET, 11 de ellos se consideraron de cumplimiento obligado.

3) luchar contra la estigmatización de estas enfermedades mediante campaña institucional basada en material audiovisual para concienciar a la sociedad sobre la SSC.

4) intensificar la formación de los profesionales que participan en la atención mediante talleres de formación de formadores con casos clínicos y el diseño de un curso en línea.

Se evaluaron las 18 UET en las que se distribuye la atención territorial en nuestra CA. La puntuación media del cumplimiento de los estándares resultó ser del 79,7 % del total de 22 criterios, y del 93 % de los 11 obligatorios. Entre las áreas con puntuaciones bajas destacan la formación de profesionales, coordinación e integración entre atención primaria y otros recursos asistenciales, soporte por parte de la dirección y evaluación con indicadores. Se dispone de un cuadro de mando, que está en fase de validación y factibilidad por parte de las UET.

Se han impartido talleres de formación de formadores a 430 asistentes, de un total de 267 equipos de atención primaria. De estos, 195 han replicado la formación en sus equipos, con un total de 3.272 personas.

Finalmente, se ha iniciado la difusión de un video de concienciación en las pantallas de las salas de espera de los centros sanitarios, y distribuido posters y dípticos.

El éxito del proyecto se basa en la participación de diferentes unidades de la administración sanitaria, los profesionales clínicos, los proveedores y las entidades representantes de pacientes y sus familiares, que ha permitido consensuar todas las acciones prioritarias.

AUTORES: MOMPART PENINA, ANNA; ALONSO MAYO, E; DAVINS MIRALLES, J; RAMS PLA, N; MAGRINYÀ RULL, P; QUINTANA LÁZARO, M.

CENTRO DE TRABAJO: DEPARTAMANET DE SALUT DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA.



ID: 324

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS SELECTIVOS PARTICIPATIVOS EN LA GERENCIA TERRITORIAL METROPOLITANA SUR DE ICS

RESUMEN:

El plan estratégico 2016-2020 establece la transparencia en la gestión como un elemento clave y transversal. Por otro lado, la participación de los profesionales en la gestión incrementa el compromiso y la implicación de éstos con la organización.

- Desarrollar una herramienta de participación de los profesionales en elección de los cargos directivos
- Hacer transparente la gestión y acercarla a los profesionales
- Evaluar la satisfacción de los profesionales y directivos implicados

Se ha elaborado un documento en el que se explica la metodología de las convocatorias participadas. Siempre en el marco de la normativa vigente, se establece la creación de una comisión formada por tres miembros de la dirección, tres representantes de los profesionales y RRHH. En ella los candidatos exponen su proyecto, y se da a conocer el análisis competencial. Se exige confidencialidad. Posteriormente la dirección escucha la opinión de los profesionales antes de tomar la decisión.

Se han realizado un total de 17 convocatorias participadas, dos de hospital y quince de atención primaria desde abril de 2016 a mayo de 2017.

Teniendo en cuenta que se trata de una fórmula novedosa, se ha considerado la necesidad de evaluar la experiencia, tanto por parte de los profesionales como por parte de los directivos.

Para evaluar la satisfacción de profesionales se ha elaborado un cuestionario de 11 preguntas tipo Likert en que 1 es el valor mínimo de satisfacción y 10 el máximo. También una pregunta abierta en que se le piden propuestas de mejora.

Para evaluar la satisfacción de los directivos el cuestionario tiene 7 preguntas y también se ha diseñado con una escala Likert. También pregunta abierta.

Resultados y conclusión

Resultados en participación:

- El número de profesionales que han participado en comisión: 70 (27,14% de respuesta en la encuesta)
- El número de directivos que han participado en comisión: 23 (algunos han participado en más de una comisión) (26% de respuesta en la encuesta)

Resultados en satisfacción de profesionales:

- Más del 70% de las respuestas se han concentrado en una puntuación de entre 8 y 10.
- En la pregunta abierta han pedido que los profesionales del centro puedan conocer los proyectos antes de la comisión.

Resultados en satisfacción de los directivos:

- Más del 90% de las respuestas se han concentrado en una puntuación de entre 8 y 10.
- No ha habido aportaciones en las respuestas abiertas.
- La iniciativa está considerada como muy satisfactoria tanto para los representantes que han asistido a la comisión como para los representados.
- Entienden que es una fórmula de transparencia y reconocimiento.
- Los directivos consideran la experienci

AUTORES: LAY HERRERA, YOLANDA; SÁNCHEZ IZQUIERDO, D; ARJONA ABELAIDA, A; DURÓ PÉREZ, JA; HERREROS LÓPEZ, M.

CENTRO DE TRABAJO: GERÈNCIA TERRITORIAL METROPOLITANA SUD.

ID: 326

TÍTULO: PLAN ESTRATÉGICO DE UN HOSPITAL INFANTIL DE TERCER NIVEL

RESUMEN:

En la actualidad, los profesionales sanitarios que trabajan en un Hospital Infantil de tercer nivel, tienen una visión distinta a los demás profesionales (que asisten a pacientes adultos) sobre los ámbitos en los que encajan su cartera de servicios y que se alienan en dos vertientes: consultas de alta resolución y área quirúrgica.

Por lo tanto, es importante una reflexión sobre si vamos en la dirección adecuada según dicha visión y recogerlo en un plan director.

Creación de un Plan Estratégico del Hospital Infantil que recoja todo su funcionamiento englobándolo en líneas estratégicas, objetivos estratégicos y recomendaciones de los propios profesionales.

Actualmente existe gran variedad de metodologías derivadas del ámbito de la ingeniería de organización que pueden ser aplicadas en el ámbito sanitario, tales como la gestión por procesos, el Lean Management, la técnica Delphi, la observación, Brainstorming, etc.

Para obtener toda la información necesaria y crear el Plan Estratégico de un Hospital Infantil que cuenta con: más de 123.000 consultas, más de 64.000 urgencias atendidas, más de 4.000 intervenciones y más de 5.000 ingresos hospitalarios; se ha creado un grupo de trabajo multidisciplinar constituido por profesionales asistenciales y de gestión y servicios para la recogida y análisis de los datos mediante uso de un cuestionario escrito con preguntas no dirigidas (ha sido el modelo utilizado para la recogida de información una vez analizadas las ventajas e inconvenientes de las metodologías indicadas).

Así se ha obtenido:

1. Información sobre las necesidades del modelo organizacional, necesidades de estructura y órganos de decisión transversales en Consultas, Área Quirúrgica, Hospitalización y Urgencias
2. Agrupación en necesidades del paciente, necesidades del profesional, necesidades de la organización.

El Plan Estratégico cuenta con más de 330 recomendaciones agrupadas en 11 objetivos estratégicos, enmarcados en 6 líneas estratégicas que son:

1. Definición del modelo asistencial y no Asistencial. Circuitos.
2. Definir estrategias de Calidad.
3. Potenciar el reconocimiento a los profesionales.
4. Plan funcional de espacios.
5. Adecuación del equipamiento. Adecuación de los medios.
6. Creación y adecuación de Comisiones Operativas, Comités y Grupos de Mejora.

Además contempla una priorización de las inversiones a realizar en términos de factibilidad e impacto asistencial.

Este Plan ha supuesto el paso más importante para la hoja de ruta de un Hospital Infantil ya que recoge toda la información que es de utilidad para los ciudadanos, los profesionales y el centro; y facilita el conocimiento de los diferentes ámbitos de actuación. Además, con ello reafirmar su compromiso con la atención sanitaria velando por alcanzar niveles de excelencia, seguridad y calidad asistencial.

AUTORES: BONACHELA SOLÁS, PATRICIA; NÚÑEZ GARCÍA, D; BERNABEU WITTEL, J; GONZÁLEZ CAGICAL, MA; ROMERO CARMONA, S.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO.



ID: 327

TÍTULO: EVALUACIÓN DE IMPACTO DE UN PROGRAMA RESIDENCIAL TEMPORAL EN LOS CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON DEPENDENCIA

RESUMEN:

Evaluación interna de impacto de un programa de atención residencial temporal para personas mayores con dependencia ya que hasta ahora se monitorizan numerosos indicadores de actividad de los residentes pero ninguno referente al beneficio para los cuidadores.

Evaluar el impacto del programa en la sobrecarga del cuidador principal, pues proporcionar una estancia temporal a la persona dependiente ofrece tiempo de descanso al cuidador liberándole de su función de cuidar.

Enfoque multi-método: cuantitativo, concretamente el índice de esfuerzo del cuidador (Caregiver Strain Index) y cualitativo para capturar outcomes de difícil obtención. Se comparará el resultado que obtienen en la escala del índice de esfuerzo del cuidador (CSI) cuidadores cuyo familiar realiza una estancia en el programa (escenario factual), respecto al que hubieran obtenido si su familiar no la hubiera efectuado (contrafactual) para poder atribuir las diferencias al programa. El grupo de control se constituyó por diseño cuasi-experimental: la técnica del matching, realizando parejas entre beneficiarios del programa y no beneficiarios, iguales por presentar las mismas variables determinantes de la producción del impacto. La puntuación asignada a las variables daba lugar junto a otros ítems a un baremo total. En la formación de las parejas se comparaba el baremo y también de forma individualizada cada una de las variables para obtener mayor semejanza. Así, se realizaron parejas entre aquellas personas que tuvieran programada estancia en la 1ª mitad del año (grupo de tratamiento, GT) con personas con variables similares con solicitud para la 2ª mitad del año (grupo de control, GC). También se utilizó el método de dobles diferencias para neutralizar variables no observables. Al cuidador principal de los usuarios del GT se les realizó el CSI previo al ingreso y a su vez a las parejas del GC. En fecha del alta se realizó el 2º CSI al cuidador principal del GT para ver los resultados del programa. En estancias superiores a 20 días del GT también se pasó la escala a la pareja del GC.. Por último, se realizó un 3º CSI a ambos grupos para obtener el impacto a medio plazo. Para efectuar las anteriores comparaciones se usó el estadístico Wilcoxon

A corto plazo se constató una reducción de la sobrecarga en los cuidadores principales de los usuarios que disfrutaron de estancia. Concretamente una reducción media del 9.79% mientras que en el GC la sobrecarga aumentó en un 9.34%. A medio plazo se observó una reducción del 7.60% de sobrecarga en el grupo de tratamiento mientras que el GC aumentó un 7.26%. Así mismo se examinaron las características de la muestra del GT con reducción por encima de la media para detectar si existían variables coincidentes. Una 1ª observación fue que el uso previo de otros recursos (ej. centros de día) parece facilitar la confianza en el programa y el descanso del cuidador. Una segunda observación fue que la duración del ingreso parece incidir en la reducción de sobrecarga

AUTORES: LÓPEZ RUIZ, MARIA DEL PILAR; GONZALO BURGUE, A.

CENTRO DE TRABAJO: DIPUTACIÓN DE BARCELONA1.



ID: 328

TÍTULO: PROGRAMAS DE CALIDAD PARA CONTROL DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES

RESUMEN:

Los programas de vigilancia y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria deben seguir la metodología del ciclo FOCUS-PDCA. En nuestro centro se optó por esta estrategia para el abordaje de una situación de endemia mantenida por más de dos décadas de un microorganismo multirresistente concreto.

Control de la endemia de un microorganismo multirresistente mediante un programa de mejora continua

Experiencia realizada en un hospital de tercer nivel. En 2014 se definió un equipo de trabajo multidisciplinar y multiprofesional de las Unidades implicadas tanto en el diagnóstico, como en el manejo de los pacientes implicados como en la vigilancia, prevención y control de estas situaciones. Aunque el ámbito de estudio se corresponde a todo el hospital, las acciones definidas se circunscribían principalmente a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) de adultos al ser las Unidades principalmente afectas. Se definieron las principales líneas de actuación y estrategias de prevención y control así como los indicadores de proceso y resultados más relevantes para monitorizar el programa. Los indicadores se valoran semanalmente para el rediseño de las medidas o la adopción de nuevas medidas correctoras en caso necesario, y estos resultados se difunden por diversas vías a los profesionales de las Unidades implicadas y a los responsables del centro.

Tras la implementación de este programa y 240 semanas de trabajo continuado se ha pasado de 11,6 casos nuevos semanales por cada 100 ingresos a semanas sin casos nuevos. Los indicadores de proceso monitorizados también han ido mejorando tendiendo al 90-100% de adherencia a las diferentes recomendaciones. La magnitud del impacto clínico de este programa puede también valorarse en la reducción de episodios de bacteriemia por este microorganismo, que se encontraba en unos 15 episodios al inicio del programa y actualmente no se detectan estos episodios. A nivel del uso de antimicrobianos también ha repercutido en el perfil de prescripciones de antimicrobianos de amplio espectro pasando de 45,63 DDD de meropenem a 38,4DDD.

Ante estos resultados se ha utilizado esta misma metodología para abordar problemas similares en las UCIs infantiles de nuestro centro con más de 89 semanas de trabajo y resultados en la misma línea.

La metodología de trabajo utilizada, con indicadores monitorizados semanalmente, reatualización oportuna junto con el trabajo en equipo y la implicación institucional ha sido clave para el éxito mantenido de este programa.

AUTORES: AMAYA VILLAR, ROSAIO; VALENCIA MARTÍN, R; AZNAR MARTIN, J; MARIN COLLADO, RM; GIL NAVARRO, MV; CONDE HERRERA, M.

CENTRO DE TRABAJO: HUVIRGEN DEL ROCÍO.

ID: 329

TÍTULO: CORRELACIÓN ENTRE EL RIESGO DE MORTALIDAD EN HOSPITALIZACIÓN Y LA MORTALIDAD ALTA

RESUMEN:

Los sistemas de clasificación de pacientes son herramientas que ayudan a mejorar la calidad y eficiencia de los Servicios sanitarios y han sido desarrollados para facilitar la planificación, gestión y financiación de hospitales de agudos.

En los últimos años, hay una demanda creciente de herramientas de gestión y financiación orientadas a mejorar la calidad asistencial, control del gasto sanitario y mejorar la eficiencia de los hospitales

Con el cambio del agrupador AP-DRG a APR- DRG, se obtienen 355 GRDs básicos. Para cada uno de ellos se determinan, independientemente, 4 subclases de severidad o gravedad de la enfermedad y 4 subclases de riesgo de mortalidad o probabilidad de muerte: menor, moderado, mayor y extremo.

La severidad de la enfermedad o el riesgo de mortalidad vienen determinados principalmente por la interacción de múltiples enfermedades. Los pacientes con múltiples comorbilidades que involucran a múltiples sistemas orgánicos tienden a peores resultados.

Los pacientes con mayor nivel de severidad de la enfermedad presentarían mayores costes mientras que los pacientes con mayor nivel de probabilidad de muerte presentarían una mayor mortalidad.

Valorar la mortalidad en 3 centros hospitalarios de una misma institución relacionándola con el riesgo de mortalidad y la evolución de los pacientes con riesgo extremo de mortalidad.

Se compara, en 3 centros de una misma institución:

- el riesgo de mortalidad de los pacientes que han sido éxitos en el hospital
- la mortalidad de los pacientes clasificados como de "riesgo de mortalidad extremo"

Los pacientes que han sido éxitos en el hospital, en global, tenían un riesgo de mortalidad mayor-extremo del 74,4%

Los pacientes con un episodio de hospitalización en el 2016 catalogado como de riesgo de mortalidad extremo son éxitos en ese episodio, en el hospital, en un 26,8%. Si se realiza el seguimiento a 28-02-2017, la mortalidad se eleva al 76,9%.

Se han valorado los 38 casos éxitos en los que constaba un "riesgo de mortalidad menor" y se ha establecido la proporción en que las diferencias observadas entre los centros son debidas a:

- Diferencias en la casuística y en los circuitos de atención
- Diferencias en el registro de la información
- Diferencias en la codificación
- Falta de sensibilidad del agrupador en el reconocimiento del riesgo de mortalidad en oncohematología al no tenerse en cuenta variables como línea de tratamiento, respuesta a tratamientos previos, anatomía patológica, factores pronósticos...

AUTORES: MONTOLIU-VALLS, ROSA M; BACIERO LORZA, F; PONTÓN SIVILLÁ, JL; NAVARRO GONZÁLEZ, F; MACHUCA TACÓN, L; PONCE SALVADÓ, AM.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUTO CATALÁN DE ONCOLOGÍA.



ID: 330

TÍTULO: A PARTIR DEL TPSC-CLOUD: ESTRATEGIAS DE MEJORA

RESUMEN:

Dentro del proyecto de las Unidades Funcionales de Seguridad de Pacientes impulsado por el Departament de Salut (DA) de nuestra CCAA se implantó un sistema de registro de incidentes (TPSC_cloud) en nuestro territorio en 2013 a partir del cual se va elaborando un mapa de riesgos con la identificación de las áreas críticas a partir de la gestión y el análisis de los incidentes notificados en este sistema.

Identificar las estrategias de mejora que se han realizado a partir de los incidentes notificados en el TPSC-cloud.

Análisis de los incidentes en el sistema TPSC-cloud, clasificación de los mismos, identificación de estrategias de mejora

Des del 2013 se han notificado 3545 incidentes, a partir de los cuales se han puesto en marcha las siguientes estrategias de mejora:

1-creación de varios equipos de mejora (EdM): tratamiento con anticoagulantes, Indicaciones de las pruebas radiológicas, procedimientos administrativos, gestión de la demanda..

2-se han revisado varios de los Procedimientos que se habían publicado en el Manual para el abordaje de la Seguridad de los pacientes en la Atención Primaria de la DAP en el 2012 (uso seguro del medicamento, gestión de material, vacunas, laboratorio ..) y algunos han requerido modificaciones. Y se han creado algunos de nuevos como el del tratamiento anticoagulante.

3-se ha mejorado el continuum asistencial con la visualización de las historias clínicas de nuestros hospitales de referencia: Pius Hospital de Valls y oncología en el Hospital Sant Joan de Reus;

6-Se han revisado circuitos de peticiones analíticas entre el Hospital y la Primaria.

7-se han implantado nuevas alertas del sistema PREFASEG (Prescripción Farmacéutica Segura) en nuestro sistema informático Ecap: alerta de la Brivudina.

8-se están creando las UFSP Territoriales (Atención Primaria- hospitales de referencia: Joan XXIII, Pius hospital de Valls, Sant Joan de Reus),

9-se han publicado boletines (3 boletines y 3 monográficos) , alertas (errores de identificación y ubicación de la medicación; uso de anticoagulantes orales; agranulocitosis por metamizol; errores de administración de la triple vírica),

10-se han realizado varias ACR (análisis causa-raíz de los incidentes más graves)

11-se implantó el ProsP (Proactividad en la seguridad del paciente) en la revisión de las consultas, caducidades, medicaciones termolábiles, laboratorio,.....

12- Implantación del proyecto de Segundas Víctimas.

La implantación del TPSC-cloud en nuestro territorio nos ha dibujado un mapa de riesgo a partir del cual se han priorizado estrategias de mejora con acciones concretas a varios niveles y nos ha permitido avanzar en la integración de la cultura de seguridad en nuestros profesionales y mejorando día a día en la seguridad de nuestros pacientes.

AUTORES: HOSPITAL GUARDIOLA, IMMA¹; VIDAL ESTEVE, E²; GENS BARBERÀ, M³; HERNÁNDEZ VIDAL, N⁴; BEJARANO ROMERO, F⁵; MENGIBAR GARCIA, Y⁶.

CENTRO DE TRABAJO: ABS VALLS URBÀ¹; ABS SALOU²; DAP CAMP DE TARRAGONA³; DAP CAMP DE TARRAGONA⁴; DAP CAMP DE TARRAGONA⁵; DAP CAMP DE TARRAGONA⁶.

ID: 331

TÍTULO: UTILIZACIÓN DEL CICLO DE MEJORA PARA PRIORIZAR E IMPLANTAR ESTRATEGIAS PARA EL USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS

RESUMEN:

El desarrollo de resistencia a antibióticos (AB) y la escasez de tratamientos alternativos es un grave problema de Salud Pública.

Las auditorías de informes clínicos (IC), reclamaciones de pacientes y profesionales y la correlación entre AB utilizados e infecciones más prevalentes atendidas, denotaban un problema de utilización de AB en nuestro medio.

Promover el uso racional de AB en un servicio de urgencias extrahospitalario (SUE) optimizando el tratamiento empírico de las infecciones más frecuentes y graves atendidas, facilitando herramientas de apoyo a la toma de decisiones.

La Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT) realizó un análisis de situación a través de la revisión de:

-Registros: IC, reclamaciones de pacientes y profesionales de otros niveles asistenciales, auditoría de IC. Se identificaron problemas de prescripción, de dosis y de selección.

-Actuaciones previas de CFT para uso adecuado de AB.

-Registros de infecciones más prevalentes y graves atendidas.

- Estrategia de Seguridad del Paciente (Consejería de Sanidad y propia).

Se elaboró informe de situación y a través de una Técnica Nominal de Grupo se priorizaron 2 acciones :

a) Elaborar una Guía de AB adaptada al SUE que unifique criterios de uso, evite prescripción innecesaria y contribuya a disminuir el desarrollo de resistencias, aplicando el tratamiento empírico más adecuado.

b) Retroalimentación de los profesionales a través del desarrollo de una aplicación informática.

Actualmente la Guía está difundida y la aplicación informática en desarrollo.

- Elaboración de la Guía en la CFT:

Se asignaron las patologías a 9 grupos para revisar y actualizar según la evidencia científica. Un 2º grupo actuaba de revisor.

Se consensaron en CFT las recomendaciones elaboradas y posteriormente con otros niveles asistenciales.

Estrategia de implementación: presentación en sesión clínica y envío a todos los profesionales y unidades asistenciales. Edición en papel en formato de fácil manejo.

- Guía de uso empírico de antimicrobianos en las infecciones más frecuentes y graves atendidas, como herramienta de apoyo a los profesionales para la toma de decisiones. Implementada según diseño previo.

En cada patología se indica (en adultos y niños): tratamiento AB de elección, alternativo y en situaciones especiales, con dosis, frecuencia de administración y duración del tratamiento y recomendaciones para uso adecuado.

- Tratamientos consensuados con Atención Primaria y Hospitalaria.

-La CFT definió los requisitos para obtener la información a través del IC actualmente en desarrollo.

La aplicación de un método riguroso de análisis y priorización de acciones de mejora en la prescripción AB permite identificar las causas relevantes de inadecuada prescripción y seleccionar de forma eficiente las actuaciones de mejora, en nuestro caso elaborar una Guía AB y aplicación informática que permite la retroalimentación hacia los profesionales para facilitar y promover su uso adecuado.

AUTORES: HERNÁNDEZ JARAS, M^a VICTORIA; POLO PORTES, C; GONZÁLEZ JARANDILLA, P; JIMÉNEZ CALVO, A; VÁZQUEZ QUIROGA, B; GARCÍA LÁZARO, M.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112.



ID: 332

TÍTULO: HEMOVIGILANCIA, ¿UN SISTEMA COMPLEMENTARIO A LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Ó VICEVERSA?

RESUMEN:

La Hemovigilancia es un seguimiento que se realiza a lo largo de la cadena transfusional, desde la donación hasta que finaliza el acto transfusional en el receptor, con el objetivo de aumentar los niveles de seguridad del uso de la sangre. El Sistema de Hemovigilancia nace con la Directiva 2002/98/CE, y está regulada por Orden SCO/322/2007. Tiene estructura en red de 3 niveles: local, coordinación autonómica y Unidad Hemovigilancia estatal.

A nivel local, la Hemovigilancia es un sistema de notificación de eventos adversos específico para el acto transfusional y que se investiga y notifica como tal. Existe un sistema de codificación común con 15 códigos básicos, y son de interés los referenciados como “cuasi” incidentes y errores por incompatibilidad ABO, ya que ambos constituyen actuaciones por “error” en procedimientos que nunca deberían suceder. La Comisión de Transfusiones hace un seguimiento de las notificaciones realizadas en Hemovigilancia y asesora sobre posibles mejoras. Al mismo tiempo, nuestro centro dispone de un sistema de notificación de eventos adversos, responsabilidad de la Comisión de Seguridad, que realiza su seguimiento y análisis. Unos de los aspectos de seguridad que vigilan son los incidentes “sangre y transfusiones”.

1 Conocer los incidentes notificados por Hemovigilancia en nuestro centro durante 2016.

2 Conocer los incidentes del Sistema de Notificación de Eventos Adversos cuantificados como “sangre” durante 2016

3 Comparar los resultados obtenidos por ambos sistemas de notificación.

Se trata de un estudio descriptivo que recoge los resultados de Hemovigilancia y del Sistema de Notificación de Eventos Adversos en 2016. Para ello se revisaron ambas bases de datos. Se analizan posteriormente los resultados y se comparan para conocer la concordancia entre ambas.

Resultados:

1) En 2016 hubo 55 notificaciones en Hemovigilancia, de los que 22 fueron cuasi incidentes.

2) En 2016 se produjeron 10 notificaciones relacionadas con 'sangre' de 1305 incidentes notificados.

3) Hay una mayor notificación en el sistema de Hemovigilancia, apreciándose infra-notificación en el Sistema de Notificación de Incidentes.

CONCLUSIONES:

1) El Sistema de Hemovigilancia es una herramienta esencial en la Estrategia de Seguridad del Paciente y útil para conocer incidentes y eventos adversos transfusionales y posibles causas tras su análisis.

2) Se aprecia infranotificación en el sistema de eventos adversos frente al de Hemovigilancia, bien por desconocimiento de ambos, porque se notifican aspectos diferentes o porque los profesionales no realizan “doble notificación” del mismo incidente. Hará falta un estudio detallado de casos para conocer las causas.

3) Es fundamental controlar todos los canales de notificación de eventos para conocer con mayor exactitud su incidencia, al sumar todos.

4) Los responsables de ambos sistemas de notificación deben intercambiar información con la periodicidad que estimen oportuna.

AUTORES: RUBIO ROMERO, RAFAEL; MARTÍN SÁNCHEZ, J; RECIO JURADO, AJ; MARTÍN GONZÁLEZ, F; MARÍN CABALLOS, A; AMAYA VILLAR, R.

CENTRO DE TRABAJO: H.U.V. ROCIO.



ID: 333

TÍTULO: ADAPTACIÓN A LA NUEVA NORMA ISO 9001:2015. EXPERIENCIA EN UN COLEGIO PROFESIONAL

RESUMEN:

El colegio de enfermeros/eras de Girona cuenta con la certificación ISO 9001: 2008. La norma ISO 9001 tiene establecida una frecuencia de revisión para mantener al día sus contenidos y ya se dispone de la última versión que corresponde a la norma ISO 9001:2015. Nuestro colegio ha apostado por mantener la certificación y emprendió un proceso de adaptación de acuerdo a los requisitos de la nueva norma. Obtener la certificación ISO 9001:2015

Incorporar los nuevos requerimientos de la norma

Identificar e implementar los cambios necesarios que afecten a nuestro sistema de gestión de calidad

Constituimos un grupo de trabajo con el objeto de establecer la estrategia y desarrollo del proceso de transición.

Realizamos de manera simultánea la formación específica que requería el entendimiento de la nueva norma con el desarrollo funcional del proyecto

Establecimos el itinerario de la transición que tendría que finalizar coincidiendo con la fecha de nuestra segunda revisión de la certificación ISO 9001:2008

Áreas clave analizadas:

1. Análisis de la organización y su contexto: necesidad de comprender nuestra organización y las necesidades y expectativas de las partes interesadas

2. Introducimos los grupos de interés como partes interesadas de nuestra organización dando así un mayor refuerzo a nuestro enfoque por procesos. Para cada uno de ellos se identificó tanto los aspectos que teníamos que cumplir así como el conocimiento de sus necesidades y expectativas, se seleccionaron los aspectos a los que daríamos prioridad en su cumplimiento

3. Enfoque del sistema basado en riesgos: identificación, planificación e implementación de acciones para abordar los riesgos y oportunidades para cada uno de nuestros procesos, en su análisis tuvimos presente que no todos los procesos eran igual de críticos

4. Comunicación: determinamos los flujos de comunicación

Se realizaron sesiones informativas y de seguimiento

Se analizaron y validaron las acciones en la sesión de revisión por dirección

1 Reflexión más profunda respecto a nuestro liderazgo como organización colegial y dónde enfocar futuras estrategias colegiales

2 Mayor conocimiento de las necesidades y expectativas de nuestros grupos de interés. Hemos identificado 12 grupos y para cada uno de ellos se han identificado posibles riesgos y oportunidades y establecido las acciones oportunas

3 Aplicar la gestión de riesgo en los 10 procesos certificados, hemos analizado 63 posibles errores e identificado las barreras para su prevención. Se detectaron 5 nuevas acciones que teníamos que implementar

4 Implementación de 11 objetivos en dos años, procedentes del análisis de contexto, las necesidades de los grupos de interés y del análisis de riesgo en los procesos

Conclusiones:

Mayor compromiso explícito de nuestra organización

Mayor visualización de los riesgos inherentes en nuestros procesos y aplicación de acciones preventivas

AUTORES: PEREZ GARCIA, M^a ANGELS; ROURA MARTÍ, P; JOVER MALLOL, M; BARDALET VIÑALS, S; REY MIQUEL, A; FRANCH FERRER, M.

CENTRO DE TRABAJO: COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERS/ERES DE GIRONA.



ID: 334

TÍTULO: VALORACION DE UN AÑO DE APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE AISLAMIENTO PREVENTIVO A UNA UCI POLIVALENTE

RESUMEN:

En las unidades de cuidados intensivos(UCI) existe un alto riesgo de transmisión cruzada de bacterias multiresistentes (BMR). El aislamiento preventivo consiste en la aplicación de medidas de aislamiento de contacto en pacientes con alta sospecha de estar colonizados por BMR. Evaluar el impacto de un la implantación de un protocolo consensuado de aislamiento preventivo al ingreso en UCI.

Estudio observacional y prospectivo. En una UCI polivalente con elevada complejidad. Se incluyen 121 pacientes ingresados consecutivamente entre enero/2016 a diciembre/2016. Se recogieron variables epidemiológicas y microbiológicas. Se realizó el seguimiento hasta la obtención del resultado de la muestra para BMR.

Los criterios a seguir fueron: paciente procedente de unidad de hospitalización ingresado durante cinco o más días y todos los pacientes institucionalizados. En el momento del ingreso se aplicó el aislamiento de contacto y se obtuvieron muestras de exudado faríngeo y rectal. En caso de resultado positivo se continuó con el aislamiento. Para la explotación de los resultados se utiliza la proporción de cumplimiento (%) y la desviación estándar. El nivel de significación aceptado es p inferior o igual a 0,05.

De los pacientes ingresados en UCI se indicó el aislamiento preventivo en 121 de los que en 11 (9%) se identificaron más de una BMR. La media de edad fue de 63,09±4,76 años, siendo un 81.8% hombres. Un 81.8% procedía de planta, un 9,1% de otro centro y un 9,1% eran institucionalizados. La media de días para la obtención de resultados fue 2,36±1,36, estos resultaron positivos con un 54.5% para *Staphylococcus aureus*, 18,2% gripe A, 9,1% *Pseudomonas aeruginosa*, 9,1% *Pseudomonas MR* y un 9,1% *Klebsiella pneumoniae carbapenemasa*. Un 45,5% fueron pacientes quirúrgicos, un 27,3% respiratorios, un 18,2% neurocríticos, y un 9,1% médicos.

Existe un porcentaje significativo de pacientes aislados de forma preventiva que presentan colonización en el momento del ingreso.

La implementación de un protocolo de aislamiento preventivo al ingreso es eficaz para evitar la transmisión cruzada e identificar el paciente colonizado.

AUTORES: COLOMA- GÓMEZ, BARBARA; MOLES MARTORELL, V; BORDONADO PEREZ, L; CLARAMUNT DOMÈNECH, L; BENACH SAS, G; OLONA CABASSES, O.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL JOAN XXIII DE TARRAGONA.



ID: 335

TÍTULO: IMPACTO DEL MANEJO DEL DELIRIUM EN LA FRACTURA DE CADERA

RESUMEN:

La fractura de cadera es una entidad muy prevalente en la población anciana con importantes repercusiones. El proyecto asistencial para la mejora de la seguridad del paciente mayor de 65 años con fractura de cadera fue implantado en nuestro Hospital en el año 2015 y modificado en Enero de 2016 con la participación multidisciplinar de los servicios de Traumatología, Geriátrica y Hematología. Al protocolo preexistente se añadieron cuatro aspectos innovadores para su optimización: intervención nutricional, administración perioperatoria de hierro intravenoso, manejo del delirium y tratamiento de la osteoporosis.

El delirium o síndrome confusional agudo aparece hasta en el 60% de pacientes con fractura de cadera con fatales consecuencias: incremento de complicaciones y mortalidad, institucionalización, mayor estancia media y más reingresos, lo que conlleva un elevado gasto. Por ello su identificación, prevención y tratamiento suponen una intervención altamente coste-efectiva.

Demostrar que con esta intervención se pueden reducir las complicaciones relacionadas con la fractura de cadera, mejorar la seguridad y optimizar los recursos.

Valoración por parte de la unidad de OrtoGeriatría de los pacientes mayores de 65 años ingresados por fractura de cadera en nuestro Hospital desde Junio de 2015 a Diciembre de 2016. Aplicación de la herramienta de screening de Delirium más implementada: la CAM (Confusion Assessment Method), un cuestionario simple de 4 ítems de rápida ejecución, con sensibilidad 94-100% y especificidad 90-95%. Registro en una base de datos de todos los casos de delirium recogiendo variables sociodemográficas, clínicas y evolutivas durante el ingreso y al alta para comparar el impacto de nuestra intervención (pre y post-implantación del protocolo de abordaje del delirium).

Del análisis se han obtenido:

- Similares condiciones sociodemográficas en ambos grupos con una edad media de 85 años en 2015 y 81 en 2016 (a destacar únicamente mayor porcentaje de nonagenarios en 2015 frente a 2016) y un predominio global de mujeres, procediendo entorno a 1/3 de pacientes en ambos grupos de medio residencial.
- Similar situación funcional y cognitiva previa y al alta (Barthel medio al ingreso 66-67/100 y al alta 40-32/100 respectivamente con GDS al ingreso y al alta de 2-3/7 en ambos grupos).
- Índice de comorbilidad ASA promedio de 2, tanto en 2015 como en 2016.
- Mayoría de fracturas pertrocantéreas, intervenidas con anestesia raquídea.

Sin embargo, desde la implantación de la nueva medida se objetivan los siguientes datos relevantes:

- Estancia media sin diferencias significativas entre 2015 y 2016, pero:
- Más pacientes fueron intervenidos en las primeras 24h (56% en 2015 frente a 62% en 2016).
- Menor incidencia de delirium (30% en 2015 frente a 25,9% en 2016).
- Descenso de la mortalidad (4% en 2015 y 2.8% en 2016).

AUTORES: MARTÍN DE FRANCISCO MURGA, ELISA; HERRERA ABIAN, M; FRANCES BORREGO, A; MARQUEZ AMBITE, JC; VADILLO CARDONA, P; JIMENEZ RODRIGUEZ, A.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL INFANTA ELENA VALDEMORO.



ID: 336

TÍTULO: APRENDEMOS DE NUESTROS ERRORES, ¿ QUÉ HACEMOS CON LOS ERRORES QUE DETECTAMOS?

RESUMEN:

Des de la implantación del sistema de notificación Tpsc_cloud y el check list online de la cadena del frío , 2015, hemos detectado diferentes accidentes en la gestión de vacunas y en la cadena del frío. Una vez registrados estos incidentes y según el círculo de mejora de Demin, nos planteamos evaluar lo que se estaba haciendo en nuestro centro, lo que no aportaba valor y lo que era susceptible de mejora, ya que se habían hecho acciones con resultados parciales, por lo que se decidió empezar de cero.

Como herramientas de ayuda en esta evaluación teníamos los procedimientos territoriales que se están elaborando desde de 2011 para disminuir la variabilidad de los profesionales.

1 Mejorar recepción, registro, almacenamiento de vacunas y fármacos termolábiles.

2 Mejorar administración y registro de vacunas en el sistema.

3 Mantener la cadena del frío en todo momento.

Se creó un equipo de mejora, en junio de 2016, para evaluar los incidentes de enero a junio de 2016 y valorar como se aplicaban los procedimientos territoriales en nuestro centro. Se realizó un Ishikawa para valorar las diferentes causas que podrían ocasionar los incidentes.

Al realizar el análisis vimos que había opciones de mejora en la recepción, registro, y almacenamiento de las vacunas por lo que se creó un procedimiento interno de nuestro centro.

Se elaboró una hoja para recepción de vacunas, donde se registra quien ha recepcionado las vacunas y quien las almacena provisionalmente en la nevera correspondiente, hasta que el responsable de vacunas las registra como recibidas y las distribuye.

Se presentó este procedimiento al equipo y se repasaron los procedimientos territoriales en sesión clínica.

También se hizo un taller para recordar el correcto registro y administración de vacunas y el correcto registro de las temperaturas en el check list online.

Realizamos dos evaluaciones en noviembre 2016 y en marzo 2017.

En el primero encontramos alguna incidencia en la recepción, con un 86.36% de cumplimentación de la hoja diseñada para la recepción de vacunas y 97.78 % registro de check list de la cadena de frío para el control de las temperaturas.

En el segundo llegamos al 100% en recepción, registro y almacenamiento de vacunas después de la implementación del procedimiento interno de nuestro centro y 100 % registro de temperaturas para la cadena del frío.

Por lo que hace referencia al control del stock de vacunas no hubo diferencias entre el de recuento manual y el del aplicativo online.

Como opción de mejora para final de año nos planteamos elaborar un procedimiento para la campaña de gripe.

AUTORES: CAULES TICOULAT, YOLANDA; SALAS MENDEL, O; HOSPITAL GUARDIOLA, I; LOPEZ BAREA, A; COBLER MARTINEZ, S; PALAU CAIXAL, R.

CENTRO DE TRABAJO: CAP SARRO ROSET.



ID: 338

TÍTULO: METODOLOGIA PARA IMPLEMENTAR UN PROGRAMA PROA EN CIRUGÍA. EFECTO DE LA CREACIÓN DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR.

RESUMEN:

Las opciones disponibles para tratar infecciones se encuentran limitadas por lo que resulta preciso optimizar el empleo de antimicrobianos. La resistencia a los antibióticos (AB) constituye una amenaza para la salud pues no existen tratamientos útiles frente a algunas infecciones bacterianas. Se ha demostrado que la implementación de programas de optimización de antibióticos (PROA) es una de las posibles soluciones a esta situación.

Crear una metodología que permita implementar un programa PROA en un Servicio de Cirugía General (SCG).

Implicar al máximo nº de profesionales en el mismo.

Comunicar las consecuencias de la implementación dicho programa.

Estudio prospectivo de intervención en un SCG de un H. de 3er Nivel.

Desarrollo de unas etapas con una serie de actividades secuenciales para lograr los objetivos descritos.

Periodo: enero de 2017 - actualidad.

Etapas:

- 1) Constitución de equipo multidisciplinar PROA Cirugía (E. PROA-Q): Cirugía General, Farmacia, M.Intensiva e Infecciosas
- 2) Implementación de la prescripción electrónica en el SCG
- 3) Evaluación de la percepción de los problemas derivados del empleo de AB: análisis de los resultados de un cuestionario distribuido a todos los médicos del SCG
- 4) Comunicación en sesión con el equipo PROA
- 5) Planificación de actividades a desarrollar en función de los problemas detectados
- 6) Desarrollo de las actividades diseñadas
- 7) Evaluación del impacto de la intervención

Se han implicado 12 profesionales en el equipo. Se ha celebrado una reunión mensual.

Intervenciones: E. PROA-Q evalúa la adecuación de la antibioterapia administrada (corte transversal) en pacientes ingresados en el SCG (selección aleatoria).

Miembros del E. PROA-Q imparten mensualmente sesiones formativas de 15 minutos en SCG: duración, ajuste y adecuación de antibioterapia, terapia secuencial, monitorización de los tratamientos antimicrobianos etc

El S de Farmacia realiza un asesoramiento antimicrobiano mediante un sistema de alertas implementado (duración, terapia secuencial). Emite recomendaciones de ajuste posológico en situaciones de insuficiencia renal y otras poblaciones.

La monitorización del consumo de AB del SCG se evalúa con indicador DDD/100 estancias.

El SCG ha incrementado su formación en enfermedades infecciosas.

Se han desarrollado herramientas y programas de monitorización del empleo de AB, y un análisis crítico de los resultados obtenidos por los integrantes del E. PROA-Q

La optimización del uso de AB con recomendaciones personalizadas no impositivas, junto con el empleo de tecnologías de información aplicadas a este entorno, ha hecho que la cultura de uso adecuado de los AB se haya extendido entre los cirujanos.

Todo ello posibilita el control del gasto farmacéutico, con lo que los recursos se pueden destinar a otros fármacos o prestaciones.

Debido al apoyo institucional, y a los resultados que se están obteniendo, ha propiciado la creación de grupos de trabajo PROA multidisciplinarios en otros servicios del hospital.

AUTORES: BONAGA SERRANO, BEATRIZ; OBON AZUARA, B; LUQUE GÓMEZ, P; ALLENDE BANDRES, MA; PAÑO PARDO, JR; GONZALO RODRIGUEZ, A.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA.



ID: 339

TÍTULO: PROYECTO DE MEJORA DE LA PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE LOS RR.HH. DE LA UNIDAD DE CELADORES

RESUMEN:

Durante el periodo 2011-2015 las limitaciones presupuestarias, los cambios socio-políticos y la situación general de la sociedad, produjeron un deterioro del clima laboral, carencia de RR.HH. para dar apoyo a los procesos asistenciales, falta de integración del celador en los equipos de trabajo asistencial y desmotivación de los profesionales, por lo que se abordó un cambio significativo en el Sistema de Planificación y Gestión de los RR.HH. de la Unidad de Celadores

Definir el "Catálogo de Puestos de Trabajo" y asegurar su cobertura

Definir e implantar un cuadro de mandos que permitiese la toma de decisiones basadas en datos

Reducir el número de accidentes laborales

Reducir el número de celadores con tareas adaptadas por motivos de salud

Mejorar la integración de los celadores en los equipos asistenciales

Mejorar el clima laboral del colectivo y de su relación con el resto de colectivos

Mejorar la valoración de los celadores por el resto de los colectivos

Modificar estructura de mandos-Asegurar la gobernanza-Sep‐15 a feb‐17

-1ª fase cuadro de mando-Traslados de pacientes, cobertura de puestos, tiempos de respuesta-sept. a oct‐15

-2 celadores para traslados en cama-Reducir accidentes laborales-oct‐15

-Incremento de recursos-Afrontar medida anterior-oct‐15

-Elaboración catálogo de puestos, eliminación de circuitos, eliminación de retenes. asignación de celadores a las unidades-Integrar a los celadores en los equipos de trabajo-oct a nov‐15

-Proceso de sistemas de libranza-Disponer de más efectivos los días laborables-oct a dic‐15

-2ª fase cuadro de mando-Ayudas a la movilización, absentismo no previsto, reclamaciones y agradecimientos, comunicaciones int. ext.-ene-16

-Revisión del SGC y A-Documentar, mejora, etc.-ene a jun‐16

-Formación presencial y online-mejorar cualificación-may-16 actualidad

Los resultados más significativos obtenidos en 2016 respecto a 2015 son:

Cobertura diaria y disponibilidad de plantilla:

Con un incremento de plantilla del 7% a pesar de un incremento del 4% de absentismo no previsto y de un 9 % de días libres se han incrementado un 15 % los puestos de trabajo y se ha pasado de un 83% de cobertura a un 99,7 %

Los accidentes laborales se han reducido un 15,2 %

El número de celadores con tareas adaptadas ha pasado de 96 a 84 y las bajas por I.T. de 53 a 41 de promedio

Número de reclamaciones: 2015 - 45, 2016 - 33

Número de agradecimientos: 2015 – 30. 2016 - 48

La totalidad de las medidas implantadas, incluyendo el concurso de movilidad interna, los cambios en la sistemática de funcionamiento y el incremento de puestos de trabajo, han posibilitado la integración de los celadores en los equipos asistenciales, obteniendo una mejora significativa de la valoración del celador

AUTORES: SALTO GOMEZ, RICARDO JOSE; SERRANO SERRANO, A; YELA FUNCIA, A; RODRIGUEZ SANCHEZ, MC; SILVAN SOTILLO, MA; IZQUIERDO DOYAGUEZ, PL.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS.



ID: 340

TÍTULO: CALIDAD Y SEGURIDAD: FICHAS QUIRÚRGICAS ESTANDARIZADAS

RESUMEN:

Para el despliegue de la atención quirúrgica es condición indispensable la cultura de seguridad del paciente. En un entorno de trabajo muy tecnificado como puede ser el área quirúrgica, los equipos asistenciales deben tener objetivos comunes y coordinar sus esfuerzos para lograr resultados excelentes en calidad y seguridad. En 2003, nuestro hospital, apostó por el modelo europeo de excelencia EFQM siendo actualmente una organización con el máximo reconocimiento de este modelo, el sello de oro o 500+.

En este contexto y en la línea de la mejora continua se consideró necesario definir e implementar unos registros quirúrgicos estandarizados y aprobados por un equipo multidisciplinar que asegurasen la información necesaria para la preparación adecuada del quirófano.

- Aumentar la seguridad del paciente en un entorno quirúrgico asegurando la calidad asistencial promoviendo la participación de los profesionales implicados en el ámbito quirúrgico.

- Asegurar un documento estandarizado, actualizado y consensado de i

Se realizó un estudio observacional descriptivo del catálogo de intervenciones del centro.

En un primer tiempo se realizaron las fichas de las intervenciones por especialidades quirúrgicas. Se definió un modelo de ficha por la Dirección de Enfermería que debía contener: título, definición, anatomía, indicación quirúrgica, anestesia, posición quirúrgica, mobiliario quirúrgico especial, campo operatorio, distribución quirófano, cobertura quirúrgica, instrumental, suturas, material, pasos del proceso quirúrgico, informes a cumplimentar, bibliografía y anexos.

Se unificó en un único fichero estandarizado para su visualización.

Una vez realizadas fueron validadas por un equipo multidisciplinar y expuestas en la intranet del centro para su uso y reevaluadas anualmente para su actualización.

A partir de la puesta en marcha de esta metodología de trabajo los resultados han mejorado en el entorno quirúrgico en términos de eficiencia y seguridad ya que proporcionan calidad asistencial e implican a todos los profesionales.

La definición de este documento como herramienta de trabajo es útil para asegurar la formación de nuevos profesionales asegurando la continuidad asistencial en los diferentes turnos y logrando minimizar tiempos quirúrgicos y riesgos asociados.

En las siguientes fases del estudio se valorará la efectividad mediante indicadores cuantitativos y cualitativos.

AUTORES: MARTÍNEZ FERNÁNDEZ, DAVINIA; SÁNCHEZ GONZÁLEZ, O; GALLARDO GONZÁLEZ, G; ESTELLÉS BARROT, M; FERNÁNDEZ FERRERO, JA; ALARCÓN DE LA IGLESIA, L.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL PLATÓ.



ID: 341

TÍTULO: SEGUIMIENTO POSTALTA EN COLECISTECTOMÍA:COMPARATIVA DE LA INCIDENCIA DE INFECCIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA

RESUMEN:

Aproximadamente el 10-15% de la población adulta padecerá coledlitiasis o cálculos biliares a lo largo de su vida, siendo la colecistectomía el tratamiento de elección en la mayor parte de casos y la infección del sitio quirúrgico (ISQ) la complicación más frecuente en pacientes sometidos a dicha intervención. La tasa de ILQ en colecistectomía oscila entre el 0,5-5%, dependiendo del tipo de hospital, el servicio quirúrgico evaluado y el sistema de vigilancia de infección empleado.

Estimar la incidencia de ISQ en colecistectomía en nuestro centro y evaluar su seguimiento tras la cirugía y alta hospitalaria, comparando la relación entre los cuidados de la herida quirúrgica y la infección de la misma en Atención Primaria y Hospitalaria.

Estudio de cohortes prospectivo. Se incluyeron todos los pacientes sometidos a cirugía de vesícula biliar diagnosticados durante un año en nuestro centro de trabajo. Los pacientes se siguieron desde el inicio agudo de la clínica hasta 30 días después de la intervención quirúrgica, periodo de incubación máximo de infección quirúrgica en cirugía sin implante. Se realizó un muestreo por inclusión consecutiva. Se estimó el tamaño muestral teniendo en cuenta un riesgo en expuestos del 10% y en no expuestos del 2%, con un nivel de confianza del 80%, una potencia del 80% y pérdidas del 1%. Así se estimó necesaria una muestra de 160 pacientes. Se estudió la incidencia de ISQ y el Riesgo Relativo de infección, entre recibir las curas postquirúrgicas en el hospital o el centro de salud.

Se estudiaron 161 pacientes; 86 mujeres (53,4%) y 75 hombres (46,6%). La edad media fue de 58,7 años (DE=16,7). Tras el alta, a 144 pacientes (89,4%) les fueron retiradas las suturas en atención primaria y a 15 pacientes (9,3%) en el hospital. La incidencia global de infección del sitio quirúrgico fue del 1,26% (los dos pacientes infectados fueron atendidos en el hospital), encontrándose relación entre el nivel de realización de la cura y la aparición de infección (RR=0,08; IC 95%=0,05-0,14). Conclusiones: en cuanto a sexos, hubo una mayor incidencia de colecistectomía en mujeres. A la mayoría de pacientes se les retiraron las suturas en el centro de salud. Se encontró relación entre la realización de las curas tras la cirugía en el hospital o atención primaria y la incidencia de infección.

AUTORES: VILLAR DEL CAMPO, MARÍA CONCEPCIÓN¹; DEL MORAL LUQUE, JA²; GIL YONTE, P³; ALONSO GARCÍA, M⁴; COLÁS RUIZ, E⁵; RODRÍGUEZ CARAVACA, G⁶.

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD LOS CÁRMENES¹; HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN²; HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN³; HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN⁴; HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN⁵; HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN⁶.



ID: 342

TÍTULO: LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS: ASUNCIÓN DE NUEVOS ROLES Y COMPETENCIAS.

RESUMEN:

Con la aparición de nuevos roles y reivindicación de nuevas competencias en Enfermería surge la figura de la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) en Estados Unidos en 1940, llegando a Europa donde cada país ha adaptado y modificado la función de esta enfermera según las características de su sistema sanitario.

El Consejo Internacional de Enfermería describe a la EPA como: «Una enfermera titulada que ha adquirido la base de conocimientos de experto, habilidades para la adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para desarrollar un ejercicio profesional ampliado cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer.

Para autores como San Martín (2016), no queda claro a nivel internacional si la enfermera gestora de casos en España es una enfermera especialista o una enfermera avanzada. Algunos autores la incorporan dentro de su definición de EPA, aunque a día de hoy, únicamente EE.UU la considera enfermera de práctica avanzada.

Identificar dónde y por qué surge el germen de la figura de la enfermera gestora de casos, y definir qué ventajas aporta su labor al sistema sanitario.

Se ha realizado una revisión de la bibliografía existente en bases de datos como CUIDEN, CINAHL y LILACS, utilizando como descriptores en español: “Enfermera de Práctica avanzada”; “Rol de Enfermería”; “Gestión de casos” y “Enfermera de enlace” en los últimos diez años.

La búsqueda ha ofrecido 15 artículos que cumplieron los objetivos planteados. Para diversos autores, como Sánchez-Martín (2014), la enfermera gestora de casos es una figura común para la mayoría de las comunidades autónomas de nuestro país, siendo su intervención la que más se ha instaurado para hacer frente a la demanda de atención de la población crónica compleja. Otros trabajos indican que este perfil de práctica avanzada podría asumir perfectamente el liderazgo clínico, considerado uno de los elementos determinantes para el éxito de la gestión, no solo por su capacidad para la toma de decisiones clínicas complejas, sino también, por su formación en colaboración interdisciplinar, trabajo en equipo y su competencia para basar la práctica clínica en la evidencia, uno de los pilares fundamentales de la gestión clínica.

En los últimos años ha existido una gran proliferación de trabajos científicos en los que se demuestra que las Enfermeras de Práctica Avanzada facilitan la efectividad y la sostenibilidad de los servicios sanitarios públicos, además de mejorar la satisfacción percibida por pacientes y cuidadores.

AUTORES: LOPEZ LIRIA, REMEDIOS¹; GALDEANO BIAGETTI, G²; GARCÍA SANCHEZ, M³; IBAÑEZ GIL, E⁴; VEGA RAMIREZ, FR⁵; RUIZ FERNÁNDEZ, MD⁶.

CENTRO DE TRABAJO: UNIVERSIDAD DE ALMERÍA¹; FISIOTERAPEUTA. UNIVERSIDAD DE ALMERÍA²; UNIVERSIDAD DE ALMERÍA³; COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECARDENAS⁴; C.H. TORRECÁRDENAS⁵; DISTRITO SANITARIO ALMERÍA⁶.



ID: 343

TÍTULO: MIDIENDO RESULTADOS EN LA ATENCIÓN URGENTE A PACIENTES DE CUIDADOS PALIATIVOS

RESUMEN:

La evaluación de un protocolo es una medida imprescindible para conocer el grado de implantación entre los profesionales, así como la efectividad de las medidas propuestas.

En el año 2014 se implantó un protocolo en el Servicio de Urgencias de un Hospital Universitario para mejorar la atención a enfermos de cuidados paliativos, y desde finales de 2016 se comienza a monitorizar los resultados a partir de una serie de indicadores de calidad recogidos en la guía de la SECPAL

Evaluar la efectividad del protocolo de atención a pacientes de cuidados paliativos existente en nuestro servicio, utilizando indicadores de calidad definidos por la SECPAL.

Encontrar áreas de mejora en la implantación del mismo.

Estudio descriptivo retrospectivo, revisión de historias clínicas informatizadas de pacientes que ingresan en UCP desde Urgencias, en las que se han revisado indicadores y estándares de calidad en cuidados paliativos según la guía SECPAL (de estructura, de proceso y resultado) aplicables a nuestro entorno, y que pertenece a las diferentes áreas relevantes:

- La Atención de pacientes y familia, centrándonos en “Objetivos terapéuticos” y “Atención integrada”.
- La Evaluación y mejora. Aquí escogimos el área de “Mejora de la Calidad”.
- La Estructura y Organización. El área relevante de la “Organización y entorno de la asistencia”.
- El trabajo en equipo, donde nos fijamos en “Sistemas de trabajo en equipo” y “Formación continuada e investigación”.

Se han revisado 182 Historias clínicas, como resultados más relevantes y puntos fuertes: Se han obtenido que El 42% estuvieron acompañados de forma ininterrumpida. El desarrollo de un conjunto de protocolos mínimos que incluyen aquellas técnicas y cuidados que mejoran el control de síntomas. Se ha creado un plan de formación en el que se han impartido sesiones clínicas por donde ha pasado el xxx% del personal de enfermería y el xx% del personal facultativo.

Como puntos débiles: En un 0% de las historias está reflejado el cuidador principal, en la valoración del dolor no se ha utilizado la escala analógica.

En el de resultado, el 70% de los pacientes en agonía ha estado ubicado en la cama adecuada y acompañado por sus familias, pero la sensación de intimidad la valoramos a través de la encuesta de calidad percibida. Hemos desarrollado una encuesta de calidad percibida y hemos revisado las normas de nuestra unidad.

CONCLUSIÓN

Surge la necesidad de evaluar la efectividad en la implantación del Protocolo de Cuidados Paliativos de nuestro servicio porque entendemos esta evaluación como un proceso continuo y obligado para buscar áreas susceptibles de mejora.

Con los resultados obtenidos objetivamos que, aunque se han encontrado carencias en algunas áreas, también hemos conseguido resultados alentadores que nos muestran que estamos en la línea adecuada para conseguir un cuidado de calidad y humanizado en la atención del paciente/familia terminal o en situación de agonía, es decir, la excelencia en el cuidado.

AUTORES: GIL LÓPEZ, JOSEFA; VALENZUELA ANGUITA, M; HERNÁNDEZ PÉREZ, E; IBARRA CUENCA, J; MORENO REINA, S; CÁNOVAS SÁNCHEZ, J.

CENTRO DE TRABAJO: HOSP. UNIVERSITARIO J.M. MORALES MESEGUER.



ID: 344

TÍTULO: RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE CLIMA LABORAL EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA RURAL

RESUMEN:

La Encuesta de clima laboral es un cuestionario estructurado en tres apartados:

Compromiso con 19 preguntas, liderazgo con 29 preguntas y gestión del talento con 11 preguntas. En cada apartado se valoran distintas dimensiones, un total de de 59 preguntas.

Comparar los resultados de nuestro equipo con los del institut Català de la Salut (ICS), con los servicios de atención primaria (SAP) de la la Dirección (DAP) a la que pertenecemos y compararnos con otros equipos del territorio.

Evaluar los resultados de participación, compromiso, liderazgo y gestión del talento.

Definir acciones de mejora para los ítems peor puntuados.

Comparar las preguntas mejor valoradas con las mejor valoradas de la DAP.

Resultados de la encuesta "Participa" que se mandó por correo electrónico a todos los profesionales de atención primaria en junio de 2016, obtuvimos la explotación de los resultados a finales del mismo año, des de la dirección analizamos los resultados y elaboramos un informe.

La participación del equipo se sitúa por encima de la de los equipos del ICS i ligeramente por debajo de la de nuestro SAP.

Obtuvimos la misma puntuación en la dimensión de compromiso que el ICS pero en las otras dos dimensiones fue inferior.

Si comparamos los resultados con la DAP, excepto en compromiso que obtuvimos mejor puntuación, en las otras fue inferior.

Si nos comparamos con nuestra SAP los resultados de las tres dimensiones son inferiores en nuestro equipo, analizamos en detalle las cuestiones peor valoradas y definimos acciones de mejora.

Algunos profesionales creen que la empresa no tiene perspectivas de crecimiento en un futuro, se trata de un equipo con una plantilla con edad media elevada, que proyecta el propio futuro hacia la jubilación, la actual de profesionales sanitarios, hace que el resultado sea el obtenido.

Percepción por parte de los profesionales que hay que mejorar la comunicación de la institución y la del equipo, se trata de un equipo rural y muy disperso.

Acción de mejora: utilización del gestor documental, 'sharepoint' y creación de grupos de whatsapp.

Percepción de falta de reconocimiento del trabajo individual de los profesionales por parte de la dirección.

Acción de mejora: Evaluación con entrevista estructurada de todos los profesionales del equipo, recogiendo motivaciones y preocupaciones. Buzón de sugerencias anónimas en las sesiones organizativas. Empoderamiento de los profesionales y compromiso de reconocimiento del trabajo delegado des de dirección.

Las preguntas mejor valoradas coinciden con las mejor valoradas a nivel de DAP, como pueden ser: "ofrecer un servicio público me hace sentir que mi trabajo es importante", "me considero correctamente formado para la realización de las actividades de mi lugar de trabajo", " mi responsable confía en mi y en la capacidad de realizar bien mi trabajo", " si tuviera que decidir, volvería a escoger trabajar en esta organización"

AUTORES: FREIXEDAS BERGÉS, SARA; ORELLANA MONTENEGRO, P; CRUSAT SABATÉ, D; SERRA ABELLA, A; RAMÍREZ TARRUELLA, D; CASADO MARTÍNEZ, A.

CENTRO DE TRABAJO: EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA PENEDÈS RURAL.



ID: 345

TÍTULO: PROGRAMA DE FORMACIÓN EN CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS ESPECIALISTAS INTERNOS RESIDENTES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

RESUMEN:

La calidad es uno de los elementos estratégicos en que se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios modernos. La formación en calidad asistencial de los Especialistas Internos Residentes (EIR) no se contempla de forma específica en el programa de su formación, motivo por el que la Unidad de Calidad y la Unidad de Docencia del hospital decidieron desarrollar un programa específico de formación en Calidad Asistencial para los EIRs.

Los objetivos de este Programa de Formación han sido: 1. La adquisición de competencias relacionadas con la calidad de la actividad asistencial adaptados al año de formación del residente. 2. La actualización de conocimientos a lo largo del periodo formativo. 3. La integración de los conocimientos adquiridos en la práctica asistencial diaria. 4. La implicación del especialista en formación en la asistencia de calidad al paciente.

Durante el mes de Enero y Febrero del 2017, la Unidad de Calidad y la Unidad de Docencia, con el apoyo de la Dirección Asistencial del hospital, han organizado y coordinado las I Jornadas de Calidad Asistencial de los EIRs. Los temas tratados han sido de interés general de los residentes, en el área de calidad, no incluida de forma específica en la formación de los residentes. Se han impartido 9 sesiones de temas relacionados con la calidad asistencial estratificadas por año de formación. Al final de las sesiones se han pasado una encuesta de satisfacción, con unos ítems específicos a valorar, siendo 1 la de menor puntuación y 5 la de mayor puntuación, y un apartado final de texto libre, en el que se les pedía a los EIRs que solicitaran alguna sesión con una temática concreta, si lo creían necesarios.

Cuatrocientos treinta y seis residentes facultativos y de enfermería realizaron estas jornadas. La encuesta de satisfacción fue cumplimentada por el 65% de los EIRs, con resultados muy favorables: en el 19% de los casos puntuaron 5/5; en el 62%, 4/5; y en el 19% 3/5. En el apartado final de texto libre de las encuestas, los EIRs manifestaron las carencias formativas en calidad asistencial que creían necesarias incorporar durante esta etapa, para una mejora continua de la calidad asistencial. Resaltar el cambio de actitud de los EIRs previo al desarrollo de estas Jornadas frente a la manifestada al finalizar las mismas, con un reconocimiento y agradecimiento general por la realización del programa de formación en calidad asistencial, que consideran un pilar fundamental durante su periodo formativo. Tras el desarrollo de estas primeras jornadas, el resultado de la evaluación de las encuestas, y el apoyo institucional, han quedado implantadas las Jornadas de Formación en Calidad Asistencial de los EIRs dentro de su programa formativo. Estas Jornadas de Formación en Calidad Asistencias para los EIRs han cumplido los objetivos preestablecidos, con un elevado nivel de aceptación por los residentes del centro hospitalario

AUTORES: AMAYA VILLAR, ROSARIO; CORDERO MATÍA, E; ROMERO RODRÍGUEZ, N.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO.



ID: 346

TÍTULO: GRUPO DE MEJORA PARA IDENTIFICAR A LOS PACIENTES CON RIESGO DE DISFAGIA Y PREVENIR LA ASPIRACIÓN.

RESUMEN:

La disfagia orofaríngea es uno de los síndromes geriátricos menos conocido, a pesar de su enorme impacto en la capacidad funcional, calidad de vida y salud de los pacientes que la padecen, la prevalencia puede oscilar entre un 30 y un 60%. Los pacientes con enfermedades neurodegenerativas, cerebrovasculares y los ancianos frágiles son los colectivos más vulnerables.

Las complicaciones de la disfagia son la desnutrición y la deshidratación si se produce una alteración de la eficacia de la deglución, y la aspiración si se produce una alteración en la seguridad de la deglución; todas ellas complicaciones graves y con elevada mortalidad.

Mejorar la detección e identificación precoz de los pacientes con disfagia para prevenir la aspiración.

En mayo 2016 se constituye un Grupo de Trabajo (GdT) formado por enfermeras de diferentes ámbitos (atención especializada y socioasistencial), este GdT estaba liderado por una enfermera, miembro de la Comisión de Seguridad de pacientes, los objetivos eran abordar la disfagia y la prevención de la aspiración a través de tres líneas de actuación:

- Detección precoz y cuidados de enfermería.
- Cuidados de la boca e higiene bucodental.
- Asesorar y educar a pacientes y cuidadores.

Durante el primer semestre 2017 se han finalizado los documentos (procedimientos, recomendaciones y trípticos), se encuentran disponibles para todos los profesionales a través de intranet y los coordinadores de unidad los han difundido, implantar y evaluar el cumplimiento.

En el mes de febrero 2017 se implantó la siguiente acción de mejora:

En la plataforma SAP asistencial, en el censo de trabajo de las unidades y en la aplicación de cambio de turno de las enfermeras, se muestra una columna denominada "Risc d'aspiració" con un cuadrado de color verde que identifica a los pacientes de riesgo. Este icono identificativo es automático y se activa cuando la enfermera realiza una valoración del paciente y es considerado de riesgo.

La identificación se activa cuando:

- Se solicita dieta triturada no líquidos
- Se realiza el diagnóstico de enfermería "Riesgo de aspiración" y se planifica la Intervención enfermera, "Precauciones para evitarla aspiración".

Esta acción de mejora ha tenido un impacto positivo ya que se pueden identificar los pacientes de riesgo desde Urgencias y poner en práctica los cuidados de prevención, la identificación es visible durante todo el ingreso y le acompaña durante el proceso asistencial.

Este automatismo ha permitido tener en tiempo real monitorizado el indicador de pacientes identificados de riesgo y de manera indirecta nos ayuda para valorar la implantación del protocolo.

Queda pendiente un segundo taller de disfagia que está previsto realizarlo durante el segundo trimestre del 2017, la formación es fundamental para que las enfermeras, tengan los conocimientos y habilidades necesarias para valorar y detectar de manera segura a los pacientes con disfagia.

AUTORES: PADILLA LLAMAS, CATALINA¹; JORDAN LLANSANA, N²; CABELLO GARCÍA, L³; GRAU SOLA, M⁴; CENTENO MOLINA, D⁵; SAMPER SALDÉS, E⁶.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL SANT JOAN DESPÍ MOISÈS BROGGI. CSI¹; HOSPITAL MOISÈS BROGGI. CONSORCI SANITARI INTEGRAL²; HOSPITAL MOISÈS BROGGI. CONSORCI SANITARI INTEGRAL³; HOSPITAL MOISÈS BROGGI. CONSORCI SANITARI INTEGRAL⁴; HOSPITAL GENERAL DE L'HOSPITALET. CONSORCI SANITARI INTEGRAL⁵; HOSPITAL MOISÈS BROGGI. CONSORCI SANITARI INTEGRAL⁶.



ID: 347

TÍTULO: ELEMENTOS DE CALIDAD EN EL 061. ESTUDIO CUALITATIVO

RESUMEN:

El 061 responde a las necesidades de información sobre un amplio abanico de cuestiones relacionadas con las prestaciones (consulta administrativa) y consulta urgente de la ciudadanía (consulta sanitaria). También moviliza la atención en domicilio o vía pública y traslado a un centro sanitario de uno o varios pacientes en caso de emergencia. Conocer cómo se valoran por los usuarios estos servicios es complejo dada la diversidad de motivos de consulta y perfiles de quienes recurren a este servicio, incluido el alertante que no es destinatario de la atención.

Identificar los canales y método más apropiado para llevar a cabo un análisis de la valoración de usuarios del 061 que permita establecer fortalezas y potenciales áreas de mejora.

Investigación cualitativa basada en 4 Grupos Focales con participación de 29 profesionales (teleoperadores y personal sanitario) y 119 entrevistas semiestructuradas a 63 usuarios del 061. La información obtenida se analizó para definir categorías que denotaran criterios de calidad y las aportaciones se triangularon mediante comparaciones entre e intra grupos de los verbatim para identificar elementos relevantes para cada categoría de análisis

Los criterios de calidad de la consulta administrativa, asistencial y de activación de recursos por una emergencia, aunque reúnen similitudes, requieren evaluaciones diferentes ya que los criterios de calidad para los usuarios difieren sensiblemente. En la consulta administrativa los usuarios verbalizaron valoraciones positivas basadas en la rapidez e inmediatez de una respuesta. Una vez utilizado este el servicio del 061 se tiende a recurrir al mismo más veces (fidelización como indicador indirecto de satisfacción). El tiempo de espera, tener que repetir una y otra vez los datos y motivo de consulta (a mayor número de profesionales que intervienen menor satisfacción), sensación de comprensión del problema y competencia (identificar el problema mediante las preguntas adecuadas) por el profesional y la capacidad de resolución del motivo de consulta son determinantes en la satisfacción con la consulta sanitaria telefónica que proporciona el 061. El control en las horas o días posteriores al contacto telefónico inciden positivamente en la valoración del usuario del 061. En las emergencias resultaron relevantes: el tiempo de llegada del recurso, la capacidad resolutoria, el traslado el hospital de referencia del paciente (salvo casos muy graves), confort y seguridad en el traslado y condiciones de la transferencia. Los profesionales, comparados con usuarios, mostraron un mayor nivel de exigencia para definir una atención como adecuada. Los canales de acceso al servicio distintos al teléfono (mail, chat, app) no son muy conocidos, aunque su empleo está en alza.

AUTORES: MORA VIVES, ANGELS¹; CERDÀ CALAFAT, I²; GUILABERT MORA, M³; PUIG MARÍ, A⁴; GARCÍA ALFRANCA, F⁵; TORRES ESPARZA, N⁶.

CENTRO DE TRABAJO: SISTEMA D'EMERGÈNCIES MÈDIQUES S.A¹; CATSALUT²; UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ³; SISTEMA D'EMERGÈNCIES MÈDIQUES S.A⁴; SISTEMA D'EMERGÈNCIES MÈDIQUES S.A⁵; SISTEMA D'EMERGÈNCIES MÈDIQUES S.A⁶.



ID: 348

TÍTULO: VALORANDO LA ACCESIBILIDAD Y LA PERCEPCIÓN DE NUESTROS PACIENTES RESPECTO AL TRATO RECIBIDO EN UN ÁREA RURAL

RESUMEN:

Debido a la dispersión geográfica que presenta nuestro Equipo de Atención Primaria (EAP), tratándose de un área rural, se quiso comprobar que la atención que recibían nuestros usuarios fuese similar en los 26 consultorios locales de los que disponemos.

Los objetivos a valorar fueron la accesibilidad y la atención que recibían nuestros usuarios por parte de nuestro personal administrativo, de enfermería y médico.

Se analizaron los siguientes aspectos: accesibilidad telefónica, trato personal e información recibida

Tras el análisis de resultados se propondrán Acciones de Mejora (AdM) en áreas deficitarias

Para obtener los resultados nos basamos en la encuesta PLAENSA que se realiza de forma anónima y aleatoria a la población.

Comparamos las respuestas a las mismas preguntas realizadas en el año 2012 y 2015, del mismo modo se compararon los resultados obtenidos en nuestro EAP con los resultados que se obtuvieron en general en Cataluña.

En el apartado de la accesibilidad telefónica, en 2015 puntuamos un 75% frente el 71,1% obtenido en 2012 y frente el 71% del promedio de Cataluña. Con estos resultados podemos concluir que la accesibilidad telefónica de nuestros consultorios locales está por encima de la media de Cataluña y que durante los tres años que separan las encuestas, nuestro EAP ha mejorado por lo que no fue necesaria ninguna AdM.

En el apartado de información al paciente, se hicieron tres preguntas: sobre si el médico daba la información necesaria (91,1% en 2012, 97,4% en 2015 y 93,8% del promedio de Cataluña); sobre si el médico daba información coherente (94,4% en 2012, 97,3% en 2015 y 94,3% del promedio de Cataluña); sobre si el médico tiene información de lo que le han hecho (81% en 2012, 91,9 en 2015 y 90,8% del promedio de Cataluña). Aquí podemos objetivar unos resultados superiores al promedio de Cataluña, con un incremento muy considerable en nuestro equipo durante los tres años que separan las encuestas. Este resultado lo atribuimos a una mejora en el sistema de comunicación informática entre nuestro centro y el hospital de referencia.

En cuanto al trato recibido por parte del médico al paciente (93,8% en 2012, 92,4% en 2015 y 95,4% en el promedio de Cataluña); el trato recibido por enfermería (97,6% en 2012, 96% en 2015 y 95,1% en el promedio de Cataluña) y el trato recibido por parte del personal administrativo (90,7% en 2012, 86,5% en 2015 y 85,2% en el promedio de Cataluña), concluimos que aun estando por encima del resultado obtenido en la media de Cataluña, nuestro EAP ha empeorado considerablemente. Podría ser debido al aumento de población sin apenas aumento de los recursos para su atención. Tras la evaluación de los resultados, la dirección analiza las quejas de los usuarios y ve la necesidad de formar al equipo en habilidades comunicativas. Se solicita un curso para mejorar este punto.

AUTORES: ORELLANA MONTENEGRO, PILAR¹; FREIXEDAS BERGÉS, S²; CRUSAT SABATÉ, D³; SERRA ABELLA, A⁴; RAMIREZ TARRUELLA, D⁵; CASADO MARTINEZ, A⁶.

CENTRO DE TRABAJO: EAP PENEDES RURAL¹; EAP PENEDES RURAL²; SAP ALT PENEDES GARRAF³; EAP PENEDES RURAL⁴; SAP ALT PENEDES GARRAF⁵; EAP PENEDES RURAL⁶.

ID: 349

TÍTULO: ¿SABEMOS QUE PROBLEMAS DE SEGURIDAD TENEMOS EN EL LABORATORIO DE NUESTROS CENTROS DE SALUD?

RESUMEN:

El análisis de los incidentes de seguridad recogidos en el sistema de notificación de incidentes ha permitido identificar el área de laboratorio de los centros de salud como una área crítica en seguridad del paciente. En él intervienen al mismo tiempo varios profesionales de diferentes disciplinas – auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos y enfermeras- se atiende a un gran número de pacientes en muy poco tiempo y se realizan múltiples actividades que necesitan el cumplimiento de diversos procedimientos, favoreciendo la aparición de errores y problemas de seguridad para el paciente

1. Identificar y cuantificar en que fases del proceso del laboratorio se producen mayor número de incidencias .
2. Facilitar al responsable del proceso del laboratorio su seguimiento y evaluación para poder desarrollar e implantar prácticas seguras.

Nuestro territorio cuenta con una aplicación inteligente proactiva en seguridad del paciente "ProSP" que permite realizar Chek-list informatizados de diferentes procedimientos, gestionar las incidencias e incorpora un sistema de evaluación. Decidimos diseñar el procedimiento del laboratorio con las siguientes variables: Fase pre-analítica (existencia del material, profesionales y citaciones correctas). Fase analítica: identificación correcta, preparación correcta, entrega de muestras correcta). Fase Post-analítica (muestras etiquetadas y colocadas correctamente, revisión de muestras en maletines y neveras, re-información correcta). Se realizó la difusión a los responsables del proceso de los 20 centros de salud de nuestro territorio y se planificaron los chek.list para realizarlos al final del proceso del laboratorio . A los tres meses de su implantación se realizó un análisis de los incidentes registrados.

RESULTADOS:(1 marzo a 30 mayo 2017) Chek-list de laboratorio diseñado e implantado en todos los CS del territorio(100%).Se han realizado 1.195 Chek-list de los 1.262 planificados (95%).464 Chek-list se han cerrado con alguna incidencia (66%).Se han registrado 700 incidencias, siendo la más frecuente la entrega de muestras recogidas de manera incorrecta (41%), la citación incorrecta de los pacientes (26%) y la preparación incorrecta para la prueba (13%).

CONCLUSIONES:excelente implantación del Chek-list del laboratorio en todo el territorio .El alto número de incidencias registradas confirma que el laboratorio es una área de alto riesgo para la seguridad del paciente. El mayor número de incidencias se producen durante la fase analítica y están relacionadas con la gestión del propio paciente . En la fase pre-analítica se detectan incidencias relacionadas con nuestra gestión administrativa (citación/programación). En la fase post-analítica se detectan muy pocas incidencias.Cada centro de salud dispone de sus resultados, lo que permite al responsable del proceso identificar sus áreas de mejora y establecer estrategias orientadas hacia una atención más segura.

AUTORES: HERNANDEZ VIDAL, NURIA¹; GENS BARBERA, M²; MENGIBAR GARCIA, Y³; DALMAU VIDAL, S⁴; ANGLES SEGURA, T⁵; AYALA VILLUENDAS, D⁶.

CENTRO DE TRABAJO: UNIDAD DE CALIDAD TERRITORIAL DAP CAMP DE TARRAGONA¹; UNIDAD DE CALIDAD TERRITORIAL DAP CT²; UNIDAD DE CALIDAD TERRITORIAL DAP CT³; CAP SANT PERE REUS⁴; CAR SALOU⁵; SERVEI INFORMATICA DAP CT⁶.

ID: 350

TÍTULO: IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LA MONITORIZACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD PARA LA MEJORA DE RESULTADOS

RESUMEN:

La institución efectúa un cambio de modelo con visión global de gestión de la calidad, reflejado en la política de calidad institucional, que recoge entre sus principios la evaluación periódica y sistemática de los procesos para identificar puntos críticos y acciones de mejora, incentivando la cultura de toma de decisiones basada en resultados y el trabajo por objetivos

Identificar indicadores para evaluar comparativamente procesos y resultados. Crear un canal de comunicación bidireccional con los profesionales implicados en la asistencia, para identificar puntos críticos y trasladar las acciones de mejora. Instaurar una cultura de trabajo en base al ciclo de mejora continua

Material:Política calidad, indicadores corporativos calidad y seguridad pacientes, catálogo indicadores corporativos e informes mensuales Comité de seguimiento de indicadores

Método:Se consensan indicadores relacionados con procesos clave, resultados y accesibilidad a la institución (unos específicos de un centro oncológico, como el tratamiento de quimioterapia (QT), radioterapia (RT), o control de síntomas por el servicio de cuidados paliativos y otros genéricos de áreas de hospitalización o consulta externa - CCEE) y se elaboran informes con vistas comparativas que permitan realizar benchmarking entre los diferentes centros. Periódicamente, el Comité de Seguimiento de Indicadores revisa y analiza los resultados, identificando áreas de mejora y acciones correctivas. Se constituyen otros grupos de trabajo específicos para el análisis pormenorizado de algunos indicadores concretos:el Subcomité de Mortalidad donde se analizan las defunciones con quimioterapia en curso en los 30días previos a la defunción, o el Comité de Atención al Ciudadano donde se analizan las reclamaciones y se definen acciones para mejorar la percepción. Estos comités proponen acciones correctivas que junto con los resultados, se trasladan periódicamente a los órganos directivos y a los comités asistenciales de los centros, y por parte de los miembros de los grupos a los profesionales de sus servicios, para la toma de decisiones y despliegue de las acciones a realizar

Por otro lado, se parametriza un catálogo de indicadores donde se incorporan las fichas con los criterios de cálculo, para facilitar la comprensión de los resultados, la reducción de puntos de discrepancia y el traslado de indicadores a los diferentes foros

Tiempo espera 1ªvisita CCEE 14,6días (objetivo≤15); Tiempo espera inicio tratamiento RT y QT 22 y 3,2días respectivamente (objetivo≤30); %pacientes con tratamiento 30 días previos a defunción con tendencia decreciente desde 2013; Intervención servicio de control de síntomas con tendencia creciente (2016 >75%, 2017 >80%); estancia media y % reingresos< 48 horas con tendencia decreciente desde 2014

El análisis de estos indicadores por los profesionales y el establecimiento de la nueva estructura de difusión, revisión y participación ha demostrado ser un buen sistema para la mejora de resultados

AUTORES: ASENSIO BLASCO, ESTHER; CARPENA HERNÁNDEZ, A; VIDAL MILLA, A; MIEMBROS DEL COMITÉ DE SEGUIMIENTO DE INDICADORES DE CALIDAD, I; MIEMBROS DEL SUBCOMITÉ DE MORTALIDAD ICO, M; MIEMBROS DEL COMITÉ DE SEGUIMIENTO DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN AL USUARIO, C.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUTO CATALÁN DE ONCOLOGÍA.



ID: 351

TÍTULO: IDENTIFICACIÓN PROACTIVA DE RIESGOS SANITARIOS: LA IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES

RESUMEN:

La gestión de riesgos sanitarios es la base de una buena atención sanitaria. Dicha gestión tiene dos vertientes: reactiva, que consiste en el manejo del riesgo una vez se ha producido el incidente de seguridad; y proactiva, que pretende implementar barreras para disminuir el riesgo al que están sometidos los pacientes durante la atención sanitaria.

El objetivo principal es cuantificar el grado de participación de los profesionales en la gestión proactiva de riesgos sanitarios. Los objetivos secundarios son actualizar el mapa de riesgos sanitarios (MRS) del Hospital, evaluar la utilidad de su participación y su influencia en los resultados.

En el mes de enero de 2017 se realizaron 8 reuniones de 20 minutos de duración en cada una de las Unidades del Hospital, con la participación voluntaria de los profesionales de cualquier estamento profesional y lideradas por la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios. En dichas reuniones se llevó a cabo una lluvia de ideas para la identificación de los potenciales riesgos a los que están sometidos los pacientes, estableciendo por consenso para cada uno de ellos su NPR (número de prioridad del riesgo, determinado por la gravedad, probabilidad y detectabilidad). Dichos riesgos se recogieron en una tabla de Excel que constituyó el MRS. Los resultados se compararon con el MRS confeccionado en 2015, el cual se realizó mediante la revisión teórica de los procesos del hospital, la identificación de potenciales riesgos a partir de dicho análisis y la asignación de un NPR por parte de un equipo designado para ello.

En 2017, del total de 459 trabajadores del hospital, participaron 83 (18.08%) profesionales de todos los estamentos en las reuniones de trabajo convocadas, lo cual representa una importante diferencia respecto a 2015, año en que se elaboró con la participación de sólo 3 profesionales (0.65%). En 2015 se identificaron 97 riesgos: el 12.37% de ellos permanecieron inalterados en el mapa de 2017; un 40.21% quedaron englobados en otros riesgos más concretos propuestos por los profesionales; y el 47.42% se consideraron irrelevantes por los grupos de trabajo multidisciplinares. En 2017 se identificaron 115 riesgos, un 18.55% más. Por tanto, con la participación del personal del hospital se consiguió elaborar el MRS, eliminándose casi la mitad de los riesgos que se incluyeron en 2015, redefiniéndose 4 de cada 10 y aumentando el número total de potenciales fallos del sistema identificados. Además, se hizo partícipe activo al equipo profesional en la gestión de riesgos sanitarios del hospital, consolidando así la cultura de seguridad del paciente. En conclusión, la participación libre de los profesionales en la elaboración de un MRS del hospital donde trabajan proporciona una visión más real de los mismos y se puede integrar en la actividad laboral diaria, constituyendo así una herramienta disponible para su realización.

AUTORES: BURGOS-ORTEGA, LUCÍA; RODRÍGUEZ-LEAL, CM; FIDALGO-HERMIDA, B; VILLATOBAS-YUBERO, E; CARRASCOSA-BERNÁLDEZ, JM; RIVERA-VILLAVERDE, A.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUTO PSIQUIÁTRICO JOSÉ GERMAIN.



ID: 352

TÍTULO: EL LABORATORIO PUNTO CRÍTICO DE UN ÁREA BÁSICA DE SALUD

RESUMEN:

Debido a que más de un 70% de las notificaciones de incidencias por el sistema de TPSC_CLOUD están relacionadas con el laboratorio, nuestro Centro de Salud creó una comisión de mejora para poder abordar los problemas específicos relacionados con este servicio.

1- Mejorar la relación entre los diferentes proveedores externos (Hospital de referencia y residencias).

2- Disminuir las notificaciones de incidencias referente al proceso del laboratorio.

Estudio descriptivo . Área rural. El estudio se realizó entre febrero y junio de 2017. En este período de tiempo se han programado 40 Chekc-lis eina ProSp Laboratorio realizándose 93% de los programados. De los 40 programados 28% presentaron alguna incidencia

Las principales incidencias se han encontrado: 1- la Fase Pre-Analítica en Programación /citación es de 81% de las incidencias proviniendo de un proveedor externo como es el Hospital de referencia. 2- la Fase Analítica en la entrega de muestras Analítica y preparación del paciente es de 18% de las incidencias, sobretodo són errores entrega de la muestra orina. 3- Fase Post-Analítica en la entrega de muestras correctamente etiquetadas es de un 1% de las incidencias analizando los casos vemos que muchos errores provienen de Centros Externos como las Residencias

Como conclusión podemos afirmar que el tener in sistema de notificación como el TPSC_CLOUD y el Prosp Laboratorio permite a la comisión de mejoría del laboratorio abordar los problemas más frecuentes en el Centro de Salud con una mayor resolución de estos y evitar posibles errores para la seguridad del paciente relacionados con el proceso de extracción segura.

AUTORES: JIMÉNEZ CIVIT, CARME; ANTICH SALVADÓ, T; ABELLA PORTA, M; PANADÉS BALDRICH, L; CIVIT MERCADÉ, E; GOÑI GARÍN, J.

CENTRO DE TRABAJO: ÁREA BÁSICA DE SALUD DE MONTBLANC.



ID: 353

TÍTULO: AUMENTO DE CALIDAD PERCIBIDA Y ESTANCIAS EVITADAS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

RESUMEN:

Como respuesta al incremento en la esperanza de vida, a la creciente aparición de pacientes crónicos complejos y al gran problema asistencial que conlleva una población cada vez más envejecida y con más comorbilidades, surge la necesidad de poner en marcha nuevas estrategias capaces de otorgar una atención de rango hospitalario mucho más eficientes y sostenibles. Las Unidades de Hospitalización a Domicilio (UHD) se engloban en las alternativas a la hospitalización tradicional. Se trata por lo tanto de mejorar a través de esta modalidad la gestión de camas hospitalarias de agudos contribuyendo a acortar la estancia media, liberando camas que pueden ser utilizadas por otros pacientes y mejorando la calidad percibida de estos.

Reflejar el aumento de calidad percibida en esta modalidad asistencial a través de una atención más individualizada y analizar los datos de la unidad teniendo en cuenta los días de ingreso evitados en hospitalización convencional.

Se han analizado 144 ingresos bajo régimen de Hospitalización a Domicilio (HaD), desde Octubre de 2016 a Mayo de 2017. La procedencia del ingreso, mayoritariamente fue de Medicina Interna y se distribuyó de la siguiente manera: Medicina Interna/Urgencias 94 pacientes(66,27%), Cirugía General 13 pacientes(9%), Cirugía Vascul ar 1 paciente(0.69%), Traumatología 1 paciente(0.69%), Urología 4 pacientes(2.70%), Digestivo 3 pacientes(2%), Geriatria 2 pacientes (1.38%), Neurología 2 pacientes (1.38%); y Unidad de Cuidados Paliativos 24 pacientes(16.60%). Se definió estancia como número de días que el paciente recibió la atención de HaD. Se calculó por la diferencia entre la fecha de ingreso en la UHD y la fecha de alta del mismo. Para valorar la calidad percibida, se han analizado 35 encuestas por escrito de manera aleatoria, en este mismo periodo. Dichas encuestas incluyeron 8 ítems que recogieron información sobre la calidad de la asistencia, la adecuación de horarios, la información recibida y la opinión global de la UHD. Cada ítem fue puntuado de 0 a 10, siendo 0 lo mínimo y 10 lo más satisfactorio .

Respecto a las encuestas de satisfacción cuando se les preguntó a cerca de la opinión global de HaD se constató que el 94.28% de los pacientes manifestaron un grado de satisfacción alto-muy alto (9 o 10). De este análisis se objetivó que se han evitado 1746 días de estancia en Hospitalización convencional, con una estancia media de 12,22 y con 7,7 camas evitadas. Siendo el Servicio de origen mayoritario Medicina Interna/Urgencias y posteriormente la Unidad de Cuidados Paliativos. Conclusiones: Los pacientes hospitalizados han permanecido bajo régimen de HaD de una forma segura, evitando días de ingreso en hospitalización convencional, permitiendo gestionar las camas hospitalarias de una forma más eficiente y con un aumento significativo de la calidad percibida de los pacientes atendidos bajo esta modalidad asistencial.

AUTORES: GONZÁLEZ JUÁREZ, MARIA JESÚS; FIRMINO DA COSTA, ED; LLAMAS CORNEJO, R; SANCHEZ FRANGANILLO, L; RUBIO OLIVERA, M; JIMENEZ RODRIGUEZ, A.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA.

ID: 354

TÍTULO: ÁREA BÁSICA DE SALUD DE MONTBLANC

RESUMEN:

Los programas de Sistemas de Notificaciones son necesarios para identificar, hacer un seguimiento y evaluar las situaciones críticas presentes en nuestro centro de salud.

A partir de nuestro sistema de notificación TPSC cloud, hemos podido hacer diagnósticos de los problemas que presenta nuestra área básica. Con la información recogida hemos trabajado y elaborado una serie de protocolos para disminuir la incidencia de las notificaciones.

Mediante el sistema de notificación TPSC cloud, hemos contabilizado las incidencias desde el mes de Enero hasta mayo con un total de 40 incidencias:

De las 40 incidencias se distribuyen en:

-62,5% Gestión y procedimientos relacionados con las analíticas

-5% Medicación

-10% Infraestructuras

12,5% gestión clínica- administrativa

10% Procedimientos

El equipo de calidad, observó un aumento de las incidencias relacionadas con la gestión de las analíticas (etiquetaje, programación, gestión administrativa.....) y los resultados de éstas.

Se decidió formar una comisión de analíticas y evaluar cual era su situación y los puntos críticos de nuestro circuito.

Se contactó con nuestro laboratorio de referencia y juntamente una la comisión del laboratorio de referencia y del equipo de mejora del Centro de Salud creó un nuevo protocolo.

Como conclusión no podemos extraer datos sobre si existen mas o menos incidencias al respecto ya que se instauró hace un mes.

Gracias a los sistemas de notificación, podemos determinar qué puntos críticos tenemos en nuestros centros, en que podemos intervenir y posteriormente evaluar que efectos han tenido nuestras intervenciones .

AUTORES: JIMENEZ CIVIT, CARME; ANTICH SALVADÓ, T; ABELLA PORTA, M; PANADÉS BALDRICH, L; CIVIT MERCADÉ, E; GOÑIO GARÍN, J.

CENTRO DE TRABAJO: ÁREA BÁSICA DE SALUD MONTBLANC.

ID: 355

TÍTULO: ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE FERROTERAPIA ENDOVENOSA EN UN HOSPITAL COMARCAL

RESUMEN:

En el 2016 se produjeron 7,28% errores de medicación relacionados con la Carboximaltosa de hierro endovenosa (CMH EV). La diferencia de criterios entre médicos especialistas a la hora de prescribir, supuso la necesidad de elaboración de un protocolo de ferroterapia EV consensuado

Mejorar la calidad de vida de los pacientes que precisan tratamiento con hierro EV

Elaborar un protocolo consensuado

Disminuir la variabilidad de la práctica

Disminuir los errores

Reducir los tiempos de hospitalización y/o reingresos

Reducir los recursos materiales y de personal

Estudio observacional, retrospectivo, no aleatorizado y no controlado

Pacientes: ingresados y ambulatorios con terapia CMH EV entre 1/02/2017 y 31/05/2017

Protocolo: lo elaboran 2 farmacéuticos, 1 internista y 2 enfermeras. Se somete a la revisión de todos los servicios del HCME. El protocolo final se remite a la Comisión de Farmacia y Terapéutica y a la Dirección

Se recoge la información de las historias clínicas de los pacientes seleccionados

Los datos obtenidos se compararon con las directrices del protocolo

Dosificación CMH EV en pacientes con valores de Hb ≥ 10 g/dL, de 35-70Kg peso, es 1g CMH EV, dosis única; y en pacientes >70 Kg, 1 dosis de 1g más otra de 500mg a los 7 días

Cuando Hb < 10 g/dL, de 35-70Kg, administrar 1g seguido de 500mg a los 7 días; en pacientes >70 Kg administrar 1g y otra dosis de 1g a los 7 días

Pacientes con CMH EV fueron 67; 36 ambulatorios y 31 hospitalizados. M. Interna 32, Anestesiología 9, Cirugía Gral 8, Toco-Gine 7, C.O.T 6, Nefrología 2, Un. Sociosanitaria 2 y en Urgencias 1

Edad media 76 años

El protocolo define que debe documentarse la existencia de anemia, ferropenia y tener indicación para recibir CMH EV: La anemia se determina con valores de Hemoglobina < 12 g/dL (32 de 35 mujeres) y < 13 g/dL (30 de 32 hombres); la ferropenia se determina con niveles < 30 ng/mL ferritina, 9 de 32 hombres y 5 de 35 mujeres >50 años y/o disminución del Índice de Saturación de Transferrina

De 67 pacientes, 2 no tenían hechas analíticas con valores de Hemoglobina, 37 carecían de Ferritina y 49 carecían del Índice de Saturación de Ferritina, parámetros necesarios para la aplicación del protocolo

Indicaciones prescripción CMH EV: 22 sin justificar, 19 mala absorción, 19 preparación quirúrgica, 13 con pérdidas crónicas de sangre cuando se requieran dosis VO superiores a las recomendadas y 4 por intolerancia digestiva a las dosis VO recomendadas o falta de respuesta al hierro VO

Documentadas 4 RAMs

Ningún paciente cumplió los requerimientos del protocolo estando todos infradosificados

La falta de registros antropométricos y analíticos en las historias clínicas ha sido la causa principal de no poder evaluar las condiciones establecidas en el protocolo

La mayor parte de las prescripciones se hace de forma empírica

El protocolo disminuirá la variabilidad de la práctica clínica y los errores con CMH EV, disminuirá el número de sesiones, evitará desplazamientos y aumentará el cumplimiento terapéutico, de forma más eficiente.

AUTORES: PÀEZ VIVES, FRANCESC; RECHA SANCHO, R; TRIVIÑO BLÀZQUEZ, M.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL COMARCAL MÓRA D'EBRE.



ID: 356

TÍTULO: UN MODELO DE CARRERA PROFESIONAL A 'COSTE 0'

RESUMEN:

Se estima que una tercera parte de los profesionales sanitarios del sistema público están insatisfechos. La Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, justifica la carrera profesional. Reconoce el derecho de los profesionales sanitarios a progresar de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia y cumplimiento de los objetivos de la organización. En la práctica, esta carrera profesional se ha orientado de manera muy diversa. La incentivación económica no parece ser la solución a la desmotivación del profesional sanitario o al tan nombrado 'desgaste profesional' (burnout). ¿Cuál es el motivo de la insatisfacción profesional y cómo se podría cambiar esta realidad?

1. Establecer una encuesta sobre la carrera profesional a partir de entrevistas estructuradas.
2. Identificar los elementos favorables y desfavorables que influyen en el desarrollo profesional.
3. Proponer medidas no económicas que puedan incluirse en la carrera profesional.

Se han recogido opiniones de expertos en gestión y calidad, responsables de formación, trabajadores experimentados y noveles, recién jubilados y residentes. Se ha utilizado la entrevista estructurada con respuestas acotadas y abiertas a preguntas genéricas y específicas. Las preguntas y respuestas se centran en 3 temas fundamentales: expectativas personales, valoración del equipo de trabajo y proyectos de futuro. Análisis con tablas de distribución de frecuencias para variables categóricas, estadísticos descriptivos para variables cuantitativas y Chi-cuadrado para variables cualitativas.

Se pudo establecer una encuesta basada en 10 preguntas: 1. Calidad del clima de trabajo. 2. Cohesión y entendimiento entre profesionales. 3. Organización adecuada. 4. Percepción de sus mandos y equipos directivos. 5. Experiencia con los pacientes. 6. Conocimiento de los objetivos de la organización. 7. Capacidad de formación. 8. Reconocimiento profesional. 9. Consideración hacia sus iniciativas y proyectos. 10. Satisfacción global. Se identificaron elementos desfavorables con diferencias significativas entre categorías en las preguntas 1,3,7 y 10. Se obtuvieron resultados similares en las 2,4 y 6. La pregunta 5 mostró datos satisfactorios pero no medibles. Las 8 y 9 presentaron las puntuaciones más bajas y peor valoradas en todas las categorías profesionales.

Conclusiones: 1. La entrevista estructurada es una herramienta útil para construir encuestas sobre la carrera profesional. 2. El reconocimiento profesional y la consideración de sus iniciativas parecen influir de forma muy destacada en la insatisfacción profesional. Entre las medidas que proponemos: una carrera profesional en la que cada 5 años de actividad se evalúa al profesional y se le asciende de categoría: junior, senior, maestro junior, maestro senior y experto con diferencias en cargas de trabajo, complejidad, docencia/investigación y capacidad de decisión y organizar.

AUTORES: SÁNCHEZ MONTÓN, TRINITARIO¹; SANTIAGO GARCÍA, C²; ESPAÑOL MORALES, I³; ALONSO SAÉNZ DE MIERA, MJ⁴; LÓPEZ LACOMA, JC⁵; SEDES ROMERO, J⁶.

CENTRO DE TRABAJO: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CARTAGENA Y EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA 2 DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA¹; COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA²; COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CARTAGENA³; COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CARTAGENA⁴; COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CARTAGENA⁵; COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CARTAGENA⁶.



ID: 357

TÍTULO: LA DOBLE VIDA DE LOS HUESOS: EFICIENCIA DEL BANCO DE TEJIDOS

RESUMEN:

La donación e implante de tejido humano es una práctica menos conocida que la de órganos. De un sólo donante se obtienen múltiples piezas que pueden ayudar a un gran número de pacientes. En la actualidad, el implante de tejido osteotendinoso es una técnica quirúrgica habitual. El Banco de Tejidos (BT) del hospital, gestionado por la Unidad de Coordinación de Trasplantes (UTR), estableció hace años la validación de un procedimiento para preparar tejido óseo esponjoso utilizado por traumatólogos como material de relleno. El propósito fue disponer de tejido listo para ser implantado y asegurar la calidad del tejido para el receptor. Este procedimiento es realizado por 2 profesionales de UTR, conforme criterios del RDL 9/2014 y los de gestión de la calidad de la Norma ISO 9001:2008

Analizar la eficiencia del BT en el procesamiento de hueso esponjoso que se obtiene de epífisis de huesos largos (en condiciones estériles las piezas se limpian, trituran y desgrasan hasta obtener una masa de hueso esponjoso que se envasa en botes de 5 ó 10 gr, a los que se somete a un ciclo de esterilización en autoclave y se congela a -80°C; hasta su utilización). Analizar el rendimiento y coste-beneficio teórico conforme precios públicos aplicables (Orden 721/2013 del B.O.C.M.). Describir la muestra de pacientes que han recibido trasplante de tejido esponjoso en nuestro centro

Estudio descriptivo de los donantes en los años 2015-2016: nº de piezas obtenidas, nº de piezas destinadas al procesamiento, nº de envases producidos. Estudio descriptivo de pacientes que han recibido implante (sexo, edad, gr de tejido implantado, diagnóstico) y coste hipotético del tejido utilizado. Los datos se han obtenido de la base de datos de la UTR (DONADATA) y tabulado Excel 2013

En 2015-2016 se registraron 47 y 52 donantes. Nº de piezas: 122 y 138 huesos. Destinadas al procesamiento: 12 unidades de 4 donantes (2015) y 18 de 5 donantes (2016). Envases producidos: 112 (10gr) y 37 (5gr); 140 (10gr), 51 (5gr). Se ha implantado tejido esponjoso a 166 pacientes, 60% mujeres. Distribución de tejido 5gr (35,5%); 10gr (31%); 20gr (18%); 30gr (8%); más de 30gr (7,5%). Aplicaciones clínicas: 47% aporte óseo en fracturas, 15% cirugía tumoral, 12% recambios protésicos, 8% cirugía de columna. El ahorro estimado, tomando como unidad de medida las tarifas vigentes (10gr: 380€), ascendió a 92.420€ que el hospital no tuvo que destinar a la adquisición de tejido para implante. Con este procesamiento, 166 pacientes se benefician de la donación de tejidos de 9 donantes, asegurando su calidad y seguridad. Se contribuye a acortar tiempos de cirugía al estar el tejido listo para su uso y a la seguridad del paciente minimizando fuentes de contaminación en quirófano. Se garantiza el aprovechamiento del tejido obtenido de donaciones altruistas al utilizar las cantidades mínimas necesarias en cada cirugía. Se ahorran costes al no tener que recurrir a terceros para el procesamiento o suministro del tejido

AUTORES: ESCARPA FALCON, M^a CARMEN; GONZALEZ ROMERO, M; SORIA GARCIA, A; PARRA HUESO, MD; DEL RIO GALLEGOS, F.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS.



ID: 358

TÍTULO: HERRAMIENTAS LEAN EN LA GESTIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA

RESUMEN:

Garantizar el éxito de cualquier proyecto supone dimensionar los recursos a la demanda. En muchas organizaciones orientadas al fomento de la cultura calidad y seguridad del paciente(CSP), la demanda de implantación de proyectos supere la capacidad resolutoria de las Unidades de Calidad(UCAL). Para aumentar su eficiencia en la coordinación de proyectos de mejora(PM), proponemos tres herramientas de gestión: Kanban, y DMAIC (metodología Lean-ML) y el diagrama de Gantt (DG)

Compartir nuestra experiencia en implantación de herramientas de ML para la coordinación de PM desplegadas a todos los niveles organizacionales.

Las iniciativas derivadas del proyecto de mejora de CSP, generan aumento de la demanda de actividad de la UCAL(certificado conforme a la Norma ISO 9001), que dio lugar a:

1. Redefinición del mapa de procesos.

Actividad programada: (estandariza la actividad realizada tradicionalmente en UCAL): Formación en gestión, CSP, gestión de alertas/eventos adversos, despliegue objetivos estratégicos, implantación de sistemas de calidad... A través del Cronograma de actividad programada.

Actividad a demanda: propuestas de innovación/PM de profesionales y alta dirección, estandarizada en el procedimiento de gestión de PM.

2. Análisis de riesgos (AMFE) del proceso de atención a demanda.

3. Implantación de herramientas para la gestión de PM.

Registro de Actividad, (Actividad a Demanda): herramienta diseñada ad hoc, basada en DG, y herramienta DMAIC, de mejora incremental de procesos. con una ayuda visual, código semáforo, para identificar tareas en plazo, proceso o que superan el plazo de entrega.

Kanban de PM, permite:

- Gestionar flujos de trabajo intelectual centrado en el requisito de entrega a tiempo.
- Redistribuir el trabajo, evitar la sobrecarga de los profesionales, dar visibilidad al flujo de trabajo e implicación en las tareas.
- Limitar el trabajo en proceso, ajuste a los recursos, viabilidad de inclusión de nuevos PM.

Los tableros Kanban en UCAL actualizados con el movimiento de las tarjetas cuando un profesional termina una actividad, todos conocen el estado de los PM.

Reunión semanal de seguimiento de la actividad basada en las herramientas.

2015: no registro de PM, 2016: se implantan las herramientas para gestionar 13 PM (12 finalizados). 2017: 18 PM, más complejos, todos en proceso. Resultados(AMFE): incapacidad coordinación simultanea de todos los PM, demoras, falta de implicación, pérdida de tiempo por interrupciones, reuniones ineficaces. Se mencionarán los PM más relevantes. Satisfacción global con actividad UCAL fue 9,5/10, nuevos PM propuestos por profesionales. No se rechazó ningún PM. En nuestra organización, con 3200 profesionales, los recursos humanos en la UCAL son muy limitados. Asumimos un rol coordinación de PM para el que utilizamos herramientas robustas para monitorizar las tareas planificadas en cada PM. La implantación de herramientas Lean, mejora nuestra capacidad resolutoria, gestión del tiempo y satisfacción del cliente

AUTORES: TÉBAR BETEGÓN, MARÍA ÁNGELES; LEÓN MARTÍN, AA; ALDANA MOYA, MM; GOMEZ ROMERO, FJ; ARMENTEROS LECHUGA, MA; REDONDO CALVO, FJ.

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE CIUDAD REAL.



ID: 359

TÍTULO: LA SATISFACCIÓN FAMILIAR EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. UN INDICADOR DE CALIDAD.

RESUMEN:

El Servicio de Medicina Intensiva (SMI), es una unidad altamente tecnificada, con horario de visitas e información limitada. El ingreso en la unidad representa una experiencia estresante tanto para el paciente como para la familia. Por lo tanto disponer de datos objetivos sobre aspectos tan subjetivos como la satisfacción, nos permite desarrollar prácticas asistenciales de calidad.

La satisfacción familiar de los pacientes ingresados en un SMI es un indicador de calidad asistencial. Conocerla anualmente posibilita la implantación de intervenciones encaminadas a mejorar o mantener unos cuidados óptimos tanto al paciente como a su familiar.

Conocer y analizar la evolución de la satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en un SMI.

Estudio transversal anual. Periodo de estudio 2014-2015-2016. Se utilizó una encuesta validada, que incluye ítems relacionados sobre condiciones medioambientales, relación con el personal médico y de enfermería, información proporcionada y horario de visitas. Encuesta distribuida a los familiares de pacientes al alta del servicio previo consentimiento informado.

Análisis descriptivo y univariable. Grado de significación estadística $p < 0,05$.

Al conocer y analizar la evolución de la satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en un SMI, detectamos diferencias significativas en los cuidados de enfermería. Los familiares estaban informados de los cuidados de enfermería de su familiar diariamente ($p < 0,05$), conocían el nombre del personal de enfermería que cuidaba a su familiar durante su estancia ($p < 0,009$) y los familiares recibían ayuda de la enfermera para ayudarles a facilitarles la comunicación con su familiar ($p < 0,009$). Además los familiares preferían permanecer sentados con su familiar en la hora de visitas ($p < 0,01$).

CONCLUSIONES

Durante el transcurso de estos años de estudio podemos evidenciar que existe una mejora considerable en la satisfacción de los familiares en el SMI. Hay una implicación mayor por parte de las enfermeras para favorecer unos cuidados de calidad a los familiares de los paciente ingresados.

AUTORES: LABAD BOIX, LAIA; DE GRACIA BALLARIN, MA; GIL CASTILLEJOS, D; BAENA GONZÁLEZ, S; NOGUERO CÁMARA, V; OLONA CABASES, MM.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII.



ID: 360

TÍTULO: CIRCUITOS Y CRITERIOS PARA VALIDACIÓN METODOLÓGICA Y CIENTÍFICO TÉCNICA DE PROTOCOLOS ASISTENCIALES

RESUMEN:

Todos los modelos de gestión contemplan la estandarización de la actividad, dado que maximiza la eficiencia de procesos, reduce desperdicios e ineficacias, garantiza el cumplimiento de requisitos sobre productos/servicios. En Organizaciones Sanitarias(OS) permite disminuir la variabilidad en la práctica clínica. pero ¿Cómo garantizar la estandarización? ¿En base a que criterios se aprueban los protocolos asistenciales(PA)?

Presentar un modelo de gestión documental que permite garantizar la revisión formal metodológica, científico-técnica(RMCT) y funcional, a la aplicación de un check list de (RMCT) de protocolos asistenciales (PA). que regulan la actividad en una OS con más de 3200 profesionales.

1)Consenso sobre los niveles/criterios de revisión documental (Comisiones y órganos de asesoramiento de la organización).2)Despliegue del procedimiento de gestión de documentación normalizada(PGDN), e instrucción técnica de circuito de gestión y monitorización de implantación.3)Consenso y aplicación check list de RMCT.4)Apoyo a los profesionales en el cumplimiento de los requisitos de validación de PA.

1)Se consensuan 4 niveles de revisión documental, responsables, y circuito de gestión. Formal y Metodológico: Unidad de Calidad(UCAL), Científico-Técnico: (Regulado explícitamente por contenido, “uso de medicamentos fuera de guía-comisión de farmacia”, “actividad de enfermería-comisión de cuidados”). Funcional: Dirección/es de las que dependan orgánicamente los profesionales incluidos en el alcance del documento. Indicamos responsable de monitorización de indicadores según este alcance.

2)203 documentos normalizados conforme al PGDN. 100% documentación normalizada-custodiada digitalmente en UCAL, cronograma de revisión documental, y base de datos de indicadores para revisión por la Dirección.

3)Ante la falta de consenso sobre criterios de RMCT desplegados por las distintas comisiones se elabora un check list aprobado por ellas, incluye, 42 criterios de revisión MCT para los apartados de justificación, alcance y definiciones, objetivos, desarrollo, diagrama de flujo, responsabilidades, indicadores, figuras y anexos. 21 ítems de carácter obligatorio. 5 PA han sido revisados con el check list, los principales déficit están en relación a la revisión bibliográfica y trazabilidad entre objetivos, desarrollo y determinación de recursos, y adecuación de indicadores.

4)Dados los déficit detectados, se establece un servicio de apoyo a la elaboración de PA desde el Servicio de Investigación docencia formación y calidad de la gerencia. Se ha dado soporte a la elaboración de tres PA. se han planificados dos cursos de búsqueda bibliográfica para profesionales de enfermería.

Las OS deben establecer sistemas robustos de gestión de la documentación que regula la actividad, consensuando criterios de validación que garanticen, su adecuación metodológica, científico-técnica, autorización, actualización y monitorización de despliegue en la práctica asistencial.

AUTORES: TÉBAR BETEGÓN, MARÍA ÁNGELES; GÓMEZ ROMERO, FJ; VÁZQUEZ RODRÍGUEZ BARBERO, I; RUBIO SERRANO, P; BERNAL CELESTINO, RJ; REDONDO CALVO, FJ.

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE CIUDAD REAL.



ID: 361

TÍTULO: GESTION Y CONTROL DEL MATERIAL Y FARMACOS EN LOS CONSULTORIOS RURALES

RESUMEN:

Desde 2014 se han implantado diferentes procedimientos de calidad asistencial referente a material clínico y de farmacia en nuestra Dirección de Atención Primaria, pero son de difícil aplicación en nuestros consultorios locales por sus particularidades.

En nuestra zona tenemos un total de 16 consultorios locales y 1 CAP, con una dotación de 12 médicos, 2 pediatras y 12 enfermeras que habitualmente no pasan consulta en los mismos pueblos.

En un marco de tanta dispersión geográfica en que los profesionales de cada consultorio gestionan de forma personal el material y los fármacos que consideran necesarios, nos encontramos con que no todos los consultorios disponen del mismo material, por lo que creemos necesaria la determinación de un stock mínimo tanto de farmacia como de material clínico para poder garantizar la seguridad del paciente y facilitar la práctica diaria.

Elaborar un proyecto para gestionar y unificar, de forma consensuada por los diferentes profesionales, el material mínimo que deben disponer cada uno de nuestros consultorios rurales. Garantizar la calidad y seguridad de los fármacos y material, así como una adecuada disponibilidad de todos los productos en los diferentes consultorios.

Se programaron 2 reuniones específicas: una con todos los médicos del equipo de atención primaria, dirigida por la responsable de calidad y otra con las enfermeras en la que después de una introducción hecha por la misma responsable, se continuó bajo la dirección de una enfermera de la comisión de mejora de calidad.

En estas reuniones, a partir de los listados de farmacia y material clínico disponible, los médicos valoraron la medicación imprescindible que había que garantizar en cada consultorio para poder dar una correcta atención al paciente, tanto en el caso de urgencia como en visita programada, y las enfermeras hicieron lo propio con la medicación tópica y el material clínico.

Es importante decir que no hubo problemas en llegar a acuerdos en ambas reuniones y que el material imprescindible que se consensó no excluye que en cada consultorio pueda haber material opcional.

En una segunda fase, se revisarán los diferentes consultorios individualmente para unificar la gestión y localización del material.

Las zonas rurales tienen particularidades diferentes a las de los CAP urbanos. Es necesario adaptar y reestructurar los diferentes procedimientos de calidad y seguridad asistencial para poder garantizar el normal desarrollo de la atención programada y urgente sin que pueda verse afectada la seguridad del paciente.

AUTORES: VIDAL MANSILLA, GEORGINA; GRAU PEREZ, C; BALAUDER CARRERA, A; GIRONA REAL, R; CASAJUANA BRUNET, J.

CENTRO DE TRABAJO: EAP ALT CAMP EST.

ID: 362

TÍTULO: METODOLOGÍA LEAN: INCREMENTANDO LA SEGURIDAD EN EL PROCESO DE HEMODIÁLISIS

RESUMEN:

La seguridad del paciente durante el proceso de hemodiálisis (HD) es crucial para otorgarle una asistencia de calidad. El paciente de HD está expuesto a una serie de riesgos, algunos de ellos evitables. La metodología Lean incorpora múltiples herramientas que permiten tanto analizar los riesgos del proceso (AMFE), evitar errores (POKA-YOKE) como detectarlos antes de que se produzcan (Sistemas ANDON).

En el marco de la implantación de la Metodología Lean en nuestra Unidad de Hemodiálisis y con el objetivo de incrementar la seguridad en nuestros procesos durante el tratamiento de HD, en abril 2016, se inició un proyecto de análisis y eliminación de riesgos.

Utilizamos el análisis modal de fallos y efectos (AMFE) para detectar y cuantificar todos los riesgos de nuestros procesos (ingreso y acogida del paciente, prescripción de tratamiento e inicio de HD, valoración y seguimiento del paciente, sesión de HD -conexión y desconexión-, primera punción, limpieza y desinfección, farmacia, laboratorio y banco de sangre, gestión de residuos y mantenimiento). El proyecto se desarrolló siguiendo las siguientes fases:

1. Creación y formación de un equipo multidisciplinar: nefrólogo, enfermeras, auxiliares y Departamento de Calidad.
2. Análisis AMFE:
 - a. Definición de los procesos de la unidad.
 - b. Determinar los posibles modos de fallo en cada procedimiento
 - c. Calcular el NPR (Numero Prioritario de Riesgo) de cada efecto
 - d. Desarrollar acciones preventivas

Se analizaron 11 procesos de enfermería (79 actividades), 6 procesos médicos (28 actividades) y 29 procesos de soporte (176 actividades). Se detectaron 93 modos de fallo con valores NPR>100, se introdujeron 87 acciones de mejora que redujeron los riesgos a NPR< 100.

Para disminuir el riesgo se implantaron sistemas anti error (POKA-YOKE), acciones preventivas como identificar la tarjeta de tratamiento con la fotografía del paciente, identificar mediante gestión visual las alergias y pizarra de seguimiento diario de paciente. Sistemas de detección de fallos (ANDON) como listados de verificación en puntos críticos del proceso.

Para verificar la efectividad de las acciones implantadas se monitorizaron los siguientes indicadores: Diálisis inadecuada (de 163 pacientes que reciben tratamiento pasamos de 20 pacientes con diálisis inadecuada a 14). Incidencia de trombosis de Fístula arterio-venosa (no se ha detectado ningún caso). Tiempo de permanencia de catéter transitorio (de 1 paciente con tiempo de permanencia de catéter transitorio >45 días a 0). Alergias (100% de pacientes con alergias identificadas). Procedimientos correctos (conexión/desconexión del 81,8% de cumplimiento al 100%), limpieza del monitor 100% de cumplimiento, admisión del paciente 100% de cumplimiento).

Conclusiones: La metodología Lean y sus herramientas (AMFE, ANDON, POKA-YOKE) ha sido útil para detectar los riesgos de nuestros procesos y minimizarlos. Todo ello ha contribuido a incrementar la seguridad de nuestros pacientes de forma objetiva.

AUTORES: ARIZA GARCIA, VICTORIA; DAPENA VIELBA, F; JARA MUSTE, J; SIMON PEREZ, RM; JORNET TABERNER, L; CUCALA CARVAJAL, S.

CENTRO DE TRABAJO: CONSORCI SANITARI DEL GARRAF.



ID: 364

TÍTULO: CUADRO DE MANDO INTEGRAL ORIENTADO A RESULTADOS: UNA REALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

RESUMEN:

Según la literatura científica, la atención sanitaria mejora facilitando información a los profesionales con indicadores resultados de procesos asistenciales vinculados con líneas estratégicas de la organización.

Diseñar un Cuadro de Mando Específico (CME) con indicadores de resultados en procesos asistenciales relevantes para la mejora de la atención integrada de los pacientes.

Atención Primaria (AP) de nuestra comunidad dispone desde 2017 de un CME que proporciona a 9272 profesionales sanitarios, datos agregados en diferentes niveles: gerencia, dirección asistencial, equipo directivo de centro y profesional. Los profesionales asistenciales de medicina, enfermería y pediatría (79% de la plantilla) obtienen además datos por paciente en indicadores clínicos en las siguientes líneas estratégicas: Anciano, Cuidados Enfermeros, Procesos Crónicos, Vacunación infantil, lactancia materna y estilos de vida saludable. Además se ha iniciado una línea de elaboración de cuadro de mando de unidades de apoyo estando ya disponible la de fisioterapeutas. Han participado más de 150 profesionales en su diseño, pertenecientes muchos a sociedades científicas, y más de 100 profesionales en su validación en la historia clínica, todo ello a lo largo de dos años. Algunos indicadores relevantes son incluidos en el Contrato Programa de Centro por decisión directiva como elementos claves de líneas estratégicas.

Existe 99 indicadores en el CME orientados a resultados intermedios en salud desglosados a nivel paciente. Los bloques que agrupan son: Control de procesos crónicos (4), pruebas indirectas de buen control en crónicos (7), tratamiento efectivo de enfermería en crónicos(8), planes de cuidados(26), estilos de vida saludable (10), población infantil correctamente vacunada por edades (5), lactancia materna según IHAN (7), hospitalización y reingresos a 30 días y 12 meses (17) y anciano (25) . El CME de fisioterapeutas dispone de 22 indicadores

En 2016, el Cuadro de Mando integral, en su totalidad generó 243319 informes. En estos seis meses se han consultado más 12000 informes vinculados sólo con estos indicadores del CME.

Mejoras evidentes gracias al seguimiento de indicadores de efectividad desplegados a nivel paciente: Control HTA: 41,04% (2011) vs 51,55% (2016) $p < 0,05$ y control Diabetes: 31,05% (2011) vs 37,82% (2016) $p < 0,05$ (indicadores históricos de efectividad en AP que han sido la base del proyecto a partir de los cuales se ha crecido en resultados intermedios en salud. En el CME se mantienen pero ya ajustados por edad).

CONCLUSIÓN

Un Cuadro de Mando es un Instrumento para la comunicación, seguimiento y evaluación de las estrategias implantadas en el ámbito sanitario de forma transparente. Permite medir sistemáticamente, facilita la toma de decisiones y genera acciones de mejora. Los indicadores permiten a los profesionales el seguimiento por paciente e integran a toda la organización en la consecución de los objetivos y contribuir a la eficiencia.

AUTORES: BARTOLOME BENITO, E; SANCHEZ PERRUCA, L; JIMENEZ CARRAMIÑANA, J; BARTOLOME CASADO, S; DOMINGUEZ MANDUEÑO, B; SANCHEZ-CELAYA DEL POZO, M.

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA.



ID: 365

TÍTULO: ENCUESTA SOBRE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD Y SUS DIFERENTES PERSPECTIVAS

RESUMEN:

La cultura de la seguridad de las organizaciones sanitarias es fundamental para obtener mejoras en la seguridad de los pacientes, minimizar los errores y los eventos adversos. Por consiguiente, toda organización debería evaluar su cultura de seguridad, para ello se han elaborado diferentes instrumentos de medida. Uno de estos instrumentos ha sido validado por el Ministerio de Sanidad, el cuestionario sobre la seguridad de los pacientes, en versión española, elaborado por la Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ).

Evaluar la percepción de la cultura de la seguridad según categoría profesional y responsabilidad asistencial.

El estudio se llevó a cabo en un hospital terciario de 753 camas, con 3439 trabajadores de los cuales son 746 facultativos, 983 diplomados de enfermería, 706 técnicos en curas auxiliares de enfermería i técnicos de grado medio. En el centro se decidió implementar una formación básica en seguridad de los pacientes tras la cual los diferentes profesionales realizaban el cuestionario sobre la seguridad de los pacientes.

El cuestionario consta de 61 preguntas agrupadas en 12 dimensiones que evalúan los resultados de la cultura de la seguridad en general, la cultura de la seguridad a nivel de servicio/unidad y de todo el hospital. Las preguntas se presentan en forma afirmativa o negativa, con una valoración tipo Likert. Para el análisis de las respuestas se recodifican en tres categorías: negativas, positivas o neutrales, posteriormente según la pregunta/respuesta se detectan fortalezas o oportunidades de mejora en la organización.

El total encuestas realizadas ha sido de 426 encuestas. Según la categoría profesional y la responsabilidad asistencial su distribución es: 45.5% enfermeras, 23.2% auxiliares de enfermería, 17.37% facultativos, 4.93% fisioterapeutas, 5.87% otros profesionales, 3.05% profesionales con responsabilidad asistencial en gerencia. La puntuación de valoración del nivel de seguridad del servicio donde cada profesional desarrolla su tarea asistencial es de notable 55.4%, aprobado 26.3% y suspendido 12.7%.

A pesar de esta valoración del nivel de seguridad, del análisis del conjunto de respuestas y en la comparación entre los diferentes grupos profesionales, se desprende que solo se detectan fortalezas para el grupo de profesionales con responsabilidad en la asistencia, en las dimensiones de expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad, en el trabajo en equipo y en la respuesta no punitiva de los errores. Para el conjunto de profesionales aparecen oportunidades de mejora en las dimensiones relacionadas con: la percepción de la seguridad y en dotación de personal, y coinciden con las detectadas por los profesionales implicados en la gerencia.

Estas diferencias en los resultados nos sugieren un liderazgo con déficits en la comunicación y/o en el flujo de la información.

AUTORES: PARTERA LUQUE, M CARMEN; NAVARRO RUBIO, G; HERNÁNDEZ MAGIDE, C; BAIGORRI GONZÁLEZ, F; SIMÓN NAVARRO, N; CAMELO CARRETERO, S.

CENTRO DE TRABAJO: CONSORCI SANITARI PARC TAULÍ.



ID: 366

TÍTULO: EXPERIENCIA EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN E IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN UN CONSULTORIO RURAL

RESUMEN:

Trabajar de forma organizada favorece el buen ambiente de trabajo y las relaciones profesionales, optimiza el tiempo y evita errores en la práctica diaria. La ausencia de protocolos en la organización de material y medicación utilizados en nuestro centro no garantizaba la seguridad en el ejercicio de nuestra profesión, lo cual generaba malestar e interrupciones durante el transcurso de la consulta, provocando insatisfacción e inseguridad tanto del usuario como del personal sanitario.

- Evaluar nuestra percepción y experiencia tras la instauración de los protocolos de calidad, así como su evolución y funcionamiento en un consultorio rural durante el período de junio de 2016 a junio de 2017

- Contrastar los beneficios y los perjuicios

La introducción de los protocolos de calidad y seguridad en el consultorio se inició en junio 2016. La instauración no fue fácil. Surgieron problemas logísticos en la adquisición de nuevos hábitos a nivel profesional, pero el esfuerzo, la implicación y participación de todos los trabajadores del centro hicieron posible la introducción de la calidad y seguridad (realización de checklist, registros, mejora de protocolos, etc)

Tras un año de funcionamiento del protocolo de Calidad y Seguridad, podemos afirmar que, a día de hoy, nuestros profesionales (médicos, enfermeras y personal administrativo) están al corriente con los nuevos procedimientos y receptivos a las nuevas acciones que se vayan implantando. Desde la instauración de las nuevas normas, las incidencias de checklist se han reducido y los compañeros manifiestan sentirse más seguros en la práctica clínica diaria. Destacamos la colaboración activa en los procesos de mejora, garantizando confidencialidad, derechos y seguridad del paciente, planificación y gestión de cuidados.

AUTORES: CASTELLARI, PATRIZIA; CATALIN, R; GUINART DE LA CRUZ, J; REYES CURTO, A; MACÓN HERNÁNDEZ, A; GALLARDO MORENO, S.

CENTRO DE TRABAJO: EAP TARRAGONA-1.



ID: 367

TÍTULO: “RACIONALIZACIÓN DEL USO DE TIRAS REACTIVAS DE GLUCOSA EN EL CENTRO DE SALUD VALDEZARZA-SUR”.

RESUMEN:

JUSTIFICACIÓN: en el cierre del Contrato Programa de 2015 teníamos en nuestro centro una desviación en el gasto de tiras de glucemia por encima de lo pactado por ello consideramos importante disminuir este gasto analizando las causas del porqué consumíamos más tiras de las presupuestadas.

- o **Ámbito:** Centro de Salud Valdezarza-Sur. Centro de Atención Primaria perteneciente a la zona urbana de la Dirección Asistencial Noroeste de Madrid.
- o **Pertinencia:** cumplir el objetivo presupuestario del gasto de tiras de glucemia y analizar las causas que motivaban esta desviación.
- o **Factibilidad:** la diabetes mellitus es una patología muy prevalente en atención primaria y en la mayoría de los casos su control y tratamiento se realiza en este ámbito; esto unido a que tenemos la posibilidad de explotar la mayoría de los datos necesarios a través de diversos programas informáticos y que muchas de las medidas correctoras que detectamos dependían de nosotros, hace que sea un proyecto que podamos llevar a cabo.

OBJETIVO GENERAL

- Racionalizar el uso de tiras de glucemia

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Adecuar el gasto de tiras reactivas de glucemia al presupuestado en el Contrato Programa del Centro de Salud
- Disminuir la sobreutilización de tiras reactivas de glucemia en pacientes que no está indicado.
- **METODOLOGÍA:**

- o Identificación del problema mediante tormenta de ideas en reunión de la Comisión de Calidad del centro y posterior realización de una matriz de priorización con las oportunidades de mejora detectadas.
 - o Análisis de causas mediante Diagrama de causa-efecto de Ishikawa.
 - o Planificación acciones de mejora sobre las causas detectadas previamente.
 - o Diagrama de Gant para la implantación de las acciones de mejora.
 - o Evaluación anual de resultado con monitorizaciones trimestrales.
 - o Aplicaciones informáticas específicas: exploración de datos de e-soap, consulta-web y solicitud de algunos datos que no podíamos obtener nosotros, a la Unidad de Apoyo Técnico.
 - o El grupo de mejora: Comisión de Calidad del Centro formada por tres médicos, dos enfermeras y un auxiliar administrativo (constitución, integrantes, grupos asociados, periodicidad, reuniones).
- Tras el proyecto realizado desde el año 2015 al 2016, hemos obtenido una mejora sustancial en la racionalización del uso de tiras de glucemia.
- Hemos disminuido la sobreutilización de tiras en pacientes que no tenían dicha indicación del 108% de gasto al 91,4% en 2016.
- Se ha conseguido adecuar el gasto pasando del 21,76% a un 18,8% con respecto al presupuesto del CPC.
- Se ha realizado un trabajo en equipo importante y hemos conseguido que los pacientes sean conscientes del buen uso que se debe hacer de las tiras reactivas.

AUTORES: RIUS FORTEA, PALOMA; NURIA BEATRIZ LLAMAS SANDINO, N; ANA BELÉN ESTEBAN GALLEGU, A; JOSE LUIS HERNANDEZ DE LAS HERAS, J; TERESA DE LA HUERGA FERNANDEZ BOFILL, T; ESTHER SUSANA RODRIGUEZ SANCHEZ, E.

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD VALDEZARZA SUR.



ID: 368

TÍTULO: IMPACTO DE LA UTILIZACIÓN DE UN CHALECO INFORMATIVO DE SITUACIÓN DE RIESGO

RESUMEN:

La seguridad del paciente es un aspecto clave dentro del ámbito asistencial y una prioridad de los sistemas sanitarios actuales para ofrecer una atención de calidad y una consolidación de un sistema sanitario justo, universal y centrado en la persona, en Cataluña se recoge dentro del "Pla de Salut 2016-2020".

El comité de seguridad del paciente ha implementado una acción con el objetivo de minimizar las interrupciones en el proceso de preparación y administración de la medicación, mediante el uso de un chaleco como distintivo que alerta que se está llevando a cabo una actividad de riesgo.

Valorar el impacto de la implementación del uso del chaleco durante la preparación y administración de la medicación en las plantas de hospitalización de la institución para minimizar las interrupciones durante el proceso, entendido como un momento de actuación de riesgo que requiere concentración.

Se realizó una prueba piloto de implementación en 1 unidad de hospitalización con una ocupación de 36 pacientes durante 4 semanas. El plan de difusión utilizado fue el siguiente: - Comunicación informo de esta medida subiéndola a la 'intranet' de la organización, - "Flashos" en los ordenadores con la pantalla de descanso, - Dirección envió mail informativo a los jefes de servicio para que pudieran hacer la difusión oportuna dentro de sus reuniones de equipo, -Elaboración de dípticos i posters en las unidades y habitaciones para visualización de pacientes y familiares.

Se realizaron cortes de prevalencia con observación directa para contabilizar las interrupciones en la preparación y administración de la medicación en 2 unidades de hospitalización: (la unidad piloto, con uso del chaleco) y otra unidad de similares características (unidad control, sin uso del chaleco). Evaluando la presencia o no de interrupciones por parte de profesionales y/o familiares en diferentes horarios.

Algunos de los resultados de las auditorias:

*Unidad control, sin uso del chaleco:

Hora 8:00. - mediana de 8 interrupciones a una enfermera durante el proceso de preparación y administración de medicación.

Hora 12:00. – mediana de 10 interrupciones...

Destacar que de estas interrupciones los familiares o pacientes participaban tan sólo en un 10%, el resto eran ocasionadas por los propios profesionales de la unidad o por los equipos de soporte (limpieza, admisiones, camilleros...).

*Unidad piloto, con uso del chaleco:

Hora 8:00. – mediana de 2 interrupciones a una enfermera durante el proceso de preparación y administración de medicación.

Hora 12:00. - mediana de 4 interrupciones...

Dados los resultados positivos del pilotaje esta acción se ha hecho extensiva al resto de unidades del hospital con muy buena acogida y valoración por parte de los profesionales implicados.

AUTORES: MIR ABELLAN, RAMON; MIQUEL NOGUERA, E; CRUZ ANTOLÍN, A; GALISTEO GARCIA, M; CABALLERO NIETO, M; FABREGAT MARCOS, R.

CENTRO DE TRABAJO: PARC SANITARI SANT JOAN DE DÉU.



ID: 369

TÍTULO: IMPACTO VISUAL EN LA FORMACIÓN SOBRE HIGIENE DE MANOS: HERRAMIENTA PARA LA CONCIENCIACIÓN.

RESUMEN:

Desde el 2009 se implementa el Proyecto de Higiene de Manos (HM) en nuestro hospital como parte de una línea estratégica en Seguridad del Paciente. Dicho proyecto se basa en la realización de formaciones presenciales de HM de forma semestral y observaciones directas siguiendo la metodología de la OMS una vez al mes en diferentes servicios del Hospital. En 2016 se llevan a cabo 731 observaciones y el cumplimiento total en HM es del 75%, por categorías profesionales el cumplimiento es: médicos 57'35%, enfermeras 82'04%, auxiliares 81'40%, otros 92'86%. La categoría con un cumplimiento más bajo es la del personal médico. Respecto a los 5 Momentos para la HM, el cumplimiento: pre-paciente es del 72'14%, pre-asepsia 66'67%, pos-líquidos corporales 85'71%, pos-paciente 73'39%, pos-entorno 84'21%. El punto más crítico y con mayor riesgo para el paciente es antes de la pre-asepsia.

Concienciar al personal sanitario de la eficacia de la HM mediante una dinámica formativa basada en la visualización de resultados y demostrar la efectividad en la disminución de la carga microbiana mediante el cultivo de la superficie de las manos.

En el mes de marzo del 2017 se realizan cuatro formaciones presenciales dirigidas a profesionales clínicos de diferentes categorías y servicios, especialmente personal médico. Se escogen de forma aleatoria a 3 asistentes en cada una de las formaciones. Antes de empezar la charla, se procede a la recogida de muestras de las manos mediante escobillón humedecido y se realiza una siembra en placa de petri de Agar Mueller-Hinton, que es un medio de cultivo no selectivo. Al final de la formación todos los asistentes ponen en práctica la técnica correcta de HM con Preparado de Base Alcohólica y se visualiza mediante una lámpara de luz ultravioletada. Se repite la recogida de muestra a los 3 asistentes elegidos anteriormente y se procede de nuevo a una siembra. Se remiten al laboratorio 24 muestras, 12 antes de una HM y 12 después de una HM y se cultivan durante 72 horas a 37 Cº. El recuento de las placas se realizó por observación directa de las Unidades Formadoras de Colonias (UFC)

Dado que no existe una escala de interpretación de resultados de UFC estandarizada que nos permita diferenciar entre manos sucias y manos limpias, se interpretan los resultados de forma visual midiendo la disminución de la carga microbiana.

Antes de la técnica de HM: 5 muestras dan un recuento < 100 UFC, 3 entre 101 y 200 UFC, 1 entre 201 y 300 UFC, 3 muestran más de 300 UFC

Después de la técnica de HM: 2 muestran un recuento de 0 UFC, 6 entre 1 y 10 UFC, 4 entre 11 y 40 UFC

El impacto visual de los cultivos antes y después de la HM hace que los profesionales tomen conciencia de la importancia que tiene una correcta HM en la prevención de las Infecciones Nosocomiales. Quedará pendiente el impacto de los resultados obtenidos en los cultivos en las formaciones de HM programadas en el segundo semestre de este año y el resultado del cumplimiento del profesional médico.

AUTORES: GONZALEZ RIPOLLES, ANTONIA; ESCOBAR JUAN, A.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL COMARCAL DE AMPOSTA.

ID: 370

TÍTULO: MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PROCESO TRANSFUSIONAL: DETECCIÓN DE INCIDENCIAS E IDENTIFICACIÓN DE ACCIONES A DESARROLLAR.

RESUMEN:

En mayo 2016 se implementó en nuestro hospital el Sistema de Seguridad y Trazabilidad corporativo de Osakidetza (GRICODE).

Conocer los problemas e incidencias.

Conocer el grado de cumplimiento del protocolo de identificación con la pulsera del sistema GRICODE.

Establecer potenciales acciones de mejora.

Registramos todas las incidencias de las solicitudes de componentes sanguíneos (CS) recibidas con el Sistema GRICODE durante los 6 primeros meses desde su implantación. Analizamos lugar y tipo de incidencia, evolución temporal de las mismas e implicación del personal relacionado con el proceso transfusional. No incluimos solicitudes urgentes o de extrema urgencia. Consideramos críticos las ausencias de registro de extracción e inicio de transfusión.

Analizamos 482 solicitudes. Detectamos que en un 2.7% (13/482) de las solicitudes faltaba registro de extracción y en 26.9% (130/482) no estaba registrado el inicio de la transfusión. De estos últimos había intento de hacerlo en el 50.85% (66/130) y faltaba en el 49.2% (64/130). Por Servicios, dónde más se repitió esta incidencia fueron las Unidades Médicas (UM) (33,3%), las Unidades Quirúrgicas (UQ) (23.8%) y Medicina Intensiva (UCI) (11.6%). Esta incidencia se registró sobre todo en el 1er trim. (61.5%, 80/130). En el 45.4% (219/482) de solicitudes faltaba el registro de fin de transfusión, y sólo se había intentado en el 36.1% (79/219). Dónde más se produjo esta incidencia fue en las UM (36.5% del total de solicitudes sin registro de fin) y en UQs (26.5%). En el 16.6% (80/482) no constaba registro ni de inicio, ni de fin con un 62.5% (50/80) en los que ni siquiera se había intentado. Las UM también eran las más implicadas (32.5%) con esta incidencia. Observamos disminución de esta incidencia entre el 1er trim (66.2%) y el 2º trim. (33.8%). En el 3.5% (17/482) de los casos se cortó o extravió la pulsera de trazabilidad y seguridad, fundamentalmente en quirófano (11/17, 64.7%). El retraso de inicio de transfusión desde la salida de la unidad del Servicio de Transfusión (ST) implicaba a 80 unidades de CS mayoritariamente en UCI (43.8%, 35/80). En el 16.6 % de las solicitudes (80/482) el inicio de la transfusión se retrasó más de una hora desde la salida del ST. Además en 4.6% (22/482) de los casos estaba implicado el personal del ST destacando falta de registro de salida (10/22), aceptación de solicitudes con falta de registro de extracción (4/22) y falta de registro de entrada (4/22).

A pesar de contar con un sistema de trazabilidad y seguridad informatizado, se precisó realizar actividades de refuerzo educativo sobre la importancia y el manejo del sistema GRICODE, causa mas frecuente de incidencias. El estudio ha motivado cambios como entregar una unidad de CS, salvo en sangrados activos relevantes y por último se infiere en la necesidad de monitorización continua de las incidencias. Los resultados se transmitieron a la Comisión de Transfusión para su conocimiento y para implementar estas mejoras.

AUTORES: ALVAREZ MOREZUELAS, MARIA NATALIA; SAEZ DE CASTILLO SEDANO, I; PÉREZ PACHON, L; COULLAUT GARCÍA, E; PEREDA VICANDI, A.

CENTRO DE TRABAJO: ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA ARABA-OSAKIDETZA.



ID: 371

TÍTULO: IMPACTO DEL MODELO EFQM EN EL 061 DE GALICIA

RESUMEN:

Detallar la experiencia de la gestión por procesos y de acciones de mejora en la Fundación Pública de Urgencias Sanitarias de Galicia 061

Determinar el impacto de las autoevaluaciones EFQM , conocer las actividades que más han incidido en la mejora de las puntuaciones y sus resultados en la obtención del sello +400.

Análisis de las autoevaluaciones EFQM realizadas en 2013 y 2015 mediante la descripción de las acciones de mejora y el estudio del impacto de las mismas en la autoevaluación EFQM realizada en el año 2015. En 2013 se realiza la cuarta autoevaluación mediante la herramienta Perfil evidenciándose como áreas de mejora destacadas: progresar en la obtención de resultados con tendencias elevadas de acuerdo a los objetivos estratégicos y procesos clave e implantar la nueva estrategia asociándola a indicadores estratégicos. Partiendo de estas áreas se estableció un plan de mejora global con acciones concretas en: estrategia (difusión del plan estratégico a los grupos de interés), personas (incremento de los grupos de mejora), procesos (revisión del Mapa de procesos y finalización de la Carta de servicios auditada), resultados en clientes (establecimiento de objetivos a las encuestas de percepción de los clientes), sociedad (revisión de indicadores e inclusión de nuevos indicadores como impacto de la formación en ámbitos de la sociedad) y resultados clave (revisión y establecimiento de objetivos en los indicadores clave).

Los resultados se presentan como los obtenidos en 2013 versus (vs) los obtenidos en 2015, con el porcentaje diferencial entre paréntesis. En el año 2013 en la autoevaluación realizada con la herramienta Perfil se obtuvieron 380 vs 435 puntos en 2015 (+14,47%) destacando: resultados clave 60 vs 75 en año 2015(+10%), estrategia 35 vs 43 en 2015 (+8%), resultados en clientes 55 vs 66 puntos en 2015 (+7%), resultados en personas 32 vs 40 puntos en 2015 (+7%) y resultados en la sociedad 22 vs 26 puntos en 2015 (+4%). Se realiza Memoria para optar al sello de excelencia 400+, obteniendo en la visita de validación por auditores externos del modelo una puntuación 400-450 puntos.

Concluimos que el principal hallazgo de nuestro trabajo es que el modelo EFQM ha permitido detectar áreas de mejora en la gestión de una organización compleja como la FPUSG-061 y establecer una trazabilidad entre las acciones de mejora y sus resultados en la organización. En concreto en el informe de validación destacan los incrementos respecto a la anterior visita obtenidos en estrategia (+10%), así como en los criterios resultados, mejorando todos respecto a la anterior evaluación pero destacando especialmente el los resultados en clientes (+10%), personas (+10%) y sociedad (+10%), lo que es coherente con los resultados obtenidos en la autoevaluación. Todo ello permitió, tras realizar la validación externa obtener el sello 400+ con una puntuación 400-450, lo que refuerza todavía más el modelo EFQM, al obtener puntuaciones similares con diferentes evaluadores.

AUTORES: CARTELLE PÉREZ, TERESA; IGLESIAS VÁZQUEZ, JA; BERNÁRDEZ OTERO, M; PENAS PENAS, M; BARREIRO DÍAZ, MV; CODESIDO MIRÁS, R.

CENTRO DE TRABAJO: FUNDACIÓN PÚBLICA URXENCIAS SANITARIAS DE GALICIA-061.



ID: 372

TÍTULO: MARATON DE SIMULACIÓN EL DIA MUNDIAL DE LA HIGIENE DE MANOS

RESUMEN:

La higiene de manos es la medida principal para intentar disminuir la infección relacionada con la asistencia sanitaria. Una mayor adherencia a este sencillo y eficaz procedimiento disminuye las tasas de infección y ayuda a luchar contra la resistencia antimicrobiana. La OMS estableció el día 5 de Mayo como el Día Mundial de la Higiene de Manos y cada año trabaja en campañas promocionales de esta práctica segura e invita a las instituciones sanitarias a adoptar dichas campañas. Nuestro centro se suma cada año a esta iniciativa y este año puso en marcha una maratón de simulación en higiene de manos.

Promocionar el cumplimiento de la higiene de manos entre los profesionales sanitarios de nuestro centro mediante la simulación situaciones clínicas reales, con la intención de conseguir profesionales reflexivos capaces de evaluar sus modelos mentales y corregirlos, generar crítica y autocrítica, y evaluar las condiciones latentes del sistema para mejorarlas.

Intentando realizar un enfoque innovador, el día 5 de Mayo se organizó una maratón de simulación de 24 horas, donde los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería) en grupos de 20 realizaban una sesión de una hora. Se planteó la utilización de la simulación como herramienta de aprendizaje, para trabajar las habilidades no técnicas y los factores humanos que pueden influir en la adherencia a la correcta higiene de manos durante la práctica habitual. Entendiendo que la forma de aprendizaje de los adultos requiere de la utilización de técnicas que tengan en cuenta su edad, madurez y las experiencias vitales que los condicionan, se pensó en la simulación como otra manera de aprendizaje. Se iniciaba con una introducción al entorno de simulación y el 'briefing' de la situación clínica, aleatoriamente se seleccionaban los profesionales que intervenían en el escenario interpretando un caso clínico con unas acciones predeterminadas sobre un muñeco del aula de simulación. Todo lo que ocurría en el aula se seguía desde fuera por el resto de participantes y se grababa. Posteriormente se realizaba el análisis en el 'debriefing' con el soporte audiovisual dirigido por una profesional experta en higiene de manos. Se evaluaba conjuntamente con todos los participantes las diferentes interacciones entre los profesionales y el muñeco. Se concluía con un resumen de lo aprendido. La experiencia fue valorada muy positivamente por los profesionales y se integró dentro de la jornada laboral.

Introducir técnicas novedosas de aprendizaje puede ayudar a motivar y concienciar a los profesionales sanitarios, para mejorar el cumplimiento de la higiene de manos y reforzar las prácticas seguras.

AUTORES: PARTERA LUQUE, M CARMEN; PIRIZ MARABAJAN, M; ORTIZ FERNÁNDEZ, JF; FERNÁNDEZ MORENO, I; SIMÓN NAVARRO, N; GASCH BLASI, O.

CENTRO DE TRABAJO: CONSORCI HOSPITALARI PARC TAULÍ.

ID: 374

TÍTULO: CÓMO NO HACER RADIOGRAFÍAS SIMPLES DE ABDOMEN INNECESARIAS EN URGENCIAS

RESUMEN:

La radiología proporciona información valiosa para la atención de muchos pacientes, pero conlleva riesgos y gastos, y no siempre es imprescindible para la toma de decisiones.

Los programas NO HACER impulsados por el Ministerio de Sanidad abogan por la seguridad del paciente, y en concreto el realizado por la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM) dedica 3 líneas en exclusiva a la radiografía simple de abdomen.

En el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM) se realizan en torno a 600 radiografías simples de abdomen cada mes, no todas ellas justificadas, según las guías de práctica médica.

Principal: optimizar el uso de la radiografía simple de abdomen en el Servicio de Urgencias mediante una intervención multimodal y mantener los resultados en el tiempo.

Secundarios: reducir la dosis de radiación recibida, evaluar la percepción y el conocimiento de los médicos peticionarios sobre el adecuado uso de la prueba, mejorar el tiempo de estancia media de los pacientes en la urgencia y reducir costes.

Se midió la adecuación al protocolo de las radiografías simples de abdomen realizadas en Urgencias en cuatro cortes transversales de una semana cada uno (enero y mayo de 2016 y enero y junio de 2017). También se midieron el número de radiografías realizadas por cada 100 pacientes que acudieron al servicio de Urgencias, los costes y el tiempo medio de estancia. En las cuatro evaluaciones, se pasó un cuestionario a los médicos peticionarios para evaluar los conocimientos sobre la justificación de la radiografía simple de abdomen.

A partir de la primera evaluación (enero de 2016) se llevaron a cabo diferentes intervenciones mantenidas para propiciar la mejora. Se utilizaron diferentes herramientas: protocolización y difusión de protocolos, formación, cartelería, tríptico de consulta y feed-back periódico.

En la primera evaluación se solicitaron 130 radiografías simples de abdomen (5,74% de los pacientes atendidos en Urgencias), de las cuales el 59,2% se adecuaba al protocolo.

La mejora fue progresiva, en la última evaluación se realizaron 74 radiografías simples de abdomen (2,36% de los pacientes atendidos en Urgencias), de las cuales el 75,7% se adecuaba al protocolo. Siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

La percepción y la formación de los profesionales acerca del buen uso de la radiografía simple de abdomen mejoró progresivamente (100% de los médicos fueron formados). También se ha reducido el tiempo medio de estancia en Urgencias, los costes y la radiación recibida por los pacientes.

Pequeñas intervenciones y la implicación de los distintos actores pueden lograr un gran impacto en la calidad asistencial y la seguridad del paciente. Es posible disminuir la radiación recibida, abaratar costes y mejorar la calidad de la asistencia sanitaria mediante una estrategia multimodal, y mantener los resultados en el tiempo.

AUTORES: TOLEDO BARTOLOMÉ, DANIEL; JURADO MACÍAS, P; SEVILLANO FERNÁNDEZ, JA; FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, C; LLORENTE PARRADO, C; DÍAZ-REDONDO, A.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN.



ID: 375

TÍTULO: AMPLIANDO EL ENFOQUE EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS A DIFERENTES ÁMBITOS ASISTENCIALES, APUESTA POR CALIDAD Y EFICIENCIA

RESUMEN:

Las caídas son un importante problema mundial de salud pública. Se calcula que anualmente se producen 424000 caídas mortales, lo que convierte a las caídas en la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionadas. Los ancianos son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas, y el riesgo aumenta con la edad según la OMS. Como paciente del Hospital, el niño y los tratamientos que recibe también pueden aumentar su riesgo de sufrir caídas.

Solo en España, en 2012, murieron 2.066 personas mayores de 65 años (INE 2015).

Con el envejecimiento progresivo de la población se prevé un aumento de la magnitud de este problema y de los costes que genera, el entorno hospitalario no es ajeno a este problema siendo necesario implementar medidas multidisciplinares para evitar las caídas y ampliar horizontes llegando con las medidas de prevención a la asistencia ambulatoria.

La Joint Commision International (JCI) incluye la reducción del riesgo de caídas como una de las metas incluidas en el área de seguridad del paciente en la acreditación de hospitales. Destaca la importancia de las medidas preventivas eficaces como la adecuada valoración del riesgo, el desarrollo de Protocolos de Prevención y establecer las caídas como indicador de calidad de la atención.

Identificar a los pacientes con riesgo de sufrir una caída.

Correcta definición y documentación de los pacientes de riesgo así como la intervención realizada.

Planificar una adecuada prevención primaria para evitar daños y secuelas derivadas de una caída que podría prolongar la hospitalización derivando en una disminución en la calidad de vida y aumento de los costes Sanitarios.

Revisión y actualización del Protocolo de Prevención de Caídas para las Unidades de Hospitalización de adultos, Unidades de Cuidados Críticos, Urgencias y Bloque Quirúrgico.

Se inicia la planificación y abordaje de medidas para la prevención de caídas en el paciente pediátrico hospitalizado y para los atendidos en el Hospital de forma Ambulante.

Proceso de implementación de las nuevas medidas para la prevención de caídas en todas las Áreas del Hospital, registro, seguimiento e inclusión en la Historia Clínica Electrónica utilizando la terminología NANDA, NIC, NOC.

Trabajo basado en la evidencia científica unificando la práctica en el cuidado dirigido a la prevención de caídas.

Se aborda la prevención de caídas de forma integral, desde la hospitalización hasta la educación sobre las medidas a seguir en el domicilio para disminuir este problema incluyendo la implicación de paciente, familia y/o cuidador.

Disminuir caídas y sus consecuencias.

Conseguir una adecuada documentación de valoración e intervención realizada para identificar áreas de mejora en la prevención de caídas.

Educar a paciente, familia y/o cuidador sobre las medidas preventivas para disminuir las caídas.

AUTORES: MATEOS-HIGUERA DEL OLMO, SACRAMENTO; MOLINA VILLAVERDE, DI; PUENTE GONZALEZ, DO; IZQUIERDO MEMBRILLA, IS.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN.



ID: 376

TÍTULO: IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN PRECOZ DE CUIDADOS PALIATIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE 3ER NIVEL

RESUMEN:

Nuestra institución es un hospital multicéntrico monográfico de cáncer que abarca la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Cuidados Paliativos (CP). La valoración multidimensional es la esencia del trabajo en CP al contemplar el control de síntomas de aspectos físicos, socio familiares, emocionales y espirituales. La atención urgente del paciente onco-hematológico depende del Servicio de Urgencias del hospital universitario general de referencia de nuestro territorio. Se contempla la intervención precoz del equipo de CP en el Servicio de Urgencias para valorar la atención asistencial y si se optimiza el impacto económico con tal intervención

Evaluar la atención asistencial e impacto económico en nuestro Servicio con la intervención precoz de CP y la valoración multidimensional en un servicio de Urgencias en un hospital de tercer nivel asistencial

Se valoran los pacientes onco-hematológicos que acudieron a Urgencias durante el período de junio 2016 a mayo 2017 y que fueron consultados al equipo de CP. Variables estudiadas: registro de valoración multidimensional de CP, días de ingreso en el Servicio de Urgencias, resolución de la gestión del caso, días de espera hasta la valoración de CP, días de espera desde la valoración de CP hasta el ingreso hospitalario en CP e impacto económico en CP con la gestión del caso

Los resultados son:

De los 44 casos revisados, fueron evaluables el 86,36% (n: 38). De ellos el 76,31% (29) tenían valoración multidimensional; un 40% de los pacientes fueron visitados el mismo día del ingreso en el Servicio de Urgencias, un 52,17% al día siguiente y un 8,69% a las 48 h. El 26% fue dado de alta a domicilio, centro de subagudos o centro sociosanitario, sin necesidad de ingreso hospitalario en nuestro servicio

Las conclusiones son:

- Se detecta un infrarregistro en las intervenciones de CP en el Servicio de Urgencias, siendo una acción de mejora para el próximo período la estandarización e implementación del registro de esta actividad
- Se garantiza la atención asistencial en relación a la valoración multidimensional de los pacientes con cáncer que son consultados al servicio de CP
- Se optimiza la gestión del caso a otro recurso sanitario más adecuado
- Ha supuesto un ahorro económico de coste de estancia media de 38.500 euros en relación a los pacientes dados de alta desde Urgencias

AUTORES: SERRANO BERMÚDEZ, GALA; LLORENS TORROMÉ, S; ARTIGAS LAGE, R; SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS; SERVICIO DE URGENCIAS; SERVICIO DE CALIDAD Y EQUIPO DE DOCUMENTALISTAS.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUTO CATALÁN DE ONCOLOGÍA.



ID: 377

TÍTULO: TRIGGER TOOLS VERSUS REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS EN MEDICINA INTERNA Y CIRUGÍA GENERAL DE UN HOSPITAL TERCIARIO

RESUMEN:

La identificación y análisis de Eventos Adversos (EAs) como sistema de aprendizaje y mejora de la seguridad del paciente, sigue siendo un reto. La revisión completa de historias clínicas resulta muy útil para detectar EAs, por encima de la notificación voluntaria, pero es un sistema muy costoso. Por ello se han propuesto herramientas como la metodología trigger tools cuya rentabilidad diagnóstica en los servicios de Medicina Interna y Cirugía General de un hospital de tercer nivel evaluamos en este trabajo

El objetivo de este estudio es evaluar la validez del sistema trigger tools del Institute for Health Care Improvement adaptado en los servicios de Medicina Interna, Cirugía General de nuestro hospital para la detección de eventos adversos. Además de estimar la tasa y la prevalencia, así como el tipo de los eventos adversos ocurridos en los servicios analizados, su gravedad y la frecuencia de los triggers asociados a éstos más frecuentemente

Se revisó retrospectivamente una muestra de historias clínicas de los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna (6840) y Cirugía General (3618) del hospital en el año 2016 con estancia superior a 24 horas, y se registró la ocurrencia, tipo y gravedad de eventos adversos ocurridos durante el ingreso, así como la existencia de alguno de los trigger de IHI modificado, para evaluar su rendimiento diagnóstico: sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, cociente de probabilidad positivo y cociente de probabilidad negativo, frente a la revisión de las historias clínicas completas.

Se revisaron 266 historias clínicas, 205 cumplían criterios de inclusión (118 Medicina Interna y 87 Cirugía General). En 86 de Medicina Interna (72,9%) y en 46 de Cirugía General (72,9%) se encontró algún trigger, y se relacionó con EA en 13 y 28 casos respectivamente. Comparativamente se encontraron 4 y 3 EAs no asociados a trigger. Lo que supuso una prevalencia de 14,4 % de EAs en los pacientes ingresados en Medicina Interna, y de 35,6% en Cirugía General. 6 de estos EAs fueron graves, 4 de ellos en medicina Interna y 2 en Cirugía General. El sistema de trigger mostró una sensibilidad de 0,8 (0,5-0,9) y una especificidad de 0,3 (0,2-0,4) en Medicina Interna, mientras que la sensibilidad fue de 0,9 ((0,8-1,0) y la especificidad de 0,7 (0,6-0,8) en Cirugía General. El Cociente de Probabilidad Positivo y Odds Ratio Diagnóstica fueron de 1,1 (0,8-1,4) y de 1,2 (0,4-4,1) en Medicina Interna, mientras que en cirugía General fue 3,6 (2,3-5,8) y 28,0 (7,4-106,5) respectivamente. El trigger más frecuente en ambos servicios fue la atención en Urgencias en 30 días tras el alta.

El sistema de trigger utilizado tuvo mejor rentabilidad diagnóstica en los pacientes ingresados en Cirugía General. En este servicio la prevalencia encontrada de EAs ha sido mayor que en Medicina Interna, aunque de menor gravedad.

AUTORES: DÍAZ-REDONDO, ALICIA; CHALCO DORREGO, JP; TORIBIO VICENTE, MJ; LLORENTE PARRADO, C.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN.

ID: 378

TÍTULO: GESTION DEL CAMBIO ORGANIZACIONAL SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS. PACIENTE 2.0

RESUMEN:

En colaboración con la Unidad Web de la DGCAS (Dirección General de Coordinación Sanitaria), y mediante las herramientas corporativas del SERMAS y de la Comunidad de Madrid se impulsa desde el Servicio de Informática y Comunicaciones, una renovación en la página web. Se espera que este proyecto sirva de lanzadera hacia un posicionamiento más adecuado que permita a la organización estar presente en el paciente del siglo XXI, paciente 2.0, que quiere ser partícipe de su propia asistencia. Esta nueva web albergará contenidos de utilidad para el ciudadano / paciente. Su desarrollo se realizara sin abandonar el marco institucional, abordando los temas desde una perspectiva más moderna, dirigido al corazón del sistema: el ciudadano/paciente.

- Dotar al servicio de imagen de marca propia, desvinculando la misma de otros servicios de emergencia.
- Hacer al paciente participe de su propia asistencia, por medios electrónicos. Paciente 2.0.
- Modernizar, la filosofía de la organización.
- Preparar el escenario para el posicionamiento oficial en redes sociales y medios digitales más adelante.
- Ofrecer (ofertar) al ciudadano de contenidos de su interés.
- Fomentar su conocimiento así como su responsabilidad en la utilización de los medios que el sistema sanitario pone a su disposición.
- Crear canales de comunicación que humanizan, por y para el paciente, desde el propio ámbito institucional.
- Educar a la población sobre cómo se debe actuar ante una emergencia sanitaria.

PLATAFORMA DRUPAL: Herramienta corporativa de la Comunidad de Madrid para la gestión de contenidos en páginas web. Como principal novedad las páginas web creadas con esta herramienta son accesibles desde cualquier dispositivo multimedia, sin necesidad de adaptarlos.

METODOLOGIA:

1. Elección de los contenidos que queremos incluir.
2. Establecer áreas funcionales responsables de dicha información, para sus actualizaciones.
3. Estructurarlos de manera accesible para los usuarios.
4. Crear grupos de trabajo dentro de las áreas funcionales afectadas.
5. Validación institucional.
6. Estudiar posibles enlaces, con contenidos de interés elaborados por otras instituciones sanitarias.
7. Obtener una maqueta de la primera versión.
8. Mejorar la versión estableciendo ciclos PDCA.
9. Formación y entrenamiento de las áreas funcionales, para el posterior mantenimiento de la información.
10. Establecer los circuitos para la validación de la información, no solo dentro de la organización sino también de estamentos superiores.
11. Publicar la primera VERSION en el entorno real.
12. Someter la pagina a la mejora continua mediante ciclos PDCA.
13. Mantenimiento real de los contenidos

La página web será publicada, tras la validación institucional, el próximo 30 de Junio de 2017. Por lo que a fecha del congreso tendremos datos objetivos de visitas e impacto en el ciudadano. Se analizará también como ha impactado en los profesionales el nuevo escenario.

AUTORES: RODRIGUEZ RODIL, NURIA MARIA; MARTINEZ GOMEZ, JM; MEDRANO MARTINEZ, MJ; COLOMER ROSAS, A; SOLANO LOPEZ, R; BUSCA OSTOLAZA, P.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA112.



ID: 379

TÍTULO: MEJORA DE LA CAPTACIÓN CIUDADANA A LAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS GRUPALES EN ATENCIÓN PRIMARIA: APLICACIÓN EPSALUD

RESUMEN:

Dentro de los criterios de planificación de las intervenciones educativas grupales (IEG) nos encontramos la fase de captación, que históricamente ha sido causa raíz del fracaso de implantación de multitud de IEG, por la dificultad en el reclutamiento de la población diana. El grupo funcional de diseño y desarrollo de EpSALUD (aplicación informática de Atención Primaria (AP) de registro normalizado de IEG e intervenciones comunitarias) se plantea cubrir esta necesidad, desarrollando una nueva funcionalidad que permite gestionar la fase de captación externa informáticamente para que se puedan visualizar los talleres por todos los profesionales sanitarios y no sanitarios de los centros de salud (CS) y consultorios (C) de la Comunidad de Madrid (CM) y así puedan ser prescritos por los profesionales sanitarios y socio sanitarios, aunque ellos no sean los responsables de los mismos. Con este diseño pretendemos mejorar la eficiencia en la gestión de coordinación de la fase de captación de las IEG entre el 100% de CS (262) y consultorios (162). Entendiendo el desarrollo de la activación de la FCE como: 1/ Herramienta para mejorar la accesibilidad de los ciudadanos de forma equitativa a las IEG indistintamente de cuál sea su CS asignado; 2/ Visor de mapa del 100% de IEG en FCE de la CM. 3/ Facilitador de la coordinación de las IEG entre CS. 4/ Facilitar la implantación de IEG que no se realizaban por falta de aforo.

Analizar el grado de usabilidad de la FCE de las IEG realizadas en los CS de AP.

Diseño: Estudio descriptivo transversal de la FCE. Periodo: julio 2016 a mayo 2017. Ámbito: CS de AP.

Unidad de estudio: IEG en FCE con registro activo. Fuente: base de datos de la aplicación EpSALUD. Variables: nº talleres en FCE; nº CS distintos que han creado talleres FCE; nº consultorios con talleres en FCE; nº ciudadanos inscritos en talleres en FCE; media % de plazas reservadas para CE y responsable de IEG; % Profesionales. La distribución de variables expresada en frecuencias absolutas y porcentajes.

Tras año de implantación de nueva funcionalidad de FCE en aplicación EpSALUD los resultados son: Nº talleres en FCE: 275; Nº ciudadanos inscritos en estos talleres: 3620 (de los cuales, 1089 de distinto centro al que imparte taller); Nº CS distintos que han creado talleres en FCE: 83; Nº de consultorios distintos que han creado talleres en FCE: 2; 32,57% de media de plazas reservadas para CE y responsable de IEG; La FCE da cobertura a 12.327 profesionales sanitarios y no sanitarios permitiendo la accesibilidad a los 6.588.761 ciudadanos de los 262 CS y 163 C. Podemos decir que la adecuación tecnológica de la aplicación EpSALUD: 1. Favorece la accesibilidad ciudadana pudiendo preinscribirles al 100% de IEG en FCE indistintamente de su CS asignado. 2. Permite conocer mapa de IEG en FCE de la CM para que puedan preinscribir a los ciudadanos, tanto en consulta de AP como en áreas administrativas. Ampliación de resultados en congreso.

AUTORES: DEL REY GRANADO, YOLANDA; HERNÁNDEZ PASCUAL, M; SÁNZ DEL OSO, J; VICENTE DEL HOYO, M; ESTEVEZ MUÑOZ, JC; BECERRIL ROJAS, B.

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

ID: 380

TÍTULO: ANÁLISIS DE RIESGOS APLICADO A LOS PROCESOS DE LOS SERVICIOS DE FARMACIA HOSPITALARIOS

RESUMEN:

La norma ISO 9001:2008 ha sido revisada y actualizada en la nueva versión 9001:2015. Los principales cambios que incorpora la nueva versión son:

- Enfoque por procesos
- Análisis basado en riesgos
- Ciclo de la mejora continua o PDCA

Ante la necesidad de distintos servicios de farmacia (SF) hospitalarios de preparar la acreditación según la ISO 9001:2015, se creó un grupo de trabajo formado por farmacéuticos hospitalarios, con el soporte de un consultor y el respaldo de una sociedad científica y un colegio profesional, que ha elaborado un modelo estándar y consensuado para el análisis de los riesgos.

Principal: definir una matriz de riesgos de los procesos comunes de los SF hospitalarios.

Secundarios:

- Facilitar la obtención de la certificación ISO 9001:2015 o su recertificación
- Incorporar medidas de mejora en las áreas identificadas de mayor riesgo
- Establecer una metodología de trabajo basada en la mejora continua

Se convocó a los jefes de SF para explicar la iniciativa e identificar los centros interesados en formar parte del grupo de trabajo. Se determinaron los procesos comunes a los SF y se distribuyeron entre los miembros del grupo.

Se identificaron 24 procesos, entre ellos: dispensación paciente hospitalizado y externo, atención ambulatoria y primaria, farmacotecnia, ensayos clínicos, información y uso seguro del medicamento.

Para el análisis y evaluación de los riesgos y oportunidades se realizaron sesiones quincenales de tres horas entre septiembre de 2016 y abril de 2017. Antes de cada sesión el responsable del proceso hacía llegar al resto del grupo la matriz de riesgos a trabajar.

La metodología utilizada en el grupo fue:

1. Identificar los riesgos, considerando las causas, circunstancias o actos que suceden o no, y las consecuencias.
2. Analizar y evaluar los riesgos previamente identificados según la probabilidad de que sucedan y la gravedad.
3. Definir el control de los riesgos: evitar o asumir el riesgo, eliminar la fuente, cambiar probabilidades o consecuencias, compartirlo o mantenerlo.
4. Realizar seguimiento: decidir acciones de mejora, planificarlas, implantarlas y hacer un seguimiento para verificar su eficacia y si es necesario empezar de nuevo el proceso de análisis.

Los riesgos y oportunidades evaluados se han incorporado a una matriz común, que contiene todos los procesos revisados y que han sido presentados en una sesión de cierre.

A partir de este punto, cada servicio de farmacia debe:

- Simplificar y agrupar los riesgos identificados y eliminar aquellos que no apliquen.
- Adaptar la descripción de los riesgos a la realidad del SF.
- Consensuar con los implicados las acciones potenciales.
- Priorizar y poner en marcha las acciones.
- Hacer seguimiento de las acciones.

El trabajo conjunto del grupo ha sido muy bien valorado por los participantes, ya que se traducirá no tan sólo en una ayuda para la obtención de la certificación ISO, sino que mejorará la seguridad y la eficiencia de todos los procesos analizados.

AUTORES: MASSANÉS GONZALEZ, MARTA¹; AGUSTÍ MARAGALL, C²; ARRANZ CASTELLA, T³; FUSTER I BARRERA, M⁴; RECHA SANCHO, R⁵; VAL LEÓN, M⁶.

CENTRO DE TRABAJO: SOCIETAT CATALANA DE FARMÀCIA CLÍNICA¹; CONSORCI SANITARI DEL MARESME²; HOSPITAL COMARCAL DE L'ALT PENEDÈS³; CONSORCI SANITARI DE TERRASSA⁴; HOSPITAL COMARCAL MORA D'EBRE⁵; INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA⁶.



ID: 381

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE UN CATÁLOGO COMÚN DE OBJETIVOS COMO INSTRUMENTO HOMOGENEIZADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

La Dirección de Atención Primaria (DAP) tiene una población asignada de 1.349.788 personas y un total de 4.375 profesionales. Desde el año 2014 se apostó por la gestión por procesos. Por este motivo, en el año 2015, y partiendo del Plan Estratégico territorial, la DAP acordó la creación de un catálogo común de objetivos que garantizara criterios uniformes de evaluación de resultados en el territorio.

Disponer de un catálogo común de objetivos y un seguimiento de resultados en un Cuadro de Mando territorial, accesible a todos los profesionales del territorio.

Durante el año 2014, la dirección de Atención Primaria (AP) detectó la necesidad de crear un catálogo común de objetivos con el fin de homogeneizar los criterios de valoración y evaluación de los indicadores vinculados a la gestión por procesos y a la Dirección por Objetivos (DPO).

Por este motivo, en el primer trimestre del 2015, la Secretaría Técnica elaboró una propuesta de catálogo que fue posteriormente aprobada por la dirección. Cada objetivo está asociado a una ficha específica, donde se recogen, entre otros: descripción del indicador, método de cálculo, criterios de inclusión/exclusión y estándares propuestos en base a la bibliografía existente.

Este catálogo se actualiza anualmente y para su elaboración se tienen en cuenta los siguientes aspectos: revisión de resultados del año anterior, propuestas recibidas de los profesionales y equipos directivos de AP, detección de nuevas áreas de mejora, así como los objetivos estratégicos marcados desde el Plan de Salud o el Plan Estratégico Territorial.

El catálogo está disponible en la Intranet corporativa, y el seguimiento periódico de los resultados se publica trimestralmente en el Cuadro de Mando territorial, al cual tienen acceso todos los profesionales.

El catálogo es una herramienta operativa, útil como guía y soporte para los diferentes equipos directivos que permite disponer desde inicios de año de los objetivos operativos a trabajar durante el año.

El cuadro de mando ayuda a realizar un ejercicio de transparencia y equidad para el conjunto de la organización dada la visibilidad de resultados de todos los centros de AP por parte de la totalidad de profesionales de este nivel asistencial.

La disponibilidad inmediata de información de resultados en AP desde cualquier punto de la organización, facilita la toma de decisiones a los equipos directivos.

AUTORES: MARTÍNEZ CANTARERO, CARMEN; RECASENS CALVO, I; MORENO MILLÁN, N; REINA RODRÍGUEZ, D; LOZANO ROMERA, E; HERNÁNDEZ VIAN, O.

CENTRO DE TRABAJO: SECRETARIA TÈCNICA. DIRECCIÓ D'ATENCIÓ PRIMÀRIA METROPOLITANA NORD.

ID: 382

TÍTULO: COMITÉS DE TUMORES: TRAZABILIDAD DE LA ACTIVIDAD, ADECUACIÓN DE INFORMES Y REPRESENTATIVIDAD MULTIDISCIPLINAR.

RESUMEN:

El ámbito del estudio es un hospital universitario de 3r nivel que dispone de 616 camas de hospitalización. 164 profesionales de diferentes disciplinas son miembros de los 18 comités de tumores (CT).

En el análisis previo realizado sobre el funcionamiento de los CT se constataron deficiencias: ausencia de un modelo de acta individual consensuado por cada CT que dificultaba la trazabilidad de las decisiones; variabilidad en la estructura y contenido de los informes de anatomía patológica; ausencia de indicadores de actividad y de calidad de los CT; desactualización de protocolos de tumores; dificultad en la sustitución de los miembros de los CT en periodos vacacionales.

1. Disponer de un modelo de acta individual de paciente en la historia clínica informatizada (HCI) que permita la fácil trazabilidad de las decisiones tomadas en los CT
2. Elaborar modelos estandarizados de informes de anatomía patológica por tumores
3. Realizar seguimiento de la actividad realizada por los CT mediante el análisis de indicadores
4. Actualizar los protocolos de tumores integrando diagnóstico, tratamiento y seguimiento
5. Lograr la asistencia regular de los miembros de cada especialidad de los CT durante el periodo vacacional

Durante 2016 se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- búsqueda de información en base de datos de comités y comisiones
- reuniones con los CT, dirección de sistemas de información, anatomía patológica, coordinadores y secretarías de CT
- diseño con los CT y sistemas de información de un modelo de acta individual de paciente para incorporar a la HCI
- propuesta de los patólogos a los CT para la elaboración de informes estandarizados por tumores, que incluyan las variables que aconsejan los estándares validados por los colegios americano y británico de patólogos y las guías del libro blanco (SEAP)
- soporte metodológico para la elaboración de protocolos por parte de la Dirección de Calidad y la comisión de tumores
- reuniones de evaluación y seguimiento con todos los CT a los que se les proporcionó un cuadro de mando de indicadores consensuado
- planificación de las substituciones de los miembros de los CT con las especialidades implicadas

Se puede hacer la trazabilidad de las decisiones adoptadas por los CT a través de las actas individuales incorporadas a la HCI. Estas representan el 94% de los casos presentados.

Se ha estandarizado el informe de anatomía patológica para tumores de mama, colon, pulmón, laringe, próstata, vejiga, páncreas.

Se han establecido indicadores de actividad de los CT y se están desarrollando indicadores cualitativos específicos para cada tipo de tumor.

Se han actualizado 5 protocolos y se están revisando el resto.

Se ha sustituido el 75% de los miembros de los CT durante el periodo vacacional.

Se constata: la desaparición de la variabilidad de los informes estandarizados de 7 tipos de tumores, la trazabilidad de las actas de los CT y un aumento de la representatividad en los comités.

AUTORES: POCINO CAMPAYO, ANGELICA; TARRAGA PEREZ, M; GARCÍA OLIVÉ, O; MATE SANZ, JL; FONT POUS, A; BALLESTER ROCA, M.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL.



ID: 383

TÍTULO: NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES Y SEGURIDAD CLÍNICA DE LOS PACIENTES

RESUMEN:

A raíz de la revisión del protocolo de anticoagulación oral en nuestro equipo de atención primaria de una Área Básica de Salud urbana de 15563 habitantes con aproximadamente el 19% mayores de 65 años, se nos plantearon diversas preguntas dirigidas a la mejora de los pacientes de nuestro entorno tratados con los nuevos anticoagulantes orales (NACO), con indicación y seguimiento específico para diferenciarlo del clásico ACO (Warfarina y Acenocumarol) con controles y seguimientos muy periódicos.

Al no tener tan sistematizado el seguimiento ,tenemos la percepción que existe una cierta banalización del riesgo tanto por parte de los profesionales como de los pacientes.

Pensábamos que los Médicos de Familia deberíamos aumentar nuestro papel en el diagnóstico, seguimiento y la adecuación de la prescripción en estos pacientes. Por lo que necesitábamos conocer la situación actual y nos planteamos la revisión de estos casos durante el 2016 para identificar las acciones de mejora.

1. Mejorar la adecuación de la indicación de uso de NACO, según criterios del protocolo de anticoagulación en Atención Primaria.

2. Asegurar el seguimiento de acuerdo al protocolo de los pacientes tratados con los nuevos anticoagulantes orales.

Estudio descriptivo del proceso diagnóstico y de seguimiento de los pacientes tratados con NACO en el periodo entre el 01/01/2016 y el 31/12/2016 ambos inclusive.

VARIABLES

Edad, Sexo,

Tipo de NACO, Incidentes graves (requieren valoración hospitalaria),

Diagnóstico

Profesional que inicia la prescripción y seguimiento,

Registro de CHA2DS2 -VASC y HAS BLED,

Análíticas de seguimiento con perfil hepático y /o renal.

N: 53. Edad: < 60a.: 2, de 60a 74a :21, >75a: 30. Sexo: H 26, M 27. NACO : dabigatran 23, apixaban 22, rivaroxaban 8. N. incidentes graves : 4, Diagnóstico : Ac x FA 48, Flutter atípico 2, desconocido 2, TVP 1. Quién diagnóstica : cardiología 32, hematología 5, Médico de familia 6, urgencias 4, otros 6. Seguimiento :cardiología 13, hematología 13, Médico de familia 25, no consta 6. Registro CHADS VASC 5, HAS BLED 5, CHADS VAS + HAS BLED 3. Analítica : ninguna :12, 1 : 15, > o igual a 2: 26. Función renal alterada : 2 analíticas, Función hepática alterada : 3.

Conclusión:

Los NACO no requieren controles tan periódicos como los ACO tradicionales, por lo que ni los profesionales ni los pacientes somos tan conscientes de la necesidad de seguimiento poniendo en riesgo la seguridad del paciente, evitando complicaciones posteriores.

La manera de trabajar ha sido: derivación a la consulta especializada para la identificación y confirmación del diagnóstico e inicio del tratamiento anticoagulante dejando a elección de estos el entorno de seguimiento.

La revisión de los casos nos ayudó a tomar conciencia del papel de la Atención Primaria en un proceso de riesgo tan prevalente.

AUTORES: DEL AMO BENITO, M^a SOCORRO; FOLCH PUJOL, S; GRIVE ISERN, M; MARTIN LORENTE, A; NIEVAS DIAZ, N; PRIETO CID, M.

CENTRO DE TRABAJO: CAP TARRACO.



ID: 384

TÍTULO: LA CIRUGÍA PRECOZ EN PANCREATITIS AGUDA AHORRA REINGRESOS, SUS RIESGOS Y GASTOS ASOCIADOS

RESUMEN:

La pancreatitis aguda es un proceso asociado a una mortalidad entre el 5 y el 25%. La causa biliar es la más frecuente en nuestro medio (40-70%). Los pacientes con un primer episodio de pancreatitis aguda de origen biliar tienen un riesgo de recidiva del 25% durante los siguientes 6 meses, y de complicaciones en cada episodio del 25%. Aunque las guías clínicas indican realizar una colecistectomía lo antes posible e idealmente en el mismo ingreso por pancreatitis aguda leve, siempre que no haya contraindicación, ésta no siempre se realiza, por lo que con frecuencia los pacientes sufren nuevos episodios, con el riesgo de complicaciones y el gasto que ello supone. Estimar cuántas pancreatitis agudas evitaríamos siguiendo las recomendaciones de tratamiento quirúrgico precoz de las guías clínicas, así como el coste por las estancias potencialmente evitables asociadas a estos reingresos.

Tras seleccionar del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) de 2014 y 2015 del hospital los pacientes ingresados por pancreatitis aguda de origen biliar con al menos un segundo episodio de pancreatitis aguda, colecistitis aguda o colangitis, se revisaron sus historias clínicas y se seleccionaron aquellos pacientes a los que no se les había realizado colecistectomía precoz (durante el ingreso o en las semanas próximas a éste), a pesar de tener indicación de ésta, según las recomendaciones de las actuales guías de práctica clínica. También se calculó el coste añadido del total de estancias que supusieron los reingresos, a partir de la estancia media de estos procesos y el coste medio por estancia.

Se identificaron 110 pacientes con un primer episodio de pancreatitis aguda de origen biliar que tenían al menos un segundo episodio de pancreatitis aguda, colecistitis aguda o colangitis, durante este periodo. Tras la revisión de historias clínicas, se detectaron 40 pacientes con indicación de cirugía precoz y con al menos un reingreso por las patologías anteriormente descritas. Hubo un total de 56 reingresos: 28 de los pacientes tuvieron dos ingresos, mientras que 8 tuvieron tres episodios y 4 tuvieron cuatro episodios. Cuando se produjo el segundo episodio el 50% (n=20) de los pacientes se encontraba en espera de consulta de Cirugía General. El coste añadido por estas estancias potencialmente evitables fue de 601.558 €.

Este trabajo muestra cómo la colecistectomía precoz tras un primer episodio de pancreatitis aguda de origen biliar, tal como recomiendan las guías de práctica clínica de esta patología, hubiera evitado que un alto número de pacientes sufriera las recidivas de este proceso, poniéndoles en riesgo de complicaciones e incluso de muerte. Además, puesto que la colecistectomía debe realizarse en todos los casos salvo contraindicación, realizarla de forma precoz permite ahorrar los nada despreciables costes asociados a las recidivas y/o complicaciones de este proceso.

AUTORES: DÍAZ-REDONDO, ALICIA; HERNANDO ALONSO, AI; IZQUIERDO DEL MONTE, G; GUTIÉRREZ GONZÁLEZ, E; MARÍN JIMÉNEZ, I; MENCHÉN VISO, LA.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN.



ID: 385

TÍTULO: NOTIFICACIONES DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DE PACIENTE EN EL INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA GIRONA 2017

RESUMEN:

El paciente oncológico, por la propia patología y por los tratamientos a los que están sometidos, que son de alto riesgo, nos ha llevado a establecer estrategias para la mejora de la seguridad del paciente. La notificación de las incidencias y la gestión de estas ha sido, entre otras, una herramienta utilizada en la gestión de la seguridad del paciente. El TPSC Cloud[®] es la aplicación informática que se utiliza para la notificación.

Analizar las notificaciones de incidentes relacionados con la seguridad del paciente durante el período de enero a junio de 2017 en el ICO de Girona

Notificaciones voluntarias realizadas por los profesionales en la herramienta informática de notificación y gestión de incidencias que proporciona el Departament de Salut (TPSC Cloud[®]).

Las notificaciones son analizadas y gestionadas periódicamente por un grupo multidisciplinar según el área y el tipo de incidente.

Los incidentes relacionados con medicamentos y caídas, además, son analizados y gestionados en el ámbito corporativo por los grupos de prácticas seguras de la unidad funcional de seguridad de pacientes, con la finalidad de establecer estrategias de mejora.

Trimestralmente, se reportan los resultados al comité asistencial del centro haciendo un seguimiento de estos y de la eficacia de las acciones de mejora.

Resultados:

De las 80 notificaciones las que presentan más incidencia son las relacionadas con medicación, 72.5% del total (50% se relacionan con el proceso de prescripción, el 50% restante con la administración, dispensación y gestión interna). Las caídas y los incidentes relacionados con procedimientos clínicos representan el 11.25% en cada uno de ellos. El 2.5% de incidentes son de gestión administrativa. Relacionados con identificación de pacientes y nutrición 1.25% para cada uno.

Según el riesgo, el 56,25% son de riesgo bajo, el 22.5% muy bajo y el 21.25% riesgo moderado

El 56.25% de las notificaciones se producen en hospitalización, 38.75% en área ambulatoria (20 en hospital de día y 11 en radioterapia) y 5% en farmacia. Representan el 68,75% el servicio de oncología, el 17.5% hematología i el 13.75% radioterapia.

Aproximadamente el 50% de las notificaciones están gestionadas y cerradas por parte de un equipo multidisciplinar.

Durante el primer semestre de 2016 se han realizado 2 presentaciones de resultados en el comité asistencial.

Conclusiones:

Las incidencias más notificadas son las relacionadas con la medicación.

No existen notificaciones con riesgo alto o extremo.

Implicación en la gestión y cierre de las notificaciones y de los responsables asistenciales.

AUTORES: BRAO PÉREZ, IMMA; AUGER ALBERTÍ, E; FLAQUER RIFÉ, S; VELASCO GONZÁLEZ, A; FONOLL LLUIS, J; SIN RODRIGO, R.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA DE GIRONA.



ID: 386

TÍTULO: 15 AÑOS DE FRACTURA DE CADERA EN ESPAÑA: UNA HISTORIA DE VARIABILIDAD

RESUMEN:

La fractura de cadera es un problema de salud pública, con gran impacto socioeconómico y en la calidad de vida de la población. Su incidencia aumenta con la edad, y es más frecuente en las mujeres. Hay pocos estudios epidemiológicos sobre la evolución de la fractura de cadera en España, d alcance variable, que ofrecen una visión parcial de incidencia y tendencias.

Exponer la evolución de las fracturas de cadera en mayores de 64 años en España y su mortalidad hospitalaria. Describir las diferencias temporales y entre sexos, grupos de edad y Comunidades Autónomas (CCAA).

Análisis descriptivo longitudinal retrospectivo a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos de fracturas de cadera de España entre 1997 y 2015. Criterios de inclusión: diagnóstico principal de fractura de cadera y mayores de 64 años. Se calcularon las tasas de fractura de cadera por grupos de edad, sexo y CCAA analizando su evolución y variabilidad. Se analizaron la mortalidad, estancia prequirúrgica y hospitalaria, intervención quirúrgica y tipo, y se relacionaron con grupos de edad, sexo y CCAA buscando diferencias significativas. Se ajustaron las tasas por método indirecto con datos de población y mortalidad española del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Se identificaron 784.097 fracturas de cadera (554,8 por 100.000 habitantes). 77% mujeres, edad media 82,9 años, 13 de estancia media hospitalaria (4 prequirúrgica). La mortalidad fue de 5,7%. El crecimiento de la tasa fue de 4,6 fracturas/100.000 habitantes/año. La mortalidad aumentó hasta 2002 (6,2%) y fue decreciendo hasta 2015 (5,3%). La tasa de fracturas fue mayor en el grupo de mayores de 84 años, y creció paulatinamente, no así en el grupo de 65 a 84 años. No hubo diferencias en cuanto al sexo a lo largo del tiempo.

CCAA con mayor tasa de fracturas: Melilla, Castilla La Mancha, Cataluña, Aragón y La Rioja. CCAA con tasas más bajas: Canarias, Galicia y País Vasco. La mortalidad fue mayor en Ceuta, Aragón y Melilla y menor en La Rioja, Canarias y Baleares. La Rioja, Baleares y Comunidad Valenciana tuvieron menor estancia hospitalaria (9,3; 9,8 y 10,5 días respectivamente) y Canarias, Madrid y Melilla las que presentaron mayor estancia hospitalaria (superior a 16 días). El 93,9% de los pacientes fueron intervenidos. El porcentaje de episodios intervenidos se incrementa año tras año (88,9% en 1997 Vs 95,7% en 2015). Los procedimientos más frecuentes fueron reducción cerrada (40,2%), prótesis parcial de cadera (30,8%) y reducción abierta (21,8%). La mortalidad en los intervenidos fue de 3,9%, y en los no intervenidos fue de 21,4%.

Se detecta un aumento de la tasa de fracturas de cadera en España, principalmente en mayores de 84 años, similar en ambos sexos. Existe gran variabilidad entre las CCAA tanto en la tasa de fracturas, en la mortalidad asociada y en la estancia hospitalaria. Se observa un aumento del porcentaje de pacientes intervenidos y una disminución de la mortalidad hospitalaria en los últimos años.

AUTORES: TOLEDO BARTOLOMÉ, DANIEL¹; JURADO MACÍAS, P²; DÍAZ REDONDO, A³; PLA MESTRE, R⁴; LLORENTE PARRADO, C⁵; MOLINA VILLAVERDE, D⁶.

CENTRO DE TRABAJO: H.G.U. GREGORIO MARAÑÓN¹; H. INFANTA LEONOR²; H.G.U. GREGORIO MARAÑÓN³; H.G.U. GREGORIO MARAÑÓN⁴; H.G.U. GREGORIO MARAÑÓN⁵; H.G.U. GREGORIO MARAÑÓN⁶.



ID: 387

TÍTULO: MEJORANDO EL MEDIOAMBIENTE EN UN HOSPITAL TERCIARIO

RESUMEN:

Aunque el Hospital está certificado por la Norma UNE-EN ISO 14001:2015, al realizar las auditorías internas de la Norma UNE-EN ISO 9001:2015, comprobamos que la segregación de residuos no era adecuada, siendo un elemento importante en el proceso de salud – enfermedad, así como de relevancia económica. Una mala segregación y manejo de residuos hospitalarios aumenta el problema medioambiental y económico, probablemente por falta de conocimiento y/o prácticas inadecuadas por parte de los profesionales

Analizar cómo se segregan los residuos en los Servicios certificados según la Norma UNE-EN ISO 9001:2015

Mejorar sustancialmente la segregación respecto a la situación inicial

Diseño: Evaluación antes-después de implantar acciones de mejora

Alcance: Se han auditado 26 Servicios/Unidades certificadas por la Norma UNE-EN ISO 9001:2015 del Hospital

Herramientas: Dos períodos de evaluación: preintervención y pos intervención.

- Preintervención: Se realizó una auditoría para la segregación de residuos en los distintos Servicios/Unidades certificadas, utilizando una ficha de recogida de datos, con apoyo de registros fotográficos y las incidencias más importantes de cada Servicio/Unidad. Se analizaron los resultados y se envió un informe a cada uno de ellos recogiendo el % e incidencias.

En coordinación con Servicios Generales y la empresa contratada por el Hospital, se dieron sesiones formativas a todo el personal implicado y se actualizó la cartelería

- Postintervención: Se realizará en el mes de octubre una nueva auditoría para comprobar las mejoras implantadas

Evaluación preintervención:

Destacan varias incidencias comunes a varios Servicios/Unidades:

1. En las áreas de almacenaje intermedio existen bolsas para depósito de residuos de clase II colocada en su soporte correspondiente, pero existen también varias bolsas verdes cerradas amontonadas en el suelo, sin soporte ni contenedor adecuado para traslado interno.
2. Dentro del contenedor destinado a la eliminación de residuos de clase III (cubo negro) se depositan los contenedores de residuos punzantes y cortantes, que deben almacenarse de forma independiente en los contenedores amarillos destinados para tal fin
3. En bolsas verdes se han desechado cajas de cartón, que deben ser eliminadas en su contenedor correspondiente para proceder al reciclaje del mismo (cajas de cartón/papel para reciclar).
4. Las etiquetas para la identificación de residuos sin la fecha de envasado cumplimentada, se etiqueta cuando se cierra el envase, en algunos sitios no se están utilizando las nuevas etiquetas.
5. En algunos sitios el almacenamiento de residuos peligrosos y no peligrosos se realiza en el pasillo, inadecuadamente delimitado y sin señalización
6. Falta de formación del personal

AUTORES: IZQUIERDO MEMBRILLA, ISABEL; MOLINA VILLVERDE, D; MATEOS-HIGUERAS OLMOS, S; PUENTE GONZÁLEZ, D.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN.

ID: 388

TÍTULO: SATISFACCIÓN DE LOS REGISTROS ENFERMEROS EN LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA DE UN HOSPITAL COMARCAL

RESUMEN:

La historia clínica informatizada (HCI) ofrece ventajas como la accesibilidad a la historia clínica de un paciente, mejor calidad, mayor legibilidad y claridad de la información. En nuestro hospital se implantó el 2012 un programa informático multidisciplinar que supuso un cambio importante a nivel de registros enfermeros por el abandono del soporte papel. A los tres años de su implantación se realizó una encuesta a las enfermeras para conocer los aspectos positivos y negativos del programa que permitirá mejoras.

General:

Conocer la satisfacción de las enfermeras de las unidades de hospitalización y unidad de monitorización (UMO) de los registros enfermeros en la HCI de un hospital comarcal.

Específicos:

Conocer la satisfacción de la conexión wifi.

Analizar los puntos débiles del programa.

Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante encuestas a las enfermeras de hospitalización y UMO que trabajaron entre el 10 de junio y 10 de julio de 2015.

La muestra fue de conveniencia, se incluyeron todas las enfermeras que trabajaron durante este periodo y se excluyeron las enfermeras con ausencias planificadas.

Se realizó un cuestionario que contenía 50 preguntas cerradas y 11 abiertas para recoger información cualitativa. Previamente fue revisada por 10 enfermeras para evaluar su idoneidad.

Los datos obtenidos se introdujeron en una base de datos y se analizaron en el programa SPSS V.19.

Las variables cuantitativas se describen con media (desviación estándar), mediana (rango intercuartílico) y porcentajes.

De 109 enfermeras que trabajaron en ese periodo, respondieron la encuesta 73 (67%). El 89% eran mujeres y la media de edad de 36,9 años (DS=7,4).

La mediana de puntuación de la satisfacción general de la HCI fue de 8 (RIQ=1,5) y sobre la visualización del censo y su contenido de 8 (RIQ=1). Sobre la satisfacción del contenido del plan de cuidados, la mediana fue de 7 (RIQ=2) y sobre la facilidad del programa de 7 (RIQ=2,2). Respecto a la satisfacción sobre los registros de medicación, la mediana fue de 8 (RIQ=1), signos vitales 8 (RIQ=2), úlceras 7 (RIQ=3) y dietas 8 (RIQ=2). Las trayectorias clínicas se valoraron como herramienta para reducir el registro escrito con una puntuación mediana de 8 (RIQ=3) y el 91'7% de las encuestadas consideraron que facilitaba su tarea diaria. En los resultados de satisfacción sobre la conexión wifi, la mediana fue de 5 (RIQ=3), por la dificultad de conexión a pie de cama.

Las respuestas a las preguntas abiertas aportaron sugerencias para la mejora del registro de planes de cuidados, úlceras y medicación.

Como conclusiones, constatar el alto nivel de satisfacción de las enfermeras sobre la HCI. El elevado porcentaje de respuesta muestra su grado de implicación.

Los puntos débiles descritos por las enfermeras fueron la conexión wifi y los registros de planes de cuidados, úlceras y medicación.

Los resultados han facilitado la implementación de estrategias de mejora en los registros de la HCI.

AUTORES: SERRABASSA FUNOLL, CRISTINA; VIGO CASADEVALL, E; PUJOL FIGUERAS, C; ABULÍ PICART, P; MONTERO PARÉS, C; BURGAS BALIBREA, C.

CENTRO DE TRABAJO: FUNDACIÓ SALUT EMPORDÀ.



ID: 389

TÍTULO: TELEASISTENCIA NEUROLÓGICA URGENTE: LA TECNOLOGÍA AL SERVICIO DE LA EQUIDAD

RESUMEN:

Las urgencias neurológicas suponen entre el 2,6 y el 14% de las urgencias médicas. En base a criterios de calidad asistencial y de competencia profesional, la mejor atención del paciente con una urgencia neurológica la proporciona el especialista en neurología. Atendiendo a criterios de eficiencia no es posible una guardia de presencia física en todos los centros hospitalarios. La implantación de un sistema de teleasistencia donde el neurólogo ubicado en otro centro atiende las Urgencias neurológicas de centros de menor nivel asistencial vía telemedicina es una solución que solventa una situación de inequidad y de sostenibilidad

Registro de todas las solicitudes de valoración por neurólogo a distancia

Análisis del plan de actuación decidido

Implementación de un sistema de videoconferencia de alta calidad entre los hospitales, Rey Juan Carlos de Móstoles, Infanta Elena de Valdemoro (HUIE) y General de Villalba (HGV) incluyendo acceso a historia clínica-web e imágenes. Redacción de protocolos asistenciales y vías clínicas consensuadas con Urgencias, Radiología y UCI para el manejo del paciente neurológico urgente (PNU) mediante videoconferencia. Formación específica del personal. Registro prospectivo de los casos Enero 2015–Junio 2017

725 llamadas: 323-HUIE, 402-HGV. Resueltas en consulta telefónica el 70,1%(508) y por webcam 29,9%(217). El 16,8%(122) de los avisos fueron código ictus intrahospitalarios, de los cuales el 22,9%(28) recibieron fibrinólisis intravenosa. En los restantes CI (n=122): 51 se desactivó el CI, 40 fueron imitadores de ictus. Se trasladaron 31 pacientes (4,2%) a su UI de referencia/Neurocirugía. Se diagnosticaron 364(50,2%) casos de PNU vascular frente a 361(49,8%) de PNU no vascular: 115 crisis epilépticas, 35 cefaleas, 26 esclerosis múltiple, 20 neoplasias, 16 infecciones del Sistema Nervioso Central, 13 hipercinesias, 5 Guillain-Barre, 3 crisis miasténicas, 128 otros (Trastornos somatomorfos, encefalopatías metabólicas, síncope, etc). Ratio llamadas/mes=25.

Conclusiones

La teleneurología aumenta el porcentaje de pacientes con PNU que reciben valoración neurológica especializada, reduce el tiempo hasta el diagnóstico, favorece el tratamiento adecuado, optimiza la solicitud de pruebas y evita traslados innecesarios, priorizando los urgentes.

AUTORES: SANCHEZ MENAN, MARTA; FERNANDEZ FERRO, J; PARDO MORENO, J; PRIETO ZURZCZYNSKA, C; GUILLAN RODRIGUEZ, M.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA.

ID: 390

TÍTULO: EL HOSPITAL DE GRANOLLERS FOMENTA LOS NUEVOS CANALES DE COMUNICACIÓN CON EL USUARIO

RESUMEN:

Los dos números de teléfono principales para contactar con el Hospital de Granollers son la Centralita y el teléfono de Consultas Externas. Existen otros, que dan un servicio minoritario y más especializado. Mediante el análisis de satisfacción del usuario, detectamos cierta dificultad para contactar con nuestro centro vía teléfono, por lo que realizamos un estudio para evaluar la situación y proponer mejoras.

El objetivo del estudio es detectar los mejores canales para dar respuesta al 100% de solicitudes de nuestro usuario, aprovechando las nuevas tendencias de comunicación de la ciudadanía con su entorno y mejorando su satisfacción.

Nuestros teléfonos de atención externa atienden un total de 292.000 llamadas anuales, distribuidas en cuatro líneas. En base a estos datos, el porcentaje de no atención telefónica es del 28,5%, en el caso de la Centralita, y del 19%, en el caso de Consultas Externas.

Con el fin de conseguir la máxima precisión, hemos depurado las llamadas procedentes de un mismo número de teléfono, a lo largo de la misma semana —entendiendo que el motivo de la llamada era único—, y hemos desestimado como llamadas no atendidas las procedentes de otros centros sanitarios y las interiores, por haberse resuelto por otras vías.

Asimismo, con el fin de profundizar en el contenido de la llamada, durante el periodo de una semana, se han analizado los motivos. Esta tarea nos ha permitido detectar desviaciones y promover otros canales alternativos, para dar respuesta al usuario.

Finalmente, hemos analizado la franja horaria donde se concentra la mayor parte de las llamadas. Nuestro usuario realiza una media de 4,45 llamadas, con el fin de recibir una respuesta. Para rebajar estos datos a una única llamada, se proponen las siguientes soluciones:

- 1- Centralización, en un mismo espacio físico, de la Centralita y el teléfono de Consultas Externas, con el objetivo de optimizar los recursos humanos y conseguir una mayor efectividad en las respuestas.
- 2- Promoción de una campaña de implantación de la Aplicación del Hospital, que ofrece información on line sobre las citas de los usuarios en Consultas Externas, cambios de visitas y información sobre la demora en los servicios de urgencias. Al mismo tiempo, se propone incorporar una agenda de autogestión a la Aplicación.
- 3- Se continúa promoviendo la inscripción de nuestro usuario en la aplicación del CatSalut, La Meva Salut.
- 4- Mejora del contenido del mensaje escrito que hacemos llegar a nuestro usuario.
- 5- Mejora de la accesibilidad y el contenido de los listados telefónicos del personal del hospital, para evitar las llamadas internas a centralita.
- 6- Creación y estandarización de indicadores para monitorizar el servicio.
- 7- Implantación de una nueva extensión telefónica en el teléfono de Consultas Externas.
- 8- Una vez monitorizada la atención telefónica, si la situación lo requiere, incorporación de más personal a este servicio.

AUTORES: FERRER BADIA, CARME; CLARAMBO SEMIS, M; BENAVENT NAVARRO, A; LARREA BAEZA, JC; BENÍTEZ CONEJO, M; PUIG DE LA PENA, J.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS.



ID: 392

TÍTULO: EFICIENCIA EN EL DESPLIEGUE DE LA GESTIÓN POR PROCESOS: MENOS ES MÁS? ESCUCHANDO EL PROPÓSITO EVOLUTIVO.

RESUMEN:

F.Laloux (Reinventar las organizaciones) habla de las organizaciones como organismos vivos con un propósito evolutivo que podemos escuchar y atender a través de mecanismos de actuación rápida que se adapten a la necesidad en cada momento.

El proceso Desarrollar Organización da soporte metodológico a los gestores de procesos. En el 2016 pasamos de 3.5 a 2.5 miembros del equipo de soporte.

Mejorar el acompañamiento metodológico a los gestores de procesos con un menor número de profesionales en el equipo de soporte.

Ante la reducción de horas de soporte metodológico a los gestores de procesos, se plantea una revisión global de la herramienta (Matriz de evaluación) y de la estrategia de despliegue de la misma. Revisión de la Matriz: para que sea más útil y sencilla de usar. La Matriz tiene 5 niveles de exigencia. Actualmente se trabaja con los niveles 2 y 3.

Despliegue: anteriormente se realizaba un seguimiento individualizado mensual o trimestral en la mayoría de los procesos. En el 2016, se reduce el seguimiento mensual sólo a los 8 nuevos procesos en control. El acompañamiento al resto de procesos se hace bajo demanda.

Nuevos procesos en control: en el 2016, el 100% (8/8) han conseguido el objetivo de nivel 2 de la Matriz (cumplir el 75% de requisitos). En el 2015 lo consiguieron el 100% (3/3) y en el 2014 el 78% (7/9).

Procesos en control desde años anteriores:

- Objetivo de nivel 2 de la Matriz (cumplimiento del 80% de requisitos): en el 2016, el 94% (31/33) han conseguido el objetivo. En el 2015 lo consiguieron el 90% (28/31) y en el 2014 el 91% (20/22).

- Objetivo de nivel 3 de la Matriz (cumplimiento del 80% de requisitos): en el 2016, el 52% (17/33) han conseguido el objetivo. En el 2015 fueron un 65% (20/31), mientras que en el 2014 lo consiguieron un 68% de los procesos (15/22).

Parece que el seguimiento mensual en el primer año de puesta en control permite conseguir los requisitos básicos de estandarización y definición de la Matriz (Nivel 2) y mantenerlos en los años siguientes aún sin ese acompañamiento sistemático.

Los requisitos de Nivel 3 (seguimiento de objetivos, indicadores y realización de planes de mejora) son más difíciles de conseguir y mantener. El porcentaje de consecución se ha reducido al dedicar menos horas de acompañamiento sistemático. Creemos que los procesos que consiguen los objetivos de nivel 3 son los que realmente sienten que la metodología les es útil y priorizan su aplicación ante la vorágine del día a día.

Ante circunstancias no escogidas, hemos elegido un cambio de paradigma: cuestionar la eficiencia de nuestro papel de "controlar y empujar" y abrir la posibilidad de actuar cada vez más a demanda de los gestores/as que consideran que el método les puede ayudar. En el 2017 se implementará una sistemática de soporte global (no individual), acompañando a los gestores de procesos en los temas clave de cada momento del año (definición de los objetivos en el primer trimestre, DAFO en el último trimestre...).

AUTORES: MOMPÓ I AVILÉS, CARME; PUMAR DELGADO, D; GIMENO RUBERTE, C.

CENTRO DE TRABAJO: CONSORCI SANITARI INTEGRAL.



ID: 393

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LAS INCIDENCIAS DE LABORATORIO EN UN TERRITORIO DE ATENCION PRIMARIA Y DISEÑO DE UNA PRÁCTICA SEGURA

RESUMEN:

La Unidad Funcional para la Seguridad del Paciente(UFSP) de nuestra DAP , recibe, analiza y gestiona las incidencias notificadas en el sistema TPSC_cloud. A partir del análisis, se identifican áreas críticas que favorecen la configuración del mapa de riesgo y el diseño y la implantación de prácticas seguras para todo el territorio. De los datos extraídos durante los años 2015 y 2016, hemos identificado el Laboratorio de extracciones analíticas , como una de las áreas de riesgo, dado el volumen de notificaciones recibido y el incremento de las mismas durante el año 2016. Identificar el Laboratorio como área de riesgo a partir de los incidentes notificados en el TPSC_cloud y diseñar una práctica segura para todo el territorio.

Participar en la elaboración del mapa de riesgos de nuestro territorio.

Desde la UFSP, se gestionan, analizan y clasifican los incidentes notificados durante el periodo 2015-2016, de los que 268 (12,6%) están relacionados con el Laboratorio. Además de la clasificación del tipo de incidente que nos ofrece el propio sistema, reclasificamos según modelo APEAS i según modelo Acreditación Departament de Salut (MADS) propio ya que nos permite más posibilidades para la gestión y para identificar más claramente las áreas de riesgo de los diferentes procesos implicados. Se realiza el análisis cuantitativo y cualitativo de las notificaciones recibidas observando un incremento de éstas durante el 2016 motivo por el cual se crea un equipo de mejora (EdM) con representación de la Unidad de Calidad territorial (UQT), la DAP, del laboratorio central y referentes de los diferentes Centros de Salud. A partir del trabajo interno del EdM, se establecen las medidas correctoras y se consensuan las acciones de mejora a implementar. Se diseña un chek-list para la verificación de las fases del proceso que cumplimenta el responsable del laboratorio al finalizar la actividad. Se realiza formación específica a los profesionales.

De los 268 incidentes notificados, 27% relacionados con problemas de comunicación, 15% identificación incorrecta del paciente, 10% errores en la información en historia clínica, 13,5% técnica incorrecta, 3% información errónea al paciente. El factor contribuyente : del profesional (44%), externo en 38%, organizativo 29%. El 36% se resuelven en el EAP, 23,5% responsable de DAP. Del análisis cualitativo se desprende que los incidentes más frecuentes se producen en la fase pre-analítica, están relacionados con errores en la identificación del paciente, citación, información al paciente, en la técnica de punción, mal etiquetado de las muestras, dispositivos defectuosos. Se realizaron dos reuniones del EdM donde se consensuan las medidas correctoras a implementar en el proceso. Se crea un check-list propio donde se registran los aspectos relacionados con el proceso de extracción en la fase pre y post-extracción, antes de enviar las muestras al laboratorio. Se ha formado al 100.% de los profesionales de los EAP.

AUTORES: VIDAL ESTEVE, ELISA; HOSPITAL GUARDIOLA, I; BEJARANO ROMERO, I; GENS BARBERA, M; HERNANDEZ VIDAL, N; MENGIBAR GARCIA, Y.

CENTRO DE TRABAJO: DAP CAMP DE TARRAGONA.



ID: 394

TÍTULO: METODOLOGÍA KAIZEN (LEAN HEALTHCARE) APLICADA A LA ATENCIÓN URGENTE HOSPITALARIA DEL CÓDIGO ICTUS

RESUMEN:

El ictus es una de las patologías más prevalentes, representando la primera causa de muerte en la mujer y la segunda a nivel global en España y la primera causa de discapacidad. Si tras el inicio de los síntomas un paciente avisa rápidamente a los servicios médicos se activa el 'código ictus' con el objetivo de valorar si es posible realizar tratamientos de reperfusion cerebral. Cuanto antes se consiga la recanalización arterial, mejor será el pronóstico. Las guías aconsejan que transcurra menos de una hora desde la llegada del paciente a urgencias hasta el inicio del tratamiento, lo cual se conoce como el tiempo 'puerta-aguja'.

Nuestro hospital es un centro de referencia para la atención al código ictus en Cataluña. Los objetivos del Pla Director de la Malaltia Vasculat Cerebral marcan un tiempo puerta-aguja, para nuestro centro, inferior a cuarenta minutos. Nuestro tiempo puerta-aguja inicial era de 54 minutos con una elevada variabilidad.

Se utilizó la herramienta Kaizen dentro del sistema de gestión Lean Healthcare. Se estableció un líder, un referente metodológico y un equipo de trabajo con un representante de los diferentes profesionales implicados: neurología, médico de urgencias, médico de cuidados intensivos, enfermera de urgencias, radiólogo y camillero. Se filmó una simulación de la atención a un código ictus y se procedió a la subdivisión del proceso en pequeñas actividades (quién, qué herramientas y tiempo necesario). Se analizaron las actividades que podían pasar a ser externas (porque podían ser realizadas antes de la llegada del paciente) y las que podían realizarse posteriormente (al no ser necesarias para el inicio del tratamiento). Tras este análisis, se evaluó cómo optimizar las actividades que obligatoriamente debían ser internas, es decir, a realizar desde la 'puerta' hasta la 'aguja'. Una vez evaluado, se estandarizó el procedimiento, se presentó a la Dirección para su aprobación y se realizó formación a todos los profesionales implicados.

Estamos aplicando la nueva operativa desde hace 6 meses. Hasta la fecha hemos reducido el tiempo puerta-aguja de 54 a 39 minutos y disminuido la variabilidad en un 67% (de 63.7 minutos de desviación estándar a 21.3 minutos).

Es difícil cambiar circuitos que se hacen por rutina en los que intervienen muchos profesionales. Sin embargo, objetivar y cuantificar los diferentes componentes del circuito desde una visión metodológica externa ha permitido identificar, ante todos los profesionales, actividades que no agregan valor, que están mal ubicadas o que no están estandarizadas. Y consensuar una nueva forma de actuar validada por la Dirección.

AUTORES: FONT PADRÓS, MARIA ANGELS; PUMAR DELGADO, D; GIMENO RUBERTE, C.

CENTRO DE TRABAJO: CONSORCI SANITARI INTEGRAL.



ID: 395

TÍTULO: EVOLUCIÓN DEL EFQM TRAS NUEVE AÑOS DE APERTURA

RESUMEN:

El HUIC, desde su puesta en marcha en febrero de 2008, es un hospital de la red pública de la C.M., que presta servicios de atención sanitaria especializada a la población de Parla y otras localidades próximas. En el año 2010 se toma la decisión de desarrollar el modelo de gestión tomando como referencia el Modelo de Excelencia E.F.Q.M.

Consolidación de la cultura de excelencia a través del modelo EFQM en toda la organización.

En el año 2010 se realiza la primera Autoevaluación, con la participación de directivos, responsables, Facultativos, Enfermeros y Auxiliares, con una puntuación estimada de 245 puntos. A raíz de la autoevaluación se realiza el primer plan de mejora 2010-2011, con 6 líneas de mejora y 2 acciones específicas de mejora, creándose equipos de trabajo encargados de la misma.

En el año 2011 se realiza una segunda autoevaluación consiguiendo una puntuación de 290 puntos y desarrollando un segundo plan de mejora con 9 líneas de mejora, de las cuales 7 son continuidad del plan de mejora anterior y aparecen dos nuevas.

Aprovechando la elaboración del segundo plan estratégico del hospital, y el cumplimiento de realización de más del 60% de las actividades planificadas en los planes de mejora, en el año 2012 se realiza una tercera autoevaluación, consiguiendo El Sello de Excelencia Europea 300+. En ese momento, se plantean 5 líneas de mejora nuevas.

El HUIC unifica todos los planes derivados del Plan Estratégico, del Contrato Programa, de las Autoevaluaciones EFQM y continúa trabajando para buscar la excelencia, de tal forma que obtiene el Sello de Excelencia Europea 400+ en el año 2015 y lo consolida en 2017.

El compromiso del HUIC a través del modelo EFQM y su autoevaluación nos lleva a conseguir una gestión más eficaz y eficiente, con la participación de sus profesionales e identificando los puntos fuertes y débiles de nuestra organización para poder implantar áreas de mejora y poder seguir avanzando en nuestra meta de la excelencia.

AUTORES: SÁNCHEZ ÁLVAREZ, MARÍA TERESA; MINGO RODRIGUEZ, C.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA.



ID: 396

TÍTULO: ABORDAJE INTEGRAL DE LA POLIMEDICACIÓN EN EL PACIENTE GERIÁTRICO.

RESUMEN:

En la población geriátrica el impacto de la utilización de fármacos es elevado, como consecuencia directa de la polimedicación y la pluripatología. Las pautas farmacológicas son complejas e implican un riesgo elevado de sufrir reacciones adversas. En la literatura existen varios estudios que evalúan el efecto de métodos de detección de medicación inadecuada por parte del farmacéutico. No obstante, para optimizar los resultados en la adecuación farmacológica es imprescindible considerar al paciente de una forma integral, e incorporar un equipo multidisciplinar que siga un método crítico y estructurado, maximizando la eficiencia y la seguridad de los tratamientos farmacológicos.

- Descripción de la metodología de trabajo desarrollada con el objetivo de optimizar la farmacoterapia en el paciente geriátrico del Centro Sociosanitario el Cedre (Andorra).
- Análisis descriptivo de las patologías crónicas más prevalentes.
- Valorar e

Se trata de un estudio prospectivo de intervención, en el que en un periodo de 3 meses (de marzo a mayo 2017), un equipo de optimización en farmacoterapia (EOF) compuesto por médicos, enfermeras y farmacéutica ha revisado la historia clínica y la prescripción farmacológica de 27 pacientes. Se han realizado reuniones periódicas en las que se valora el paciente de una forma integral mediante la revisión de los antecedentes patológicos, incidencias médicas, exploraciones complementarias, indicaciones e interacciones farmacológicas (siguiendo los criterios de Beers y STOPP-START). Basándonos en esta valoración pluridisciplinar se establece una adecuación óptima de la medicación del enfermo.

Se han valorado un total de 27 residentes, 6 hombres y 21 mujeres, con una edad media de 83 años. La patología más prevalente entre los evaluados es el deterioro cognitivo que representa un 88%, con un diagnóstico de Alzheimer en el 64%. Como otras patologías destacamos la hipertensión en el 45%, y otros eventos cardiovasculares en el 30%. Solo el 12% de los evaluados presenta diabetes. La media de fármacos por paciente antes de la adecuación era de 9,4, pasando a 6,1 fármacos por paciente post adecuación. El número de administraciones de fármacos se ha visto reducido de forma considerable, pasando de 16 a 9,6 administraciones post optimización farmacológica. Las interacciones farmacológicas también se han visto disminuidas de 7 a 1 interacción en total. Al adecuar la prescripción farmacológica optimizamos los beneficios en salud del paciente, disminuimos las interacciones farmacológicas y los errores de medicación. Además de considerar el efecto de la adecuación en seguridad, es importante evaluar también su efecto a nivel de costes (reducción de la polifarmacia y del número de administraciones, etc). Dado los resultados del estudio en eficiencia y seguridad, esté se ampliara en los próximos meses al resto de la población del centro (120 residentes).

AUTORES: HERAS MUXELLA, EVA¹; GEA RODRIGUEZ, E²; BOIX DONAIRE, MT³; FLUJAS JIMENEZ, AM⁴; MATAS SEGUIRI, E⁵; RODRIGUES DE SÀ, P⁶.

CENTRO DE TRABAJO: CENTRE SOCIOSANITARI EL CEDRE- SAAS¹; HOSPITAL NOSTRA SENYORA DE MERITXELL²; CENTRE SOCIOSANITARI EL CEDRE- SAAS³; CENTRE SOCIOSANITARI EL CEDRE- SAAS⁴; CENTRE SOCIOSANITARI EL CEDRE- SAAS⁵; CENTRE SOCIOSANITARI EL CEDRE- SAAS⁶.

ID: 397

TÍTULO: CRIBADO DE RETINOPATIA DIABÉTICA CAR SALOU

RESUMEN:

Teniendo en cuenta que la DM2 afecta a un gran número de pacientes en la población, con un aumento significativo a lo largo del tiempo, lo cual, convierte a esta patología en un verdadero problema de salud para la comunidad; por lo cual se decide realizar una revisión sobre el Cribado de RD del CAR Salou (EQA-0210 DM2); objetivándose resultados inferiores a los esperados.

Esto despierta nuestro interés en la detección de causas que afectan directa o indirectamente esta deficiencia; estableciéndose prioridades para llevar a cabo un plan de mejora, con determinados criterios y diseño de evaluación.

Primario:

Mejorar el Cribaje de la Retinopatía Diabética en la población con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 pertenecientes al CAR Salou mediante un plan de mejora.

Secundario:

-Mejorar la calidad de vida de los pacientes.

-Aumenta en nivel de conocimiento de la población acerca de la enfermedad y aumento de la autoresponsabilidad.

-Facilitar el trabajo de los profesionales.

-Mejorar los resultados en calidad del CAR Salou.

Durante el periodo de Marzo/15 y Marzo/16, consensuamos y aplicamos las acciones de mejora que se habían determinado previamente a lo largo del año 2015 y se realiza un seguimiento en el tiempo valorándose los resultados.

Las acciones orientadas a la mejoría del cribaje fueron:

-Educación sanitaria a la población mediante la publicación en el Blog de un documento referente a los riesgos de la RD en pacientes DM2 mal controlados. (Diciembre/2015)

-Información de nuestro proyecto al resto de profesionales del CAR Salou. (Diciembre/2015 y Enero/2016)

-Puntualizar criterios de inclusión y exclusión para la realización de CNM.

-Hacer énfasis en aquellos diagnósticos que forman parte de los criterios de exclusión de CNM.

-Revisión de listados de pacientes pendientes de solicitud de pruebas (Cámara no midriática). (Diciembre/2015)

-Registro en el ECAP de resultados de fondos de ojo pendientes de introducir. (Durante el proyecto)

-Considerar porcentaje de pacientes cuyas lecturas de fondo de ojo no ha sido posible por dilatación incorrecta.

-Recordatorio de contraindicaciones para la dilatación farmacológica en el caso que fuese necesario.

Mejoría de los resultados obtenidos teniendo en cuenta la detección y resolución de la RD en población con DM2.

Se logró mayor número de registros de resultados de CNM en el ECAP.

Mejor control con el registro de diagnósticos de exclusión de CNM.

Se detectan visitas a la consulta de pacientes diagnosticados de DM2 solicitando información sobre su examen ocular (CNM).

Mejoría evidente de resultados del indicador (EQA-0210 DM2) de nuestra comunidad

El cumplimiento del plan de mejora establecido, fue posible por la realización de un análisis y una priorización adecuada, de aquellas acciones de mejora sobre las cuales se podían realizar acciones.

AUTORES: VIAÑALES, JULIO ANDRÉS; MARTÍNEZ LUYA, AD; GUZMÁN ARGÜELLO, MV; OYA GIRONA, EM; VAZQUEZ MOYA, MA.

CENTRO DE TRABAJO: CAR SALOU.



ID: 398

TÍTULO: VALORACION DEL DOLOR EN ENFERMERIA

RESUMEN:

El dolor mal gestionado es una carga para la persona y para el sistema de salud. El manejo inadecuado del dolor es un problema que abordan las organizaciones para mejorar la calidad de la atención. La gestión eficaz del dolor comienza por su valoración y así poder realizar un buen manejo del mismo.

Los registros clínicos en Osanaia recogen acciones realizadas por el equipo de enfermería en los diferentes ámbitos asistenciales facilitando la actividad y seguridad de los cuidados ofertados. Las actividades de gestión de la calidad, medición y mejora deben considerarse como una de las líneas a desarrollar para en las organizaciones para poder monitorizar e impulsar la mejora continua de la atención ofertada.

Conocer el registro de los profesionales en relación al dolor.

Estudio descriptivo transversal retrospectivo a través de los sistemas informáticos que permiten el acceso a los datos de los registros realizados en las historias clínicas de Osakidetza. Las variables a estudio fueron la valoración del dolor al ingreso según ámbito asistencial y la valoración del dolor postquirúrgico. El periodo analizado fue el año 2016. El análisis de datos se realiza a través de porcentajes.

Se analiza el porcentaje de pacientes con valoración del dolor (EVA) durante el ingreso en relación al número de pacientes ingresados en hospitales de agudos, encontrándose que un 19,54% (rango entre 8,32-32,80) tienen valoración del dolor medido con una escala EVA. En los hospitales de subagudos esta valoración se encuentra en el 33,27% (rango entre 5,62-61,70)

El dolor postquirúrgico medido por el porcentaje de pacientes post-quirúrgicos con dolor moderado a intenso (clasificación EVA \geq 3) durante las 24h posteriores a la intervención en relación al número de intervenciones tuvo una media de: 19,99% (rango entre 5,89-34,18)

En el año 2016, se encuentra al realizar un análisis de 275 historias clínicas, que en el Dominio 12 dentro del registro Osanaia, que hace relación al confort, tenía una media de registro en todos los ámbitos de atención de un 42,34% siendo mayor su cumplimentación en el ámbito de la hospitalización.

El dolor comienza a ser valorado cada vez más, considerándose la 5ª constante, pero aún existe un amplio margen de mejora y la necesidad de trabajar para abordarlo de forma completa. Los procesos de monitorización ayudan a conocer áreas en las que incidir para fomentar un cuidado de mayor calidad.

AUTORES: CIDONCHA MORENO, M^a ANGELES; MORO CASUSO, I; LANDALUZE OKERANZA, MG; MARTINEZ ARAMBERRI, I.

CENTRO DE TRABAJO: DIRECCION GENERAL DE OSAKIDETZA.

ID: 399

TÍTULO: INVESTIGACIÓN CUALITATIVA PARA MEJORAR LA EXPERIENCIA DE PACIENTES TRASPLANTADOS DE MÉDULA ÓSEA

RESUMEN:

Explorar las expectativas y necesidades de los pacientes es un factor importante para la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria. Las entrevistas con pacientes proporcionan información muy completa y precisa, que permite encontrar áreas de mejora difíciles de detectar mediante encuestas de satisfacción. El proceso asistencial de los pacientes trasplantados de médula ósea es complejo y por tanto es relevante conocer las emociones y vivencias personales para mejorarlo.

Conocer la experiencia y el cumplimiento de expectativas de los pacientes a los que se les ha realizado un trasplante de médula ósea.

La muestra se obtuvo a partir de pacientes trasplantados de médula ósea que se encontraban en seguimiento por el Servicio de Hematología del H.G.U. Gregorio Marañón. Debido a la complejidad de estos pacientes se realizó un muestreo intencional seleccionando aquellos que se encontraban en una situación funcional aceptable para poder acudir a la entrevista. Además, los pacientes fueron seleccionados atendiendo a las variables sexo, edad, distrito de residencia, enfermedad y tipo transcurrido desde el trasplante, con el fin de obtener diferentes perfiles.

El reclutamiento se realizó por vía telefónica.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas con pacientes que habían tenido al menos un trasplante de médula ósea en los últimos 5 años. El guion de la entrevista se desarrolló valorando los siguientes ámbitos: atención recibida en urgencias, hospitalización, hospital de día y consultas externas, continuidad asistencial, información recibida y recursos de apoyo.

Se realizaron 8 entrevistas con duraciones entre 20 y 40 minutos.

Los pacientes refirieron haber recibido una atención personalizada excelente y una información adecuada a lo largo de todo el proceso asistencial. Sin embargo, consideraron excesivo el tiempo de espera y la saturación en Urgencias, Consultas Externas y Hospital de día.

Los pacientes percibieron como mejorable la coordinación entre los diferentes servicios o unidades intrahospitalarias, así como la relación entre atención hospitalaria y primaria.

Se detectaron otras áreas de mejora como la disponibilidad de red wifi y televisión gratuita en hospitalización, aumentar la calidad de la comida y recibir apoyo psicológico desde el inicio del proceso de la enfermedad.

Finalmente, los pacientes destacaron como muy positivo la limpieza de las áreas de trasplante de médula ósea y la disponibilidad al alta de un número de teléfono de contacto directo con el Servicio de Hematología para cualquier consulta.

La investigación cualitativa mediante entrevistas semiestructuradas es una herramienta útil de mejora en la calidad de la atención sanitaria. Entre las áreas de mejora encontradas se destaca la comida, la coordinación entre unidades asistenciales, la disponibilidad de red wifi y la atención psicológica desde el diagnóstico.

AUTORES: TOLEDO BARTOLOMÉ, DANIEL¹; JURADO MACÍAS, P²; LLORENTE PARRADO, C³; IZQUIERDO MEMBRILLA, I⁴.

CENTRO DE TRABAJO: H.G.U. GREGORIO MARAÑÓN¹; H. INFANTA LEONOR²; H.G.U. GREGORIO MARAÑÓN³; H.G.U. GREGORIO MARAÑÓN⁴.



ID: 400

TÍTULO: DE LA ENCUESTA DE CLIMA LABORAL DE LA DAP COSTA Ponent A LOS PLANES DE ACCIÓN PROPUESTOS POR LOS PROFESIONALES

RESUMEN:

El plan estratégico 2016-2020 de la Gerencia Territorial Metropolitana Sud establece la transparencia en la gestión como elemento clave y transversal. Por otro lado, la participación de los profesionales en la elaboración de los planes de acción, da la oportunidad de contribuir a la mejora de la calidad de vida profesional, e incrementa el compromiso y la implicación de los profesionales con la organización.

Participación de los profesionales en la elaboración de planes de acción, creando un canal de comunicación entre los trabajadores y la organización.

Identificar áreas de mejora.

Transparencia de los resultados.

Los datos que se utilizan, se extraen de un estudio de clima laboral, mediante la opinión de los trabajadores. Se conoce la percepción general de la organización en un momento concreto. El modelo que se utilizó identifica tres grandes bloques: Compromiso, Liderazgo, Gestión del Talento.

Se seleccionan las preguntas peor valoradas.

Se procede a la creación de FOCUS GROUP con dos criterios: que toda la organización esté representada (unidades, servicios, equipos) y se constituyen equipos multidisciplinares (diferentes categorías).

El FOCUS GROUP es una técnica cualitativa de investigación, que consiste en pedir, en este caso a los trabajadores, que expresen su opinión hacia un determinado tema o problema.

Se convocan diferentes sesiones, lideradas por profesionales de Recursos Humanos. La duración de las sesiones es de dos horas aproximadamente.

Las dinámicas de las sesiones (FOCUS GROUP) son: presentación de cada profesional del grupo, reflexión individual de las preguntas peor valoradas para cada bloque: causas y motivos, puesta en común, trabajar en pequeños grupos de propuestas de planes de acción y de nuevo puesta en común.

Una vez finalizada la sesión, se recogen todas las propuestas de los diferentes grupos con los que se ha trabajado.

En dos semanas, una vez tenemos el resumen de los datos se convoca de nuevo a los profesionales de los FOCUS GROUP y se presentan los resultados en una sesión de dos horas.

Del trabajo realizado con estos FOCUS GROUP, de los tres bloques de la encuesta de clima, se han extraído 15 planes de acción para mejorar el compromiso de los profesionales, 12 planes para potenciar el liderazgo de los directivos de la organización y 9 planes para identificar y facilitar la gestión del talento.

La utilización de FOCUS GROUP como técnica cualitativa de investigación, abre un nuevo canal de comunicación entre trabajadores y la organización dando proximidad y confianza.

AUTORES: SÁNCHEZ IZQUIERDO, DOLORS; LAY HERRERA, Y; GUERRERO SOLDEVILA, L; SANCHO GOMEZ, M; DURO PEREZ, JA; BLASI CARRERA, A.

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA TERRITORIAL METROPOLITANA SUD.

ID: 401

TÍTULO: ANALISIS DE LAS RECLAMACIONES

RESUMEN:

Las reclamaciones constituyen un instrumento fundamental para conocer las expectativas de los pacientes. La gestión de las reclamaciones debe ir más allá de la emisión de un informe. Debe servir, para la institución y para cada servicio, como elemento útil a la hora de detectar áreas de mejora, y como indicador de la calidad percibida por nuestros usuarios.

Determinar los principales motivos de reclamación por parte de los usuarios que han sido atendidos en el hospital. Establecer áreas de mejora en función de los resultados obtenidos

Estudio observacional descriptivo transversal de las reclamaciones recibidas en el Servicio de Atención al Usuario (SAU) en un hospital de tercer nivel durante el año 2016. Las reclamaciones recibidas son registradas en el Gestor de Reclamaciones (JIRA), que utiliza una clasificación estándar que etiqueta las reclamaciones sanitarias en 21 motivos generales.

Como herramienta para el análisis se han utilizado los Diagramas de Pareto, que constituyen un método gráfico que permite discriminar entre las causas más importantes de un problema (los pocos y vitales) y las que lo son menos (los muchos y triviales).

Durante el año 2016 se registraron en JIRA 2394 reclamaciones. El número de reclamaciones en función del volumen de prestaciones que anualmente se producen en nuestro hospital es de 1,8 reclamaciones/ 1000 prestaciones.

Analizando el Diagrama de Pareto se observa que el 80% de las reclamaciones se deben a seis motivos :

- Rapidez y cumplimiento del servicio (listas de espera, demoras...): 43,61%
- Calidad del servicio asistencial (disconformidad con la asistencia, la atención recibida por el personal, errores médicos): 12,28%
- Sistema de citaciones (dificultad para obtener cita, errores en la cita ,..): 10,19%
- Profesionales sanitario (cualificación, dedicación, puntualidad, presencia física) : 7,8%
- Información clínica del proceso (insuficiente información, consentimiento informado, retrasos en informe de alta, negativa a certificar un proceso): 4,89%
- Trato del personal (3,39%)

CONCLUSION

A raíz del análisis realizado, se han propuesto las siguientes actuaciones:

- Informar al usuario del tiempo de espera de las consultas, intervenciones y pruebas diagnósticas, en aquellos servicios con mayor número de reclamaciones por este motivo. Creemos que esto podría contribuir a mejorar la percepción del paciente en cuanto a los tiempos de espera y la incertidumbre que esto le genera.
- Organizar actividades formativas para el personal dirigidas a adquirir habilidades para proporcionar un trato más profesional al usuario de los servicios públicos.
- Difundir entre todos los profesionales el Manual de Estilo donde se abordan temas relacionados con la comunicación y el comportamiento, de acuerdo a los valores del centro.

AUTORES: FLOR MORALES, VIRGINIA; CAMALEÑO MIRAGAYA, MC; DIAZ MENDI, AR; FARIÑAS ALVAREZ, C.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL MAQRQUES DE VALDECILLA.



ID: 402

TÍTULO: PROCESO DE EVALUACIÓN DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA A TRAVÉS DE OSANAIA

RESUMEN:

Osanaia es un sistema de información que permite la gestión de los cuidados de enfermería en los diferentes ámbitos asistenciales, expresados en terminología NANDA-NOC-NIC, facilitando la actividad y mejorando la calidad y seguridad de los cuidados ofertados. Con el objetivo de avanzar en la implantación y consolidación de este sistema de información clínica unificado, se está trabajando en la evaluación de los registros como estrategia para obtener una visión global de la calidad de los mismos.

Evaluar la adecuación de los registros de enfermería de todas las organizaciones de Osakidetza en base a los criterios de calidad establecidos por la Subdirección de Enfermería, identificando puntos fuertes, factores influyentes y áreas de mejora.

Este proceso se ha realizado en varias fases:

- Año 2015-2016: Definición de los criterios de evaluación y elaboración de un manual y herramientas de recogida de datos, formación de los participantes en el equipo evaluador y primera evaluación externa de los registros en todo Osakidetza.
- Año 2017: Redefinición y actualización de los criterios de evaluación y de las herramientas de recogida de datos, formación a nuevos integrantes del equipo evaluador y realización de evaluación externa de los registros en todo Osakidetza.

En el año 2016 se evalúan los registros de enfermería en 175 historias de todos los ámbitos (Hospitalización pediátrica y adultos, hospitalización a domicilio, Atención Primaria pediátrica y adultos, y Redes de Salud Mental). En 2017 se evalúan los registros en 275 historias. En ambas evaluaciones, se realiza un análisis de la adecuación de los registros a partir de los resultados recogidos en las herramientas en aspectos como, la valoración de enfermería, el plan de cuidados, y la evaluación de los resultados de salud. Además se hace un análisis cualitativo sobre los puntos fuertes, áreas de mejora, factores influyentes y recomendaciones, recogidos en los informes emitidos por el equipo evaluador al finalizar la evaluación en cada organización de Osakidetza. Ambos análisis muestran una mejora del cumplimiento de los criterios.

Los procesos de evaluación ayudan a las organizaciones a implantar estrategias para fomentar el registro del cuidado de forma adecuada, así como a establecer evaluaciones internas basadas en la misma metodología para monitorizar los registros a lo largo del año. La mejora de la calidad como proceso realizado en equipo, genera expectativas positivas y fomenta la cultura de evaluación y calidad. El mismo proceso evaluativo en sí, promueve la creación de un espacio de encuentro que favorece el aprendizaje compartido, estimula el razonamiento crítico en relación a la aplicación del proceso enfermero, el uso de las taxonomías y los registros.

AUTORES: MARTINEZ ARAMBERRI, ITSASO; LANDALUZE OKERANTZA, MG; MORO CASUSO, I; CIDONCHA MORENO, MA.

CENTRO DE TRABAJO: DIRECCIÓN GENERAL DE OSAKIDETZA.



ID: 403

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE MEDIDAS PARA LA REDUCCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

RESUMEN:

La seguridad del paciente es uno de los ejes de la cultura de la calidad en nuestra institución. Por ello, en 2013 se constituye la Unidad Funcional de Seguridad del Paciente, organizada en grupos de trabajo, siendo uno de ellos el Grupo Prevención de Errores de Medicación (GPEM), que tiene entre sus funciones principales la de desarrollar planes, prácticas seguras, procedimientos e instrucciones para prevenir o minimizar las consecuencias de los problemas relacionados con el medicamento, el análisis de los resultados e implementación de mejoras. En el GPEM es multidisciplinar (los profesionales sanitarios implicados son médicos, farmacéuticos y enfermeras) y están representados todos los centros de nuestra institución.

Minimizar el número de errores de medicación y su gravedad en el área de hospitalización mediante la identificación de riesgos, evaluación de resultados e implementando sistemas de control y mejora procedimental.

Material: Sistema de notificación de errores (TPSCCloud); Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales (CASSUM); Procedimiento de Prescripción, preparación, validación, dispensación y administración de medicamentos alto riesgo.

Método: GPEM planifica objetivos anuales en base al análisis de los resultados del año anterior. En paralelo se analizan todas las notificaciones del TPSCCloud con consecuencias para el paciente y las que son repetitivas. Se acuerdan acciones correctivas y de mejora, que se trasladan a la dirección a través del coordinador del grupo y a su vez a los servicios. Aplicación bienal del CASSUM para evaluar el nivel de seguridad de nuestra institución y su evolución.

El resultado del CASSUM del 2014 relacionado con la utilización de los dispositivos para la administración de los medicamentos fue del 17,71%, por lo que en 2015 el objetivo principal del GPEM fue disminuir los errores de mediación relacionados con éstos.

Tras analizar las causas que provocaban los errores de medicación se implantó un procedimiento de separación de medicamentos con nombres o aspectos similares, se unificó el criterio de almacenamiento de medicación incluyendo la identificación y clasificación, se elaboró un catálogo de recomendaciones para la prescripción médica, se instruyó sobre la preparación, envasado, etiquetado y administración de soluciones concentradas de electrolitos y medicamentos de alto riesgo, se implantó el doble chequeo para la preparación y administración de citostáticos y opioides, se cambió el modelo de bombas de infusión a bombas inteligentes y se formó al personal en su utilización.

Fruto de todo esto el resultado del CASSUM del 2016 fue de un 56,25%, mostrando una mejora significativa de un 38%.

La monitorización, implementación de acciones correctivas específicas ha demostrado ser un buen sistema para prevenir los errores de medicación.

AUTORES: VAL LEON, MARTA; SERRANO BERMUDEZ, G; GRUPO DE PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACION, GP; BRAO PEREZ, I; CARPENNA HERNANDEZ, A.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA.



ID: 404

TÍTULO: SISTEMA DE ALARMAS PARA LA GESTIÓN DE RECURSOS MÓVILES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO.

RESUMEN:

La emergencia es una patología tiempo dependiente que precisa que los servicios de urgencia extrahospitalarios tengan como objetivo disminuir el tiempo que transcurre entre la llamada de contacto al Centro coordinador solicitando atención hasta que llega el primer recurso asistencial al lugar de intervención.

Para ello, un factor crítico de éxito es minimizar el tiempo de movilización del equipo, es decir desde que se le transmite el aviso de asistencia hasta que llega al lugar.

Dotar al Centro Coordinador de herramientas que permitan alertar de situaciones que puedan afectar a la asistencia emergente a los pacientes para anticipar y corregir cualquier desviación sobre el proceso.

1. Desde que se asigna un incidente a un recurso móvil la asistencia se desarrolla a través de una serie de fases. En este caso se selecciona la fase primera que se inicia con la recepción de los datos necesarios por parte del recurso y finaliza con la movilización del recurso, es decir cuando sale hacia el lugar de la asistencia. Se decide centrar la atención sobre esta fase porque es donde existe una mayor oportunidad de mejora, debido a que una vez iniciado el recorrido intervienen factores extrínsecas.

2. Se desarrolla un algoritmo por el que se calcula el tiempo y la distancia recorrida por el recurso desde que se transmiten los datos hasta el momento presente. Si la distancia es inferior un radio dado en un tiempo predeterminado, se activaría una alarma.

3. Desde la aplicación de gestión de recursos, cuando existe una alarma se activa un aviso visual para que desde el centro coordinador se tomen las medidas oportunas.

4. La alarma se envía también en forma de mensaje de radio a la emisora portátil de la unidad asistencial.

5. Complementariamente a esta, se desarrolla una alarma con la misma política que la anterior que comprueba que cuando la unidad asistencial comunica la llegada al lugar del incidente este recurso se encuentre dentro de un radio predeterminado y con centro en ese punto.

En el mes posterior a la implantación hemos obtenido una reducción en el tiempo de movilización de un 8%, y en los posteriores un 3%, un 6% y un 7%. Esperamos que esta tendencia a la reducción se mantenga e incluso se acentúe con las nuevas acciones que se van implantar como es el envío de la alarma a los dispositivos de comunicaciones de las unidades asistenciales.

AUTORES: MARTÍNEZ GÓMEZ, JOSE¹; MEDRANO MARTÍNEZ, M²; RODRÍGUEZ RODIL, N³; FERNÁNDEZ CAMPOS, M⁴; CASTILLO RUBIO, R⁵; NAVARRO RIVERO, D⁶.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112¹; SUMMA 112²; SUMMA 112³; SUMMA 112⁴; SUMMA 112⁵; ATOS IT⁶.



ID: 405

TÍTULO: GESTIÓN Y CAPTACIÓN DEL TALENTO MEDIANTE LA CARRERA PROFESIONAL DEL PERSONAL FACULTATIVO ESPECIALISTA

RESUMEN:

Nuestro principal objetivo ha sido actualizar el baremo y requisitos de la carrera profesional del personal licenciado sanitario especialista de nuestra Institución ya que se encontraba obsoleto y poco competitivo en comparación al resto de carreras profesionales de otras entidades. Esto hecho disminuía la captación talento y la gestión del talento de nuestros profesionales.

- Ser más competitivos
- captar talento y gestionar el talento
- objectivar al máximo todas la partes del baremo
- Implicar a los jefes de servicio

Para dar este salto cualitativo y modificar nuestro sistema de carrera profesional hemos seguido los siguientes pasos

1. Se realizaron una serie de comparativas con otros convenios y hospitales de Cataluña:
 - Comparativa del requisitos de años de experiencia de acceso al sistema y posteriores cambios de niveles
 - Comparativa del impacto económico total de los diferentes niveles de carrera profesional.
2. Análisis de nuestra plantilla para saber el número de persona afectadas
3. Elaboración de varios escenarios económicos para valorar el impacto final de dichos cambios.
4. Creación de una comisión de trabajo, formada por miembros de la dirección, representantes sindicales y personal facultativo, para discutir y negociar los cambios en el sistema de carrera profesional. Y analizar aquellos puntos del baremo que dificultaban hacer una evaluación lo más objetiva posible.
5. Creación del documento final aprobado y acordado con la parte sindical y la dirección, publicado en la intranet y con aplicación en la convocatoria de este mismo año.
6. Se han establecido mecanismos de participación de los jefes de servicio en la evaluación (informes estándares).

La aplicación de este nuevo baremo y requisitos en la convocatoria del 2017 ha proporcionado las siguientes ventajas:

- 22 facultativos se han podido incorporar al primer nivel de carrera al reducir de 5 a 3 años, el tiempo de trabajo acreditado a jornada completa.
- Otra medida que nos ha permitido gestionar el talento de nuestros facultativos ha sido incorporar una vía B alternativa en los 2 últimos niveles de nuestro sistema de carrera. Dando la posibilidad de acceder al nivel años antes de lo establecido, pero exigiéndoles una mayor puntuación en su evaluación.
- 12 facultativos se han beneficiado de este cambio y han podido acceder al 3r nivel de carrera 2 años antes de lo establecido.
- Y 3 facultativos han conseguido acceder el último nivel de carrera profesional 3 años antes de lo que se requiere por la vía normal.
- Para finalizar también hemos podido reclutar talento, al poder incorporar facultativos con experiencia para optar directamente al 3r nivel de nuestro sistema de carrera. Anteriormente no hubiera podido solicitarlo, puesto que el sistema contemplaba que el personal contratado externo, y que se evaluaba de manera provisional, sólo pudiera acceder a los 2 primeros niveles.

AUTORES: GONZALVO MAILLO, LAURA; ARRIETA SEGURA, M^a ISABEL, I.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU.

ID: 406

TÍTULO: HERRAMIENTA DE PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES

RESUMEN:

En la última autoevaluación EFQM se detecta una nueva oportunidad de mejora relacionada con la comunicación interna y la participación de los profesionales de un Servicio de Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias. Esta debilidad está motivada por la dispersión geográfica y la gran variedad de turnos de trabajo que complican la comunicación interna y la implicación de los profesionales en el funcionamiento interno del Servicio.

Implantar una herramienta de gestión que permita que los trabajadores expresen su opinión o se apunten a grupos de trabajo, planes... de una manera ágil, equitativa y transparente.

Las prácticas utilizadas son:

- Análisis de impacto. Determina desde un punto de vista cuantitativo que elementos están implicados en el cambio.
- Cálculo de accesos: Estimación del número de ocurrencias.
- Caminos de acceso. Secuencia de acceso a los datos

Se utilizan técnicas JAD, (Join Application Design), reuniones donde se potencia el trabajo en equipo. Se involucra a los usuarios desde la identificación de la necesidad, la especificación de requisitos y validación de prototipos.

Se estableció un equipo de trabajo con responsables identificados. Se llevaron a cabo pocas reuniones clave, orientadas previamente para optimizar el tiempo de obtención de los requisitos.

1.- Se decide habilitar una nueva opción en el menú principal, llamada "Participa" dentro del Portal del Profesional, herramienta para la comunicación entre la organización y el trabajador.

2.- Se desarrolla un algoritmo donde se pueda gestionar:

 Cuando: Intervalo de fechas para que esa consulta u opción esté disponible

 Quien: Que colectivo de los profesionales puede acceder a ella con sus restricciones para el acceso

De este modo se pueden activar características directamente cambiando valores de la base de datos.

3.- Desde el portal profesional se accederá al menú "PARTICIPA". Cada profesional verá aquellas opciones disponibles para su perfil.

4.- En caso de ser opciones para ofrecerse como candidato a alguna opción, grupo o comisión, podrán comprobar en que listas han sido admitidos.

5.- Se desarrolla una aplicación de gestión de opciones donde se da acceso a ciertos profesionales para que gestionen dichas opciones, aceptando o rechazando candidatos.

Algunas opciones se configuran para ser autoaceptadas. No necesitan pasar por un proceso de selección.

Desde su puesta en marcha se han activado varias consultas:

1.- Encuesta de horario laboral.

Estuvo activo del 1 de Marzo al 30 de marzo de 2017. Han participado 325 profesionales.

2. Publicación de 26 Comisiones para que opten los profesionales, manteniéndose activo dos meses. Se recibieron 1529 solicitudes.

A juzgar por el número de participantes y la agilidad con que todos los profesionales son informados ha resultado una herramienta muy útil, accesible que simplifica la gestión de este tipo de procesos.

AUTORES: MEDRANO MARTÍNEZ, MARÍA JOSÉ; MARTÍNEZ GÓMEZ, J; RODRÍGUEZ RODIL, N; LLOPIS LÓPEZ, P; PAJUELO AYUSO, J; COLOMER ROSAS, A.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112.



ID: 407

TÍTULO: ANALISIS BASAL DE LAS CAIDAS EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA RESIDENCIA ASISTIDA

RESUMEN:

En nuestro municipio disponemos de una residencia geriátrica, asistida por tres médicos y dos enfermeras del Centro de Salud (CS). Dispone de 110 plazas (públicas y privadas), también ofrece servicios de Centro Socio Sanitario, Centro de día y Hospital de Día. Una de las funciones que realizan las enfermeras asignadas del CS es la Valoración Geriátrica Integral de los pacientes institucionalizados en régimen de residencia. Es criterio de valoración prioritario, el registro de las caídas de los residentes, dado que actualmente representan el sexto motivo de muerte en personas mayores. En el año 2016 se registran un total de 95 caídas en 110 pacientes institucionalizados. La caída en el anciano es un síndrome geriátrico importante con una etiología multifactorial. Su porcentaje en instituciones es tres veces superior al que se da en la comunidad. Un 22% de estas se producen porque existen factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos, en su mayoría evitables.

Analizar factores intrínsecos y extrínsecos relacionados con las caídas en la Residencia

Identificar el grupo de riesgo

Participar en la elaboración de un nuevo protocolo de caídas

Realización de un DAFO donde recogen los motivos que condicionan las caídas, que tipo de caída, donde se ha caído y que tipo de lesión. Revisión del protocolo de caídas y la utilización de medidas de contención adoptada. Identificación de los grupos de máximo riesgo. Se crea el Equipo de Mejora con los responsables asistenciales de la residencia y el equipo del CS asignado para analizar la situación y proponer las medidas correctoras oportunas consensuadas para facilitar la elaboración de un nuevo protocolo de caídas

Nº de caídas por motivos intrínsecos

Nº de caídas por motivos extrínsecos

Nº de pacientes identificados como grupo de riesgo

Nuevo protocolo elaborado

Resultat DAFO

Se ha identificado como grupo de máximo riesgo a los pacientes con deterioro cognitivo moderado-leve tanto autónomos como con movilidad reducida

Elaboración conjunta del protocolo de caídas

Las caídas constituyen un riesgo importante para los residentes, y en general para todos los ancianos. El trabajo residencial en este aspecto es loable, pero puede mejorar.

Se propone iniciar proyecto de mejora donde a la vez que se implica tanto la residencia como el Centro de Salud conseguimos una mejor calidad de vida de nuestros residentes.

AUTORES: BADIA RAFECAS, M^a WALESKA; MERCADE GONFAUS, MO; DANIEL DIEZ, JO; MUIÑO BOVE, IR; CASTRO GARCIA, ME.

CENTRO DE TRABAJO: ABS SALOU.



ID: 408

TÍTULO: PROYECTO DE IMPLANTACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA: SOPORTE PARA LA ACREDITACIÓN JOINT COMMISSION INTERNATIONAL

RESUMEN:

Los registros electrónicos de salud mejoran la calidad asistencial, la continuidad terapéutica, la seguridad de los pacientes, la calidad de la decisión clínica y el uso de los recursos sanitarios.

La acreditación de centros asistenciales es el reconocimiento de que un centro cumple niveles óptimos de calidad. La Joint Commission International (JCI) es la organización con más experiencia en acreditación. Define en qué consiste la atención óptima al cliente y qué procesos de atención deben implantarse para garantizarla.

La HCE permitirá evaluar el nivel de cumplimiento por parte del centro de gran parte de los estándares del Manual de Hospitales de la JCI.

Objetivo principal: Adecuar una HCE comercial adaptada a los estándares de la JCI

Objetivo secundario: Realizar la explotación de resultados mediante la HCE, a través de indicadores que determina la JCI, facilitando la trazabilidad del paciente en el sistema

La gestión de un proyecto para crear un entorno electrónico asistencial comienza con definir los objetivos y motivos por los que se inicia, identificándose posibles problemas/soluciones y estudiando la viabilidad del proyecto. El primer paso es documentar procedimientos normalizados de trabajo y registros de la información asociados a los mismos.

El modelo de Acreditación del programa JCI está basado en funciones clave de la organización. A partir de la evaluación diagnóstica realizada, se identifican aspectos en los que la organización no ha alcanzado aún los requisitos establecidos por los estándares, para los cuales, se elaboran planes de mejora transversales con grupos de trabajo. En estos grupos se identifican requerimientos informáticos necesarios para la monitorización del proyecto, trasladándolos a la HCE.

Se especifican los usos del aplicativo y el diseño de su arquitectura, ya integrada en la HCE.

En la última fase se integra todo en el aplicativo con las propuestas de los profesionales. Se realiza un pilotaje en entorno de prueba.

Tras este proceso, se elabora la lista de indicadores que se explotarán a través de HCE.

Disponer de un modelo conceptual integral de calidad en la asistencia clínica permite ser coherentes y priorizar tanto los cambios a introducir en la organización como los requerimientos del sistema de información para medir la progresión. El abordaje en paralelo de implantación de HCE y un modelo de gestión de calidad muy exigente genera conflictos sobre todo de coordinación de tiempos, pero también oportunidades de mejora. Al alojar los indicadores de la JCI en la HCE se comenzó por los relacionados con los Estándares centrados en el paciente (objetivos internacionales de seguridad del paciente y evaluación del paciente), en segundo semestre se incorporarán los relacionados con los Estándares centrados en la organización, para a principios del próximo año tener implantado el cuadro de mando.

AUTORES: MOLINA VILLAVERDE, DIANA; FONTÁN VINAGRE, G; IZQUIERDO MEMBRILLA, I; MATEOS-HIGUERAS OLMOS, S; PUENTE GONZÁLEZ, D; DÍAZ REDONDO, A.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN.

ID: 409

TÍTULO: MODELO DE SIMULACIÓN PARA OPTIMIZAR LA UBICACIÓN DE LAS BASES RECURSOS MÓVILES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

RESUMEN:

La emergencia es una patología tiempo dependiente que precisa que los servicios de urgencia extrahospitalarios tengan como objetivo disminuir el tiempo que transcurre entre la llamada de contacto al Centro coordinador solicitando atención hasta que llega el primer recurso asistencial al lugar de intervención.

Nuestro servicio de urgencia extrahospitalaria dispone de bases, donde asientan los equipos asistenciales, distribuidas por el territorio de la Comunidad, siendo un reto permanente optimizar su ubicación para minimizar los tiempos de desplazamiento para atender las emergencias.

Distribuir las base asistenciales de los recursos móviles por la geografía de la Comunidad de Madrid para poder llegar a cualquier punto del mapa en un tiempo mínimo.

Se desarrolla un simulador para calcular los tiempos de respuesta de una unidad si la base estuviese en un punto de estudio concreto, cuyo proceso es el siguiente:

1. Se selecciona el periodo temporal de estudio y la unidad para la que se quiere realizar la simulación.
2. Se distribuyen gráficamente los incidentes que la unidad ha realizado en ese periodo.
3. Se selecciona en la cartografía el punto de estudio para el cual queremos realizar la simulación.
4. Se calculan los tiempos de respuesta para los incidentes desde el punto de estudio. Se calcula la mediana, el máximo y el mínimo.
5. El punto 3 y el 4 se realizan iterativamente tantas veces como el número de puntos que se quieran estudiar.
6. Además en cada incidente cartográficamente representado se muestra una estimación temporal de cuanto se tardaría en llegar desde cada punto de estudio.

La herramienta se ha utilizado para encontrar la base más adecuada de las unidades asistenciales cuando se ha necesitado trasladar una base ya establecida. Se espera dentro de un plan integral de urgencias, realizar un replanteamiento de la totalidad de las ubicaciones de las bases para lo cual esta herramienta resulta primordial.

AUTORES: MARTINEZ GOMEZ, JOSE¹; MEDRANO MARTINEZ, M²; RODRIGUEZ RODIL, N³; ARCONES ENRIQUE, R⁴; MEDINA RODRIGUEZ, L⁵; COLOMER ROSAS, A⁶.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112¹; SUMMA 112²; SUMMA 112³; ATOS IT⁴; ATOS IT⁵; SUMMA112⁶.



ID: 410

TÍTULO: RECOMENDACIONES DIAGNÓSTICAS DE BAJO VALOR DISPONIBLES EN EL PORTAL DIANASALUD.COM.

RESUMEN:

DianaSalud.com (www.dianasalud.com) es una base de datos en línea de evaluaciones sobre intervenciones de salud que se consideran de bajo valor o inapropiadas en la práctica clínica. El sitio web es de libre acceso, independiente y actualizado periódicamente. Está disponible en inglés y español. Cuenta con un motor de búsqueda para identificar las recomendaciones utilizando uno o más criterios. DianaSalud.com también proporciona una breve descripción de las iniciativas de las que derivan las recomendaciones.

El objetivo de este trabajo es describir las recomendaciones de pruebas diagnósticas de bajo valor disponibles en DianaSalud.com.

DianaSalud.com clasifica las recomendaciones diagnósticas en tres categorías: 1) Imágenes; 2) Pruebas de laboratorio; y 3) Procedimientos. Se realizó un análisis descriptivo de las frecuencias absolutas y relativas de las recomendaciones diagnósticas según su categoría, el año de publicación, iniciativa y especialidad. Los datos fueron exportados desde el sitio web DianaSalud.com hacia un fichero externo para el cálculo correspondiente.

RESULTADOS

Se identificaron 1133 (31%) recomendaciones diagnósticas de las 3649 recomendaciones disponibles en DianaSalud.com. Las recomendaciones de imágenes (n=515/1133; 46%) fueron las más frecuentes, seguidas de las pruebas de laboratorio (n=388/1133; 34%) y otros procedimientos (n=230/1133; 20%). Las 1133 recomendaciones se publicaron entre 2008 y 2017. La mayor proporción se publicó en el 2012 (n=358/1133; 32%). La iniciativa global 'Choosing Wisely' fue la más frecuente (n=464/1133; 41%), seguida por las recomendaciones "NICE-Do not Do" (n=325/1133; 29%). La especialidad de Medicina Interna fue la que tenía más recomendaciones atribuidas (n=237/1133; 21%) seguida por Ginecología-Obstetricia (n=209/1133; 19%). Entre las iniciativas españolas, se identificaron 117 (10%) recomendaciones diagnósticas del total de recomendaciones disponibles. La mayoría eran recomendaciones de imágenes (n=80/117; 68%). La mayor proporción se publicó en el 2015 (n=45/117; 39%) y la iniciativa "Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España" fue la más frecuente (n=48/117; 41%). La especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria fue la que tenía más recomendaciones atribuidas (n=15/117; 13%) seguida por Traumatología (n=13/117; 11%).

CONCLUSIÓN

La información recopilada en DianaSalud.com promueve el conocimiento de las iniciativas relacionadas a las intervenciones de bajo valor y es el único portal de internet a nivel internacional que contiene esta información. De las más de 3600 recomendaciones disponibles en DianaSalud.com, las de tipo diagnósticas representan una tercera parte. Esta cifra sigue siendo pequeña en comparación con las recomendaciones terapéuticas. Identificar y reducir estas intervenciones podría reducir los costos en salud y los tratamientos innecesarios que pueden causar más daño que beneficio a los pacientes.

AUTORES: SALAS GAMA, KARLA¹; REQUEIJO LORENZO, C²; OSORIO SANCHEZ, D³; QUINTANA RUIZ, MJ⁴; BONFILL COSP, X⁵.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DE SANT PAU¹; HOSPITAL DE SANT PAU²; HOSPITAL VALL D'HEBRON³; HOSPITAL DE SANT PAU⁴; HOSPITAL DE SANT PAU⁵.

ID: 411

TÍTULO: HERRAMIENTA PARA LA DISTRIBUCION DE LAS FARMACIAS DE GUARDIA

RESUMEN:

Con motivo de poner a disposición de todos los ciudadanos las farmacias de guardia a la menor distancia posible manteniendo la elección de compromiso entre la distancia y el mayor número de ciudadanos al que cada farmacia da cobertura.

Implantar una herramienta informática que ayude a la decisión de cuál es el conjunto de farmacias de guardia más apropiado.

Mediante un grupo de trabajo se deciden los requisitos funcionales que debe cumplir una aplicación informática que se desarrollará cumplir el objetivo. El funcionamiento de la aplicación consiste en:

1. Se toma como base los centros de urgencia extrahospitalarias, entendiendo que los pacientes que acuden a urgencia son los que serían más demandantes de las farmacias de guardia.
2. Se establece un radio que el propio usuario de la aplicación establece cuando quiere realizar el cálculo.
3. Se buscan las farmacias que se encuentran dentro del círculo centro en la selección escogida en el punto 1 y con el radio establecido en el punto anterior.
4. Se representan cartográficamente las farmacias para disponer de una visión espacial de todas ellas de un solo vistazo.
5. Calcula el tiempo estimado del desplazamiento desde centro escogido a cada una de las farmacias

La herramienta informática ofrece una visión rápida y dinámica de las farmacias de una zona determinada puesto que los centros de urgencias ya está ubicados en puntos estratégicos para dar cobertura a la mayor población posible.

Otra de las conclusiones que se pueden derivar del uso de la herramienta es que no siempre la farmacia más cercana es la está a un tiempo mínimo.

AUTORES: MARTINEZ GOMEZ, JOSE¹; FERNANDEZ CAMPOS, M²; MEDRANO MARTINEZ, M³; RODRIGUEZ RODIL, N⁴; MARTÍN DE VIDALES GRACIA, M⁵; CARAZO GRACIA, M⁶.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112¹; SUMMA 112²; SUMMA 112³; SUMMA 112⁴; S.G. DE INSPECCIÓN Y ORDENACIÓN FARMACÉUTICA⁵; S.G. DE INSPECCIÓN Y ORDENACIÓN FARMACÉUTICA⁶.



ID: 412

TÍTULO: LA CALIDAD EN LA HOMOGENIZACIÓN DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y DISPENSACIÓN AMBULATORIA EN DOS SERVICIOS DE FARMACIA

RESUMEN:

La atención farmacéutica (AF) garantiza la provisión responsable y racional de la farmacoterapia, consiguiendo el máximo beneficio clínico relacionado y mejorando los resultados en salud o calidad de vida de los pacientes tratados. Teniendo en cuenta la relevancia de esta actividad en el ámbito del paciente ambulatorio, y muy especialmente en el área oncohematológica, se decidió, en el marco de la certificación ISO 9001:2015, llevar a cabo una detallada revisión y adecuación del proceso global de AF y dispensación ambulatoria (DA) en dos Servicios de Farmacia, ubicados físicamente en centros diferentes, pero pertenecientes a una misma Institución sanitaria.

Principal:

- Optimizar el proceso global de AF y DA a paciente externo en ambos Servicios de Farmacia.

Secundarios:

- Consensuar procedimientos corporativos del proceso para su homogenización en ambos Servicios: recursos mínimos personales y tecnológicos, flujo de funcionamiento y actividades indispensables a desarrollar por los profesionales implicados.
- Analizar los principales riesgos del proceso, así como las acciones de mejora (AM) derivadas.
- Definir subprocesos necesarios en cada Servicio para la obtención de objetivos comunes.
- Consensuar indicadores de calidad y actividad (ICA), así como la encuesta de satisfacción de pacientes (ESP), para la comparación de resultados.

Se creó un Comité de Calidad ISO multidisciplinar que englobó profesionales sanitarios de ambos Servicios (farmacéuticos y técnicos) y responsables de Dirección de ambos centros. Se estableció un calendario de reuniones mensuales por videoconferencia, en las que se contempló: situación de partida para ambos Servicios, consenso sobre el procedimiento global y principales riesgos del proceso, definición de ICA, adecuación de ESP, auditorías internas del proceso de forma cruzada, introducción progresiva de subprocesos relacionados en cada Servicio y seguimiento de incidencias y AM derivadas.

Desde enero a diciembre de 2016, se celebraron un total de 8 reuniones corporativas. Para cada una de las reuniones celebradas, se redactó un acta con los acuerdos consensuados. Se elaboraron dos procedimientos corporativos del proceso de AF y DA de paciente externo, con un total de 5 subprocesos relacionados. Se definieron los principales riesgos del proceso. Se establecieron un total de 4 indicadores de calidad y 8 de actividad. Se realizó una auditoría interna cruzada entre ambos Servicios a partir de un listado de comprobación corporativo. Se realizó una ESP, con análisis comparativo de resultados. Se establecieron un total de 18 AM, actualmente en fase de seguimiento. Globalmente, consideramos que la experiencia ha sido positiva y esperamos que pueda ser extrapolada durante el 2017 a otros procesos.

AUTORES: MUÑOZ SANCHEZ, CARMEN; QUER MARGALL, N; LEZCANO RUBIO, C; MUNNE GARCIA, M; VAL LEON, M; FORT CASAMARTINA, E.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA.



ID: 413

TÍTULO: CONSTRUYENDO CATEDRALES

RESUMEN:

El Hospital considera que la mejora de la eficacia de los servicios que se prestan depende de la implantación de un Servicio de Gestión de Calidad adecuado. Se consigue con la participación de todos los estamentos que colaboran en el mismo. Conlleva la obtención de unos altos niveles de seguridad en nuestro día a día.

- Promocionar la mejora continua
- Mejorar la satisfacción de los clientes
- Prevenir los eventos potenciales

En el año 2012, desde la Subdirección de Desarrollo y Calidad del Servicio de Salud, se inició el proyecto para la mejora de la calidad en las centrales de esterilización de los tres hospitales. Para tal fin se constituyó un equipo de calidad formado por los supervisores de las centrales y profesionales de los servicios de preventiva de los tres hospitales. En el 2013 se obtuvo la certificación de las tres centrales, siendo el mantenimiento de gestión de calidad una de las líneas estratégicas del servicio de salud.

Llegado este punto, los Hospitales que ya obtuvieron la certificación según los estándares ISO 9001:2008 se enfrentan a un nuevo reto, la migración a la certificación ISO 9001:2015.

La nueva norma trae cambios muy importantes como puede ser la incorporación del Análisis del Contexto de la organización para identificar factores que puedan condicionar, positiva o negativamente, el desempeño o las necesidades y expectativas de las partes interesadas. También destacar la Gestión del Riesgo como nuevo enfoque para los Sistemas de Gestión de Calidad en las estructuras de alto nivel (HLS) y de esta manera detectar las amenazas al sistema así como las oportunidades de mejora indicando en ambos casos las acciones encaminadas a su tratamiento; de esta manera se elaboran objetivos que permitan mantener una Mejora Continua del sistema.

A pesar de la dificultad inicial para cambiar la Cultura de Calidad en el personal, desde el Gerente hasta el último eslabón de la cadena productiva, podemos asegurar que la incorporación de cualquier Sistema de Gestión de Calidad en las Organizaciones Sanitarias eleva la seguridad en los procesos realizados y mejora la satisfacción de nuestros usuarios. A lo largo de este tiempo, se ha conseguido mayor implicación de los profesionales. Todos los años se realizan encuestas a los mismos, y se desprende un alto grado de satisfacción 86,9 % de los encuestados estaba muy satisfecho, y se había aportado mayor número de sugerencias y propuestas, que se han incluido entre los objetivos y acciones de mejora del próximo año.

El Hospital poseía la Certificación ISO 9001:2008 en el ámbito de la esterilización del material médico-quirúrgico y recientemente hemos obtenido el certificado conforme a la norma ISO 9001:2015.

AUTORES: MORALES RILO, ALBERTO¹; ANDINO PALACIOS, A²; MARTIN CHORRO, P³; MUNER GALLASTEGUI, L⁴; HIGUERO PIRIS, C⁵; PALACIOS HERRERA, I⁶.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DE LAREDO¹; HOSPITAL DE LAREDO²; HOSPITAL DE LAREDO³; HOSPITAL DE LAREDO⁴; HOSPITAL DE VALDECILLA⁵; HOSPITAL SIERRALLANA⁶.



ID: 414

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA INNOVACIÓN COMO PALANCA PARA LA TRANSFORMACIÓN DE UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA

RESUMEN:

Vivimos en un mundo en constante cambio, una nueva sociología de la salud, tecnologías emergentes con rápida irrupción y consecuentemente nuevas necesidades a las que dar respuestas. Necesitamos buscar respuestas a medida para problemas cambiantes, buscar respuestas nuevas, innovar y transformarnos.

Implantación de un sistema de gestión de la innovación que nos ayude a dar respuesta a las necesidades del sistema sanitario, soluciones innovadoras que aporten valor, que mejoren nuestra competitividad y permitan la sostenibilidad del sistema.

En la OSI EEC apostamos por un modelo de innovación abierta, buscando establecer relación con organizaciones de otros sectores, empresas, instituciones, y otros grupos de interés, para el diseño y co-creación de nuevos productos y servicios. La complejidad del sistema hace necesaria la hibridación de disciplinas. Una innovación basada en problemas y en la co-creación. Para ello, nos hemos apoyado en la UNE 166002 como referencia de gestión, permitiéndonos obtener resultados significativos en innovación.

Estrategia de innovación, estructura organizativa, proceso de innovación certificado con la UNE 166002, metodologías de creatividad y generación de cultura de innovación, sistema de vigilancia y redes de colaboración.

Resultados

- Más de 220 personas activas en el impulso de la innovación
- 118 ideas propuestas desde enero
- 41 Proyectos en COlaboración con empresas/organizaciones
- 59 talleres de creatividad
- 742 participantes en talleres de creatividad
- 390 asistentes a las #Berripills (UPDATE innovacion)
- 216 personas en proyectos de innovación
- 513.972,7 € desde 2013
- 59 Impactos positivos en Prensa
- 2,55 Índice de Cultura de Innovación (1-5)

Conclusiones:

- Innovación basada en generar valor y resultados
- Papel de la dirección en el liderazgo de la innovación
- Innovación desde la estrategia
- El cambio vendrá por las personas de la organización, por el cambio cultural...
- Out of the box
- Estar atentos al mundo y ser rápidos

AUTORES: GALLEGO CAMIÑA, INÉS¹; BENITO RUIZ DE LA PEÑA, R²; GARCIA FERNANDEZ, R³; RABANAL RETOLAZA, S⁴; DEL VALLE ORTEGA, ML⁵; IZARZUGAZA ITURRIZAR, E⁶.

CENTRO DE TRABAJO: OSI EZKERRALDEA ENKERTERRI CRUCES¹; OSI EZKERRALDEA ENKERTERRI CRUCES²; IIS BIOCRUCES³; OSI EZKERRALDEA ENKERTERRI CRUCES⁴; IIS BIOCRUCES⁵; OSI EZKERRALDEA ENKERTERRI CRUCES⁶.



ID: 415

TÍTULO: MEJORANDO EL CONTROL DE TEMPERATURAS EN LA GESTIÓN DE FÁRMACOS TERMOLÁBILES EN EL HOSPITAL: APLICACIÓN INTELIGENTE PROSP

RESUMEN:

La utilización de aplicaciones inteligentes en Seguridad del Paciente para informatizar procedimientos, gestionar incidencias e incorporar sistemas de evaluación, permite disminuir la variabilidad en los procesos, facilitar el trabajo de los profesionales, mejorar el tiempo de respuesta ante las incidencias y disminuir el riesgo de eventos adversos.

Describir la implantación de una aplicación inteligente (ProSP) para el control de temperaturas en la gestión del medicamento termolábil en un servicio de farmacia hospitalaria, adaptando el checklist y los procedimientos implantados previamente en los centros de atención primaria de nuestra gerencia territorial.

Analizar los resultados obtenidos tras los primeros 5 meses post implantación.

Evaluar la satisfacción de los profesionales como usuarios de la aplicación.

La aplicación inteligente ProSP es una herramienta informática que permite la gestión proactiva de los procesos de seguridad del paciente, desarrollada e implantada previamente en los centros de atención primaria del territorio.

En 2016 se creó un grupo de trabajo para la implantación de la aplicación ProSP en el hospital, priorizando las actividades preventivas relacionadas con el proceso de control de temperaturas en la gestión del medicamento termolábil en el servicio de farmacia. Las fases de la implantación fueron: (1) formación de los miembros del grupo, por parte de los responsables de la implantación del programa en los centros de atención primaria del territorio; (2) validación y aprobación de las variables a incluir; (3) definición del mapa de puntos control en el servicio de farmacia; (4) definición de los responsables de la planificación de las actividades preventivas, introducción de datos y gestión de incidencias; (5) formación de los técnicos de farmacia; (6) prueba piloto en el último trimestre de 2016; (7) evaluación de la satisfacción.

A partir de enero de 2017 se planificaron las actividades preventivas.

En el período enero- mayo de 2017 se han planificado 1.048 actividades preventivas y se han realizado 1.028 (98,1%). El programa ha permitido analizar y resolver de manera rápida las incidencias relacionadas con el mantenimiento de la cadena de frío. No se han notificado incidencias relacionadas con la utilización del programa.

La implantación de la aplicación ProSP ha sido muy bien aceptada por los profesionales y nos ha permitido estandarizar el control de temperaturas en la gestión del medicamento termolábil, monitorizar su ejecución, y gestionar de manera segura las incidencias por rotura de la cadena de frío.

AUTORES: HERNÁNDEZ VILLÉN, OLIVIA; CANELA SUBIRADA, M; JORNET MONTAÑA, S; BROCH MONTANÉ, M; CANADELL VILARRASA, L; OLONA CABASES, M.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII DE TARRAGONA.



ID: 416

TÍTULO: HUMANIZANDO EL PROCESO DE COMIDAS EN HOSPITALIZACIÓN DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA

RESUMEN:

Ante la dificultad, incluso en ocasiones imposibilidad de obtener una valoración de las comidas a través de encuestas de satisfacción de pacientes con trastorno mental grave (TMG) de media y larga estancia, se plantea la necesidad de idear un sistema de evaluación que nos ayude a identificar incidencias y líneas de mejora de calidad del servicio prestado durante las comidas y cenas a los pacientes

Detección de incidencias (IN) en la prestación del servicio de comidas y cenas en las Unidades Hospitalarias (UH) y las comidas del Hospital de día de adultos (HDA) y aplicación de áreas de mejora

Se elabora un procedimiento que defina el circuito a seguir para el registro y tratamiento de IN durante las comidas y las cenas. El personal destinado a comedores, de hostelería y enfermería, registra, en cada comida y cena, las IN detectadas relativas a dieta basal y dietas especiales. Este formulario recoge las IN relacionadas con; 1. Errores de funcionamiento (EF): a) no concordancia con el menú (NCM) (cambios no comunicados, etc.) b) incorrecta identificación de los platos (IIP) (color que distingue la unidad, número de raciones, identificación dieta, etc.) c) no viene lo que se solicita en hoja solicitud dieta (NCH) (en la hoja se recogen los tipos de dietas y su número). 2. Defectos en la elaboración (DE) (Crudo, quemado, duro, blando, etc.) 3. Rechazo del plato (RP) (sobran cantidades superiores al 25% del plato) 4. Error en la hoja de solicitud de dieta (EHD) (discordancia entre el tipo y núm. de dietas en la hoja de petición y lo que debería haber figurado). 5. Incorrecto mantenimiento de temperatura (IMT) (templados o fríos; se recogerá la temperatura). Semanalmente, la Responsable de Hostelería (RH) vuelca los datos en un cuadro de mandos donde se recogen todos los ítems anteriores y un apartado de "acciones correctivas" que cumplimentan la RH, Dietista y Jefe de Cocina (JC). Semanalmente el JC se reunirá con los cocineros para adoptar medidas, especialmente de DE. Trimestralmente se reunirán para la puesta en común de IN y las acciones de mejora (AM), se recoge acta y se remite a la Dirección. Semestralmente se informará a la Comisión de Dietética y Calidad Percibida y anualmente se elaborara un informe

En 2016 se han registrado un total de 350 IN. Por tipos de IN: 1. EF: 210 (60% de IN). a) NCM: 35, (19% de las EF), b) IIP: 51 (24%), c) NCM: 120 (57%). 2. DE: 101 (29% de IN) 3. RP: 26 (7%) 4. EHD: 10 (3%) 5. IMT: 3 (1%). Se tomaron 173 AM que distribuidas por tipo de incidencia: 1. EF: 107 (62% de IN). a) NCM: 19, (18% de las EF), b) IIP: 32 (30%), c) NCM: 56 (52%). 2. DE: 59 (34% de IN) 3. RP: 1 (0.6%) 4. EHD: 6 (3,4%).

Esta detección nos permite conocer las incidencias que se suceden durante las comidas y cenas pudiendo tomar acciones rápidas de forma que humanizamos la asistencia sanitaria de los pacientes con TMG, mejorando así la calidad percibida de los pacientes durante su estancia en nuestra organización

AUTORES: GOMEZ DEL MORAL POZUELO, LOURDES; FERNANDEZ AREVALO, LM; FIDALGO HERMIDA, B; TABASCO HERNANDEZ, C; ALVAREZ DEL VALLE LAVESQUE, L; RIVERA VILLAVERDE, A.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUTO PSIQUIATRICO SSM JOSÉ GERMAIN.



ID: 417

TÍTULO: IMPRESIÓN 3D: UNA REVOLUCIÓN A MEDIDA

RESUMEN:

La 'Impresión 3D' ya es conocida como la III revolución Industrial. Múltiples soluciones son aplicables en el ámbito sanitario, pero su implementación en la práctica clínica diaria es compleja. En cualquier caso, la Impresión 3D aporta soluciones a medida que permiten un tratamiento personalizado y de mayor precisión, evitando la variabilidad clínica.

Implementar la Impresión 3D en la práctica clínica habitual de una Organización Sanitaria.

Desarrollar un ecosistema que impulse las posibilidades de la Tecnología.

Obtener nuevas funcionalidades que aporta la tecnología.

Análisis de las diferentes tecnologías de fabricación aditiva (Impresión 3D): que es lo que aportan en el sector, y pruebas de concepto en los diferentes servicios.

Involucrar en el proyecto a los agentes clave.

Formación dirigida a diferentes servicios.

Desarrollo de una plataforma para la solicitud de modelos. Acercar la tecnología a cualquier profesional de la Organización.

Difusión del conocimiento.

Indicadores de proceso:

Nuevas soluciones exploradas con la tecnología de Impresión 3D.

Solicitudes recibidas en la Plataforma.

Impacto en profesionales y pacientes.

Resultados:

Adquirida una Impresora 3D y generada una plataforma web para la solicitud de modelos. En 2 meses, se han recibido 8 solicitudes de 4 servicios clínicos diferentes.

Detectadas nuevas utilidades, como ejemplos aplicaciones para grandes quemados u hospitalización a domicilio.

Desarrollo de guías a medida en patologías complejas en Maxilofacial.

Servicio de Cirugía Pediátrica, realizando planificación virtual de las cirugías con los modelos desarrollados, así como su uso para la mejora en la explicación a paciente.

Se han realizado 2 talleres de formación: el primero orientado a 19 profesionales de 7 servicios diferentes.

El segundo taller dirigido a 9 profesionales del Servicio de maxilofacial. Valoraciones muy positivas de los diferentes profesionales en ambos talleres.

Conclusiones:

La implementación de innovaciones tecnológicas tales como la Impresión 3D, deben estar enmarcadas en una estrategia de adaptación progresiva y evaluada.

Facilitar la adaptación de los profesionales a estas nuevas herramientas, así como crear los cauces que permitan que este tipo de cambios sean sostenibles en el tiempo, favorezcan la implementación de este tipo de tecnologías en la práctica clínica diaria.

Este tipo de herramientas, nos permitirán acercarnos aún más a la medicina personalizada que queremos ofrecer a nuestros pacientes.

AUTORES: GARCIA FERNANDEZ, RUBÉN¹; GALLEGO CAMIÑA, I²; BENITO RUIZ DE LA PEÑA, R³; RODRIGUEZ SAN VICENTE, O⁴; BARBIER HERRERO, L⁵; IZARZUGAZA ITURRIZAR, E⁶.

CENTRO DE TRABAJO: OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES - IIS BIOCRUCES¹; OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES²; OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES³; OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES⁴; OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES⁵; OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES⁶.

ID: 418

TÍTULO: CENTRALIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE ANTÍDOTOS EN EL SERVICIO DE SALUD DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

RESUMEN:

Una de las líneas estratégicas del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma es la optimización de costes operativos en los Servicios de Farmacia (SF). Sobre ella se han priorizado distintas actuaciones en el proceso de adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos, orientadas a una gestión más eficiente del stock de medicamentos de bajo consumo, corta caducidad y alto impacto económico entre los hospitales de la Comunidad. Unos de estos medicamentos son los antídotos.

Optimizar la gestión de antídotos en los hospitales de un Servicio de Salud, mediante el establecimiento de un circuito de gestión centralizada de los mismos que implica a los hospitales y al Servicio de Emergencias Médicas (SEM).

1.- Creación de un grupo de trabajo formado por farmacéuticos de hospital, del SEM y de Servicios Centrales.

2.- Selección de los antídotos susceptibles de gestión centralizada. Incluye aquellos de mayor impacto económico y/o de baja rotación, cuyo tiempo hasta la administración permite que puedan ser transportados desde el SF del SEM al hospital solicitante.

3.- Elaboración de un Procedimiento Normalizado de Trabajo para desarrollar el circuito de gestión de antídotos centralizados que implica a los hospitales del Servicio de Salud y al SEM:

3.1.- Gestión del stock: El SF del SEM se encarga de la gestión de pedido de los antídotos incluidos en el procedimiento, asegurando que exista un stock mínimo a disposición de los SF de los hospitales.

3.2.- Gestión de las solicitudes: Desde el SF del hospital (o desde el servicio correspondiente si el SF estuviera cerrado) llamar al 061 indicando a la teleoperadora el motivo: SOLICITUD DE ANTÍDOTO, después seguir las instrucciones del SEM, facilitando los datos establecidos en el procedimiento. El antídoto será entregado desde el SF del SEM en el hospital solicitante en el tiempo establecido.

4.- Publicación de una Resolución de la Consejería de Sanidad que establece el procedimiento centralizado de gestión de antídotos.

1.- Listado de antídotos de gestión centralizada:

Anticuerpos antidigital, Antitoxina botulínica A+B+E, Azul de Prusia, Desrazoxano, Glucarpidasa, Hidroxicobalamina, Pentetato cálcico trisódico, Silibinina y Suero antiofídico. Para cada uno de ellos se ha establecido un stock necesario y el tiempo máximo de disponibilidad.

2.- Las solicitudes que se han gestionado de forma centralizada no han sufrido incidencias, por lo que el procedimiento previsto parece adecuado.

La gestión centralizada de antídotos mediante actuación coordinada y en red entre los SF del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma, para su adquisición, almacenamiento y distribución, basándose en criterios de seguridad, necesidad y eficiencia, asegura la disponibilidad y rapidez de acceso a estos medicamentos y minimiza su impacto económico por caducidad y la posible variabilidad existente en los distintos hospitales, contribuyendo de esta manera a mejorar la seguridad del paciente.

AUTORES: HERNÁNDEZ JARAS, M^a VICTORIA¹; ARANGUREN OYARZÁBAL, A²; PRIETO BARRIO, I³; CALVO ALCÁNTARA, MJ⁴; BUSCA OSTOLAZA, P⁵; CRUZ MARTOS, E⁶.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112¹; SUBDIRECCIÓN GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS²; SUMMA 112³; SUBDIRECCIÓN GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS⁴; SUMMA 112⁵; SUBDIRECCIÓN GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS⁶.



ID: 419

TÍTULO: INICIO DE LA CONSULTA DE LACTANCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL: MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL BINOMIO MADRE-HIJO

RESUMEN:

La necesidad de una consulta de lactancia surge en nuestro hospital como complemento esencial al teléfono de lactancia que da respuesta a múltiples problemas relacionados con la lactancia, no sólo a madres sino a profesionales que realizan algún tipo de interconsulta, pero en la mayoría de las ocasiones es necesaria la presencia física de la madre y del lactante para explorar adecuadamente y tratar de forma eficaz el problema.

Hasta la puesta en marcha de esta consulta, se trataba el problema en una sala multiusos de la planta de maternidad, sin ningún tipo de registro, ni sistema de citación, de forma prácticamente urgente y siendo coordinado por la enfermera de lactancia de planta que era la encargada de avisar a pediatría o ginecología en función del tipo de problema planteado.

Era por tanto una necesidad real la instauración de una consulta de lactancia con entidad propia.

General: Promover y proteger la lactancia materna (LM) desde un nivel de atención especializada.

Específicos: Resolver problemas complejos derivados de la LM a padres y lactantes, resolver dudas relacionadas con la LM a profesionales involucrados en dicha atención y aumentar la tasa de lactancia materna.

Se elaboró una planificación estratégica mediante un análisis de DAFO, diseñado conjuntamente por miembros de la Comisión de lactancia y el departamento de calidad y docencia de nuestro hospital.

La consulta de Lactancia se estableció con una agenda y un sistema de citación semejante a cualquier consulta del hospital. Los pacientes pueden ser derivados procedentes de: Planta, Teléfono de Lactancia o Atención Primaria.

La consulta está a cargo de una enfermera de lactancia con amplia experiencia profesional en problemas de lactancia y para resolver los más complejos cuenta con la colaboración de un pediatra o un ginecólogo de planta.

Se complementará la atención realizando una llamada telefónica al mes y a los seis meses a aquella pacientes que hayan acudido a esta consulta de lactancia alguna vez para conocer si: se solucionó el problema, si sigue con lactancia materna, si recomendaría este sistema a otras madres.

La población objetivo que será atendida es la población de nuestro área de Salud que comprende unos 100.000 habitantes con un porcentaje de niños menores de 3 años del 2,7%.

Para comprobar la adecuada ejecución de este proyecto se har un seguimiento mediante una evaluación interna de la que es responsable la Comisión de lactancia, los datos se obtienen del registro informático de la consulta y se hace trimestralmente.

La consulta de Lactancia comenzó a funcionar en marzo del 2017 con buena aceptación por parte de las pacientes y de los profesionales implicados, no ha supuesto ningún coste adicional para el presupuesto del hospital ya que se han optimizado los recursos existentes tanto personales como materiales con los que se contaba hasta el momento.

Los datos se evalúan trimestralmente, en estos momentos estamos en fase de evaluación del primer trimestre.

AUTORES: ANDINO PALACIOS, ADELAIDA; LAVIN MAZA, M; CANDUELA MARTINEZ, V; CRESPO PELLÓN, L; VÁZQUEZ CANAL, R; VARONA IGLESIAS, S.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DE LAREDO.



ID: 420

TÍTULO: ACREDITACIÓN EN LA JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. ¿QUE PIENSAN LOS PROFESIONALES ?

RESUMEN:

Durante años los sistemas sanitarios han apostado por normas y modelos de calidad que ayudan a mejorar la calidad asistencial de las Organizaciones Sanitarias (OS), donde además la Seguridad del Paciente está teniendo gran protagonismo.

En enero de 2016 se creó nuestra Organización Sanitaria Integrada (OSI) fruto de la unificación de organizaciones de atención primaria (AP) y hospitalarias (AH). En nuestra AP el alcance de certificación ISO 9001 es casi total, mientras que en el área hospitalaria la certificación se limita a procesos concretos. Por todo ello, buscábamos un modelo que nos ayudara a conseguir una integración asistencial de calidad y segura. El sistema de acreditación de la Joint Commission International (JCI) podría ser una elección que además contempla estándares clínicos con evidencia científica.

Conocer la opinión de los profesionales como paso previo a iniciarse en la acreditación bajo el modelo de la JCI.

Identificar aquellos factores clave que permitan abordar la acreditación en una OS pública y de gran tamaño.

Se realizó una formación de 5h a diversas personas de la organización (105), tanto de AP como hospitalaria. El personal formado fue: Equipo Directivo (ED) y sus responsables directos (14%), Jefes de Servicio y mandos intermedios (55%), Responsables de Unidades de AP (18%); personal de Calidad y Seguridad del Paciente (7%) y Responsables de Gestión de Pacientes (5%).

Tras la formación se realizó una encuesta mixta con una tasa de respuesta del 50%.

Los resultados fueron: el 92% consideraba interesante/muy interesante continuar formando a más personas de la organización y el 77% consideraba factible la acreditación. Los puntos fuertes más mencionados para conseguir la acreditación fueron: Contamos con una cultura de mejora continua (MC) muy arraigada y se están trabajando muchos de los estándares de la JCI. Las dificultades más señaladas fueron: Cambio cultural, la situación actual de cambios y la necesidad de recursos (tiempo, económicos,..). Respecto a las personas que deberían liderar los estándares del sistema, más de la mitad identificaban al ED junto con los mandos intermedios pero también se identificaban personas referentes en cada estamento profesional o de proyectos, personas con motivación y voluntad. Otras observaciones destacables eran considerar este sistema como referencia para trabajar hacia una integración global y de calidad sin ser el objetivo último la acreditación.

Los profesionales ven este sistema más acoplado con la actividad asistencial, en comparación con otros. Se aprecian diferencias entre los profesionales de AP y AH, los de AP destacan la cultura de MC y los de AH la situación de cambios y desmotivación. Se considera alcanzable, pero para su logro, será preciso contar con la participación de referentes a varios niveles y se necesitará de un tiempo para que se produzca el cambio de hábitos en las personas, así como para que se alcance una mayor cohesión en la organización.

AUTORES: ALVAREZ MOREZUELAS, MARIA NATALIA; DIAZ MARTINEZ, G; MEDRANO LAPORTE, J; MONGELOS RAMIREZ, JM; LARRAÑAGA GARITANO, J; PEREDA VICANDI, A.

CENTRO DE TRABAJO: ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA ARABA-OSAKIDETZA.



ID: 421

TÍTULO: IMPLANTACIÓN RONDAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES EN HOSPITAL DE DÍA EN EL INSTITUTO CATALÁN DE ONCOLOGÍA

RESUMEN:

Las Rondas de Seguridad de Pacientes o Walkrounds son reuniones periódicas entre la Dirección del hospital y los profesionales implicados para abarcar los temas de seguridad de pacientes en una área del centro.

Este programa se puso en marcha durante el 2015 en el área de hospitalización y el mes de abril de 2017 se inició en el área de hospital de día (quimioterapia)

Dar a conocer este método, como estrategia de mejora en la seguridad el paciente.

Se realiza una reunión para cada turno de trabajo de aproximadamente dos horas con quince preguntas guiadas sobre seguridad del paciente

Durante la sesión, moderada por la dirección del centro, se transcriben todas las aportaciones realizadas para su posterior tratamiento y unificación de categorías de seguridad. Éstas se plasman en un informe según su categoría: incidente, confianza del servicio, percepción de seguridad, comunicación, trabajo en equipo, entorno, prevención, error sistemático, notificación de error, repercusiones error, información reportada, participación del paciente y familiar, liderazgo, dificultades.

Como punto final de la sesión, el director del centro y la responsable de curas mantienen una entrevista personal con tres pacientes y familiares de la unidad para valorar otros aspectos de mejora y seguridad de atención recibida desde otra perspectiva. Además, aprovechan para visitar las instalaciones con el fin de detectar otros aspectos a tener en cuenta.

Se ha creado un grupo de trabajo para evaluar las propuestas, planificar acciones de mejora y hacer un seguimiento de éstas

- 12 incidentes que causaron o casi causaron daño
- 4 aportaciones sobre confianza en el servicio
- 12 indicaciones sobre percepción de seguridad
- 5 aportaciones sobre comunicación
- 4 planteamientos sobre trabajo en equipo
- 1 sugerencia relacionada

AUTORES: SIN CABRERO, ROSER; BRAO PÉREZ, I.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA.



ID: 422

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DEL PROCESO DE CONTROL DE TEMPERATURA DE MEDICAMENTOS TERMOLÁBILES CON CHECK-LIST INFORMATIZADO

RESUMEN:

La herramienta ProSP es utilizada actualmente en muchos centros de salud para evaluar el grado de ejecución de diferentes actividades y procedimientos y reducir la variabilidad asistencial mediante un check-list informatizado.

Conocer los resultados en la implantación del proceso de revisión de medicamentos termolábiles en un Equipo de atención primaria.

Minimizar el riesgo derivado de la ruptura de la cadena del frío en cuanto a la pérdida de eficacia de los medicamentos termolábiles.

Determinar las áreas de mejora implantadas en el marco de la acreditación, en relación a la conservación y caducidad de medicamentos termolábiles.

Estudio descriptivo retrospectivo, realizado en una ABS urbana de 30.000 habitantes, durante el periodo de tiempo comprendido entre junio 2015 hasta mayo 2017.

Variables: Conservación y caducidad de medicamentos termolábiles mediante una aplicación informática que da soporte a los procesos de acreditación (ProSP).

Resultados

El Check-list implantado para la valoración de los medicamentos termolábiles del territorio nos evalúa el grado de cumplimiento de las actividades planeadas.

En el año 2015 el grado de cumplimiento fue del 98,19%, se planificaron 496 actividades al respecto y se realizaron 487.

En el año 2016 fue de 98,79% en el que se planificaron 494 actividades y se realizaron 488 revisiones mediante el check-list informatizado.

Y en el año actual, 2017 (hasta el mes de Mayo) tenemos un total del 97,62% revisado, con 168 actividades planificadas y se han verificado 164.

Conclusiones

El control de la cadena de frío es primordial para la conservación de los medicamentos termolábiles.

El check-list informatizado nos ayuda a la adquisición de cultura del buen registro de las actividades desde el inicio del proceso hasta el final (desde la entrada del medicamento mediante el transporte, almacenaje, distribución y hasta su administración) evitando que los medicamentos que necesitan frío no se deterioren, generando pérdidas de tipo económico y material.

En este estudio se puede manifestar la necesidad de llevar un control exhaustivo de los fármacos termolábiles y otros productos sanitarios para que lleguen al paciente con las máximas garantías posibles.

AUTORES: ROBERT VILÀ, MARGARIDA; DALMAU VIDAL, S; GARCÍA BARCO, M; GONZÀLEZ PÈREZ, C; SUGRAÑES FERRANDO, C; TORRES MAÍLLO, E.

CENTRO DE TRABAJO: ABS REUS 2 CAP SANT PERE.



ID: 423

TÍTULO: ABORDAJE DE LA TERAPIA ENDOVENOSA EN UN HOSPITAL COMARCAL

RESUMEN:

La administración parenteral es de los procesos más frecuentes desarrollado por las enfermeras en los hospitales y los avances tecnológicos han aumentado las opciones de intervención en este campo. Por ello, la correcta actuación en la inserción y mantenimiento de los dispositivos de acceso vascular (DAV) son decisivas.

Describir las actividades desarrolladas a lo largo de dos años en un hospital comarcal implantando 2 guías de buenas prácticas de RNAO® en el marco del Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC®).

Creación de un comité de implantación formado por enfermeras de todas las Unidades/Servicios, en el que se incluye un equipo evaluador.

Actualización y unificación de planes de cuidados y registros de enfermería para los 3 hospitales de la Comunidad Autónoma a través de un grupo de trabajo a nivel central.

Diseño y entrenamiento de enfermeras en inserción ecoguiada para la puesta en marcha de un equipo de inserción y seguimiento de DAV centrales.

Inclusión de actividades formativas en el plan de formación.

Inclusión de indicadores de calidad relacionados con los DAV en el compromiso de gestión del hospital
En junio de 2016 se implantaron 2 nuevos registros de DAV en aplicativo informático Gacela Care®, que incluyen algoritmo de decisión que facilita la valoración para la selección del DAV. El registro de un catéter activa un plan de cuidados que se carga automáticamente en la agenda de cuidados.

Se elaboró un póster de recomendaciones para la administración de antibioterapia.

Se ha puesto en marcha el equipo de accesos vasculares para la inserción de catéteres centrales de inserción periférica (PICC) de larga duración. Insertados 23 PICC entre enero y junio 2017.

Se realizaron 6 actividades formativas relacionadas con terapia de perfusión (277 horas de formación).

La evaluación realizada de los catéteres insertados durante el periodo octubre-noviembre 2016 arroja lo siguiente:

- Incidencia de pacientes con DAV periférico: 90,83%
- Incidencia de pacientes con DAV central: 3,15%
- Promedio de catéter por paciente e ingreso: 1,75
- Porcentaje de complicaciones en DAV periférico: 28,6%
- Porcentaje de complicaciones en DAV central: 8,9%

Porcentaje de cumplimentación de valoración y selección de DAV: 56,35%, en los cuales se valoró terapia irritante en el 21,7%, difícil capital venoso en el 34,8% y duración previsible de tratamiento > 7 días en el 15,3%.

Es destacable que en un 31,6 % de los catéteres registrados, había al menos 1 factor para valorar la inserción de otro DAV (central, PICC...)

La implantación de guías de buenas prácticas de RNAO, aplicando la metodología del programa de CCEC® ha permitido desarrollar actividades que han aumentado los conocimientos y habilidades de los profesionales en el manejo de DAV y han quedado establecidos la situación basal de partida y el mecanismo para la monitorización del mismo en el futuro.

AUTORES: CEBALLOS MEDINA, CRISTINA; LAVIN SAIZ, CR; RUIZ COBOS, A; FERNÁNDEZ RUIZ, RM; FAGUNDE REBOLLEDO, S; QUIJANO FERNÁNDEZ, MJ.

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA ÁREAS III-IV: HOSPITAL COMARCAL SIERRALLANA.



ID: 424

TÍTULO: EQUIPOS DE GESTION ASISTENCIAL MEDICOS (EGAM): UN NUEVO ENFOQUE PARA LA GESTION CLINICA

RESUMEN:

En los últimos años se han reportado experiencias de gestión clínica cuya aplicabilidad no siempre ha sido bien evaluada. Por otra parte, se ha trabajado mucho el enfoque hacia la excelencia en calidad. En 2002, nuestra organización, un hospital general comunitario que forma parte del Área Integral de Salud Barcelona Esquerra (AISBE), tomó la decisión estratégica de apostar por la gestión de la Calidad, con los objetivos de Excelencia asistencial y Sostenibilidad económica y social. Se adoptó el modelo EFQM de excelencia, el cual nos ha llevado a obtener el Sello de Oro 500+. El liderazgo, primer criterio EFQM, fue consensuado en la organización como de estilo participativo y capacitador. Fruto de esta estrategia en 2014 se implantó un nuevo modelo de gestión de los servicios médicos al que denominados EGAM o Equipos de Gestión Asistencial Médicos. Presentamos la experiencia de los 2 primeros años.

El objetivo principal de los EGAM es promover la autonomía de gestión de los equipos asistenciales, aplanando la organización a través del liderazgo de los jefes de servicio y el empoderamiento de los profesionales en la planificación y gestión de sus actividades, siempre con un enfoque centrado en la persona. El modelo se apoya en la evaluación por competencias y contempla 6 dimensiones: Liderazgo, Conocimiento, Actividad, Gestión Social, Eficiencia y Calidad. Para su evaluación se ha utilizado un cuadro de indicadores.

Se han desarrollado 4 EGAM: División Médica (incluye todas las especialidades médicas), Cirugía Ortopédica y Traumatología, Cirugía General y Anestesiología. En cada uno de los EGAM se trabajaron las 6 dimensiones, estableciéndose planes anuales operativos. Se presentan los primeros resultados de esta experiencia. A nivel asistencial han mejorado en términos de satisfacción del paciente y en eficiencia, lográndose la sostenibilidad económica en un período de fuertes restricciones presupuestarias. La sostenibilidad social se ha garantizado, mejorando los índices de satisfacción de nuestros profesionales. En algunos casos los incentivos de índole social (p. ej. conciliación de vida familiar) compensaron la insuficiencia de otros incentivos económicos más directos.

A través los EGAM se ha avanzado hacia la excelencia en los resultados clínicos, manteniendo la sostenibilidad económica y social. Los puntos clave de esta mejora han sido el empoderamiento de los profesionales y un modelo de atención multidisciplinar e integrado. Sin embargo, esta aproximación a la gestión clínica precisa de continuas medidas de estabilización, dados los factores internos y externos que pueden influir en sus resultados. Así pues, en nuestra experiencia es posible la mejora continua de la Calidad asistencial a través de equipos comprometidos. La gestión social, aplicada mediante un modelo de evaluación por competencias y fomentando la autonomía y el trabajo en equipo, puede ser útil como factor de integración en el camino hacia la excelencia asistencial.

AUTORES: ALTÉS CAPELLÀ, JORGE; PUJOL BALCELLS, J; GALLARDO GONZÁLEZ, G; BARAHONA ORPINELL, M; JOVER MORENO, A; PUJOL COLOMER, J.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL PLATÓ.



ID: 425

TÍTULO: E-CONSULTA ¿EN QUE PUEDO AYUDARLE?

RESUMEN:

El aumento progresivo de pacientes con alto grado dependencia hace imprescindible emplear las nuevas tecnologías mejorando la eficiencia y calidad de los cuidados. El portal sociosanitario desarrollado e implantado por el equipo permite comunicación clínica entre las residencias y el hospital de referencia por e-consulta. Enmarcado en la estrategia de transformación del modelo de asistencial se han generado 14 circuitos diferenciales de atención.

Describir las principales líneas de trabajo que favorecen la continuidad asistencial entre las residencias del área de referencia y el Hospital. Describir el perfil de paciente atendido por la Unidad de Coordinación sociosanitaria (Geriatría y Enfermeras de Continuidad Asistencial). Analizar los diferentes modelos de intervención implantados a través de la e-consulta.

Estudio descriptivo observacional, Junio-2016 y Junio-2017, dirigido a las residencias (20) incluidas en el portal sociosanitario del área de la Fundación Jiménez Díaz.

Se recibieron 236 e-consultas todas procedentes de residencias; 161 a Geriatría y 75 a enfermeras de Continuidad Asistencial. Edad media 88 años (68-104), 31.7% hombres. La mayoría (88,4%) tenían polifarmacia (≥ 5), con una media de 8.71 fármacos (SD 3.56). En cuanto a situación funcional, 69% I. Barthel < 45 (mediana 15, rango 0-100), 86% FAC < 2 (mediana 2, rango 0-5), y en cuanto a situación mental 70% CRM >3 (mediana 3, rango 0-5). 26.7% precisaron de ambulancia tras la intervención. En relación al modelo de intervención y circuito generado: 23.4% de las e-consultas sirvieron para solucionar dudas médicas, sin generar otro recurso o prueba, 21.8% fueron para gestión de citas/pruebas, 10.9% se beneficiaron del circuito de recambio PEG deteriorada o arrancada sin paso por la Urgencia, 4% se beneficiaron del circuito antibioterapia IV evitando días de estancia y 6% del Hospital de Día para transfundir directamente, sin precisar del paso del paciente igualmente por la Urgencia. La e-consulta demuestra ser eficiente en la comunicación entre niveles asistenciales, evitando desplazamientos innecesarios de los pacientes y mejorando la calidad de los cuidados por medio de circuitos diferenciales.

AUTORES: DE LA HUERGA FERNANDEZ BOFILL, TERESA; HORMIGO SANCHEZ, AI; TRILLO CIVANTOS, C; DODERO DE SOLANO, FJ; GOMEZ MARTIN, O; MARTINEZ PEROMINGO, J.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION JIMENEZ DIAZ.



ID: 426

TÍTULO: ESTUDIO DE CLIMA LABORAL EN EL HOSPITAL DE SANT PAU

RESUMEN:

El clima laboral es un aspecto clave en las organizaciones, está relacionado con la Excelencia en la gestión y con los la obtención de buenos resultados, de ahí la importancia de llevar a cabo el estudio en el Hospital de Sant Pau.

- Evaluar el Clima laboral a través de una encuesta en la que se mide el grado de satisfacción e implicación de los profesionales
- Analizar los resultados y establecer unas acciones de mejora que permitan la excelencia en la gestión y mejores resultados
 1. Seleccionar el cuestionario que se adapte mejor a la cultura y valores corporativos de la institución, asegurando la confidencialidad del estudio.
 2. Presentación y aprobación del proyecto por parte del Comité de Dirección
 3. Plan de comunicación interna a todos los niveles de la organización
 4. Lanzamiento de la encuesta de clima laboral
 5. Análisis de resultados globales y por direcciones
 6. Comunicación de los resultados a la organización
 7. Creación de un grupo de trabajo directivo para diseñar un Plan de mejora

Resultados:

- La participación global es de 30,9% (3.400 encuestas enviadas / 1.052 respuestas)
- La distribución de los participantes por direcciones, grupos profesionales, turnos, tipo de contrato permite afirmar que es una muestra suficientemente representativa de la totalidad de profesionales del hospital.
- La valoración global es de 67 -escala de 0 (negativo) a 100 (positivo)-
- El resultado por factores es el siguiente:

Factores sociales: 51

Eficiencia organizativa: 56

Gestión del talento: 50

Liderazgo: 54

Compromiso: 66

Conclusiones:

- La valoración global de los profesionales del Hospital de Sant Pau es buena.
- El factor compromiso es una fortaleza de la organización, que hay que mantener y potenciar
- En los factores sociales los indicadores relativos a retribución y beneficios son los peor valorados, como resultado de la política de recortes y contención económica llevada a cabo en los últimos años.
- El factor liderazgo es un área de mejora, en la que se tendrá que diseñar un plan de acciones concreto.

AUTORES: ARRIETA SEGURA, MARIA ISABEL; GAMELL ALVAREZ, LL; GONZALVO MAILLO, L; RODRIGUEZ GOMEZ, D.

CENTRO DE TRABAJO: FUNDACIÓ GESTIÓ SANITÀRIA HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU.

ID: 427

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE DOLOR AGUDO (UDA) EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLÓGICA: PAPEL DE LA ENFERMERÍA

RESUMEN:

La UDA fue creada en octubre de 2012 en el H. Sierrallana para dar respuesta a la atención integral al dolor postquirúrgico de los pacientes de cirugía ortopédica y traumatológica (COT) en las primeras 48 horas.

La unidad está compuesta por el Servicio de Anestesia del H.Sierrallana y enfermeras del Hospital de Día Quirúrgico formadas previamente.

Dar a conocer la labor de la enfermería en la evaluación y control del dolor postoperatorio y la detección de las posibles complicaciones y efectos secundarios de los tratamientos analgésicos/anestésicos.

Desde octubre de 2012 se realiza un seguimiento a los pacientes postoperados de traumatología en las primeras 48 horas tras la cirugía, desde su entrada en quirófano, su paso por reanimación y estancia en las unidades de hospitalización.

Para ello, contamos con una base de datos informática en la que se registran: datos del paciente (donde se incluyen alergias y antecedentes personales), tipo de intervención quirúrgica, anestesia/analgesia y la valoración del dolor, según Escala Visual Analógica (EVA) y efectos secundarios, así como grado de satisfacción al alta de la unidad, a través del pase de visita diario y contraste de información con los profesionales de enfermería de las unidades y a través del aplicativo Gacela.

Comparativa 2013 (año de implantación) y 2016. Solo se aportan datos de 2013 (datos de 2016 pendientes de explotación)

Cobertura de la UDA (2013): 1087 pacientes

Edad media: 63,1años

Procedimientos más frecuentes: Prótesis total de cadera (13%), osteosíntesis de muñeca (9%), osteosíntesis de cadera (8%), prótesis Total de rodilla (8%), prótesis parcial de cadera (8%), osteosíntesis de tobillo (8%)

Dolor medio en reposo durante el seguimiento: 1,1

Dolor medio en movimiento durante el seguimiento: 2,9

Porcentaje de pacientes con efectos secundarios: 20%, destacando las náuseas y vómitos

Grado de satisfacción del paciente al alta: muy alta en un 62% y alta en un 36%

Durante las primeras 48 horas postquirúrgicas, el paciente tiene en la enfermera de la UDA, el profesional de referencia para el control de su dolor y confort posoperatorio, siendo ésta, la misma durante todo el tiempo de inclusión en la UDA y funcionando como nexo de unión entre paciente y resto de profesionales responsables de su cuidado.

AUTORES: LAVIN SAIZ, CARMEN ROSA; ESCOBIO GONZÁLEZ, P; GOMEZ CAGIGAS, M; GARCÍA SALMÓN, A; LAMO GUTIÉRREZ, MT; CEBALLOS MEDINA, C.

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA ÁREAS III-IV: HOSPITAL COMARCAL SIERRALLANA.



ID: 428

TÍTULO: IMPACTO DE LA NORMA UNE 179003 EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LOS PROFESIONALES DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

RESUMEN:

La cultura de seguridad de los profesionales es un pilar fundamental de la atención sanitaria segura. La implantación de un sistema de gestión de riesgos sanitarios basado en la Norma UNE 179003 supone un reto para los profesionales e implica una mejora de la cultura de los mismos. Medir la cultura de seguridad antes y después de la implantación de la Norma nos permite conocer el impacto de las acciones desarrolladas durante el proceso, así como replantear nuevas estrategias

Valorar el impacto que la implantación de la Norma UNE 179003 en un servicio de Urgencias Pediátricas tiene en la cultura de seguridad del paciente de sus profesionales.

Valorar las fortalezas y áreas de mejora detectadas por los profesionales y su evolución tras la certificación por la Norma del Sistema de Gestión de Riesgos para la seguridad del paciente

Estudio cuasiexperimental longitudinal prospectivo de la cultura de seguridad de los profesionales del Servicio de Urgencias Pediátricas utilizando como instrumento de la encuesta "Hospital Survey on Patient Safety", adaptada y validada al castellano. Se respondió por médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería, de forma anónima y voluntaria, antes (año 2014) y después (año 2016) de obtener el Certificado de la Norma UNE 179003 del Sistema de Gestión de Riesgos para la seguridad del paciente.

Se analizaron los porcentajes de respuestas positivas y negativas a 42 preguntas repartidas en 12 dimensiones, descartando las respuestas intermedias y comparando los resultados en ambas. Para cada dimensión, se calcula el porcentaje de respuestas positivas (≥70% se considera una fortaleza) y negativas (≥50% se considera una oportunidad de mejora)

En ambas evaluaciones se percibió el trabajo en equipo como una fortaleza, aunque disminuyó en el segundo corte el porcentaje de respuestas positivas (84% frente a 77%)

En la segunda evaluación se detectaron además como fortalezas la frecuencia de eventos notificados (70% de respuestas positivas), las expectativas de los responsables del servicio (74% de respuestas positivas) y el aprendizaje y la mejora continua (78% de respuestas positivas)

La percepción de seguridad disminuyó (45% de respuestas positivas frente a 39%)

Mejóro el feedback y la comunicación de errores de 46% a 57%, así como la respuesta no punitiva al error (47% vs 52% de respuestas positivas)

La dotación de recursos humanos y la percepción del apoyo de la gerencia empeoraron, detectándose como áreas de mejora en ambas evaluaciones (51vs 68% y 53 vs 62% de respuestas negativas respectivamente)

Tras la certificación por la Norma UNE 179003 se identificaron las mismas oportunidades de mejora, pero afloraron fortalezas no encontradas previamente.

La implantación de la norma mejoró la cultura de seguridad de los profesionales del servicio, sin embargo no facilitó la dotación de recursos humanos detectada como necesaria para el adecuado funcionamiento

AUTORES: DÍAZ REDONDO, ALICIA; ROMERO, A; IGNACIO CERRO, C; TOLEDO BARTOLOMÉ, D; LLORENTE PARRADO, C; MARAÑÓN PARDILLO, R.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN.

ID: 429

TÍTULO: CAMPAÑA DE PREVENCIÓN DE LAS LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL

RESUMEN:

Los trastornos y/o lesiones de tipo músculo-esquelético (sobreesfuerzos) son la primera causa de lesión como accidente de trabajo (A.T.) sin baja en el personal de enfermería en un hospital de 705 trabajadores. Visita por un Técnico de PRL en Ergonomía y el Servicio de Prevención para la identificación de los puestos de trabajo problemáticos con el fin de realizar una intervención primaria para prevenir la incidencia de los sobreesfuerzos y reducir la siniestralidad por lesiones músculo-esqueléticas

- Presentación de la campaña a todo el personal mediante un díptico que se repartió con acuse de recibo y por los canales de comunicación habituales (tablón de anuncios, intranet, correo electrónico...). Implicación de todos los estamentos (Dirección, Dirección de enfermería, Supervisión de enfermería, Departamento de Formación, Servicio de Prevención, Servicio de fisioterapia y todo el personal).
- Encuesta personalizada, anónima y voluntaria para identificar posturas, sobreesfuerzos y dolencias más significativas para su análisis posterior.
- Análisis ergonómico de las operaciones de trabajo.
- Diseño de una tabla de ejercicios de calentamiento y estiramientos basada en los resultados conjuntamente con el servicio de fisioterapia.
- Formación práctica por el servicio de fisioterapia de unas pautas correctas de trabajo y hábitos posturales.
- Se diseñan unos pósters con los ejercicios de estiramientos y calentamiento
- Cierre de la campaña.
- 375 cuestionarios distribuidos al personal de enfermería y 308 contestados de forma voluntaria. Grado de cumplimiento de la encuesta de un 82,1%
- Edad media de la muestra de 43,7 años, predominan las mujeres (81,2%) y con más de 10 años antigüedad en la empresa un total de 63,2%.
- La sintomatología más frecuente son las lumbalgias (82,5%) y cervicalgias (75,3%) El 100% de los trabajadores presenta sintomatología. Se utiliza para su análisis el gráfico tipo araña.
- Se realizan 14 sesiones de ejercicios prácticos en una sala adecuada para ello por un fisioterapeuta a 189 trabajadores (50,4 del personal de enfermería)
- Los pósters con los ejercicios de estiramientos y calentamiento que se colocan en todos los departamentos y se cuelgan unos vídeos en la intranet dentro del apartado de formación.

Conclusiones :

- Las posturas forzadas mantenidas a lo largo del tiempo o repetidas con cierta frecuencia, los esfuerzos excesivos, sin la adecuada recuperación muscular, pueden llegar a afectar el sistema músculo-esquelético.
- Se recomienda ejercicios de estiramientos y calentamiento para reducir la probabilidad de aparición de afecciones musculares y tendinosas.
- Un trabajo conjunto entre la dirección, mandos intermedios, los propios trabajadores y el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales contribuye a la mejora de las condiciones de trabajo y la calidad de vida.
- Se realizará un estudio de la siniestralidad sin baja del personal de enfermería para valorar la eficacia de esta campaña.

AUTORES: FERNÁNDEZ DE CASTRO RIUS, YVONNE; MINGO VALLES, A; CASALS SAGASTI, M.

CENTRO DE TRABAJO: FUNDACIÓ PUIGVERT.



ID: 430

TÍTULO: ENCUESTA SOBRE EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

RESUMEN:

El decreto 86/2014 establece la obligatoriedad de que los equipos de atención primaria (EAP) estén acreditados para formar parte de la red pública de atención primaria de nuestra Comunidad Autónoma. El proceso, iniciado en 09/2014, se concluye este verano, acreditando la totalidad de EAP (370). Los modelos de acreditación, históricamente, han recibido críticas por la burocracia que representan y por lo alejados que están de la realidad asistencial. Por este motivo nos planteamos conocer la opinión de los profesionales evaluados.

Conocer la valoración de los profesionales de los equipos de atención primaria sobre el proceso de acreditación.

Se diseña un cuestionario específico con 10 preguntas cerradas y tres abiertas, dirigido a:

1) conocer la utilidad del proceso de acreditación, opinión sobre su correlación con la realidad, la promoción de cultura de seguridad de pacientes mediante la acreditación, la promoción de mejoras identificadas en el proceso, la relación entre acreditación y seguridad de pacientes, y la valoración global sobre su utilidad.

2) conocer la satisfacción de los profesionales acreditados con el proceso, el manual de acreditación, el auditor, el programa informático, el valor añadido de la preparación y la interferencia de la auditoría en el día a día del EAP.

Asimismo, la encuesta dispone de tres preguntas abiertas sobre los aspectos positivos, negativos, y sobre ejemplos de mejoras promovidos por la acreditación.

Se realizó una validación del cuestionario (face validity) con profesionales de los 10 primeros EAP acreditados. Se realizó un primer envío en abril del 2016 a los 160 primeros EAP acreditados. En junio de 2017 se envió la encuesta al resto de EAP, hasta el total de 370.

Los resultados preliminares de las 160 primeras encuestas muestran resultados muy positivos en casi todos los aspectos: 96% opinan que el proceso es bastante o muy útil; 92% correlacionan bien la acreditación con la seguridad; 91% que promueve la mejora de aspectos concretos; 95% que promueve la cultura de la seguridad de los pacientes; 88% que se correlaciona con la realidad. El grado de satisfacción con el auditor (97%) y la preparación previa (93%) fueron también altos, siendo las puntuaciones más bajas las del programa informático (72%), el manual (77%) y la interferencia en el día a día del centro (78%).

En la parte positiva de las preguntas abiertas destaca la reiteración de frases como “nos ayuda a trabajar en equipo”, “aporta metodología”, “cambio cultural”, “aporta mejoras”. En la parte negativa destaca la generación de burocracia, el programa informático, la falta de formación y la complejidad del modelo.

El modelo de acreditación, además de los excelentes resultados en el cumplimiento de estándares, es bien aceptado y valorado por los profesionales de los equipos de atención primaria. Es necesario mejorar el conocimiento y formación sobre el modelo, así como la herramienta informática.

AUTORES: DAVINS MIRALLES, JOSEP; RAMS PLA, N; LÓPEZ VIÑAS, LL; TIRVIÓ GRAN, C; GARCÍA CARBAJO, A; ALONSO MAYO, E.

CENTRO DE TRABAJO: DEPARTAMENT DE SALUT DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA.



ID: 431

TÍTULO: COMISIÓN PARA LA MEJORA DE LA ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL Y CLÍNICA (MAPAC): OBJETIVOS Y METODOLOGÍA.

RESUMEN:

La adecuación en la asistencia sanitaria se define como el balance entre el riesgo/beneficio de un tratamiento, prueba diagnóstica o procedimiento en un paciente con determinadas características, en el contexto de los recursos disponibles. Se estima que un 20-25% de las prácticas clínicas tienen un valor cuestionable para el paciente. En los últimos años han surgido múltiples iniciativas en el mundo que buscan una mejora de la adecuación de la práctica asistencial y clínica a través de la identificación de prestaciones potencialmente inadecuadas, la formulación de recomendaciones y la propuesta de acciones para reducir la inadecuación así como la utilización de mejores alternativas clínicas en caso de estar disponibles. En este contexto, en 2011 en el Hospital de Sant Pau se creó la comisión MAPAC con el objetivo de identificar y reducir al máximo las prestaciones asistenciales inadecuadas, formular recomendaciones y propuestas de acción para reducirlas y de esta manera contribuir con la mejora de la calidad asistencial y el uso racional de los recursos.

Describir la metodología empleada en el proceso de evaluación de prácticas asistenciales inadecuadas en el marco de la comisión MAPAC.

El proceso de evaluación consiste en:

- Identificación y priorización de las prestaciones susceptibles de análisis a través de consulta a profesionales clínicos, revisión de la literatura científica o experiencias desarrolladas por otras iniciativas de mejora de la adecuación.

- Evaluación individualizada de cada una de las prestaciones priorizadas, en base a la metodología GRADE (calidad de la evidencia, balance riesgo-beneficio, valores y preferencias de los pacientes, costes y recursos asociados), y consideraciones de factores MAPAC que influyen en la fuerza de las recomendaciones (recomendaciones existentes de otros organismos, resultados derivados de la aplicación del procedimiento en el hospital; grado de consenso entre los profesionales implicados; disponibilidad de alternativas a la intervención; proyectos de investigación o formación involucrados).

- Elaboración de nuevas recomendaciones a partir del análisis realizado o adaptación de recomendaciones ya existentes.

- Implementación de acciones de mejora: difusión, elaboración o actualización de protocolos internos, filtros y ayudas en los sistemas de información, etc.

- Monitorización y evaluación del impacto de las acciones.

En los 6 años de actividad de la comisión MAPAC se han evaluado 58 prestaciones de las cuales 60% están en proceso de monitorización, 33% han finalizado el proceso de evaluación y 7% están en fase de estudio.

La implementación del proceso sistemático y explícito de la comisión MAPAC es una buena herramienta para la identificación de prestaciones potencialmente inadecuadas y para el diseño e implementación de acciones para reducirlas. Tiene como elementos clave el juicio crítico de la evidencia científica y la participación activa de clínicos, gestores y expertos metodológicos.

AUTORES: REQUEIJO LORENZO, CAROLINA; SALAS, K; QUINTANA, MJ; PUIG, T; BOLÍVAR, I; BONFILL, X.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DE SANT PAU.



ID: 432

TÍTULO: ESTUDIO DE SATISFACCIÓN SOBRE LA VIVENCIA DEL PARTO Y EL NACIMIENTO

RESUMEN:

El parto es un acontecimiento vital muy importante en la vida de una mujer, ya que es una experiencia única y profunda con un gran contenido emocional. Es fundamental conocer las necesidades y expectativas de la mujer durante el proceso de parto y postparto inmediato en el entorno hospitalario, pues la satisfacción percibida con la atención durante el parto y el postparto permite identificar áreas de mejora en nuestra atención clínica diaria así como incrementar la vivencia positiva global de este proceso en la vida de las mujeres, sus parejas y sus familias.

La satisfacción de los pacientes es un indicador de la calidad de la atención sanitaria, y a la vez una forma de participación de los usuarios en el sistema de salud al expresar su percepción y valorar los servicios.

El uso de herramientas útiles y fiables para medir la satisfacción materna se hace imprescindible, ya que nos aportan una valiosa información sobre la satisfacción de las mujeres en los distintos aspectos del proceso de parto y postparto, permitiéndonos identificar los aspectos en los que se debe mejorar y reforzar aquellos en los que la actuación sanitaria es exitosa.

Conocer el grado de satisfacción de las mujeres durante el parto y postparto relacionado con la atención sanitaria recibida en el hospital.

Se realizó un estudio descriptivo y transversal.

Para medir la satisfacción materna se utilizó el cuestionario COMFORTS validado para la población española en el año 2009. Este cuestionario consta de 40 ítems valorados con una escala de Likert de 1 a 5, desde muy insatisfecha a muy satisfecha.

Se aplicó el cuestionario antes del alta hospitalaria. Se utilizó el mismo cuestionario pasado 14 días por vía telefónica para corroborar la información dada en el hospital.

A través de un muestreo consecutivo se reclutaron 150 mujeres que habían tenido el parto en el hospital.

El nivel de satisfacción global sobre la atención recibida durante el parto es alto en la población estudiada. El parto vaginal normal y el acompañamiento continuo por una matrona durante todo el proceso crea una mayor satisfacción en la madre.

La proporción de pacientes satisfechas en relación a la atención al parto fue muy elevada.

Identificar la satisfacción en la mujer durante el parto sirve como instrumento para incrementar la calidad asistencial, posibilita proyectar la mejora continua de aquellos aspectos débiles y reforzar los puntos fuertes encontrados.

AUTORES: ESCALÉ BESA, MERITXELL; OBREGÓN GUTIÉRREZ, N.

CENTRO DE TRABAJO: CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ.



ID: 433

TÍTULO: NOS LAVAMOS TODOS LAS MANOS? SOLO SON 30 SEGUNDOS

RESUMEN:

En el ámbito de la salud, una infección nosocomial o intrahospitalaria es la contraída por pacientes ingresados en un recinto de atención a la salud (no sólo hospitales).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), estarían incluidas las infecciones que no se habían manifestado ni estaban en periodo de incubación, es decir, se adquieren durante su estancia y no son la causa del ingreso; también entrarían en esta categoría las que contraen los trabajadores del centro debido a su ocupación o exposición.

La higiene de manos es una de las maneras más sencillas y eficaces para reducir la probabilidad de adquirir estas infecciones.

En nuestro centro es un proyecto que llevamos trabajando varios años, implementando y adquiriendo cada vez acciones que garanticen el cumplimiento de los objetivos marcados.

Este año nos hemos propuesto garantizar formación, información y educación a pacientes y acompañantes usuarios de la Clínica Terres de l'Ebre

1. Eliminar la suciedad, materia orgánica y flora transitoria de las manos (adquirida por contacto con otras personas o el entorno)
2. Garantizar la Seguridad del paciente en la reducción de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.
3. Concienciar a los profesionales, pacientes y familiares de la importancia de una buena higiene de manos.
4. Educar y formar a los familiares y acompañantes en un correcto lavado de manos.

Revisión bibliográfica en las bases de datos del ámbito de la salud nacionales i internacionales relacionadas con el estudio: Cuiden, Cuidatge, Pubmed/Medline i Google académico.

Cortes observacionales mensuales por áreas que nos permiten hacer una valoración del cumplimiento de los profesionales en los diferentes momentos de la atención al paciente.

Adhesión al proyecto VINCAT.

Elaboración de un díptico informativo con el objetivo de implicar al paciente y sus acompañantes en su propio cuidado, iniciaremos una prueba piloto de tres meses donde formaremos a los pacientes y acompañantes durante el ingreso en nuestro centro. Recogeremos los datos mediante un excel y haremos cortes semanales para poder valorar su cumplimentación. También analizaremos los datos con el grupo de control de infecciones para ver si han disminuido durante este periodo. Pasaremos una encuestas de valoración de la información recibida al alta del paciente.

Una educación sanitaria correcta permite evitar el contagio de muchas enfermedades.

La información, formación, educación y implicación del paciente y acompañantes disminuye el riesgo de contagio de enfermedades.

Lavarse bien las manos es la primera línea de defensa contra los gérmenes.

AUTORES: ARAGONES GISBERT, MARIA ISABEL; CAUDET BAIGES, MC; MORALES CARDONA, N; HARO SANCHO, J; RUIZ LAMARCA, L; RIBA RUIZ, J.

CENTRO DE TRABAJO: CLINICA TERRES DE L' EBRE1.



ID: 434

TÍTULO: LÍNEA LÚDICA PARA LA FORMACIÓN EN LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

RESUMEN:

El Núcleo de Seguridad del hospital inició una línea de trabajo denominada la dimensión lúdica de la seguridad recurriendo al juego para inculcar las nociones esenciales de dicha cultura, eliminando la frustración ante el error.

Dada la buena acogida de la primera edición que consistió en un crucigrama en el cual las palabras eran muy propias (clave/diana) de la cultura de la seguridad de los pacientes, se consideró oportuno seguir esta línea aumentando el grado de dificultad del juego.

Evaluar el impacto de la vertiente lúdica de la formación en la seguridad de los pacientes en el hospital

Realización de un concurso con el lema: Participando todos ganamos. El concurso consistió en acertar 6 frases, referidas a la cultura de la seguridad de los pacientes. Cada frase estaba representada por pictogramas debajo de los cuales se incluían un nº de guiones equivalentes al número de letras de la palabra que representaba la figura.

En la intranet del hospital se publicaron semanalmente, desde el 28 de Abril al 2 de Junio: las bases del concurso, los premios, la hoja de respuestas y los pictogramas.

Los Pictogramas de cada frase iban acompañados de un texto, referido al mensaje oculto en las imágenes.

Las frases escogidas fueron: El error es humano, La cirugía segura salva vidas, Identificación inequívoca de pacientes, Salva vidas: lávate las manos, Notificar para mejorar y La seguridad de los pacientes es cosas de todos.

La participación no estaba limitada a ningún colectivo del hospital, a excepción de los miembros del Núcleo de Seguridad.

Los premios, tres, comprendían el ámbito cultural, lúdico y de aventura.

La repercusión del concurso se valoró del siguiente modo: para el grado de impacto en el hospital la tasa de participación y para la valoración de los conocimientos la tasa de aciertos.

Descriptivos:

- nº de participantes: 142
- hojas de respuestas: a) válidas:139 b) no válidas: 3 y c) con pseudónimo: 11(8,45%)
- no se recibió ninguna hoja de resultados incompleta
- Tasa de participación: 20,62%
- Tasa de participación según colectivo: enfermería 35,21%; auxiliares y técnicos 28,16%; médicos 16,19%; administrativos 9,15%; directivos 4,22%; subalternos 2,81%; oficios 2,11% y no identificados 2,11%.
- Tasa global de aciertos: 52,11%
- Tasa de aciertos por frase desglosada: frase1: 100%; frase 2: 97,2%; frase 3: 91,6%; frase 4: 71,2%; frase 5: 78,1% y frase 6: 98,6%.

Conclusiones La dimensión lúdica de la seguridad tiene un impacto positivo en el hospital; contribuye al desarrollo de la Cultura de la Seguridad de los Pacientes y detecta las áreas en las que la cultura de la seguridad está menos interiorizada y por ello es necesario reforzar la formación llevada a cabo.

AUTORES: BAXARIAS GASCÓN, PILAR; PALOMINO MARTÍNEZ, A; ÁVILA ALCÁNTARA, D.

CENTRO DE TRABAJO: FUNDACIÓN PUIGVERT.



ID: 435

TÍTULO: DISEÑO CENTRADO EN EL USUARIO COMO PIEDRA ANGULAR PARA MEJORAR EFICIENCIA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN GESTIÓN DE LA CMA

RESUMEN:

mListable es una solución tecnológica destinada a mejorar la eficiencia, la calidad y la seguridad de los procesos de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) a través de un verdadero empoderamiento del paciente. Si bien, las nuevas tecnologías son herramientas muy útiles para la asistencia sanitaria, en muchos casos no cuentan con la suficiente permeabilidad a las características y necesidades de los usuarios a las que van destinadas. Esta situación hace que pierdan efectividad y, en algunos casos, la utilidad para la que estaban concebidas, convirtiéndose en un derroche de recursos y/o en focos de eventos adversos.

Mostrar la metodología de trabajo de diseño y construcción de la app destinada a satisfacer las necesidades reales de los usuarios a la que va orientada desde la perspectiva del Diseño Centrado en el Usuario.

Diseñar y desarrollar una solución tecnológica para mejorar la gestión, la calidad asistencial y la seguridad del paciente en los procesos de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Analizar, mediante el método de observación, los flujos de trabajo del proceso asistencial y las necesidades tanto de los pacientes potenciales como de los profesionales sanitarios, con la finalidad de convertirlos en requisitos indispensables en el diseño de la herramienta.

Lugar de desarrollo del estudio: Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

El proceso elegido fue el de Cataratas. Se analizaron las características de la población objetivo en función de los datos de las intervenciones realizadas durante el año 2016.

Se analizaron las características de la población objetivo en función de los datos de las intervenciones realizadas durante el año 2016. 3626 Intervenciones; 1567 Hombres y 2059 Mujeres; Edad media 72 años (rango desde los 59 años a los 94 años).

Con esta información se construyó un perfil de usuario tipo a través de la técnica Personas, el cual se ha utilizado como guía en los requisitos de diseño de la app. El diseño estará enfocado a una navegación intuitiva, accesibilidad visual, proximidad y acercamiento al paciente, ya que éste no debe percibir las soluciones tecnológicas como sustitutivos de la asistencia profesional, sino como una herramienta de proximidad.

Las tecnologías aplicadas a la asistencia sanitaria son, sin duda, grandes avances en eficacia, eficiencia, calidad y seguridad, pero si están bien diseñadas, tomando al usuario como eje central del diseño. Si esto no es así, se pueden convertir en gastos innecesarios de recursos, lastres para los profesionales y fuentes de eventos adversos.

AUTORES: LLANO-LAGARES, MANUEL; ESCOBAR-UBREVA, A; FERNÁNDEZ-BERMEJO, MC; PÉREZ-ALCÁNTARA, P; SOTILLOS-GONZÁLEZ, B.

CENTRO DE TRABAJO: AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA.



ID: 436

TÍTULO: COORDINACIÓN VIRTUAL

RESUMEN:

Los grupos de trabajo multidisciplinares son esenciales en la gestión, tanto clínica como administrativa de la atención primaria. Para el buen funcionamiento de estos grupos hay que disponer momentos de encuentro físicos, pero éstos pueden ser complementados con la disposición de puntos de encuentro virtuales, que nos permitan compartir información y documentos de trabajo

Garantizar la comunicación entre los grupos de trabajo.

Disponer de un gestor documental para compartir documentos de trabajo.

En el año 2015 en el Servicio de atención primaria de Terres de l'Ebre, junto con la Unidad de Sistemas de la Información de la RegióSanitària de les Terres de l'Ebre, se creó un grupo de trabajo multidisciplinar para conocer distintos tipos de gestores documentales y elegir la plataforma más adecuada. Se realizó un curso formativo de 15 horas de duración, donde se testaron plataformas de gestión de documentos, llegando al final a un consenso para la utilización de la plataforma Alfresco.

La plataforma, a la que se puede acceder únicamente a través de intranet, nos permite crear distintos grupos de trabajo, estos grupos se crean por el profesional coordinador del grupo y añade en él a los profesionales implicados en el grupo de trabajo. Cada profesional puede tener acceso desde la misma pantalla a los distintos grupos de trabajo de los que forma parte y consultar así la documentación necesaria para cada grupo.

Dentro del grupo de trabajo los profesionales pueden tener distintos roles, y según ellos pueden ser administradores, colgar nuevos documentos, modificarlos, o simplemente ser consultores de la información, es responsable del grupo es quien determina el rol del profesional incluido.

Dentro de la plataforma existe la posibilidad de que el profesional pueda recibir un aviso a su correo electrónico cada vez que haya un movimiento en el grupo del que forma parte. Garantizando así un seguimiento de las novedades y movimientos del grupo.

En la actualidad la totalidad de los grupos de trabajo de la atención primaria de nuestra región sanitaria dispone de un grupo creado en el aplicativo, implicando a más de 200 profesionales de distintos estamentos.

CONCLUSIONES

La implantación del gestor documental ha mejorado la comunicación y la disponibilidad de los documentos de trabajo.

Ha permitido disponer de un entorno seguro y ordenado de la documentación.

Ha sido de gran importancia el grupo inicial multidisciplinar creado para testar el aplicativo más adecuado.

AUTORES: LUCAS NOLL, JORGINA; BAUCELLS LLUIS, J; FERRÉ FERRATÉ, M; CURTO ROMEU, C; GAVALDÀ ESPELTA, E; NAVASQUILLO CALDERON, A.

CENTRO DE TRABAJO: SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA TERRES DE L'EBRE.



ID: 437

TÍTULO: INDICADOR SINTÉTICO DE CALIDAD: APLICACIÓN PRÁCTICA EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL HOSPITALARIA

RESUMEN:

Disponer y poderse comparar con modelos de referencia, puede constituir un estímulo para evaluar y poder, así, identificar los aspectos a mejorar en relación a la de calidad y a los resultados de la Atención hospitalaria del Sistema Nacional de Salud esperados por la población. Favorece la identificación y la revisión de áreas de mejora prioritarias, si se hace con amplia participación de todos los agentes implicados y, en definitiva, ser una herramienta para la mejora global de la calidad asistencial.

Nuestro objetivo fue construir un indicador sintético, resultado de combinar diversos indicadores individuales, llevando al campo de la salud una metodología utilizada en otros ámbitos.

En una primera fase, para la selección de las dimensiones y de los indicadores individuales, se realizó una revisión exhaustiva de la literatura, grupos focales con expertos, pacientes y un proceso de consenso extenso con profesionales de la salud para la selección definitiva y ponderación. En una segunda fase, para construir el indicador sintético, se aplicó la metodología basada en el análisis multicriterio, mediante el enfoque de la programación por metas, que se basa en el concepto de distancia, es decir, la diferencia entre un valor dado de un indicador individual y otro tomado como referencia, ponderando esta distancia con los pesos proporcionados por el proceso de consenso extenso.

Se presenta la aplicación práctica de esta metodología en el ámbito de los servicios sanitarios, a través de los resultados de la evaluación comparativa de la calidad asistencial de la red hospitalaria de agudos en Cataluña. En la primera fase se identificaron 47 indicadores individuales agrupados en 4 dimensiones y 49 hospitales agrupados en 5 niveles de complejidad. El indicador sintético construido posicionó a los hospitales en función de su calidad asistencial, teniendo en cuenta el nivel de complejidad de cada centro. Esto permitió identificar, para cada dimensión, aquellos indicadores individuales que los hospitales con mejor calidad asistencial tenían en común (fortalezas). Al contrario, también permitió identificar aquellos indicadores individuales que los hospitales con menor calidad asistencial tenían en común (debilidades).

Se ha aplicado una nueva metodología para evaluar la calidad asistencial hospitalaria, que ofrece varias ventajas respecto a las ya existentes. Su diseño permite la obtención de indicadores sintéticos que pueden ser fácilmente interpretados, en base a valores de referencia para cada indicador y han sido ajustados a criterios clínicos apoyados - a través de un proceso de consenso - por más de 300 expertos en el ámbito de la evaluación de la calidad asistencial .

AUTORES: DAVINS MIRALLES, JOSEP¹; ESPALLARGUES CARRERAS, M²; OLIVA OLIVA, G³; MUÑOZ ORTIZ, L⁴; MERCADER MENÉNDEZ, M⁵; RAMS PLA, N⁶.

CENTRO DE TRABAJO: DEPARTAMENTO DE SALUD. GENERALIDAD DE CATALUÑA.¹; AGÈNCIA DE QUALITAT I AVALUACIÓ SANITÀRIES DE CATALUNYA (AQUAS)²; DEPARTAMENTO DE SALUD. GENERALIDAD DE CATALUNYA.³; AGÈNCIA DE QUALITAT I AVALUACIÓ SANITÀRIES DE CATALUNYA (AQUAS)⁴; DEPARTAMENTO DE SALUD. GENERALITAT DE CATALUNYA⁵; DEPARTAMENTO DE SALUD. GENERALIDAD DE CATALUÑA.⁶.

ID: 438

TÍTULO: FORMACIÓN CONTINUADA EN CULTURA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE, EVALUACIÓN DE UN PLAN DE FORMACIÓN ESPECÍFICO

RESUMEN:

Las instituciones sanitarias tienen la obligación de garantizar un nivel adecuado en la formación de los profesionales sanitarios en materia de cultura de calidad y seguridad del paciente.

Nuestra Gerencia ha desplegado desde la Unidad de Calidad un Plan de Formación específico que pretende favorecer la adquisición de dichas competencias, basado en las líneas estratégicas del centro y cuya participación se monitoriza en el contrato de gestión con los servicios.

El desarrollo de planes de formación específicos alineados con planes estratégicos, así como el conocimiento de los factores que más influyen en la satisfacción global de los alumnos podría incidir en un mayor impacto en el conocimiento y aplicabilidad de la cultura de calidad y seguridad del paciente en instituciones sanitarias.

Evaluar la satisfacción de los profesionales sanitarios con un plan formativo específico en materia de calidad y seguridad del paciente

Determinar los factores relacionados con la satisfacción global de los alumnos.

Se realizó un estudio transversal utilizando como fuente de información las encuestas autocumplimentadas por los alumnos. Se midieron mediante estadística descriptiva las medias (escala 1 a 5) de todas las dimensiones valoradas en los cursos impartidos en materia de calidad y seguridad del paciente durante un semestre (n=5): objetivos, organización, documentación, aplicabilidad, profesorado y satisfacción global, estratificándose por tipo de curso: taller y teórico-práctico.

En la estadística inferencial, se comparó mediante correlación de Spearman las diferentes dimensiones con la satisfacción global. Para valorar la diferencia entre formato de curso con las dimensiones analizadas se empleó el test U de Mann-Whitney

La valoración media de las dimensiones fueron: objetivos y contenidos (4,54; ds 0.20), organización (4,27; ds 0.23), documentación (4,51; ds 0.25), aplicabilidad (4,43; ds 0.14) profesorado (4,67; ds 0.20) y satisfacción global (4,50; ds 0.17).

La correlación entre las dimensiones con la satisfacción global fueron: objetivos, coeficiente de correlación 0.96 (p=0,009); organización, coeficiente de correlación 0.19 (p=0.751); documentación, coeficiente de correlación 0.988 (p=0.002); aplicabilidad, coeficiente de correlación 0.43 (p=0.45); profesorado, coeficiente de correlación 0.653 (p=0.23).

Las diferencias entre las medias de las dimensiones por formato de curso (taller/ teórico-práctico) no fueron significativas: objetivos (4.48/4.59); organización (4.49/4.13); documentación (4.46/4.55); aplicabilidad (4.52/4.37); profesorado (4.78/4.60); satisfacción global (4.44/4.55).

CONCLUSIONES:

La valoración de todas las dimensiones del plan formativo específico es buena.

La satisfacción global del alumno en la formación continuada en materia de cultura de calidad y seguridad del paciente está directamente relacionada con la adecuación al cumplimiento de los objetivos planteados y la documentación aportada como material complementario.

AUTORES: LEON MARTIN, ANTONIO ALBERTO; TEBAR BETEGON, MA; ARMENTEROS LECHUGA, M.

CENTRO DE TRABAJO: GAI DE CIUDAD REAL.



ID: 439

TÍTULO: TESEO-ICS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA: PRIMEROS MESES DE EXPERIENCIA

RESUMEN:

En nuestros centros de atención primaria, tenemos a diario grandes colas de usuarios en nuestro servicio de atención al paciente.

Se trata de pacientes que presentan distintas necesidades, tales como pedir una cita, consultar dónde y cuándo visita su profesional de referencia, consultar sus visitas pendientes o imprimir un justificante de visita, entre otros.

Por otra parte, en momentos de gran afluencia de usuarios, es en ocasiones de gran dificultad organizar el orden de atención al paciente en la sala.

Fruto de ello se ha procedido, con la ayuda de las nuevas tecnologías, a la creación de un dispositivo que nos permita hacer frente a estos problemas.

Se trata del TESEO-ICS.

Mejorar la accesibilidad de los pacientes.

El Institut Català de la Salut, con el Servicio de sistemas de la información de Terres de l'Ebre, ha desarrollado un programario que permite dotar de distintas funcionalidades a aparatos tipo quiosco.

El TESEO Dispone de una pantalla táctil con distintos iconos que permite al paciente realizar las siguientes opciones:

-Gestor de colas. Mediante el cual se imprime para el paciente un tique que le otorga un orden de cola para ser atendido por el Servicio de admisiones.

- Pedir cita: el paciente puede acceder a pedir cita a su médico de familia, enfermera, pediatra u odontólogo.

- Imprimir justificante de visita.

- Realizar cambio de médico-enfermera.

- Imprimir su receta electrónica.

- Consultar citas pendientes en atención primaria i atención especializada.

- Consultar horarios y localización de los profesionales de referencia.

El aplicativo informático que gestiona el terminal TESEO permite hacer una explotación de los datos de uso del terminal.

En el CAP de Sant Carles se instaló un terminal TESEICS con gestor de colas en enero de 2017.

Desde enero a mayo de 2017 se han realizado 2353 movimientos en el TESEO ICS, de los que 1787 han sido peticiones de cita para sus profesionales de referencia.

Se excluyen de estos datos la funcionalidad que permite el dispositivo de hacer funciones de gestor de colas. Cosa que nos ha permitido conocer el número de usuarios atendidos diariamente en nuestros mostradores de atención primaria así como los momentos de más afluencia de usuarios.

La experiencia de los primeros meses ha sido realmente satisfactoria, con gran mejora de la percepción de orden por parte de los profesionales de admisiones de nuestro centro.

AUTORES: LUCAS NOLL, JORGINA¹; NAVASQUILLO CALDERON, A²; GAVALDA ESPELTA, E³; FERRÉ FERRATÉ, M⁴; BAUCCELLS LLUIS, J⁵; BELTRAN PELEGRIN, A⁶.

CENTRO DE TRABAJO: SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA TERRES DE L'EBRE¹; GERENCIA TERRITORIAL TERRES DE L'EBRE²; SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA TERRES DE L'EBRE³; SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA TERRES DE L'EBRE⁴; SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA TERRES DE L'EBRE⁵; ABS SANT CARLES DE LA RÀPITA-ALCANAR⁶.



ID: 440

TÍTULO: MEJORANDO EL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA A TRAVÉS DE CONTENIDOS MULTIMEDIA

RESUMEN:

Cada año en España se realizan más de un millón de intervenciones relacionadas con Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) y la tendencia está en aumento. La información clínica que se proporciona al paciente o usuario de un servicio de salud contribuye al mejor desarrollo del proceso asistencial. Esta información ha de ser real, comprensible para el destinatario y adecuada a sus circunstancias personales y sociales. A su vez, la Ley de General de Sanidad indica que debe estar en formatos basados en el principio de diseño universal, de manera que resulten accesibles y comprensibles para todos. Sin embargo, en muchos casos estas características no se cumplen. Mejorar la comprensión y entendimiento del proceso de consentimiento informado en CMA a través de la generación de contenido multimedia adecuado a las capacidades y necesidades de los pacientes.

Análisis de los usuarios y recopilación de la información actualmente disponible, evaluación de material existente, desarrollo y/o creación de material, pilotaje e implementación de contenidos multimedia.

Fuera de España existen múltiples experiencias con el uso de contenidos multimedia aplicados a los procesos de cirugía que muestran buenos resultados tanto desde el punto de vista de los pacientes como de los recursos de los sistemas sanitarios. En este sentido, la presentación multimedia de la información a pacientes en la fase prequirúrgica de distintos procesos (cataratas, intervenciones vasculares no invasivas, intervenciones de rodilla,...), mejoró su entendimiento, el manejo de la situación, la satisfacción con la intervención y redujo la ansiedad. Se ha demostrado también que son una herramienta efectiva para proporcionar y retener información durante el proceso del consentimiento informado. Estas mejoras, en concreto en los pacientes de cataratas, fue significativa incluso en aquellos pacientes con bajo nivel de alfabetización y de edad avanzada.

El proyecto m-Listable pretende mejorar la eficiencia del sistema de salud, la calidad asistencial y la seguridad del paciente a través del uso de las nuevas tecnologías portables aplicadas a los procesos de CMA. La incorporación de los contenidos multimedia adaptados a las capacidades de los pacientes permitirá a los pacientes conocer más sobre su proceso asistencial, ofreciendo información y recomendaciones desde el momento del diagnóstico hasta el alta. El entorno digital en desarrollo permitirá realizar una preparación y un seguimiento pre y post quirúrgico que garanticen una adecuada continuidad asistencial. Esto tiene una clara repercusión económica, ya que se reducen la tasa de reingresos y complicaciones postoperatorias mediante la detección temprana de las mismas. El empoderamiento del paciente reduce tiempos de hospitalización. También se consigue un uso racional de los medicamentos debido a la mejor adherencia a las recomendaciones.

AUTORES: PÉREZ-ALCÁNTARA, PEDRO; LLANO-LAGARES, M; ESCOBAR-UBREVA, A; FERNÁNDEZ-BERMEJO, MC; SOTILLOS-GONZÁLEZ, B.

CENTRO DE TRABAJO: AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA.



ID: 441

TÍTULO: LAS URGENCIAS, UNA OPORTUNIDAD PARA LAS ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS

RESUMEN:

En los últimos años, como consecuencia del crecimiento progresivo de la demanda en la atención sanitaria urgente, se viven momentos de saturación y colapso, y pueden deteriorar la efectividad y calidad asistencial. Esta situación, unida a la falta de disponibilidad de camas hospitalarias hace, que el día a día, nos muestre una situación de conflicto por la falta de drenaje del servicio.

La enfermera Gestora de casos hospitalaria colabora en la detección de factores de riesgo para agilizar las altas y realiza coordinación con los distintos niveles asistenciales.

Entre otras soluciones a las alternativas de hospitalización se plantea la Gestión de casos desde Urgencias para integrar la atención urgente en la atención continuada evitando interrupciones, adaptando y adecuando la atención de los pacientes vulnerable, gestionando recursos para agilizar altas desde urgencias garantizando la calidad en las transiciones

Garantizar la coordinación entre niveles y la continuidad asistencial

Garantizar una atención de calidad centrada en la persona, valoración integral de los pacientes vulnerables desde la llegada a urgencias hasta el alta hospitalaria

Disminuir las visitas y agilizar las altas desde urgencias

Adecuar las estancias hospitalarias con la proactividad en la detección de necesidades alteradas y movilizandolos recursos más adecuados

Revisión retrospectiva observacional de pacientes incluidos en gestión de casos durante el 2015-2016.

Proactividad en la captación de la población diana en el servicio de urgencias y revisión de ingresos en las últimas 24 horas.

Buscar alianzas entre atención primaria y residencias para colaborar en la continuidad de tratamientos, de cuidados y evitar ingresos, colaborando así en las alternativas a la hospitalización.

Se han realizado 588 valoraciones en el 2015 aumentando a 1058 en el 2016. La edad media en el 2016 es de 88.2 (68-103), no habiendo diferencias significativas con el 2015. En el servicio de urgencias se han aumentado las valoraciones pasando de 75 en el 2015 a 231 en el 2016. El perfil prácticamente no varía, siendo paciente crónico, frágil, geriátrico y MACA. Los recursos domiciliarios activados 4% consulta geriatría 25% PADES 9% rehabilitación. El 65% de los pacientes han necesitado educación sanitaria específica como manejo ineficaz del régimen terapéutico, déficit autocuidado, deter. movilidad El 67% ha sido retorno domiciliario.

Y se ha evitado un 5% de ingresos, un 11% de consultas a urgencias. A destacar, se han modificado 3 Planes de intervención individual en colaboración con AP.

La GC es el eslabón que garantiza la continuidad entre niveles. Clave en la atención a la cronicidad, buscar alianzas, garantizando la calidad en la atención y las transiciones. Ventanilla única de comunicación y profesional de referencia.

Se ha consolidado el rol de la GC en urgencias, siendo el valor añadido para garantizar la integración de los cuidados urgentes en la atención continuada de los pacientes vulnerables

AUTORES: BONILLO CABALLERO, MANUELA¹; BONILLO CABALLERO, MC²; OLIVE ROFES, M³; CASELLAS PATRON, J⁴; BRIANSO FLORENCIO, M⁵.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT JOAN DE REUS¹; HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT JOAN²; HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT JOAN³; HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT JOAN⁴; HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT JOAN⁵.



ID: 442

TÍTULO: INFORMACIÓN AL SERVICIO DEL PACIENTE

RESUMEN:

La llegada de las nuevas tecnologías ha cambiado el modo de comunicarnos y acceder a la información. Disponemos de múltiples fuentes de información, cosa que hace que nuestros usuarios en ocasiones no escojan las fuentes más contrastada para llegar a la información necesaria.

Desde el servicio de atención primaria de Terres l'Ebre se ha apostado por adaptar la información a los usuarios a las múltiples posibilidades que nos ofrecen las nuevas tecnologías. Un buen sitio para informar y empezar la educación sanitaria de nuestros pacientes son nuestras salas de espera.

Mejorar la información a la población de forma ágil y generalizada.

Se han instalado pantallas informativas en las salas de espera de todos los centros de atención primaria de nuestro territorio. Un total de 20 pantallas, situadas en 15 centros.

Desde la unidad de sistemas de la información se ha creado un aplicativo informático que permite gestionar de forma individualizada o general la información de estas pantallas. Disponemos de una gestión centralizada desde la unidad de comunicación que permite difundir de forma masiva a todos los centros la información más corporativa y general. Y disponemos de un nivel más local, que permite gestionar la información desde el mismo centro de atención primaria, para poder difundir la información de carácter más específico el centro.

En estas pantallas informativas se pone al alcance de la población información de funcionamiento del centro, cartera de servicios, consejos de salud, campañas informativas estacionales y institucionales. El aplicativo nos permite intercalar un directorio de los profesionales del centro con horarios y ubicación de los mismos, permitiendo una actualización inmediata desde los centros, según las variaciones de los profesionales.

Se han instalado un total de 20 pantallas, ofreciendo una cobertura del proyecto del 100% de nuestras áreas básicas de salud.

Se ha establecido un canal de comunicación ágil y eficiente.

Se ha asegurado la difusión de campañas más generales en todos los centros de atención primaria de territorio.

AUTORES: NAVASQUILLO CALDERON, AMAPARO¹; BOIRA COSTA, M²; FERRÉ FERRATÉ, M³; BAUCÉLLS LLUIS, J⁴; GAVALDA ESPELTA, E⁵; LUCAS NOLL, J⁶.

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA TERRITORIAL TERRES DE L'EBRE¹; SERVEI ATENCIO PRIMARIA TERRES DE L'EBRE²; SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA TERRES DE L'EBRE³; GERENCIA TERRITORIAL TERRES DE L'EBRE⁴; SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA TERRES DE L'EBRE⁵; SERVICIO DE ATENCION PRIMARIA TERRES DE L'EBRE⁶.



ID: 443

TÍTULO: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO DEL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA

RESUMEN:

Recoger información y conocer la percepción que tienen todos los facultativos de los Servicios de Medicina Interna y Urgencias y que se traduce, generalmente, en satisfacción o insatisfacción en relación a lo que esperan de la actividad asistencial solicitada al Servicio de Urología del Hospital General de Villalba. Dicha actividad son, generalmente, interconsultas normales o urgentes, de pacientes ingresados a cargo del Servicio de Medicina Interna o de pacientes ingresados por Urgencias.

Conocer el grado de satisfacción de los principales clientes internos del Servicio de Urología y las labores que realiza identificando los factores determinantes del clima organizacional satisfactorio o insatisfactorio.

Identificar oportunidades de mejora en la atención a nuestros pacientes

Identificar oportunidades de mejora en la coordinación y comunicación interna con los Servicios peticionarios

Mejorar los tiempos de respuesta

Aumentar la seguridad de nuestros pacientes estableciendo criterios de priorización en aquellos con sospecha de malignidad y/o patología urgente

Para el logro del objetivo se ha aplicado una encuesta abierta y anónima dirigida a todos los profesionales de los Servicios de Urgencias y Medicina Interna del Hospital General de Villalba. Para su diseño se han correlacionado las dimensiones de la Calidad y sus correspondientes atributos y estándares establecidos para la actividad asistencial desarrollada desde el Servicio de Urología. El formato de la encuesta desarrolla una primera sección de ambiente de trabajo; a continuación, preguntas específicas sobre los factores considerados; y, una última parte, para recoger comentarios por escrito de aquellos profesionales que deseen ser más explícitos en sus respuestas.

Analizadas las encuestas recibidas, las principales insatisfacciones del cliente interno estaban relacionadas con la rapidez del servicio, aspecto que depende principalmente de las altas expectativas que se generan en los profesionales. El resto de ítems analizados obtuvieron un alto grado de satisfacción, encontrándose todos ellos por encima del 95%.

AUTORES: HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, JOSÉ EMILIO¹; GONZÁLEZ ENGUITA, C²; GONZÁLEZ GASCH, A³; CERDÁN CARBONERO, M⁴; ALFARO CADENAS, L⁵; RUBIO CIRILO, L⁶.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA¹; HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ²; HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA³; HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA⁴; HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA⁵; HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA⁶.



ID: 444

TÍTULO: DEL PAPEL AL SMARTPHONE: ADAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA) AL ENTORNO MHEALTH

RESUMEN:

Actualmente, el paciente tanto en el pre como en el post-operatorio, recibe información y recomendaciones en formato papel. Este sistema presenta múltiples carencias y genera un elevado número de cancelaciones o complicaciones de las mismas. Es necesario diseñar un nuevo sistema que garantice la intercomunicación continua y veraz entre el paciente y el personal sanitario, que incremente la seguridad, se optimice los recursos empleados y disminuya las cancelaciones.

Mejorar la seguridad y el bienestar de los pacientes ante intervenciones, pruebas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos, mediante el desarrollo de un sistema colaborativo que ofrezca un mayor control y calidad asistencial, pudiendo prevenir incidentes y eventos adversos. Mejorar la eficiencia y calidad de los servicios disminuyendo el número de cancelaciones quirúrgicas, las consultas innecesarias y las complicaciones asociadas a la no adherencia a las recomendaciones dadas por los profesionales sanitarios.

m-Listable está orientado a intervenciones de CMA, que permiten que el paciente sea operado bajo cualquier tipo de anestesia y pueda irse a casa el mismo día, donde continúa con un postoperatorio controlado. Se pretende:

1. Desarrollar un dispositivo que mejore el sistema sanitario y asistencial, de tal forma que el paciente pueda remitir a distancia información diagnóstica objetiva sobre su estado, dando mayor valor y mejorando el servicio de asistencia.
2. Obtener una herramienta portátil y móvil que ayude al seguimiento, y un servicio personalizado de gestión de la enfermedad.
3. Desarrollar una plataforma que permita la gestión de los datos del paciente personalizando la aplicación para cada caso.
4. Apoyar la evaluación de las soluciones que velan por la seguridad de los pacientes y los sistemas de aseguramiento de la calidad.

Este entorno digital permitirá realizar una preparación y un seguimiento pre y post-quirúrgico que garanticen una adecuada continuidad asistencial en contacto directo con su centro sanitario, así como el registro de la información en la historia clínica electrónica y la carpeta de salud.

El resultado obtenido será una plataforma que permita a los pacientes conocer más sobre su proceso asistencial y obtener información y recomendaciones desde el momento del diagnóstico hasta el alta.

La plataforma permitirá monitorizar diferentes parámetros psico-emocionales del paciente y establecer canales de comunicación médico-paciente, empoderando a este último en su propio proceso.

m-Listable afronta un importante reto que consiste en ofrecer una solución en movilidad que permita el empoderamiento del paciente, la mejora de la intercomunicación con los proveedores de salud y la eficiencia en todos los procesos en los que la plataforma tiene aplicación.

AUTORES: FERNÁNDEZ-BERMEJO, MARÍA CARMEN; ESCOBAR-UBREVA, A; LLANO-LAGARES, M; PÉREZ-ALCÁNTARA, P; SOTILLOS-GONZÁLEZ, B; HERRERA-HUSAGRE, M.

CENTRO DE TRABAJO: AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA.



ID: 445

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA ÁREA BÁSICA DE SALUD

RESUMEN:

TPSC-Cloud es una herramienta utilizada como estrategia de identificación reactiva de riesgos para la seguridad del paciente, los riesgos potenciales identificados por los profesionales y las soluciones aportadas para evitar su aparición.

Conocer la implantación del sistema de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (TPSC_CLOUD) en un Equipo de atención primaria urbana.

Estudio descriptivo retrospectivo de la implantación del sistema de notificación de incidentes en una Área Básica de Salud desde el año 2013 hasta junio de 2017.

Se evaluaron todas las notificaciones realizadas por el personal médico, de enfermería y administrativo.

Variables: Los incidentes identificados y las soluciones aportadas, clasificados en 10 categorías (gestión clínico-administrativa, medicación, caídas y otros accidentes, dispositivos o equipos asistenciales, documentación analógica y digital, gestión clínica y procedimientos, infraestructuras, locales o instalaciones, infección asociada a la atención sanitaria y nutrición).

La información se obtuvo mediante la aplicación informática: Sistema de Notificació TPSC Primària.

Resultados

Los riesgos potenciales identificados más frecuentemente fueron los relacionados con el área administrativa (183, un 44%), con la documentación (53, un 12,7%), procedimientos (75, un 18%) y con la medicación (35, un 8,4%).

Las principales soluciones estaban relacionadas con la elaboración de protocolos de circuitos: cómo citar a los pacientes, revisión de medicamentos, formación en técnica de higiene de manos, soluciones hidroalcohólicas e intervenciones con polimedcados.

Conclusiones

Una proporción importante de los eventos adversos producidos en el medio sanitario son evitables, por lo que es necesario establecer estrategias preventivas.

Este estudio pone de manifiesto las soluciones aportadas para evitar que los acontecimientos potenciales identificados ocurran, así como riesgos para la seguridad del paciente no encontrados en otros estudios como por ejemplo los relacionados con el uso de dispositivos médicos/equipamiento.

AUTORES: ROBERT VILÀ, MARGARIDA; DALMAU VIDAL, S; GARCÍA BARCO, M; GONZÀLEZ PÈREZ, C; SUGRAÑES FERRANDO, C; TORRES MAÍLLO, E.

CENTRO DE TRABAJO: ABS REUS 2 CAP SANT PERE.



ID: 446

TÍTULO: ABORDAJE DE LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE POR PROCEDIMIENTOS

RESUMEN:

La correcta identificación de pacientes es un procedimiento clave en todos los procesos del hospital. Errores en el mismo pueden ocasionar graves problemas de seguridad del paciente.

A pesar de haber hecho esfuerzos importantes estos años para mejorar (pulseras, formación, etc...), es difícil integrar correctamente en la práctica la forma de proceder. La estrategia para afrontar este problema ha sido el abordaje por procedimientos.

Describir la implantación del proceso de correcta identificación en dos procedimientos de enfermería habituales: obtención de muestras de sangre y administración de medicación endovenosa.

Se crearon 2 grupos de trabajo formados por enfermeras asistenciales y coordinados por un miembro del Servicio de Calidad, en el seno de los cuales se realizó análisis de los puntos críticos de cada proceso y se elaboró el protocolo para una correcta actuación. Se difundió en las Unidades a través de sesiones de media hora repetidas hasta conseguir una cobertura mínima del 70% de las enfermeras de las mismas. Para la evaluación, se estableció una monitorización inicial de puesta en marcha durante las 2 primeras semanas de implantación y posteriormente de forma cuatrimestral, un día aleatorio previamente establecido para cada Unidad de hospitalización. Las personas responsables de la observación fueron las supervisoras de tardes/noches y la recogida de datos se hizo a través de un listado de verificación elaborado ad hoc.

Periodo de estudio: abril-noviembre 2016

Tamaño muestral: 5 Unidades de hospitalización.

Procedimientos auditados: extracciones de sangre realizadas por una enfermera de la Unidad durante el turno de noche (A) y pacientes ingresados en la Unidad con medicación endovenosa a las 00.00h (B)

Nº de procedimientos auditados: A (59) y B (157)

Respecto a la extracción de sangre, no se encontraron tubos identificados con antelación a la extracción en el 100% de los casos. El carro de extracciones estuvo dotado correctamente un 84,8% de las veces. No se simultaneó la administración de medicación y la extracción de sangre en el 98,3% de las ocasiones. La identificación del paciente se realizó mediante pregunta directa un 74,6% de las veces y se cotejó el volante de petición de extracción con la pulsera identificativa en un 81,1% de los casos. Los tubos se etiquetaron inmediatamente tras la extracción en un 96,6% y se eliminaron los códigos sobrantes en un 84,7% de los casos.

Respecto a la identificación en la administración de medicación endovenosa, se identificó la misma mediante etiqueta del paciente (sola o incluyendo también nº de habitación) un 70,32%. En el 96,13% de los procedimientos auditados, la medicación estaba correctamente identificada.

Aunque los resultados no permiten establecer conclusiones generales (selección de muestra no representativa) y existe margen de mejora, parece que la identificación en estos 2 procedimientos se está implantando correctamente, aunque se han observado diferencias entre Unidades.

AUTORES: FERNÁNDEZ NÚÑEZ, M^a LUZ; PINO DOMÍNGUEZ, L; BRUGOS LLAMAZARES, V; CASTILLO OTÍ, JM; HOYOS VALENCIA, Y; GÓMEZ MUÑOZ, RI.

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA ÁREAS III-IV: HOSPITAL COMARCAL SIERRALLANA.

ID: 447

TÍTULO: ¿HAY DIFERENCIA EN LA CALIDAD PERCIBIDA ENTRE LOS PROVEEDORES DE TRANSPORTE PROGRAMADO?

RESUMEN:

El transporte programado (TP) permite a los pacientes que no tienen autonomía clínica desplazarse para recibir atención sanitaria siendo de gran relevancia para la calidad y equidad del servicio sanitario.

Conocer si existe variabilidad de calidad percibida por los usuarios del servicio en función del tipo de prestación, teniendo en cuenta los 4 motivos que la generan: consultas externas (CE), altas hospitalarias (AH), diálisis (D) y rehabilitación (R), es determinante para orientar las mejoras en este servicio.

Conocer si hay diferencias en el nivel de satisfacción de los usuarios de TP en función del tipo de prestación por el que la utilizan, y si es así, identificar los motivos más relevantes de las mismas.

Observacional. Comparación de resultados de encuestas de 2017 en los usuarios de TP por los 4 motivos de prestación referidos. Población origen de muestras: usuarios de TP (marzo-mayo 2016). Muestreo aleatorio estratificado (error muestral 3%; nivel de confianza 95%), 2016: 1414 usuarios por motivo AH, 1486 por CE, 669 por D y 1107 por R. Entrevista telefónica: marzo a mayo 2016. Cuestionario 19 preguntas incluidas variables de clasificación, valoradas según escala de 0 a 10. Nivel superior a 8: valoración óptima. Análisis estadístico.

Consideran que siempre hay demora el 24% (D), 23% (AH), 21% (R) y 20% (CE), y que nunca la hay en el 5% (D), 23% (AH), 7% (R) y 10% (CE).

Mayoritariamente, el 46% (D), 55% (AH), 57% (CE) y 62% (R) refieren que la demora ocurre en el trayecto de vuelta. El 39% (D), 12% (AH), 17% (CE) y 27% (R) lo atribuye a la organización y el 28% (D), 21% (AH), 27% (CE) y 26% a que hay pocas ambulancias.

Un 78% (D), 85% (AH), 79% (CE) y 86% (R) considera que se cumplen siempre las condiciones de traslado y un 87% (D), 90% (AH), 86% (CE) y 92% (R) que siempre o casi siempre.

La valoración de los vehículos es de 4 o más (escala 1-5) para el 49% (D), 59% (AH), 55% (CE) y 60% (R).

La valoración de los profesionales es de 4 o más (escala 1-5) para el 91% (D), 91% (AH), 92% (CE) y 94% (R) en cuanto a trato y para el 90% (D), 91% (AH), 88% (CE) y 93% (R) en cuanto a profesionalidad.

El nivel de conocimiento de la Mesa de Transporte Sanitario (MTS) fue del 49% (D), 30% (AH), 55% (CE) y 58% (R), y les habían resuelto algún problema en el 70% (D), 52% (AH), 64% (CE) y 64% (R). El nivel de satisfacción global fue de 4 o más (escala 1-5) en un 52% (D), 68% (AH), 58% (CE) y 61% (R).

El TP cumple con las necesidades de los usuarios con un nivel de satisfacción mejorable sobre todo para los pacientes en D. En general consideran que se cumplen las condiciones del mismo. Las diferencias sobre las demoras, o valoración de vehículos no son relevantes excepto para los dializados (peor percepción).

La valoración sobre trato y profesionalidad es elevada y sin diferencias.

Destaca el escaso conocimiento de la MTS y una mejorable efectividad en la resolución.

Este análisis nos acerca a hacer actuaciones específicas sobre los diferentes proveedores de TS y la MTS.

AUTORES: COLOMER ROSAS, ASUNCIÓN; AMADOR ÁLVAREZ, JP; PINGARRÓN LÓPEZ, JA; FERNÁN PÉREZ, P; GUTIERREZ SÁNCHEZ, F; HERNÁNDEZ JARAS, MV.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA112.



ID: 448

TÍTULO: ¿SON LOS SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES UNA PÉRDIDA DE TIEMPO?

RESUMEN:

El Sistema de notificación y gestión de incidentes regional se puso en marcha en el año 2008. Actualmente el sistema es utilizado por 850 centros/unidades de gestión clínica, no siendo obligatoria su uso dentro la comunidad.

A lo largo de estos años, se han introducido mejoras fruto de las sugerencias realizadas por los notificadores o los más de 1230 gestores de incidentes a nivel local. Algunas de estas nuevas funcionalidades son: notificación mediante aplicación móvil, obligatoriedad de asignación de incidentes a un centro/unidad o simplificación del proceso de gestión del incidente.

Analizar la evolución de las notificaciones realizadas en un sistema de notificación y aprendizaje de incidentes en una comunidad autónoma.

Estudio descriptivo. Periodo de estudio: 2011-2016. Unidad de estudio: Incidentes notificados por profesionales. Variables: Año, dispositivo utilizado para notificar, tipo de incidente, resultados ocasionados en el paciente, nivel de riesgo asociado al incidente, estado de la gestión, áreas de mejora identificadas. Análisis: distribución de frecuencias.

- El número de incidentes notificados fue de 11788. El 53,9% incidentes en 2015-2016.

- Desde la puesta en marcha de la aplicación móvil se han notificado 463 incidentes a través de este canal. En el último semestre se notificaron vía app el 10,1% de l

AUTORES: PÉREZ-PÉREZ, PASTORA; SANTANA-LÓPEZ, V; PACHECO-MENA, ME; VALLE-TREJO, CM.

CENTRO DE TRABAJO: AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA.

ID: 449

TÍTULO: CONTROL DEL DOLOR EN UNA SALA DE PARTOS CON MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS.

RESUMEN:

La reducción del dolor es un imperativo profesional y una expectativa ética ya que, este, no tratado puede tener consecuencias perjudiciales, además en los niños puede provocar alteraciones tanto neuroanatómicas como de comportamiento. En el trabajo de parto el estrés asociado al dolor produce la disminución de la oxitocina.

Humanizaremos el parto para conseguir disminuir el estrés y en consecuencia aliviar el dolor, de esta manera conseguiremos aumentar el bienestar físico y emocional tanto de la madre como del recién nacido.

- Consensuar entre todos los miembros del grupo del dolor un protocolo de medidas no farmacológicas en el control del dolor durante el trabajo de parto, basado en evidencia científica.
- Implicación de todos los profesionales de la salud en el cumplimiento del protocolo.
- Humanizar el parto.

Elaboración del protocolo de medidas no farmacológicas en el control del dolor durante el trabajo de parto, basado en evidencia científica.

Adecuar las estructuras para conseguir un ambiente cálido y lo más parecido posible al ámbito familiar.

Elaborar un plan de nacimiento humanizado.

Confección y aplicación de encuestas para valorar la aplicación del protocolo por parte de las matronas y puérperas.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA:

Al elaborar el protocolo, se tendrá en cuenta:

- la sala de partos tiene que adquirir un ambiente familiar, de tal manera que la gestante se sienta como en casa sin que ello conlleve a comprometer la seguridad tanto de la madre como del niño
- Dentro de todo el trabajo de parto la función o el papel que desempeñara la comadrona será de dar apoyo y seguridad a la madre y al niño. Destacando que en todo momento se realizarán los controles pre establecidos en el protocolo.
- Valorar el riesgo obstétrico de la gestante, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.
- El protocolo de medidas no farmacológicas en el control del dolor durante el trabajo de parto, basado en evidencia científica.
- Adecuación del ambiente físico para la aplicación del protocolo.
- Difusión del protocolo entre los profesionales sanitari

AUTORES: GUTIERREZ CULSAN, PILAR; COMI CANES, M; MORALES CARDONA, N; PLA SABORIT, L; JIMENEZ LOPEZ, P; RAMIRO SALIDO, M.

CENTRO DE TRABAJO: CLINICA TERRES DE L'EBRE.

ID: 450

TÍTULO: TRANSPORTE PROGRAMADO: ASPECTO CLAVE DE LA CALIDAD PERCIBIDA DEL PACIENTE EN DIÁLISIS

RESUMEN:

La enfermedad renal requiere una atención sanitaria prolongada en la que en estadios avanzados se requiere transporte programado (TP) por no tener el paciente autonomía para desplazarse. La confortabilidad y los tiempos de espera del TP se convierten en aspectos clave en la calidad de vida de los pacientes en diálisis (D).

En este contexto es imperativo conocer si el TP responde a estándares de calidad percibida adecuados para introducir mejoras en este servicio orientado a un paciente que de por sí tiene una grave afectación en su calidad de vida.

Conocer la satisfacción de los pacientes en D con los servicios del TP y si hay diferencias apreciables entre los proveedores del servicio.

Observacional transversal. Población origen de muestra: usuarios de TP de marzo a mayo 2016. Muestreo aleatorio estratificado por proveedor de TP (Error muestral: 4,0%; nivel de confianza: 95%.): 669 usuarios de D. Entrevista telefónica: Realizada los meses de noviembre y diciembre de 2016. Cuestionario: 19 preguntas incluidas variables de clasificación, valoradas según escala de 0 a 5. Nivel superior a 5: Valoración óptima. Análisis estadístico.

Consideran que el TP para D no hay demora en el 5,1 %, que siempre hay demora el 24,3% y que casi siempre hay demora el 30,4%; el 46,3% refieren que ocurre en el trayecto de vuelta, y el 34,4% en el de ida y vuelta. El 39,4 %, la atribuye a la organización del TP y un 27,6 % a que hay pocas ambulancias. El 78,14 % considera que siempre se cumplen las condiciones del traslado y un 87,43 % que siempre o casi siempre.

La valoración de los vehículos es de 4 o más (escala 1-5) en un 48,80 %.

La valoración de los profesionales es de 4 o más en un 89,5% en cuanto a la profesionalidad porcentaje que asciende a un 90,9% en lo relativo al trato y amabilidad.

Solo un 49,25 % de todos los usuarios conocían la Mesa de Transporte Sanitario que en un 70 % resolvió sus problemas.

El grado de satisfacción global con TP fue igual o superior a 4 (escala 1-5) en un 52,1%. No se aprecian diferencias significativas por empresas proveedoras de TP, si bien es la misma la que destaca favorablemente en cuanto a entender las necesidades, amabilidad, profesionalidad y satisfacción global.

Los datos de satisfacción global reflejan la necesidad de mejoras.

La mesa de transporte sanitario es poco conocida, aunque resulta efectiva en la resolución de las incidencias.

La demora es el aspecto con peor valoración, siendo los aspectos más valorados los que tienen que ver con los profesionales. En cuanto a la demora los usuarios opinan que existe una mala organización en el transporte sanitario.

Es necesario implementar mejoras en las demoras y en los vehículos tanto en número de vehículos que prestan el servicio como en la confortabilidad de los mismos, así como, implementar medidas para una mejor organización del TP. Difundir entre los usuarios información relativa a la existencia de la Mesa de Transporte Sanitario.

AUTORES: COLOMER ROSAS, ASUNCIÓN; ESCUDERO GONZÁLEZ, V; MEDRANO MARTÍNEZ, MJ; MUÑOZ MORATO, M; PINGARRÓN LÓPEZ, JA; BUSCA OSTOLAZA, P.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA112.



ID: 451

TÍTULO: APOYO COLEGIAL A LAS SEGUNDAS VICTIMAS

RESUMEN:

La definición aceptada de “Segundas Víctimas” fue dada por Scott en el año 2009. Cuando los pacientes sufren un Efecto Adverso (EAs), los profesionales de la salud que los han atendido pueden ser “las segundas víctimas”. (1) El término fue introducido por primera vez en el año 2000 por el profesor Albert Wu. Casi el 50% de todos los proveedores de cuidado de la salud son una segunda víctima, al menos una vez en su carrera.

En relación a la incidencia de EAs encontrados en España, según los estudios ENEAS y APEAS, se prevé que hasta un 15% de profesionales sanitarios se vea involucrado en un EAs al año.

Dentro de la La seguridad del paciente (SP), los eventos adversos (EAs) son ampliamente estudiados, sus causas y consecuencias. Una 2ª Víctima sufre consecuencias emocionales, daño moral y puede poner es cuestión su competencia profesional, puede llevarle incluso a abandonar la profesión, sobretodo en el inicio de la carrera profesional.(3) Como los EAs tienen una alta prevalencia, nosotros como enfermeras no estamos a salvo de que alguno de nuestros pacientes lo sufra, por tanto la (SP) se convierte en un problema de salud laboral. En el Colegio de Enfermería de Tarragona hemos elaborado un protocolo para ayudar a los colegiados que puedan sufrir un EAs

Proporcionar ayuda desde el colegio de enfermería a la “2ª víctima”

Difusión a los colegiados de las pautas a seguir si se ven involucrados en un EAs.

Conocer las consecuencias que tiene el EA sobre la enfermera

Revisión bibliográfica a través de la literatura existente.

Protocolo Unidad Básica de Prevención del centro.

Póliza de responsabilidad civil

Asesoría jurídica Tarragona y Terres de l'Ebre

Programa Retorn

La elaboración de un protocolo de Apoyo a las segundas víctimas desde el Colegio de Enfermería de Tarragona y Terres del Ebre.

Mencionamos como limitación del trabajo que la bibliografía encontrada sobre el tema no es muy abundante, debido a que en España el tema de las segundas víctimas es muy novedoso.

La escasez de abordaje en nuestro entorno nos lleva a opinar que el tema de segundas víctimas de los EAs debería ser más considerado en los programas de calidad y seguridad del paciente.

El impacto de un EAs en el profesional implicado tiene consecuencias en él mismo, que además pueden repercutir en los pacientes.

CONCLUSIONES

El Hospital de Missouri en su programa “ForYou” de apoyo a las segundas víctimas propone unas recomendaciones internacionales para su abordaje. Como en nuestro entorno este tema aun no tiene un abordaje definido, recomendaríamos al profesional implicado en un EAs que acudiese al Colegio de enfermería para aplicar el protocolo de actuación y a la Unidad Básica de Prevención (UBP) de su institución para que se afronte como un accidente laboral.

AUTORES: BONILLO CABALLERO, MANUELA; BRULL GISBERT, LL; FOLCH FERRE, E; GONZALEZ SALVAT, N; MARTINEZ SEGURA, E; PLA SABORIT, L.

CENTRO DE TRABAJO: COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE TARRAGONA Y TIERRAS DEL EBRE.



ID: 452

TÍTULO: ESTUDIO OBSERVACIONAL DE HIGIENE DE MANOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO.

RESUMEN:

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) son un importante problema de seguridad del paciente. Las manos del profesional sanitario son la principal vía de transmisión. La higiene de manos es la medida más simple y efectiva para prevenir IRAS. La adherencia de los profesionales es inferior al 40%. Según un estudio realizado en nuestra comunidad autónoma en 2011 el cumplimiento nuestro servicio era 30,94%.

Estimar el cumplimiento de higiene de manos global, según indicación, según categoría profesional y según tipo de recurso. Cuantificar la técnica usada para realizar la higiene de manos y estimar el uso de guantes en los casos que no se realizó

Estudio observacional, prospectivo, descriptivo con un muestreo por conveniencia incluyendo recursos móviles y estáticos de 3 unidades funcionales. Observación realizada siguiendo metodología recomendada por la Organización Mundial de la Salud, basada en los cinco momentos. Se han recogido 325 (146 en SUAP, 25 en UAD Médica, 49 en VIR y 105 en UVI) oportunidades por 3 observadores durante 72 horas de observación. 130 observaciones corresponden a médicos, 134 enfermeros y 61 técnicos. No se observaron oportunidades de higiene de manos en las UAD Enfermería por falta de asistencias durante las horas de observación.

El análisis se ha realizado con SPSS21.

RESULTADOS:

El cumplimiento global de higiene de manos fue del 20,9%. Por momentos antes del paciente el fue 12,6%, antes de técnica aséptica 9,4%, después del riesgo de exposición a fluidos 25,9%, después del paciente 29,7% y después del entorno 33,3%. Por profesionales se observó un 11,5% en médicos, 29,8% en enfermeros y 21,7% en técnicos. Por tipo de unidad el resultado fue SUAP 16,7%, UAD MÉDICA 12%, VIR 2% Y UVI 37,5%. Un 71,64% de las acciones de Higiene de manos fueron con hidroalcohol. El 80,08% de las veces que no se realizó se llevaban guantes.

CONCLUSIONES:

El cumplimiento de higiene de manos fue menor que en 2011. Necesitamos implementar nuevas herramientas para conseguir un cambio de conducta en los profesionales en este aspecto. El método preferido fue el hidroalcohol. El uso de guantes puede interferir en la higiene de manos.

AUTORES: NAVARRO SANTOS, SARA; FLORES HERRERA, J; RODRIGUEZ FRANCO, E; AGUILAR VIVAR, EM; ESCUDERO GONZALEZ, V; FERNAN PEREZ, P.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112.

ID: 453

TÍTULO: PROYECTO 'LEOC' INMEDIATA O DE URGENCIA: ALTERNATIVA ESTRATÉGICA EN EL TRATAMIENTO DEL CÓLICO RENAL

RESUMEN:

El cólico renal originado por la obstrucción ureteral aguda, motivada por impacto litiásico, provoca una intensa elevación de la presión intracavitaria. El tratamiento farmacológico clásico (analgésicos, antiinflamatorios y espasmolíticos) es sintomático y temporal pudiendo aparecer de nuevo el dolor al mantenerse la obstrucción. La opción terapéutica etiopatogénica vs la sintomática sería el tratamiento definitivo.

En la Unidad de Litiasis-Litotricia de la UroRed (Servicios de Urología de Hospitales Públicos de Quirónsalud) desde sus comienzos, se indica LEOC "in situ" inmediata o de urgencia, durante el cólico renal junto al tratamiento farmacológico habitual, una vez identificado el cálculo ureteral con precisión, en aquellos casos susceptibles de beneficiarse de esta alternativa terapéutica con excelentes resultados asistenciales.

Mejorar la calidad asistencial de los pacientes

Controlar de una forma rápida y eficiente el dolor de los pacientes con cólico renal

Disminuir la frecuentación de estos pacientes en los Servicios de Urgencias

Utilización de un método terapéutico eficaz y no invasivo, eficiente y conveniente, evitado procedimientos invasivos

El cólico renal se soluciona en todos los casos (100%) aunque la fragmentación resulte parcial y/o precise una segunda LEOC diferida sobre restos litiásicos. El dolor no vuelve a aparecer como sucede cuando cede el efecto de la analgesia ya que la obstrucción ha sido resuelta. Se logra una significativa reducción de la frecuentación de estos pacientes al Servicio de Urgencias.

La colocación de un catéter ureteral o una nefrostomía con fines analgésicos para realizar una LEOC diferida del cálculo ureteral, que ha originado la obstrucción ureteral aguda y el cólico renal, no mejoran los resultados de la LEOC. Existen razones físicas que apoyan la práctica de LEOC "in situ" inmediata o de urgencia durante el cólico renal. El cálculo obstructivo al ser fragmentado, junto al edema ureteral que se origina, permite el paso de la orina. Al desaparecer la obstrucción desaparece la hiperpresión intracavitaria y así el dolor de manera definitiva.

La LEOC inmediata, "in situ" o de urgencia en el caso del cálculo ureteral obstructivo, durante el cólico renal es una atractiva alternativa estratégica de tratamiento a considerar sobre todo en aquellos centros donde exista la posibilidad de realizarla, con la misma disponibilidad que cualquier otra actuación urológica.

AUTORES: HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, JOSÉ EMILIO; GONZÁLEZ ENGUITA, C; ALFARO CADENAS, L; RUBIO CIRILO, L.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA.



ID: 456

TÍTULO: SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL TRANSPORTE PROGRAMADO POR MOTIVO DE REHABILITACION

RESUMEN:

Casi la cuarta parte de los pacientes que precisan transporte programado para desplazarse para su atención sanitaria lo hacen para recibir rehabilitación (R),

De ellos, más de la mitad tienen una edad superior a los 70 años, siendo determinante para su calidad de vida el éxito de este proceso que se inicia y finaliza cada día con el traslado hacia y desde el centro sanitario. Conocer si el TP responde a estándares de calidad percibida adecuados es fundamental para introducir mejoras en este servicio que facilite la plena recuperación del paciente.

Conocer la satisfacción de los usuarios con los servicios del TP que lo precisan por motivo de R y si hay diferencias entre los proveedores de TP.

Población origen de muestra: usuarios de TP por necesidad de R de marzo a mayo 2016 por las 4 empresas. Muestreo aleatorio estratificado por los 4 proveedores (Error muestral: 5,0%; nivel de confianza: 95%): 1107 Entrevista telefónica: marzo, abril y mayo 2017. Cuestionario: 19 preguntas incluidas variables de clasificación, valoradas según escala de 0 a 10. Nivel superior a 8: Valoración óptima. Análisis estadístico. Consideran que nunca hay demora en TP para R, el 7,32%; frente al 20,60% que considera que siempre hay demora. La mayor parte de las demoras, 62%, se producen en el trayecto de vuelta. El 26,6% la atribuyen a la organización y el 26,2% a que hay pocas ambulancias. El 92,32% considera que siempre o casi siempre se cumplen las condiciones de traslado; y 2,8%, que no se cumplen Nunca o Casi Nunca.

La valoración de los vehículos fue superior a 4 (escala 1-5) en el 59,86%.

La valoración de los profesionales fue superior a 4 (escala 1-5) en un 93,1%, (trato) y 92% (profesionalidad). No se apreciaron diferencias significativas entre las cuatro empresas de traslado, aunque una de ellas recibe mejor valoración.

El 57,7% conocían la Mesa de Transporte Sanitario; de ellos la habían contactado por algún problema y se lo habían resuelto un 63,5%.

El grado de satisfacción con TP fue superior a 4 (escala 1- 5) en el 60,9%; e igual o inferior a 2 el 16,9%.

No se apreciaron diferencias significativas entre las cuatro empresas de traslado con relación al grado de satisfacción, aunque la que presentaba una mayor satisfacción con respecto a la comprensión de las necesidades del paciente, también presentaba mayor satisfacción con el trato y amabilidad, con la profesionalidad y satisfacción global.

Mejoras: el 19,5% consideraba que había que aumentar el nº de ambulancias, y el 40,4%, la puntualidad.

Un importante porcentaje de usuarios de TP están satisfechos con el servicio, si bien su grado de satisfacción es mejorable.

La demora es el aspecto con peor valoración, siendo los aspectos más valorados los que tienen que ver con los profesionales.

Es necesario implementar mejoras en las demoras y en la confortabilidad sobre todo orientada a los usuarios que precisan un traslado en condiciones óptimas para su rehabilitación del servicio.

AUTORES: ESCUDERO GONZÁLEZ, VÍCTOR; AMADOR ÁLVAREZ, JP; RODRÍGUEZ RODIL, NM; LAGUNA PARDO, A; HUERTA ARROYO, A; BUSCA OSTOLAZA, P.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA112.



ID: 457

TÍTULO: PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN PACIENTES NEUROLÓGICOS, DESDE LA VISIÓN INTEGRADORA DE ENFERMERÍA.

RESUMEN:

La justificación de nuestro trabajo ha sido la observación de necesidades, en los pacientes y profesionales, de la consulta de neurología, las cuales hemos podido suplir y mejorar desde el ámbito de la enfermería.

Ante las necesidades detectadas, nos planteamos los siguientes objetivos:

- Mejorar la calidad asistencial directa e indirecta del paciente neurológico.
- Visualizar la necesidad de una consulta propia de enfermería para realizar test neurológicos y educación sanitaria.
- Actualizar los medios materiales e informáticos de la consulta médica y de enfermería.
- Interconexión entre consultas del mismo sector.

El método que hemos utilizado para cuantificar las necesidades, ha sido un análisis de tipo D.A.F.O.

Debilidades:

- Consulta médica dotada con pocos recursos y falta de organización.
- Pocas funciones propias de enfermería.

Fortalezas:

- Profesionales médicos y de enfermería motivados para mejorar la calidad asistencial y biopsicosocial del paciente.
- Enfermero con preparación informática para realizar mejoras tecnológicas.
- Enfermeros preparados para dotar al paciente de herramientas no farmacológicas.

Amenazas:

- Consulta médica estancada y rol de enfermería poco desarrollado.
- La consulta de neurología acumula una creciente demora en la revisión de los pacientes y los test neurológicos.

Oportunidades:

- Mejora en la organización de la consulta y el seguimiento de pacientes.
- Desarrollo rol enfermero / Protocolos de enfermería.
- Formar otros profesionales, y trabajar en Red.
- Creación consulta de enfermería neurológica, con funciones propias e interdependientes.

Enfermería, aporta una visión integradora del conjunto del proceso asistencial, siendo una pieza clave, en el desarrollo y promoción de planes de mejora de la calidad integral del paciente; mediante la implementación de medidas tales como: el fomento del apoyo asistencial al paciente, el trabajo en Red, la creación y estandarización de contenido propio enfermero, e interconexión entre consultas del mismo sector.

Acciones que en su conjunto, dan forma a la implantación de nuevos protocolos de enfermería, los cuales, ofrecen nuevas posibilidades diagnósticas y terapéuticas al Neurólogo, como puede ser, la implantación del protocolo enfermero para casos de Hidrocefalia Crónica en el Adulto, al tiempo que supone, de facto, la antesala y el camino hacia la creación de consultas independientes de enfermería, encuadradas en el organigrama de los centros médicos especializados, dotadas de contenido propio, donde llevar a cabo, la promoción y prevención de la salud, en pacientes neurológicos.

AUTORES: TEJEDOR SALAS, JUAN ANTONIO; SANTANO REBOLLAR, N.

CENTRO DE TRABAJO: C.M.E. SAN JOSE - H.U.M.S.

ID: 458

TÍTULO: ESTRATEGIA PARA AUMENTAR CUMPLIMIENTO DE HIGIENE DE MANOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO

RESUMEN:

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) son un importante problema de seguridad del paciente. Las manos del profesional sanitario son la principal vía de transmisión. La higiene de manos es la medida más simple y efectiva para prevenir IRAS. Tras analizar resultados de un estudio observacional en febrero y marzo de 2017 (cumplimiento global 20,9%) se hace necesario implementar una estrategia para aumentar la adherencia de los profesionales.

Reorientar la estrategia para aumentar la adherencia de los profesionales a la higiene de manos.

1.- Grupo Promotor de Higiene de Manos

2.- Revisión de las actuaciones previas: autoevaluaciones de HM de los 4 años anteriores, cumplimiento de objetivos, evaluación de cuestionario de seguridad.

3.- Identificación y análisis de causas de la baja adhesión la HM.

4.- Priorización mediante Técnica Nominal de Grupo (TNG) de nuevas actuaciones y líneas de trabajo.

4.- Elaboración del Plan de Mejora.

Autoevaluación HM: Con relación a los cinco componentes, en 2013 se completó el Cambio de Sistema; la Formación y aprendizaje ha avanzado de 55 puntos (2013) a 100(2016), la Evaluación y Retroalimentación ha avanzado de 25 (2013) a 40 (2016) siendo la evaluación del conocimiento de los profesionales y los estudios de observación los aspectos de peor cumplimiento, los Recordatorios mejoraron de 72,5 (2013) a 85 (2016) pese al escaso material promocional propio, y el Clima de Seguridad tuvo un discreto avance de 50 (2013) a 55(2016), siendo los aspectos de peor cumplimiento los relativos al trabajo en equipo de los profesionales, a la dedicación de un tiempo específico, el liderazgo interno, y las actividades que involucran a los pacientes.

Objetivos anuales: se habían cumplido en torno al 80%, no habiéndose alcanzado las relativas a rondas de seguridad y reuniones.

En este periodo sólo se realizó una valoración mediante cuestionario de la cultura de seguridad.

Actuaciones priorizadas en la TNG:

-Retroalimentación a los profesionales con los resultados del estudio de observación en jornada celebrada el día mundial de la higiene de manos.

- Despliegue de cartelería de nuevo diseño por los centros asistenciales.

- Inclusión de reuniones sobre SP y específicas de HM en los Contratos de Gestión.

- Acogida individual de los profesionales en el puesto de trabajo en la que se incluya la HM.

- Estudios de observación anuales con retroalimentación.

- Retroalimentación del consumo de hidroalcohol comparativo.

CONCLUSIONES

El análisis de las causas de la escasa adhesión a la HM detectada por estudio observacional permite reorientar la estrategia, inicialmente dirigida a la estructura y formación, a intervenciones más directas sobre los propios profesionales en el puesto de trabajo que promuevan reuniones, recordatorios, acogidas o la iniciativa de los propios profesionales.

AUTORES: NAVARRO SANTOS, SARA; LAZARO TEVAR, MA; CUELLAR GALLEGO, L; DEL CAMPO CAZALLAS, C; PRIETO BARRIO, I; CERDEIRA VARELA, LC.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112.



ID: 459

TÍTULO: ¡EMPODERANDO AL EQUIPO!

RESUMEN:

Un equipo es un conjunto de personas que trabajan organizadas y unidas con un objetivo común.

La dificultad de trabajar en equipo no es radica tanto en un problema de capacidad técnica si no en la dificultad de gestión de personas.

Trabajar en equipo es un concepto muy comentado pero poco trabajado.

El principal objetivo es dotar al equipo asistencial de herramientas para trabajar en equipo mediante un sistema diferente al convencional.

Objetivo directo:

Identificar los objetivos del equipo estableciendo un Plan de acción incorporando unos valores que se tendrán que trabajar.

Objetivo indirecto:

Mejora de la calidad asistencial

Incrementar el sentido de pertenencia y la mejora de las relaciones entre los componentes de la unidad.

Todo ello alineado con los objetivos estratégicos de la institución.

El método consta de tres acciones llevados a cabo en el año 2016:

1/ Se realizan entrevistas estructuradas individualizadas para conocer el nivel de integración del equipo y las necesidades formativas de cada profesional.

2/ Se identifican de forma grupal los objetivos comunes mediante técnicas de Coaching de Equipos

Se prepara una formación obligatoria, con un programa formativo específico según las competencias laborales y se convoca al equipo para promover el compromiso, la confianza y la motivación del grupo. Estableciendo una metodología específica y capacitando al equipo de unos valores determinantes.

El campo de trabajo del equipo se basó en la creación de tres grupos de trabajo con el objetivo de trabajar desde la perspectiva de paciente, profesional y servicio.

3/ Identificación grupal de los indicadores de calidad / seguridad que el grupo se compromete a mejorar. Resultados:

Los tres grupos de trabajo creados llevaron a cabo tres acciones:

1. Realización y difusión de una encuesta de satisfacción al paciente ingresado en la unidad

2. Elaboración de un esquema con la información mínima en las transferencias de información entre los turnos de los equipos de enfermería y auxiliar de enfermería.

3. Elaboración y puesta en funcionamiento de una guía de recogida de información esencial en el momento de ingreso del paciente en la unidad.

En el transcurso del año los indicadores escogidos a mejorar de calidad y seguridad han presentado un incremento considerable: el registro de la nota de ingreso de enfermería de un 16% a un 91%; el registro de la frecuencia respiratoria de un 0.5% a un 18.8% y las notificaciones de seguridad han aumentado de 18 del año anterior a 37 notificaciones.

Conclusión:

Con la metodología utilizada y las acciones propuestas se ha obtenido:

1/ Mayor integración de las personas, aumento del sentido de pertenencia y comunicación del equipo.

2/ Mejora del clima laboral con unos valores comunes más arraigados.

3/ Repercusión positiva en los indicadores de seguridad y calidad establecidos por el Departament de salut. Se evidencia la necesidad de realizar una acción para monitorizar la mejora del clima laboral.

AUTORES: COMABELLA POBES, ROSA; RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, J; SEGARRA CANTERO, E; NAVAS SANCHEZ, S; GATOO PÉREZ, E; CARBONELL VITA, M.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUT CATALÀ D' ONCOLOGIA D' HOSPITALET.



ID: 460

TÍTULO: DIFERENTES ESTRATEGIAS PARA EL ABORDAJE DEL DOLOR: MEJORA EN LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

RESUMEN:

El dolor en el entorno hospitalario es una situación común, atribuida a patologías, procedimientos diagnósticos, terapéuticos, la cultura del paciente y sobre todo al inadecuado tratamiento analgésico. Describiremos el abordaje del dolor en diferentes áreas del hospital (quirófano, hospitalización y urgencias), desde que se inició la evaluación del dolor de cirugía mayor ambulatoria (CMA) como estándar de calidad, año 2006, pasando por la formación de la comisión del dolor año 2015, hasta la actualidad

Evaluar mediante encuesta la prevalencia del dolor en diferentes servicios

Identificar manejo y tratamiento inadecuado del dolor

Consolidar la medición de dolor como 5ta constante

Establecer estrategias para disminuir el dolor del entorno hospitalario

En el año 2006, se formó el núcleo de calidad con reuniones mensuales, se evalúa desde entonces, el dolor en CMA, el cual incluía la revisión de la intensidad del dolor durante la estancia en reanimación y el seguimiento telefónico a las 24 horas postoperatorias.

En el año 2011 con la consecución de la certificación ISO 9001:2008, en el área quirúrgica, se definieron e implementaron protocolos de analgesia postoperatorios específicos, liderado por el servicio de anestesia. A partir de la mejora del control del dolor, se amplió el modelo a todo el centro.

En el año 2015, se constituyó la comisión de dolor y para realizar un plan de mejora adecuado, se llevó a cabo un análisis de la situación mediante encuesta, se establecieron cortes de transversales de prevalencia cada 3 meses con diferentes variables adaptadas a cada servicio. Se han realizado formación sobre utilización de escalas de dolor y terminología como estrategia de consenso en la evaluación del dolor.

CMA:

2006: 820 CMA, 92 DOLOR >3(11,2%)

2010: 1009 CMA, 85 DOLOR>3 (8,4%)

2016: 1725 CMA, 57 DOLOR >3 (3,3%)

ENCUESTA:

PACIENTES CMA (N: 54) DOLOR>3 (9%) EVALUACION DEL DOLOR COMO 5TA CONSTANTE (94%), GRADO DE SATISFACCION (EXCELENTE 57%, MUY BUENA 32%, BUENA 7%) REEVALUACION DEL DOLOR POST RESCATE (97%) KIT DE ANALGESIA (63%)

PACIENTES HOSPITALIZACION (N: 39) DOLOR>3 (26%) EVALUACION DEL DOLOR COMO 5TA CONSTANTE (95%), GRADO DE SATISFACCION (EXCELENTE 31%, MUY BUENA 46%, BUENA 18%) REEVALUACION DEL DOLOR POST RESCATE (67%) ANALGESIA DE RESCATE (87%)

CORTES DE PREVALENCIA

ÚLTIMO: MARZO 2017

CMA N: 6 DOLOR >3 (0) EVALUACION DEL DOLOR COMO 5TA CONSTANTE (100%) ANALGESIA A DEMANDA (0) REEVALUACION DEL DOLOR POST ANALGESIA DE RESCATE (100%) KIT ANALGESIA (100%)

HOSPITALIZACIÓN N: 16 (10 MEDICINA Y 6 QUIRURGICO) DOLOR>3 (43%) EVALUACION DEL DOLOR COMO 5TA CONSTANTE (37%) ANALGESIA A DEMANDA (44%) REEVALUACION DEL DOLOR POST ANALGESIA DE RESCATE (50%)

AUTORES: TORRES MANDUJANO, JOSE CARLOS¹; BUENO DOMINGEZ, MJ²; BEL PANISELLO, C³; ENRICH CLUQUELL, E⁴; GARCIA BOUSO, M⁵; MONLLAO VILLALOBOS, D⁶.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL COMARCAL DE AMPOSTA¹; GRUP SAGESSA²; HOSPITAL COMARCAL DE AMPOSTA³; HOSPITAL COMARCAL DE AMPOSTA⁴; HOSPITAL COMARCAL DE AMPOSTA⁵; HOSPITAL COMARCA DE AMPOSTA⁶.



ID: 461

TÍTULO: TALLERES DE METODOLOGIA DE TRABAJO PARA LOS GRUPOS DE MEJORA (GdM) DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA RURAL

RESUMEN:

Realizamos unas jornadas de formación en calidad en 2015 en las que pedimos a todos los profesionales sus preferencias para formar parte de algún GdM, con esta información y la detección de aspectos a trabajar recogidos en nuestro Plan de calidad, creamos seis GdM para los talleres celebrados en 2016, dotamos a los profesionales de herramientas metodológicas para desarrollar proyectos de mejora, se le pidió a los GdM un mínimo de dos reuniones y presentación de resultados al equipo y a la dirección a finales de 2016.

Evaluamos la formación con una encuesta administrada antes y después de la misma.

Asistencia del 100% de los profesionales, que estaban trabajando, a sesiones formativas para conocer la metodología de trabajo y desarrollo de los grupos de mejora.

Creación de nuevos GdM

Realización de una ficha de planificación en todos los GdM

Analizar las diferencias de las respuestas de las encuestas pre y post-formación.

Se realizó la formación obligatoria en dos ediciones de 6 horas, a la primera acudió la mitad de profesionales del equipo y a la segunda la otra mitad. Se administró un cuestionario con preguntas relacionadas con la calidad y la metodología de trabajo de los GdM, antes y después de la formación. Se dotó de herramientas metodológicas a los profesionales para facilitar el desarrollo de proyectos de mejora dentro de los grupos. Se crearon nuevos GdM con la participación de los distintos grupos profesionales. La formación constaba de una primera parte teórica y otra práctica en formato taller en el que se trabajó la tabla de planificación de Hoshin, fichas de proyectos, tablas de revisión, cronogramas, entre otros aspectos.

El 70% de profesionales desconocía el número de GdM existentes en el equipo antes de la formación, el 56% dice conocer la metodología de trabajo antes de la formación, sólo el 61% de profesionales recuerda el número de estándares de calidad (347) del departamento de salud antes de la formación, todos estos resultados mejoran considerablemente después de la formación. Un 93% considera útil la creación de los GdM y un 85% aproximadamente ve factible reunirse y trabajar en ellos, sin cambios en las respuestas pre o post-formación. Hay un 23% que hubiese preferido no realizar el taller y estar en su puesto de trabajo habitual. El 44% dice estar implicado en el proceso de acreditación en calidad del equipo que tuvo lugar en mayo de 2017 y este porcentaje aumenta a 83% tras la formación.

Todos los grupos consiguen mayoritariamente los objetivos marcados por la dirección a finales del 2016.

Obtuvimos una valoración muy positiva de la formación por parte de los profesionales y de la dirección. Grupos creados: prevención de riesgos en el hogar, úlceras por presión, salud comunitaria, prevención de infecciones, gestión de residuos, EdM del Proyecto Essencial que identifica prácticas clínicas de poco valor y evita su recomendación.

Se fomentó la cohesión interna del equipo y la mejora continua de la calidad

AUTORES: FREIXEDAS BERGÉS, SARA¹; ORELLANA MONTENEGRO, P²; CRUSAT SABATÉ, D³; SERRA ABELLA, A⁴; RAMÍREZ TARRUELLA, D⁵; CASADO MARTÍNEZ, A⁶.

CENTRO DE TRABAJO: EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA PENEDÈS RURAL¹; EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA PENEDÈS RURAL²; SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA ALT PENEDÈS GARRAF- BAIX LLOBREGAT NORD³; EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA PENEDÈS RURAL⁴; SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA ALT PENEDÈS GARRAF- BAIX LLOBREGAT NORD⁵; EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA PENEDÈS RURAL⁶.



ID: 462

TÍTULO: USO DEL D-DÍMERO EN URGENCIAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP).

RESUMEN:

En las guías de práctica clínica de la ESC 2014 se revisa el algoritmo diagnóstico de TEP, destacando la valoración de probabilidad clínica (Wells y Ginebra) previo a la realización de otras pruebas complementarias, como el D-Dímero, en los pacientes con sospecha clínica. Además, el alto valor predictivo del D-Dímero nos permite evitar otras pruebas complementarias ante un resultado negativo.

Estudiar la sistemática de diagnóstico ante la sospecha clínica de TEP y su correlación con guías de práctica clínica. Además, estudio del ahorro económico ante una correcta sistemática.

Pacientes atendidos en Urgencias el año 2016 con D-Dímero positivo, estudiando la sospecha inicial de TEP (anamnesis, exploración física y radiografía tórax), la realización previamente de escalas de probabilidad, y posteriormente angioTC torácico para confirmar diagnóstico. Programa SPSS 19.0 para Windows.

Precios (€) de la solicitud del D-Dímero: 3,50€; realización de angio-TC torácico: 145€.

Solicitud D-dímero en urgencias en 474 pacientes, siendo resultado positivo en 320 (67,5%); sospecha TEP/TVP 218/102. El diagnóstico final es TEP en 22 pacientes (10,1%). Se realizó valoración previa de probabilidad clínica con escalas Wells y/o Ginebra en 32 pacientes. En estos casos se diagnostica TEP en un 21,9%, frente a un 8,1% ($p=0.017$).

Del total de pacientes se detecta inestabilidad hemodinámica inicial en 26 pacientes, y a todos se realiza D-dímero realizando angioTC en 7 (26,9%) –pacientes sin diagnóstico alternativo– diagnosticando TEP en uno (3,8%). En este caso el ahorro de 26 D-Dímeros (91€) y de 7 angio-TC torácicos (1015€) es de 1106€.

Excluyendo los diagnósticos de TEP ($n=196$), el 90,3% (177) tienen diagnóstico alternativo con exploración física y radiografía de tórax patológica en el 65,3% y 57,6% respectivamente. Se acaba realizando angioTC en 64 pacientes (32,7%). En este caso el ahorro de 177 D-Dímeros (619,5€) y de 64 angio-TC torácicos (9280€) supondría un ahorro de 9899,5€.

Conclusión:

Existe falta de adherencia al algoritmo diagnóstico de las guías de práctica clínica. Se solicita D-dímero sin realizar previamente escalas de probabilidad, y en pacientes con diagnóstico alternativo. El D-dímero positivo conlleva un exceso de peticiones de angioTC innecesarias. Una correcta sistemática en el diagnóstico de TEP supondría un ahorro económico de >11000€/año.

AUTORES: MAS PUIG, MERITXELL; DURAN TABERNA, M; OLIVARES PARDO, S; NOGUER SERRA, S; TORRES QUILIS, C; PALANCA GRACIA, E.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL SANT PAU I SANTA TECLA.

ID: 463

TÍTULO: PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD TÉCNICA DE LAS ESPIROMETRÍAS REALIZADAS EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

La espirometría es una forma sencilla y no invasiva de evaluar la función pulmonar. Sus indicaciones están claramente recogidas y existe un amplio consenso sobre la estandarización de la técnica. Para la obtención de resultados de calidad se requieren unas condiciones técnicas apropiadas (calibración, mantenimiento y ubicación del aparato), la colaboración del paciente que ha de estar suficientemente informado y una formación técnica adecuada del personal sanitario. Diversos estudios han comunicado déficits formativos entre los profesionales que realizan habitualmente espirometrías en atención primaria (AP) que repercuten directamente en su calidad.

Implementar y evaluar una intervención de mejora de calidad en la realización de espirometrías en centros AP de nuestro ámbito.

El presente proyecto se desarrolla en 3 fases:

- 1) Detección de las necesidades formativas de los técnicos de los centros AP del territorio a través del colegio de enfermería provincial.
- 2) Realización de un programa formativo de 16 horas de duración según los contenidos teórico-prácticos recomendados por la European Respiratory Society en el marco del Plan Director de Enfermedades del Aparato Respiratorio (PDMAR) del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- 3) Comparación de la calidad de una muestra aleatoria de las espirometrías realizadas por los técnicos participantes antes y después de la formación recibida (6 meses).

Del 15 al 17 de mayo de 2017 se realizó un curso de formación impartido por 8 docentes (5 enfermeras, 2 médicos de AP y un neumólogo), en el que participaron 29 alumnos (28 enfermeras y un médico de AP) pertenecientes a 4 entidades proveedoras de servicios de salud en AP del territorio. Los asistentes realizaron una evaluación de conocimientos previos sobre aspectos básicos de la espirometría (cuestionario de 10 preguntas), que se comparó con otra final (mismo cuestionario al que se añadieron otras cinco preguntas). Las diferencias observadas entre la puntuación media de ambas evaluaciones (5 vs 8 puntos, respectivamente) fueron estadísticamente significativa ($p < 0,001$). La encuesta final de satisfacción mostró resultados medios muy favorables respecto a los contenidos impartidos (9,8), el material entregado (9,5) y expectativas previas cumplidas (9,7).

Los resultados obtenidos muestran que la propuesta formativa es factible y satisfactoria. Los resultados del seguimiento prospectivo después la formación deberán informar si también se consigue mejorar la calidad de las espirometrías realizadas.

AUTORES: GARCÍA OLIVÉ, MAGDALENA¹; MARTÍN VERGARA, N²; RUBIO GASCÓN, C³; ÁLVAREZ SOLER, E⁴; MERELO MARTÍNEZ, A⁵; MARTÍN LUJÁN, F⁶.

CENTRO DE TRABAJO: ABS EL MORELL¹; ABS HORT DE MIRÓ REUS 4²; ABS CORNUDELLA DEL MONTSANT³; ABS MONT-ROIG DEL CAMP⁴; ABS FLIX⁵; ABS EL MORELL⁶.



ID: 465

TÍTULO: CIRUGÍA DE CÁNCER COLORRECTAL Y FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES ANIDADO EN UNA COHORTE

RESUMEN:

La cirugía de cáncer colorrectal se asocia en gran medida a la infección de herida quirúrgica (IHQ). El control de dichas infecciones es un buen indicador de la calidad quirúrgica y asistencial propia, asociándose al incremento de morbilidad, estancia media y gasto hospitalario.

Estudiar la incidencia de IHQ en la cirugía por cáncer de colon y recto en nuestro hospital, así como los factores de riesgo relacionados. Evaluar la adecuación al protocolo hospitalario de la profilaxis antibiótica y de la preparación prequirúrgica. Analizar la etiología de las IHQ y comparar su tasa de incidencia con la de la Comunidad de Madrid, España y Estados Unidos,

Estudio analítico observacional de casos y controles anidado en una cohorte, de julio de 2008 hasta junio de 2016, en pacientes intervenidos de cirugía colorrectal en nuestro centro hospitalario. Dentro de dicha cohorte se anidó un estudio de casos y controles. Se recogieron variables sociodemográficas, de la situación clínica preoperatoria, de la estancia hospitalaria, de la preparación prequirúrgica, de la cirugía y de la infección. Se evaluó la incidencia de IHQ y se calculó la razón estandarizada de incidencia (REI). La REI se comparó con las tasas nacionales, madrileñas y americanas. Se evaluó el cumplimiento y adecuación del protocolo de profilaxis antibiótica y de la preparación prequirúrgica.

La cohorte incluyó un total de 620 pacientes, 63,4% hombres y 36,6% mujeres. La edad media fue de 69,8 años. Desarrollaron IHQ 32 pacientes, con una tasa de incidencia del 5,2%. El 86,3% de las cirugías fueron contaminadas. La adecuación de la preparación prequirúrgica fue del 81,6% siendo la causa más frecuente de inadecuación la ausencia de antiséptico bucal. La profilaxis antibiótica fue adecuada en un 92,6% siendo la causa más frecuente de inadecuación la elección del antibiótico. La REI de nuestro hospital fue de 0,31 comparando con Madrid, de 0,3 con España y de 0,85 con Estados Unidos. Tras el análisis multivariante los factores de riesgo significativos fueron edad >70 años (OR 3,32) y neoplasia previa (OR 0,42).

AUTORES: DEL MORAL LUQUE, JUAN ANTONIO¹; DURÁN POVEDA, M²; VILLAR DEL CAMPO, MC³; GIL YONTE, P⁴; COLÁS RUIZ, E⁵; RODRÍGUEZ CARAVACA, G⁶.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN¹; HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS²; CENTRO DE SALUD LOS CÁRMENES³; HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN⁴; HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN⁵; HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN⁶.



ID: 466

TÍTULO: REDUCCIÓN DE LA TASA DE INFECCIÓN EN CIRUGÍA VASCULAR MEDIANTE UNA ESTRATEGIA MULTIMODAL EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

RESUMEN:

La infección de localización quirúrgica (ILQ) es una complicación grave de la cirugía reconstructiva arterial periférica. Está asociada a un incremento en la morbimortalidad y un elevado coste hospitalario

Describir la implementación de un bundle de medidas para reducir la tasa de infección de herida quirúrgica en cirugía arterial periférica y sus efectos en la reducción de la misma.

La Corporació Sanitària Parc Taulí es una institución 540 camas. Se lleva a cabo un seguimiento prospectivo con un protocolo de recogida de datos en todos los pacientes con ILQ. Se definen las ILQ de acuerdo con los criterios del CDC. En 2014 se implementó un bundle de medidas integradas en una estrategia multimodal con el objetivo de reducir la tasa de ILQ. Seguimiento mediante indicador: ILQ en revascularización arterial infrainguinal. Seguimiento: 24 meses. Se definen los periodos pre-intervención (2011-2013) y post-intervención (2014-2016). Cálculo de diferencias en los porcentajes de ILQ mediante prueba Chi cuadrada.

En 2014 se implementaron las siguientes medidas: 1) constitución de un grupo multidisciplinar de trabajo (Control infecciones, cirugía vascular, enfermería, medicina interna y microbiología) 2) Revisión de los protocolos institucionales relacionados con el proceso 3) Implementación de medidas concretas: ampliación de la ducha prequirúrgica a las 48 horas previas a la intervención quirúrgica con especial atención a la zona inguinal, introducción de un apósito de espuma reticular transparente y su colocación en quirófano, que permite valorar la herida sin necesidad de recambio, recordar la importancia de la higiene de manos y de la necesidad de realizar la cura quirúrgica de forma estéril, estipular el orden de la cura, realizándose primero la cura de la incisión y posteriormente las otras lesiones que presente el paciente e instaurar la fijación abdominal de las sondas vesicales en los pacientes con heridas inguinales o femorales

RESULTADOS:

Entre 2011 y 2016 se realizaron un total de 1108 cirugías reconstructivas vasculares infrainguinales que cumplían los criterios de inclusión, 510 en el periodo pre-intervención y 598 en el periodo post-intervención. Se observaron respectivamente 51 y 43 infecciones superficiales, 15 y 9 infecciones profundas y 9 y 5 infecciones del injerto. Se observa una reducción significativa en el porcentaje de ILQ totales (Chi 7.022 (p=0.008)) y profundas o de injerto (Chi 4.6474 (p=0.03)).

CONCLUSIONES: La estrategia multimodal aplicada por un equipo multidisciplinar ha permitido mejorar de manera significativa la tasa de IHQ en nuestro centro lo que supuso una mejora en la seguridad del paciente y la calidad de la asistencia

AUTORES: DE ALFONSO, NATALIA; DUARTE, M; PIRIZ, M; RIOJA, S; GASCH, O; GRANADOS, A.

CENTRO DE TRABAJO: CORPORACIÓ SANITARIA PARC TAULI.



ID: 467

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL DOLOR Y SU POSTERIOR REEVALUACIÓN EN PACIENTE HOSPITALIZADO

RESUMEN:

Este trabajo recoge la labor realizada en el Hospital Universitario Infanta Elena a fin de conseguir la implantación de la evaluación y reevaluación de forma sistemática y homogénea del dolor usando la escala EVA y basándonos en el estudio realizado previamente por el grupo del dolor del HUIE, en ella han participado profesionales de todas las categorías, mandos intermedios y Dirección de Enfermería,

Unificar los registros informáticos en los que se recoge la valoración del dolor de nuestros pacientes.

1. Concienciar a todos los colectivos de enfermería, DUE, TCAE, celadores, técnicos con la idea de hacerles partícipes en el control del dolor.
2. Mejorar la administración de las pautas de analgesia incluso con un EVA de 0, incluyendo los rescates, pautados por personal médico.
3. Unificar los registros informáticos en los que se recoge la valoración del dolor de nuestros pacientes.
4. Llegar a conseguir el 100% de la reevaluación del dolor en el paciente.

En el proyecto hemos participado los enfermeros de hospitalización, bloque quirúrgico, mandos intermedios y Dirección de Enfermería. Durante un año, hemos implantado el método de evaluación y reevaluación del dolor usando la escala EVA y registrándolo en el formulario de constantes de nuestro sistema informático. A cada paciente se le ha preguntado al inicio y final de turno su grado de dolor. Si el paciente no presentaba dolor, se le administra la analgesia pautada y se reevalúa otra vez a lo largo del turno.

Si el paciente, presenta dolor se le administra la analgesia pautada, posteriormente se reevalúa y se continúa administrando de forma alterna analgesia incluido los rescates, tantas veces como sea necesario hasta alcanzar EVA=0.

Durante el año 2016 se han revisado 3290 episodios, en los cuales enfermería había registrado un EVA ≥ 4 .

Se realizaron cortes trimestrales para observar la progresión, tras cada corte se realizaron charlas en los distintos servicios haciendo hincapié en la importancia del método a seguir.

A lo largo de este año se ha observado objetivamente como la reevaluación del dolor ha mejorado considerablemente pasando de un 19% hasta alcanzar el 78,90%.

Gracias a la implantación del dolor como quinta constante se han mejorado los índices de un 26% que presentaban EVA=0, consiguiendo en el último trimestre del año llegar a obtener un 55,2% de pacientes con EVA=0.

Estos resultados nos permiten saber en qué línea tenemos que seguir trabajando para conseguir unos datos excelentes.

AUTORES: MÉNDEZ RAMOS, MARÍA; BUITRAGO POZO, ML.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA.



ID: 468

TÍTULO: MEJORANDO LA SATISFACCION DEL PACIENTE: TIEMPOS DE ESPERA

RESUMEN:

El estudio de Satisfacción de los usuarios elaborado por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid del año 2015 refleja que la Satisfacción global de los pacientes con respecto al servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) fue del 93,5%. Esto pone de manifiesto un alto grado de satisfacción con la asistencia quirúrgica. Sin embargo, del total de ítems preguntados a los usuarios, alcanzamos el valor más bajo en relación al tiempo de espera desde que el paciente llega al hospital hasta que comienza la intervención, siendo este de 77,6%.

Conocemos el grado de satisfacción respecto al proceso prequirúrgico, por lo que el estudio de los tiempos de espera en CMA, se presenta como una oportunidad para detectar áreas de mejora y adecuar las prácticas asistenciales a las prioridades y preferencias del paciente cubriendo así sus expectativas.

General: Mejorar la satisfacción con los tiempos de espera de los pacientes intervenidos en CMA. Específicos:a)Describir el proceso prequirúrgico,b)Medir los tiempos de espera, c)Analizar los problemas, d)Proponer acciones de Mejora.

Se diseñaron dos diagramas de flujo, uno para cada edificio donde se desarrolla la actividad quirúrgica. Se midieron los tiempos de espera que intervenían en el proceso mediante un estudio descriptivo. Tras el análisis de los resultados, se priorizaron los problemas detectados haciendo posteriormente el estudio de las causas mediante un Diagrama de Causa-Efecto y se formularon Propuestas de Mejora mediante consenso

El proceso prequirúrgico está bien definido con un circuito bien delimitado que comienza con la recepción del paciente en Admisión y acaba cuando se inicia la cirugía en quirófano, estando exento de pasos intermedios ineficaces.

El estudio estadístico realizado para conocer los tiempos de espera de nuestros pacientes quirúrgicos nos indica que la media de espera de los pacientes es alta. El mayor tiempo de espera se concentra en la primera parte del proceso: en el paso de la Consulta de Enfermería a la sala de Preanestesia y desde la recepción del paciente a la Consulta de Enfermería. Existen diferencias entre ambos edificios y entre turnos.

Analizados los problemas identificados por un grupo de expertos se priorizó como problema más importante y más factible de intervención el tiempo mayor de espera dentro del proceso, que corresponde al tiempo de espera desde que el paciente es valorado en la Consulta de Enfermería hasta que entra en la sala de Preanestesia.

Una vez analizadas las causas se han propuesto, entre otras, acciones de mejora relacionadas con el proceso administrativo de citación, la información al paciente o la comunicación profesional con el fin de disminuir dichos tiempos.

AUTORES: FERNANDEZ CANO, ELENA¹; PARDO HERNANDEZ, A²; GONZALEZ SANCHEZ, P³; ROBLEDO GONZALEZ, A⁴; VAZQUEZ MARTIN, Y⁵.

CENTRO DE TRABAJO: H.U.STA. CRISTINA¹; CONSEJERIA DE SANIDAD²; H.U.STA. CRISTINA³; H.U.STA.CRISTINA⁴; H.U.STA CRISTINA⁵.

ID: 469

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO MODELO DE GESTIÓN DE LA DEMANDA AGUDA EN UNA ÀREA BÀSICA DE SALUD URBANA.

RESUMEN:

El modelo de demanda asistencial está cambiando debido a cambios demográficos, expectativas de la población, concepto de salud y enfermedad provocando colapso en las agendas de medicina y enfermería por la atención a pacientes crónicos, sin capacidad de dar una respuesta adecuada a la demanda aguda.

OBJETIVO GENERAL:

Implantar un nuevo modelo de la gestión de la demanda aguda con la implicación de todo el equipo en una Àrea Bàsica de Salut.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Atender de manera eficiente las diferentes demandas de atención sanitaria de la población.
2. Mejorar la accesibilidad de los usuarios estableciendo un circuito de atención.
3. Preparar al personal administrativo para la distribución/clasificación de la demanda aguda.
4. Determinar que procesos agudos pueden ser resueltos de manera finalista por los profesionales de enfermería.
5. Aportar el valor añadido de los profesionales de enfermería a la mejora de la asistencia a los procesos agudos.
6. Disminuir la presión asistencial en la agenda de consulta diaria.

CONTENIDO DEL MODELO:

Se diseña un modelo de atención a la demanda aguda que contiene:

*Algoritmo de actuación ante la demanda aguda del paciente enfocado al personal administrativo que recibe al paciente.

*Definición clara de los motivos de consulta que irán dirigidos a enfermería o al facultativo.

*Circuito de atención en caso de no resolución completa por parte de enfermería (incluida la necesidad de prescripción farmacéutica)

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Evaluar a los seis meses su impacto en la actividad asistencial (número de casos atendidos, grado de resolución por enfermería).

Identificar con el método "DAFO" elaborado con la participación del equipo, las Debilitados/Fortalezas y Amenazas/Oportunidades del proceso.

Priorizar, según importancia, con la metodología de la calidad, las debilidades detectadas y hacer propuestas de mejora.

Elaborar un plan de trabajo para reducir el impacto de estas debilidades, implementando las propuestas de mejora.

Realizar una encuesta de satisfacción a los usuarios.

CONCLUSIONES:

Este modelo de atención a la demanda aguda nos permite afrontar el aumento y el cambio de la demanda asistencial y gestionar mejor el tiempo en nuestro centro de salud, basándonos en la capacitación del personal de enfermería y en la colaboración entre los miembros del equipo.

AUTORES: CLOTAS SANCHO, LOURDES¹; CALAMOTE MANSO, F²; OCHOA GONDAR, O³; VILALTA ESCODA, R⁴; HERREROS MARTÍNEZ, MI⁵; BLASCO GALVE, C⁶.

CENTRO DE TRABAJO: CAP SANT SALVADOR¹; CAP SANT SALVADOR²; CAP SANT PERE I SANT PAU³; CAP SANT PERE I SANT PAU⁴; CAP SANT PERE I SANT PAU⁵; CAP SANT PERE I SANT PAU⁶.



ID: 470

TÍTULO: ABORDAJE DEL TRATAMIENTO PALIATIVO MEDIANTE UNA APP MÓVIL QUE CALCULA LA DOSIS DE MEDICACIÓN EN INFUSORES ELASTOMÉRCOS

RESUMEN:

El uso de infusores elastoméricos para el tratamiento de pacientes paliativos es una práctica recomendada por múltiples sociedades científicas desde hace más de 2 décadas. Aunque en los últimos años ha aumentado su uso en la consulta diaria de Atención Primaria, podemos decir, que su utilización está por debajo de lo deseado. Uno de los motivos que pueden explicar esta limitación, es el temor de los profesionales sanitarios a equivocarse en el cálculo de la medicación que es necesaria añadir al infusor.

Aprovechar el amplio uso de terminales móviles y las tecnologías de la información, para crear una aplicación sencilla e intuitiva que facilite el cálculo de la medicación necesaria en el uso de infusores elastoméricos. Esta aplicación debería poder ayudar a los profesionales sanitarios en el cálculo de la cantidad necesaria de medicación dependiendo de las características del infusor y de la dosis diaria de medicación a pautar.

Se programó una aplicación para diferentes plataformas móviles (iOS y Android) que calculaba la cantidad de medicación necesaria adaptada a los diferentes tipos de infusores elastoméricos. Para poder realizar los cálculos es necesario conocer las características del infusor (volumen, flujo, factor de corrección y tiempo deseado de infusión), junto con la dosis diaria de los diferentes principios activos a utilizar. Una vez introducidos los mismos, la aplicación mostrará el volumen necesario de diluyente y el número de ampollas necesarias para un tiempo deseado de infusión, teniendo en cuenta el número de ampollas que se pueden tener a disposición. Se ofertó la aplicación al equipo de cuidados paliativos del Área Sanitaria II del Principado de Asturias, a diferentes profesionales sanitarios y se realizó una sesión para presentar la aplicación a los profesionales sanitarios del área. Igualmente se subió la aplicación a las diferentes tiendas de los diferentes sistemas operativos para su descarga gratuita.

La aplicación ha sido descargada en 179 ocasiones en Android y 60 en iOS. Tras varias semanas de uso, el equipo de apoyo de cuidados paliativos y los profesionales sanitarios opinaron que la aplicación era sencilla, intuitiva y que aportaba seguridad, tanto para ellos mismos, como para el paciente en la administración de medicación a través de un dispositivo de uso ocasional en Atención Primaria.

En la actualidad el uso general de terminales móviles inteligentes es muy habitual, pero su uso con aplicaciones profesionales es reducido. La creación y promoción de aplicaciones, como la presentada en este estudio aportan una mejora en la calidad de tratamiento y cuidado de pacientes terminales, siendo recomendable su utilización entre profesionales sanitarios, sobre todo en el ámbito de la atención primaria, que en muchas ocasiones requiere del uso de las aplicaciones fuera del los centros de salud, en los domicilios de los pacientes, donde la única herramienta informática puede ser un móvil o un tablet.

AUTORES: JIMENO DEMUTH, FRANCISCO JOSÉ.

CENTRO DE TRABAJO: HUCA.



ID: 471

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL CÓDIGO ÉTICO INSTITUCIONAL EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA RURAL

RESUMEN:

Necesidad de evaluar los resultados de la aplicación del código ético en un equipo con dispersión y ruralidad a mediados del 2017.

El código ético (CE) del institut català de la salut (ICS) tiene definidos 8 valores: confianza, equidad, respeto, responsabilidad, integridad, competencia, cooperación e innovación, se definen entre 4 y 5 conductas que debemos promover entre los profesionales y otras a evitar por cada valor. Se adaptó el documento del ICS al Servicio de atención primaria y a nuestro equipo.

Analizar las conductas a promover y a evitar para cada valor y plantear acciones de mejora y difundirlas.

Ofrecer a los profesionales formación relacionada con el CE y evaluar los profesionales que se han formado hasta mayo de 2017.

Evaluar a todos los profesionales mediante entrevista con un cuestionario de competencias validado por el ICS y una encuesta estructurada.

Análisis del registro de incidencias de los profesionales relacionadas con el incumplimiento del código ético. Creación de un comité de ética en el equipo.

Presentamos en sesión y mandamos por correo electrónico a todos los profesionales el documento de aplicación del código ético junto con dos de buenas prácticas con participación de la ciudadanía.

Elaboramos una tabla con las conductas a promover y a evitar para todos y cada uno de los valores, definimos acciones de mejora e indicadores para la mayoría de ellos.

Ofrecimos formación on line y presencial relacionada con el código ético.

Realizamos la evaluación competencial de todos los profesionales mediante una entrevista personal en la que se consensaban las respuestas de un cuestionario validado, utilizamos también una encuesta estructurada que nos permite valorar la motivación, la visión profesional y el potencial de desarrollo de los profesionales.

Las dimensiones de compromiso con la organización, interrelación con el usuario y trabajo en equipo que se plantean en las encuestas están muy relacionadas con los valores del código ético, por ese motivo las utilizamos para la evaluación.

Se realizó un registro de incidencias a través del espacio de colaboración del equipo y a través de la plataforma de notificación de incidencias del TPSC cloud.

Se realizó la difusión de la información en sesión y por correo electrónico. Definimos 26 acciones de mejora de un total de 37 conductas a promover o a evitar.

Formación: un 8% de los profesionales acudió a unas jornadas de ética, un 12% realizó cursos de gestión de la inteligencia emocional, un 19,5% se formó en planificación de decisiones anticipadas, en los últimos 3 años se ha conseguido un elevado nivel de formación en calidad en el equipo.

En las entrevistas no encontramos el reconocimiento de que se incumple el CE, los profesionales tienen los valores interiorizados e integrados en su práctica habitual.

Existen dos incidencias registradas que se resuelven hablando con los profesionales implicados.

Se constituyó el comité de ética, que deberá desarrollar el CE en el equipo.

AUTORES: FREIXEDAS BERGÉS, SARA; CASADO MARTÍNEZ, A; ORELLANA MONTENEGRO, P; CRUSAT SABATÉ, D; SERRA ABELLA, A; SANAVIA GUERRERO, M.

CENTRO DE TRABAJO: EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA PENEDÈS RURAL.



ID: 474

TÍTULO: ¿PARA QUÉ NOTIFICAR? IMPACTO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PEDIÁTRICO DEL ANÁLISIS DE INCIDENTES NOTIFICADOS EN URGENCIAS

RESUMEN:

Aunque parece clara la utilidad de la notificación y el análisis de Eventos Adversos (EAs) para el aprendizaje y establecimiento de medidas de mejora, la evaluación de su impacto en la seguridad del paciente sigue siendo un reto.

Evaluar el impacto que tienen en la seguridad del paciente las acciones correctivas implantadas tras el análisis de los incidentes notificados en un servicio de Urgencias Pediátricas.

Se seleccionaron los tipos más frecuentes y con mayor impacto de los incidentes de seguridad notificados durante el año 2015 de forma voluntaria por los profesionales del Servicio de Urgencias Pediátricas. De éstos se midió su proporción respecto del total de notificaciones y su ratio por cada 100 pacientes atendidos, tanto en 2015 como a los 6 meses de la implantación de las medidas correctivas específicas. Se evaluó la diferencia entre ambas medidas mediante el Riesgo Relativo (RR)

Los incidentes más frecuentemente encontrados, las acciones de mejora implementadas y el impacto de las mismas fueron:

- Los incidentes relacionados con box vital pasaron de 0,22 incidentes específicos sobre el total a 0 y de 0,19 a 0 incidentes/100 pacientes atendidos: Las acciones desarrolladas fueron: Programa de formación a médicos teórico práctico; curso de reciclaje en RCP intermedia dirigido a pediatras; programa de simulación multidisciplinar para residentes y enfermería; procedimiento de revisión, listado de verificación y sistema de registro de la revisiones del Box Vital

- Los de identificación pasaron de 0,015 incidentes específicos sobre el total a 0, con un RR de 0,72(0,35-1,47), y de 0,031 incidentes/100 pacientes a 0,061 con un RR de 1,92(0,91-4,0). Las acciones desarrolladas fueron: Sesiones formativas para médicos y personal de enfermería, apoyadas en vídeos realizados ad hoc.

- Los incidentes relacionados con la comunicación entre profesionales pasaron de 0,053 a 0,111 incidentes específicos sobre el total, RR=2,08(0,81-5,55), y de 0,027 a 0,066 incidentes/100 pacientes, RR= 2,44(0,9-6,66). Las acciones correctivas fueron: Talleres de comunicación dirigidas a los residentes y al personal de la Unidad, basadas en vídeos con escenarios clínicos que reflejan problemas de comunicación.

La implantación de acciones de mejora derivadas del análisis de incidentes es una estrategia eficaz para mejorar la seguridad del paciente, y, cuando la cultura de seguridad del servicio es alta, con un importante histórico de notificaciones, esta mejora puede evaluarse mediante la notificación de incidentes relacionados.

AUTORES: PLA MESTRE, ROSA; MORA CARPIN, A; PARDO RUIZ, E; IGNACIO CERRO, C; TOLEDO BARTOLOMÉ, D; DÍAZ-REDONDO, A.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN.



ID: 475

TÍTULO: PROGRAMA DE GESTIÓN DE LA SALUD POBLACIONAL DE RIBERA SALUD

RESUMEN:

El patrón sociodemográfico español muestra una población envejecida, con un alto porcentaje de enfermos crónicos y un consumo de recursos elevado. En 2015, las mujeres españolas tenían una esperanza de vida al nacer de 85,4 años y los hombres de 79,9 (datos INE). El porcentaje de personas mayores de 65 años en España es del 18,6% y se estima que en 2066 sea del 34,6%.

Es preciso que los sistemas sanitarios se adapten a este escenario o de lo contrario su sostenibilidad se verá amenazada. Ribera Salud se encuentra en un proceso de transformación estratégica hacia la gestión de la salud poblacional (PHM) para lo que ha desarrollado numerosas iniciativas dirigidas a conocer mejor las necesidades de los ciudadanos a los que atiende (550.000). Se pretende definir un modelo de atención que disminuya la variabilidad de la práctica clínica y aumente la calidad asistencial del servicio prestado.

Mejorar los resultados en salud de su población

Optimizar la utilización de los recursos sanitarios

Para el diseño de un programa que cumpla con los requisitos de calidad asistencial esperados, se toman como base los componentes esenciales que conforman una práctica de calidad, es decir, la dimensión científico-técnica y la relacional. Se trata de poner al servicio de los profesionales una herramienta que les permita hacer bien lo que se deben hacer en cada caso, en el momento en el que se deba y de forma que queden satisfechos quienes reciben esa asistencia.

El programa PHM de Ribera Salud se basa en:

Estratificación poblacional para identificar el nivel de riesgos. Se ha desarrollado un modelo predictivo propio del riesgo asociado a cada paciente basado en software ACG y CRG. De este modo, se puede actuar sobre los pacientes más complejos de forma prioritaria y definir estrategias y modelos operativos diferentes para cada nivel.

Estandarización de procesos asistenciales.

Valoración completa de la salud del ciudadano. Para ello se utiliza la herramienta TruCare, que permite individualizar la atención desde el ciudadano sano hasta el paciente crónico complejo.

Empoderamiento de los pacientes. Se proponen soluciones tecnológicas como el Portal YOSalud en el que los ciudadanos con clasificación de riesgo más baja, pueden completar su autovaloración de salud.

Transformación organizacional en los centros de atención primaria hacia una actividad más proactiva, personalizada y preventiva.

Estamos ante un programa en fase de implementación del que se espera una reducción de los ingresos y urgencias hospitalarias, un aumento de la satisfacción del usuario y profesional y una mejora en la calidad de vida de los ciudadanos. Con la implementación de este programa, Ribera Salud ha apostado decididamente por una transformación en la prestación de la atención sanitaria mediante la personalización de los cuidados, el empoderamiento de pacientes y profesionales y el apoyo de la tecnología manteniendo viva la relación médico-enfermera con el ciudadano.

AUTORES: BALLESTA, FRANCISCO JAVIER¹; SERRANO MARÍN, S²; SORIANO RUÍZ, MJ³.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VINALOPÓ¹; RIBERA SALUD²; HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREVIEJA³.

ID: 476

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA COMPLEJIDAD EN EL TRIAJE DE URGENCIAS

RESUMEN:

La mayoría de sistemas de triaje de urgencias modernos permiten clasificar a los pacientes en cinco niveles de urgencia. Este tipo de clasificación, si bien resulta útil para evaluar el riesgo de los pacientes, pierde utilidad si se aplica para evaluar la complejidad de los mismos. Es necesaria una nueva clasificación en el triaje de urgencias, que permita conocer, no solo el riesgo, sino también la complejidad e indirectamente la adecuación de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias hospitalarios (SUH).

Evaluar la aplicabilidad de la nueva Clasificación de grupos de urgencia-complejidad (CGUC) del Sistema Estructurado de Triaje (SET) (Model Andorrà de Triatge: MAT), mediante la implantación de un modelo de derivación inversa desde el triaje del SUH al Servicio de Permanencias de atención primaria (SPM).

El SET ha incorporado la CGUC a la última versión del Programa de Ayuda al Triaje (web_e-PAT). Dicha clasificación agrupa los pacientes en: Grupo 1 (Nivel I y II de triaje), Grupo 2 (Nivel III), Grupo 3 (Nivel IV y V complejos), Grupo 4 (Nivel IV y V no complejos y no derivables) y Grupo 5 (Nivel IV y V no complejos y derivables).

A finales del año 2015 implantamos la derivación inversa desde el triaje del SUH al SPM. Para ello, incluimos un protocolo informatizado de triaje avanzado con el gestor de protocolos del web_e-PAT, que excluía los niños menores de 3 años y los pacientes con lesiones y traumatismos, con independencia del grupo de la CGUC. El SPM funciona de 9 a 13 h y de 15 a 20 horas todos los fines de semana y festivos, con acceso a radiología y analítica básica. Analizamos la distribución de pacientes según la CGUC y los resultados de la derivación inversa desde el 1 de junio de 2016 al 31 de mayo del 2017.

Durante el periodo de estudio fueron clasificados 40.520 pacientes en el SUH. La distribución en grupos de la CGUC fue: CGUC 1, 1.941 pacientes (4,79%); CGUC 2, 14.188 pacientes (35,01%); CGUC 3, 8069 pacientes (19,91%), CGUC 4, 587 pacientes (1,45%) y CGUC 5, 15.736 pacientes (38,84%). El SPM atendió 1.778 pacientes, de los que 659 (37,06%) provinieron del SUH. Durante el periodo de disponibilidad del SPM, el SUH clasificó una media de 60 pacientes diarios, de los que derivó como promedio 6 pacientes (10%). Del total de pacientes derivados, únicamente en cuatro ocasiones se produjo una re-derivación justificada hacia el SUH (0,61%), sin que ninguno de los pacientes fuera posteriormente ingresado en el hospital.

Concluimos que la CGUC es útil como complemento a la escala de triaje del SET, y su uso ha permitido implementar un modelo de derivación inversa seguro. Dicho modelo no tiene como objetivo disminuir de forma significativa la hiperfrecuentación en urgencias, especialmente si se excluyen los pacientes con lesiones y traumatismos del grupo 5 de la CGUC, sino potenciar la utilización de la atención primaria en aquellos pacientes tributarios de ser atendidos en dicho nivel asistencial.

AUTORES: GÓMEZ JIMÉNEZ, JOSEP¹; TORT SISQUELLA, I²; FUENTES BORJA, S³; SANTARROSA MATEO, C⁴.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL NOSTRA SENYORA DE MERITXELL¹; ÀREA DE CALIDAD DEL SERVEI ADORRÀ D'ATENCIÓ SANITÀRIA (SSAS)²; COL·LEGI OFICIAL DE METGES D'ANDORRA (COMA)³; MINISTERI DE SALUT⁴.



ID: 477

TÍTULO: EXPERIENCIA COLABORATIVA DE APRENDIZAJE PARA REALIZAR LA TRANSICIÓN A LA NUEVA VERSIÓN DE LA NORMA ISO 9001:2015

RESUMEN:

En 2014 se publicó la nueva versión de la norma ISO 900. Para un Hospital público, universitario y complejo los nuevos requisitos suponían un hito en la gestión, pues introduce herramientas poco utilizadas, como es la planificación basada en el análisis del contexto, incluir en la gestión de los procesos las necesidades de los grupos de interés, el pensamiento basado en riesgo, la evaluación del desempeño o incluso el liderazgo en la gestión de la calidad. Renovar el certificado bajo el nuevo prisma de la norma ISO 9001:2015 suponía un reto por el cambio cultural, al pasar de la forma clásica de entender la calidad como un aseguramiento de la 'forma de hacer', a un nuevo modelo orientado a la excelencia de los resultados, basado en una planificación estratégica y en atender las necesidades de los grupos de interés, pacientes incluidos, que a partir de ahora deben participar en el diseño y desempeño de los procesos, así como de los profesionales cuyas necesidades deben ser atendidas y su trabajo evaluado

Realizar la transición a la nueva norma ISO 9001:2015 manteniendo los plazos de auditorías para no perder el certificado en el momento de la renovación

Fomentar la implicación de los directivos y mandos intermedios

Cambiar la cultura de gestión de los servicios

En enero de 2017 la Unidad de calidad diseñó un plan de trabajo para que en un plazo de 6 meses estuviera concluida la transición. Para implicar a los directivos se presentó para discusión y aprobación en Comisión de Dirección. Una vez aprobado en febrero fue la 1ª reunión de presentación del plan de trabajo a todos los responsables de servicios certificados. Además se les entrevistó individualmente buscando su implicación y compromiso, ya que en la nueva versión son los responsables del sistema de gestión. En marzo se inició el trabajo utilizando la metodología de aprender haciendo, basada en que se producen mayores cambios de comportamiento y por tanto de aprendizaje si se empieza por la práctica y a partir de ella se aprende la teoría. Así se planificaron 10 sesiones de 1:30h de duración durante 17 semanas, alternando una sesión teórica que se preparaba uno de los servicios, un periodo de 2 semanas para realizar la tarea y otra sesión de exposición de la tarea realizada por otro servicio, que además servía para compartir dudas, de forma que unas veces eran alumnos y otras profesores de sus propios compañeros

Los 20 servicios incluidos en el proyecto se incorporaron a las 10 sesiones con 50 asistentes de promedio. En la 1ª y última asistieron todos los responsables de servicio. Participaron como docentes los responsables de celadores y de medicina legal y compartieron sus trabajos hospitalización a domicilio, psiquiatría y cirugía cardíaca. En 4 meses han finalizado la transición y todos han implantado las nuevas herramientas de gestión. La experiencia ha sido valorada positivamente en especial por el trabajo en equipo y colaborativo que ha ayudado al aprendizaje y a cambiar la cultura en la gestión de la calidad

AUTORES: ALGUACIL PAU, ANA ISABEL; SANTIAGO SAEZ, AS; SALTO GOMEZ, RJ; ESCARPA FALCON, MC; PEREZ CASTELLS, EM; MORENO RODRIGUEZ, EM.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS.



ID: 478

TÍTULO: FORMACION EN CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE A ALUMNOS DE CICLO MEDIO DE TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA

RESUMEN:

A pesar de la evidencia sobre la importancia de disminuir eventos adversos y del conocimiento amplio y suficiente sobre la frecuencia, distribución y factores contribuyentes de estos en todos los ámbitos asistenciales, la formación en contenidos sobre la seguridad del paciente en los planes de estudio de las diferentes profesiones sanitarias siguen siendo escasos o nulos.

Fruto del desarrollo del convenio para prácticas clínicas de alumnos de TCAE entre un Instituto de enseñanza secundaria y un hospital comarcal en el curso 2005/06, se pensó en la idoneidad de cubrir este vacío en la formación reglada y implementar un programa formativo hacia la Calidad y Seguridad del paciente con diferentes actividades fundamentadas en metodología teórica y principalmente práctica realizadas en nuestro centro sanitario.

Introducir a los alumnos de Técnicos en Cuidados de Auxiliar de Enfermería en la cultura básica de los elementos de calidad y seguridad del paciente en diferentes ámbitos de la asistencia sanitaria.

Desde el centro sanitario, se realizó un programa que se ha implementado durante 11 cursos consecutivos con talleres de simulación y visitas guiadas a servicios/unidades hospitalarias para alumnos de primer curso de TCAE de 7 días de duración y 35h donde profesionales de todas las categorías del centro han realizado seminarios, prácticas y simulaciones con el objetivo de introducir sobre el funcionamiento de un centro sanitario, funciones del equipo asistencial, organización interna, soporte de los servicios centrales. Se realiza evaluación de conocimientos al final del Stage.

Para alumnos de segundo curso de TCAI se organizaron sesiones teóricas y casos prácticos de orientación hacia prácticas seguras en entornos asistenciales, estándares de calidad, prevención de infecciones de 10h de duración. Se realiza evaluación de conocimientos al final del curso

Desde el curso 2005/06 hasta la actualidad han recibido formación en calidad y seguridad clínica 247 alumnos/as de las especialidades de TCAE y Atención a personas en situación de dependencia. Entre 20-25 alumnos/cursos entre primer y segundo curso.

Se han realizado una media de 30h de formación anuales en nuestro centro sanitario

De media 25 profesionales (asistenciales y de servicio) del hospital han realizado docencia tanto a alumnos de primero como de segundo curso en cada curso.

El resultado de las evaluaciones escritas al final de las formaciones muestra más conocimientos sobre medidas estándar de prevención de la infección, "cinco momentos de la higiene de manos" y identificar momentos de necesidad de identificación del paciente. Los aspectos de la evaluación de menos aciertos tienen que ver con la identificación y declaración de eventos adversos y la medida de la gravedad de los incidentes

La sinergia y el trabajo conjunto entre nuestro centro y el centro de enseñanza ha llenado el vacío en el plan de estudios de los estudiantes y futuros profesionales.

AUTORES: VALLANO LAINA, MARIA PILAR; MATEOS SANVICENS, M; ROVIRA ESPES, M; AGRAMUNT PERELLÓ, N; MONTÉ PUJOL, MD; CARRIÓN DUCH, MD.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL COMARCAL MÓRA D'EBRE.

ID: 479

TÍTULO: EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN EN GRUPOS PARA PADRES CON DIFERENTES ALTERACIONES DEL NEURODESARROLLO

RESUMEN:

El Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana lleva a cabo un conjunto de intervenciones dirigidas tanto a los niños que presentan trastornos en el desarrollo o con riesgo de padecerlos, así como a sus familias. La finalidad de los grupos psicoeducativos para padres es ofrecer un espacio terapéutico para poder mejorar el bienestar de las familias, ayudándolas a tener una mejor comprensión de las dificultades que presenta su hijo/a.

Conocer la utilidad y la eficacia del grupo de padres en función de su valoración de la atención recibida.

La muestra del estudio está compuesta por padres de 54 niños de 2 a 4 años y medio con dificultades del neurodesarrollo. Se han definido dos grupos: 1) padres de niños con dificultades de lenguaje (n=32); 2) padres de niños con dificultades de relación social y conducta (n=22).

RESULTADOS

Grupo 1. Variable (a): Un 100% de los padres valoran como muy útil o útil la formación proporcionada en las sesiones a la hora de ponerlo en práctica en su entorno cotidiano. Un 96% de los padres valoran como muy adecuada o adecuada la eficacia de la ayuda recibida en las sesiones con los ejemplos prácticos, las reflexiones realizadas a partir de las vivencias de los padres. Un 91% valoran como muy satisfactorio o satisfactorio el hecho de compartir un espacio con los otros padres. Variable (b): Un 100% de los padres valoran como muy adecuada o adecuada la disposición, accesibilidad y trato profesional. Un 100% de los padres valoran como muy adecuado o adecuado el grado de competencia técnica y profesional.

Grupo 2. Variable (a): Un 96% los padres valoran como muy útil o útil la formación proporcionada en las sesiones a la hora de ponerlo en práctica en su entorno cotidiano. Un 100% de los padres valoran como muy adecuada o adecuada la eficacia de la ayuda recibida en las sesiones con los ejemplos prácticos, las reflexiones realizadas a partir de las vivencias de los padres. Un 100% valoran como muy satisfactorio o satisfactorio el hecho de compartir un espacio con los otros padres. Variable (b): Un 100% de los padres valoran como muy adecuada o adecuada la disposición, accesibilidad y trato profesional. Un 100% de los padres valoran como muy adecuado o adecuado (100% muy adecuado) el grado de competencia técnica y profesional.

CONCLUSIONES

Los resultados confirman la utilidad y eficacia de las intervenciones psicoeducativas en grupos de padres. Se constata una mayor valoración de la intervención en los grupos de padres de niños con dificultades de relación social y/o conducta, ya que estos niños generan mayores dificultades en la gestión de su entorno cotidiano.

AUTORES: GUILLAMON VALENZUELA, MONTSERRAT; LLEVADOT PIQUÉ, N; JANÉ PERALTA, P; MARANTE VELASCO, O; TORRAS MAÑÁ, M; RIVERA LUJÁN, J.

CENTRO DE TRABAJO: CDIAP PARC TAULÍ. HOSPITAL DE SABADELL. COORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ1.



ID: 480

TÍTULO: NOTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE INCIDENTES: HERRAMIENTA DE MEJORA CONTINUA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

RESUMEN:

Los sistemas de notificación y gestión de incidentes ayudan a mejorar la calidad y seguridad del paciente. Permiten definir el perfil de riesgos de la organización, aprender de los errores y establecer las medidas específicas de mejora para que no se vuelvan a repetir los incidentes.

Describir los resultados agregados de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, notificados por hospitales y atención primaria de una Comunidad Autónoma.

Estudio observacional, descriptivo de los incidentes notificados desde 2013 a 2016 por los hospitales públicos y centros de primaria de la Comunidad Autónoma, mediante un sistema de notificación y gestión de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (TPSC Cloud™). Dicho sistema es voluntario, confidencial, no punitivo, anónimo y de orientación sistémica.

Durante el período de estudio se notificaron 21.222 incidentes que fueron gestionados y cerrados con propuestas de mejora. Descripción de las notificaciones: a) Según ámbito asistencial: la mayoría se notificaron en hospitales (65%), seguido de primaria (26%), sociosanitario (8%) y salud mental (1%); b) Según el tipo de incidente: el más frecuente fue caídas (33%) seguido de medicación (25%); c) Según el notificante: 62% fueron enfermeras y 17% médicos; d) Según la probabilidad de repetirse: 21,5% frecuente (próximas semanas o meses) y un 25,2% probable (diversas veces al año); e) Según la gravedad: 28% no llega al paciente, 57,4% llega pero no le ocasiona daño y el 14,6% le causa alguna lesión; f) Según los factores contribuyentes que favorecen el incidente: 42,7% están relacionados con el paciente, 35,4% con el profesional y 8,6% con la organización del servicio.

Conclusiones: Los resultados permiten mostrar una imagen global de los incidentes notificados en la Comunidad Autónoma y dar una idea general del mapa de riesgos de seguridad del paciente. El análisis de datos agregados permite identificar problemas o tendencias que podrían pasar desapercibidos en un único centro por su baja incidencia y que se hacen más evidentes al contar con un mayor número de casos. Además, proporciona información útil para la elaboración de estrategias y proyectos de mejoría de la seguridad del paciente.

AUTORES: OLIVA OLIVA, GLORIA; MASSANÉS GONZÁLEZ, M; NAVARRO VILA, L; ALAVA CANO, F; DAVINS MIRALLES, J; RAMS PLA, N.

CENTRO DE TRABAJO: DEPARTAMENT DE SALUT. GENERALITAT DE CATALUNYA.

ID: 481

TÍTULO: INDIVIDUALIZANDO EL RIESGO CARDIOVASCULAR PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DE LA CONSULTA ESPECÍFICA DE CARDIOONCOLOGÍA

RESUMEN:

El diagnóstico precoz, las mejoras terapéuticas oncológicas, han conseguido aumentar el número de pacientes que superan el cáncer. En el seguimiento oncológico, hemos evidenciado, que, en ocasiones, la mortalidad se produce por las complicaciones, st de las cardiovasculares, más que por la enfermedad oncológica en sí misma. Es fundamental prevenir, diagnosticar y establecer protocolos de tratamiento. La Sociedad Española de Cardiología, la Sociedad Española de Oncología Médica, la Sociedad Española de Oncología Radioterápica y la Sociedad Española de Hematología, han publicado, el Documento de Consenso y Recomendaciones sobre Cardio-Onco-Hematología en la Práctica Clínica.

Crear un grupo de trabajo de Cardio Oncología: 2 cardiólogos especializados, 3 oncólogos médicos (OM), 1 oncohematólogo (ONHE) y 1 oncólogo radioterápico (OR), para implementar las recomendaciones del documento. No existía consulta específica, con la variabilidad clínica que conlleva.

Nos reunimos el 2/3/17 y 18/5/17, con el objetivo de elaborar un score de riesgo cardiovascular y de derivación a la consulta específica de Cardio-Oncología, que nos permita personalizar la atención.

1º Valorar riesgo basal en consulta de OM, OH o de OR, dividiendo a las pacientes en:

* Riesgo muy alto, con 1 o más de: ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR DOCUMENTADA (coronarios, ictus, AIT, EArtPeri); DM con uno o más de: proteinuria / LOD ó fumador ó HTA grado 3 ó CHT>310 mg/dL; ClCr < 30 L/min/1.73m²; SCORE > 10%.

*Riesgo alto, 1 o más de: UN FRCV MUY ELEVADO: HTA grado 3; CHT > 310 mg/dL; DM sin otros FRCV excepto DM tipo 1 jóvenes sin más; ClCr 30-59 mL / min / 1.73m²; SCORE 5-10%: (1 o más de).

2º Valorar riesgo por terapia oncológica: Antraciclinas, Cisplatino, AntiHER2, Anti VEGF + 1 de: coronarios/HTA/historia de cardiotoxicidad; RT torácica; Tto combinado antitumorales + RT torácica. Candidatos de fluorpirimidinas, se remitirán a Cardio Oncología si tiene antecedentes de isquemia coronaria previa.

Se realizará un estudio basal con Hb, creatinina, iones, perfil hepático, Troponina +/- proBNP (péptido natriurético cerebral) basal, CK, HB A1c, perfil lipídico y glucemia; Ecocardiograma transtorácico (ECOTT) y ECG basal.

Se derivará pacientes a Cardio Oncología con: Mal control de FRCV; Alteraciones ECG/ECOTT (FEVI < 53%), de biomarcadores, Cardiopatía previa y Riesgo por terapia cardiotoxica. Para largos supervivientes: protocolo de control de factores cardiovasculares, con Ta < 140/90; IMC < 30, abstención del tabaco, ejercicio mínimo 150 minutos/ semana con ECG tras fin de tto, 1-2-5 años, ECOTT, 2-5 años, antes y después de gestación y tras RT torácica, ECOTT y ergometría a 5 años, cada 5 años. Se derivará a cardioONCO: si mal control de FRCV, alteraciones del ECG, EcoTT, antes del embarazo y tras RT torácica a los 5 años.

Diseño de una base de datos para valorar la implementación del score de riesgo basal y de los pacientes derivados a consulta de CardioOncología.

AUTORES: DE LAS PEÑAS CABRERA, D; RUIZ BAUTISTA, L; HOYOS SIMÓN, S; MARTÍNEZ-AMORES MARTÍNEZ, B; HERNÁNDEZ MIGUEL, M; AMAYA ESCOBAR, E.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS, MÓSTOLES.



ID: 483

TÍTULO: TRADUCCIÓN, ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN DEL PICKER PATIENT EXPERIENCE QUESTIONNAIRE-15.

RESUMEN:

La calidad asistencial va mucho más allá de los aspectos clínicos, siendo la comunicación, la gestión del tiempo de los pacientes, la accesibilidad a los profesionales, la participación o deliberación, la educación al paciente y la familia para la autogestión del tratamiento, elementos que contribuyen decisivamente en la evaluación de la calidad de un servicio.

Esto requiere incluir la perspectiva del paciente para conseguir un equilibrio que aúne la efectividad clínica y la medicina basada en la evidencia junto con la percepción de beneficio y aceptabilidad por parte del paciente. Esta manera de enfocar el análisis de los problemas es el núcleo principal del interés por la experiencia del paciente.

La obtención de un instrumento adaptado a nuestra población para medir de forma cuantitativa la experiencia del paciente con la asistencia sanitaria permitirá monitorizar la evolución de nuestro hospital, la comparación con otros centros y la identificación de oportunidades de mejora en la atención prestada.

Traducir, adaptar culturalmente y validar el cuestionario Picker Patient Experience Questionnaire-15 para su uso en Cataluña.

Siguiendo la metodología recomendada por guías internacionales y con el soporte del Picker Institute Europe, se realizó la traducción y adaptación del Picker Patient Experience Questionnaire-15 al castellano y al catalán. Para su validación se realizó estudio transversal. Se seleccionaron adultos dados de alta del hospital entre una semana y un mes antes. Se excluyeron los ingresos de menos de 24 horas, las altas del servicio de urgencias y las altas por defunción. 2010 pacientes cumplían criterios de inclusión. Cálculo de la muestra requerida: 147. Se hizo llegar el cuestionario bien por correo electrónico (875) o mediante entrevista telefónica (113). Se analizó la aceptación de ambos métodos y la consistencia interna del cuestionario adaptado.

Resultados: El proceso de retrotraducción permitió obtener un cuestionario adaptado a nuestro medio. Se obtuvieron 445 respuestas. La tasa de respuesta por correo electrónico fue del 29,3%, aumentando al 44,5% tras recordatorio a los 5 días, y por teléfono del 49,6%. El valor del coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,84 para la versión catalana enviada por email y de 0,83 y 0,78 para la versión castellana cumplimentada por email y teléfono respectivamente; indicando una alta consistencia interna.

Conclusión: El cuestionario obtenido muestra buenos resultados en las propiedades psicométricas evaluadas y puede constituir un instrumento útil para identificar oportunidades de mejora de la asistencia sanitaria en nuestro entorno. Las diferencias encontradas entre ambos métodos de contacto, correo electrónico y teléfono, sugieren la necesidad de realizar análisis que evalúen la factibilidad de estos y otros medios de contacto en nuestro contexto. El correo electrónico podría convertirse en una herramienta viable para una mayor participación del paciente en todo lo que concierne a su salud.

AUTORES: BERTRAN LUENGO, MARIA JESÚS; VIÑARÁS MOLINERO, M; SALAMERO BARÓ, M; GARCIA PINO, F; ESCARRABILL SANGLAS, J.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNIC.

ID: 484

TÍTULO: PLAN DE MEJORA. IMPLEMENTACIÓN DE LAS ESCALAS DE EVALUACIÓN DEL DOLOR EN LA URGENCIA PREHOSPITALARIA. ESTUDIO PILOTO

RESUMEN:

El dolor es uno de los motivos de consulta más frecuentes, con mayor repercusión en la calidad de vida, y en el que el componente subjetivo y cultura tiene gran relevancia. Además es un reto dentro de la observación clínica debido a la necesidad de individualizarlo a cada paciente para evitar repercusiones como la cronicidad de dolor y la disminución de la calidad de vida.

La evaluación del dolor en la urgencia y emergencia prehospitalaria es un campo poco explorado ya que la mayoría de los estudios se han centrado en lo que ocurre en los hospitales

En nuestro servicio de urgencias prehospitalario nos planteamos una mejora de la atención al mismo a través de la implantación de escalas de evaluación del dolor.

Principal:

Mejorar la efectividad de la atención del dolor agudo a través de implementar una herramienta de medida para su evaluación.

Específicos:

Conocer la situación basal de la evaluación del dolor.

Capacitar a los profesionales sobre la evaluación del dolor.

Establecer qué tipo de escala refleja mejor el dolor en el paciente.

Conocer qué tipo de escala se adapta mejor a los recursos asistenciales.

Valorar la efectividad de la intervención educativa.

Estudio cuasiexperimental prospectivo, de intervención educativa y sin grupo control.

Participantes: Médicos y Enfermeros de una Unidad Funcional y Pacientes con dolor agudo de 3 a 80 años de edad.

Mediciones Principales:

Fase basal: Observación retrospectiva de la evaluación del dolor desde 1 de septiembre del 2015 al 1 de septiembre del 2016.

Fase de Recogida de datos:

Intervención educativa a los profesionales, y entrega del cuaderno de recogida de datos (CRD), donde recogieron durante tres meses:

- datos procedentes de la medición de tres escalas de evaluación del dolor: EVA/Numérica, Rostros del dolor y Cromática/Verbal Simple;

-datos de la analgesia administrada ,

-su opinión sobre la escala más fácil de aplicar y la que más representa el dolor en el paciente.

Fase Post-intervención: Se realizó un corte transversal al mes de finalizar la recogida de datos, donde se describió si se mantenía la evaluación del dolor en el paciente.

Resultados:

En situación basal (n=813) no se evaluó el dolor agudo; Recogida de datos (n=60) : Un 22,2% de profesionales (n=36) participaron; La edad media de los pacientes fue de 41,92 (DE:22,57); Puntuación Escalas: EVA media 6,78(DE:2,05) mediana 7; Escala Rostros 3 a 12 años un 50% (Duele mucho), 13 años 43% (Duele un poquito más) ; Escala Cromática 21,2% (naranja rojizo).

El dolor abdominal con un 35%; AINE 65%; Escala que mejor refleja el dolor un 46,7% Escala de Rostros y la más fácil de aplicar la EVA con 56,7%. Post-intervención: 55,4% (n=131) se evaluó el dolor.

Conclusión:

Los hallazgos nos permiten afirmar que la implantación de una herramienta de medida del dolor, mejora la efectividad de la atención del paciente con dolor agudo en las unidades en las que se ha realizado una intervención.

AUTORES: AGUILAR VIVAR, EVA MARÍA; COLOMER ROSAS, A; CUELLAR GALLEGRO, L; RIVAS MORENO, R; JIMENEZ ALEGRE, JJ; MARTÍNEZ MARTÍNEZ, MT.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112.

ID: 486

TÍTULO: IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE RECONSULTA EN URGENCIAS POR PROBLEMAS DE APARATO LOCOMOTOR

RESUMEN:

Estudios previos de incidentes de seguridad en Urgencias indican que entre un 3 y un 7 % de las consultas se originan en un incidente previo y, a su vez, que más del 20% de incidentes que se producen en Urgencias tienen como consecuencia el requerir al menos una nueva consulta. En este estudio nos hemos centrado en aquellos pacientes que acuden por patología del aparato locomotor, que suponen al menos el 25 % de las consultas en los servicios de urgencias hospitalarios.

Revisar las reconsultas realizadas en el servicio de Urgencias de nuestro hospital relacionadas con patología del aparato locomotor y analizar la existencia de fallos en la actuación médica que hayan dado lugar a incidentes de seguridad en el paciente.

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que han consultado en Urgencias en los meses de enero y febrero de 2017 por patología del aparato locomotor, dos o más veces en un plazo máximo de siete días.

Además de identificar el motivo de la reconsulta, se ha analizado la existencia o no de incidente de seguridad del paciente. En este caso, se han analizado las causas de los mismos, factores asociados y si podrían haberse evitado.

Como fuentes de datos se han utilizado los formularios de urgencias y los informes de alta.

De los 14740 pacientes que acudieron a urgencias en el período estudiado, 3025 lo hicieron por patología traumatológica. De ellos, 60 se correspondían a reconsultas por el mismo motivo en menos de 7 días. De los 60 pacientes, 6 fueron citados de manera programada para revisión y 53 (88% del total de las reconsultas) volvían por una mala evolución del proceso: 1 caso se debían a la evolución natural del proceso; 4 casos a un cumplimiento inadecuado; 4 casos relacionados con un fallo en el diagnóstico y 44 (83%) casos relacionados con el tratamiento.

De las reconsultas debidas a problemas con el tratamiento, 6 (13.6%) casos estaban relacionados con molestias por la inmovilización (férula) y 38 (86.4%) a un tratamiento adecuado pero ineficaz. En 13 casos se ha considerado que ha habido un incidente de seguridad: 6 (46%) por molestias en la inmovilización; 4 casos (30.7%) de ingreso en la segunda visita por lumbociatalgia invalidante; 1 caso de ingreso por insuficiencia respiratoria debido a hipoventilación por dolor tras fracturas costales que pasaron desapercibidas en la primera consulta; 1 caso de ingreso por bursitis infectada que no se drenó adecuadamente en la primera consulta, y que precisó tratamiento quirúrgico; y 1 caso (7.7%) de fractura de muñeca que pasó desapercibida.

El 61,5% de los incidentes han sido calificados como poco o nada evitables

Como conclusión podemos decir que:

- 1.El principal motivo de reconsulta ha sido la falta de alivio del dolor pese al tratamiento adecuado, sobre todo en casos de lumbalgias y lumbociatalgias.
- 2.Las causas más frecuentes de incidentes de seguridad son los problemas con las inmovilizaciones.

AUTORES: SANCHEZ SABATER, BARBARA; ALCARAZ MARTINEZ, J; LLUNA LLORENS, AD; GARCIA GARCIA, EM; MEDRANO MORTE, I; MORENO SANCHEZ, I.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER.



ID: 487

TÍTULO: ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN DE MEDICINA INTERNA EN LA HOSPITALIZACIÓN POR FRACTURA DE FÉMUR EN UN HOSPITAL COMARCAL

RESUMEN:

La fractura de fémur en el anciano es un grave problema sanitario, que incrementa la morbilidad-mortalidad, gasto sanitario y dependencia al año siguiente de la fractura.

Proceso hospitalario prolongado, estada media 16 días en España y 15.6 en Cataluña. Mortalidad del I 4-7% a 30 días, 13-16% a 3 meses y 24-28 % al año.

Gasto medio sanitario por paciente en el año posterior a la fractura de 10.797 euros, 80% en los 6 primeros meses, 62% de este gasto corresponde al ingreso hospitalario.

En un hospital comarcal de 120 camas el servicio de medicina interna conjuntamente con la dirección inicia en 2016 la valoración y seguimiento de las fracturas de fémur.

Detectar puntos de mejora asistencial con la intervención MI desde el primer día del ingreso.

Describir características de los pacientes e impacto de la intervención del médico internista

Estudio descriptivo, antes - después. Análisis estadístico SPSS.

Periodo de análisis: pre-intervención (22/02/2015 -I 21/02/2016), intervención (22/02/2016 - 21/02/2017).

Mayores de 64 años, intervenidos por fractura de fémur.

Total 133 pacientes (68 vs 65), 80.7% mujeres y 19.5% hombres.

El 69.1% de pre-intervención proceden de domicilio vs 83.1% de intervención, principal destino al alta CSS (54.4% vs 64.7%)

Índice de Charlson, media de 2.07, (1.76 vs 2.38). Escalas funcionales: test de Barthel y test de Pfeiffer, no realizadas pre-intervención y si en 53.8% de intervención.

Hipertensión arterial, principal comorbilidad, seguida de la demencia y la diabetes mellitus. Mayor registro de osteoporosis y anemia en intervención.

Fármacos más utilizados: hipotensores arteriales, seguidos de antiagregantes plaquetarios y benzodiazepinas, elevado número polimedcados.

El filtrado renal glomerular medido en 1.5% pre-intervención vs 49.2% intervención. Albúmina, registrada en 2.9% de pre-intervención vs 70.8% de intervención.

El 63.2% de pacientes intervenidos antes de las 72 horas, media pre-intervención de 3,62 días vs 3,17 días intervención.

Mortalidad intrahospitalaria de un 1.5% en intervención, mortalidad total acumulada a 30 días del 3.1 %.

Re-ingresos totales a 30 días de 12%, con 14.7% pre-intervención vs 9.2% en intervención.

Estancia media (EM) global de 10.35 días, intervención 10,12 días vs pre-intervención 10,57. EM del alta a domicilio 10.16 vs 9.09 y a CSS 11.81 vs 10.43.

Conclusiones

La intervención precoz de MI evidencia el infra-registro de comorbilidades, valoración funcional, cognitiva y nutricional.

Hipertensión arterial: principal comorbilidad, se asocia a elevado uso de hipotensores e incremento de riesgo de caídas en el paciente anciano, importante optimizar este tratamiento desde la Atención Primaria.

Elevado uso de benzodiazepina y polifarmacia, obliga a reflexionar la optimización del tratamiento antes del alta hospitalaria.

Mortalidad a l 30 días, 3.1 % inferior a la media de los hospitales de Cataluña (4-7%)

AUTORES: NOBLIA GIGENA, LAURA BEATRIZ; ARENAS PRAT, M; XIFRÉ RODRIGUEZ, MB; LACAL MARTINEZ, A; PÉREZ BERNALTE, RM; RIESCO ACEVEDO, DG.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DE VENDRELL.

ID: 488

TÍTULO: USAR Y TIRAR ¿CIENCIA FICCIÓN O REALIDAD?

RESUMEN:

Un desafío constante para los sistemas sanitarios es el incremento de la demanda en un contexto de necesarios ajustes económicos. Un reto para la industria es proporcionar soluciones óptimas, seguras y eficaces a la vez que sostenibles y económicamente eficientes. Si hemos cambiado las batas, paños y equipos quirúrgicos por polipropileno y polietileno de un solo uso ¿por qué no hacer lo mismo con los instrumentales?

El objetivo de la comunicación es la descripción de un sistema de instrumentación completo de un único uso por paciente que, en combinación con la planificación de la cirugía en modelos virtuales en 3D tras TC y el uso de bloques de corte personalizados de poliamida, optimiza la gestión en toda la cadena de suministro hospitalaria.

Hemos analizado las modificaciones producidas entre la planificación propuesta por el ingeniero, la validada por el cirujano y lo realmente acontecido en quirófano en 366 cirugías. Serie de 62,3% mujeres y 37,7% hombres con una edad media de 70,09 años (DE 7,9). Se ha empleado el polietileno de mínimo espesor en el 92,3% de los casos. Modificaciones sobre las osteotomías femorales planificadas en el 1,6% y sobre las tibiales en el 6,3%. Se ha cambiado la talla femoral en el 6% de los casos y la tibial en el 8,7%. Existe diferencia en el porcentaje de cambios en función de la experiencia del cirujano (senior con 4,2% cambios en fémur y 8,3% en tibia vs junior con 9,3% en fémur y 18,6% en tibia).

El instrumental que proponemos instaurar como estandarizado se fabrica con tecnopolímeros (materiales compuestos, fabricados a partir de fusión y sucesivo endurecimiento mediante solidificación en molde) que ofrecen alta resistencia a la fatiga y abrasión. Sus principales características son la ligereza, resistencia a la corrosión, bajo factor de fricción y precio competitivo. Ventajas teóricas en fase actual de verificación: eliminación de la necesidad de instrumentaciones reutilizables en relación a implantes, decremento potencial del riesgo de infecciones y su coste asociado, incremento de la eficiencia en el bloque quirúrgico, mejora de la ergonomía, eliminación de la necesidad de esterilización de múltiples bandejas e instrumentos, eficiencia ambiental y ahorro notable del consumo de agua. Se ha estimado una reducción del costo global del procedimiento de hasta un 7%.

Elevada coincidencia entre las tallas planificadas y las empleadas (94% para cóndilos y 91,3% para tibia; Schotanus y cols. publican 93,9% y 91,1% con planificación tras RM). Nuestras pruebas han sido satisfactorias, no presentando el instrumental usura por la fricción con elementos metálicos de corte ni signos de fragilidad estructural de los componentes de prueba, por lo que consideramos que son adecuados para sustituir definitivamente a sus equivalentes metálicos. La elevada tasa de coincidencia entre lo planificado y lo empleado hace viable la implantación de este tipo de instrumental.

AUTORES: LEÓN MUÑOZ, VICENTE JESÚS¹; LISÓN ALMAGRO, AJ²; LÓPEZ LÓPEZ, M³; IBAÑEZ GARCÍA, I⁴.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO¹; HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO²; LABORATORIO DE IDEAS EN TIC³; MEDACTA INTERNATIONAL⁴.



ID: 489

TÍTULO: PROEMPOWER, EMPODERANDO AL DIABÉTICO

RESUMEN:

La diabetes tipo II es la epidemia del siglo XXI. En Europa es la enfermedad que más recursos sanitarios consume (17%) con una clara tendencia ascendente, debido al sedentarismo, la alimentación industrial y el envejecimiento de la población. Mejorar el conocimiento y la capacidad de autocuidado del paciente diabético es la acción más eficiente posible.

En ProEmpower el objetivo es doble:

1. Construir una solución de gestión continua para potenciar el autocontrol de los pacientes diabéticos tipo 2.
2. Validar en entornos reales de cuatro países dos prototipos de dicha solución realizados por distintas empresas.

Se analizarán mejoras en tres dimensiones de la calidad asistencial mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 22:

- 1-Calidad percibida, mediante encuestas de satisfacción dirigidas a los pacientes y profesionales.
- 2-Resultados en salud, midiendo la mejora en parámetros clínicos (HbA1c).
- 3-Eficiencia, evaluando el impacto en la frecuentación en AP, hospitalización, solicitudes de interconsultas y pruebas complementaria

Para este reto es necesario asumir riesgos y contratar servicios de I+D. Por ello elegimos como herramienta la Compra Pública Pre-Comercial (PCP) subvencionada al 90% por la Comisión Europea. Los compradores públicos plantean el reto: construir una solución de gestión continua para potenciar la autogestión de los diabéticos tipo 2. Esta solución debe superar todo lo existente en el mercado actual para poder ser financiada como PCP, justificando así su novedad y el riesgo asumido en su desarrollo innovador.

Los proveedores serán evaluados rigurosamente después de cada una de las cuatro fases de adquisición, partiendo de al menos 5 empresas hasta las 2 finales:

- Fase 0: Fase de preparación, consulta a mercado y licitación (11 meses)
- Fase 1: Concepto de diseño, arquitectura de soluciones técnicas y especificaciones (5 meses)
- Fase 2: Desarrollo de prototipos en dos iteraciones (10 meses)
- Fase 3: Desarrollo y prueba de sistemas piloto (16 meses)

El diseño es un ensayo clínico controlado. Cada paciente incluido tendrá su control con idéntica complejidad. El proyecto será evaluado por el Comité Ético del Área de Salud en la que se efectúe el piloto. Pacientes y cuidadores participantes firmarán un consentimiento informado autorizando el uso de sus datos para este fin. Todo acorde al exigente Nuevo Reglamento Europeo de Protección de Datos (UE) 2016/679.

Los dos prototipos serán probados por 100 pacientes y 25 profesionales en cada una de las 4 regiones de España, Portugal, Italia y Turquía (400 pacientes y 100 profesionales en total).

Se lograrán dos prototipos validados en entornos reales de cuatro regiones europeas distintas, garantizando su replicabilidad en Europa.

El proyecto está financiado al 90% por la Comisión Europea a través del Programa Horizonte 2020, € 4.498.160 de un presupuesto total de 5 millones de €.

AUTORES: SÁNCHEZ NANCLARES, GORKA; LÓPEZ ACUÑA, MP; ALCARAZ MUÑOZ, JM; CARAVACA BERENGUER, MJ; CEBRIÁN CUENCA, AM; CONTRERAS ORTIZ, L.

CENTRO DE TRABAJO: SERVICIO MURCIANO DE SALUD.



ID: 490

TÍTULO: ANÁLISIS DEL IMPACTO EN PACIENTES TRAS IMPLANTACIÓN DE MEJORAS EN DIAGNÓSTICO DE PRECISIÓN POR RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)

RESUMEN:

Las actualizaciones que se realizan en los equipos de resonancia magnética deben permitir no solo mejoras relacionadas con la calidad de imagen (y por tanto, con un diagnóstico más preciso), sino también avances en la propia experiencia que los pacientes tienen durante la realización de estas pruebas diagnósticas, en la mayoría de ocasiones incómodas por la posición en la que se deben realizar y por el nerviosismo que presentan los pacientes durante las mismas.

- Disminuir la sensación de angustia en pacientes pediátricos y claustrofóbicos
- Aumentar la sensación de confort en todos los pacientes
- Poner en valor el uso de tecnología avanzada para los pacientes que atendemos
- Ofrecer diagnósticos más preciso

Material:

- Equipo de RM con UPGRADE (actualizaciones realizadas)
- Antenas y bobinas necesarias
- Encuesta de percepción revisada
- Formación de aplicaciones específicas del personal técnico
- Obtención de estadísticas

Experiencia:

Tras disponer de varias alternativas en la posibilidad de UPGRADES de un equipo de RM, y existiendo en el horizonte la posibilidad de cambiar y/o actualizar otros equipos de RM de la misma organización, se hacía necesario validar de manera cuantitativa las mejoras que nos ofrecía el fabricante de dicho UPGRADE. Para ello, se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- Formación en aplicaciones para el personal técnico
- Revisión de la encuesta de percepción
- Cambio en la metodología de obtención de la percepción (mediante la automatización en terminales de opinión)
- Reuniones con Asociaciones de Pacientes a través de Fundación QUAES para explicación de los avances a implantar y conocimiento de sus necesidades (mediante 'Focused Group')
- Feed-back a técnicos y estudiantes en formación de las mejoras implantadas
- Implantación de este tipo de mejoras en tres resonancias magnéticas entre 2016 y 2017
- Aumento del nivel de satisfacción en los pacientes (muestra 'n' superior a 300 pacientes), respecto a la sensación de confort durante la realización de la prueba
-

AUTORES: HINAREJOS MONLEÓN, RUBÉN; MOLLÁ BAU, A.

CENTRO DE TRABAJO: EXPLORACIONES RADIOLÓGICAS ESPECIALES S.L. (ERESA).



ID: 491

TÍTULO: ¿DAMOS EL TRATAMIENTO MÁS SEGURO EN LAS INFECCIONES URINARIAS?

RESUMEN:

'E.coli es el agente principal de las infecciones urinarias, con datos de España i de Cataluña en concreto que muestran una elevada resistencia a penicilinas (ampicilina, amoxicilina, amoxicilina + ácido clavulánico) y a quinolones o cotrimoxazol. Los datos locales de atención primaria muestran una elevada sensibilidad a fosfomicina y nitrofurantoína que serían los de indicación en mujeres jóvenes con infecciones no complicadas .No realizar la prescripción adecuada a las resistencias puede aumentar las mismas y producir complicaciones en los pacientes.

Comparar el tratamiento utilizado para las infecciones del tracto urinario (ITU) en mujeres con los antibióticos recomendados en el Estándar de Calidad de prescripción farmacéutica (EQPF) del Institut català de la Salut (ICS)

Estudio longitudinal retrospectivo realizado en un Centro de Salud de aproximadamente 18.000 habitantes. Variables: número total de pacientes con ITU durante el año 2016. De estos: edad, sexo, tipo de infección y tratamiento utilizado. Posteriormente; realización de urocultivo y principales patógenos.

El análisis estadístico se realizó mediante tablas de frecuencia y descriptivos de todos los datos de la muestra.

Resultados:

De un total de 263 pacientes con diagnóstico de ITU durante el año 2016, el 80,2% fueron mujeres y 19,8% hombres, con una media de edad de 49 años. Respecto al tipo de infección; no complicada 82%, complicada 0,5% y recurrente 15,5%, de estos 10,4% recidiva y 4,6 reinfección. Tratamiento utilizado: Mujeres; fosfomicina 40,3%, amoxicilina/ác.clavulánico 500mgs/125mgs 16%, norfloxacin 400mgs 10,3% y otro antibiótico 9'5% siendo la nitrofurantoína prácticamente no prescrita (inferior al 1%) . Resultados en los pacientes en que se realizó urocultivo mayoritariamente positivos a E.Coli .

Conclusiones:

- La mayoría de infecciones urinarias de nuestro entorno se dan en mujeres y son no complicadas , deberían tratarse según las recomendaciones del EQPF del ICS .
- Realizamos en exceso prescripciones de otros antibióticos que aumentan el riesgo de recidivas y complicaciones por mayor número de resistencias bacterianas .
- Las acciones de revisión de guías en antibióticos y análisis de prescripción contribuyen a aumentar la seguridad del paciente .

AUTORES: BASORA GALLISÀ, TERESA; GARCÍA VIDAL, T; LÓPEZ ANTOLÍN, E; MAESTRO IBAÑEZ, M; BREVA AYMERICH, J; SEGARRA ALBAREDA, J.

CENTRO DE TRABAJO: CAP HORTS DE MIRÓ.



ID: 492

TÍTULO: PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES Y FAMILIARES EN LA TOMA DE DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA

RESUMEN:

Se entiende por sedación paliativa la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir la consciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, y con su consentimiento explícito. La sedación terminal o en los últimos días de vida es un caso particular de la sedación paliativa en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima.

En ambas situaciones, se requiere el consentimiento del paciente y se considera su consentimiento verbal. Siempre debe quedar constancia en la historia clínica.

En el paciente no competente, el consentimiento se debe realizar por consulta al Registro de Instrucciones Previas o Voluntades Anticipadas; por valoración de los deseos del paciente con la familia o los allegados, considerando los valores y los deseos previamente expresados o, en último caso, se recomienda pactar la sedación con la familia.

Valorar la implicación de los pacientes y familiares en la toma de decisiones al final de la vida diferenciando si existe consentimiento o no y, si está registrado, si ha sido obtenido con el paciente, los familiares o ambos.

Se realiza un estudio retrospectivo de una muestra de 60 historias clínicas de pacientes que han sido éxitos durante el primer trimestre del 2017 en el servicio de cuidados paliativos de 2 centros oncológicos, 30 por centro.

Resultados:

- La indicación de la sedación está consensuada con el paciente o la familia en el 100% de los casos.
- La indicación de la sedación está consensuada con el paciente en el 37% de los casos, con la familia en el 95% y, con el paciente y la familia en el 35%.
- En los casos de deterioro cognitivo o falta de competencia del paciente en la etapa final de la vida, la sedación ha sido consensuada con la familia.
- En un 10%, la pauta de sedación no se administró o por creencias religiosas o por rápido deterioro del paciente.
- Únicamente 1 de los 60 pacientes (1,7%) contaba con el documento de voluntades anticipadas.

Conclusiones:

- Cuando se acerca el final de la vida, hay que reformular los objetivos terapéuticos con la finalidad de generar confort y bienestar al paciente y su familia
- El mejor modelo de atención en los estadios del final de la vida es la anticipación de la atención para que la persona enferma pueda participar en la toma de decisiones.
- Se requiere información clara y completa del proceso, y obtener el consentimiento del paciente si es competente, o en caso contrario, de la familia.
- Con antelación, el paciente puede dar a conocer sus voluntades para aquellas fases de la enfermedad en las que no tenga capacidad de decidir, de dos maneras: Delegar en un representante o formalizar un documento de voluntades anticipadas o testamento vital
- Hay que promover la formalización del documento de voluntades anticipadas en la sociedad en general.

AUTORES: MONTOLIU-VALLS, ROSA M1; CARREÑO MIRALLES, A2; PRADO TELLO, JR3; JULIÀ TORRAS, J4; SERRANO BERMÚDEZ, G5; PONTÓN SIVILLÁ, JL6.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUTO CATALÁN DE ONCOLOGÍA.



ID: 493

TÍTULO: ENFERMEDADES PROFESIONALES, EL ENEMIGO INVISIBLE

RESUMEN:

Las Enfermedades Profesionales (EPP) son la principal causa de morbi-mortalidad evitable en los países desarrollados, sin embargo son apenas conocidas debido a su enorme sub-registro, pasando inadvertidas como Enfermedad Común. En España se estimaron 16.000 muertes por EPP en 2004, más de la mitad de ellas por tumores malignos (9.400), superando la mortalidad de ese año por EPOC, demencia, DM, cánceres de colon o de mama, HTA o tráfico.

El registro de EPP ese año sólo observó 6 tumores malignos y 2 muertes.

El proyecto pretende aumentar la declaración de EPP en nuestra región, permitiendo hacerla visible, con el fin de poder prevenir y tratar sus causas.

La mejora se plantea en tres dimensiones de la calidad: accesibilidad (nº sospechas), calidad científico (precisión) y resultado (EPP registradas), estableciendo indicadores con los que monitorizar la mejora. El piloto desarrollado en los dos años previos permitió estimar los objetivos de cada indicador, tomando como meta lograr un aumento del 46% de las EPP registradas en la región tras el primer año de intervención.

Esto supondría un impacto en salud y un ahorro para el sistema público que asume habitualmente su coste -tanto de la atención sanitaria como de las prestaciones de la Seguridad Social (bajas e indemnizaciones)- al pasar desapercibidas como enfermedad común en lugar de EPP, cuya responsabilidad de asistencia y asunción de costes corresponde a las mutuas.

En octubre de 2010 se aprobó en nuestra región el Protocolo de Comunicación de Sospechas de EPP, que identifica como eje a la Inspección Médica entre las múltiples entidades implicadas (Sanidad, Trabajo, INSS, Seguridad Laboral...).

Pero para hacer funcionar dicho protocolo en la práctica era necesario desarrollar herramientas de ayuda, fundamentalmente en el aplicativo de Atención Primaria:

1. Un buscador de EPP
2. Un asistente de sospechas que alerta sobre diagnósticos, informando del puesto de trabajo relacionado y agentes causantes
3. Un fichero electrónico de Sospechas que viaja automáticamente
4. Una plataforma informática de soporte y formación continua
5. 270 pósters y 5.000 dípticos
6. Cuadro de Mandos con indicadores de seguimiento

Tras el primer año de intervención se recogieron 1956 sospechas en 2015 frente a las 160 del año anterior (un aumento de 1.122%).

También el indicador de precisión de las sospechas (PORTRAM) superó el objetivo (49% frente a 40%).

Como resultado se obtuvo un aumento en la declaración de EPP del 68,70% (de 508 a 857), registrándose 349 más que en el año anterior, récord en el histórico de todas las CCAA.

En los cambios de contingencia la facturación a las mutuas asciende a 1.722.642 €, sin contar las prestaciones de la Seguridad Social.

Tras el primer año de despliegue regional logramos un resultado mayor del esperado. Con ello logramos romper la tendencia histórica y crear una cultura de detección de EPP en todos los agentes implicados.

AUTORES: SÁNCHEZ NANCLARES, GORKA¹; EGEA GARCIA, J²; SORIANO CONTRERAS, MA³; CARAVACA BERENGUER, MJ⁴; ROBLES EZCURRA, M⁵; FERRÁNDEZ CÁMARA, MJ⁶.

CENTRO DE TRABAJO: SERVICIO MURCIANO DE SALUD¹; CONSEJERÍA DE SALUD²; CONSEJERÍA DE SALUD³; SERVICIO MURCIANO DE SALUD⁴; SERVICIO MURCIANO DE SALUD⁵; SERVICIO MURCIANO DE SALUD⁶.



ID: 494

TÍTULO: ¿A QUIÉN VAN DIRIGIDAS LAS RECOMENDACIONES DE NO HACER? LA PERSPECTIVA DEL PERSONAL DE SALUD

RESUMEN:

Las estrategias de no hacer que identifican el uso de prácticas de cuidados de salud cuyo valor e impacto es cuestionable con el fin de reducir las, ha tenido un desarrollo con diferentes modelos como do not do o choosing wisely.

En el Estado español se desarrolla el "Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España", con el objetivo de disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias, entendiendo por innecesarias aquellas que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias. Actualmente hay 135 Recomendaciones de No Hacer (RNH) aprobadas y publicadas.

La implantación en nuestra Comunidad Autónoma se realizó conjuntamente con las Sociedades Científicas participantes en el proyecto del Ministerio. Y se consideró necesario hacer un diagnóstico de la situación local con la participación de los agentes protagonistas.

Conocer la opinión del personal sanitario en relación con las RNH publicadas en el compromiso de calidad de las Sociedades Científicas en España.

Se realizó, a través de las Sociedades Científicas una encuesta en la que se invitó a participar a 30 Sociedades.

Los contenidos de la encuestas fueron: conocimiento del proyecto, seguimiento de las recomendaciones, barreras para el seguimiento y transversalidad de cada recomendación.

Se recibieron 214 respuestas de 25 Sociedades Científicas. El 50% conocían el proyecto nacional y el 36% el proyecto autonómico. Un 30% no conocían las recomendaciones o si las conocían no las seguían.

Las barreras identificadas para la implementación de las RNH, que se clasificaron en cuatro grupos.

Barreras de información:

Desconocimiento; falta de difusión de las recomendaciones y de protocolos consensuados; poca formación y falta de actualización.

Barreras en relación con pacientes:

Presión por parte de pacientes; dificultades en la adherencia al tratamiento y para motivar o enseñar a pacientes.

Barreras organizativas

Presión asistencial de otros servicios para confirmar diagnóstico y la carga asistencial por la demanda de estudios, principalmente desde urgencias; grandes áreas de desinformación en la ruta de algunos pacientes; dificultades organizativas; escasa coordinación entre servicios, falta de equipamientos; rutinas asistenciales y protocolos sin participación de los servicios afectados.

Barreras relacionadas con las creencias:

Falta de refrendo por la evidencia científica y uso de la medicina defensiva.

Con independencia de la Sociedad Científica que establece las recomendaciones, se relacionaron 43 RNH con atención primarias de salud, 41 con medicina interna, 19 con todas las especialidades, 15 con Urgencias, 12 con Pediatría, 11 con geriatría, 10 con Cardiología y 10 con Ginecología y Obstetricia.

Concluimos que la transversalidad es una dimensión necesaria para el proceso de implementación pero insuficiente si no tenemos en cuenta también las barreras.

AUTORES: GONZÁLEZ SÁNCHEZ, MARTA; NATAL RAMOS, C; DE LA ROSA DE SAA, S; GARCÍA MENÉNDEZ, L; MUSLERA CANCLINI, E.

CENTRO DE TRABAJO: SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.



ID: 495

TÍTULO: MEJORA DEL REGISTRO DE RECOMENDACIONES EN EL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

RESUMEN:

La línea estratégica 6 del Pla de Salut 2016-2020, Atención Integrada y Cronicidad, hace referencia a una atención centrada en la persona, en la que se plasman sus necesidades y preferencias como mejor opción para garantizar una atención de calidad, con mayor equidad y eficiencia.

Mejorar el registro e identificación de Pacientes Crónicos Complejos (PCC) o con Enfermedad Crónica Avanzada (MACA) del área de influencia y elaborar un Plan Intervención Individualizado Compartido (PIIC) con Plan Decisiones Anticipadas (PDA) y registro recomendaciones (RR), garantizando que sea de calidad. Compararnos con los registros medios en nuestra organización, Institut Català de la Salut (ICS)

A los pacientes identificados como PCC o MACA por sus respectivos profesionales de referencia del EAP se les programa una serie de visitas para poder elaborar un PIIC que recoja un PDA y RR.

Se trabaja en la identificación, registro, visitas y su contenido y reflejo del PIIC en la Historia clínica compartida del paciente:

- se realiza formación específica a los profesionales
- Se consensuan datos a recoger en el PIIC y PDA cualitativo
- Se programan mínimo de 2 visitas en el año al paciente por parte de su equipo (Médico + enfermera)
- De forma periódica se revisan y modifican los PIIC si hay cambios en la situación del paciente.

Se identificaron 237 pacientes PCC y 22 pacientes MACA con fecha de Diciembre/2016. Comparado con los datos de Enero/2016 (133 PCC y 19 MACA) supone un incremento del 69% del total detectados.

De estos 237 PCC, 200 tienen un PIIC realizado (84,38%) con 181 PDA y RR (90,5%).

De los 22 MACA, 20 tenían un PIIC realizado (90,90%) con 17 PDA y RR (85%)

Respecto a la población asignada (9.559 pacientes) supone que en Diciembre/2016 un 20,75% tiene un PIIC, por encima de la media del ICS (15,49%) y de las metas propuestas por el Departamento de Salud (5-10%).

Conclusiones

La experiencia ha supuesto un aumento en la detección de PCC y MACA durante el 2016 asociado a una mejora cualitativa en la cumplimentación del PIIC con PDA y RR.

La formación a los profesionales y la elaboración de un protocolo común, han aumentado la identificación y resolución en el paciente PCC y MACA, siendo superior a la media del ICS.

Es necesaria una revisión periódica del PIIC si hay cambios en el estado del paciente

El PIIC registrado en la historia clínica compartida es accesible a los profesionales de cualquier nivel asistencial, que conozcan las necesidades y preferencias del paciente.

Proponemos incrementar el porcentaje de PDA que cumplan criterios de calidad ya que se han definido los mismos.

AUTORES: CLOTAS SANCHO, LOURDES; FERRÉ GRAS, J; GONZÁLEZ GONZALO, S; AINSA ABÓS, E; ARANDA SÁNCHEZ, B; CALAMOTE MANSO, F.

CENTRO DE TRABAJO: CAP SANT SALVADOR.



ID: 497

TÍTULO: DEL TALENTO TÁCITO AL EXPLÍCITO EN PROFESIONALES SANITARIOS: ESTUDIO CUALITATIVO Y EXPERIENCIA PILOTO CON GRUPOS FOCALES

RESUMEN:

El talento, tácito (intangibles: valores) y explícito (tangibles: datos), se define por aquel conjunto de competencias excelentes que con la fuerza de la motivación (lo que se quiere y se siente) se alcanzan unos óptimos resultados laborales. El reto consiste en transformar el conocimiento tácito en explícito. Pero ¿es esto posible? ¿podemos transformarlo, almacenarlo y transmitirlo? Desarrollar un programa piloto inédito en el sector sanitario, entre 2016 y 2017, para identificar, explicitar y almacenar, para transmitir al resto de la organización, el talento tácito de profesionales "excelentes" escogidos en la institución. Los objetivos secundarios fueron: 1. Determinar su personalidad; 2. Identificar, evaluar, proponer y almacenar las competencias clave detectadas; 3. Evaluar la satisfacción de los participantes; 4. Reconocer públicamente su talento desde la Dirección; 5. Proponer acciones para la transmisión de ese talento al resto de la organización.

La metodología fue mixta: cualitativa y cuantitativa. Se escogió por consenso a un conjunto de profesionales "de base" (sin mandos) con "talento" en opinión de sus compañeros. Con grupos focales de 3 horas, ellos autoevaluaron su personalidad con el test de Myers-Briggs; y ellos mismos describieron sus posibles competencias con comportamientos individuales, a partir de las situaciones asistenciales vividas en el lugar de trabajo y en las que consideraran que su actuación hubiera sido satisfactoria y con "talento".

Participaron 35 profesionales con un 77% de mujeres y, por categorías: enfermeras y auxiliares 46%; administrativos 23%; médicos 20%; auxiliares de hostelería 6%; y técnicos 6%. El rol de personalidad "cooperador" fue el mayoritario (79%) (de los cuales un 58,3% eran del subgrupo "sociables"); destacan, entre otros rasgos, la extroversión (70%); observadores (70%); emocionales (81%); juzgadores (79%); y asertivos (79%). Las competencias clave finales surgidas, después de 4 ejercicios de dinámica de grupo, fueron reiteradamente: 1º orientación al cliente; 2º empatía; 3º trabajo en equipo; 4º comunicación; y, 5º gestión del estrés, con la motivación como energía actitudinal. La satisfacción de los participantes fue alta (8,6 sobre 10). Para identificar y transformar el talento tácito en competencias explícitas, almacenarlas y transmitir las, se han iniciado como acciones de mejora: 1º describir el proceso de 'Gestión por competencias' con los resultados obtenidos; 2º se ha fijado el objetivo de identificar a otros profesionales con talento de los equipos; 3º la aplicación de las competencias detectadas en la selección, retención, promoción y evaluaciones; 4º la aplicación en la evaluación del desempeño y a la 360º; 5º a las acciones formativas (tipo simulación y procesos de 'coaching'); y, 6º reconocer institucionalmente (premiar) en el día a día.

AUTORES: ALOY-DUCH, ANDREU; BUQUERAS-CARBONELL, M; PLA-POVEDA, C; MARTÍN-SÁNCHEZ, E; LLEDÓ-RODRÍGUEZ, R; VIADÉ-GUILLAMET, M.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS.

ID: 498

TÍTULO: ANÁLISIS DE LAS NOTIFICACIONES DE INCIDENTES LABORALES EN LOS TRABAJADORES DE UN CENTRO DE SALUD Y PROPUESTAS DE MEJORA

RESUMEN:

Los principales tipos de riesgos laborales que pueden padecer los profesionales sanitarios son de carácter biológico y psicosocial. En cuanto a los primeros, los riesgos biológicos constituyen uno de los principales riesgos del colectivo sanitario. En los Centros de Atención Primaria el 43% de los accidentes declarados son accidentes biológicos, y la categoría laboral que sufre más accidentes es enfermería, un 63%. De los procedimientos que tienen asociado un mayor riesgo de pinchazo o salpicada, en el 5,8% el profesional estaba encapuchando una aguja.

El riesgo laboral más importante que sufre el médico de Atención Primaria es el motivado por los condicionamientos psicosociales, íntimamente ligados a la organización y al tipo de relaciones que establecen en ella.

Analizar los incidentes notificados en un centro de salud e identificar áreas de mejora en la cultura de la prevención del riesgo laboral

Periodo: 2009-2017, se analizan los incidentes registrados de un Área Básica en el aplicativo de notificación de incidentes del ámbito territorial, según tipo de accidente/incidente, gravedad, localización, profesional involucrado, descripción, análisis de las causas, y las medidas propuestas por el equipo directivo/ unidad básica de prevención.

Se hace valoración posterior de estos datos y detección de áreas de mejora

55 profesionales repartidos en un centro de salud y 3 consultorios locales.

42 notificaciones de 2009 a marzo 2017. El 90% son mujeres y el 100% son leves, cursan baja laboral 2 profesionales.

Según tipo: biológico 16 (38%), situación de violencia 12 (28%) y accidentes 14 (33%)

Biológico (técnica 7, extracción 3, procedimiento quirúrgico 4, exposición a fluido 2), de los cuales eran enfermería 8 (50), médico 6 (37,5), auxiliar enfermería 1, administrativo 1, y 11 (68%) procedimiento causante fue pinchazo

Situación violencia 12, 100% agresión verbal o amenazas (administrativo 4, enfermería 2, médico 6) la mayoría relacionadas con la negativa antes las demandas del usuario.

Otros accidentes (caída 1, in itinere 2, en misión 5, exposiciones 6)

Propuestas de mejora en el 100% de accidente biológico existe protocolizada, en situación de violencia y otros accidentes la propuesta es más arbitraria y poco definida.

La notificación de accidentes biológicos está por debajo de la media de nuestra empresa, y las situaciones de violencia representan casi la tercera parte de los accidentes notificados.

En el accidente biológico existen propuestas de mejora y se aplica un protocolo de actuación bien definido, con formación preventiva, medidas iniciales y recomendaciones posteriores en todos los casos. En las situaciones de violencia y otros accidentes la intervención no está protocolizada.

Es importante seguir insistiendo en la formación en prevención de riesgo biológico por el potencial riesgo que comporta, pero igual de remarcable es trabajar en la prevención y abordaje de riesgos laborales psíquicos en los trabajadores sanitarios

AUTORES: ALVAREZ LUY, MERCEDES; RAMBLA VIDAL, C; HOSPITAL GUARDIOLA, I; CAULES TICOULAT, I; DE MAGRINYA CLARAMUNT, J.

CENTRO DE TRABAJO: ABS VALLS URBA.



ID: 499

TÍTULO: EL ENTRENAMIENTO BASADO EN LA SIMULACIÓN COMO HERRAMIENTA DE APRENDIZAJE INNOVADOR TAMBIÉN EN CALIDAD ASISTENCIAL

RESUMEN:

La formación, el reciclaje y el entrenamiento basados en la simulación permite sustituir la realidad por un escenario simulado, en el que los profesionales se entrenan para adquirir distintas competencias técnicas o de otro tipo (comunicación, trabajo en equipo...). Inmediatamente, se realiza una sesión de retroalimentación o debriefing (puesta en común para la mejora) para analizar en grupo los puntos fuertes, los aspectos a mejorar y profundizar en las actividades clínicas entrenadas.

Presentar los resultados obtenidos de un proceso de formación basado en la simulación interdisciplinaria en el ámbito de la calidad asistencial, mediante la interacción entre distintos profesionales que participan en calidad de alumnos asumiendo su rol laboral habitual, para conseguir la adquisición y mejora de contenidos teóricos mientras se entrenan en su aplicación práctica.

En 2016, se planificaron y ejecutaron en nuestro centro 137 acciones formativas (AF), de las cuales 11 sobre temáticas de calidad asistencial (entre ellas 2 de seguridad de pacientes). Entre 2016 y 2017 se inició la implementación de AF basadas en la simulación para todas las categorías profesionales (médicos, enfermeras, auxiliares y administrativos). La metodología se ha basado en simular 4 situaciones clínicas de patologías de pacientes en urgencias (cirrosis hepática), consulta externa (demencia), hospitalización (tuberculosis) y quirófano (herniorrafia inguinal) con objetivos comunes basados en la mejora competencial: trabajo en equipo; comunicación (interprofesional y con los pacientes); y capacitación técnica. Para el escenario se usa una sala diáfana, sin entorno hospitalario. A los participantes se les entrega una ficha con el rol a ejercer, y otro actúa de "observador" ("check list" correcto de las actividades). Las simulaciones duran unos 15 minutos, y al final se realiza la sesión de debriefing.

Se han realizado 4 AF de simulación, en las que han participado 71 profesionales (80% de estaff y 20% residentes) de diferentes categorías: 38% médicos (33% residentes y 67% adjuntos), 37% auxiliares de enfermería, 8% enfermeras, 8% administrativos, y 7% comadronas (100% residentes). En el "debriefing", del total de 100 actividades totales recogidas en los "check list" a auditar, se cumplieron adecuadamente un 72%. Del restante total de inadecuadas (28%), un 40% lo fueron en la capacitación técnica en higiene de manos, indicaciones de aislamiento u otras; en un 20% a una deficitaria comunicación entre profesionales y un 30% con los pacientes (80% al dar la información clínica y en un 20% en las malas noticias); y en el 10% afectaban al trabajo en equipo.

Se aprecia, ante una muestra variada de profesionales, que una tercera parte de ellos precisa avanzar en distintas competencias clave para su profesión.

La simulación puede ser un excelente instrumento para mejorar, teórica y prácticamente, las competencias de todos los profesionales.

AUTORES: ALOY-DUCH, ANDREU; SABATER-RAGA, JM; VÁZQUEZ-SÁEZ, R; RODRÍGUEZ-SADURNÍ, J; VILA-SENANTE, M; LECINA-NOVO, O.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS.



ID: 500

TÍTULO: ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR AL ALTA DEL PACIENTE COMPLEJO: UN TRABAJO EN EQUIPO CON PACIENTES Y CUIDADORES

RESUMEN:

Ante la necesidad de abordar todas las necesidades del paciente complejo en el momento del alta, desde el punto de vista médico, social, funcional y de cuidados, se establece un equipo multidisciplinar de trabajo en el 2015, con la participación de Continuidad Asistencial, Trabajo Social, Rehabilitación, Medicina Física, Geriátrica/Medicina Interna, Neurología, Traumatología/Ortopedia.

Mejorar la calidad asistencial del paciente

Asignar los recursos más adecuados a cada paciente en el momento del alta

Poner en conocimiento de los centros de destino del paciente al alta, las necesidades y cuidados que necesita el paciente

Coordinación adecuada con los Servicios Sociales

Información adecuada a pacientes y cuidadores acerca de los cuidados que el paciente precisa, cuando éste vuelve a domicilio

Asegurar la continuidad asistencial adecuada del paciente

Constitución del equipo multidisciplinar

Reuniones semanales

Visitas conjuntas a los pacientes hospitalizados

Reuniones con las familias y cuidadores principales

Registro de las acciones de mejora propuestas y de las intervenciones realizadas.

Total pacientes desde 2015 hasta hoy: 224

- Derivaciones a hospital de apoyo: 102
- Alta a domicilio: 55
- Alta a residencia (tanto privadas como públicas de emergencia): 37
- Otros (éxitus, recurso público como Padre Garralda,, traslado a otros hospitales por canalización...): 30

AUTORES: FERNÁNDEZ BLANCO, NATALIA; ROLDÁN PEINADO, E; CURA ITUARTE, P; ESTÉVEZ VAQUERO, M; PÉREZ SORIANO, ML; EL KADAQUI CALVO, N.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA.



ID: 501

TÍTULO: MEJORA DEL REGISTRO CUALITATIVO DEL PLAN DE DECISIONES ANTICIPADAS DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO. RESPETANDO VOLUNTADES

RESUMEN:

El envejecimiento de la población hace que aproximadamente un 5 % de la misma, tenga necesidades complejas de salud.

El Pla de Salut 2016-2020 (línea estratégica 6: Atención integrada y cronicidad), propone identificar la complejidad y establecer criterios unificados en cuanto a la planificación avanzada de la atención y las decisiones anticipadas de los pacientes crónicos complejos (PCC) y en enfermedad crónica avanzada (MACA)

Detectamos que se identifican cuantitativamente estos pacientes (96 %) , sin embargo, observamos un infraregistro a nivel cualitativo

Es por eso, que nos planteamos la necesidad de tener un Plan de Intervención Individualizado (PIIC) con un Plan de Decisiones Anticipadas (PDA) de calidad

Conseguir que el paciente crónico complejo (PCC) y con enfermedad crónica avanzada de nuestra área de influencia, tenga un PIIC cualitativo, útil para los profesionales que reciban al paciente , con un PDA consensuado , que garantice el respeto a la autonomía del paciente y ayude a un uso más adecuado de los recursos.

Con tal de garantizar nuestro objetivo, realizamos las siguientes intervenciones:

1. Adecuación del registro PCC/MACA:
 - a. Asegurar unos criterios de registro comunes para disminuir la variabilidad entre profesionales.
 - b. Adecuar la prevalencia de PCC y MACA en los Equipos para poder tener identificados todos los casos
 - c. Incluir en los registros a los pacientes institucionalizados que cumplan criterios
2. Identificar aquellos pacientes de más riesgo, susceptibles de tener realizado un PIIC y un PDA cualitativo: pacientes terminales, descompensaciones frecuentes, aumento de estancias en urgencias
3. Crear un Equipo de Mejora multidisciplinar que defina como ha de ser el PIIC y el PDA cualitativo de estos pacientes. Este grupo ha de estar formado por clínicos que atiendan pacientes en el día a día asistencial y que tengan un conocimiento avanzado y una formación adecuada sobre el PIIC y el PDA.
4. Formación en PDA CUALITATIVO a todos los profesionales del equipo

Es imprescindible una buena Planificación de las Actividades necesarias y de los circuitos de atención para llevar a término una correcta implantación de este Plan de Mejora , incluyendo a todos los profesionales que están participando en el proceso del paciente y que permita el respeto de las Decisiones Anticipadas de estos pacientes

AUTORES: CALAMOTE MANSO, FILOMENA; GONZALEZ GONZALO, S; CLOTAS SANCHO, L; ARANDA SANCHEZ, B; FERRE GRAS, J; OCHOA GONDAR, O.

CENTRO DE TRABAJO: EAP SANT SALVADOR



ID: 502

TÍTULO: ¿POR QUÉ SE NOS DIFICULTA NO HACER?

RESUMEN:

En los últimos años han surgido iniciativas dirigidas a reducir prácticas inadecuadas o de poco valor, promoviendo el No hacer o que Menos es más. Las prácticas inadecuadas incluyen: 1. Prestaciones que pueden producir más daño que beneficio 2. Prestaciones que no modifican la toma de decisiones clínicas, y 3. Prestaciones que proporcionan poco beneficio a costes altos. Dichas prácticas afectan la calidad y sostenibilidad de los sistemas de salud. Su reducción permite invertir en otras prestaciones de mayor valor para los pacientes.

Identificar prácticas inadecuadas y estrategias para reducirlas desde la percepción de los profesionales en medicina y enfermería de diferentes especialidades del Hospital Vall d'Hebron. Realizamos dos encuestas en línea y dos grupos focales. En las encuestas, cada profesional evaluó entre 5 y 10 prácticas inadecuadas (135 en total; 68% relacionadas con pruebas diagnósticas) que fueron identificadas en iniciativas como Choosing Wisely y Do not Do de la NICE. Los profesionales indicaban si estaban de acuerdo con que la práctica es inadecuada y, en caso de desacuerdo sus razones.

En los grupos focales se seleccionaron al azar 20 profesionales del área médica o quirúrgica, con una distribución homogénea por sexo y edad. Se pidió a los participantes que dieran ejemplos de prestaciones inadecuadas y qué aspectos les dificultaban evitarlas. El análisis fue de tipo fenomenológico.

En total 164 médicos de 27 especialidades y 273 profesionales de enfermería respondieron la encuesta (tasa de respuesta global de 20%). Más del 80% de los profesionales calificaron como inadecuadas el 80% de las prácticas. Las razones de desacuerdo incluyeron nueva evidencia que respalda su adecuación o su utilidad con fines pronósticos.

En los grupos focales participaron 8 profesionales de especialidades médicas y 7 del grupo quirúrgico. Los participantes dieron ejemplos de 12 prestaciones inadecuadas. Las actitudes que más favorecen las prácticas inadecuadas fueron: la medicina defensiva y falta de confianza en la evidencia científica. La toma de decisiones con pacientes con un alto nivel educativo destacó como una dificultad en el grupo de medicina. Las soluciones propuestas incluyeron mejoras en el liderazgo, coordinación entre servicios para evitar pruebas duplicadas y el trabajo en equipo.

Identificamos alrededor de 100 prestaciones inadecuadas. La medicina defensiva fue identificada como uno de los factores que más promueve este tipo de prestaciones y el trabajo en equipo como uno de los pilares para evitarlas.

Son necesarios otros recursos además de los protocolos y las guías de práctica clínica para que los profesionales se sientan más seguros en la toma de decisiones. Los materiales para facilitar la toma de decisiones compartidas podrían ser de gran ayuda para reducir las prácticas inadecuadas. Así mismo, la integración de mejoras en el sistema de información podrían evitar la duplicidad de las pruebas diagnósticas.

AUTORES: OSORIO SANCHEZ, DIMELZA; BALLESTEROS SILVA, M; ROMEA LECUMBERRI, S.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL VALL D'HEBRON.

ID: 503

TÍTULO: APLICACIÓN DE AMFE PARA MEJORAR LA EFECTIVIDAD DEL CÓDIGO TRAUMA EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS PREHOSPITALARIO

RESUMEN:

Una prioridad de los servicios de emergencia (SEM) es disminuir los tiempos de llegada e intervención y aumentar la efectividad asistencial, siendo una estrategia para lograrlo la implantación de códigos específicos en patologías tiempo dependientes como el Trauma Grave (TG).

El TG es la 6ª causa de muerte y 5ª de discapacidad en el mundo, y la 1ª causa en menores de 35 años, con tres picos de mortalidad: inmediata (50%), precoz (30%) y tardía (20%); siendo en el 2º pico donde el eficiente manejo por parte del SEM disminuye un 35% la mortalidad y mejora el pronóstico.

Analizar el proceso de atención al TG y la inclusión de mejoras favorece la robustez, seguridad y efectividad del mismo disminuyendo la morbimortalidad.

Mejorar la atención al TG a través de una herramienta para optimizar el proceso.

Realización de AMFE orientado al sector salud (HFMA) del proceso TG, siguiendo el modelo de la JCAHO para identificar, evaluar y prevenir posibles fallos (F) y sus efectos (E).

Grupo de Trabajo multidisciplinar experto en TG y facilitador con experiencia en HFMA. Se hicieron dos sesiones de cuatro horas. Sistemática: listado de "Hazards" para cada etapa del flujograma. Análisis de F y E con referencia al componente del proceso afectado. Representación (Ishikawa). Asignación de Número de Priorización del Riesgo (NPR): Gravedad x Aparición x Detectabilidad. Catalogación de puntos críticos y evaluación de medidas de control previas. Respuesta al riesgo decidida, descripción del plan de acciones a implantar y representación global (Matriz HFMA).

Se detectaron 15 riesgos inducidos por 65 modos potenciales de F, que dan lugar a 26 E potenciales de F, e identificado 12 componentes de proceso afectados.

Los 5 riesgos con Índices de Prioridad altos fueron: hospital (H) no preparado para la recepción del paciente tras efectuar el preaviso, exceder los 60 minutos ("Hora de oro") de asistencia, pérdida de información durante la recepción o matización de las llamadas y activación de un recurso no idóneo para la asistencia al TG.

Como E más destacados encontramos: posible aumento del tiempo de llegada al hospital idóneo y retrasos en la atención hospitalaria; aumento de la morbimortalidad; imposibilidad o retrasos en llegar al lugar del incidente, no identificación del TG o no activación del recurso adecuado; demoras en reevaluación telefónica o en asignación de recursos; efecto dominó por desvío de recursos, retrasos en la activación o disminución de la perspectiva asistencial.

El AMFE aplicado a un proceso tiempo dependiente como el Código Trauma (CT) permite plantear las mejoras del mismo centrándola en aquellos F de mas graves E y priorizándolas también en base a su factibilidad, siendo una herramienta fundamental para el rediseño del proceso.

Mejoras: Sistemas de contingencia, identificación de TG y reciclaje médicos en Centro de llamadas. Sistematizar la revisión de isócronas y de geoposicionamiento. Mejoras en transferencia y gestión de camas con H.

AUTORES: MUÑOZ MORATO, MARCOS; GUTIÉRREZ SÁNCHEZ, F; ESCUDERO GONZÁLEZ, V; BRAVO RODRÍGUEZ - BARBERO, J; MUÑOZ CASARES, A; COLOMER ROSAS, A.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112.



ID: 504

TÍTULO: TRABAJO Y FAMILIA.EVOLUCIÓN Y MEDIDAS DE CONCILIACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

RESUMEN:

A pesar de que existen planes estratégicos para la igualdad de oportunidades, en los que la conciliación de la vida familiar y laboral es uno de sus pilares fundamentales, en España solamente 1 de cada 9 trabajadores tiene algún tipo de flexibilidad laboral.

A partir de las reformas laborales de 2012 se comienzan a generar medidas encaminadas a impulsar la contratación a tiempo parcial. Esto, unido a los cambios legislativos que afectan a las cotizaciones, mejorando las condiciones de los trabajadores con reducción de jornada, genera un gran aumento de estas situaciones en nuestro ámbito hospitalario.

Analizar la evolución de las reducciones de jornada del personal sanitario no facultativo en un hospital clínico de tercer nivel.

Revisar las medidas aplicadas de conciliación familiar y laboral relacionadas con las situaciones de reducción de jornada.

Revisión sistemática de las ausencias del personal sanitario no facultativo en el periodo 2012-2016

en las bases de datos de personal.

La evolución de las reducciones en todo el personal ha sido casi exponencial, pasando de 9.184 días y 55 profesionales en 2012 a 44.091 días y 333 profesionales en 2016

Por categorías, todas han evolucionado al alza, aunque sobre todo el Grupo A2, destacando en porcentaje el grupo de matronas, que pasa de un 25% a un 80% de solicitudes sobre el total del personal.

En cuanto a sexos, estas ausencias son mayoritariamente femeninas, aunque se ha observado una evolución significativa a lo largo del periodo, en las que las masculinas han pasado del 0,34% al 7,65% durante alguno de los años estudiados. A pesar de que inicialmente en nuestro hospital la proporción de reducciones entre sexos era 3 puntos menor que en el resto de trabajadores(99,7/0,3) este dato se ha ido corrigiendo y ha llegado a estar 2 puntos por encima(92,7/7,3)

Para valorar si favorecemos desde RR HH esta conciliación, revisamos la forma de producirse las reducciones y posibles consecuencias sobre el trabajador

Uno de los aspectos en los que se incide desde RR HH es que es el trabajador el que decide como efectúa su reducción; Bien reduciendo horas de su jornada habitual (ha oscilado entre un 2,78% en 2012 y un 7,21% en 2016) o reduciendo jornadas completas(entre un 97,22 en 2012 y un 92,79% en 2016). Cuando el trabajador reduce jornadas completas, en el 100% de los casos ha decidido la manera de hacerlo, de una forma regular o irregular.

En ninguno de los 976 casos concedidos, la reducción de jornada supuso un cambio de unidad no deseado, no habiéndose denegado ninguna solicitud que cumpliese los requisitos mínimos estipulados legalmente

AUTORES: PEREDA MAS, ARTURO; TORRANO GARCÍA, R; PORTO GALLEGO, M; MATEO PEREA, G; MONTOSA GARCÍA, R; MARÍN YAGO, A.

CENTRO DE TRABAJO: H.C.U. VIRGEN DE LA ARRIXACA.



ID: 505

TÍTULO: DISEÑO DE ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS BASADO PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADECUADAS EN ANCIANOS

RESUMEN:

La seguridad del paciente se ha convertido en un objetivo prioritario para la gestión de la calidad en los sistemas de salud y es un elemento central del trabajo de los países más implicados en la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria. Los efectos adversos secundarios a la asistencia sanitaria son un problema en auge y suponen una causa importante de morbimortalidad.

El objetivo principal del trabajo es analizar cómo se desarrolla el proceso de adecuación del tratamiento del paciente anciano en las diferentes transiciones asistenciales por el servicio de urgencias hospitalario (SUH), registrando como elemento de riesgo, aquellas prescripciones de medicación potencialmente inadecuadas como fuente de acontecimientos adversos futuribles, es decir, incidentes que aún no han sucedido y, por tanto, no han producido aún daño en el paciente, es decir, lo que la taxonomía ha venido a definir como near misses.

Estudio descriptivo prospectivo de Enero-Junio 2016 inclusive de pacientes mayores 65 años polimedificados atendidos en SUH de 3º nivel. De los pacientes ingresados en Observación, se revisó su historia clínica y se analizaron: edad, sexo, número fármacos/paciente y PPI. Total de pacientes incluidos 154: mujeres 99 (64%), hombres 55 (36%). El total de fármacos activos en prescripción 1.386. Media fármacos/Paciente: 9 (rango 7-16).

Se detectaron un total de 291 PPI, siendo las causas más frecuentes según cada criterio:

BEERS (PPI 95): Benzodiazepinas 21%; en STOPP (PPI 145): duplicidad terapéutica 20%, Benzodiazepinas de vida media intermedia-larga en pacientes con riesgo de caídas 14%, antagonistas del calcio en hábito estreñido 6%; y según criterio START (PPI 41): antiagregantes plaquetarios en diabetes mellitus y comorbilidad asociada 35%; suplementos Vitamina D y/o Calcio en osteoporosis conocida 20%, Acenocumarol o ácido acetilsalicílico a bajas dosis en fibrilación auricular crónica 8%.

Comparando cada criterio, el criterio Beers detectó un 26,6% de PPI, STOPP 74,7% Y START 63% respectivamente. El tiempo medio empleado en la revisión de la historia clínica y aplicación de criterios fue 12 minutos.

Las prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI) en ancianos polimedificados pueden pasar inadvertidas en los SUH. En nuestro medio, los criterios STOPP/START pueden representar una herramienta de detección por su capacidad cuantitativa de PPI. Una revisión exhaustiva de la historia clínica por el médico de urgencias puede contribuir a evitar problemas de iatrogenias y a mejorar en su conjunto la seguridad clínica del paciente.

AUTORES: LIÑAN LOPEZ, MANUEL; PINEDA MARTINEZ, A; GOMEZ GARCIA, E.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES.



ID: 506

TÍTULO: TRABAJANDO CON LOS NIÑOS POR UN MUNDO MÁS SEGURO. RCP EN LAS ESCUELAS A CARGO DE PERSONAL SANITARIO.

RESUMEN:

Por cada minuto de paro cardiaco sin reanimación cardiopulmonar (RCP) la supervivencia cae un 10%. Sólo un 3% de los testigos practica RCP básica hasta disponer de un desfibrilador externo (DEA).

En 2013 se instalaron 14 DEA accesibles al público en Blanes, Girona (40.000 habitantes). Desde su colocación hasta junio de 2017 no se utilizó ninguno.

Las Recomendaciones 2015 del Consejo Europeo de Resucitación destacan la importancia crítica de practicar RCP por testigos y el despliegue de un DEA.

Un paso muy importante para mejorar la tasa de reanimación por testigos y la supervivencia en el mundo es formar a los niños en edad escolar, así difundir la cultura de RCP en la comunidad.

El alto impacto positivo y el bajo costo de este proyecto suponen una relación de alta eficiencia.

La muerte súbita y el PCR no distinguen condiciones sociales, económicas, ni sistemas sanitarios públicos o privados, el testigo como primer actor de RCP optimiza la supervivencia y disminuye las secuelas funcionales.

Introducir a la población escolar de Blanes en el conocimiento del SV y RCP.

Desarrollar el material didáctico adecuado a las capacidades de aprendizaje de dicha población.

Difundir los conocimientos de RCP en la comunidad a través del sistema educativo primario, para conseguir un cambio cultural significativo.

Articular la comunidad educativa y el sistema sanitario de forma transversal, desde los expertos a los receptores finales sin intermediarios, propiciando nuevos puentes de comunicación.

En el primer año de aplicación del programa, participaron los alumnos de primer curso de las 10 escuelas de Blanes. Impartieron sesiones 27 profesionales sanitarios. El material didáctico se ajustó al contenido de las Guías ILCOR 2015.

En el ciclo lectivo 2015-2016 se realizaron 2 sesiones por curso. El material utilizado para la primera sesión fue un cuento, y un cortometraje para la segunda. La metodología aplicada fue lúdica, basada en la repetición y en técnicas grupales.

El 100% de las escuelas del municipio solicitó el programa a través del Ayuntamiento. El ciclo lectivo 2015-2016 se realizaron 54 sesiones, participaron 700 niños.

La implementación local de programas de enseñanza en RCP es viable, con la implicación de profesionales sanitarios motivados y suficientemente capacitados.

La iniciativa es bien acogida por la comunidad educativa y valorada como "muy útil y necesaria" por los docentes, según encuesta de satisfacción recogida por el Ayuntamiento.

Propicia una dinámica transversal, contactando directamente expertos y futuros reanimadores.

Es necesaria la aplicación del programa durante más años consecutivos para poder extraer resultados de alcance y adquisición de conocimientos por los alumnos e impacto en la sociedad.

Es probable que el aprendizaje en niños de técnicas de RCP, requiera menos reciclaje y resulte más duradero que en adultos.

AUTORES: SÁNCHEZ OLIVARES, JUAN; ROCA OÑATE, ML; PUIGBLANQUÉ REYES, E; FERNÁNDEZ PÉREZ, V; SALMORAL GONZÁLEZ, J; ROCA OÑATE, JM.

CENTRO DE TRABAJO: ASSOCIACIÓ RCP A L'ESCOLA.



ID: 507

TÍTULO: MAL CONTROL DEL DOLOR EN UNA PACIENTE ONCOLÓGICA

RESUMEN:

La vivencia de casos complejos y difícil diagnóstico, más aún cuando su desenlace no es el adecuado, justifica un análisis completo de todo el proceso asistencial.

Analizar cuales han sido los errores cometidos en la atención.

Identificar las circunstancias evitables para que no se vuelvan a producir.

Reflexionar sobre la importancia de la continuidad asistencial.

Evitar la pérdida de información cuando un paciente complejo es atendido en diferentes niveles y por diferentes profesionales .

Mejorar e insistir en procedimientos de aplicación diaria tan importantes como es la aplicación de la escala EVA del dolor.

Análisis de los fallos en la asistencia de una paciente oncológica atendida en varios niveles asistenciales y visitada por diversos facultativos sin concluir en un diagnóstico correcto.

La paciente había sido diagnosticada hace años de síndrome linfoproliferativo con recurrencias ocasionales y realizaba seguimientos en oncología. Acudía a su médico de familia habitualmente.

Inicia dolor costal izquierdo, intermitente, de predominio nocturno, que se solapa con episodios de sobreinfección respiratoria y descompensación cardiaca. Acude en múltiples ocasiones a urgencias hospitalarias, urgencias de primaria, médico de familia y oncólogo de referencia.

Al cabo de pocos meses fallece por metástasis óseas costales .

El comité de seguridad del centro, conocedor del caso, decide analizar el caso mediante el método London.

Reconstrucción de los hechos: oncológica conocida, dolor irruptivo, múltiples visitas , retraso en pruebas diagnósticas (TAC torácico que demuestra metástasis pleurales, musculatura, costillas y riñón izquierdo.)

Exitus en hospital.

Efecto adverso: dolor.

Causas inmediatas: retraso diagnóstico.

Condiciones latentes:

De la paciente: polimedicación, pluripatología, familia, perfil de la paciente, tipo de dolor y manejo incorrecto de medicación.

De los profesionales: presunción diagnóstica y variabilidad.

Del equipo humano: circuito intracentro, servicio de oncología.

De las tareas y tecnología: protocolo de dolor oncológico, aplicación de escala EVA.

Del ambiente laboral: relación interprofesional.

De recursos: ausencia de historia clínica única.

Cribado de condiciones latentes: condiciones latentes corregibles que hubieran minimizado el efecto adverso

El análisis de este caso ha generado :

El diseño de un circuito seguro de comunicación entre el servicio de urgencias y primaria de nuestro centro de trabajo.

La realización de un curso de abordaje del paciente oncológico en primaria.

La creación de la figura del referente en oncología .

Fundamentalmente hemos aprendido la importancia que tiene la continuidad asistencial a la hora de abordar a cualquier tipo de paciente, especialmente a aquellos que por su complejidad pueden dar lugar a errores. Errar es humano pero debemos evitar en la medida de lo posible casos como éstos en el que el dolor ha causado un innecesario sufrimiento tanto de la paciente como de sus familiares.

AUTORES: GIL GOMEZ, MARIA PILAR¹; RIOS VALLÉS, LI²; BUENO DOMINGUEZ, MA³; PRIETO PERDIGON, D⁴.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL LLEUGER ANTONI DE GIMBERNAT DE CAMBRILS¹; HOSPITAL LLEUGER ANTONI DE GIMBERNAT DE CAMBRILS²; HOSPITAL SANT JOAN DE REUS³; HOSPITAL LLEUGER ANTONI DE GIMBERNAT DE CAMBRILS. TARRAGONA⁴.



ID: 508

TÍTULO: ESTRATEGIA DE EQUIPOS DE MEJORA ASISTENCIALES EN HOSPITALIZACIÓN : TRABAJANDO CON TODOS LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

RESUMEN:

La mejora continua es uno de los motores para el desarrollo de los Servicios Sanitarios. Para incrementar la probabilidad de éxito de los cambios y mejoras en cualquier tipo de organización, incluidas las sanitarias, se ha propuesto la creación de equipos de mejora (EM). Éstos EM están formados por diferentes profesionales de enfermería, sin jerarquías, que tras un período de constitución, tormenta de ideas y reconocimiento de sus miembros, proponen mejoras, las planifican, las despliegan, miden sus resultados e introducen nuevos cambios.

- 1) Detectar áreas de mejora en las unidades de hospitalización.
- 2) Establecer un plan de mejora adecuado a en cada una de las unidades, buscando concordancias tanto en las dificultades como en las acciones de mejora

Se crearon 10 EM en las unidades asistenciales compuestos por enfermeras y auxiliares de los cuatro turnos, la coordinadora, la jefe de área y la dirección de enfermería como facilitadora, añadiéndose un grupo con jefes de área y coordinadoras.

La metodología de funcionamiento fue la siguiente: 1) se realizó una reunión con una técnica de grupo nominal (TGN) en la que se detectaron las áreas de mejora; 2) la coordinadora del grupo envió a los miembros vía e-mail el listado filtrado para que priorizaran (del 1 al 10) y anotaran las acciones de mejora que creían adecuadas para cada uno de los problemas; 3) se rediseñaron las acciones de mejora con las aportaciones de los profesionales, jefes y dirección y se reenvió a todos los participantes, adjuntando un cronograma de implementación y unos indicadores de medida, así como un responsable para cada uno de ellos; y, 4) se realizó una reunión de retroalimentación con los participantes de cada uno de los grupos

Finalizados 4 grupos y con otros 6 en proceso, podemos destacar:

- 1) Se detectaron un total de 318 dificultades agrupadas en 7 grupos según temática.
- 2) Se detectó un comportamiento similar en las dificultades de las diferentes unidades, categorizándolas en siete grupos. Las disfunciones en los circuitos fueron al grupo más importante (42,59%), seguido de los problemas de estructura (15,5%).
- 3) El único grupo con un comportamiento algo diferente fue el de mandos intermedios (priorizó también circuitos, pero dio más importancia a temas como comunicación y factores del profesional)
- 4) De los 4 grupos finalizados, surgieron 66 acciones de mejora (26+16+14+10), de las que a día de hoy se han implantado 12 (19%), y de estas se han resuelto 7 (11%)

Durante el congreso aportaremos el resto de datos .

La creación de EM por unidades con profesionales asistenciales permite detectar acciones de mejora y elaborar planes.

Implicar a los profesionales en el proceso mejora la aceptación de las medidas por parte de los mismos.

Las áreas de mejora en las unidades de hospitalización tienen un comportamiento similar en cuanto a su categoría

AUTORES: RODRIGUEZ SADURNI, JOSEP; TUSQUELLAS OTO, C; MARTOS CANTO, M; PEREZ GIMENEZ, G; RIU ALBORNA, T; ALOY DUCH, A.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DE GRANOLLERS.



ID: 509

TÍTULO: MEDICIÓN OBJETIVA Y FIABLE DEL NIVEL DE DOLOR, A TRAVÉS DE LA VISIÓN COMPUTACIONAL EN PACIENTES NO COMUNICADORES

RESUMEN:

Hasta ahora, para conocer el nivel de dolor y sufrimiento en pacientes sin capacidad de comunicación, se utilizan a nivel internacional escalas normalizadas observacionales tipo Painad y Aminoff, y el análisis automático de expresiones faciales ha atraído la atención de la visión computacional, pero se ha centrado en reconocimiento de expresión y no en su cuantificación, y no existe ningún producto capaz de medir el nivel de dolor o expresión de forma objetiva.

1º.- Conocer el nivel de dolor de pacientes sin capacidad de comunicación 2º.- Evitar sufrimiento y dolor en pacientes de supervivencias inciertas 3º.- Crear un producto capaz de medir el nivel de dolor basado en la expresión facial de forma objetiva y no subjetiva, para en un futuro patentarlo y venderlo.

Material y Métodos/Descripción de la Experiencia: **Ámbito de actuación:** Hemos analizado 87 pacientes a los que les hemos producido dolor tras pinchazo (extracción de sangre, implantación de bombas intratecales, etc.). **Referencia:** Niveles de estratificación de Sachs et al: Nivel 4 y Nivel 5 generalmente estadio FAST 7c o superior de Reisberg, con ausencia de posibilidades de comunicación verbal. **Metodología:** La expresión del dolor mediante la cara es universal, y a través de una cámara webcam se captan imágenes del paciente, y nos basaremos en la codificación FACS (Facial Action Coding System), que presenta todas las expresiones faciales en términos de 44 "Unidades de Acción", establecidas por Prkachin en su trabajo: "The consistency of facial expression of pain. A comparison modalities, que se manifiestan en 4 acciones asociadas al dolor en adultos y que son: Frente arrugada, Órbita ocular parcialmente ocluida, Parte superior del labio elevada / nariz arrugada y Ojos parcialmente cerrados. **Tecnología aplicada.** Algoritmos de reconocimientos faciales, que se agrupan en grafos, a los que se aplican ecuaciones de representaciones faciales de Kernels y análisis de los neocognitrones de retina, unidos a las ontologías neurológicas, y se manifiestan todas ellas en Matrices transformacionales, al estilo del FaceSen, que es una Spin OFF del MIT (Instituto Tecnológico de Massachusetts).

Estamos creando una herramienta TIC (PAIN-MED) que mediante visión artificial está automatizando la inferencia de un valor a la intensidad de dolor que sufre el paciente, fijándonos en la expresión facial, el grado de movilidad, tensión muscular, postura corporal, etc. También integra la información con la historia clínica del paciente, permitiendo que los profesionales sanitarios introduzcan valores como la tensión arterial o frecuencia cardiaca, etc. que mejoren la objetividad del dato. Cuidar sin dolor ni sufrimiento no solo es deseable, sino posible, debiendo ser el nivel de dolor en estos pacientes nulo, dando respuesta a sus necesidades, y a las expectativas de sus familiares, siendo extrapolable a otros hospitales, centros de día, residencias, hogares, etc.

AUTORES: HERNÁNDEZ PALACIOS, RAFAEL¹; BÁREZ HERNANDEZ, EM²; LERTXUNDI ETXEBERRIA, U³; DE MIGUEL AGUIRRE, E⁴; MADRID CONDE, MT⁵; SÁNCHEZ BERNAL, R⁶.

CENTRO DE TRABAJO: RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA¹; HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA²; RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA³; RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA⁴; DIRECCIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA⁵; RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA⁶.



ID: 510

TÍTULO: UN GRAN AVANCE CON UN PEQUEÑO CAMBIO

RESUMEN:

La Unidad de Celadores precisaba resolver tres situaciones: optimizar los recursos, modificar un sistema percibido como no equilibrado y mejorar la conciliación de vida del personal.

Por ello, se ha implantado un sistema de libranza que diese respuesta a este hecho.

Optimización de los recursos humanos y del gasto.

Mejorar la calidad asistencial.

Mayor equilibrio en la libranza del personal y mejora de su percepción.

Hemos cambiado la libranza de hospitalización a un sistema alternativo en el que se libra dos fines de semana y trabaja uno, con día libre rotatorio entre semana (A, B, C). El personal voluntario, el que cubre bajas o periodos vacacionales, y el obligatorio hasta completar coberturas, trabaja dos fines de semana y libra uno de forma rotatoria entre semana (C, B, A).

Previamente, se ofreció la posibilidad de elegir el tipo de libranza (ABC o CBA). Posteriormente, con prevalencia por antigüedad y contrato, se ha completado el mínimo necesario para cobertura en fines de semana.

Este pequeño gran cambio ha supuesto:

- Mejora en la atención al paciente y trabajo diario del profesional, pues hay más dotación los días de mayor carga de trabajo y se ajusta el personal en días festivos.
- Ajuste de la plantilla a las necesidades reales.
- Ahorro económico en abono de festivos.
- Disponibilidad de recursos humanos para otras necesidades.
- Mayor satisfacción de la mayoría del personal en cuanto a conciliación de la vida familiar.

Este sistema consolida la actual plantilla, haciéndola congruente con la actividad y posibilitando nuevas necesidades de cobertura.

Permite cierta opcionalidad de los celadores hacia las modalidades de libranza, vinculándose más a la gestión del Departamento.

Se ha incrementado el grado de satisfacción de la mayoría de los celadores.

AUTORES: GARCIA GARCIA, JULIO ANTONIO; URRUTIA BARRIOS, JL; CHAMORRO PEÑA, AM; IGLESIAS RODRIGUEZ, JC; PAJARES DEL OLMO, ML; SERRANO SERRANO, A.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS.

ID: 511

TÍTULO: ANALISIS DE LAS INCIDENCIAS DE SEGURIDAD GENERADAS DIARIAMENTE EN LOS PROCESOS DE CALIDAD DE UN CENTRO DE SALUD

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

ProSP (Procesos de Seguridad del Paciente) es una aplicación informática proactiva diseñada para mejorar la seguridad de los pacientes y disminuir la variabilidad asistencial de los procesos que se chequean. Este sistema de control mediante check list optimiza el trabajo de los profesionales y, a su vez, permite evaluar y generar propuestas de mejora inmediatas.

OBJETIVO

Describir las incidencias generadas a partir de la realización de los diferentes check-list planificados en un Área Básica de Salud.

METODOLOGIA

Estudio retrospectivo emplazado en un Área Básica de Salud urbana con una población asignada de aproximadamente 17.000 personas. Se revisaron los diferentes check-list planificados durante los primeros cinco meses del año 2107 y se analizaron las incidencias que se habían generado.

Los datos de los check list son extraídos diariamente a través de la aplicación ProSP y la gestión de incidencia generada la realiza el profesional responsable del proceso y el responsable de calidad del centro. Los check list en nuestro centro se clasifican en:

Check-list revisión diaria: Box de urgencias (2): planificados 250 y realizadas 248; laboratorio (extracciones): planificados 104 y realizadas 104; termolábiles (mañana y tarde): planificados 237 y realizados 231; temperatura y cloro (agua): planificados 125 y realizadas 123.

Check-list revisión semanal: Termolábiles (TESTO): planificados 22 y realizadas 22.

RESULTADOS

De los check-list planificados diariamente y semanalmente, obtenemos un porcentaje de realización global del 98,60%.

Del análisis realizado de los diferentes check-list se ha detectado que donde se produce un número mayor de incidencias es en el proceso de laboratorio, siendo un 75,31 % del total. Detectando 61 actividades con incidencias que de mayor a menor frecuencia son:

- Programación/citación 43,5%
- Entrega correcta de muestras 31,5%
- Material de extracciones 9,2%
- Etiquetaje tubos de extracción 5,9%
- Petición sin etiqueta 4,2%
- Preparación correcta del paciente 4,2%
- Reinformació 1,6%

CONCLUSIONES

En nuestro centro el porcentaje de realización de los check list fue excelente ya que se han realizado el 98,60% de todos los programados. Se ha detectado un mayor número de incidencias en el check list de laboratorio, lo cual confirma que es el proceso donde se pueden producir un mayor número de errores que afectan a la seguridad del paciente. De estas incidencias la mayor parte se producen en la fase pre-analítica de programación/citación y entrega de muestras, y en nuestra opinión, una de las causas puede ser la gran variabilidad de profesionales implicados en el proceso (especialistas, MF, enfermería, administrativos...)

Este sistema de check-list, permite disminuir el número de incidencias post-analíticas al detectarlas de manera previa en nuestro centro.

AUTORES: SANCHO VILELLAS, M. JESÚS; HERREROS MARTÍNEZ, MI; VILALTA ESCODA, MR; LORENZO POSADA, MJ; SABATE FIESTRAS, JM; CARBONELL SANCHEZ, A.

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA SANT PERE I SANT PAU.



ID: 512

TÍTULO: MEJORAR LA TRANSFERENCIA, GARANTIA DE OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS

RESUMEN:

Tras la implantación de sistemas de medición de la actividad de la plantilla de celadores, se detectó la aparición de forma recurrente, de segundas intervenciones del celador, para subsanar deficiencias en la transferencia de pacientes entre los diferentes servicios/unidades.

La cuantificación de estas segundas intervenciones, permite determinar los recursos humanos que se dedican a esta actividad en detrimento de otras necesidades de la organización.

Desde 2013, la Unidad de Celadores ha implementado un sistema de gestión de calidad (SGC y A) basado en la NORMA ISO 9001, integrado en el sistema de gestión de calidad y ambiental SGCA del hospital. El alcance de la actividad de la Unidad de Celadores desde sus orígenes incluye el Traslado de pacientes entre los diferentes servicios/unidades.

Concienciar a los responsables de la transferencia de pacientes entre los diferentes servicios/unidades, de la importancia de una correcta preparación de la transferencia para evitar el uso inadecuado de los recursos humanos disponibles.

Se han planificado 3 áreas de actuación:

- Detectar los distintos tipos de intervenciones.
- Cuantificar las intervenciones realizadas.
- Promover acciones de mejora.

Durante el cuarto trimestre de 2015 y el año 2016 se han detectado dos tipos de intervención:

- Deficiencias en la documentación.
- Deficiencias en los equipos.

Se han cuantificado las intervenciones realizadas, obteniendo el siguiente promedio:

- Documentación: 9 intervenciones/día.
- Equipos: 2 intervenciones/día.

El promedio de traslados de pacientes en nuestra organización es de 500/día laborable, por lo que destinamos el 2,2 % de los recursos humanos al traslado de pacientes para subsanar deficiencias en la transferencia de pacientes entre los diferentes servicios/unidades.

En la actualidad se está promoviendo el establecimiento de grupos de trabajo multidisciplinares que permitan promover acciones de mejora encaminadas a la optimización de los recursos humanos.

AUTORES: RODRIGUEZ SANCHEZ, MARIA CARMEN; PAJARES DEL OLMO, ML; SERRANO SERRANO, A; YELA FUNCIA, A; URRUTIA BARRIOS, JL; IGLESIAS RODRIGUEZ, JC.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS.



ID: 513

TÍTULO: EL CELADOR EN LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

RESUMEN:

La Unidad de Celadores se encuentra plenamente integrada en el plan estratégico del centro, que en su política de calidad busca “garantizar una atención sanitaria efectiva y eficiente, centrada en el paciente y preocupada por su seguridad; mejorar de forma continua la calidad de nuestro servicio mediante el análisis de datos y la identificación de áreas de mejora; cumplir la normativa aplicable a todas las actividades del Hospital”. Todo ello para dar respuesta a la estrategia de seguridad del paciente descrita en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Incorporar al colectivo de celadores a los seis puntos básicos de dicha política: Cultura de seguridad, formación, Investigación, prácticas seguras, sistemas de información y notificación y análisis de la visión del paciente.

Se trata de implementar diferentes estrategias de trabajo y actividades, tanto propias como interdisciplinares, y en diferentes áreas: difusión de la cultura, política y normativas del centro, apoyo formativo presencial y online, participación en campañas y proyectos del hospital, notificaciones de eventos adversos, nuevas áreas de servicio para el paciente, valoración y mejora de nuestra propia actividad, certificación en el Sistema de Gestión de Calidad, responsabilidad social corporativa y análisis de reclamaciones y satisfacción de los usuarios.

La actividad desarrollada está suponiendo:

- Mejora en la competencia e implicación de los celadores.
- Acompañamiento de nuestro trabajo a las necesidades de cada momento.
- Mayor realización personal.
- Incremento de la eficacia y eficiencia del colectivo.
- Líneas de gestión en constante desarrollo.

La plantilla de celadores es parte activa de un proyecto integral, aumentando su satisfacción con el centro y mejorando su funcionalidad.

Los usuarios se encuentran con profesionales mejor formados, implicados y seguros.

AUTORES: YELA FUNCIA, ANGEL; CHAMORRO PEÑA, AM; URRUTIA BARRIOS, JL; SERRANO SERRANO, A; PAJARES DEL OLMO, ML; IGLESIAS RODRIGUEZ, JC.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS.



ID: 514

TÍTULO: CICLOS DE MEJORA CONTINUA EN LA GESTIÓN DE LA COLABORACIÓN CON ASOCIACIONES DE PACIENTES Y FAMILIARES

RESUMEN:

Las Asociaciones de pacientes y familiares (ASPF) son claramente uno de nuestros grupos prioritarios de interés; se inicia este proyecto para la mejora de la colaboración con ASPF, basado en implantar herramientas para la mejora continua para el despliegue de proyectos de mejora a partir de las necesidades y propuestas expresadas por dichas asociaciones; implantar herramientas de gestión sólidas que permitan sistematizar los procesos y procedimientos, y evaluar los resultados obtenidos

Mejorar la colaboración institucional con ASPF, basándonos en ciclos de mejora continua para el despliegue de acciones y/o proyectos de mejora a partir de sus necesidades expresadas.

-Desarrollar un análisis situacional

-Identificar, definir y estandarizar la gestión de la colaboración con las ASPF.

-Disponer de mecanismos para la planificación y seguimiento de los proyectos

-Implicar a los profesionales en acciones y proyectos de colaboración con ASPF.

ANÁLISIS SITUACIONAL: Se realiza una revisión de documentación disponible, diseñando el Registro Análisis Situacional 2012-2016 con el objetivo de identificar y recopilar las Necesidades y propuestas expresadas por las ASPF, y acciones de mejora.

DISEÑO Y ESTANDARIZACIÓN DE LA GESTIÓN: Se hacía necesario perfilar las vías colaboración de la GAI_CR con ASPF, documentar los circuitos y procesos, y establecer las responsabilidades en cuanto a dicha gestión: se identificaron y diseñaron los procesos, elaborando el procedimiento normalizado.

HERRAMIENTAS PARA LA PLANIFICACIÓN Y EL SEGUIMIENTO DE PROYECTOS: Se precisaban instrumentos para identificar las nuevas solicitudes, llevar un seguimiento de los proyectos y disponer de una fuente de datos para informes de actividad y resultados. Se diseña la Base de datos de nuevas necesidades, objetivos y acciones de mejora, y el Registro para la planificación y seguimiento de los proyectos.

IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES: Línea dirigida a los profesionales para mejorar la colaboración desde los distintos servicios/centros de salud con las asociaciones; se valoró fundamental realizar un diagnóstico situacional, implementando un cuestionario "ad hoc" sobre el grado de conocimiento y colaboración con ASPF.

Las ASPF son claramente uno de nuestros grupos prioritarios de interés, pero la metodología para llevar a cabo esta colaboración, debe fundamentarse en ciclos de mejora continua, en los que se garantice la implantación de proyectos y evaluación de su impacto; este proyecto ha constituido un gran avance en este sentido, suponiendo garantizar un sistema de gestión de dicha colaboración, robusto, evaluable, y menos sensible a factores externos.

AUTORES: AÑÓ CONSUEGRA, ENCARNACIÓN; TÉBAR BETEGÓN, MA; SANZ ORTIZ, MD.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL.

ID: 517

TÍTULO: IMPACTO DE LA FORMACIÓN EN SIMULACIÓN CLÍNICA EN UNA GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA

RESUMEN:

Un aula de simulación es un espacio para el entrenamiento de profesionales sanitarios mediante el uso de simuladores de alto realismo. La metodología docente se basa en la práctica reflexiva y ofrece un espacio para el desarrollo de los profesionales, que pueden mejorar la seguridad del paciente, promocionar el trabajo en equipos interdisciplinarios y aumentar el desarrollo competencial a través de la simulación clínica en todas sus aplicaciones.

La simulación es una metodología flexible que se adapta a las necesidades concretas de cada situación. Permite así trabajar en un entorno totalmente seguro y sin pacientes, por lo que se consigue un sistema de formación totalmente seguro. Dado lo novedoso del método, existen pocos estudios que valoren su aplicabilidad y la satisfacción global de los usuarios.

Evaluar los resultados obtenidos y calidad percibida por el alumno mediante esta metodología de trabajo en el área de simulación avanzada del Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR), determinando los factores que más influyen en la satisfacción global de los alumnos.

El HGUCR dispone de un centro de simulación clínica avanzada, donde existen tres espacios diferenciados: sala de control, sala de escenario (equipada con muñecos de alta tecnología, cámaras de grabación, monitorización, respiradores, etc.) y sala donde se realiza el posterior debriefing.

Se realizan cursos (de diferentes áreas de hospitalización) de aproximadamente 5 horas de duración, con 12 alumnos por edición. Se simulan 3 casos prácticos/simulados previamente preparados. Estos constan de las fases :a) Un grupo de experiencias clínicas simuladas prefijadas por los instructores de acuerdo a los objetivos marcados ;b) Una técnica expositiva para la descripción del caso clínico y contextualización del mismo previo a empezar la simulación; c) Una técnica demostrativa para el debriefing, video análisis y discusión en grupo. Al finalizar el curso, los alumnos rellenan una encuesta de satisfacción.

Para el análisis estadístico de las variables cuantitativas se presentan medias \pm desviación estándar. Se correlacionó (Rho de Pearson) la satisfacción global con cada una de las variables definidas.

Resultados

Tras 6 meses de implantación, se analizaron los resultados de las encuestas de satisfacción de los 20 cursos realizados durante este periodo (n=20). La valoración media de las dimensiones fueron: Objetivos y Contenidos (4,67 \pm 0,44), Organización (4,59 \pm 0,24), Metodología y Documentación (4,72 \pm 0,21), Aplicabilidad (4,69 \pm 0,22) Profesorado (4,88 \pm 0,10) y Satisfacción Global (4,76 \pm 0,24).

La correlación entre las diferentes dimensiones con la satisfacción global fueron: Objetivos: r=0,606 (p=0,150); Organización: r=0,732 (p=0,062); Metodología y Documentación: r=0,888 (p=0,008); Aplicabilidad: r=0,951 (p=0,001); Profesorado, r=0,968 (p< 0,001).

Conclusiones

La satisfacción global del alumno con la formación impartida, está directamente relacionada con la adecuación al cumplimiento de los objetivos planteados, la metodología y documentación utilizada y la aplicabilidad a su puesto de trabajo, por lo que consideramos necesario continuar con la formación en simulación clínica para garantizar el desarrollo de los profesionales en sus diferentes áreas asistenciales.

AUTORES: ARMENTEROS LECHUGA, MARIA; LEÓN MARTÍN, AA; REDONDO CALVO, FJ; MUÑOZ-RODRIGEZ, JR; TÉBAR BETEGÓN, MA; ZURITA ROSALES, E.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO.



ID: 518

TÍTULO: SER EL PRIMER HOSPITAL EN ESPAÑA ACREDITADO POR LA NORMA INTERNACIONAL ISO22870:2006.(POCT)

RESUMEN:

El término POCT (point of care testing) describe tecnologías automatizadas que pueden realizarse cerca del paciente, de respuesta rápida como una extensión periférica del laboratorio (concepto de laboratorio distribuido). En este sentido la norma ISO 22870 proporciona los requerimientos específicos aplicables a los sistemas POCT, constituyendo un complemento a los propuestos por la norma ISO15189 de laboratorio clínico.

Obtener el estándar en POCT: Acreditación por la norma UNE-EN ISO 22870 Análisis junto al paciente. Requisitos para la calidad y la competencia.

Disponemos de 5 gasómetros GEM PREMIER 3500 (Werfen) ubicados en: Neumología, Bloque Quirúrgico, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Urgencias Pediátricas, UCI de Neonatos, y 3 GEM PREMIER 4000 (Werfen), 1 en Paritorio y 2 en Laboratorio.

Los aspectos más destacables son:

- Creación de un comité interdisciplinar formado por miembros de: Laboratorio, Enfermería, Suministros y Calidad del Hospital. Este grupo tiene funciones asesoras y es imprescindible para la difusión de modificaciones o actualizaciones referentes al POCT.
- Creación de un curso de capacitación online acreditado, con estructura modular y adaptado a cada categoría profesional.
- Implantación de un sistema de identificación de usuario en los equipos mediante un código de acceso previa superación del curso.
- Instauración de un sistema de gestión de indicadores de calidad para el seguimiento de las actividades clave en el proceso e identificación de áreas de mejora.
- Ensayos de aceptación: verificación y aseguramiento de la calidad metrológica de los equipos mediante estudios de precisión y de intercomparación
- Diseño de reglas de control mediante gráficos OPSECS charts (gráficos de punto operativo) y evaluación del rendimiento según métrica sigma.
- Revisión y actualización de toda la documentación requerida para la Acreditación (UNE-EN-ISO 15189 y UNE-EN-ISO 22870).

La auditoria externa se llevo a cabo en Noviembre de 2016 durante 1,5 días por 3 evaluadores (2 auditores y un experto técnico). Esta evaluación reveló 5 no conformidades que se corrigieron en el plazo de 2 meses que estaban relacionadas con:

- Revisión de los contratos/ solicitudes (UNE-EN ISO 15189 4.4)
- Trabajos no conformes/No conformidades y acciones correctivas (UNE-EN ISO 15189 4.9 y 4.10)
- Formación y cualificación del personal (UNE-EN ISO 15189 5.1.2, 5.1.6 y 5.1.9 UNE-EN ISO 22870 5.1)
- Aseguramiento de la calidad (UNE-EN ISO 15189 5.6 UNE-EN ISO 22870 5.6)
- Informes y certificados (UNE-EN ISO 15189 5.8)

CONCLUSIÓN

La Comisión de Acreditación tras evaluar el informe de acciones correctivas nos concedió la Acreditación conforme a la norma UNE-EN ISO 15189 y UNE-EN ISO 22870 con alcance de: pH, sodio, potasio, cloro, calcio ionizado, pCO₂, pO₂, glucosa, lactato, hematocrito y hemoglobina en sangre arterial, venosa y capilar y calcio ionizado postfiltro en sangre arterial.

AUTORES: ORTIZ OTERO, MM; CANO DE TORRES, I; PINEDA TENOR, D; PRIETO MENCHERO, S; LUENGO ALARCIA, MJ; MUÑOZ LOMAS, F.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA.



ID: 520

TÍTULO: CLUB DE VOLUNTARIAS Y VOLUNTARIOS DE HOSPITAL PLATÓ

RESUMEN:

Constituir un Club de voluntarios formado por profesionales del Hospital, para visualizar y reforzar la identidad del grupo de personas que participan en las diferentes acciones de voluntariado institucional que promueve la organización, en diferentes proyectos de ámbito local e internacional; con el fin de promover y transmitir los valores del hospital entre los profesionales de la organización.

Transmitir los valores institucionales del Hospital a los profesionales, mediante la participación como voluntarios en los diferentes proyectos estratégicos de la organización, para promover el compromiso social del hospital.

Mediante el desarrollo de acciones de gestión social y compromiso con la sociedad, enmarcadas en la estrategia de la organización y con la participación directa de los propios profesionales, se fomenta la implicación y motivación de las personas de la institución con los valores del Hospital; lo que repercute directamente en un aumento del compromiso de los profesionales con los objetivos de la organización, respaldado con los valores éticos del Hospital.

Decisión estratégica de potenciar el compromiso social con nuestro entorno, mediante diferentes acciones vinculadas con nuestra misión y visión, a través de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; así como, el desarrollo de otros proyectos de colaboración tanto de ámbito local como internacional.

Dos de los principales proyectos desarrollados con el voluntariado son

Proyecto Ayuda Senegal: nace en 2010 con la finalidad de mejorar las condiciones de salud de la población de Rufisque. Los objetivos del proyecto son mejorar los servicios médicos del Hospital Youssou Mbargane Diop, contribuir a la reinserción de los jóvenes y colaborar con la escuela Keur Tata Oumy.

Jornadas de Salud en la calle: Iniciativa que nace en 2012, con el objetivo de aproximar la salud a los ciudadanos, desplazando un equipo de profesionales voluntarios y multidisciplinar, instalando un carpa en el distrito, para abordar temas de interés sanitario, con la finalidad de promover la salud en nuestro entorno, trasladando a la población la importancia de la educación sanitaria

El club de voluntarios está constituido por 40 profesionales que participan directamente en los diferentes proyectos de la organización. Se han organizado 18 jornadas de salud en la calle, obteniendo unos excelentes resultados en la valoración de los ciudadanos. Referente al proyecto Senegal, se ha contribuido a la rehabilitación del bloque quirúrgico y a la construcción de instalaciones posoperatorias, se ha impartido formación sanitaria básica a la población y formación técnica y de gestión para los profesionales sanitarios. Se han repartido más de 2.000 gafas y más de 210 kg de material escolar.

Todo ello favorece, la implicación y motivación de las personas que desarrollan estas actividades de voluntariado en el Hospital, impregnado al resto de profesionales de los valores esenciales de la organización.

AUTORES: CORBERA MONGE, EVA; JOVER MORENO, A; TERRADELLAS ANTOÑANZAS, L; SEGURA MARTÍNEZ, E.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL PLATÓ.



ID: 521

TÍTULO: CIE: COLABORACIÓN, IMPACTO & EMPATIA.

RESUMEN:

El proceso de superar adversidades se reconoce como resiliencia. Este proceso está vinculado con la transformación que viven las unidades de información de las organizaciones sanitarias y, por extensión su capacidad de adaptación al cambio. Asumir nuevas competencias, es un hecho que responde a las necesidades del entorno más inmediato. Identificar, describir y desarrollar estas competencias y evolucionar los servicios ofertados a los profesionales dentro de sus tareas de investigación es el punto de encuentro que impulsa la colaboración de tres hospitales que pertenecen a la red pública de salud.

Adeguar los servicios de los centros de documentación para la investigación con la finalidad de mejorar el impacto y la visibilidad de la producción científica a través de una cartera de servicios centrada en el investigador en todo el proceso de investigación.

Se analizan los centros de documentación de tres entidades sanitarias. El punto de partida es compartir el conocimiento, abrirse de cara al exterior, cooperación conjunta en clave territorial, el denominado "know how".

Se estudian las similitudes y diferencias de las tres carteras de servicios mediante un análisis cualitativo, se analizan un total de 10 servicios, comunes y no comunes y se agrupan en servicios reactivos o proactivos, con la finalidad de poder vincular su evolución hacia el asesoramiento a investigadores y clientes (coach).

Consecutivamente se convocó a investigadores con años de "expertise", de diferentes categorías profesionales y diversos ámbitos de investigación, para conocer su percepción de los servicios de asesoramiento ofrecidos a lo largo del proceso de investigación. Se ha realizado un análisis cuantitativo mediante la técnica de percepción de cuatro dimensiones: mapa de empatía: Que se ve, Que se oye, Que se hace/dice y Que se piensa.

De los servicios analizados se detecta que un 80% son servicios compartidos, de los que un 60% permiten anticiparse a las necesidades del investigador e interactuar en el proceso. Y del 40% restante, un 33% son servicios que pueden evolucionar hacia servicio de asesoramiento, tipo "COACH".

Los resultados del estudio de percepción (mapa empático) evidencian una alta valoración de los servicios con el valor aportado del asesoramiento (en la dimensión personal de los participantes) y una clara falta de detección de necesidades, estrategia y recursos (dimensiones del entorno).

El estudio de benchmarking identifica habilidades interprofesionales emergentes. Entender los servicios de información como un organismo vivo que tiene capacidad de evolución nos permite una adaptación al entorno y al cambio como un proceso natural. La capacidad de aprendizaje continuo, ser conscientes del momento para transformar e innovar en los servicios. Servicios centrados en la sociedad del conocimiento abierto, sin fronteras donde la información, los datos y la investigación son elementos clave para conseguir el éxito.

AUTORES: ROSELLO CALZADA, ANTONIA¹; CARO BENITO, C²; PÉREZ-VENTANA ORTIZ, C³; CABEZAS SERRANO, M⁴.

CENTRO DE TRABAJO: FUNDACIÓ ASSISTÈNCIAL MUTUA TERRASSA¹; FUNDACIÓ DOCÈNCIA I RECERCA MUTUA TERRASSA²; CONSORCI SANITARI DE TERRASSA³; INSTITUT D'INVESTIGACIÓ I INNOVACIÓ PARC TAULÍ⁴.

ID: 522

TÍTULO: GESTIÓN ELECTRÓNICA DE RADIOLOGÍA URGENTE DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.

RESUMEN:

Hasta el año 2017 la radiología urgente solicitadas desde Atención Primaria (AP) se derivaba a los servicios de urgencias de los hospitales de referencia y, en ellos, se realizaba una gestión administrativa con gran variabilidad en los procedimientos, provocando situaciones de inequidad, problemas de accesibilidad y seguridad de los pacientes (demora en la realización de la prueba y en la recepción de la atención) 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 el problema creando un grupo de mejora multidisciplinar implicando a la Dirección General de Sistemas de Información, Coordinación de Direcciones de Continuidad Asistencial y Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

Establecer un proceso de gestión de la cita electrónica de prestaciones radiológicas urgentes desde los Centros de AP que minimice los procesos administrativos, mejore la accesibilidad a las prestaciones y garantice la seguridad de los pacientes.

Se aplicó la metodología de mejora continua (PDCA), realizando un análisis causa-raíz, que evidenció los problemas principales: insatisfacción de los pacientes por los tiempos de espera hasta recibir la atención; problemas de seguridad por demora en la atención clínica necesaria e insatisfacción de los profesionales por la pérdida de trazabilidad de la prestación y la ausencia de devolución de los resultados.

Se estableció un Plan de Acción con 4 intervenciones:

1. Consenso en la selección de un grupo de prestaciones normalizadas, susceptibles de ser solicitadas a través del nuevo circuito de radiología urgente.
2. Desarrollo de nuevas funcionalidades que permitan acceder a las agendas específicas para la citación en el mismo día de la solicitud.
3. Elaboración del cronograma de implantación con procedimientos de comunicación y de formación y gestión de incidencias para el nuevo sistema.
4. Establecimiento de un circuito informático integrado en la Historia Clínica Informatizada (HCI) para la devolución de la información a los profesionales solicitantes.

Inicio en diciembre de 2016 y finalizando en febrero de 2017. Se consensaron 39 prestaciones radiológicas (codificación SERAM), peticionables urgentes desde AP; se desarrollaron las funcionalidades para el acceso a las nuevas agendas de cita urgente creadas en los Hospitales, desde AP (262 centros y 163 consultorios con las agendas de los 32 hospitales); se comunicó y formó a una alta representación de los profesionales de todos los Centros implicados.

Pendiente de finalizar la acción 4, pero los profesionales tienen acceso a la imagen desde los visores disponibles en la HCI de AP. Actualmente analizando los datos de usabilidad del procedimiento.

Los procedimientos normalizados e integrados en los sistemas informáticos, garantizan la trazabilidad de las peticiones y mejoran la satisfacción de los usuarios.

AUTORES: CÁRDENAS VALLADOLID, JUAN; HERNÁNDEZ PASCUAL, M; DE LUIS MORÁN, A; ARÉJULA TORRES, JL; RUÍZ ALONSO, S; DÍAZ HOLGADO, A.

CENTRO DE TRABAJO: SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD.

ID: 523

TÍTULO: EVALUACIÓN COSTE-UTILIDAD EN CONDICIONES REALES EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE QUE HAN RECIBIDO TRASPLANTE AUTÓLOGO

RESUMEN:

El mieloma múltiple(MM) constituye la 2a neoplasia hematológica más frecuente. El tratamiento en < 70 años quimioterapia+trasplante autólogo(taspe), y la respuesta post-taspe (PT) el 1r año determina la evolución.El impacto en la calidad de vida y la elevada repercusión económica(100.000-500.000€/paciente) requiere la realización de estudios de evaluación económica coste- utilidad(ACU), que analicen el coste ajustado al beneficio, entendido como años de vida ajustados por calidad(AVAC). Estimación umbral coste-utilidad recomendado en España:20.000-25.000€/AVAC.

Valorar el coste, los AVAC y realizar un ACU en pacientes diagnosticados de MM candidatos a taspe. Comparar el coste-utilidad en función del tipo de respuesta que tienen el primer año PT, global y específico para aquellos que ya han finalizado el tratamiento(exitus).

Estudio coste-utilidad observacional retrospectivo. Pacientes diagnosticados de 2009-1/5/2017 que han recibido taspe. Fuente de los datos naturaleza interna hospital: historia clínica informáticaSAP ARGOS®, medicación Farmis®. Valor AVAC: registro CEA Universidad Tufts:0,81(respuesta completa-RC);0,75(respuesta parcial-RP);0,70(estabilidad-EE);0,64(progresión-P). Perspectiva pagador, Servei Català de la Salut. Costes sanitarios directos:medicamentos, días ingreso y pruebas complementariasTAC+PET desde inicio tratamiento. Registro interno con datos personales, estado del paciente y valor AVAC(=núm.meses en cada estado x valor correspondiente) pre y PT.

N=28 pacientes(p),edad media 59,9 años en inicio tratamiento.

Seguimiento 4,5 años (RP4,3; noRP4,9). Media AVAC ganados 1r añoPT=0,78, 2º:0,74; 3º:0,66; 4º:0,67; 5º:0,66; 6º:0,71; 7º:0,64 (RP:0,80,2º:0,77;3º:0,72;4º:0,69;5º:0,68;6º:0,74; 7º:0,64. noRP: 0,72;2º:0,70;3º:0,61;4º:0,66;5º:0,64;6º:0,64;7º0,64). Media AVAC pre-taspe: 0,52 (RP:0,54; noRP:0,48), PT:2,45(RP:2,31; noRP2,67).

Coste:100.406,3€/p;(RP: 71.021,81€; noRP:130.461,44€/p).

Coste/AVAC:33.806,83€(RP:19.158,61€; noRP: 44.085,01€).

Pexitus: seguimiento PT: RP(n=4/8),noRP(n=4/8). Años vividos:RP=5,12 noRP=3,82. Media AVACganados1r año

PT:RP=0,81;2º:0,72;3º:0,70;4º:0,64;5º:0,64;noRP:0,80,2º:0,77;3º:0,72;4º:0,69;5º:0,68;6º:0,74;7º:0,64. MediaAVACpre-taspe:RP 0,55; noRP 0,54.PT:RP 2,70; noRP 2,31.

Coste RP:212.380,04€/p;noRP:199.856,40€/p.

Coste/AVAC:RP:65.240,13;noRP:84.994,00€.

Los costes del tratamiento del MM están dentro estándares. El coste-utilidad es ligeramente superior al umbral recomendado en los ACU en España pero dentro del rango descrito. La calidad de vida mejora desde el inicio del tratamiento y a partir del taspe, pero los pacientes RC el 1r año PT viven más años ajustados por calidad de vida. Asimismo, estos generan un coste-utilidad inferior. El análisis de los pacientes que ya han finalizado el tratamiento demuestra que se ha invertido más en el tratamiento de los que han tenido una RC en el 1º año PT, pero el coste-utilidad ha sido inferior. Por lo tanto más coste ha generado más eficiencia y efectividad

AUTORES: BATALLA PEINADO, LAURA; SCHOENENBERGER-ARNAIZ, JA; MANGUES BAFALLUY, I; VALLÉS VALERO, L.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA.



ID: 524

TÍTULO: EMPODERAR A LAS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: UN RETO EFECTIVO PARA MEJORAR LA ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS.

RESUMEN:

Desde Semmelweis, está ampliamente demostrado que la principal vía de transmisión de los microorganismos patógenos son las manos contaminadas del personal sanitario. Es por ello que, la "Higiene de Manos" (HM) efectiva, está reconocida como la principal medida individual para el control de las infecciones. A pesar de las múltiples guías publicadas, la adherencia a éstas continúa siendo inaceptable, con niveles de cumplimiento inferiores al 50% y los esfuerzos por mejorarlo, no se sostienen en el tiempo.

Presentar la propuesta desarrollada con éxito en nuestro centro, consistente en la creación en 2016 de un grupo de trabajo experto y referente de auxiliares de enfermería, en el procedimiento de la HM basados en los 5 momentos propuestos por la OMS.

Desde 2009 hasta la actualidad las observaciones se realizan anualmente por el equipo de la DQP a partir de un cuaderno de recogida de datos con los 5 momentos definidos por la OMS y el resultado de la adherencia de los diferentes profesionales observados. Debido a los resultados obtenidos junto a la complejidad que estas observaciones conllevan, se implicó a más profesionales clave del centro: los miembros de la comisión de infecciones, las supervisoras de enfermería y a los jefes de servicio. Ante la dificultad de afianzar los en las observaciones periódicas anuales, se creó en 2016 un grupo de trabajo experto referente en HM constituido por auxiliares de enfermería representantes de todas las áreas de atención, en los turnos de mañana y tarde. Realizaron el curso de formación online del Departamento de Salud y una formación propia encaminada a la resolución de dudas metodológicas en los estudios de prevalencia a realizar. Se reúnen mínimo 4 veces al año. En la 1ª y 3ª reunión se trata de: hay un refuerzo de formación, metodología de recogida, distribución de las unidades, entrega de documentos, ruegos y preguntas. En la 2ª y 4ª reunión se comentan los resultados, se recogen incidencias, sugerencias y propuestas de estrategia. Son los responsables realizar la difusión de los resultados obtenidos en sus áreas de trabajo así como las posibles acciones de mejora.

A medida que ha crecido el nº de profesionales observadores, de 2 en 2009 a 24 en 2017, los resultados son más fiables ya que el nº de oportunidades observadas ha aumentado desde 413 en 2013 a 1421 en 2016. Los estudios cuantitativos plasman la mejora de la adherencia: 20%(2013), 46%(2014), 52%(2015) y 58% (2016). Disponer de un grupo de profesionales referentes formados y expertos nos permite planificar más estudios de prevalencia y ampliar las observaciones a todas las áreas asistenciales consiguiendo así unos resultados más ajustados a la realidad. Empoderar a los auxiliares de enfermería ha supuesto concienciar y aumentar la adherencia de los profesionales en la HM potenciando el trabajo en equipo interdisciplinar

AUTORES: SABATER RAGA, ROSA MARIA; VAZQUEZ SAEZ, R; CASADEMONT GARCÍA, S; ENCINAS MARTINEZ, D; LORENTE PERLASIA, C; ALOY DUCH, A.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL GRANOLLERS.



ID: 526

TÍTULO: “HAND-IN-SCAN”: UN NUEVO DISPOSITIVO INNOVADOR Y OBJETIVO PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA HIGIENE DE MANOS

RESUMEN:

El “Hand-In-Scan” se creó en 2012 como un “spin-off” de la Universidad de Tecnología y Economía de Budapest (BME). Como proyecto, HandInScan se ideó a partir de 2013. Se diseñó con el objetivo de crear un dispositivo para controlar objetivamente el desempeño de la higiene de las manos del personal médico, recibiendo distintos premios.

Presentar los resultados obtenidos de un estudio realizado sobre “Higiene de Manos” (HM) mediante la observación directa de los profesionales sanitarios, evaluando la calidad (efectividad) de la HM en áreas críticas (urgencias, UCI y quirófano) de un hospital general universitario con la ayuda externa del dispositivo “Hand-in-Scan”.

En los años 2015-16, coincidiendo con el “Día mundial HM”, se realizaron varios estudios cualitativos sobre la HM “determinando las zonas de la mano correctamente higienizadas”. La coordinadora de infecciones acudía a diferentes áreas del hospital para evaluar el procedimiento de la HM en los profesionales (solución alcohólica con fluoresceína y una lámpara ultravioleta en una caja oscura). Este año 2017, para eliminar cualquier posible desviación del observador se realizó un primer estudio cualitativo utilizando el dispositivo externo “Hand-in-Scan”, a través del cual los profesionales pudieran verificar la correcta o no realización de la HM. El “Hand-in-Scan” muestra, automáticamente por escaneo de las manos, el resultado en forma de imágenes: en verde las zonas correctamente higienizadas, y en rojo, las inadecuadas. El “Hand-in-Scan” ofrece un informe que puede imprimirse y que evalúa al profesional como “apto” o “no apto” (cuando el 5% de la superficie de las manos no está bien higienizada). Antes de realizar el scanner, cada profesional debe identificarse con una tarjeta por categoría; de esta manera se pueden obtener los resultados globales segmentados por las mismas

La intervención mediante el “Hand-in-Scan” se realizó los días 5 y 8 de mayo del 2017. Se evaluó la higiene de manos de 107 profesionales (22% médicos, 40% enfermeras, 14% auxiliares, 7% celadores y 18% otros) de diferentes servicios: 30% UCI, 31% Urgencias, 16% URPA i 23% otros.

Los resultados globales obtenidos a través del “Hand-in-Scan” fueron: a) HM correcta por servicio: UCI 63%, URG 39%, URPA 65% y varios 36%; b) HM correcta por categoría profesional: médicos 54%, enfermeras 57%, auxiliares 67% y celadores 39%; y, c) el resultado global de zonas impregnadas con fluoresceína, mostró una adecuación del 50%.

En conclusión, 1º el disponer de un resultado inmediato a través de una imagen facilita la corrección de la técnica; 2º se realiza una acción formativa a través de una simulación simple; 3º al ser un dispositivo el que emite el resultado, se percibe una mayor aceptación del mismo por parte de los profesionales que no se sienten evaluados directamente por otro profesional de la misma institución.

AUTORES: SABATER RAGA, ROSA MARIA; VAZQUEZ SAEZ, R; ROLDAN RUBIO, D; SANTOS SERRADILLA, E; VILARRUBIAS LUCAS, M; ALOY DUCH, A.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS.



ID: 527

TÍTULO: DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN ITINERARIO FORMATIVO ACADÉMICO PARA ADMINISTRATIVOS SANITARIOS DE SOPORTE ASISTENCIAL

RESUMEN:

Se identifica la necesidad de potenciar la capacitación de los profesionales administrativos de soporte asistencial, en aquellas competencias y conocimientos que den respuesta a las nuevas y crecientes exigencias del sector y en concreto en su puesto de trabajo, de manera que tanto las nuevas incorporaciones como los profesionales más experimentados dispongan de los conocimientos y habilidades adecuadas para afrontar estos nuevos retos.

Presentar el diseño y la primera fase de implementación del itinerario formativo, acreditado académicamente por una universidad, para formar de manera homogénea a profesionales administrativos, ofreciendo un soporte a la asistencia de calidad y una adecuada orientación al cliente.

Como objetivos secundarios destacan, a describir al finalizar el itinerario: mejorar los resultados analizando la transferencia de la formación, ampliar las competencias, adquirir una mayor polivalencia y autonomía, y mejorar el clima laboral de los equipos

Nuestro centro dispone de una plantilla de 90 administrativos asistenciales. La dirección, los coordinadores y los jefes de áreas, conjuntamente con formación y desarrollo, definieron las líneas estratégicas en las que se quería incidir, formando y potenciando: 1) las capacidades clave: rol, funciones y competencias profesionales y; 2) los valores corporativos: compromiso, mejora, y actitud profesional.

Se utilizaron los siguientes instrumentos: DAFO de la dirección, clima laboral, y conocimiento directo del equipo.

El contenido de la formación se trabajó entre la responsable de formación y los coordinadores, referentes expertos que conocen perfectamente a sus equipos y necesidades.

El itinerario es una formación continuada que permite incorporar modificaciones mediante sistemas participativos con los profesionales (metaplan), así como también permite incorporar, de una manera ágil y efectiva medidas requeridas por la institución.

El itinerario formativo está orientado hacia una única visión global que capacita y da valor al rol del profesional, a través de una formación reglada de 30 créditos y tres años de duración, acreditada por la Universidad Central de Cataluña y "Unió Consorci Formació" con la obtención de una titulación de postgrado universitario.

El itinerario está finalizando el 2º año, lo realizan 36 administrativos (40% actual de la plantilla) y la demanda para la próxima edición es de 15 profesionales.

El itinerario formativo es clave para adquirir y reforzar las capacidades clave descritas y los valores corporativos necesarios, con el objetivo de ofrecer una mayor calidad de servicio y de competencia profesional. La segunda fase consistirá en medir la transferencia futura en el puesto de trabajo mediante 4 indicadores: los de resultados a través de los indicadores de los procesos clave, a través del proceso de evaluación de competencias, con las metodologías de observación en el puesto de trabajo, y con la información recogida en la encuesta de clima.

AUTORES: CLARAMBO SEMÍS, MARINA; GUIX LLISTUESLLA, E.; BUQUERAS CARBONELL, M.; FERNÁNDEZ RUIZ, JM; BENÍTEZ CONEJO, M.; LARREA BAEZA, JC.

CENTRO DE TRABAJO: FUNDACIÓ PRIVADA HOSPITAL ASIL DE GRANOLLERS.

ID: 530

TÍTULO: OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS EN EL DIAGNÓSTICO DE LA MALABSORCIÓN DE AZÚCARES

RESUMEN:

Un motivo de consulta muy frecuente es la sospecha de trastorno funcional digestivo (TFD) que puede estar asociado a intolerancia alimentaria o malabsorción de azúcares, lactosa y/o fructosa con sorbitol (F-S). Los pacientes suelen ser personas, por otra parte sanas, en edad laboral y con síntomas crónicos que alteran considerablemente su vida social y laboral.

Habitualmente en la sospecha de TFD se precisa una analítica para despistaje de organocidad y dos test de hidrógeno espirado (TH) para descartar malabsorción. En consecuencia, para llegar al diagnóstico el paciente invertía: un día en una primera visita, dos días uno para cada TH (3-4 horas), un cuarto día para entrega de resultados, emitir un diagnóstico e instaurar tratamiento si procede (dieta de exclusión) y eventualmente un quinto día de evaluación del tratamiento.

En noviembre de 2015 para mejorar la eficiencia y reducir el circuito a 2 días presenciales, se implementaron cambios:

1) substituir el TH de lactosa por test de gaxilosa (TG) que detecta hipolactasia; se realiza en el domicilio del paciente mediante recogida de orina que entrega en laboratorio.

2) Organizar consultas contiguas de digestólogo y enfermería de pruebas funcionales.

Día 1: Hª clínica, exploración física, solicitud de analítica, TG y programación TH de (F+S).

Día 2: Realización del TH de (F+S), visita con resultados de la analítica, del TG y del TH, diagnóstico y pauta de tratamiento. El eventual control se realiza por visita virtual (telefónica).

Evaluar en HV el rendimiento del nuevo circuito asistencial y comparar costes del (TG) respecto al TH utilizado con anterioridad.

Revisión retrospectiva de la demanda anual de TG y de TH. Estimación de las horas liberadas por enfermería y presenciales del paciente. Estimación de costes de cada técnica considerando tiempo del personal técnico, fungible necesario y amortización de aparatos.

El número de TH se incrementó un 83% entre 2010 y 2014, pasando de 232 TH a 423 TH. En 2016 se realizaron 303 TH, (un 22,3% menos que en 2015) y 157 TG. En el 70% de casos se solicitan las dos pruebas (TG y TH F+S). El TG fue positivo en el 65% de los casos y el TH de F-S en el 50%. Los TH de lactosa no realizados suponen liberar 32 módulos de enfermería y 4 horas laborables por usuario. En 158 pacientes se ha instaurado el nuevo circuito que permite obtener el diagnóstico completo ya en la segunda visita. El coste del TG es de 44,6 € y el del TH oscila entre 32,7 y 39,7 € en función del tiempo de amortización del analizador de gases.

Conclusión: Se confirma una demanda creciente de estudios de intolerancia alimentaria. La implantación de este circuito incrementa la eficiencia, mejora la calidad asistencial y reduce las horas dedicadas tanto por el usuario como por el personal sanitario. El coste del TG y del TH son similares pero la relación coste-beneficio es favorable al TG por costes indirectos inferiores.

AUTORES: MARTOS GARCÍA, MARIA LOURDES; PERELLO JUAN, MA; VEGA LOPEZ, AB; OSUNA FERNANDEZ, D; BARENYS DE LACHA, M.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DE VILADECANS.

ID: 531

TÍTULO: ACTIVIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO EN 2016. NUEVOS Y VIEJOS RETOS.

RESUMEN: Al crecimiento anual de la demanda de atención urgente de aproximadamente un 5%, durante los últimos años se han producido una serie de factores que han influido en la actividad de los servicios de urgencias:

- Aumento de la edad de la población anciana.
- Aumento de la complejidad de nuestros pacientes.
- Terapias que aumentan los tiempos de permanencia en urgencias a expensas de otras unidades (UCI, Hospitalización).
- Necesidad de apertura de unidades como la Unidad de Pre-ingreso (UPI) sin epidemia de gripe.
- Pasillos.

Valoración de los nuevos y viejos factores que influyen en la actividad del servicio de urgencias hospitalario para la búsqueda de soluciones y opciones de mejora. 1. Aumento de la edad de la población anciana. Se entiende como un incremento sustancial y permanente de los mayores de 64 años en relación con el resto de la población, de modo que se modifica la estructura por edades. El índice de sobreenvjecimiento evidencia el número de personas mayores de 74 años por cada 100 que se encuentran entre los 65 y 74. A nivel regional el índice de sobreenvjecimiento es 98,8%. 2. Aumento de la complejidad de los pacientes. El paciente crónico complejo obliga a continuas revalorizaciones y a la utilización de diversos niveles asistenciales y servicios sociosanitarios. 3. Terapias que aumentan los tiempos de permanencia en urgencias. Hablaríamos de "pluripatología" y de "comorbilidad". El abordaje de estos pacientes requiere fomentar el trabajo en equipos interdisciplinarios. Se genera "listas de espera de ingreso por":

- precisar ventilación.
- necesidad de monitorización electrocardiografica.
- ingreso en Unidad de Ictus.
- ingreso en Unidad de Corta Estancia.

4. Apertura y mantenimiento de unidades como la UPI sin presencia de epidemias.

La UPI permanece abierta, a pesar del invierno sin epidemia de gripe.

5. Pasillos La permanencia de pacientes en pasillos, es habitual, estos pacientes, suelen habitación asignada y están esperando su subida a planta. Es normal, la movilización de pacientes de un box a un pasillo, y viceversa, en función de la disponibilidad de camas y la gravedad de los pacientes que ingresan. La agilización del alta y el ingreso a unidades de hospitalización en la mañana, es limitada. La subida por la tarde es lenta y condicionada por el alta tardía+.

1. El servicio de urgencias debe adaptarse a la nueva situación asistencial que la sociedad presenta

2. Propuestas:

Adecuación de plantillas a actividad y temporalidad.

Adecuación de las Unidades de Hospitalización para pacientes pluripatologicos.

Unidades de Semicriticos.

UPI como Unidad de Hospitalización.

Ingreso en turno de mañanas. Contrato Gestión

Distribución de camas libres.

Desarrollo de la actividad de Medicina Familiar y comunitaria.

Integración de Hospitalización a Domicilio, ESAD, y centros de salud.

Colaboración en la asistencias en residencias geriátricas.

Información de acceso a servicios.

Cultura de Alta a domicilio.

AUTORES: CONESA HERNANDEZ, ANDRES; CRUZADO QUEVEDO, JA; GALERA GALERA, A; GARCIA MARTINEZ, LR; MARTINEZ ANDREU, MC; BENITEZ NIEBLAS, A.

CENTRO DE TRABAJO: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CARTAGENA.



ID: 532

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA PREVALENCIA DEL DOLOR Y GRADO DE SATISFACCIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

RESUMEN:

La adecuación del tratamiento del dolor está considerado como un indicador relevante de calidad asistencial. Una de las medidas de mejora de la calidad de la asistencia en los pacientes hospitalizados es conocer la prevalencia del dolor y la satisfacción de los pacientes en el abordaje del mismo.

Evaluación de la prevalencia del dolor y análisis del grado de satisfacción de la gestión del dolor en pacientes hospitalizados.

Los miembros de la Comisión de Evaluación y Tratamiento del Dolor diseñaron un estudio observacional transversal prospectivo de 6 meses de duración (octubre 2015-abril 2016). La prevalencia del dolor se evaluó mediante encuesta de opinión. Las preguntas se agruparon en: satisfacción con el proceso de la gestión del dolor e información recibida acerca de la importancia de manifestarlo y tratarlo. Se utilizó la Escala Visual Analógica(EVA).Las entrevistas se realizaron a pacientes adultos con >48h ingreso en las unidades: medicina interna, geriatría y quirúrgicas. Se excluyeron los servicios de cuidados intensivos, salud mental y pacientes con un GDS (Geriatric Depression Scale) >5 en la valoración del deterioro cognitivo según historia clínica. Se registraron los efectos secundarios al tratamiento analgésico y se valoró la eficacia del tratamiento, definida como una mejora >70%. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de referencia. Se realizó un análisis descriptivo y como pruebas estadísticas comparativas se eligió la t de Student i Chi cuadrado. El paquete estadístico utilizado fue el SPSS® 24.0.

Se incluyeron 363 pacientes, 60%(217) hombres y 40%(146) mujeres con una edad media de 77 años. La distribución por servicio fue de un 26%(95) para pacientes quirúrgicos, 36%(130) medicina interna y 38%(138) geriatría. La prevalencia del dolor fue de un 48%(175). La intensidad del dolor fue leve o moderada en un 93%(166) y en un 81%(224) el tratamiento analgésico fue eficaz. La valoración global durante el ingreso fue buena o muy buena en un 95%(335) de los pacientes. Según la información recibida acerca de la importancia de manifestar y tratar su dolor, un 27%(103) señaló que nunca se le había preguntado específicamente sobre la intensidad y a un 24%(88) nunca se le había informado sobre la importancia de manifestarlo. Un 56%(199) respondió que sí se les había informado cómo se le podía tratar. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la información recibida y el grado de satisfacción ($p=0.014$), pero no con la intensidad del dolor($p=0,972$). El 90% de los pacientes no mostraron efectos secundarios al tratamiento analgésico.La prevalencia del dolor se muestra elevada, como en otros estudios similares. El tratamiento analgésico fue eficaz y seguro. Se evidencia la importancia de informar al paciente sobre su dolor. Se deben implementar acciones para facilitar la concienciación y colaboración de los profesionales en el alivio del dolor como un objetivo de calidad institucional.

AUTORES: BATALLA PEINADO, LAURA; TORRES BONDIA, F; DRUDIS MORELL, R; ORTIZ CATALÁN, I; GONZÁLEZ RUBIÓ, R; SANTISTEVE LOSTES, S.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARI SANTA MARIA DE LLEIDA - GESTIÓ DE SERVEIS SANITARIS1.

ID: 533

TÍTULO: INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA EN ARTROPLASTIA DE CADERA

RESUMEN:

Las infecciones de herida quirúrgica (IHQ), están asociadas a la atención sanitaria, representando el 21,8% de ellas (EPINE 2016). Afectan al 0,6-9,5% de las intervenciones quirúrgicas (IQ). Se relacionan con estancias hospitalarias, IQ, y tratamientos en cuidados intensivos adicionales, y con mayor mortalidad. El European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), informó una tasa de IHQ de 1,1% en prótesis de cadera 2013-2014. La Red Nacional de Indicadores Clínicos para la Mejora de la Calidad (INCLIMECC) informa de una IHQ 1997-2012 de 3,21%, (1,92 en 2016). La incidencia de IHQ es un indicador de la calidad de la atención en las organizaciones sanitarias, y su control un objetivo en la seguridad del paciente

Identificar las tasas de incidencia acumulada de IHQ en artroplastia de cadera, y el grado de adecuación de la profilaxis antibiótica quirúrgica

Estudio prospectivo observacional de las IHQ y factores de riesgo de infección, en artroplastia de cadera, clasificados por la National Healthcare Safety Network (NHSN) como HPRO, realizados entre los años 2017 y 2015 en un hospital público comarcal de 214 camas integrado en INCLIMECC. Se sigue la metodología de vigilancia de la IHQ establecida por ECDC, con vigilancia de la infección hasta tres meses después del alta para cirugías con implantes o prótesis

Evaluamos 999 IQ de cadera (HPRO), de ellas 575 (57,56%) en mujeres, la edad media fue 72,2 (DE 12,4) años; 33% de los pacientes tenían 79 o más años. El 59,3% eran ASA 1 ó 2. Cirugía limpia: 99,1% de las IQ. La duración media de la IQ fue 98,8 (DE 37,1) minutos, P75: 120. Se identificaron 5 (0,53%) reintervenciones, una por infección.

Observamos 15 IHQ, con tendencia interanual descendente, representa una tasa de incidencia acumulada de 1,50%, IC 95% [0,84-2,46]. Las IHQ fueron 3 (20%) tipo superficial, 6 (40%) profunda y 6 (40%) órgano-espacio. El germen más habitual fue *Staphylococcus aureus* (46,66%), siendo el 42,86% resistentes a meticilina. La mortalidad global fue 1,70%. La Razón Estandarizada de Infección (REI) en el hospital fue 0,47 respecto a INCLIMECC España, de 1,50 respecto al ECDC y de 1,19 respecto a la NHSN.

En el 98,3% de los casos se recibió profilaxis, que fue adecuada en el 70%. Las causas más relevantes de profilaxis inadecuada fueron "duración mayor a 24 horas" (71,24%), e inicio precoz (42,54%). El 0,4% no recibieron profilaxis.

Se precisa perseverar en la tendencia descendente en la IHQ, y adoptar medidas para reducir las tasas de inadecuación de la profilaxis. La vigilancia de la IHQ y la retroalimentación de la información contribuyen a impulsar las mejoras observadas en las tasas de infección. Hay que disponer de un sistema nacional de vigilancia IHQ, que informe de la situación nacional y permita identificar prioridades y aplicar medidas de prevención eficaces. Los hospitales precisamos apoyos para establecer o mejorar nuestros sistemas y redes de vigilancia de las IHQ

AUTORES: MARTÍNEZ SUÁREZ, M^a DEL MAR¹; ALONSO ÁLVAREZ, D²; GARCÍA MENÉNDEZ, MC³; ALONSO LORENZO, JC⁴; FERNÁNDEZ SOMOANO, A⁵; TARDÓN GARCÍA, A⁶.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL VALLE DEL NALÓN. ÁREA VIII. SESPA¹; HOSPITAL VALLE DEL NALÓN. ÁREA VIII. ESPA²; HOSPITAL VALLE DEL NALÓN. ÁREA VIIESPA³; ÁREA IV. SESPA⁴; IUOPA. DEPARTAMENTO MEDICINA. UNIVERSIDAD DE OVIEDO; CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA (CIBERESP)⁵; IUOPA. DEPARTAMENTO MEDICINA. UNIVERSIDAD DE OVIEDO; CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA (CIBERESP)⁶.

ID: 534

TÍTULO: CARACTERIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE DURANTE SU INTERNACIÓN EN UN SANATORIO

RESUMEN:

El Institute of Medicine (IOM) definió en el año 2001 seis dimensiones de la calidad en salud, una de las cuales es Atención Centrada en el Paciente, ésta quiere decir poner al paciente en el centro para que se atienda siempre a sus necesidades, deseos, valores y preferencias personales. Se trata de un concepto superador de la satisfacción del paciente porque va más allá del juicio positivo o negativo que puedan hacer del servicio que reciben. La satisfacción se orienta más a lo tangible: cortesía, dedicación de tiempo, orden, limpieza, prontitud en la atención o capacidad de respuesta ante un imprevisto, etc.

Para poder brindar una Atención Centrada en el Paciente es fundamental conocer qué tipo de pacientes tenemos y cómo es su camino y experiencia en cada proceso de su Internación.

La información producida de este estudio puede ser de utilidad para adecuarnos a sus necesidades y expectativas para brindar una atención con eficiencia y efectividad.

Caracterizar la experiencia del paciente y elaborar su mapa del camino durante su proceso de Internación.

Determinar el perfil de los pacientes que se Internan en la Institución.

Conocer sus emociones que aparecen en cada paso durante su proceso de Internación.

Diseño descriptivo, retrospectivo y transversal.

La población está conformada por los pacientes dados de alta de la Institución durante octubre a diciembre del 2016; como criterio de inclusión se establece que deben ser lúcidos y mayores a 18 años; como criterio de exclusión son los pacientes que no deseen participar de este estudio; y los de eliminación aquellos que no completen la totalidad del cuestionario.

Se obtuvo una muestra aleatoria de 140 pacientes (IC: 95%)

Al momento del alta se entregó un cuestionario que tenía 40 preguntas cerradas, relacionadas con datos sociodemográficos y sobre su experiencia en cada una de las 10 etapas de su Internación.

El análisis estadístico se realizó con el programa StataMP 14.1

Se logró determinar cuatro tipos de perfiles de paciente: positivo, habitué, conflictivo y el nuevo. En relación a su experiencia se evidenció que el rol de su médico es preponderante, desde la razón para internarse y operarse (66%), hasta para realizarse los estudios prequirúrgicos (26%). Lo que más valoran los pacientes durante su proceso de internación es lo relacionado al respeto y trato digno por los médicos, enfermeros y otros colaboradores de la Institución (60%), y no tanto al conocimiento científico o académico por parte de los profesionales.

En relación al Net Emotional Score (NET) prevalecieron las emociones positivas, encontrando oportunidades de mejora como por ejemplo en los estudios prequirúrgicos y admisión donde prevalecieron la ansiedad. También se evidenció que el Net Promotor Score (NPT), que es la probabilidad de recomendar la Institución a un familiar o amigo es del 92,5%, siendo la media en el mundo del 83%, no pudiendo comparar con tasas en el país por ser la primera experiencia en el mismo.

AUTORES: CABRERA, WILLEN; SILVA, M.

CENTRO DE TRABAJO: SANATORIO FINOCHIETTO.

ID: 535

TÍTULO: CARACTERIZACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES INTERNADOS EN UN SANATORIO MEDIANTE LA HERRAMIENTA GLOBAL TRIGGER TOOL

RESUMEN:

El Institute of Medicine (IOM) definió en el año 2001 seis dimensiones de la calidad en salud, una de las cuales es la Seguridad del Paciente, que es "la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable", que tiene como principio fundamental "no hacer daño"

Para ello es indispensable conocer cuánto daño hacemos a nuestros pacientes, caracterizarlos y generar mejoras para prevenirlos. Una forma de medir los daños es a través de la herramienta de Global Trigger Tool (GTT), que es una metodología de revisión de historias clínicas (HC) diseñada por el Institute for Healthcare Improvement que consiste en la búsqueda sistemática de trazadores o gatillos de posibles eventos adversos por parte de dos observadores entrenados en forma independiente.

Caracterizar y detectar los eventos adversos en la atención de los pacientes adultos Internados en un Sanatorio a través de la herramienta GTT

Diseño descriptivo, retrospectivo y transversal.

La población está conformada por los pacientes dados de alta de la Institución durante enero a mayo del 2017; como criterio de inclusión se establece que deben ser mayores a 18 años, haber estado internado por lo menos 48 horas; los pacientes internados por motivos psiquiátricos son excluidos.

Se obtuvo una muestra aleatoria de 160 pacientes (40 HC por mes, de los cuales 20 corresponden al alta de la primera quincena, y las otras 20 de la segunda)

Si los dos revisores de la HC detectan un "trigger" comienzan a profundizar la lectura para determinar la existencia o no de evento adverso, si lo detecta, se procede a su caracterización.

El análisis estadístico se realizó con el programa StataMP 14.1

Mediante la revisión sistemática de la HC se detectaron 92 eventos adversos (53 tipo E y 39 tipo F).

La media de porcentaje de admisiones con eventos adversos fue de 31,3 (DE: 6,3); la media de eventos adversos cada 100 admisiones fue de 45,8 (DE: 10,1) y media de eventos adversos cada mil días pacientes fue de 90,3 (DE: 19,5)

La media de los días pacientes (incluyendo los que tuvieron daño E) fue de 5,1 y la media de los pacientes con nivel de daño desde F fue de 8,4; es decir aumenta los días de internación de los pacientes dañados (RR:1,64)

Los principales eventos adversos están relacionados con la administración de medicamentos y las flebitis. Al analizar las HC se encuentra variabilidad en el uso de abreviaturas y mala utilización de los registros, ya sea por déficit, sobreuso o calidad de los mismo,

El uso de esta metodología nos permite evaluar la eficiencia del servicio prestado al paciente en general, apuntando a poder identificar las principales oportunidades de mejora.

AUTORES: CABRERA, WILLEN.

CENTRO DE TRABAJO: SANATORIO FINOCHIETTO.

ID: 536

TÍTULO: INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA EN COLECISTECTOMÍAS 2007-2015

RESUMEN:

Las infecciones de herida quirúrgica (IHQ), están asociadas a la atención sanitaria, y suponen el 21,8% de ellas (EPINE 2016). Afectan al 0,6-9,5% de las intervenciones quirúrgicas (IQ). Se relacionan con estancias hospitalarias, IQ, y tratamientos adicionales, y con mayor mortalidad. El European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), informó una tasa de IHQ de 1,8% en colecistectomías para 2013-2014. La Red Nacional de Indicadores Clínicos para la Mejora de la Calidad (INCLIMECC) informa de una IHQ 1997-2012 de 3,60% (3,25 en 2016). La incidencia de IHQ es un indicador de la calidad de la atención en las organizaciones sanitarias, y su control un objetivo en la seguridad del paciente.

La red nacional de Indicadores Clínicos para la Mejora de la Calidad (INCLIMECC), informa de una IHQ 1997-2012 para colecistectomías de 3,60%, reduciéndose a 3,25 en 2016

Identificar las tasas de incidencia acumulada de IHQ en cirugía de la vesícula biliar, y el grado de adecuación de la profilaxis antibiótica quirúrgica

Estudio prospectivo observacional de las colecistectomías clasificadas por la National Healthcare Safety Network (NHSN) como CHOL, realizadas entre 2007 y 2015, en un hospital público comarcal de 214 camas integrado en INCLIMECC. Se sigue la metodología de vigilancia de la IHQ establecida por ECDC, con vigilancia de la infección hasta un mes después del alta

Evaluamos 758 colecistectomías (CHOL), de ellas 456 (60,16%) en mujeres. La edad media fue 60,82 (DS 16,00) años; más de la mitad 411 (54,22%) tenía menos de 65 años. Tres cuartas partes 567 (74,80%) eran ASA 1 ó 2. Cirugía limpia-contaminada 78,76%. Endoscópicas 76%. Duración media de la IQ 82,76 (DS 35,22) minutos.

Observamos 17 IHQ, con tendencia interanual descendente, e incidencia acumulada de IHQ de 2,24%, IC 95% [1,31-3,57]; 0,69 si endoscópica, 7,14 si convencional. Tipos IHQ: 29,41% superficiales, 52,94% profundas, y 17,65% órgano-espacio. Gérmen más habitual *Enterococcus faecalis* 2 (20%). Reintervenciones 2 (0,26%), por infección 2(100%). Mortalidad global 1,06%.

La Razón Estandarizada de Infección (REI) en el hospital fue 0,70 respecto a INCLIMECC España, de 1,25 respecto al ECDC y de 1,77 respecto a la NHSN.

El 84,43% (640) recibieron profilaxis, siendo adecuada en el 79%. La causa más relevante de profilaxis inadecuada fue por inicio precoz. No recibieron profilaxis estando indicada el 0,92%.

Se precisa perseverar en la tendencia descendente en la IHQ observada, y adoptar medidas para reducir las tasas de inadecuación de la profilaxis. La vigilancia de la IHQ y la retroalimentación de la información contribuyen a impulsar las mejoras en las tasas de infección. Hay que disponer de un sistema nacional de vigilancia IHQ, que informe de la situación nacional y permita identificar prioridades y aplicar medidas de prevención eficaces. Los hospitales precisamos apoyos para establecer o mejorar nuestros sistemas y redes de vigilancia de las IHQ

AUTORES: MARTÍNEZ SUÁREZ, M^a DEL MAR¹; QUINTELA BAIZÁN, I²; GARCÍA MENÉNDEZ, MC³; ALONSO LORENZO, JC⁴; FERNÁNDEZ SOMOANO, A⁵; TARDÓN GARCÍA, A⁶.

CENTRO DE TRABAJO: M PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA. HOSPITAL VALLE DEL NALÓN. ÁREA VIII. SESPA¹; HOSPITAL VALLE DEL NALÓN. ÁREA VIII. SESPA²; HOSPITAL VALLE DEL NALÓN. ÁREA VIII. SESPA³; ÁREA IV. SESPA⁴; 1-IUOPA. DEPARTAMENTO DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE OVIEDO; 2.-CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA (CIBERESP)⁵; 1-IUOPA. DEPARTAMENTO DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE OVIEDO; 2.-CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA (CIBERESP)⁶.



ID: 537

TÍTULO: DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA COMISIÓN DE ADECUACIÓN PARA LA MEJORA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA EN UN CENTRO HOSPITALARIO

RESUMEN:

Existen pocas comisiones de adecuación 'Right Care', aún, en España. Éstas, no son comisiones al uso para elaborar guías de práctica clínica o protocolos, sino que pretenden intervenir mediante la elaboración de "recomendaciones", en temáticas clave de "alto impacto" en los centros, asegurando e interviniendo: con una evidencia científica importante (sistema GRADE); en pacientes y/o patologías con una alta prevalencia/incidencia; en coste de recursos; en patologías agudas, graves y/o complejas; y con una crítica satisfacción para el paciente.

Presentar la experiencia de creación y diseño de una comisión de adecuación en un centro hospitalario, para combatir las prácticas que no aportan valor, y potenciar las que sí lo hacen, elaborando recomendaciones que tengan sentido en clave local del centro, para la mejora de la calidad asistencial en todas sus dimensiones, con especial énfasis en la seguridad del paciente, y en la eficiencia (efectividad-coste).

En nuestro centro, con 400 camas, 21000 altas anuales y 113000 urgencias, operan 27 equipos asesores (entre comisiones, comités y grupos de trabajo y mejora), participando 241 profesionales (16% de la plantilla). En 2017, se ha diseñado e implementado en el centro hospitalario la denominada "Comisión para la Adecuación de la Práctica Clínica (CAPC)", desde el liderazgo de las direcciones, médica y de enfermería.

1) La CAPC, interdisciplinaria, está constituida por 12 profesionales interesados (95% de médicos especialistas, farmacéuticos y radiólogos), y un 5% de enfermeras.

2) LA CAPC se reúne 1 hora al mes. Cada miembro organiza subcomisiones con profesionales expertos del centro en la temática a abordar con las RECOMENDACIONES "SE o NO SE DEBE", o "SE o NO SE SUGIERE...". Los otros agentes clave son: el/la jefe/a de servicio, unidad o área, el responsable de calidad (soporte metodológico), y las direcciones asistenciales (promoción y soporte).

3) Las fuentes de información y conocimiento se basan en webs como DIANASALUD, NICE, CHOOSING WISELY, entre otras.

4) La difusión se realiza a través de una pestaña en la intranet, con 1 sesión general trimestral, y 1 sesión mensual interna en los equipos troncales.

5) El formato de difusión es una cara de una hoja con la "recomendación", la evidencia y los indicadores a evaluar pre- y post-, para hacer su seguimiento.

6) Para la adquisición de nuevos recursos se debe cumplimentar una "ficha" que emite una recomendación que asesora +/- en su adquisición (distintas variables).

7) Entre las distintas propuestas de "recomendaciones de NO S" destacan: la solicitud de CK en un síndrome coronario agudo, la electroforesis de proteínas plasmáticas sin contexto clínico, los estudios de cribado tiroideo sin clínica, la Rx de abdomen habitual, los corticoides sistémicos o los antibióticos endovenosos si tolera la vía oral

Las comisiones de adecuación de la práctica clínica en los centros de salud son clave para la mejora de la adecuación y la eficiencia.

AUTORES: VILA-SENANTE, MIQUEL; ALOY-DUCH, A; BOTTA-SANTASUANA, M; TUSQUELLAS-OTO, C; PÉREZ-MORENO, M; MONELL-ROSAS, J.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS.



ID: 538

TÍTULO: LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN HOSPITARIA. UTILIZACIÓN DE LA HERRAMIENTA NPS (NET PROMOTOR SCORE).

RESUMEN:

La experiencia del paciente es un nuevo enfoque para la medición de la calidad asistencial. Para evaluarla, las encuestas de satisfacción son el método más empleado, aunque debido a su formato no están exentas de limitaciones y pueden mostrar divergencias entre los resultados y lo que realmente quiere o piensa el paciente. Por todo ello, en el Hospital de Barcelona, se ha propuesto valorar la experiencia del paciente mediante la aplicación de una nueva herramienta NPS (NET PROMOTORE SCORE) ya validada en múltiples ámbitos no sanitarios.

Conocer, a través de su experiencia, el grado de satisfacción de los pacientes ingresados en un hospital a partir de la aplicación del cuestionario NPS.

La encuesta NPS consta de dos fases. La 1ª es una única pregunta "¿Recomendaría a sus familiares y/o amigos este hospital?" y el encuestado responde puntuando de 1 a 10, interpretándose 1 como que no lo recomendaría en absoluto y 10 como que lo recomendaría totalmente. Según la puntuación realizada, los encuestados se clasifican en tres tipos: Promotores (9-10), Pasivos (7-8) y Detractores (1 a 6). El cálculo definitivo del índice NPS se realiza con % Promotores - % Detractores. La segunda fase incluye una pregunta de texto libre que será diferente en función de la mencionada clasificación para conocer los aspectos que destacarían los promotores, los que deberíamos mejorar para los pasivos y por los que no nos recomendarían los detractores.

El Hospital de Barcelona es un hospital privado de 3er nivel ubicado en la ciudad de Barcelona y con una población de referencia de unas 200000 personas.

En este estudio se escogió una muestra representativa de pacientes ingresados en dos unidades hospitalarias de 30 camas, una de patología médica (M) y otra de patología quirúrgica (Q). Se excluyeron los pacientes que habían ingresado en las 24 horas previas al momento de la entrega de la encuesta. La respuesta a las preguntas la podía realizar el propio paciente o un familiar según decisión o estado del paciente.

En el conjunto de las dos unidades (60 camas) se entregó el cuestionario a 41 pacientes (21 de la unidad médica y 20 de la quirúrgica). El resto cumplían criterios de exclusión. El índice de respuesta de la 1ª fase fue del 100%. En esta fase, 34 respuestas correspondían a Promotores (17 en M y 17 en Q), 6 a Pasivos (4 en M y 2 en Q) y 1 a Detractores (0 en M y 1 en Q). El índice NPS global fue de 80,49% (80,95% en M y 80% en Q). Se agruparon las respuestas de la 2ª fase para un posterior análisis de las distintas reflexiones y comentarios.

La utilización del NPS se ha mostrado como una herramienta útil dada la facilidad de su aplicación, el índice de respuestas y validez del propio cuestionario. Los resultados, en nuestro caso, han mostrado un nivel de satisfacción elevado. El análisis concreto y pormenorizado de las respuestas de la 2ª fase nos ayudará al propósito de mejorar la calidad de la atención a todos nuestros pacientes.

AUTORES: SANTOS BOSCH, GEMMA; MARTÍNEZ CLARET, D; SÁNCHEZ COLL, B; BLASCO ARIÑO, F; FATJÓ HURIÓS, F; SANZ SALVADOR, X.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DE BARCELONA.



ID: 541

TÍTULO: APLICACIÓN DE UN CICLO DE MEJORA CONTINUA EN EL PROCESO DE GESTION DE LAS RECLAMACIONES

RESUMEN:

La mejora continua es la forma más efectiva de mejora de la calidad y la eficiencia en las organizaciones. La base del modelo es la autoevaluación, detectando y manteniendo los puntos fuertes y planificando las áreas de mejora: poner solución a lo que lo necesita, mejorar donde se puede y reparar en los errores para no volver a cometerlos.

Mejorar y validar el diseño organizativo de la gestión de las reclamaciones en el Servicio de Atención al Usuario (SAU), mediante un ciclo de mejora continua (PDCA) para garantizar la mejora del proceso de tratamiento de reclamaciones y conseguir la satisfacción de los usuarios.

Se ha utilizado el Ciclo de Deming como herramienta para lograr la mejora continua, que se compone de 4 etapas cíclicas (planificar, hacer, controlar, actuar) de manera que las actividades son reevaluadas periódicamente para incorporar nuevas mejoras.

En primer lugar se identificaron los circuitos de las reclamaciones según el tipo: patrimonial, reintegro de gasto y el resto de las reclamaciones. Dado que en la gestión de las dos primeras, intervienen organismos externos, se trabajó únicamente la gestión de las reclamaciones que dependen del SAU; desde que el usuario pone la reclamación hasta el envío por parte del SAU de una adecuada respuesta al usuario.

Se elaboró el diagrama de flujo y se definieron todas las actividades realizadas en cada fase del proceso. Se identificaron los puntos fuertes y las situaciones mejorables se listaron y priorizaron, asignando responsabilidades. Por último se definieron los objetivos y los indicadores necesarios para evaluar la eficacia de las acciones llevadas a cabo: Porcentaje de Reclamaciones contestadas y Porcentaje de reclamaciones contestadas en plazo menor o igual a 30 días.

Se estableció un Plan de Mejora, en el que se identificaron y planificaron 13 acciones para introducir los cambios necesarios en distintas áreas:

- Información: actualizar la página web para mejora la información que se le da al usuario sobre las reclamaciones y agradecimientos.
- Documentación: documentar el proceso y los procedimientos asociados
- Recepción y registro de la reclamación: homogeneizar la codificación de los motivos de las reclamaciones.
- Comunicación: establecer canales adecuados de comunicación de las reclamaciones entre los Servicios y el SAU, con la intención de eliminar el formato papel y mejorar en los tiempos de respuesta.
- Cierre de la reclamación: sistematizar la forma de cerrar las reclamaciones en la aplicación informática, en los casos en los que la respuesta es telefónica

La metodología empleada ha permitido identificar e implantar mejoras en la gestión de las reclamaciones, en un plazo corto de tiempo y de forma eficiente sin necesidad de nuevos recursos.

AUTORES: FLOR MORALES, VIRGINIA; DIAZ MENDI, AR; CRUZ CAMALEÑO, MC; FARIÑAS ÁLVAREZ, C.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA.



ID: 542

TÍTULO: FUNCIONES Y OBJETIVOS DE LA COMISIÓN DE COMITÉ CALIDAD PERCIBIDA HOSPITAL QUIRÓNSALUD BARCELONA

RESUMEN:

El Comité de Calidad percibida se realiza mensualmente y en él se analizan todas aquellas necesidades de nuestros pacientes y se buscan soluciones entre el equipo a fin de mejorar nuestra atención.

Los participantes son Directora Centro, Director Médico, Director de Enfermería, Responsable Territorial de Calidad y Seguridad del Paciente, Responsable de Sistemas de Información, Responsable de Comunicación, Responsable de Consultas Externas, Responsable de Admisiones, Supervisión de Enfermería y Responsable de Atención al Cliente.

Detectar todas aquellas necesidades que el paciente requiere con el fin de cumplir sus expectativas mediante las opiniones de nuestros pacientes con la intención de:

1. Conseguir la excelencia en la asistencia como en el servicio.
 2. Mejorar circuitos y planes de actuación.
 3. Búsqueda de la mejora continua.
 4. Disminuir el número de reclamaciones y quejas del centro
- 1- Análisis de las reclamaciones

- 1.1. Número de reclamaciones del mes así como del acumulado anual.
- 1.2. Comparación de reclamaciones recibidas del año anterior con el año actual.
- 1.3. Descripción de las reclamaciones y quejas recibidas por áreas y causas.
- 1.4. Porcentaje de las reclamaciones por actividad obtenida durante el mes.
- 1.5. Exposición de las quejas más destacadas del mes con las soluciones propuestas y puesta en marcha.
- 1.6. Resultados de la herramienta NPS.

- 2- Propuestas de mejora, acciones a corto, medio y largo plazo
- 3- Seguimiento mensual de las acciones consensuadas en la Comisión
- 4- Seguimiento mensual de los resultados de NPS
- 5- Seguimiento mensual de los resultados de Likeik

A lo largo de la comisión y con la finalidad de acercarnos a las expectativas de nuestros pacientes así como innovar, agilizar, mejorar o los circuitos internos del centro, se realizan mejoras extraídas de los comentarios de todos los pacientes.

Gracias esta comisión se han implantado un gran número de acciones.

AUTORES: BALLABRIGA DÍAZ, SUSANA.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL QUIRONSALUD BARCELONA.



ID: 543

TÍTULO: GUÍA DE REGISTRO CLÍNICO ENFERMERO EN ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN GENERAL Y MATERNOINFANTIL

RESUMEN:

La correcta cumplimentación de los registros de enfermería es imprescindible para describir la evolución de los cuidados. Con la finalidad de mejorar los registros y unificar criterios de cumplimentación nos planteamos diseñar y difundir una guía práctica para todo el personal de enfermería.

- Diseñar una guía de registro clínico dirigida a las enfermeras de las diferentes unidades de hospitalización.
- Valorar el contenido y la utilidad de la guía
- Unificar los registros enfermeros

El grupo de supervisores del área de hospitalización diseño y definió el contenido de la guía de acuerdo a los registros estructurados en el sistema de información Gacela Care® . La difusión se realizó en formato papel. Posteriormente se evaluó la guía a través de una encuesta de opinión dirigida a los enfermeras de la diferentes unidades de hospitalización.

Resultados

- Perfil del profesional encuestado: Mujeres (91,1%), edad comprendida entre 31 y 45 años (48,4%), con más de 5 años de experiencia (64,3%). El 51% de los profesionales no estaban ubicados de forma permanente en una unidad de hospitalización.
- Se recogieron 158 encuestas. El 70% de los profesionales puntuaron el contenido de la guía entre 8 y 9 sobre 10. Un 92,9% considero que la guía era ágil para consultarla durante su jornada laboral.

Conclusiones

- Los registros han mejorado notablemente durante todo el proceso de hospitalización.
- Las enfermeras consideran que la guía es de gran utilidad.

AUTORES: EZPELETA VALLS, MARÍA CARMEN; SALMERÓN RAMÍREZ, A; DÍEZ SÁNCHEZ, B; ROCA AMATRIA, E; LORA SAN JOSÉ, C; QUÍLEZ CASTILLO, FJ.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL.



ID: 544

TÍTULO: PROGRAMA DE MEJORA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA. LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL VALL D'HEBRON EN LA MEJORA DE LA ADECUACIÓN.

RESUMEN:

El Hospital Universitario Vall d'Hebron implementó en 2015 el Programa de mejora de la práctica clínica con el objetivo de apoyar a los profesionales para generar y mantener una cultura de mejora continua de la adecuación, mediante la identificación y reducción de prácticas o modelos organizativos innecesarios, inadecuados o de poco valor clínico para el paciente y la promoción de aquellos de valor.

Presentar la experiencia del Hospital Vall d'Hebron en la implementación de un programa dirigido a la mejora de la adecuación de la práctica clínica y los resultados obtenidos hasta ahora.

El programa está liderado por 23 personas procedentes de áreas asistenciales, servicios de soporte, de otras comisiones, de la Dirección y dos epidemiólogas que dan soporte para desarrollar los análisis de adecuación.

Analizamos la adecuación de intervenciones diagnósticas o terapéuticas propuestas por los profesionales, por otras comisiones o por la Dirección asistencial del hospital. El análisis incluye una revisión de la evidencia científica, siguiendo la metodología de revisión rápida y la determinación de la frecuencia de uso de la prestación en el hospital. Este proceso se hace en conjunto con los profesionales. A partir de dicha información se determina la adecuación de la práctica clínica en nuestro hospital y, si se requiere, se diseñan y ponen en marcha acciones de mejora.

Los objetivos y la metodología del programa fueron presentados a los servicios durante el primer trimestre de 2016. La aceptabilidad ha sido en general positiva. Además de pruebas y tratamientos, también hemos analizado la adecuación de interconsultas, la duplicidad de pruebas y la falta de adherencia a protocolos. También, a partir del análisis del flujo de los pacientes que llevamos a cabo actualmente en el proyecto de procesos avanzados del hospital, hemos identificado situaciones de variabilidad en la práctica clínica que nos han llevado a identificar otras prestaciones inadecuadas.

Algunas de las prestaciones analizadas hasta ahora incluyen: abordaje del TEP, uso de anti-VEGF en la degeneración macular, oxigenoterapia intrahospitalaria, rasurado quirúrgico, entre otros. Las acciones de mejora que hemos llevado a cabo incluyen la creación, actualización o modificación de protocolos, modificaciones en los sistemas de información, sesiones informativas, entre otras.

Entre las fortalezas del programa destacan una mayor sensibilización entre los profesionales, reflejado en que cada vez sugieren más temas a revisar y la generación de espacios de diálogo sobre la adecuación de diversas prestaciones. La participación activa de los profesionales asistenciales ha sido fundamental para identificar los temas a trabajar y diseñar las acciones de mejora. El reto sigue siendo diseñar estrategias eficaces que tengan impacto permanente en las actuaciones de los profesionales e involucrar a los pacientes en la reducción de prácticas innecesarias, inadecuadas o de poco valor clínico.

AUTORES: OSORIO SANCHEZ, DIMELZA; BALLESTEROS SILVA, M; ROMEA LECUMBERRI, S.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL VALL D'HEBRON.



ID: 545

TÍTULO: EN NUESTRA ORGANIZACIÓN VAMOS A DISPONER DE PLAN DE RESPUESTA ANTE UN EVENTO ADVERSO

RESUMEN:

En los estudios revisados para el informe “To Err is Human”, la tasa de eventos adversos (EA) en los hospitales oscilaba entre un 4% y un 17%. En España los estudios ENEAS y APEAS iniciaron la información sobre la epidemiología de los EA que hasta entonces no se divulgaban, casi el 10% de los pacientes hospitalizados sufrían un EA y en las consultas de Atención Primaria (AP) el 6,7% de los pacientes sufrían uno al año. Sin embargo hasta 2010 casi ninguna organización sanitaria disponía de un plan para prevenir su impacto. Desde 2014, la web segundasvictimas.es (2ªV), dispara las oportunidades y el interés por tener planificada una respuesta

Establecer un plan que minimice el impacto de un EA en el paciente y su familia, en los profesionales y en la Institución.

Capacitar a los profesionales para afrontar la comunicación de un EA de forma franca con el paciente y dotar de habilidades para ayudar a sus compañeros, implicados en un EA, en la superación de las consecuencias emocionales y laborales.

Nuestro plan para dar respuesta ante la ocurrencia de un EA se basa en dos pilares: a) El compromiso de los directivos y b) la formación de los profesionales para cubrir sus carencias más importantes: la escasa preparación para afrontar la comunicación con los pacientes y con sus compañeros en situaciones adversas. Todo ello impregnado de los valores de respeto, empatía y confidencialidad.

El compromiso de los directivos se articula a través de la obligación de cada Gerencia de disponer de un plan de respuesta ante un EA.

La formación se ha organizado desde el Servicio de Salud entre la responsable de la Estrategia de Seguridad del paciente y las psicólogas del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

Los planes se basan en las recomendaciones para afrontar un EA del libro blanco del IHI, del servicio Gallego de salud y de Osakidetza.

La formación recoge las Recomendaciones de la web 2ªV y utiliza la metodología SPIKES de Robert Buckman para facilitar la información al paciente y el modelo de Reestructuración cognitiva de Albert Ellis para prevenir que un profesional devenga en 2ª víctima. Estas acciones formativas persiguen dar a conocer al profesional estrategias y habilidades de comunicación que les ayuden al reconocimiento y la gestión de las emociones y la información, tanto en la relación con el paciente/y su familia como con los propios compañeros.

Todas las Gerencias tienen un plan para dar respuesta a un EA o están elaborándolo en este momento.

70 profesionales han recibido formación de formadores para afrontar un EA y desplegar el plan y ese conocimiento en cascada en sesiones de centro o de servicio.

La difusión de la Guía y la formación han tenido muy buena acogida, a pesar de ello, la dificultad para hablar y para comprender al otro en situaciones estresantes, no es fácil de manejar, pero el ejemplo de los que empiecen a aplicar las recomendaciones y las habilidades aprendidas será el mejor entrenamiento para toda la organización.

AUTORES: SILVESTRE BUSTO, CARMEN; LAHERA MARTIN, MA; SERRANO DOMINGUEZ, SI.

CENTRO DE TRABAJO: SERVICIO NAVARRO DE SALUD.



ID: 548

TÍTULO: MODELOS COLABORATIVOS Y GESTIÓN DEL TALENTO EN LA IMPLANTACIÓN DE LA NORMA ISO 9001

RESUMEN:

La Consejería de Sanidad de Castilla la Mancha está orientada a la calidad y seguridad del paciente y apuesta por implantación de modelos de gestión, en concreto ISO 9001, desarrollado diferentes estrategias para garantizar una implantación eficiente del mismo.

- Describir diferentes estrategias de implantación de ISO9001 en servicios homólogos del SESCAM.

- Analizar y comparar la inversión de cada una de las estrategias.

Diferenciamos 4 fases de implantación de ISO9001:

Fase 1 (F1): 2008-09 Implantación individualizada, servicio por servicio, en análisis clínicos, microbiología y laboratorio de hematología de 17 hospitales. Recursos de asesoría: 2 profesionales del servicio de calidad y seguridad del paciente (SCSP) y 2 profesionales de dos hospitales.

Fase 2 (F2): 2009-10 Implantación individualizada, a 16 servicios de radiodiagnóstico. Recursos de asesoría: empresas consultoras (EC) y 2 profesionales SCSP.

Fase 3 (F3): 2011-12 Implantación colaborativa con EC, de forma conjunta 16 servicios de farmacia. No se trató de implantar un sistema de calidad "multisite", cada servicio implantó su propio sistema de gestión como en F1 y F2, aunque lo hicieron a la vez y compartiendo información entre ellos. Recursos de asesoría: 2 profesionales SCSP y 1 EC.

Fase 4 (F4): Implantación colaborativa sin EC, en 16 Servicios de Atención al Usuario (SAU). Recursos de asesoría: 2 profesionales SCSP, 2 profesionales de uno de los hospitales.

Todos los servicios obtuvieron la certificación. F4, pendiente de auditoria externa.

Comparativa económica:

F1: No se dispone de información.

F2: 64 jornadas de asesoría de EC y profesional SCSP, 4 a cada servicio de radiodiagnóstico. Cada jornada de asesoría cuesta 300 € EC y 250 € profesional SCSP (prorratio sueldo día + dietas), total 35200 €.

F3: 1 curso, 25 horas a responsables de calidad de farmacia (6800 €). 16 visitas, una por servicio, cada una 300 € empresa y 250 € profesional SCSP (8800 €). Total 15600 €. Reducción de 55.68% respecto a F2.

F4: 1 Curso, 35 horas, a responsables de calidad de SAU (7100 €). 6 visitas, una por servicio, 250 € profesional SESCAM, (4000 €). Total 11050 €

Reducción de 29,16% respecto a F3 y de 68,6% respecto a la F2.

La combinación del modelo colaborativo y la gestión adecuada del talento ha resultado ser el más eficiente

Otras ventajas observadas:

- Promueve comunicación, interacción y coordinación entre servicios de distintas gerencias.
- Facilita la implantación al realizar entre todos la documentación y cambios de ISO 9001.
- Favorece bestmarking, al intercambiar información durante la implantación.

AUTORES: ALCAZAR CASANOVA, FELIX¹; TEBAR BETEGON, M²; CERCENADO SORANDO, S³; TEJERO GONZALEZ, M⁴

CENTRO DE TRABAJO: CONSEJERIA DE SANIDAD¹; GERENCIA DE CIUDAD REAL²; CONSEJERIA DE SANIDAD³; CONSEJERIA DE SANIDAD⁴.



ID: 549

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE TRIAGE DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

RESUMEN:

Datos de la encuesta de calidad percibida en urgencias revelan que un número importante de pacientes percibe esperar más de 15 minutos para ser atendido por un sanitario. Los pacientes refirieron que sólo un 45,3% esperó menos de 15 minutos para ser atendido, frente al 57,6% de la media del SMS, y el 63,3% del mejor hospital del SMS.

El servicio de urgencias cuenta con un sistema de distribución de nuevos pacientes entre los facultativos aleatorio y basado en el orden de admisión, suponiendo esto un riesgo para la seguridad del paciente al no ser tomada en cuenta la gravedad del paciente.

Estas circunstancias son percibidas como una oportunidad de mejora, lo que lleva a iniciar un proyecto que permita disminuir el tiempo para la primera atención por parte de personal sanitario, y que una vez valorado se atienda a los pacientes en función de la gravedad de su motivo de consulta. Además nos proponemos describir las características de los usuarios del servicio de urgencias en cuanto a motivos de consulta y gravedad.

Se crea un grupo de trabajo coordinado por la Unidad de Calidad y el Supervisor de Área con participación de profesionales de todas las categorías del Servicio de Urgencias que debe revisar las causas de insatisfacción con el tiempo de espera en urgencias, evaluar los diferentes sistemas de triage disponibles en nuestro entorno con criterios de validez, fiabilidad y coste. Este grupo debe además tener en cuenta la integración del sistema de triage con el aplicativo de historia clínica.

Una vez evaluados los diferentes sistemas de triage, se decide la implantación de la adaptación llevada a cabo en el Área II, se trata de un triage realizado por enfermería integrado completamente en el aplicativo de historia clínica, lo que supone un reducido coste.

Se hace un rediseño funcional de los circuitos de trabajo y visualización de pacientes en historia clínica en el ámbito de urgencias, y una actualización de registros.

En los 4 meses siguientes a la implantación del sistema de triage se han valorado al 96,44% de pacientes atendidos en urgencias (14.359), precisando una segunda valoración 641 pacientes 0,05%. En cuanto a la gravedad el 0,05% fueron emergencias vitales (rojo), el 3,91% emergencias (naranja), 48,94% urgencias (amarillo) y 47,09% menos urgentes (verde y azul). Las categorías sintomáticas más prevalentes han sido lesiones y traumatismos 19,06%; síntomas abdominales y digestivos 13,83%; Disnea y problemas respiratorios 9,81%.

La implantación de un sistema de triage posibilita una primera valoración por un profesional sanitario en los primeros minutos tras la admisión en urgencias.

El triage realizado por enfermería ofrece resultados seguros y rápidos.

El perfil de usuario del servicio de urgencias es un paciente menos urgente que consulta por lesiones / traumatismos o por problemas abdominales.

Tareas pendientes:

1. Rediseñar la distribución de profesionales en el servicio
2. Monitorizar los tiempos de atención en urgencias

AUTORES: LOPEZ GARCIA, JUAN ANTONIO; MARTINEZ ARAN, TJ; MARIN BUENDIA, A; PEREZ FLORES, E.

CENTRO DE TRABAJO: ÁREA IV-NOROESTE.



ID: 550

TÍTULO: PROYECTO 'SIN DOLOR' PARA PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA

RESUMEN:

Con periodicidad anual, el Servicio Madrileño de Salud encuesta a sus pacientes incorporando una pregunta en su encuesta, relacionada con el dolor. En comparación con los resultados obtenidos en otras cuestiones valoradas, esta pregunta en concreto no obtiene buenos resultados. Los pacientes consideran que no se les cuida bien el dolor o, al menos, no todo lo bien que a ellos les gustaría. Es por ello que, desde el Comité de Atención al Dolor del Hospital General de Villalba, nos planteamos un proyecto piloto para preguntar a nuestros pacientes de Cirugía General y Digestivo qué opinaban sobre el tratamiento que se les proporcionaba sobre su dolor y si podían indicarnos en qué mejorar. En dicho trabajo han participado el personal facultativo de Cirugía General y Digestivo y los profesionales de enfermería, impulsados por el Comité de Atención al Dolor del Hospital,

Identificar oportunidades de mejora para que nuestros pacientes se sientan satisfechos con el tratamiento que les hemos proporcionado para su dolor

Revisión de la valoración de la EVA con la periodicidad establecida en protocolo. Elaboración de informe.

Análisis de la información obtenida para establecer los circuitos y mecanismos necesarios para que nuestros pacientes no tengan dolor

En definitiva, el objetivo principal es que los pacientes que atendemos en nuestro Hospital no tengan dolor en ningún momento

Análisis y aprobación del Comité de Atención al Dolor

Definición de las cuestiones que queremos conocer acerca del dolor que sienten nuestros pacientes durante su estancia en hospitalización

Pilotaje sobre los pacientes de Cirugía General y Digestivo y extrapolación posterior a los de Traumatología

Análisis de resultados

Establecimiento de acciones de mejora

Muestra de pacientes: 65

Período de ingreso: Noviembre 2016 a febrero 2017

Aunque los resultados son buenos en general, debemos mejorar en lo que a la información se refiere por parte de todos los profesionales implicados. Los ítems que nos permiten mayor margen de mejora son los relacionados con ella; por ejemplo, información facilitada sobre la importancia de tomar los calmantes prescritos para controlar el dolor. También debemos mejorar en la valoración del dolor a nuestros pacientes y otros criterios sobre los que debemos trabajar en coordinación los profesionales médicos y de enfermería identificados como otras oportunidades de mejora tras el análisis de la información obtenida.

AUTORES: GRACIA MARTÍNEZ, JOSÉ LUÍS; GUADALAJARA LABAJO, H; FRAILE VILARASA, MJ; SILGADO MANSILLA, M; AGUILAR SERRANO, A; ALFARO CADENAS, L.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA.



ID: 551

TÍTULO: PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE LA REALIZACIÓN DE ECOGRAFÍA ABDOMINAL EN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA MIXTO (RURAL/ PLAYA)

RESUMEN:

La ecografía es una tecnología de diagnóstico por la imagen ampliamente utilizada por diferentes especialidades médicas.

Está demostrada su seguridad pues es una técnica que no expone a los pacientes a radiaciones ionizantes y tiene una alta sensibilidad.

Diversos estudios han demostrado que la ecografía aumenta la capacidad de resolución y efectividad de las actuaciones en la atención a la salud de los pacientes.

Evaluar el proceso inicial de implantación (4 primeros meses) de la ecografía realizada por los médicos de familia en su propio centro como cartera de servicios en Atención Primaria. Tiempos de espera y resultados obtenidos.

El ámbito geográfico del área de salud es: 1 CAP rural, 1 CAP playa y 3 consultorios rurales. Con una distancia media al Hospital de Referencia de entre 20 y 35 km. Con una población total de 13273 habitantes.

Se ha realizado la formación en Ecografía Abdominal de dos Médicos de Familia del Área de Salud mediante la realización de un curso reglado con prácticas tutorizadas. Se ha dotado al Centro de un ecógrafo.

Se realizó un circuito para la implantación de ecografías abdominales en nuestro centro. Un administrativo se encarga hacer recordatorio de la cita y preparación correcta 24 h antes de la prueba. Se ha creado una agenda específica de ecografías donde el máximo citado es de 8 pacientes. Una ecografía cada 30 minutos. El tiempo de espera para realización de ecografía antes de la implantación de la Ecografía en el centro era de entre 3 y 5,5 meses.

En los primeros 4 meses(febrero–Junio2017) se han realizado 104 ecografías abdominales (52 hombres, 52 mujeres) Por rangos de edad las edades más frecuentes son de 31-50 (40) de 50-70 (39), de más de 70 (27)

Los motivos/resultados más frecuentes:

- Patologías digestivas (52) : Esteatosis hepáticas (30), Litiasis vesícula biliar(7) hemangiomas hepáticos (2)

-Patología urinaria (42) quistes renales (19), Hidronefrosis(3), Tumores vesicales(3); Hipertrofias prostática(19); Cálculos renales(6) .

-Otras patologías (10). Estudio de la aorta: descartar aneurismas de aorta. (2)

- Resultado ecográfico dentro de la normalidad (27)

El tiempo máximo de espera ha sido inferior a 2 meses.

La realización de ecografía abdominal en Atención Primaria y las Unidades de Diagnóstico Rápido han permitido la pronta resolución de patologías de vital importancia para el paciente.

La ecografía supone:

- La visión clínica del médico de Familia ayuda a aumentar la capacidad resolutoria de la ecografía.

- Un avance en Atención Primaria aumentando la capacidad resolutoria del médico de familia.

-La formación y adiestramiento de los profesionales produce un mayor rendimiento y precisión en los procesos de diagnóstico por ecografía.

- Mejora la satisfacción tanto de profesionales como de ciudadanos.

-Evita los desplazamientos fuera de su área

-Acorta los tiempos de espera.

AUTORES: ALBIOL LLUIS, RAFAEL1; SAGARRA ALAMO, R2; DIEZHANDINO HERRERO, P3; MORA GILABERT, N4; GARCIA CASTRO, F5; VILA RODRIGO, R6.

CENTRO DE TRABAJO: ABS MONTROIG DEL CAMP.



ID: 552

TÍTULO: CADUCIDADES DE LOS FÁRMACOS EN EL MÓVIL, IGUAL A CADUCIDADES ZERO.

RESUMEN:

En las farmacias de las Gerencias de atención Integrada y en las de los Hospitales existen sistemas informáticos que dispensan los fármacos en cantidad y seguridad óptima a los servicios de especializada y a los centros de Salud. El verdadero riesgo de poner un fármaco caducado es en el Servicio de Hospital donde existe un stock o en los botiquines de los centros de salud. Estos son los lugares donde se está en contacto con el paciente y donde verdaderamente se puede administrar un fármaco caducado. Por el numero de servicios y centro de salud, no se puede tener estos sistemas informáticos de alto coste, que controle las caducidades. Pero si en todas las plantas y centros existen ordenadores donde creando una base de datos o Excell. u Hoja calc. que detecte de forma automática con un mes o el tiempo que nosotros estimemos apropiado que presentaciones farmacéuticas van a caducar y que lo veamos a través del teléfono móvil para evitar su administración.

Aumentar la seguridad del paciente en la administración de fármacos al tener sus caducidades en el móvil en tiempo apropiado.

Optimizar los recursos y emplearlo en otras áreas de investigación, seguridad o calidad.

Minimizar el riesgo al reducir la dificultad del trabajo y la fatiga en la revisión a través de usar la base de datos para detectar las caducidades.

Se lleva al móvil la herramienta informática mediante un dispositivo web esta herramienta relaciona la fecha del ordenador con la celda del fármaco y determina el color de la celda en rojo si caduca el mes entrante, en amarillo si es el siguiente mes y se mantiene en verde si la fecha de caducidad cumple a los dos meses. De tal manera que el último día del mes a las 0:00 cuando pasa al mes siguiente, de forma automática y sin tener que hacer nada se produce el cambio de colores según la caducidad del fármaco.

La Evaluación Inicial se hizo a través de un estudio descriptivo retrospectivo de las presentaciones de principios activos caducadas en los seis últimos meses tomando como fuente de información la revisión de los botiquines de stock y cajetines de medicación in situ y revisión del informe que emite el servicio de farmacia de la GAI de los últimos tres últimos años donde se valora caducidades, excesos de medicación orden y siendo en cumplimiento en 2015: 85,71 %- 2016 78,57 % y en la actualidad del 2017 87,71% de los requisitos de farmacia.

A través del móvil, vemos en tiempo apropiado y de forma automática, las caducidades de los fármacos por colores.

Mayor seguridad si tenemos una herramienta informática de detecta caducidades.

Podemos administrar primero lo que va a caducar.

AUTORES: BARRIOS GARCIA, RAMÓN; CALLE CAMINERO, R; DOMINGUEZ MORALES, M; GOMEZ DEL VALLE, L; MORENO QUINTANILLA, J; SANCHEZ GIMENEZ, V.

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD BOLAÑOS DE CVA.



ID: 553

TÍTULO: ELABORACIÓN DE UN LIBRO DIGITAL (E-BOOK) PARA EL PACIENTE CON COXARTROSIS

RESUMEN:

La comunicación es la pieza básica en la relación médico-paciente. El paciente tiene derecho a recibir la máxima información sobre la artrosis de cadera (coxartrosis) para poder entender qué le ocurre y adquirir cierta autonomía que le permita participar en las diferentes opciones terapéuticas. Un paciente bien informado es un paciente satisfecho, colaborador, involucrado con su enfermedad y seguro, lo cual se manifiesta en una más rápida y mejor recuperación.

Transmitir al paciente remitido a la consulta de traumatología con coxartrosis en qué consiste esa enfermedad y cuáles son los diferentes tratamientos a través de un libro digital multidisciplinar.

Se redacta un libro digital en el que se explica qué es la artrosis de cadera, cuál es su clínica, qué posibles tratamientos existen (conservador y quirúrgico) y en qué consisten cada uno de ellos. Con el soporte de imágenes reales, tomadas en el propio Hospital San Jorge, se aborda cómo evoluciona la enfermedad y cómo planificar una futura intervención quirúrgica y la recuperación posterior. Los autores del libro han sido: pacientes, traumatólogos, anestesistas, rehabilitadores, radiólogas, fisioterapeutas, enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos de radiología y celadores. Es decir, todos los que coordinadamente participan en el proceso de coxartrosis.

En la consulta de traumatología se recomienda al paciente y/o familiares que consulten este libro. La publicación está disponible en la librería del Hospital San Jorge mediante préstamo gratuito. Una vez leído el paciente puede consultar sus dudas en las siguientes consultas o durante la hospitalización.

En este proyecto se ha optado por elaborar una publicación próxima al paciente, con un lenguaje adaptado y asequible. Los autores demuestran un compromiso con el centro en el que trabajan y el usuario reconoce esta cercanía. Las ilustraciones rebajan el miedo a lo desconocido que puede despertar una intervención de estas características y, en general, el libro digital implementa la calidad asistencial de uno de los procesos más frecuentes en nuestra sociedad.

AUTORES: LLORENS EIZAGUERRI, MARÍA¹; REMARTÍNEZ FERNÁNDEZ, JM²; BLASCO SERÓN, MT³; OLIVER FORNIÉS, P⁴; LOSCOS GIL, MP⁵; TIRAPU CORERA, J⁶.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL MAZ¹; HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET²; UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA³; HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET⁴; HOSPITAL MAZ⁵; UME⁶.



ID: 554

TÍTULO: CICLO DE MEJORA DE LA ATENCIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS DE UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN

RESUMEN:

Tras evaluar el origen y el tiempo de espera de los pacientes que atendía el servicio de rehabilitación de nuestro hospital como primera visita, se detectó un circuito reverberante entre las especialidades de traumatología, rehabilitación y reumatología. Esto entorpecía su atención, elevando el tiempo de espera a más de 90 días para un gran número de ellos y propiciaba un retardo en el diagnóstico y tratamiento.

Realizamos estudio descriptivo de la actividad asistencial en el servicio de rehabilitación (RHB) de nuestro hospital (marzo 2015-2017)

Los objetivos fueron disminuir los tiempos de espera de primeras consultas y optimizar la gestión de interconsultas al servicio de RHB.

Los cambios introducidos fueron los siguientes:

Marzo 2015: se incorporó un facultativo especialista de rehabilitación en el centro de especialidades y se estableció un protocolo de derivación a las especialidades relacionadas con el aparato locomotor.

Enero 2016: se informatizaron todas las hojas de interconsulta

Marzo 2016: se introdució un segundo facultativo de rehabilitación

Enero 2017: se destinaron 3 huecos por consulta para atender en el mismo día a pacientes mal derivados a traumatología

Se realiza un estudio descriptivo sobre actividad asistencial durante el periodo antes citado

Las variables de gestión sometidas a estudio fueron: pacientes incluidos en la lista de espera estructural del servicio de RHB, tiempo de espera en consultas, demanda asistencial recibida, pacientes atendidos y altas realizadas. Se aplicó un análisis descriptivo

Reducción progresiva de pacientes en lista de espera estructural con respecto al año 2015, con un promedio de 1288 ± 37 (946, 1902) pacientes por mes (entre abril de 2016 y marzo de 2017)

El número de pacientes en lista de espera más 90 días se redujo un 78% entre abril de 2016 y marzo de 2017, con un promedio mensual de visitas pendientes de atención de 474 ± 395 . Para el mismo periodo, la espera media de atención en consultas externas de primeras visitas se redujo prácticamente un 50% pasando de 53 a 27 días.

En los seis primeros meses de implantación de la citación electrónica no quedó ningún paciente pendiente de asignación de cita.

En abril de 2016 se objetivó un incremento del 17% en la solicitud de atención en consultas externas: 2780 pacientes, respecto al total de consultas realizadas en los 12 meses previos. El número de primeras visitas atendidas y el de altas del proceso "atención en consultas externas", en el mismo intervalo, se situó sobre el 27% (3.670 pacientes) y el 31% (5.549 pacientes), respectivamente.

Los tiempos de espera para atención en consultas externas se redujeron prácticamente a la mitad.

La informatización del proceso de citaciones ha permitido que ningún paciente remitido a rehabilitación se encuentre pendiente de citación

La capacidad de respuesta y resolución de procesos se ha incrementado en relación a la actividad previa registrada.

AUTORES: CRESPO SÁNCHEZ, JOSEFINA; SEVILLA HERNANDEZ, E; GARROTE MORENO, L; AMORÓS RIVERA, S; PALAZON MORENO, A; ALCARAZ MARTINEZ, J.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL MORALES MESEGUER.



ID: 555

TÍTULO: DIFUSIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES MENSUALES POR TEMAS DE INTERÉS E IMPACTO LOCAL

RESUMEN:

Buscar temas de impacto y actuales que sean necesidades de los usuarios son en nuestro centro una prioridad para la mejora en la difusión de la información en la sociedad, una educación correcta de nuestros pacientes y una implicación de los mismos en su proceso de curación

Diseñar un programa de difusión y formación para la salud y la promoción de hábitos saludables a la sociedad.

Dar respuesta a las diferentes necesidades y expectativas de los usuarios.

Implicar a la sociedad en la innovación y en la generación de ideas de mejora continua.

Implicar al centro en la sociedad mediante la realización de actividades para el desarrollo de la salud y fomento de los hábitos saludables.

Promover la importancia de la formación continuada entre los profesionales.

Implicar y aproximar a los profesionales a los futuros, presentes y pasados usuarios

Elaboración de un programa de difusión de temas de impacto en la sociedad y relacionados con las patologías que se tratan en el centro

Se elaboro un guión de actividades a realizar/organizar:

Creación de un punto de información

Elaboración de pósters y folletos informativos

Formación al personal de centro, usuarios y centros formativos del área de influencia del centro

Actividades prácticas de mejora de la praxis de los profesionales y en los usuarios para fomentar los hábitos saludables y la implicación de ellos en su proceso de curación

Después de cada actividad se realiza una recogida y análisis de la misma:

Valoración de asistencias mediante un control por firmas

Encuesta de valoración de los conocimientos previos y posteriores a la formación y de la calidad de la formación impartida

Se elabora un documento de donde saldrán acciones de mejora para las próximas actividades a realizar

El 2016 se realizaron:

39 actividades de formación interna y 63 de externa

Un total de 2401 horas de formación interna y 4364 horas de externa

34 actividades de docencia. Con un total de 82 horas

Las competencias con mayor actividades fueron las de relaciones y equipo, calidad y seguridad del paciente

Se formaron un total de 183 profesionales de diferentes categorías

6 actividades dirigidas a la sociedad

Se elaboro un cuento "La Laia es renta les mans" y se realizaron dos salidas a los colegios para la concienciación sobre la importancia de la higiene de manos y se formaron un total de 104 niños de edades comprendidas entre 4y 5 años

Las encuestas de satisfacción dan un promedio de puntuación de 7,76

La formación de profesionales y pacientes es la base de todo conocimiento, la actualización de los mismos permite mejorar y garantizar la seguridad del paciente.

La implicación del centro en los grupos de interés externos (pacientes) y internos (profesionales) la creación de herramientas de planificación para comprender, anticipar y dar respuesta a las diferentes necesidades de los grupos es la clave del éxito de este proyecto

AUTORES: CAUDET BAIGES, MARIA CARMEN; PLA SABORIT, LU.

CENTRO DE TRABAJO: CLINICA TERRES DE L'EBRE.



ID: 556

TÍTULO: MEJORA DEL REGISTRO Y GESTIÓN DE AVERIAS EN UN ÁREA BÁSICA DE SALUD

RESUMEN:

El área básica consta de 2 CAPs (1 rural, 1playa) y 3 consultorios rurales.

ES un ABS disperso, que conlleva el registro de averías en 5 centros, con averías en: materiales de electro medicina, climatización, plagas e infraestructuras en general. La dispersión es de media 10 km respecto al centro de cabecera.

El responsable del registro y gestión de averías es el Referente de Gestión.

Comunicación más efectiva y real de las averías detectadas

Registro de averías y control de las reparaciones

Evitar viajes innecesarios al personal de mantenimiento

Conocimiento en tiempo real del estado de las averías

Cuando se visualizaba una avería, se avisaba al RG, mediante cualquier método: Telefónicamente, papel escrito en el despacho de cada centro, conversación verbal...En ocasiones no detallaban de manera adecuada el problema para llevar a cabo un diligente registro en los aplicativos de averías para su posterior solución.

Para conocer la situación y/o la solución de las averías, se procedía de la misma manera: llamadas telefónicas, papeles escritos sobre mesas de despachos, conversaciones...

La situación implicaba muchos problemas: El RG no puede estar presente en los 5 centros para realizar un buen registro .Perdida de información, incompleta o incorrecta, pérdida de notas, falta de conocimiento sobre la resolución o no de la avería . Posibles fallos en la confidencialidad de los datos.

En Marzo 2017 se inicia un nuevo procedimiento con la intención de evitar y subsanar los problemas detectados.

Se crea un documento Excel específico para el registro. Este documento se encuentra ubicado en la unidad Z, a la que tienen acceso todos los profesionales del área.

Procedimiento:

Lo dividiremos en 3 fases

1ª Detección/Comunicación (Profesional que la detecta) Debe rellenar los apartados: Fecha de observación, centro, ubicación dentro del centro, persona que detecta y descripción de la avería

2ª Registro /Gestión (RG) la incluye en el aplicativo correspondiente. En el Excel quedara como resuelta en nuestro centro. Controla la situación de averías anteriores anotando en el Excel si están en fase de subsanarse.

3ª Resolución: Cuando la avería esta solucionada se registra la fecha .

Para una rápida visualización se asigna un código de colores a las diferentes situaciones posibles

Amarillo: Avisados y no solucionados

Verde: Solucionados

Blanco: Pendientes de tramitación.

Rojo: Anulaciones

Desde la implantación tenemos 74 notificaciones. 62 resueltas 12 en trámite y 2 anulaciones

Se ha reducido en porcentaje de extravíos de notificaciones de averías

Buena comunicación y mejora de la calidad de las notificaciones

Buena organización por parte del encargado del registro

Visualización instantánea por parte de todo el personal del estado de una avería.

No hay fisuras en cuanto a confidencialidad

Se evitan la duplicidad de viajes por parte de los servicios de mantenimiento.

AUTORES: DIEZHANDINO HERRERO, PILAR; GURRERA PALACIOS, C; COTS MORENILLA, M; RODRIGUEZ SOLER, C; PINEDA RIGAU, T; ALVAREZ SOLER, E.

CENTRO DE TRABAJO: ABS MONTROIG DEL CAMP.



ID: 557

TÍTULO: DISEÑO DE UN CIRCUITO PARA GARANTIZAR EL USO SEGURO DE LOS GASES MEDICINALES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

RESUMEN:

Los errores de medicación son los más frecuentes en la bibliografía sobre seguridad del paciente. Los gases medicinales (GM) no siempre se tratan como medicamentos, por lo que con frecuencia olvidamos los riesgos de su uso. A raíz de un error de administración de un GM a un paciente pediátrico, surge la necesidad de mejorar la seguridad de su uso en el hospital.

Garantizar el uso seguro de los GM en el ámbito hospitalario mediante el análisis de la situación de éstos en el hospital y la redefinición del circuito de utilización de los mismos.

Se realizó un análisis causa-raíz del evento centinela con la participación de los Servicios de: Farmacia, Ingeniería, Medicina Preventiva y Pediatría. Se examinó la situación del uso de los GM y se identificaron distintos puntos de mejora para cada una de las fases del circuito de utilización de estos GM en el hospital, que disminuyera la probabilidad de repetición del evento, así como la de otros incidentes relacionados.

Almacenamiento: se ordenaron los cuatro almacenes, separando los 5 GM (oxígeno, heliox, óxido nitroso, óxido nítrico y aire medicinal) de los de uso industrial. Se diseñó cartelería mostrando el nombre del gas y el aspecto de la botella según la legislación vigente.

Prescripción: Se incluyeron 6 protocolos para la prescripción de GM: neonatología (oxígeno, heliox, óxido nitroso y óxido nítrico), pediatría (oxígeno, heliox y óxido nitroso), uci pediátrica (oxígeno, heliox, óxido nítrico y óxido nitroso), pediatría urgencias broncoespasmo (oxígeno), pediatría urgencias bronquiolitis (oxígeno) y pediatría urgencias laringitis (heliox). Incluían recomendaciones para la administración y advertencias sobre la monitorización del paciente.

Administración: Se colocaron 72 pósters en las unidades clínicas con recomendaciones para la correcta identificación y administración:

Identificación:

Etiqueta con nombre del medicamento, lote/sublote y fecha de caducidad

Etiqueta "banana": características de riesgo y seguridad aplicables a cada producto, recomendaciones de uso, pictogramas de peligro y composición del gas

Cruz de Ginebra

Colores en las botellas: Oxígeno (Ojiva blanca, cuerpo blanco), aire medicinal (Ojiva blanca, franja negra, cuerpo blanco), óxido nítrico (Ojiva verde aguamarina, cuerpo blanco), óxido nitroso (Ojiva azul oscuro, cuerpo blanco) y heliox (Ojiva blanca, franja marrón, cuerpo blanco)

Todas las botellas deben llevar la letra "N" marcada dos veces en puntos opuestos sobre la ojiva de la botella y de un color distinto al de los colores de ésta.

Administración:

Cada GM dispone de un sistema de acoplamiento diferente: antes de administrar el gas hay que comprobar que el acoplamiento es el correcto

Es necesario asumir que los gases también son medicamentos, aunque su almacenamiento esté fuera del Servicio de Farmacia.

La gestión de los gases medicinales en el hospital depende de múltiples profesionales, por lo que es más complejo su control.

AUTORES: DÍAZ REDONDO, ALICIA¹; AMOR GARCÍA, MA²; IBÁÑEZ GARCÍA, S³; HERRANZ ALONSO, A⁴; SANJURJO SÁEZ, M⁵; ,6.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN.



ID: 559

TÍTULO: CARACTERIZACIÓN DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTES EN UN SANATORIO

RESUMEN:

En la atención de salud lo primero es no hacer daño, 'primun non nocere'. Implica evitar, prevenir o disminuir los incidentes de seguridad que pueden darse en el proceso de atención.

Recopilar información relativa a los problemas de seguridad del paciente ya sea a través de lo que el personal percibe o identifica, hasta otras fuentes más avanzadas como Global trigger tool (GTT) permite utilizar esta información para crear mejoras en los procesos, actitudes y estructuras a fin de reducir la probabilidad de la repetición del mismo tipo de incidente. Asimismo sirve como aprendizaje de los errores cometidos y diseminar lecciones aprendidas a fin de crear una cultura proactiva hacia la identificación y detención de otros errores y facilitar la adopción de estrategias de seguridad establecidas.

Caracterizar los principales Incidentes de Seguridad del paciente en los pacientes en un Sanatorio. Diseño descriptivo, retrospectivo y transversal.

La población está conformada 1516 Incidentes de Seguridad del paciente obtenidos desde noviembre del 2013 hasta mayo del 2017.

En esta institución existen reportes voluntarios para todos los incidentes de seguridad del paciente a través de diferentes medios como email, programa Loyal, entre otros. Asimismo los incidentes son captados a través de global trigger tool que se empezó a utilizar en enero desde el 2017. Los eventos centinelas son reportados en forma obligatoria por los Jefes de Servicio.

Los incidentes son categorizados según el "Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, Versión 1.1"

El análisis estadístico se realizó con el programa StataMP 14.1

Los incidentes de seguridad del paciente fueron obtenidos por diferentes métodos, siendo los principales a través de email (59%), software Loyal (23%) y GTT (4,5%) que se empezó a realizar desde enero del 2017.

En relación a nivel de daño se obtuvo: near miss (29%), ninguno (58,1%), leve (10,1%), moderado (2,5%) y entre grave y muerte (0,3%)

Los principales reportantes fueron del área de Enfermería (52%), Médicos (16%), Seguridad del paciente a través de GTT y recorridas (10%), Dirección (5,8%) y Farmacia (3%)

Los incidentes más frecuentes están relacionados con Medicamentos (28,1%), Proceso/Procedimiento clínico (21,7%), Administración clínica (19,9%), Accidentes de pacientes (12,9%).

El proceso más frecuente de Medicamentos fue de Prescripción (8,1%), Dispensación (8,1%) y Administración (6,9%); siendo el Problema más frecuente: Dosis o frecuencia errónea (10%), medicamento erróneo (4,8%) y Omisión de medicamento o dosis (4,6%).

Éstos incidentes permite determinar las principales fallas en los procesos pudiendo ser utilizados para generar mejoras con el fin de prevenir eventos adversos hacia los pacientes.

AUTORES: CABRERA, WILLEN.

CENTRO DE TRABAJO: SANATORIO FINOCHIETTO.



ID: 560

TÍTULO: HIGIENE DE MANOS: VEO, VEO... ¿QUÉ VES?

RESUMEN:

La observación directa es la estrategia más efectiva para fomentar el cumplimiento de la higiene de manos (HM). El fin de las observaciones no es medir la adherencia a la HM; sino que (a base de repetidas observaciones) se pretende que los profesionales interioricen esta buena práctica. Con la retroalimentación inmediata tras cada observación, se contribuye a la formación sobre la correcta aplicación de la HM.

1. Evaluar el resultado de los estudios observacionales sobre la HM de los profesionales sanitarios, de acuerdo con “el modelo de los 5 momentos de la OMS”.

2. Diseñar un plan de actuación específico (actividades formativas, recordatorios, programas motivacionales, etc.) en función de las necesidades detectadas entre los profesionales observados, para lograr una mejorara eficaz y sostenida de la HM.

Se diseñó una metodología basada en la “Estrategia 3/3” del Dr. Mestre. Se realizó la observación directa -durante el trabajo habitual- de los profesionales sanitarios (personal de enfermería, médicos, MIRes y estudiantes) de 2 Unidades de Hospitalización de Medicina Interna de un Hospital Comarcal, con retroalimentación posterior inmediata. Los 5 observadores (enfermeros/as) recibieron formación específica. Se realizaron un total de 40 observaciones (20 minutos/observación) durante 6 meses, utilizando el “Formulario de observación de la OMS”.

En las 40 observaciones se identificaron 296 oportunidades para realizar la HM y 297 indicaciones (según los 5 momentos de la OMS). La “oportunidad” aparece siempre que se produce la necesidad de realizar la acción de HM. Esta necesidad puede derivarse de una o varias “indicaciones/momentos” para la HM. Es decir, que cada oportunidad requiere una única acción de HM, tanto si la indicación es única o múltiple.

Las indicaciones más frecuentes fueron antes de tocar al paciente (39,73%) y después del contacto con el paciente (34,68%). El 72,76% de las acciones de HM realizadas por los profesionales observados fueron correctas. El mayor porcentaje de errores se produjo antes de la maniobra aséptica (47,83% de acciones incorrectas, por omisión). Existen diferencias por categoría profesional; siendo los MIRes y las auxiliares de enfermería los que realizaron la HM en la mayoría de ocasiones en las que estaba indicada. El mayor nº de errores se identificó entre estudiantes de enfermería y médicos.

Actualmente nos encontramos diseñando una “Estrategia de Intervención ad hoc” que haga hincapié en la corrección de los errores detectados. Tras la implantación de la estrategia, en las Unidades objeto de estudio, se planificarán nuevas observaciones. Se compararán los resultados obtenidos antes y después de las acciones llevadas a cabo para mejorar la HM.

AUTORES: PINO DOMÍNGUEZ, LARA; ÁLVAREZ ANDRÉS, S; SÁNCHEZ CALLE, D; GONZÁLEZ MARTÍNEZ, OM; CAYÓN GAMA, P; RODRÍGUEZ GARRIDO, MM.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL SIERRALLANA.



ID: 561

TÍTULO: DOLOR INTENSO Y ANALGESIA DE RESCATE ADMINISTRADA

RESUMEN:

Las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la detección y valoración del dolor. La medida precisa del dolor está descrita como una intervención esencial en la provisión de cuidados de calidad. En la actualidad el dolor es uno de los principales indicadores de evaluación que forman parte de los planes de cuidados estandarizados en el ámbito hospitalario.

Identificar la incidencia de dolor intenso y los patrones de manejo en la administración de analgesia de rescate en pacientes hospitalizados según los registros electrónicos realizados por enfermeras que emplean la terminología ATIC.

- Diseño: Observacional, descriptivo, retrospectivo.

- Ámbito: Centro asistencial de carácter público que atiende a pacientes de alta complejidad, población de referencia de 800.000 personas.

- Sujetos de estudio: Pacientes ingresados en las unidades d

Resultados

- De los 17099 episodios atendidos en 2016 (Estancia media de 7,75 días - índice de reingreso: 6,5%) el 99,99% tenían valoración del dolor.

- La incidencia de episodios de dolor intenso fue del 5% (5'1% de especialidades médicas y 6'3% quirúrgicas).

- La muestra de episodios de dolor intenso estudiados fue de 76. La edad media de los pacientes fue de 55,19 \pm 21,7 años, 59,2% (45) de sexo femenino. La estancia media fue de 11,7 días y el índice de reingreso del 10,5%. El valor medio de EVA registrado en la detección del dolor intenso fue de 7,78 \pm 0,97 y en la revaluación posterior a la aplicación de analgesia de 2,58 \pm 1,5.

- El 49,3% de los episodios de dolor intenso se les aplicó analgesia de rescate y al resto la pauta prescrita previamente.

- El registro de los episodios de dolor intenso y su posterior revaluación se realizó en un 45,3% en el formulario estructurado de registro de variables clínicas y en el curso clínico, en un 33,3% el registro se realizó solamente como variable clínica y el 21,4% exclusivamente en el curso clínico o informe de enfermería.

Conclusiones

- El registro en el control del dolor es cercano al 100%.

- Existe un amplio margen de mejora en el registro de la revaluación después de un episodio de dolor agudo.

- Los registros electrónicos realizados por enfermeras que emplean la terminología ATIC son útiles para impulsar la valoración del nivel de dolor, definir intervenciones y reevaluar los resultados obtenidos.

AUTORES: QUÍLEZ CASTILLO, FRANCISCO JOSÉ; BARBERA LLORCA, MA; ALONSO FERNÁNDEZ, S; BARROSO CASTAÑO, P; ANDRÉS MARTÍNEZ, IM; MARTÍ CARRASCO, N.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO GERMANS TRIAS I PUJOL.



ID: 562

TÍTULO: SESION INFORMATIVA Y RHB PRECOZ EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS DE PROTESIS DE CADERA CON CIRUGIA FAST-TRACK

RESUMEN:

Creemos que la sesión informativa que se imparte a los pacientes y acompañantes que van a ser intervenidos de artroplastia de cadera mediante cirugía fast-track los involucra totalmente en su posterior rehabilitación siendo ésta más satisfactoria; además con este tipo de cirugía disminuimos los días de estancia en el hospital y con ello los costes económicos que supone.

Los objetivos del presente estudio son mostrar a pacientes y acompañantes en qué va a consistir la cirugía, así como su estancia en el hospital y por supuesto su rehabilitación; la importancia de aprender unos sencillos ejercicios a realizar en el domicilio hasta el día de la intervención. Además de conseguir resolver dudas que puedan tener y las preocupaciones lógicas que puedan aparecer ante esta situación que van a enfrentarse.

Se citaron a 42 pacientes junto con sus acompañantes (mayor de edad responsable del paciente) que iban a ser intervenidos de prótesis de cadera mediante cirugía fast-track. Se repartieron en tandas de cuatro o cinco pacientes junto con acompañante un mes antes de la operación aproximadamente. Al inicio de la sesión se valoró individualmente el balance articular, el balance muscular y el dolor que presentaban mediante escala EVA y WOMAC; también se valoró la ansiedad que presentaban ante la hospitalización, enfermedad, cirugía, anestesia y resultados mediante unas sencillas preguntas. En esta sesión se enseñaban individualmente unos ejercicios que el paciente debía realizar en domicilio hasta el día de la cirugía y se presentaba el plan post-cirugía. Al final de la sesión volvíamos a valorar la ansiedad.

Los resultados nos muestran la gran aceptación de este programa. La sesión informativa se valora positivamente porque la ansiedad disminuye en los pacientes al saber a qué se enfrentan ante una intervención quirúrgica. Aparecen mejoras en cuanto a balance muscular, articular y sobre todo de dolor post-cirugía. Como conclusión creemos que esta sesión ayuda a los pacientes y acompañantes a comprender mejor qué les ocurre y los pasos que deben seguir cuando les operen; serán los verdaderos protagonistas para que esa nueva cadera sea un éxito.

AUTORES: GUTIERREZ GIMENEZ, M^a TERESA; PLANAS CALLAO, MP; GUERRA BORRELLA, S; BLASCO, A; PARDILLOS MARIN, J; LOSCOS GIL, L.

CENTRO DE TRABAJO: MAZ.



ID: 563

TÍTULO: ESCALA DE DOLOR PAINAD: INDICACIONES DEL USO Y ADMINISTRACIÓN EN PACIENTES QUE NO SE PUEDEN COMUNICAR

RESUMEN:

La escala Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) fue diseñada para valorar el dolor en personas con trastornos de comunicación y con demencia avanzada. Aunque no se ha validado en otras poblaciones, como pacientes con diagnóstico de ictus o oncológicos en situación de últimos días (SUD)

El objetivo de este estudio es describir el uso y administración de esta escala durante un año en los centros ICO y Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona

Estudio transversal mediante la explotación de datos de los registros informatizados facilitados por el ICS durante el período 1/9/2015 al 31/8/2016 con formularios PAINAD registrados. Las variables registradas fueron, demográficas, duración del ingreso, servicio de hospitalización, plan de cuidados asociado al ingreso, número de valoraciones PAINAD realizadas durante el ingreso y puntuación total de la escala (rango 0-10)

Resultados: De un total de 13.637 ingresos se administró la escala PAINAD en 186 pacientes (edad media 68,7+16.5; hombres 56%). Los servicios de hospitalización mayoritarios fueron Neurología (38,5%), Neurocirugía (21,3%), Oncología (11,2%) Medicina interna (8,9%) y Geriatria (7,1%). El 98,2% de la muestra tenía un plan de cuidados asociado, siendo los más prevalentes: ictus 35%, adulto frágil 11% y situación de últimos días (10%). La duración media de ingreso fue 10.7 días (DS+16.0). La evaluación mediante escala PAINAD se realizó en una sola ocasión en un 68% de la muestra, dos veces en un 17%, tres veces en un 6% y más de tres veces en un 2,3%. La puntuación total de la escala PAINAD fue leve (0-3) en un 81% de los pacientes, moderado (4-7) en un 18% and severo (8-10) en un 1%

Conclusión: La escala de dolor PAINAD, aplicable en pacientes con trastornos de comunicación no está bien implementada a nivel hospitalario. Según los resultados obtenidos se detecta la necesidad de realizar una formación a Enfermería sobre el uso y administración de la escala y un estudio prospectivo para validarla en personas con ictus y en situación de últimos días

AUTORES: MUÑOZ-NARBONA, LUCIA¹; CASANOVAS, C²; ROLDÁN, JF³; BARBERÀ, MA⁴; ÁLVAREZ, J⁵; CABRERA, S⁶.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL¹; HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL²; UNIVERSITAT DE BARCELONA³; HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL⁴; HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL⁵; INSTITUT CATALÀ ONCOLOGIA BADALONA⁶.



ID: 564

TÍTULO: DIARIO DEL PACIENTE INTERVENIDO DE PROTESIS DE RODILLA CON CIRUGIA FAST TRACK

RESUMEN:

El estado de ansiedad y estrés del paciente y su familia ante una cirugía disminuye cuando éste cuenta con toda la información posible.

Con este diario, el paciente y su familia sabe en todo momento lo que va a suceder, lo que ayuda a reducir su nivel de ansiedad frente a una intervención quirúrgica.

Reducir el estrés y ansiedad que provoca un nuevo proceso quirúrgico en el paciente y su familia. Hemos realizado un diario del paciente para que éste sepa en todo momento lo que va a pasar durante los días de hospitalización para dicho proceso. Son cuadernillos reutilizables que el paciente tiene en su mesilla y que es utilizado por él y su familia para saber en todo momento lo que va a suceder, desde la preparación preoperatoria hasta el alta hospitalaria.

El estado de ansiedad del paciente y su familia disminuye cuando éste es conocedor de todo el proceso quirúrgico al que se va a someter.

Esto se demuestra en los datos recogidos mediante tablas excel.

La educación e información previa dada al paciente hace que éste se implique activamente en su proceso quirúrgico y posterior recuperación, consiguiendo con ello una optimización de la calidad asistencial dada ya que el paciente es el protagonista de su proceso quirúrgico.

AUTORES: IBAÑEZ ROYO, MARIA TERESA; RUIZ CACHO, MC; ALEGRE SETAS, I; TOMAS GAMARRA, L; LENCINA RODRIGUEZ, CT; BERMUDEZ DE CASTRO, ML.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL MAZ.

ID: 565

TÍTULO: LA LIGADURA HEMORROIDAL ENDOSCÓPICA CON BANDAS ES UN TRATAMIENTO EFICAZ Y EFICIENTE RESPECTO A LA CIRUGÍA

RESUMEN:

La ligadura hemorroidal con bandas, se ha demostrado igual de eficaz que la cirugía, con menor índice de complicaciones, sin listas de espera, sin ingreso hospitalario y probablemente con un menor gasto sanitario.

Analizar dicho proceso asistencial en nuestro centro.

Revisión retrospectiva diciembre 2013 hasta Abril 2017 de pacientes con sangrado hemorroidal grado I a III, con fracaso medidas habituales. Remitidos de cirugía de pacientes en lista de espera y del servicio de aparato digestivo. Se realizan las exploraciones sin sedación, de forma ambulatoria, sin ingreso, utilizando un gastroscopio convencional y bandas COOK®.

70 pacientes, 38 hombres (54%) y 32 mujeres (46%). Media de 60 años (33-85). Procedentes de digestivo 17 (24%) y 53 (76%) de cirugía. Media de bandas de 3. Tiempo medio duración procedimiento 15 minutos. 64 pacientes no tuvieron recidiva (91,4%) del sangrado, 1 paciente (1,4%) con recidiva resuelta con esclerosis endoscópica, 3 pacientes (4%) resuelto con nuevas bandas y 2 (2,85%) recidiva resuelta con cirugía. Síntoma más frecuente dolor post-procedimiento (85%). No se objetivaron complicaciones mayores, sólo un paciente presento trombosis hemorroidal (1,4%). El tratamiento endoscópico fue eficaz en el 97% de los pacientes (68/70) similar a estudios anteriores.

Impacto económico de todos los procedimientos endoscópicos de 11.534 € (73 procedimientos x bandas y endoscopia 158 €) y dos pacientes intervenidos (3560 €) en contra de 124.600 € (1780 € intervención + 1 día hospitalización x 70 pacientes) si todos son operados con un ahorro económico de total de 113.066 €.

Todos los pacientes fueron tratados de forma ambulatoria, sin necesidad de sedación, sin requerir hospitalización, que comparando con los pacientes si se hubieran operado presenta a un coste económico mucho menor.

En conclusión, el tratamiento con bandas, se puede realizar de manera ambulatoria y sin sedación respecto la cirugía. El procedimiento en nuestro centro se ha demostrado igual de eficaz en el tratamiento de los síntomas de sangrado hemorroidal que la cirugía, sin obtener ninguna complicación mayor. Eficiente, con un ahorro económico muy importante, para la erradicación las hemorroides y sus síntomas, disminuyendo las listas de espera y disminuyendo las bajas laborales en pacientes activos dada su buena tolerancia.

AUTORES: PONS VILARDELL, CARLES; PERELLO, A; VEGA; VILLAVERDE; DUEÑAS.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DE VILADECANS.



ID: 566

TÍTULO: EXTRACCIÓN ANALÍTICA SEGURA, UNA EXPERIENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

Los errores en la identificación de pacientes son una de las causas importantes en los problemas y complicaciones asociados a la asistencia sanitaria. Los riesgos asociados a la identificación de pacientes se pueden producir en muchos momentos de la labor asistencial y entre estas acciones cabe destacar la obtención de muestras analíticas, extracción de sangre y recogida de muestras de microbiología.

Garantizar la máxima seguridad y calidad en el proceso de recogida y obtención de muestras en atención primaria.

En nuestros centros de atención primaria la petición analítica se realiza a través de nuestro programa informático, ECAP, como una petición electrónica. Hasta el momento actual el programa informático generaba una petición con un código de barras que estaba custodiada por el propio paciente hasta su entrega el día de la extracción analítica. Tras una identificación activa del paciente, por parte del personal de enfermería, se recogía dicha petición y se realizaba la extracción y posterior etiquetaje de la muestra con unas etiquetas preimpresas. Es te procedimiento requería una posterior conciliación entre el código de barras generado por la petición y el de las muestras extraídas. Aun realizándose con lectores específicos, se detectaba un número importante de errores que obligaba a una revisión manual a su llegada al laboratorio de referencia.

Actualmente, se ha empezado una prueba piloto que nos permite disponer de una petición analítica electrónica que, en el momento de la impresión, ya dispone de unas etiquetas con un código de barras asociado y con la especificación de los tubos que hay que extraer. Esta mejora reduce los pasos en el proceso de etiquetaje seguro de las muestras, minimizando también así el riesgo de error en la conciliación posterior a la extracción

Se ha empezado una prueba piloto en un centro de atención primaria del territorio, para poder proceder, posteriormente, a la expansión de dicho circuito al resto de nuestros centros de atención primaria.

Si bien el proceso explicado, es el mecanismo habitual de funcionamiento en centros hospitalarios, se trata de un mecanismo novedoso en los centros de atención primaria. En la definición de los circuitos del proceso hay que añadir la dificultad de trabajar con varios tipos de peticiones según el proveedor que la genera, el hecho de realizar peticiones con meses de antelación a la extracción y las diferentes realidades en función del número de enfermeras que realizan extracciones simultáneamente o si se dispone de personal administrativo de soporte.

AUTORES: ROIG CALVET, OLIVIA¹; GAVALDÀ ESPELTA, E²; NAVASQUILLO CALDERON, A³; FERRÉ FERRATÉ, M⁴; BAUCCELLS LLUÍS, J⁵; IRIGOYEN GARCIA, M⁶.

CENTRO DE TRABAJO: ABS L'ALDEA-CAMARLES-L'AMPOLLA¹; SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA TERRES DE L'EBRE²; GERÈNCIA TERRES DE L'EBRE INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT³; SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA TERRES DE L'EBRE⁴; GERENCIA TERRES DE L'EBRE, INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT⁵; ABS AMPOSTA⁶.



ID: 567

TÍTULO: EN ATENCION PRIMARIA QUEREMOS TRABAJAR CON UN SISTEMA DE GESTIÓN. PRIMER PASO QUIENES SOMOS, HASTA DONDE LLEGAR Y PORQUE

RESUMEN:

En los Servicios de hospital como Laboratorio, Radiología o en Bancos de Sangre llevan desde hace ya tiempo certificándose y trabajando con sistemas de gestión ISO 9001:2008, ahora ISO 9001:2015, pero en los Equipos de Atención Primaria pocos han sido los casos donde se ha implantado sistemas de gestión: Santa Cruz de Mudela, (Ciudad Real) en Castilla la Mancha como único caso en el Modelo EFQM año 2009. El centro de Salud de Bolaños se ha planteado formarse en el Sistema de Gestión ISO 9001:2015 con el objeto de trabajar con metodología y conseguir llevar este Sistema de Gestión a cabo para conseguir la mejora continua, la satisfacción de los profesionales a través de su trabajo para obtener la satisfacción del usuario, siendo este eje central del que reside en su localidad y que es Atención Primaria la puerta de entrada a los Servicios Sanitarios, con el objeto de provocar un impacto positivo en el usuario de nuestra zona de salud y en la comunidad.

Conseguir trabajar con método para aumentar la calidad en nuestro Equipo a través de los ciclos de mejora continua.

Saber cual es la misión, la visión y los valores que tenemos. Cual es la razón de ser de la organización, nuestras metas y nuestras razones.

Causar un impacto positivo en la comunidad aumentando la satisfacción de los usuarios tanto interno como externo.

Lo primero que nos planteamos fue saber quienes somos, Cual va a ser nuestra política de calidad. El método que hemos seguido ha sido el PDCA de Deming. Planificamos la acción de mejora, vimos como la habían definido en otras organizaciones no sanitarias y sanitarias, la desarrollamos, creamos un sistema de evaluación, difusión y revisión. Todo se hizo por consenso hasta que nos identificándonos con nuestra Política de Calidad donde se promociona la mejora continua, para conseguir la satisfacción de usuarios, dando el primer paso para crear el sistema de Gestión.

Se han hecho grupos de trabajos para elaborar los documentos, mapa de procesos, procedimientos y todo lo que conlleva tener un sistema de gestión para conseguir trabajar mejor, optimizar recursos, sacar los productos conformes, entrar en el ciclo de mejora continua.

Se ha definido la política de Calidad del EAP, comunicado a los profesionales y a los grupos de interés, como primer paso para crear el sistema de gestión.

Se está elaborando el sistema de Gestión con el objeto de trabajar mejor, con método y continuidad en el tiempo, independientemente a que nuestra gerencia nos pueda certificar.

Buscamos la satisfacción del usuario, del profesional y crear un impacto positivo en la comunidad a través de nuestros resultados con indicadores propios de un equipo líder.

AUTORES: CALLE CAMINERO, ROSA; BARRIOS GARCIA, R; RODRIGUEZ DEL RIO, FJ; SOBRINO MAGÁN, E; NAVARRO GONZÁLEZ, VJ; FERNANDEZ PARRILLA, A.

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD BOLAÑOS DE CVA.



ID: 568

TÍTULO: GESTIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA DE ARTROPLASTIA DE CADERA Y RODILLA FAST TRACK

RESUMEN:

La cirugía 'fast-track' persigue la rápida recuperación de los pacientes tras una intervención mayor, con el fin de que se pueda reincorporar lo antes posible a su vida cotidiana.

Con este objetivo, se decidió implantar una unidad especializada en cirugía de artroplastia de rodilla y cadera fast track y a su vez la participación de los profesionales en la gestión de ella, es decir, la figura de Gestora de Pacientes, con el fin de conseguir una atención eficaz, efectiva y eficiente.

- Personal con dedicación exclusiva para la atención y control de éstos pacientes, estas son las llamadas Gestoras de pacientes.
- Garantizar la dotación y condiciones de las instalaciones necesarias para el desarrollo de la unidad.
- Potenciar activida
- Reuniones con el equipo multidisciplinar para presentar la propuesta y su colaboración.
- Reunión con la Dirección del Hospital para presentar el proyecto y solicitar su aprobación.
- Presentar al personal adecuado para la gestión de la unidad.
- Dis

Tras tener las reuniones pertinentes con la Dirección del Hospital y con el equipo multidisciplinar, se obtuvo como resultado la creación de una unidad específica en cirugía de artroplastia de cadera y rodilla fast track; y a su vez se nombraron a dos enfermeras como gestoras de pacientes. Estas son el punto de referencia para el buen funcionamiento y control de la unidad, son el enlace de unión entre todos los profesionales que forman parte del equipo y son aquellas que hacen un seguimiento exhaustivo del paciente desde su diagnóstico hasta el alta del proceso quirúrgico.

AUTORES: RUIZ CACHO, MARIA DEL CARMEN; IBAÑEZ ROYO, MT; ALEGRE SETAS, I; TOMAS GAMARRA, L; LENCINA RODRIGUEZ, CT; BERMUDEZ DE CASTRO, ML.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL MAZ.



ID: 571

TÍTULO: SALUT + SOCIAL: LA INTEGRACIÓN ES POSIBLE.

RESUMEN:

Nuestra sociedad está sufriendo cambios socio demográficos. La atención a las enfermedades crónicas es un gran reto al que nos enfrentamos. Los sistemas de salud actuales deben hacer frente a cambios continuos en una sociedad más envejecida y con más enfermedades crónicas que afectan al medio social en que vivimos. Nuestro sistema sanitario debe adaptarse a este nuevo paradigma para poder hacer frente a los problemas de nuestros pacientes de manera integral de integrada, asegurando la continuidad asistencial y la comunicación y coordinación entre los servicios sociales y sanitarios.

Diseñar, evaluar e implementar un modelo de atención centrada en la persona y en la toma de decisiones compartida.

Facilitar la coordinación entre atención primaria, servicios sociales, atención especializada y sociosanitaria.

La herramienta tecnológica creada por el departamento de informática, fue denominada Salut+social. Se implementó en su inicio en julio de 2014 gracias al convenio firmado entre el Institut Català de la salut i el Ayuntamiento de Amposta. Actualmente el 80% de nuestro territorio ya tiene implantado el proyecto. El proyecto da respuesta a los problemas que se derivan de una falta de comunicación entre el sistema sanitario y el social, generando duplicidades de información y falta de coordinación entre los servicios.

El programa Salut+social se inicio en 2014 en la ciudad de Amposta, posteriormente se extendió a Tortosa en el 2016 y actualmente estamos en fase de implantación en el resto del territorio. Los resultados son referidos a la ciudad de Amposta. Los resultados que citamos son relacionados a población atendida. Tenemos una población atendida de 266 pacientes, de los que un 50,8% eran pacientes crónicos complejos, un 54,5% eran pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria, un 22% padecía demencia y un 33% habían sufrido un ICTUS. En cuanto a los grados de dependencia un 57,1% de los pacientes tenía un grado de dependencia mayor de 2. En lo referente a la parte social, un 3,8 % disponía de tele asistencia a domicilio, un 18,8 tenía asistencia social domiciliaria y un 12,8% acudía a un centro de día. El grado de complejidad sociosanitaria de estos pacientes era en un 9,4% mayor de 1

La perdurabilidad y sostenibilidad del programa es ciertamente estable pues cuenta con el compromiso y el apoyo de las instituciones gubernamentales de lo social y lo sanitario, así como el compromiso y motivación de los profesionales que participan en el programa.

El principal resultado obtenido es el paso de una atención reactiva a una proactiva, integrada y coordinada.

AUTORES: GAVALDÀ ESPELTA, ESTER¹; CURTO ROMEU, C²; NAVASQUILLO CALDERON, A³; BAUCCELLS LLUIS, J⁴; FERRÉ FERRATÉ, M⁵; LUCAS NOLL, J⁶.

CENTRO DE TRABAJO: SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA TERRES DE L'EBRE¹; ABS AMPOSTA²; GERENCIA TERRITORIAL TERRES DE L'EBRE, INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT³; GERENCIA TERRITORIAL TERRES DE L'EBRE, INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT⁴; SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA TERRES DE L'EBRE⁵; ABS SANT CARLES DE LA RÀPITA-ALCANAR⁶.



ID: 572

TÍTULO: 7X24: GARANTIA DE SEGUIMIENTO

RESUMEN:

En nuestro servicio de atención primaria los cambios continuos de profesionales, su movilidad y la realización de atención continuada en centros diferentes, han creado la necesidad de unificar criterios y forma de atención para garantizar el cuidado y seguimiento de los pacientes frágiles las 24 horas del día los 7 días de la semana (seguimiento 7x24).

Valorar la implantación de un aplicativo informático en nuestro territorio que facilite el seguimiento 7x24 de los pacientes PCC(Paciente Crónico Complejo) y MACA (Enfermedad Crónica Avanzada), unificando la forma de registro de este seguimiento.

Desde 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 pacientes con enfermedad crónica avanzada (MACA) de forma unificada, creando una manera común de trabajo y de registro de la información para todos los profesionales. De este modo se garantiza el seguimiento asistencial de estos pacientes las 24 horas del día , independientemente de que su equipo asistencial esté o no trabajando en este momento.

Se crea por parte de la Unidad de Sistemas de la información un aplicativo informático que recoge: variables sociodemográficas, PCC/MACA, Insuficiencia cardíaca (IC), Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica (MPOC), tipo de seguimiento (telefónico/domicilio) y un apartado de observaciones de texto libre.

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 y de 1356 de enero hasta diciembre de 2016. Respecto a estos corresponden a pacientes PCC/MACA 606 y 362 respectivamente. La media de seguimientos por paciente son 3 y la edad mediana 76,37 años.

Las 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 los profesionales del territorio realicen el mismo procedimiento disminuyendo la variabilidad y mejorando el registro del seguimiento de estos pacientes

AUTORES: GAVALDÀ ESPELTA, ESTER¹; CURTO ROMEU, C²; BAUCELLS LLUIS, J³; LLEIXA FORTUÑO, M⁴; BOIRA COSTA, M⁵; FERRÉ FERRATÉ, M⁶.

CENTRO DE TRABAJO: SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA TERRES DE L'EBRE¹; ABS AMPOSTA²; GERENCIA TERRITORIAL TERRES DE L'EBRE, INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT³; GERENCIA TERRES DE L'EBRE, INSTITUT CATALA DE LA SALUT⁴; ABS FLIX⁵; SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA TERRES DE L'EBRE⁶.



ID: 573

TÍTULO: CENTRO AMABLE: SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL TRATO Y LA CALIDAD PERCIBIDA EN LAS CONSULTAS

RESUMEN:

La Estrategia 'XXXX' 2020 recoge el firme compromiso de nuestro Servicio Público de Salud de mejorar la salud y la calidad de vida de los ciudadanos de la Comunidad, desde una concepción integral de la salud y los determinantes que inciden en ella poniendo al ciudadano y a paciente como centros del sistema.

El modelo de certificación 'centro amable' pretende evaluar el trato y la calidad percibida por los usuarios de nuestro servicio de salud, identificando áreas de mejora que permitan a los centros asistenciales identificar áreas de mejora y diseñar un Plan de Mejora.

Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar de profesionales y de grupos focales de pacientes 2015. Diseño de un modelo de "Certificación Centro Amable" del Servicio de Salud que se organiza en torno a 9 categorías de evaluación que impactarán directa o indirectamente en la percepción de calidad del paciente: Desplazamientos, Señalización, Comunicación, Privacidad e intimidad, Tiempos de Espera, Atención, Información. Infraestructura, organización interna.

Cada dimensión tiene un peso relativo sobre un total de 100 puntos, calibrando el impacto que generan unas dimensiones u otras en la percepción de calidad y satisfacción del paciente. Cada dimensión está compuesta por una serie de indicadores que miden los elementos a evaluar.

Elaboración de formato de registro en excel automatizando resultados y gráficos para cada dimensión.

Pilotaje en las consultas externas de un Hospital de tercer nivel. Identificación de áreas de mejora en 2015. Evaluación externa por dos técnicos de calidad 2015: Validez y fiabilidad Identificación de áreas de mejora.

Revisión del modelo y redefinición de criterios y metodología de evaluación en 2016

Pilotaje en todas las estructuras organizativas de gestión integrada (EOGI) en consultas de hospital y atención primaria y elaboración de Plan de Mejora, incluido en contrato de gestión 2016, para identificar áreas de mejora del modelo y posterior elaboración documento definitivo.

En 2017 autoevaluación todas las consultas de hospitales y auditoría cruzada entre EOGI incluida en contrato de gestión.

En 2016 se evaluaron: EOGI 1 consultas pediatría (72,4 sobre 100), farmacia (91.4) y un Servicio AP(84.3), EOGI 2 las consultas de un hospital comarcal (30.4), la EOGI 3 consultas dermatología(17.8), EOGI 4 todas las consultas de un hospital de segundo nivel (58.6), EOGI 5 consultas de cardiología, neurofisiología, ORL, Hematología, Cirugía colon, Urología,(90.2) EOGI 6 consultas alergia, dermatología y farmacia (31), EOGI 7 todas las consultas de un hospital de segundo nivel(17), un comarcal (20).

Los centros valoraron como positivo el modelo y no identificaron problemas para su aplicación. Identificaron sus áreas de mejora con las que diseñaron un Plan de mejora del trato a los usuarios de las consultas.

Inclusión en el contrato de gestión 2017 de la autoevaluación de todas las consultas de los hospitales. Benchmarking.

AUTORES: MARTÍN RODRÍGUEZ, M^a DOLORES; RODRÍGUEZ PÉREZ, B; GARCÍA CEPEDA, MB; PAIS IGLESIAS, B.

CENTRO DE TRABAJO: SERGAS. SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL CIUDADANO Y CALIDAD.



ID: 574

TÍTULO: INTERVENCIÓN COGNITIVA ENFERMERA EN EL MANEJO DE DEMENCIA/ALZHEIMER.

RESUMEN:

Como enfermeros que realizamos test neurológicos, observamos que la enfermedad neurodegenerativa más prevalente, es la enfermedad de Alzheimer.

Patología de larga evolución e invalidante, que conlleva un alto grado de dependencia al paciente, disminución progresiva de sus funciones para las AIVD, y una pérdida importante en su calidad de vida y autoestima.

Ante estas necesidades, aportamos estrategias y herramientas para el manejo de la enfermedad, y apoyo emocional al paciente, familia y cuidador.

Objetivos iniciales:

- Dar información personalizada y flexible que aumente la seguridad y la autoestima del paciente.
- Proporcionar herramientas y estrategias para mejor manejo AIVD.
- Ofrecer un programa de actividades para estimulación cognitiva adaptado a las necesidades del paciente, según situación y etapa de enfermedad.
- Minimizar el estrés y validar sus sentimientos.

Objetivos intermedios:

- Fomento de la motivación interna e implicación en su proceso de enfermedad.
- Desarrollo de una vida autónoma.
- Optimizar el rendimiento funcional y cognitivo.
- Mejorar el estado y sentimiento de salud y bienestar.

Objetivo final:

- Mejorar la calidad de vida del paciente, familia y cuidador.

Los materiales y técnicas empleadas son:

- Test Neurológicos.
- Estimulación cognitiva basada en la plasticidad del cerebro (Webs, App, Tangram).
- Estrategias para facilitar el manejo del entorno: cuaderno de notas al lado del teléfono, pizarra, pósts, etiquetas para armarios y cajones que en etapas avanzadas se pondrán en puertas.
- Ayudas externas (prótesis mnésicas) para facilitar vida adaptada: agendas y diarios, listas, reloj con alarma para recordar acciones, pastilleros y álbum de fotos ó libro de recuerdos.
- Rutinas, que reducen los problemas de memoria y facilitan la orientación.
- Ejercicio físico, que retrasa la progresión de la enfermedad y nos pone en contacto con nuestro cuerpo.
- Alimentación saludable rica en fruta, verdura y omega-3.
- Espacio para expresar sentimientos y miedos con la posibilidad de encontrar orientación para seguimiento emocional y social.

Tras esta intervención surge la necesidad de crear una consulta de enfermería independiente, a fin de realizar un seguimiento al paciente y garantizar la continuidad de los cuidados.

La nueva consulta, ayudaría a tener funciones claras del personal de enfermería, basadas en evidencia científica, y en la interconexión con otras consultas y asociaciones, logrando con ello, una intervención integral, al contar con el apoyo de equipos externos al sistema sanitario, como las asociaciones Afedaz o Afda, con las que hemos establecido contacto.

Los resultados obtenidos han sido muy positivos, visualizando que las estrategias implantadas, han conseguido: empoderar a la persona, aumentar su autoestima y bienestar, visualizar sus activos en salud, dignificar su situación, y mejorar la funcionalidad cognitiva.

Otra conclusión añadida es la reducción en los costes psicológicos y económicos, familiares y sociales.

AUTORES: TEJEDOR SALAS, JUAN ANTONIO; SANTANO REBOLLAR, N.

CENTRO DE TRABAJO: C.M.E. SAN JOSE - H.U.M.S.



ID: 575

TÍTULO: CÓMO MEJORAR EL CRIBAJE DEL PIE DIABÉTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

Se identificó que los resultados de Estándar Calidad Asistencial (ECA) 2014 del cribaje de pie diabético eran inferiores a los esperados. Se objetivó mediante la revisión de historias clínicas de pacientes diabéticos en el período 2014-2016 que dicha actividad estaba pendiente y que los profesionales de nuestro centro presentaban dificultades en la captación de los pacientes diabéticos para la realización de los controles preventivos.

Mejorar el cribaje de pie diabético en los pacientes diagnosticados de Diabetes mellitus tipo 2 en nuestro centro de atención primaria

El estándar de calidad del cribaje de pie diabético es un indicador que mide el porcentaje de la población entre 14-80 años diagnosticada de diabetes mellitus tipo 2, que se ha hecho la revisión de los pies en el último año. Esta actividad consiste en la exploración con monofilamento y palpación de pulsos de extremidades inferiores. En el año 2014 se identificaron resultados de este indicador inferiores a los esperados por lo que se creó un equipo de mejora formado por tres residentes y un médico adjunto. Se utilizó la metodología HOSHIN KANRI (mediante fichas tácticas y actas de reuniones periódicas) para la organización y planificación de nuestro trabajo. Se analizaron las posibles causas del mal cribaje del pie diabético mediante el diagrama de Ishikawa y revisando los listados de pacientes con mal cribaje de pie diabético del año 2014. De las causas analizadas se propusieron acciones de mejora y se priorizaron mediante el sistema HANLON. La acción que presentó un mayor impacto fue la realización de dos sesiones clínicas explicando el indicador y su registro en sistema informático. Otra de las acciones de mejora fue la publicación activa de documentos audiovisuales en nuestro centro mediante el cuál se intentaba captar la atención de aquellos pacientes diabéticos que no hubieran acudido a la visita de actividades preventivas con su enfermera durante el último año.

En marzo de 2014, el número de pacientes sin revisión del pie diabético eran 348, tras las acciones de mejora, el número de casos no resueltos desciende a 336. Estos resultados son un corte parcial del mes de marzo, pero los datos concluyentes son los obtenidos a final de año, por lo que, se propone comparar los resultados en el mes de diciembre.

Se han realizado dos sesiones clínicas (asistencia de un 75% de profesionales del centro) y una publicación audiovisual destinada a los pacientes.

Si visualizamos la gráfica de resultados ECA comparativa de los últimos 4 años, se observa un incremento de casos no resueltos en los meses de verano. Esta tendencia es debida a las características de la población asignada a nuestro centro de atención primaria ya que somos un área básica urbana en zona turística, con una población principalmente joven, inmigrante y con trabajo de carácter temporal.

AUTORES: LÁZARO RAMOS, SILVIA; VAZQUEZ MOYA, M; LÓPEZ VÁSQUEZ, F; MARTINEZ SUREDA, A; VIÑALES, J; OYA GIRONA, E.

CENTRO DE TRABAJO: CAR SALOU.



ID: 576

TÍTULO: MONITORIZACIÓN DE PROFILAXIS DE TVP EN PACIENTES CON FRACTURA DE EXTREMIDAD INFERIOR EN URGENCIAS

RESUMEN:

La ETV es muy prevalente en la especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Según la sexta Conferencia de Consenso del American College of Chest Physicians, publicada en 2001 determinadas técnicas quirúrgicas, tanto electivas como traumáticas, sobre la extremidad inferior constituyen por sí mismas un importante factor de riesgo. De tal manera es así que, sin profilaxis, la prevalencia de TVP demostrada por flebografía, bien, tras una prótesis total de cadera (PTC), o de rodilla (PTR), bien, tras una fractura del tercio superior del fémur, es del orden del 50-60%, con un 25% de TVP proximal y un 7-11% de tromboembolismo pulmonar asintomático.

Monitorizar la indicación de profilaxis de TVP en pacientes con traumatismos de extremidades inferiores en Urgencias.

Entre 2009 y 2011 se realizó un ciclo de mejora en el que se impartieron sesiones docentes al personal sanitario y se repartieron folletos con las indicaciones y pautas de profilaxis de TVP. Con el que se pasó de una tasa de profilaxis frente a TVP (trombosis venosa profunda) del 74% al 92%. El 2016 se declaró un incidente de seguridad en un paciente con una fractura en el escafoides tarsiano e inmovilizado con una férula suropédico y entre otras medidas, se revisaron todos los pacientes con diagnóstico de fractura en extremidad inferior dados de alta en Urgencias en enero y febrero. Este año se han vuelto a revisar los casos que acudieron los mismos meses, para comprobar si se había pautado correctamente tratamiento profiláctico con heparina o no.

Como fuente de datos se han usado los formularios de Urgencias y el informe de alta. Se han tomado datos de la localización de la fractura, inmovilización con yeso y tratamiento al alta. Se han revisado las indicaciones de la SECOT para profilaxis de TVP. Para el contraste de proporciones se ha usado el test de la Chi cuadrado

En 2016, 37 pacientes acudieron a urgencias con fracturas de MMII no ingresadas, entre ellos 29 tenían indicación de profilaxis y en 2 de ellos no se pautó de forma correcta. Se observaron 6,9% de fallos respecto a pacientes con indicación y 5,4% fallos respecto a pacientes con fractura MMII no ingresadas.

En 2016, 47 pacientes acudieron a urgencias con fracturas de MMII no ingresadas, entre ellos 29 tenían indicación de profilaxis y en 3 de ellos no se pautó de forma correcta. Se observaron 10,3% de fallos respecto a pacientes con indicación y 6,3% fallos respecto a pacientes con fractura MMII no ingresadas.

La diferencia no es estadísticamente significativa ($p > 0,05$). Se han revisado los 3 casos, en los que no ha habido complicaciones.

Se mantiene un correcto cumplimiento en torno al 90-95% pero sigue habiendo casos de problemas de seguridad, por lo que se está trabajando en un ciclo de mejora.

AUTORES: LLUNA LLORENS, ÁFRICA DAKOTA; ALCARAZ MARTÍNEZ, J; SÁNCHEZ SABATER, B; MEDRANO MORTE, I; GARCÍA GARCÍA, EM; GARCÍA MORALES, M.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER.

ID: 577

TÍTULO: MEJORA DE LA CALIDAD DE CUIDADOS EN ATENCIÓN AL PACIENTE EPOC EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

RESUMEN:

La EPOC es una enfermedad crónica de importante prevalencia a nivel nacional, dándose en un 10,2% (2.185.764) de la población para edades comprendidas entre los 40 y los 80 años). Un adecuado seguimiento de estos pacientes por parte de los equipos de Atención Primaria (AP) reduciría las exacerbaciones de la EPOC mejorando, de este modo, la calidad de vida de los pacientes y de sus cuidadores disminuyendo, además, los costes sociosanitarios derivados de la enfermedad.

Objetivo General: valorar la calidad de los cuidados de enfermería de AP prestados a los pacientes con diagnóstico EPOC de una determinada zona básica de salud de la Región de Murcia.

Objetivos Específicos:

Reducir el porcentaje de exacerbaciones en los pacientes diagnosticados con EPOC en una zona básica de salud de la Región de Murcia.

Potenciar la prevención de las exacerbaciones a través del control de los principales factores de riesgo.

Mejorar la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con EPOC.

Reducir los costes sociosanitarios derivados de la EPOC.

Se plantea un estudio de mejora de la calidad de abordaje cuali-cuantitativo para valorar la situación sanitaria de los pacientes EPOC de una zona básica de salud de la Región de Murcia. A partir de un análisis causal sobre la situación de estos pacientes se diseñan 7 criterios de calidad: (C1) seguimiento de pacientes con EPOC, (C2) evaluación del manejo de la terapia inhalatoria, (C3) control del hábito tabáquico, (C4) consejo de deshabituación tabáquica, (C5) vacunación antigripal, (C6) vacunación contra el Neumococo y, (C7) planes de cuidados de enfermería. Se realizó una primera evaluación del cumplimiento de dichos criterios para, después, aplicar una serie de medidas correctoras. Sobre dichas medidas tuvo lugar una segunda evaluación del cumplimiento de los criterios.

El periodo del estudio comprendió los meses de octubre de 2016 a enero de 2017. Como fuente de datos se empleó el aplicativo de historia clínica OMI-AP.

Los resultados obtenidos tuvieron dos vertientes. Por un lado, un primer análisis de la situación de los pacientes EPOC, permitió estimar el grado de cumplimiento de los criterios propuestos y realizar el análisis de los defectos de la calidad para, de este modo, priorizar las intervenciones a desarrollar. El criterio más incumplido fue el consejo de deshabituación tabáquica (C4) con un 14,85% de incumplimiento, siendo la vacunación antigripal (C5) el que mayor cumplimiento presentó con un 16,44%.

Por otro lado, tras la aplicación de las medidas correctoras, en una segunda evaluación, se objetivó una mejora en el cumplimiento de los siete criterios propuestos, siendo estadísticamente significativos los criterios: seguimiento de pacientes con EPOC (C1), evaluación del manejo de la terapia inhalatoria (C2), consejo de deshabituación tabáquica (C4) y vacunación antigripal (C5).

AUTORES: VALVERDE SOTO, MARÍA JOSÉ; LÓPEZ GARCÍA, JA; RUBIO MARTINEZ, PL; IGNATIEVA, A.

CENTRO DE TRABAJO: ÁREA IV-NOROESTE.



ID: 578

TÍTULO: REDUCCIÓN DE LAS CONTENCIONES USADAS COMO MEDIDA PREVENTIVA DE LAS CAIDAS

RESUMEN:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita a la persona al suelo en contra de su voluntad. Las consecuencias no se limitan solo al paciente, con la consecuente pérdida de autonomía y gran número de complicaciones físicas y psíquicas, sino que también implican una sobrecarga para la familia, una mayor exigencia para los profesionales y un esfuerzo para las instituciones pues suponen un incremento en la utilización de recursos tanto humanos como materiales.

Las caídas se producen por la combinación de factores intrínsecos y extrínsecos siendo necesario intervenir sobre ambos

Este proyecto se enmarca dentro del Programa de Seguridad Clínica.

El ámbito de aplicación han sido las Unidades de Convalecencia, Psicogeriatría y Larga Estancia de nuestro centro sociosanitario.

Los objetivos planteados fueron:

- Reducir el porcentaje de caídas del centro
- Reducir las contenciones físicas que se prescriben como medida preventiva.
- Analizar individualmente los factores de riesgo de cada uno de los usuarios desde el momento de su ingreso.
- Adoptar medidas adecuadas de forma individualizada basandonos en la valoración inicial
- Revisar las medidas preventivas siempre que haya un cambio funcional en el paciente y/o una caída
- Intervenir sobre los factores extrínsecos del entorno de la persona

Creación Comisión de prevención y seguimiento de las caídas formada por un representante de cada disciplina, junto con la Dirección con el objetivo de sensibilizar y implicar a todos los miembros del equipo en el proyecto de mejora planteado, que supone un cambio en la cultura organizacional, una apuesta por la seguridad del paciente y una mejora en la eficiencia del abordaje de los pacientes (prevención de caídas y también de complicaciones derivadas de la inmovilización que provoca la utilización de contenciones).

Elaboración y implementación del programa.

Valoración inicial interdisciplinar del paciente. Elaboración documento individualizado riesgo de caída con medidas preventivas a adoptar especificadas en el curso clínico y en el plan de cuidados. Revisión ante un cambio funcional y/o una caída.

Registro de las caídas . Análisis posterior en la reunión interdisciplinar. Implementación de nuevas medidas. Descripción de medidas generales de aplicables a todos y en todas las localizaciones del centro.

Base de datos y análisis estadístico trimestral considerando lugar, circunstancias y efectividad de las medidas adoptadas,

Importante reducción del número de contenciones: 63,9% en las tres unidades y paralelamente una disminución del 13% en las caídas.

Dados los datos obtenidos valoramos muy positivamente las medidas implementadas en el marco del programa por lo que se introducirán las acciones de mejora que se han consensuado con el objetivo de mantener la tendencia a la disminución de las caídas y consolidación en la reducción de la utilización de contenciones físicas como medida preventiva de estas.

AUTORES: PALMA ORDOÑEZ, JOSE; VIÑUELAS TORRICO, E; BERMÚDEZ GÓMEZ, E; LUQUE SUSIN, A; MARTÍNEZ FERREIRA, C; GRAU JOAQUIN, I.

CENTRO DE TRABAJO: CENTRO SOCIOSANITARIO MONTEROLS.

ID: 579

TÍTULO: TRABAJO EN EQUIPO Y MEJORA DE LA SEGURIDAD EN ATENCION PRIMARIA URGENTE

RESUMEN:

Revisar el proceso de atención urgente en los 6 equipos del territorio. Se detecta variabilidad en la prescripción entre los distintos profesionales que cubren la atención continuada, no siempre están integrados a los equipos y su perfil de prescripción es variable; recursos de equipamientos, material y medicación desiguales; sólo estandarizado el contenido de los maletines para urgencias domiciliarias, que resultan muy pesados para los profesionales. El registro de la atención también es variable.

Adecuar los recursos materiales, estructurales y humanos a las necesidades del territorio.

Estandarizar el contenido y la distribución de las salas de urgencias y de los carros de paros de los centros de AP del territorio. Revisar contenido y distribución de los maletines de urgencias domiciliarias. Mejorar el perfil de prescripción sobre todo en antibióticos. Facilitar la identificación de déficits y la implantación de acciones de mejora transversales. Mejorar la calidad del registro de las visitas a urgencias.

Constitución de una comisión multidisciplinar territorial de referentes de urgencias, liderada por la dirección de urgencias del territorio y con el soporte de la unidad de farmacia y la unidad de calidad territoriales. Abril 2016. Se establece como objetivo global consensuar los procedimientos del proceso de atención a urgencias. Se consensua la medicación a disponer y el material fungible. Se acuerdan las presentaciones y el stock mínimo en el carro, los maletines y las salas de urgencias. Se revisa y redistribuye el contenido de los maletines. Se consensua la lista de verificación diaria y mensual de medicación, material y electromedicina. Se revisa el tratamiento de los procesos infecciosos más prevalentes. Se detecta necesidad de disponer de nuevos recursos, materiales y medicación a partir de las propuestas de distintos referentes. Se comunican sistemáticamente los cambios en medicación y procedimientos durante las reuniones. Se propone al grupo la participación en un ensayo clínico sobre el ictus. Se detecta la necesidad de disponer de una guía propia de medicación en urgencias. Se consensua ampliar la parte práctica del curso anual de urgencias y emergencias. Se recuerda la importancia de un buen registro.

Se han realizado 7 reuniones de la comisión, se ha implantado el mantenimiento de las salas, carros y maletines diarios y mensuales mediante sistema informático con resultados superiores al 95%. Ha mejorado el registro. En este momento está homogeneizado el proceso en los 6 equipos del territorio. El siguiente paso es extender estos procedimientos a los consultorios. Dada la gran dispersión geográfica, la seguridad en la atención a las urgencias requiere profesionales formados, con recursos suficientes, disponibles y adecuados a las necesidades. Los profesionales referentes de urgencias del territorio se sienten más reconocidos y implicados al tenerlos en cuenta en la planificación del proceso.

AUTORES: ESTRADA PUJOL, VICTORIA¹; JIMENEZ DAZA, L²; LLORET BADIA, M³; DOMENECH NICOLAS, I⁴; PARRA DE LA CRUZ, A⁵; GARDEÑES LLORENS, N⁶.

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA ICS ALT PIRINEU I ARAN¹; GERENCIA ICS ALT PIRINEU I ARAN²; GERENCIA ICS ALT PIRINEU I ARAN³; EAP PALLARS SOBIRÀ⁴; EAP LA SEU D'URGELL⁵; EAP ALT URGELL SUD⁶.



ID: 580

TÍTULO: CONFIDENCIALIDAD EN LAS UNIDADES DE ATENCIÓN AL CIUDADANO DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

La confidencialidad es una necesidad para mantener la confianza, un derecho del usuario y una obligación de los profesionales. Existen elementos estructurales y funcionales que pueden dificultar la confidencialidad y deberíamos detectarlos en cada centro.

Determinar el nivel de confidencialidad percibida y los factores que la dificultan según la opinión de las personas y personal administrativo durante las gestiones realizadas en las unidades de atención al ciudadano de los centros de salud.

Evaluar los cambios de percepción de confidencialidad, tras modificaciones implantadas en la zona de mostradores de atención al paciente.

Estudio transversal realizado en 8 centros de atención primaria de Cataluña, de ámbito rural, semiurbano y urbano de una población aproximada de 126.000 habitantes.

Se utilizan 2 encuestas, una autoadministrada y otra dirigida, para determinar la percepción de confidencialidad en la atención en el mostrador de los administrativos por parte de los usuarios. Además, se realiza encuesta al personal administrativo para determinar su percepción sobre la confidencialidad y aspectos que ayuden a garantizarla durante su atención al ciudadano. Se utiliza la chi cuadrado para variables cualitativas y la t-Student para variables cuantitativas.

Tras resultados analizados, se realizan actuaciones dirigidas a mejorar la percepción de confidencialidad que inciden en distancia entre administrativos que atienden a usuarios simultáneamente en mostrador y respetar la distancia de los que esperan, mediante carteles informativos sobre respetar la confidencialidad.

También se intervino sobre el tono de voz utilizado en conversaciones entre personal administrativo y usuarios mediante carteles disuasorios para moderar éste.

Tras 2 semanas, se pasan nuevamente cuestionarios para evaluar intervenciones.

Se realizaron 626 encuestas. El 87.4% de los ciudadanos consideraron que fueron atendidos con confidencialidad en el mostrador, oscilando de 100% al 53.1% según el centro donde se realizaron las encuestas.

Se determinó que las características de los puntos de atención al ciudadano de los centros donde se observó una opinión de atención en el mostrador con menor confidencialidad, tenían menor espacio de separación entre el personal administrativo (0.5m vs 2m), siendo la distancia existente entre persona atendida y la que espera turno la que menor puntuación media obtuvo (6.9 puntos sobre 10) para considerarla adecuada.

La confidencialidad percibida por el ciudadano varía respecto el centro. Sólo en un centro urbano se manifestó una mejora significativa del 8.6% en la percepción de confidencialidad, llegando a un total del 61.7%, que coincidió con reformas estructurales importantes en éste con cambios en las características del mostrador y su localización. Sin embargo, se plantea la necesidad de cambios estructurales más profundos para garantizar una confidencialidad adecuada.

Pequeños cambios pueden producir grandes mejoras, aunque no suficientes.

AUTORES: SAGARRA ÀLAMO, RAMON¹; BARRIO TORRELL, F²; BEGUER LARRUMBE, N³; FARRÀS COMPANY, C⁴; BORREGUERO GUERRERO, E⁵; DE MAGRINYÀ I CLARAMUNT, JM⁶.

CENTRO DE TRABAJO: EAP MONT-ROIG DEL CAMP¹; CAP SANT PERE²; EAP TORTOSA EST³; EAP CARDONA⁴; EAP TORREFORTA-LA GRANJA⁵; EAP VALLS⁶.



ID: 581

TÍTULO: TENEMOS UN RETO: QUEREMOS ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN NUESTRO EQUIPO

RESUMEN:

Dentro del marco del Pla de Salut 2016-2020 del Departament de Salut de Catalunya caminamos hacia la implementación de la atención integral y centrada en la persona.

Por todo esto, necesitamos una reorientación en el abordaje integral de las situaciones de complejidad, dependencia y fragilidad, desarrollando prácticas avanzadas y dando respuesta a las necesidades crecientes de la población.

Implantación de la figura de la enfermera gestora de casos en un equipo de atención primaria:

-Conseguir el abordaje integral de la cronicidad, alta complejidad, dependencia y fragilidad, asegurando la continuidad asistencial

-Atención personalizada de los pacientes incluidos en el programa

-Evitar y disminuir ingresos y reingresos, consultas a urgencias, priorizando el recurso necesario

-Promocionar la calidad de vida de pacientes, familiares y cuidadores

Estudio descriptivo y análisis de la situación para poder implantar el programa de gestión de casos en el equipo de atención primaria de Amposta.

1-DAFO:

2-Acciones realizadas o pendientes (cronograma):

-Abril 2017: Visita de formación a la SAP Barcelonés Nord i Maresme, de la enfermera gestora y equipo directivo

-Mayo 2017: Redacción del procedimiento de la gestora de casos en el equipo de atención primaria de Amposta

-Mayo 2017: Activación del módulo de gestión de casos en el sistema informático utilizado, e-CAP, -Mayo a diciembre de 2017: programa formativo de la enfermera gestora de casos, facilitando estancias formativas en servicios de atención al final de la vida, pneumología, medicina interna, etc

-Junio 2017: formación al equipo en cronicidad y gestión de casos

-Julio a septiembre de 2017: Identificación de los referentes en los diferentes servicios asistenciales

-Julio 2017: Inicio de la inclusión de pacientes en el programa

-Establecer una sistemática de reuniones periódicas que permitan la evaluación continuada y mejora en el proceso.

3- Evaluación

-2017:

Disponer del procedimiento de Gestora de Casos redactado y presentado al equipo

Formación en cronicidad y gestión de casos al equipo: elaboración de memoria de formación

Disponer de documento e referentes de coordinación

Disponer de cronograma de reuniones periódicas

Número de pacientes incluidos en el programa de gestión de casos

Seguimiento de pacientes incluidos por parte de la gestora: número de visitas

-2018-2019

Mejorar la calidad de vida de pacientes incluidos en el programa: cuestionario

Dar respuesta a las descompensaciones: reducción de visitas a urgencias e ingresos

La implantación de la enfermera gestora de casos en el equipo de atención primaria nos asegura la continuidad asistencial de pacientes de alta complejidad de forma homogénea, y dando respuesta a las descompensaciones mediante la detección precoz del ámbito ambulatorio, aumentando de esta manera la calidad asistencial de nuestra población

AUTORES: IRIGOYEN GARCIA, MAITE¹; GAVALDÀ ESPELTA, E²; CURTO ROMEU, C³; BRUNET REVERTÉ, N⁴; LUCAS NOLL, G⁵; NAVASQUILLO CALDERÓN, E⁶.

CENTRO DE TRABAJO: EAP AMPOSTA¹; SAP TERRES DE L'EBRE²; EAP AMPOSTA³; EAP AMPOSTA⁴; EAP SANT CARLES DE LA RÀPITA⁵; SAP TERRES DE L'EBRE⁶.

ID: 582

TÍTULO: EL COSTE DE LA CALIDAD

RESUMEN:

Los EAP de nuestro territorio forman parte de los que han seguido el proceso de acreditación del Departament de Salut de Catalunya (MADS).

En nuestro EAP de procedencia se obtuvo una calificación del 94,5% (valoración de los 347 estándares del modelo.)

La mejora continua de la calidad es un método de trabajo que requiere formación, así como tener profesionales referentes que se dediquen a impulsar, revisar, y organizar todas las actividades que se derivan del proceso de acreditación.

Los EAP, independientemente de su complejidad, han de cumplir los mismos requisitos y estándares. Medir el tiempo dedicado por los profesionales asistenciales en un EAP acreditado por el MADS a actividades relacionadas con la mejora continua de la calidad, y calcular el coste aproximado, en tiempo por profesional, actualmente no reconocido en la financiación de los equipos.

Se calcula el tiempo dedicado por los profesionales del equipo a temas relacionados con la Acreditación MADS y a la mejora continua de calidad con la siguiente clasificación:

Reuniones de la comisión de calidad con/sin equipo directivo

Sesiones de formación a los profesionales en estándares si ne qua non: código IAM, código ictus, RCP

Sesiones de planificación, grupos de mejora, exposición al equipo y organización o planificación de procesos de mejora.

Formación en seguridad del paciente y actividades relacionadas(proSP) programación anual de actividades, control caducidades, box de urgencias, cadena de frío

Reuniones equipo calidad: = 31,5 horas

Reuniones equipo calidad con equipo directivo: = 6 horas

Reuniones Comisión Calidad Territorial = 22,5 horas

Reuniones Comisión Seguridad Territorial= 15 horas

Formación Código IAM, Código ICTUS y RCP:6 horas, 23 profesionales

Formación ProSP = 20 horas

Sesiones/reuniones de Calidad y Seguridad : 56 horas

Actividades del ProSP:

BOX URGENCIAS DIARIO:

608 revisiones =152 horas

CADENA FRIO : 971revisiones de 11 neveras=458,5 horas

Caducidades almacenes: 18

BOX URGENCIAS MENSUAL : 6 horas 4 enfermeras , 3 médicos y 1 auxiliar

REVISIÓN CONSULTAS mensual: = 42 horas x 14 profesionales

TEMPERATURA Y CLORO:: 41,33 horas

RESOLUCION TPSC_CLOUD (UNA MEDIA DE 30 MINUTOS) X 56

Total 450 horas de medico /año, 1154,6 horas enfermera/año, 258,83 horas personal atención al usuario anuales i 47 horas /año de auxiliar de enfermería

Conclusiones

Realizar la actividad asistencial con criterios de calidad es imprescindible una vez iniciado el círculo de mejora continua, los profesionales tienen a su disposición herramientas y circuitos que proporcionan seguridad a la hora de ofrecer nuestros servicios a las personas y disminuyen la variabilidad .

Para poder realizar todas las actividades recogidas en el MADS y cumplir con los estándares, el equipo realiza un esfuerzo adicional, que se puede contabilizar en tiempo y coste.

Sería importante que las organizaciones dispusieran de recursos para poder ofrecer servicios de calidad .

AUTORES: CLOTAS SANCHO, LOURDES; AINSA ABÓS, E; ARANDA SANCHEZ, B; CALAMOTE MANSO, F; OCHOA GONDAR, O.

CENTRO DE TRABAJO: CAP SANT SALVADOR.

ID: 583

TÍTULO: MEJORÍA DE INDICADORES TRAS INSTAURACIÓN DE PROTOCOLO DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL EN ARTROPLASTIAS DE RODILLA.

RESUMEN:

La cirugía Fast-Track se puede definir como toda aquella cirugía que conlleva una rehabilitación acelerada con el objetivo de un alta temprana con un elevado nivel de calidad asistencial.

Hay que tener en cuenta que uno de los factores patogénicos de la morbilidad peroperatoria es la respuesta al estrés quirúrgico, que supone un aumento de la demanda funcional orgánica por lo que la intención es reducir la respuesta al estrés minimizando el dolor.

Este objetivo se consigue con una intervención multimodal en los cuidados peroperatorios, combinando educación al paciente, nuevos métodos de anestesia y analgesia y un programa de rehabilitación adecuando la capacidad de carga física durante los primeros días post-cirugía. El equipo está formado por anestesiólogos, traumatólogos, rehabilitadores, fisioterapeutas y enfermería.

De esta forma se pretende alcanzar una mejoría de parámetros de calidad asistencial.

Es vital una exhaustiva formación preoperatoria involucrando al paciente en su propia recuperación.

Primario: eficacia del programa en términos de reducción de estancia media y de disminución de morbilidad peroperatoria valorando la necesidad de transfusión y la infección de herida quirúrgica. Secundarios se valora el control del dolor medido mediante escala analógico visual (EVA) y la mejoría del WOMAC.

Estudio prospectivo descriptivo. N: 160 pacientes, con diagnóstico de artrosis de rodilla sometidos a artroplastia total de rodilla incluidos en protocolo Fast-Track, previo consentimiento informado.

Se realiza una sesión informativa un mes antes de la intervención acerca del tipo de anestesia y de cirugía, de la cinesiterapia prequirúrgica y postquirúrgica que deben realizar y del manejo de ayudas técnicas para deambulación. En la precirugía se pauta cinesiterapia específica. Posteriormente el paciente es intervenido bajo técnicas de analgesia multimodal.

El mismo día de la cirugía se realiza deambulación precoz con ayudas técnicas y se inicia programa de cinesiterapia.

Se valora el índice de condición física WOMAC (Western Ontario and McMaster University Arthritis Index) formado por tres parámetros: dolor, rigidez y limitación funcional, el día de la sesión informativa, el día de la intervención y al mes de la intervención.

Estadístico: t de Student para datos apareados.

Estancia media: 3,54 días (Desviación estándar 0,83). Postquirúrgica: 3,04 días. (Desviación estándar 1,65).

No se realizaron transfusiones y no hubo infecciones de herida quirúrgica.

El 100% de los pacientes inician deambulación el mismo día de la intervención.

WOMAC: Se observa disminución estadísticamente significativa del dolor entre DCI Y MTI ($P < 0,05$) de 11,27 a 2,075, disminución estadísticamente significativa de la rigidez entre DCI Y MTI ($P < 0,05$) de 4,64 a 0,86 y mejoría estadísticamente significativa de la capacidad funcional entre DCI Y MTI ($P < 0,05$) de 46,06 a 5,99.

Se valora la flexión de rodilla 2 horas después de la intervención obteniéndose un promedio de 85,79° y a las 48 horas de la misma: 93,25°. Se consigue una ganancia del 8,69%.

Asimismo se valora la extensión de rodilla : ganancia del 42,18%.

Se valora el dolor mediante EVA en distintos momentos post-intervención con disminución progresiva.

CONCLUSIONES

Este programa Fast-Track para artroplastia total de rodilla consigue una disminución de la estancia media de y una menor morbilidad perioperatoria. Se consiguió una mejoría del WOMAC, del balance articular y control de dolor .

AUTORES: LOSCOS GIL, MARIA PILAR; LLORENS EIZAGUERRI, M; BLASCO, A; GUERRA, S; PLANAS, P; GUTIERREZ, T.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL MAZ.



ID: 586

TÍTULO: EVALUACIÓN Y MEJORA DEL USO DE RESTRICCIONES FÍSICAS PACIENTES HOSPITALIZADOS

RESUMEN:

La inmovilización de pacientes con el uso de medidas restrictivas es una práctica controvertida que incluye dilemas éticos, clínicos y sociales.

Dentro de nuestro objetivo corporativo de respeto al paciente dependiente, es prioritario la racionalización del uso de sujeciones y su disminución hasta utilizarlos solo con indicaciones individuales según perfil de paciente y con las máximas garantías de seguridad.

Disminuir el uso de inmovilizaciones de pacientes hospitalizados

Evitar efectos adversos con el uso de restricciones físicas

Aumentar el conocimiento de otras alternativas en el uso de sujeciones

Durante los años 2016-2017 hemos llevado a cabo en el turno de noche, en 2 noches consecutivas en el año 2016 y 2017 un estudio comparativo de pacientes inmovilizados en 11 unidades de hospitalización convencional. El estudio es observacional con revisión de Historias Clínicas.

1er ESTUDIO 2016:

NOCHES 1: se evalúan 367 pacientes ingresados

NOCHES 2: se evalúan 387 pacientes ingresados

2º ESTUDIO 2017:

NOCHES 1: se evalúan 354 pacientes ingresados

NOCHES 2: se evalúan 357 pacientes ingresados

Se evaluaron todos los pacientes ingresados en esas fechas en el turno de noche, tipo de sujeciones que tenían, y si cumplían el protocolo de sujeción preventiva del hospital. Si había registro apertura de formulario de sujeción preventiva y cuidados en Historia Clínica electrónica. Los motivos de utilización de restricciones físicas: prevención de caídas y evitar la interrupción del tratamiento por parte del paciente.

Entre ambos períodos de estudio, se llevan a cabo sesiones informativas con los supervisores y responsables de seguridad y formativas con el personal de enfermería, con vídeos demostrativos de paciente inmovilizado.

1er estudio 2016 se observa existe deficiencia de registro en la sujeción de pacientes, relacionándolo con falta de conocimiento e implicación del personal con variabilidad en los 2 turnos. 2º estudio 2017, se consigue una pequeña disminución del uso de restricciones, con una correcta utilización e indicación de las mismas.

Evidenciamos se realizan restricciones físicas incorrectamente, desconocimiento de las indicaciones y la técnica.

Ante esto llevamos a cabo sesiones clínicas y talleres formativos al personal de enfermería, con demostración de vídeos realizados por el personal. Se elaboran intervenciones de aplicación en las unidades, valorando los riesgos del paciente para disminuir el uso de las inmovilizaciones en un entorno seguro.

AUTORES: CASILLAS PEINADO, LYDIA; MARTIN VELASCO, O; TORRES OCAÑA, D.

CENTRO DE TRABAJO: FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ.

ID: 587

TÍTULO: COMPOSICIÓN DEL COSTE POR PACIENTE EN LAS INTERVENCIONES DE PROTESIS DE CADERA DE UN HOSPITAL GERIÁTRICO

RESUMEN:

Una parte importante de las intervenciones de cadera en mayores de 65 años se encuentra asociada a una caída, y las que no tienen origen traumático se producen generalmente por degeneración del cartílago articular de la cadera.

Dado el importante consumo de recursos que conllevan y el interés por identificar los factores de mayor incidencia en el mismo, se ha analizado la trayectoria de su coste medio por paciente.

Conocer la evolución de la estancia y el coste por paciente en las intervenciones de prótesis de cadera y su variación por sexo, edad y el hecho de estar o no asociada a una caída.

Estudio descriptivo, observacional, longitudinal y prospectivo, que recoge variables demográficas, clínicas y de coste de pacientes que fueron alta con el GRD 818 en el periodo 2011-2015 y el 301 en el 2016 en un hospital de agudos geriátricos.

Las variables dependientes estancia y coste por paciente, tanto global, como desglosado en coste de prótesis, estancia e intervención quirúrgica, fueron analizadas mediante la t de student para la comparación de dos muestras y ANOVA de un factor para más de dos (complementarias, Scheffe y Games-Howell).

Los pacientes con fractura de cadera que ingresan en la Unidad de ortogeriatría del Hospital de estudio llevan asociada una caída en el 97% de los casos.

La media de edad de las mujeres supera en 9 años a la de los hombres y éstas representan el 82% de los pacientes con fracturas de cadera asociadas a una caída.

En el periodo 2011-2016, se han realizado 1.380 intervenciones con implante de prótesis de cadera. Por sexo no se presentan diferencias estadísticamente significativas en el coste medio por paciente, aunque sí en el coste de las prótesis (567€ menor en la mujer) y en el de la estancia, 440€ superior en la mujer ya que la estancia media supera en 2,51 días a la del hombre (p<0,01).

El 32% de las intervenciones quirúrgicas con implante de prótesis de cadera han estado asociadas a caídas y su presencia ha supuesto un coste medio por paciente 366€ superior, siendo el de las prótesis 1.510€ inferior y el de la estancia 1.266€ más, con una estancia media que rebasa en 7,46 días a los casos sin caídas (p<0,01).

Por grupos de edad no se aprecian diferencias estadísticamente significativas en cuanto al coste medio por paciente, pero sí en el coste de las prótesis que se reduce significativamente con la edad a partir de los 65 años, y en el de la estancia que aumenta con ésta, p<0,01.

También se observaron diferencias significativas en el coste por paciente y la estancia entre los distintos ejercicios presupuestarios, p<0,01.

El hecho de ser mujer, la pertenencia a un grupo de mayor edad o haber sufrido una caída tiene una asociación estadísticamente significativa con la prolongación de la estancia hospitalaria y el coste tanto de la estancia como de la prótesis colocada.

El coste medio por paciente ha presentado una tendencia estadísticamente significativa a la baja entre 2011 y 2016.

AUTORES: ALONSO FERNÁNDEZ, J¹; RUBÍN GALLINAR, E²; CASTAÑO SÁNCHEZ, N³; SALMERÓN MENÉNDEZ, C⁴; MENÉNDEZ FRAGA, D⁵; VÁZQUEZ VALDÉS, F⁶.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS¹; HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS²; HOSPITAL MONTE NARANCO³; ÁREA DE MICROBIOLOGÍA, FALCULTAD DE MEDICINA DE OVIEDO⁴; HOSPITAL MONTE NARANCO⁵; ÁREA DE MICROBIOLOGÍA, FALCULTAD DE MEDICINA DE OVIEDO⁶.



ID: 588

TÍTULO: LA FRONTERA DIFUSA ENTRE LO SANITARIO Y LO SOCIAL

RESUMEN:

En el año 2040 la población mayor de 75 años superará el 30 % de la población española. El cambio cultural en la sociedad española y las dificultades familiares para el cuidado de nuestros ancianos ha llevado a una nueva 'patología' o motivo de ingreso hospitalario, la 'claudicación familiar' en los cuidados del anciano frágil y dependiente. Muchos de estos pacientes ingresados lo hacen a través de las puertas de urgencias de los hospitales y encuentran así una vía para que el anciano sea cuidado por los servicios sanitarios y a los pocos días, cuando el problema que justificó su ingreso hospitalario se ha resuelto, las familias se niegan a llevarlo a casa y solicitan un traslado a un centro de cuidados medios en el que permanecerá de forma indefinida salvo que se le facilite un recurso social alternativo o se convenza a las familias para que regrese a su domicilio.

1. Conocer la situación real de esta problemática en nuestra área de salud, formada por 269.000 tarjetas sanitarias.
2. Establecer unos procedimientos de actuación en base a la normativa vigente en materia socio-sanitaria.
3. Proponer medidas que permitan mejorar los recursos disponibles y que estos lleguen por igual a todos los ciudadanos.

Se analizaron mediante un estudio epidemiológico descriptivo todos los ingresos en cuidados medios de nuestra área de salud de los años 2014-2017. Con distribución de frecuencias de las patologías principales, motivos de ingreso, situación familiar y de dependencia y destino final del paciente. Se estimó el gasto de estos recursos y su distribución dentro de la población estudiada y las modificaciones producidas tras una intervención de 1 año en el que se analizaron muchas variables cualitativas y cuantitativas, estas últimas referidas al tiempo de hospitalización expresado en días. Los estadísticos utilizados fueron para estudio de asociación entre variables cualitativas y coeficientes de correlación para variables cuantitativas.

En nuestro área existían 580 camas de cuidados medios del grupo IV, la y Ib. La ocupación se acercaba al 100 %. en los primeros 2 años la rotación era:1:1.27, que fue mejorando hasta una 1:2.4, con un gasto similar. Se realizaron reuniones periódicas con directivos de los centros, jurídicos e inspectores y se establecieron escenarios diferentes de cada paciente ingresado, incidiendo de forma prioritaria en los pacientes con posibilidad de un grado 3 de dependencia, donde el trabajador social les gestionaba una plaza del IMAS. También se actuó en casos que se objetivó abandono familiar. El resto se analizó por patologías y posibilidad de retorno al domicilio. La intervención permitió que más personas pudieran acceder a este recurso tan escaso y sin gasto adicional, se pudo ayudar a más familias. Se necesitan más ayudas a las familias que cuidan de sus ancianos para revertir esta situación, parte de la conciliación familiar. Se necesitan recursos socio-sanitarios supervisados y normativa adecuada a esta variabilidad.

AUTORES: SANTIAGO GARCÍA, CARMEN; SÁNCHEZ MONTÓN, T; ESPAÑOL MORALES, I; SEDES ROMERO, J; GARCÍA BRAVO, AL; ALONSO SAÉNZ DE MIERA, MJ.

CENTRO DE TRABAJO: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CARTAGENA.



ID: 589

TÍTULO: REDISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN CIRCUITO PARA GARANTIZAR EL CORRECTO CIERRE ADMINISTRATIVO ASISTENCIAL EN URGENCIAS

RESUMEN:

Los administrativos de urgencias son los responsables de que los informes asistenciales se cierren correctamente. Debido a la percepción de incidencias en esta gestión, se detectó la necesidad de asegurar el correcto cierre de los informes médicos del Servicio de Urgencias, para garantizar la continuidad asistencial de los pacientes

Presentar los resultados de la elaboración, difusión, implementación y revisión de un circuito de finalización administrativa de "registro de altas" de los informes de urgencias, y visitas de seguimiento en la Consulta Externa y en la Unidad Funcional de Accidentes (UFA), con el objetivo de cerrar correctamente el informe de alta, y aumentar la actividad de seguimiento

Nuestro hospital atiende 120.000 pacientes urgentes al año. Se planificaron reuniones para evaluar las necesidades, se desarrolló un circuito y se definieron los pasos a seguir para conseguir controlar y evaluar el seguimiento. Se diseñó e implementó un circuito incorporando 1,5 administrativos, optimizando al personal radiología, sustituyendo su trabajo por la adquisición del sistema de grabación de voz y redacción de informes.

Se formó al personal asignado y el 6 de marzo de 2017 se inició una prueba piloto por un período de 3 meses en la franja horaria de 12 a 19:30 h

No hubo, en primer lugar, un coste añadido en recursos humanos al poder optimizar el personal existente

En segundo lugar, los resultados siguientes se describen pre/post implantación del circuito:

1º) De los 4000 informes de urgencias evaluados, un 3,1 % mensual constaban sin cerrar; reduciéndose tras la intervención al 0,05% de los informes

2º) De 439 visitas de seguimiento de terceros obligados al pago, éstas aumentaron a 642 visitas, con un incremento de la actividad del 46,4 % y una estimación anual de ingresos del 15,2%

3º) De la planificación de 90 ingresos urgentes y 15 visitas de seguimiento de especialidades, se pasó a la recuperaron de 186 ingresos, con un aumento del 107% y 195 visitas en especialidades (1200%)

4º) Los pacientes sin cobertura ni recursos pasó de 131 a 169 pacientes (Inst.08/2015 CatSalut Cataluña), con la mejora del 29%

5º) Los pacientes privados sin facturar pasó de 29 a 4 asistencias con un control y garantía de cobro del 86%

6º) Desde 2011 la actividad de accidentes de circulación y 1ª visitas UFA habían disminuido del 67,1% al 57,3%. Con la captación de 1ª visitas la estimación a 2017 se cifra alrededor del 67,9%

En conclusión, se demuestra la eficiencia, la calidad y la sostenibilidad de este proyecto innovador, poniendo en valor el trabajo del administrativo, por el cual se han cerrado el 99,5% de los informes de urgencias; han aumentado considerablemente las primeras visitas UFA con un crecimiento económico de terceros obligados al pago y se ha garantizado la continuidad asistencial de los pacientes en urgencias asegurando su ingreso programado y las visitas de seguimiento a las especialidades, así como la detección de pacientes sin cobertura ni recursos

AUTORES: FERNANDEZ RUIZ, JOSEP MARIA; CLARAMBO SEMIS, MA; LARREA BAEZA, JC; MARTINEZ VILADEMUNT, ES; SEDA PAZ, LA; ALONSO FERNANDEZ, RO.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS.

ID: 590

TÍTULO: ESTUDIO PRE-POST-INTERVENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN RADIOLOGÍA MEDIANTE EL "MUESTREO POR ACEPTACIÓN DE LOTES"

RESUMEN:

Con la certificación ISO 9001:2008 en el Servicio de Diagnóstico por la Imagen (SDI) se detectaron consentimientos informados sin realizar y/o mal cumplimentados. La metodología para el análisis de muestras denominada 'muestreo por aceptación de lotes' o 'Lote quality assurance sampling (LQAS), permite monitorizar indicadores analizando un número bajo de casos para comparar una situación respecto a un estándar prefijado.

Presentar los resultados obtenidos, utilizando el método LQAS, al analizar pre- y pos-intervención, el cumplimiento de los consentimientos informados (CI) de los procedimientos intervencionistas (PI) realizados en el SDI (% realización y calidad de los mismos).

Se seleccionaron PI consecutivos que necesitaban CI, comparándose el 3º trimestre de 2016 y el 2º trimestre de 2017. En el LQAS se consideró que el nivel de calidad aceptable debería llegar al 95% (estándar de cumplimiento) y el nivel de calidad límite debería ser el 85% (umbral mínimo asumido) partiendo de un error alfa=5% y un error beta=20%. En nuestro caso, siguiendo las tablas de LQAS, se determinó que el tamaño muestral necesario era un lote de 44 PI que, ordenados por fecha de realización se eligieron aleatoriamente (1 de cada 8 en el 2016 y 1 de cada 10 en el 2017). Se definió que la adecuación mínima para aceptar el lote, consistiría en encontrar un mínimo de 39 PI con CI del lote de 44 escogidos.

Cuantitativamente se evaluaron pre-post el % de CI realizados sobre el lote de 44, y cualitativamente se valoraron pre-post 6 variables con respuesta dicotómica (SI/NO): a) nombre y apellidos del paciente; b) firma del paciente; c) nº colegiado del médico; d) la firma del mismo; e) la información sobre los posibles riesgos; y, f) el tipo de PI. Las acciones de mejora fueron la concienciación, el seguimiento y CI específicos en algunos PI.

1) Cuantitativos. En el estudio pre-(2016), del total de 376 PI se escogió un lote de 44 PI realizados, encontrando un total de 30 (68%) CI cumplimentados (inferior al mínimo requerido de 39 CI para aceptar el lote), siendo "no apto". En el post-(2017), del total de 442 PI, del lote de 44 se detectaron 42 hechos (95%), siendo "apto".

2) Cualitativos. El promedio global pre-post alcanzó el 94% y 97% respectivamente. La adecuación específica de cada una de las variables pre-post fue: a) identificación el paciente (100% y 100%); b) firma del paciente (100% y 100%); c) nº colegiado del médico (93% y 86%); d) firma del médico (97% y 98%); e) información de los riesgos (90% y 98%); f) tipo de procedimiento (87% y 93%). Del total de los 44 PI evaluados, el 36% han utilizado los CI específicos.

Como conclusiones, en primer lugar, destacar que el muestreo por LQAS es sencillo, rápido y fácil de aplicar lo que permite a los profesionales más autonomía en la evaluación de indicadores; y, en segundo lugar, la concienciación y el seguimiento es clave para la mejora tanto el número de CI realizados como la calidad de los mismos.

AUTORES: SABATER RAGA, ROSA MARIA; ALOY DUCH, A; RUBIO RODRIGUEZ, M; PRUNA COMELLA, X; GARRIGA FARRIOL, MV; APARICIO LOPEZ, JC.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS.



ID: 593

TÍTULO: SERIOUS GAME PARA AYUDAR EN LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN PACIENTES CON PSICOSIS REFRACTARIAS

RESUMEN:

A lo largo de la historia, diversas investigaciones científicas reafirman la relación existente entre el juego y el aprendizaje, basándose principalmente en los cambios que se pueden observar en las conductas de los participantes pasado un determinado periodo de tiempo, y tras realizar una evaluación de dichas conductas.

1. Reforzar la adquisición de nuevos conocimientos trabajados en grupos psicoeducativos y de habilidades sociales 2. Ayudar en la rehabilitación cognitiva 3. Aprender a resolver problemas o dificultades y buscar alternativas 4. Estimular la comunicación y socialización 5. Desarrollar la lógica y el sentido común 6. Fomentar la confianza 7. Reforzar las normas básicas de convivencia 8. Fomentar el respeto a las demás personas 9. Estimular la aceptación de jerarquías y el trabajo en equipo 10. Fomentar la diversión en grupo 11. Disponer del juego en formato electrónico para móviles, tablet y ordenadores.

Diseño: Se trabaja sobre Autoadministración de Medicación, Prevención de Recaídas, Rehabilitación Cognitiva, Ocio y Tiempo Libre, Habilidades de Autocontrol y Manejo del Estrés, así como Integración en la Comunidad e Integración Laboral. El juego, contiene 500 preguntas-ejercicios y otras 100 más de comodín en formato de diversos colores, cuyas respuestas han sido consensuadas en los diferentes grupos de trabajo interdisciplinares que se llevan a cabo en la Unidad (se han creado 21 grupos de trabajo), y que hacen referencia a ejercicios para la memoria, atención, percepción, lenguaje, aprendizaje y pensamiento, importantes para los pacientes y sus familias, que les permitan conocer el tratamiento y las consecuencias de su abandono y adquirir habilidades sociales que mejoren su reinserción social. La tecnología que hemos usado ha sido HTML5, con elementos 3D en los navegadores más importantes (Mozilla, Chrome, Safari e IE).

1. Hemos creado el Juego UPR: Un Pequeño Reto, Juego de mesa similar al Trivial, donde al igual que en él, el avance está determinado por la habilidad del jugador-paciente para contestar preguntas sobre conocimientos de su enfermedad. El tablero consiste en una rueda compuesta de casillas en cinco colores cada uno de los cuales corresponde a un tema: Azul: Educación para la Salud Verde: Psicoeducación (Esquizofrenia y Trastorno Bipolar) Rosa: Habilidades Sociales Naranja: Patología Dual y Amarillo: Medicación y Síntomas. 2. En el formato electrónico, si es correcta la respuesta aparece una imagen/icono verde y si no, aparece en color rojo. También va apareciendo una barra debajo que te informa del % de aciertos en cada ejercicio

Se ha detectado una mejoría con diferencia significativa entre 208 de los 231 pacientes, lo que representa un 90,04%. La satisfacción de los pacientes ha pasado de 5,5 a 9,30.

Este Juego está permitiendo a los participantes convertirse en protagonistas de su propio aprendizaje y conseguir los objetivos establecidos.

AUTORES: SÁNCHEZ BERNAL, RAFAEL¹; VAQUERIZO GALVAN, MI²; ELORZA OZAETA, Z³; UBIS GONZÁLEZ, A⁴; ORTIZ DE ZÁRATE SAN AGUSTIN, A⁵; JIMENEZ FRANCO, II⁶.

CENTRO DE TRABAJO: RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA¹; RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA²; RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA³; RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA⁴; RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA⁵; HOSPITAL UNIVERSITARIO SALAMANCA⁶.



ID: 594

TÍTULO: ROMPIENDO RUTINAS: EL IMPACTO DE UN “NO HACER” EN EL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA.

RESUMEN:

Son muchas las estrategias que tienen como objetivo principal disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias, entendiendo por estas aquellas que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias. En el Hospital se plantea como objetivo de calidad y dentro de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020, evitar o reducir las prácticas innecesarias que se puedan abordar con intervenciones poco costosas para el sistema.

Evitar o reducir las radiografías de tórax preoperatorias innecesarias, la minoración del gasto y la ganancia de huecos libres en las Agendas de Radiodiagnóstico.

Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo de exploraciones radiológicas realizadas a pacientes menores de 40 años, con riesgo anestésico bajo o muy bajo, durante el periodo de estudio de Enero a Mayo de 2017 en un Hospital terciario, para calcular el porcentaje de pruebas innecesarias, el impacto en las agendas de radiología, la radiación innecesaria en pacientes y el gasto infundado. El Servicio de Anestesiología ha planificado conjuntamente con los Servicios Quirúrgicos y de Admisión, una intervención para reorganizar el circuito de preanestesia.

En el Hospital se han realizado 11.128 intervenciones quirúrgicas programadas con hospitalización y ambulatorias en los primeros 5 meses del año 2017, de las cuales 549(96,9%) se han realizado en pacientes menores de 40 años (17 en edad pediátrica) con un riesgo anestésico bajo o muy bajo. En 1 año se estima que se habrían realizado 1.317 Rx de tórax preoperatorias innecesarias, que suponen un 4,3% de todas las Rx de tórax realizadas en 1 año, lo que generaría un equivalente en huecos libres de citación en agendas de Radiodiagnóstico, a la actividad anual de un centro de especialidades.

Si el coste medio de una Rx de tórax PA es de 12,55 euros, estaríamos hablando de una reducción media del gasto de 15.667€, dependiendo del lugar donde se realizase la prestación.

La dosis efectiva de radiación, en el caso de 1 RX tórax es de 0,002 mSv, que sería comparable con el periodo equivalente de 3 días de exposición a la radiación ambiente.

Como resultado se propone desde el Servicio de Anestesiología una estrategia conjunta de intervención basada en la categorización del preoperatorio, en función de la combinación del riesgo anestésico y quirúrgico.

Creemos que para lograr implementar las prácticas innecesarias y, por tanto, para conseguir un cambio real de hábitos clínicos, hace falta la colaboración de profesionales de la salud, gestores, pacientes y administraciones. Es fundamental reevaluar la calidad y la efectividad del sistema sanitario, procurando que sea sostenible en la medida que libere recursos que podrán ser destinados a procedimientos con valor añadido.

AUTORES: MORENO RODRÍGUEZ, ROSA MARÍA; TORRES VILLAVERDE, PI; ELVIRA MARTINEZ, CA; DEL MORAL SERRANO, EM; DE LA FUENTE GÓMEZ, AL; LÓPEZ GARCÍA, MP.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS.



ID: 595

TÍTULO: AUTOMATIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE LEQ: SEGUIMIENTO DE OBJETIVOS MENSUALES Y HERRAMIENTA DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA.

RESUMEN:

El incremento del número de pacientes en lista de espera quirúrgica (LEQ) y la demanda de transparencia en su gestión hacen necesarias herramientas informatizadas para gestionarla de forma eficiente.

Desarrollar e implantar un sistema automatizado, proactivo, centralizado que garantice la trazabilidad del Registro Único de LEQ (RULEQ) de la Consejería para obtener la información detallada por especialidad.

Ámbito: hospital del Servicio Madrileño de Salud con 400 camas.

Periodo de estudio: 2016-7.

La Consejería utiliza la aplicación AccessR para facilitar diariamente a los hospitales la información de sus pacientes en RULEQ.

Se ha desarrollado una herramienta que gestiona los datos actualizados semanalmente, conectada a la base de datos descargada. Se genera el Cuadro de Mando, y diferentes informes, estáticos y dinámicos desarrollados a medida de las necesidades de los Jefes de Unidad comparativos con el resto de Centros Hospitalarios de nuestro mismo grupo (Grupo II).

Se replica el informe de la consejería previa al envío oficial por parte de la Gerencia Adjunta de Procesos. Los cuadros permiten identificar la información relativa a activos, análisis de Entradas y Salidas en LEQ, índice E/S, demoras media y máxima, etc., así como las salidas, tipo de salida, espera media y máxima de las salidas, etc.

Se replica el corte de RULEQ a fin de mes por prioridad y tipo de lista: Pacientes no intervenidos (mes anterior), Activos actuales y Diana del mes siguiente.

La herramienta desarrollada permite, tanto a la Dirección como a los Jefes de las diferentes especialidades, obtener la información necesaria para la gestión de LEQ de forma ágil y eficaz. Garantiza la gestión de la Lista de Espera Quirúrgica cumpliendo con los plazos establecidos por la Consejería. Desde su implantación en el mes de septiembre de 2013 no se han producido no conformidades en la gestión de LEQ en el Hospital, integrada en la actualidad en el sistema ISO 9001:2015.

El coste de su desarrollo ha sido mínimo, y al tratarse de una herramienta diseñada en el propio centro, está abierta a futuras actualizaciones en función de las nuevas necesidades de gestión de LEQ que pudieran surgir en el futuro.

La herramienta ha obtenido la aprobación del 100% de los Jefes de las Unidades quirúrgicas del Hospital (13), que la consultan de forma semanal para realizar la programación quirúrgica con el objetivo de mantener nuestro índice de entradas /salidas lo más cercano a 1 y mensualmente la Población Diana del mes en curso y el mes siguiente. Desde su implantación se realiza su seguimiento semanal y su monitorización prospectiva de forma trimestral.

AUTORES: CHECA AMARO, MARIA LUISA; OVEJA FERNANDEZ, R; RODRIGUEZ MUÑOZ, MT; LORENZO MARTINEZ, S; GARRIDO MARTIN, M; CASTILLA CASTELLANO, V.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON.



ID: 596

TÍTULO: LA CALIDAD PERCIBIDA Y LA MEJORA DE LA CALIDAD BAJO LAS NORMAS ISO

RESUMEN:

La calidad percibida es una de las dimensiones básicas de la calidad asistencial. El SESCAM realiza encuestas de satisfacción desde el 2003 (metodología SERVQUOS) . También mantiene un sistema de gestión de calidad. La norma ISO 9001-2015 incluye la 'satisfacción del cliente'. Con la inclusión de los Servicios de Información y Atención a Pacientes (SIAPs) se está realizando una 'experiencia piloto', con una muestra de pacientes de todas las Gerencias, con el objetivo de comparar la 'calidad percibida' en las distintas Gerencias. Posteriormente, se generalizará la medición de la calidad percibida al resto de servicios de la atención hospitalaria, en la web del SESCAM, a la que todos los pacientes podrán acceder desde su smartphone, inmediatamente después de la consulta externa o unos días después del alta hospitalaria. El cuestionario se validará mediante aplicando la 'teoría clásica de los tests' (Alpha de Cronbach) , aportando así información útil, en tiempo real, en tres niveles: gestión clínica, gestión sanitaria y planificación (evaluación de mejoras por los profesionales clínicos, los gestores y los directivos).

- Medir y comparar de forma válida la calidad percibida de los clientes de los SIAPs del SESCAM.
- Validar los ítems de un único cuestionario dirigido a los clientes del SIAP de todas las Gerencias.
- Incluir en la certificación, bajo normas ISO, objeti

Se está implementando una experiencia piloto en los SIAPs. Se ha consensado entre todos los profesionales las preguntas en los siguientes apartados: profesional, espacio, tiempos, solución del problema y satisfacción global. Se aplicará en entrevistas individuales a una muestra de pacientes, con la misma metodología en todas las Gerencias, 'antes' y 'después' de la inclusión de los SIAPs. Se validarán los ítems con un Alpha de Cronbach superior a 0,85 (sobre 1).

Se presentan los resultados de la encuesta muestral (servquos, entrevistas telefónicas asistidas por ordenador) del 2016. Los resultados de la experiencia piloto se compararán con los de una Encuesta SERVQUOS posterior . Si la evaluación final del proyecto es positiva (validez y utilidad del nuevo cuestionario para evaluar los objetivos de mejora de la calidad percibida, bajo normas ISO), se propondrá a la Gerencia del SESCAM sustituir la metodología muestral tradicional por un sistema automatizado, en tiempo real, para medir la 'satisfacción del cliente' de los SIAPs, en una primera fase, y progresivamente en todos los servicios hospitalarios, y también en atención primaria.

AUTORES: TEJERO GONZÁLEZ, JESÚS MANUEL¹; ALCÁZAR CASANOVA, F²; TEBAR METEGÓN, MA³; CERCENADO SORANDO, S⁴; SANZ ORTIZ, MD⁵; AÑÓ CONSUEGRA, E⁶.

CENTRO DE TRABAJO: DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA¹; DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA²; GERENCIA INTEGRADA DE CIUDAD REAL DEL SESCAM³; DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA⁴; GERENCIA INTEGRADA DE CIUDAD REAL⁵; GERENCIA INTEGRADA DE CIUDAD REAL⁶.



ID: 597

TÍTULO: IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE CALIDAD DE LOS CUIDADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

La Gerencia Asistencial de Atención Primaria (AP) del Servicio Madrileño de Salud publicó en el año 2014 la estrategia de calidad de los cuidados (ECC). La ECC define 144 líneas de actuación para mejorar la calidad de los cuidados enfermeros que se prestan en los centros de salud. El cuadro de mandos de AP incluye indicadores que permiten evaluar el impacto de la implementación de la estrategia.

Conocer la evolución de los indicadores de calidad relacionados con la atención de enfermería en Atención Primaria desde la publicación de la Estrategia de calidad de los cuidados

Tipo de estudio: Análisis descriptivo longitudinal.

Ámbito de estudio: Gerencia Asistencial de Atención Primaria

Periodo estudio: 1/01/2013 al 31/12/2016.

Mediciones:

-Cobertura de Planes de Cuidados realizados en pacientes por grupos de edad y en procesos específicos.

-Resultados de los indicadores de seguridad y efectividad del Contrato Programa de Centro

-Cobertura de los servicios de promoción y prevención de la Cartera de Servicios

Análisis estadístico: Programa EPIDAT 3.1 (distribución de frecuencias y test de chi-cuadrado)

-Todos los indicadores de planes de cuidados se han incrementado de manera muy notable: 61% en personas >65 años, 40% en pacientes inmovilizados, 78% en el paciente mayor frágil o 50% en pacientes con procesos cardiovasculares.

En relación con los indica

AUTORES: PÉREZ-RIVAS, FRANCISCO JAVIER¹; FERNÁNDEZ-DÍAZ, C²; BARBERÁ-MARTÍN, A³; CÁRDENAS-VALLADOLID, J⁴; ARÉJULA-TORRES, JL⁵; RICO-BLÁZQUEZ, M⁶.

CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA_SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD¹; GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA²; GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA³; GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA⁴; GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA⁵; GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA⁶.



ID: 598

TÍTULO: FRECUENCIA Y CAUSAS DE LA SOBREUTILIZACIÓN INNECESARIA DE PRUEBAS Y PROCEDIMIENTOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

La sobreutilización inadecuada de recursos diagnósticos y terapéuticos somete a los pacientes a un riesgo sin propiciar beneficio clínico suficiente y supone sobrecostes (entre 10-30% del gasto sanitario en los países desarrollados). El movimiento "Menos es Más" ha propiciado recomendaciones sobre qué 'No hacer' en distintas especialidades y también en atención primaria.

Determinar, bajo el punto de vista de profesionales de atención primaria, la frecuencia con la que se produce la sobreutilización innecesaria y los perfiles de pacientes que contribuyen a esta sobreutilización.

Estudio descriptivo de corte transversal mediante encuesta online a 1.110 profesionales de atención primaria (458 medicina de adultos, 531 pediatría y 121 enfermería) de dos servicios de salud (Servicio Andaluz de Salud y Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública) y pertenecientes a diferentes sociedades y colegios profesionales (AEPap, AEP, COMV y CECOVA). Se realizaron análisis descriptivos y de frecuencias con datos preliminares.

El 17,4% (21) de los enfermeros, el 6,1% (28) de los médicos y el 1,7% (9) de los pediatras dijo prescribir todos o casi todos los días pruebas o procedimientos innecesarios a petición del paciente. Las prácticas innecesarias más solicitadas fueron: 86% (104) toma de constantes sin cita (enfermería), 59,8% (274) derivación a especialistas (medicina) y 75,1% (399) prescripción de antibióticos (pediatría). Los tres colectivos profesionales estuvieron de acuerdo en apuntar que el perfil de paciente más demandante era mujer; la edad varió en función del colectivo profesional, correspondiéndose un perfil de mayor edad con enfermería (más de 66 años) y de menor edad con pediatría (entre 31 y 50 años); en enfermería, el perfil más común, según la situación clínica, fue el de paciente con varias condiciones crónicas (64,5%) mientras, que en medicina y pediatría, fue el de paciente con enfermedad inespecífica (44,3% y 55,2% respectivamente). Todos los colectivos profesionales coincidieron en atribuir la responsabilidad más alta en la sobreutilización inadecuada a los familiares de los pacientes (medias superiores a 7,5 sobre 10). La falta de tiempo en consulta fue la principal razón por la que los médicos realizan prácticas innecesarias (40,2%, 184), mientras que el motivo más referido por los pediatras fue la insistencia de los tutores del menor (57,8%, 307). Los resultados de este trabajo evidencian la existencia del problema de la sobreutilización innecesaria en atención primaria y la necesidad de concienciar sobre el mismo, no solo a la comunidad profesional sino también, a la población general.

AUTORES: CARRILLO MURCIA, IRENE¹; VITALLER BURRILLO, J²; PÉREZ PÉREZ, P³; SILVESTRE BUSTO, C⁴; NEBOT MARZAL, C⁵; MIRA SOLVES, JJ⁶.

CENTRO DE TRABAJO: UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE¹; DEPARTAMENTO DE SALUD ELCHE-CREVILLENTE (VINALOPÓ)²; AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA³; SERVICIO NAVARRO DE SALUD - OSASUNBIDEA⁴; CENTRO DE SALUD FUENTE SAN LUIS⁵; CENTRO DE SALUD HOSPITAL PROVINCIAL - PLA; UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ⁶.



ID: 599

TÍTULO: EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROYECTO DE REORGANIZACIÓN INTEGRAL DEL BLOQUE QUIRÚRGICO

RESUMEN:

En el Bloque Quirúrgico la implantación progresiva de la historia clínica electrónica y la innovación tecnológica, han disminuido drásticamente los tiempos empleados en tareas administrativas y de soporte clínico, optimizando la organización logística, las comunicaciones internas y desvelando graves ineficiencias, al mantener un modelo organizativo incongruente no adaptado al nuevo marco de innovación tecnológica.

Se expone la reingeniería del proceso quirúrgico desarrollada desde el año 2013, su balance de gestión y resultados obtenidos.

1. Analizar el impacto tecnológico
2. Adaptar la organización del Bloque a la actual estructura tecnológica, realizando una reingeniería integral del proceso
3. Desarrollar un nuevo modelo organizativo capaz de incrementar la productividad: eliminar franjas horarias improductivas, optimizar tiempos intermedios, elevando la autonomía de gestión de los quirófanos

Análisis

- Se analizan todas las fases del proceso quirúrgico, documentando los tiempos invertidos en cada tarea a realizar.
- Se calcula pormenorizadamente el tiempo invertido en tareas manuales que se han sustituido por desarrollos informáticos.

Desarrollo

- Se elabora y desarrolla un nuevo modelo adaptado a la realidad tecnológica existente, a los criterios de seguridad del paciente y al volumen y complejidad de la actividad prevista.
- Se adaptan las horas asignadas al Bloque Quirúrgico, a las horas necesarias de cada colectivo: enfermeras, auxiliares y celadores.
- Se realiza y divulga un manual de organización, donde quedan establecidas las responsabilidades de cada componente del equipo quirúrgico.
- Diseño de indicadores de evaluación

Se comparan datos de enero y febrero 2012 / 2016:

Eficiencia:

- Horas improductivas eliminadas/año: 9100
- Costes directos suprimidos: 188.885,45€/año

Efectividad:

- Actividad quirúrgica: +16,86%
- Suspensiones: -56,75%
- Tiempos interquirúrgicos: -38,50 %
- Optimización de tiempos de inicio y finalización

Seguridad:

- Informatización Checklist quirúrgico

AUTORES: GROBA PÉREZ, FERNANDO; IGLESIAS CABALEIRO, C.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL POVISA S.A.



ID: 600

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE UN DESARROLLO INFORMÁTICO PROPIO EN LA SEGURIDAD DEL PROCESO QUIRÚRGICO

RESUMEN:

En la literatura y experiencias publicadas no se ha avanzado en conclusiones que permitan abordar el desarrollo de un listado de verificación quirúrgica, aportando soluciones novedosas que exploten, en términos de acciones de mejora, los resultados de dicha aplicación y, mucho menos, que hayan evidenciado la reducción del riesgo en los procesos quirúrgicos.

Evaluar el impacto de la informatización de un Listado de Verificación Quirúrgica, en términos de resultados sobre la Seguridad del Paciente y sobre la Cultura de Seguridad de los profesionales.

- Creación de un equipo de mejora de la Seguridad Quirúrgica con carácter interdisciplinar.
- Estudio retrospectivo sobre los Checklist realizados entre enero de 2011 y diciembre de 2016 y de la informatización del listado de verificación.
- Diseño y desarrollo de indicadores de evaluación periódica.
- Identificación de áreas de mejora e implantación de acciones correctoras.

Análisis evolutivo de los macro y microindicadores descritos en el Protocolo de Seguridad Quirúrgica, enfatizando las acciones de mejora acometidas como resultado del análisis mensual de los mismos, y su repercusión en la disminución de eventos adversos vinculados al proceso quirúrgico.

Evaluación cultura de seguridad del personal implicado.

1. Durante el período de estudio se analizan más de 65.000 intervenciones con sus correspondientes Checklist, de los que se extraen los siguientes indicadores:

- Tasa de Checklist realizados: 96,8%
- Tasa de cumplimentación según protocolo: 95,44%
- Tasa de casi fallos: 0,62%

2. Los casi fallos son criterios del listado de verificación en los que tenemos la posibilidad de consignar un subsanado, es decir, toda actuación realizada sobre el paciente en un momento o lugar distinto al indicado en el protocolo correspondiente. El listado contiene 43 criterios de los cuales 35 son subsanables.

3. Aumento de la cultura de seguridad medida en base a:

- Resultados de la encuesta del Ministerio de Sanidad.
- Acreditación Joint Commission Internacional.
- Acreditación UNE 179003:2013
- Disminución de eventos adversos relacionados con la actividad quirúrgica.
- Profilaxis antibiótica y antitrombótica por encima del 97%, consecuencia del aumento de la adhesión a la corriente de seguridad quirúrgica.

AUTORES: GROBA PÉREZ, FERNANDO; IGLESIAS CABALEIRO, C; PEREIRA BOUZÓN, S; BARROS COUÑAGO, I; MAGDALENA LÓPEZ, P.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL POVISA S.A.



ID: 601

TÍTULO: FACTORES RELACIONADOS CON CAÍDAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN SERVICIO DE SALUD

RESUMEN:

Desde enero de 2016, el grupo de mejora "Historia Clínica Electrónica: aplicativos de enfermería", identifica las necesidades de estandarización de registros de enfermería en el servicio de salud. Se encontró la necesidad de unificar el registro corporativo de caídas, incorporando a todos nuestros hospitales al registro electrónico. Las caídas de pacientes hospitalizados son un indicador de calidad asistencial. En España, se han encontrado incidencias de caídas en pacientes hospitalizados entre un 2,2%-10%. Son eventos adversos con gran impacto en la calidad de vida de las personas, ocasionando lesiones e incapacidad. El registro común permitirá una visión y análisis global de los factores que influyen en las caídas de pacientes en los hospitales del servicio de salud, e implementar estrategias a nivel de macro y mesogestión.

Identificar los factores relacionados con caídas de pacientes hospitalizados en los hospitales de un servicio de salud.

Estudio descriptivo, retrospectivo. Se presentan datos preliminares del primer cuatrimestre del 2017, en que se ha puesto en marcha un registro electrónico corporativo de caídas, común a todos los centros. Datos recogidos a través de la herramienta de Business Intelligence Qlikview®, que obtiene datos del aplicativo informático de Enfermería corporativo. Se han estudiado de todos los pacientes ingresados en los hospitales del servicio de salud, que tengan registrado al menos un episodio de caída.

Se han encontrado 264 registros de caídas, un 1,2% del total de episodios de ingreso. El turno de trabajo de la noche ha sido el que más caídas ha registrado, un 50%. El mayor número de caídas se ha producido desde bipedestación, y desde la cama/camilla, un 39,4% y 29,5%. Los motivos de la caída han sido intentar levantarse, intentar ir al baño e intentar caminar, por ese orden. Más de la mitad de los pacientes (50,4%) se encontraban solos en el momento de la caída. Las medidas preventivas han sido: cama en posición baja (50%), cama frenada (43,6%), luz/ timbre al alcance (43,6%) y piloto de iluminación nocturna (22,3%). La entrega de recomendaciones al paciente, o la pauta diurna de diuréticos, han sido menos utilizadas. Un 13,63% de las caídas provocaron incapacidad para deambular. Los resultados preliminares permiten una visión global de los factores determinantes de caídas en el servicio de salud. Se ha detectado la necesidad de revisar la escala de valoración de riesgo de caídas, y de incidir en la valoración de enfermería post-caída. Debe insistirse en implicar a pacientes y cuidadores en su seguridad, informando de las medidas de prevención a los pacientes de riesgo. Los registros de caídas se cumplimentan en hospitalización, por lo que se estima un infra-registro de caídas en otras estancias hospitalarias (pasillos, salas de espera, salas de rayos, transferencias de pacientes, etc.). Ampliar el registro para conseguir la cobertura total es una de las áreas de mejora detectadas.

AUTORES: ÁLVAREZ GARCÍA, M^a PAZ¹; COBO SÁNCHEZ, JL²; FAGUNDE REBOLLEDO, S³; FURELOS NUÑEZ, E⁴; LÁZARO OTERO, M⁵; OCHOA GUTIÉRREZ, MS⁶.

CENTRO DE TRABAJO: SUBDIRECCIÓN DESARROLLO Y CALIDAD ASISTENCIAL. SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD¹; HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA²; HOSPITAL SIERRALLANA³; HOSPITAL COMARCAL DE LAREDO⁴; HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA⁵; HOSPITAL COMARCAL DE LAREDO⁶.



ID: 603

TÍTULO: 2016 USO DE TABLET EN ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

RESUMEN:

Mutualia desde su creación en 2006 viene realizando encuestas de satisfacción en Asistencia Sanitaria como elemento de impulso de la mejora continua. Así, desde 2006 y a través de encuestas telefónicas se mide la satisfacción a una media de 4.000 personas asistidas en nuestras instalaciones. Inicialmente una empresa externa realizaba llamadas telefónicas y semestralmente emitía un informe con los datos de satisfacción. Posteriormente, y debido a las restricciones económicas, pasamos a realizar las llamadas y la elaboración de informes con medios propios, con la diferencia que además de llamadas, añadimos encuestas en formato papel.

Estas encuestas nos daban una imagen fiel, pero disponer de información semestral era demasiado tarde y nuestro poder de actuación disminuía, por lo que instauramos un sistema adicional, que denominábamos tótems, pantallas táctiles. Esta situación deriva a que tenemos diferentes formas de medir la satisfacción, y los datos no son uniformes

Decidimos idear una sistemática de medición de la satisfacción de nuestros clientes que cubriera las necesidades detectadas:

Unificación de las diferentes formas de medir la satisfacción.

Incremento de la muestra.

Obtener información y resultados de la satisfacción en tiempo prácticamente real.

Posibilidad de realización de la encuesta en bilingüe.

Reducción de costes; humanos y materiales.

Buscamos un software libre generador de encuestas que atendía a nuestros objetivos y permitiese:

Mayor segmentación de la información, se pudiera realizar en cualquier momento y lugar, y posibilitase la creación de distintos cuestionarios.

Localizado el software, se definieron las preguntas y en qué momento pasarlas. Así, en el instante que el paciente cumple los requisitos, se lanza la encuesta a través de la Wifi corporativa al sistema Tablet.

Para poder llegar a la segmentación requerida, junto al resultado de la encuesta se almacenan las variables por las que queremos analizar la información como por ej; datos del médico que ha atendido, centro de la asistencia, empresa a la que pertenece, manteniendo la confidencialidad del entrevistado.

Obtenemos resultados de manera automática, emitimos informes preconfigurados y se envían automáticamente.

Podemos explotar los resultados con las variables que deseemos.

Obtenemos la unificación de las diferentes sistemáticas de recogida de encuestas

Detectamos de manera más inmediata áreas de mejora, obtenemos información y resultados de satisfacción en tiempo prácticamente real.

La automatización de la explotación de datos y del envío de la información, permite incrementar la muestra de una manera exponencial obteniendo información adicional y fácilmente gestionable.

Reducimos los costes, con la sistemática Tablet hemos eliminado el coste anual, lo que implica que con la inversión inicial amortizamos la sistemática en año y medio.

AUTORES: RODRIGUEZ SANTURDE, JAVIER; LOPEZ RODRIGUEZ, G; HUIDOBRO DE DIEGO, V; ECHENAGUSIA CAPELASTEGI, V.

CENTRO DE TRABAJO: MUTUALIA.



ID: 604

TÍTULO: IMPLANTACIÓN INTEGRAL DE UNA SOLUCIÓN PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO CLÍNICO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

RESUMEN:

La Gestión de Riesgo Clínico es un esfuerzo organizado para identificar, analizar y reducir los riesgos asociados a la hospitalización. Tomando como modelo la Joint Commission International, la estrategia de Seguridad del Paciente del Hospital generó la necesidad de elaborar una herramienta informática identificando riesgos clínicos, confeccionando perfiles de riesgo y abordando un Plan de Acción personalizado.

Reducir el riesgo asociado a la hospitalización, planificando la atención en función de parámetros específicos de frecuencia y gravedad de los riesgos, mejorando la Cultura de Seguridad.

El Equipo de Mejora comienza con la identificación, estratificación, análisis y evaluación de los riesgos asociados a la hospitalización. Se desarrolla un modelo informático propio, focalizado en la Seguridad y Atención Integral del Paciente, con perfiles específicos para poblaciones vulnerables y planes de acción individualizados.

El Programa Paciente integra:

- Evaluaciones de Riesgos

- Planificación y administración de Cuidados

- PEA (prescripción, validación, dispensación, administración de medicamentos)

- Órdenes médicas

- Comentarios de Evolución

- Gestión de dietas

- Peticiones y solicitudes (pruebas diagnósticas, interconsultas)

- Gestión de informes (acceso a todos los informes del paciente)

Sistema de información entre todos los profesionales que interactúen con el paciente garantizando confidencialidad y transferencias seguras.

Versatilidad del programa: permite ir desarrollando los cambios necesarios de acuerdo con la mejor evidencia disponible, añadiendo ayudas e integrando toda la e-historia. Se incorpora al paciente como actor de su proceso asistencial y se integra su educación y la de su familia.

El más impactante es la disminución de la variabilidad de la práctica, sistematizando una metodología que arroja resultados de impacto a diciembre 2016:

Mejora en detección proactiva de riesgos: % Pacientes ingresados con Perfil de Riesgo establecido en las primeras 24 horas: 95%

Conciliación medicación domiciliaria en las primeras 24 horas: 97,5%

Gestión correcta de alertas epidemiológicas: 100%.

Participación activa de todos los colectivos profesionales: 16 Equipos de Mejora.

Interacción con el Paciente y familia (33 documentos educativos y 18 vídeos).

Disminución del 81% de errores de medicación.

Aumento de la Cultura de Seguridad: percepción de Seguridad de los Profesionales, escala de "0" a "10": "8".

Valor añadido: versatilidad y accesibilidad.

AUTORES: ENRIQUEZ DE SALAMANCA, IGNACIO; EZPELETA SAENZ DE URTURI, E; FACCIO LÓPEZ, S; PUERTA LOURO, R; MAGDALENA LÓPEZ, P; COSTAS PEREZ, A.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL POVISA S.A.



ID: 605

TÍTULO: INDICE DE RECOMENDACIÓN, NUEVO INDICADOR EN MUTUALIA

RESUMEN:

Mutualia desde su creación en 2006 viene realizando encuestas de satisfacción en Asistencia Sanitaria como elemento de impulso de la mejora continua. Así, desde 2006 y a través de encuestas telefónicas se mide la satisfacción a una media de 4.000 personas asistidas en nuestras instalaciones. Inicialmente una empresa externa realizaba llamadas telefónicas y semestralmente emitía un informe con los datos de satisfacción. Posteriormente, y debido a las restricciones económicas, pasamos a realizar las llamadas y la elaboración de informes con medios propios, con la diferencia que además de llamadas, añadimos encuestas en formato papel.

Estas encuestas nos daban una imagen fiel, pero disponer de información semestral era demasiado tarde y nuestro poder de actuación disminuía, por lo que instauramos un sistema adicional, que denominábamos tótems, pantallas táctiles. Esta situación deriva a que tenemos diferentes formas de medir la satisfacción, y los datos no son uniformes.

Decidimos idear una sistemática de medición de la satisfacción de nuestros clientes que cubriera las necesidades detectadas:

Unificación de las diferentes formas de medir la satisfacción.

Incremento de la muestra.

Obtener información y resultados de la satisfacción en tiempo prácticamente real.

Posibilidad de realización de la encuesta en bilingüe.

Reducción de costes; humanos y materiales.

Buscamos un software libre generador de encuestas que atendía a nuestros objetivos y permitiese:

Mayor segmentación de la información, se pudiera realizar en cualquier momento y lugar, y posibilitase la creación de distintos cuestionarios.

Localizado el software, se definieron las preguntas y en qué momento pasarlas. Así, en el instante que el paciente cumple los requisitos, se lanza la encuesta a través de la Wifi corporativa al sistema Tablet.

Para poder llegar a la segmentación requerida, junto al resultado de la encuesta se almacenan las variables por las que queremos analizar la información como por ej; datos del médico que ha atendido, centro de la asistencia, empresa a la que pertenece, manteniendo la confidencialidad del entrevistado.

Obtenemos resultados de manera automática, emitimos informes preconfigurados y se envían automáticamente.

Podemos explotar los resultados con las variables que deseemos.

Obtenemos la unificación de las diferentes sistemáticas de recogida de encuestas

Detectamos de manera más inmediata áreas de mejora, obtenemos información y resultados de satisfacción en tiempo prácticamente real.

La automatización de la explotación de datos y del envío de la información, permite incrementar la muestra de una manera exponencial obteniendo información adicional y fácilmente gestionable.

Reducimos los costes, con la sistemática Tablet hemos eliminado el coste anual, lo que implica que con la inversión inicial amortizamos la sistemática en año y medio.

AUTORES: RODRIGUEZ SANTURDE, JAVIER; ECHENAGUSIA CAPELASTEGUI, V; FERNANDEZ MUGIKA, M; HUIDOBRO DE DIEGO, V.

CENTRO DE TRABAJO: MUTUALIA.



ID: 612

TÍTULO: EL TRANSPORTE SANITARIO, PUERTA DE ENTRADA Y SALIDA DEL PROCESO ASISTENCIAL, COMO OBJETIVO DE INNOVACIÓN Y MEJORA.

RESUMEN:

El transporte sanitario no urgente (TSNU) ha sido con frecuencia el gran olvidado del proceso asistencial, a pesar de su impacto en la eficiencia y calidad percibida. La revisión de la atención a los pacientes crónicos colocó al TSNU en los objetivos de mejora e innovación de nuestro Hospital. Mejorar la gestión del TSNU incorporando la solicitud electrónica desde la historia clínica.

Formación de un grupo de trabajo multidisciplinar con la participación de la Dirección de Continuidad Asistencial, Sistemas de Información y Admisión, cuya tarea se concretó en:

Análisis de situación e identificación de los puntos críticos del procedimiento.

Definición de las responsabilidades de los implicados en el proceso

Elaboración de un protocolo informático de solicitud para activar la gestión institucional

Establecer indicadores de seguimiento.

Comunicar y alinear a la Organización en el cambio para iniciar el 15 de Junio de 2016

La prescripción de TSNU la realiza el médico electrónicamente a través de la historia clínica. La misma solicitud activa todas las ambulancias que requiere el paciente en las diferentes intervenciones hasta la nueva visita médica. Se ha eliminado el papel como soporte y la actuación del paciente o familiar como canal, para la comunicación intrahospitalaria.

En los procesos de asignación de citas, Admisión identifica que el paciente requiere TSNU, y considera esta circunstancia para la sincronización asistencial.

El procedimiento es transparente para los participantes y permite conocer el estado de la solicitud.

Se han gestionado 4.516 solicitudes (46% Ambulantes, 54% Hospitalización), procedentes de 29 especialidades, entre el 15-6-2016 y el 31-12-2016, el 95% por déficit motor. Al menos el 59% de las solicitudes ambulantes (el 12% para diálisis) eran múltiples, es decir, la misma petición incluía varios traslados. El tipo de transporte fue colectivo en el 51% de ambulantes y el 4% de hospitalización

Las 2443 solicitudes de hospitalización no han requerido la participación de un celador en su tramitación.

AUTORES: VAZQUEZ MARTINEZ, BELEN; CHECA AMARO, ML; CAMACHO PASTOR, JL; ORTIGOSA BARRIOLA, A; RODRIGUEZ MUÑOZ, MT; LORENZO MARTINEZ, S.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON.



ID: 613

TÍTULO: 10 AÑOS BUSCANDO LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE/PACIENTE

RESUMEN:

Mutualia desde su creación en 2006 viene realizando encuestas de satisfacción en Asistencia Sanitaria como elemento de impulso de la mejora continua. Así, desde 2006 y a través de encuestas telefónicas se mide la satisfacción a una media de 4.000 personas asistidas en nuestras instalaciones. Inicialmente una empresa externa realizaba llamadas telefónicas y semestralmente emitía un informe con los datos de satisfacción. Posteriormente, y debido a las restricciones económicas, pasamos a realizar las llamadas y la elaboración de informes con medios propios, con la diferencia que además de llamadas, añadimos encuestas en formato papel.

Estas encuestas nos daban una imagen fiel, pero disponer de información semestral era demasiado tarde y nuestro poder de actuación disminuía, por lo que instauramos un sistema adicional, que denominábamos tótems, pantallas táctiles. Esta situación deriva a que tenemos diferentes formas de medir la satisfacción, y los datos no son uniformes.

Decidimos idear una sistemática de medición de la satisfacción de nuestros clientes que cubriera las necesidades detectadas:

Unificación de las diferentes formas de medir la satisfacción.

Incremento de la muestra.

Obtener información y resultados de la satisfacción en tiempo prácticamente real.

Posibilidad de realización de la encuesta en bilingüe.

Reducción de costes; humanos y materiales.

Buscamos un software libre generador de encuestas que atendía a nuestros objetivos y permitiese:

Mayor segmentación de la información, se pudiera realizar en cualquier momento y lugar, y posibilitase la creación de distintos cuestionarios.

Localizado el software, se definieron las preguntas y en que momento pasarlas. Así, en el instante que el paciente cumple los requisitos, se lanza la encuesta a través de la Wifi corporativa al sistema Tablet.

Para poder llegar a la segmentación requerida, junto al resultado de la encuesta se almacenan las variables por las que queremos analizar la información como por ej; datos del médico que ha atendido, centro de la asistencia, empresa a la que pertenece, manteniendo la confidencialidad del entrevistado.

Obtenemos resultados de manera automática, emitimos informes preconfigurados y se envían automáticamente. Podemos explotar los resultados con las variables que deseemos, obtenemos la unificación de las diferentes sistemáticas de recogida de encuestas, detectamos de manera más inmediata áreas de mejora, obtenemos información y resultados de satisfacción en tiempo prácticamente real.

La automatización de la explotación de datos y del envío de la información, permite incrementar la muestra de una manera exponencial obteniendo información adicional y fácilmente gestionable.

Reducimos los costes, con la sistemática Tablet hemos eliminamos el coste anual, lo que implica que con la inversión inicial amortizamos la sistemática en año y medio.

AUTORES: RODRIGUEZ SANTURDE, JAVIER; ECHENAGUSIA CAPELASTEGUI, V; HUIDOBRO DE DIEGO, V; FERNANDEZ MUJICA, M.

CENTRO DE TRABAJO: MUTUALIA.



ID: 614

TÍTULO: GESTIONANDO LA CALIDAD: ¡20 AÑOS NO ES NADA!

RESUMEN:

La calidad es uno de los elementos estratégicos de los sistemas sanitarios

Mejorar la gestión de un hospital siguiendo los conceptos fundamentales del modelo EFQM

Ámbito: hospital de 400 camas del SERMAS. Periodo: 1997-17.

La metodología ha ido variando a lo largo de los años, con un ámbito de referencia común, la mejora continua y el modelo EFQM. Se ha profundizado inicialmente en gestión de procesos para posteriormente certificarlos. Los sistemas de calidad se unificaron en el sistema de calidad [ISO-9001 con alcance parcial, ISO 27001 e ISO 14001 con alcance todo el hospital]. La metodología lean se empezó a utilizar en 2011.

La gestión del hospital nos ha hecho conseguir algunos hitos (EFQM 400+), acreditaciones y certificaciones. Actualmente, por conceptos fundamentales, los puntos fuertes y áreas de mejora identificados son: 1.Mantener en el tiempo resultados sobresalientes. PF: Se miden los resultados clave. AM: establecer una estrategia de benchmarking para aspectos clave con las mejores organizaciones. 2.Liderar con visión, inspiración e integridad. PF: sistema de gestión y cultura de mejora continua, se usan estándares reconocidos (ISO 9001, 14001, 27001, EFQM) AM: Potenciar la sistematización del enfoque para desarrollar las capacidades, competencias y comportamientos de liderazgo en base al ciclo REDER, incluyendo la medición de su eficacia. 3.Añadir Valor para los Clientes PF: continua la implantación de proyectos centrados en los usuarios para mejora su satisfacción. AM: potenciar la transición hacia una gestión por procesos transversal a las unidades organizativas, con origen y foco a los usuarios. 4.Desarrollar la capacidad de la organización: se ha potenciado, con diversificación de fuentes de ingresos, con alta valoración por los profesionales del Hospital. AM: potenciar la sistematización de gestión de alianzas

5. Alcanzar el éxito mediante el talento de las personas PF: se da respuesta a las necesidades de comunicación con diferentes estrategias y herramientas. AM: afianzar enfoques de RRHH y agilidad en introducir mejoras derivadas de los resultados de encuestas. 6. Aprovechar la creatividad y la innovación. PF: utilización de simulación para desarrollo de competencias, gestión de crisis, equipos de alto rendimiento. AM: potenciar la implantación del Sistema de Gestión de la Innovación. 7. Gestionar con agilidad: PF se utilizan datos sobre el rendimiento y capacidades de los procesos a través de la HCE. AM: No existe evidencia sólida de mecanismos sistematizados para identificar y gestionar nuevos escenarios 8. Crear un futuro sostenible. PF:Impulso de prácticas de mejora de eficiencia energética y reducción de impactos medioambientales. AM: Potenciar la integración de los conceptos de sostenibilidad y RSC. La referencia del modelo EFQM de forma sostenida es la herramienta eficaz que nos permite avanzar en el camino de mejora continua hacia la excelencia.

AUTORES: LORENZO MARTÍNEZ, SUSANA; MARTÍNEZ PIEDROLA, M; MUÑOZ CAMPO, V; GARRIDO MARTÍN, M.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN.



ID: 615

TÍTULO: REGISTRO ELECTRÓNICO DE FLEBITIS POR CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO EN UN SERVICIO DE SALUD

RESUMEN:

El Grupo de Mejora centralizado “Historia Clínica Electrónica: aplicativos de Enfermería” se ocupa de identificar las necesidades de estandarización de registros electrónicos de enfermería en el servicio de salud. Se identificó como prioritaria la actualización de los registros de catéteres venosos, ya que dos hospitales trabajan en proyectos de mejora sobre catéteres venosos y flebitis. Se introdujeron en el registro los criterios de valoración y selección del dispositivo, así como valoración de flebitis mediante la escala de Maddox. Se analizan los resultados del registro referentes a retirada del catéter venoso periférico por flebitis. La flebitis puede definirse como “induración o eritema con calor y dolor en el punto de entrada y/o en el trayecto del catéter” y se considera un evento adverso. La flebitis por catéter venoso está asociada con infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS). Según los estándares de la Infusion Nurses Society (INS), la tasa aceptable es menor o igual que 5%. Tras la actualización del registro de catéteres venosos, se presentan los resultados del primer año de implantación

Describir la incidencia de flebitis por catéter venoso periférico en un servicio de salud

Analizar la adecuación de la retirada de catéter venoso periférico por flebitis

Estudio descriptivo, retrospectivo. Se presentan datos del registro de catéteres venosos corporativo, actualizado en 2016. Datos extraídos de la herramienta de Business Intelligence Qlikview®, que obtiene datos de la estación clínica de enfermería. Se han incluido todos los registros de catéter venoso periférico (CVP), cuyo motivo de retirada haya sido “flebitis”, durante mayo 2016-17.

Resultados: Se han encontrado 80631 registros de CVP, en 54350 episodios de ingreso (148,35%). En el momento de la retirada, 2230 se registran como flebitis. La estimación de flebitis es de 2,76%. En la valoración previa a la inserción, en 64,97% se estima una duración de tratamiento < 7 días y en 35,02% > 7 días. Respecto al capital venoso, 39,37% fueron acceso venoso difícil. El 95,72% cumplen criterios de flebitis, y el 87,86% se clasifican con el grado 2 Maddox. En el 53,04% de catéteres retirados por flebitis, se había emitido la recomendación “valore la inserción de CVC/PICC”. Conclusiones: La incidencia de flebitis en el servicio de salud está dentro de los márgenes aceptables. Se encuentra como área de mejora la calidad de los registros, puesto que se estima un infra-registro en cuanto a la valoración y selección del dispositivo. La recomendación “valore la inserción de CVC/PICC”, había aparecido en la mitad de los registros que finalmente tuvieron que ser retirados por flebitis. Las rutinas y sistemáticas de trabajo pueden estar influyendo en las decisiones sobre la elección del catéter, aun conociendo las recomendaciones. Los catéteres en los que se ha valorado flebitis, se han retirado en el momento adecuado, siguiendo la valoración de la escala visual de Maddox.

AUTORES: ÁLVAREZ GARCÍA, M^a PAZ¹; COLLANTES HERNÁNDEZ, MI²; FERNÁNDEZ NÚÑEZ, ML³; RENTERÍA LÓPEZ, N⁴; QUIJANO FERNÁNDEZ, MJ⁵; OCHOA GUTIÉRREZ, MS⁶.

CENTRO DE TRABAJO: SUBDIRECCIÓN DESARROLLO Y CALIDAD ASISTENCIAL. SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD¹; HOSPITAL COMARCAL DE LAREDO²; HOSPITAL SIERRALLANA³; HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA⁴; HOSPITAL SIERRALLANA⁵; HOSPITAL COMARCAL DE LAREDO⁶.



ID: 616

TÍTULO: CUIDANDO A LOS PROFESIONALES: EL PORTAL DEL TRABAJADOR, UNA HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN

RESUMEN:

En la última autoevaluación EFQM 2016 realizada en nuestro Servicio de Urgencias Extrahospitalarias se detecta una oportunidad de mejora relacionada con la comunicación interna y la participación de los profesionales. Esta debilidad está propiciada por la dispersión geográfica y la gran variedad de turnos de trabajo que hacen más compleja la comunicación. Las relaciones laborales con el departamento de Recursos Humanos son poco estructuradas y están sujetas a un déficit de sistemática, que determina una gran variabilidad en lo relativo al mensaje, canal y fiabilidad de retroalimentación, siendo el teléfono la vía de comunicación preferida.

Implantar una herramienta de gestión que permita que los trabajadores puedan relacionarse de una forma sistemática y homogénea con la empresa en todos aquellos temas de interés para el profesional.

Debido a la incertidumbre de los requisitos funcionales de la aplicación se decide utilizar el marco de referencia de buenas prácticas SCRUM que recomienda el desarrollo de las aplicaciones mediante entregas periódicas y regulares.

Se nombran los roles cerdo según SCRUM, la voz del cliente, facilitador y el equipo de trabajo; y los roles gallina, el resto de implicados en el proyecto.

La aplicación se va desarrollando de forma cíclica hasta completar los requisitos, de forma que cada iteración consiste en:

1. Se realizan reuniones periódicas en donde se definen los objetivos a alcanzar en la siguiente entrega.
2. Sprint: fase de desarrollo en la que se programan reuniones diarias de 15 minutos de duración en donde se expresan las dificultades que surgen.
3. Entrega de la aplicación con los objetivos correspondientes y revisión del progreso global del proyecto.

Las primeras entregas consistieron en el desarrollo de un gestor de turnos que se toma como base para la elaboración de las agendas personales

Desde su puesta en marcha en 2015, se han realizado 15.408 solicitudes de ausencia, Solicitud de Cambios de guardia 12.121.

Se han ido integrando opciones de consulta de usuario tales como Visualización de Cursos realizados y enlace al acceso para visualizar las nóminas.

Se está integrando información de habilidades y habilitaciones profesionales (gestión del conocimiento).

AUTORES: MEDRANO MARTÍNEZ, MARÍA JOSÉ; MARTÍNEZ GÓMEZ, J; RODRÍGUEZ RODIL, N; SOLANO LÓPEZ, R; LLOPIS LÓPEZ, P; CASTILLO RUBIO, R.

CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112.



ID: 617

TÍTULO: LA ASISTENCIA SANITARIA EN 2050

RESUMEN:

Cada día en todo el mundo, millones de personas reciben tratamiento y son atendidos con éxito por servicios sanitarios. Sin embargo, nos enfrentamos a grandes desafíos para llevar a cabo una atención de alta calidad. Envejecimiento de la población, patrones de enfermedades emergentes, cambio climático, aumento de costes, acceso desigual y un historial de seguridad poco envidiable nos indican que continuar como hasta ahora no es una opción.

La asistencia sanitaria en 2050 estará caracterizada por las cuatro pes: predicción, prevención, personalización y participación.

La salud pasará de ser competencia únicamente de organizaciones especialistas para convertirse en asunto de todos. Esta propagación se verá reflejada en una mayor integración con otros sectores para proporcionar salud en su sentido más amplio: bienestar físico, psicológico y social y no únicamente como ausencia de enfermedad.

Hemos realizado un informe donde analizamos los retos y obstáculos a los que los servicios sanitarios deben hacer frente. Ponemos en marcha una visión de la asistencia sanitaria para el año 2050 y un programa estratégico para la realización de dicha visión. Como apoyo a este programa, hemos identificado cuatro grandes temas estratégicos, basados en los servicios probados de DNV GL y en los que centraremos nuestra investigación e innovación para aportar valor:

- Utilización de acreditaciones y normas para promover la atención centrada en la persona, reducir la variabilidad y mejorar la calidad.
- Creación de culturas y mentalidades que se comprometan con una mejora continua de la calidad.
- Mejorar la garantía de la calidad y prevención de riesgos mediante un análisis de datos más inteligente.
- Desarrollar metodologías de análisis de seguridad para gestionar los riesgos de forma local.

En el informe hemos establecido un programa estratégico para llevar a cabo dicha visión:

- Mejora de la seguridad mediante el uso de planteamientos basados en el riesgo, para rediseñar los servicios.
- Empoderar a los individuos para que tomen decisiones acerca de su atención sanitaria como socios activos.
- Organizar la atención en torno a las necesidades del individuo en lugar de en la enfermedad.
- Incentivar lo que importa, centrando los pagos en resultados y no en actividades.
- Integración de la atención entre las diferentes especialidades y proveedores.
- Invertir en tecnología, siempre y cuando ésta se apoye en enfoques de sistemas para la gestión del riesgo y el cambio.
- Invertir en adaptación al cambio climático.

La asistencia sanitaria se enfrenta a problemas significativos. Pero el cambio es posible. Juntos podemos hacer que suceda. DNV GL se compromete a utilizar sus 150 años de experiencia en enfoques basados en el riesgo para ayudar a las organizaciones a ofrecer servicios de alta calidad para todos.

AUTORES: NAVARRO BILBAO, CARLOS AUGUSTO.

CENTRO DE TRABAJO: DNV GL BUSINESS ASSURANCE ESPAÑA, S.L.U.

ID: 619

TÍTULO: PLAN DE ACCIÓN PARA LA MEJORA DEL BIENESTAR Y LA PUESTA EN VALOR DE LA DIGNIDAD DEL PACIENTE Y FAMILIA EN UNA UCI

RESUMEN:

Los niveles de calidad alcanzados en nuestra UCI, en términos de supervivencia y disminución de las comorbilidades asociadas, nos impulsaron a realizar una reflexión sobre el impacto tecnológico y las duras condiciones de instrumentalización y cuidados complejos a los que hemos de someter a nuestros pacientes.

Desarrollamos un proyecto para facilitar la convivencia de pacientes y familias, de coparticipación en su proceso, capaz de minimizar las dificultades inherentes al proceso terapéutico

Implantar soluciones efectivas para reducir el impacto sobre el paciente y familia de las intervenciones sobre el paciente crítico

Se trata de una Unidad de Cuidados Intensivos polivalente con una dotación de 19 camas, referencia para grandes quemados para el sur de la Comunidad Autónoma, con tecnología de última generación

Fases del proyecto

1. Análisis de la situación de partida:

Se abordó un análisis pormenorizado de las condiciones de partida, teniendo como referencia las recomendaciones de múltiples fuentes, sobre todo aquellas relacionadas con la mejor evidencia científica disponible.

2. Definición de las áreas de intervención prioritaria

3. Planificación del proyecto:

Realización del estudio económico y la estimación del impacto en la práctica asistencial. En el estudio económico se realizan los presupuestos para las adaptaciones estructurales necesarias y adaptación de la tecnología disponible en el Servicio

4. Para cada área de intervención prioritaria se diseñó una batería de objetivos, su plan de intervención, cronograma de implantación, diseño de actividades, responsables y fechas de implementación efectiva

5. Se realiza un rediseño de circuitos para información clínica, personalización de horarios de visitas, educación de familias, reprogramación horaria para la administración de cuidados y reducción de estresores ambientales

6. Se establece una política de comunicación a los grupos de interés: profesionales, pacientes y familiares de pacientes.

7. Plan de Formación de los profesionales del Servicio.

8. Diseño de indicadores de evaluación

9. Diseño de una encuesta para pacientes y familiares, que cumplimentarán una vez dados de alta en la UCI,

El valor añadido de nuestro proyecto es su vocación integral, su compromiso con la mejora del bienestar de pacientes y familiares y su retroalimentación constante a partir de las opiniones de nuestros pacientes y familias

Indicadores

% de familiares a los que se aplicó el protocolo de integración en la UCI: 100%

% de familiares que coparticiparon en los cuidados básicos del paciente: 60% de los familiares educados

% de pacientes con problemas de comunicación que han accedido al uso de iconos táctiles (pictogramas) en las tablets habilitadas a tal efecto: 100% de pacientes subsidiarios

Antifaces y tapones auditivos a demanda de pacientes: 365 días/año

Disminución de la intensidad lumínica de 23,00 PM a 06,30 AM

Motorización diaria de contaminación acústica

AUTORES: GROBA PÉREZ, FERNANDO; PAZOS JARDÓN, C; BROULLÓN DOBARRO, R; TARTAGLIONE MARTÍNEZ, A

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL POVISA S.A.



ID: 620

TÍTULO: DISMINUIR LA VARIABILIDAD DE LA PRÁCTICA CLÍNICA Y MEJORAR RESULTADOS: PLAN DE MEJORA DERIVADO DE AUDITORIA CLÍNICA

RESUMEN:

A raíz del análisis de los resultados de la auditoria clínica (AC) del proceso de oncología radioterápica realizada en nuestro centro en la que se analizaron 580 historias clínicas de 4 patologías diferentes (pulmón, cérvix, recto y pulmón) y en la que se incluyeron unas 100 variables para cada patología y se definieron más de 50 indicadores. Se objetivaron diferentes áreas de mejora en las distintas fases del proceso (diagnóstica, terapéutica, seguimiento). Se definió un plan de mejora a aplicar en 2016 en cada una de nuestros 3 centros.

Implantación de un plan de acción para conseguir la mejora del proceso y posterior análisis de los resultados.

En base a los resultados obtenidos en la auditoria clínica se ha definido un plan de mejora a implantar en 2016. El plan de mejora incluye acciones específicas para cada patología y/o centro y otras generales, de las que destaca: fomentar la toma de decisiones multidisciplinar, elaborar un procedimiento de interrupciones de tratamiento y otro de control de imagen y aplicarlos, y homogeneizar el registro de efectos adversos. A nivel de nuestro centro se ha actualizado y se ha empezado a aplicar el procedimiento de interrupciones de tratamiento, se ha iniciado la actualización de nuestros procedimientos de control de imagen y se ha realizado formación específica para poder registrar los efectos secundarios de forma homogénea.

Se han analizarán los resultados mediante la realización de una nueva auditoria clínica.

RESULTADOS:

Las diferentes acciones de mejora realizadas derivadas del plan de acción diseñado han derivado en una mejora en todas las áreas. Los resultados se disponen para cada patología y centro. Destacamos en nuestro centro la disminución de los pacientes con alargamiento excesivo del tratamiento (radioterapia), incremento en el registro de los efectos adversos y homogeneización en el control de imagen de los pacientes.

CONCLUSIONES:

El plan de mejora diseñado y generado a partir de una auditoria clínica ha conseguido la implicación de los diferentes profesionales y ha supuesto una mejora de los resultados de la práctica clínica. Con esta experiencia esperamos seguir avanzando a partir de la realización de nuevas auditorias clínicas que nos permitan detectar en que puntos podemos mejorar nuestro proceso.

AUTORES: ROSELLO SERRANO, ALVAR¹; CANALS SUBIRATS, E²; BRAO PEREZ, I³; TORRAS BOATELLA, G⁴; GUEDEA EDO, F⁵; ERASO URIÉN, A⁶.

CENTRO DE TRABAJO: ICO GIRONA¹; ICO GIRONA²; ICO GIRONA³; ICO HOSPITALET⁴; ICO HOSPITALET⁵; ICO GIRONA⁶.



ID: 621

TÍTULO: REINVENTAR LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS: ¿SE PUEDE VOLVER A CUIDAR DESDE EL CORAZÓN?

RESUMEN:

Las empresas sanitarias están en crisis desde hace años. Profesionales insatisfechos, con sensación de tiempo insuficiente para hacer bien su trabajo. Líderes estresados, con agendas a rebosar, que no encuentran la forma de conectar con sus empleados y que intentan mejorar sus técnicas de liderazgo y gestión sin mucho éxito.

Según Laloux (Reinventar las organizaciones) cada vez que la humanidad accede a un nuevo estadio de conciencia también crea un modelo organizativo radicalmente más productivo que el anterior. Nos hallamos en uno de esos momentos críticos de cambio. Las nuevas organizaciones se caracterizan por: autogestión, búsqueda de plenitud y un propósito evolutivo que escuchar.

Reflexionar sobre el descontento que se vive en las organizaciones sanitarias y descubrir alternativas más allá del paradigma desde el que actúan.

Estamos en la era de la información, de Internet, de múltiples redes sociales donde todo se crea entre todos, donde cualquiera puede convertirse en emprendedor de aquello que anhela su corazón, donde todo se comparte desde el ganar-ganar.

Sin embargo, las organizaciones sanitarias de nuestro entorno actúan bajo paradigmas del pasado. La jerarquía decide lo hay que hacer y cobrar; el poder de decisión en muchos aspectos no asistenciales queda cada vez más lejos de los profesionales. Y hay que lograr de objetivos que no resuenan en nuestro corazón. Los asistenciales que han perdido el contacto con su vocación: la posibilidad de dar al paciente lo que necesita en cada momento, más allá de estándares y tiempos teóricos. Además, en las últimas décadas las circunstancias cambian tan rápidamente que cada vez parece más evidente que poco se puede planificar.

Se intentan soluciones con la mejor voluntad de líderes y profesionales que aún guardan la esperanza de recuperar la satisfacción por su trabajo: cursos de liderazgo, mejora continua a través de metodologías varias (GPP, Lean, acreditaciones, Joint Comision...), incluso nuevas técnicas para mejorar la experiencia del cliente. Y se obtiene mucha frustración al no conseguir llegar a un sitio diferente.

Parece que nada sirve para llegar a lo más simple: la sensación de plenitud al conectar contigo mismo y con tu propósito en el trabajo. Como dijo Einstein, un problema no se puede solucionar desde el mismo paradigma en el que se ha creado.

La reflexión nos lleva a un salto al vacío: quizás no se trate de que tengamos que "mejorar". Quizás esto no "se arregla" desde la mejora continua.

Fuera del trabajo vivimos en un paradigma distinto: tomamos muchas de nuestras decisiones, dedicamos tiempo de ocio a buscar plenitud y escuchamos, cada vez más, el propósito de nuestro corazón.

¿Es posible, en una organización jerárquica, aumentar la capacidad de decisión de los equipos?
¿Cómo escuchamos el propósito profundo de nuestra organización para encontrar las personas que, al conectar con ese propósito, sientan amor hacia su trabajo y consigan mejores resultados para nuestros clientes?

AUTORES: MOMPÓ I AVILÉS, CARME.

CENTRO DE TRABAJO: CONSORCI SANITARI INTEGRAL.



ID: 622

TÍTULO: POTENCIAL DEPRESCRIPCIÓN DE DOS GRUPOS FARMACOLÓGICOS A NIVEL DEPARTAMENTAL

RESUMEN:

La deprescripción en la farmacoterapia del paciente debería ser un proceso continuo de análisis de idoneidad de cada tratamiento, adaptado a la circunstancia y al paciente en cuestión. Puede aplicarse a todo tipo de paciente pero adquiere especial relevancia en los polimedificados y pacientes frágiles.

Algunos fármacos producen efectos adversos potencialmente graves o consecuencias tras su uso prolongado o no adecuado a las características del paciente. Por ejemplo, se ha descrito la relación entre el uso de benzodiazepinas (BZD) y el riesgo de caídas y fracturas en el paciente anciano. Las BZD ideales en estos pacientes serán las que no tienden a acumularse ya que se metabolizan por reacciones de oxidación (lorazepam, lormetazepam, oxazepam y temazepam), proceso menos deteriorado con la edad.

Los bifosfonatos (BF) con una duración de tratamiento superior a 5 años se ha constatado que no aportan beneficio clínico y, en contraposición, pueden producir problemas óseos como dolor, fracturas atípicas (por ejemplo de fémur) y osteonecrosis mandibular.

El objetivo de nuestro estudio fue analizar la potencial deprescripción de BZD en mayores de 65 años y BF prescritos durante 5 años o más, para conocer el alcance de un posible programa a nivel departamental.

Por medio de un gestor informático corporativo se obtuvo la relación de pacientes del Departamento de Salud en tratamiento con BZD y BF. Se recogieron edades y sexo. Las variables específicas de BZD: edad mayor a 65 años, BZD prescrita y diagnóstico relacionado con fracturas o caídas. Variable específica de BF: fecha de inicio de tratamiento.

El potencial de deprescripción de BZD se relacionó con la prescripción de BZD no adecuadas en el anciano y el de BF, prescripciones con una duración mayor a 5 años.

En cuanto a las BZD, se incluyeron 7937 pacientes de los cuales 4732(63,0%) eran mayores de 65 años. La edad media fue de $75,9 \pm 8,3$ años y el 70,1% mujeres. Los pacientes en tratamiento con BZD distintas a lorazepam, lormetazepam, oxazepam o temazepam fueron 1798(38%), por lo que definimos el potencial de deprescripción en el 38% de los pacientes ancianos en tratamiento. Diez (0,6%) ya tenían un diagnóstico relacionado con caídas o fracturas en su historia clínica. Adicionalmente recogimos los pacientes con múltiples BZD en su farmacoterapia: una (4296 pacientes), dos (416 pacientes), tres (19 pacientes).

Respecto a los BF, se incluyeron 1655 pacientes (90,0% mujeres) con una edad media de $71,7 \pm 10,1$ años. La mediana de la duración de tratamiento fue de 1,3 años. Se encontraron 168 pacientes (10,1%) con una duración superior a 5 años (22 de los cuales con una duración superior a 7 años; y dos, superior a 9 años). Definimos el potencial de deprescripción en el 10,1% de los pacientes tratados en el Departamento de Salud.

Gracias al presente estudio se ha conseguido definir el alcance de un posible programa de deprescripción a nivel departamental de dos grupos farmacológicos.

AUTORES: DEL MORAL SÁNCHEZ, JOSÉ MANUEL; POQUET JORNET, J; DOMENECH MARTÍ, RM; MOROTE CABALLERO, AM.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DE DENIA - MARINASALUD1.



ID: 623

TÍTULO: METODOLOGIA LONDON: ANALISIS DE EFECTOS ADVERSOS EN LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA

RESUMEN:

El London es un proceso de análisis para identificar los factores que han contribuido en la aparición de un incidente o evento adverso. Permite identificar cambios en procesos clínicos y organizativos para mejorar el nivel de la práctica, disminuir la variabilidad y reducir el riesgo de un evento adverso o centinela.

Analizar la secuencia de acontecimientos de 4 casos centinela pediátricos, mediante la metodología London, para implantar las medidas correctoras y reducir el riesgo de que vuelva a suceder un evento adverso similar.

El London consta de las siguientes fases: Descripción cronológica de los hechos, identificar posibles causas inmediatas, identificar condiciones latentes, cribado de las causas y propuesta de estrategias para reducir el riesgo.

Se han revisado 4 casos (2016):

1. Deterioro de la función hepática por retraso diagnóstico de atresia de vías biliares. (4 meses)
2. Parada cardiorrespiratoria como complicación secundaria a hernia diafragmática. (13 meses)
3. Orquidectomía por torsión testicular por demora en la atención. (15 años)
4. Éxito en lactante por edema agudo de pulmón de origen neurogénico (enterovirus A71) (22 meses)

Tras el análisis London, se han definido e implementado 21 acciones de mejora centradas en: revisión y actualización de los diferentes protocolos, sesiones formativas internas y externas, mejoras en los registros, diseño de registros específicos, análisis de ratio de profesionales, coordinación con centro de referencia para análisis de muestras específicas, mejoras en el seguimiento del protocolo de orden verbal, mejora en la RCP pediátrica (formación, liderazgo, material...), revisión de los criterios de triage, revisión de los criterios de actuación urgente ante una emergencia y revisión de criterios y circuitos de derivación de pacientes.

La aplicación de la Metodología London, nos ha permitido:

- Colaboración de los profesionales implicados en el análisis, incluyendo informe de los hechos para favorecer su reconstrucción y mantenimiento de la memoria histórica del caso, con participación de diferentes niveles asistenciales.
- Implicación de referentes pediátricos por especialidad según caso.
- Definición de un plan de mejora de rápida implantación para evitar casos centinelas similares.
- Inclusión de un jurista en la revisión final del informe.
- Difusión de los casos y las mejoras en todos los centros.
- En dos de los casos, tras el análisis, no se definen como efecto adverso pero sí se definen áreas de mejora.
- Soporte en caso necesario de las Segundas Víctimas por la USVIC (unidad de soporte a las segundas víctimas)

Es importante concienciar a los profesionales de todos los ámbitos, en aplicar las mejores prácticas a través de la educación en seguridad del paciente.

AUTORES: BILBAO SUSTACHA, JOSE ANGEL¹; BUENO DOMINGUEZ, MJ²; PRIETO PERDIGON, MD³; GIL GOMEZ, P⁴; ESCRIBANO SUBIAS, J⁵; PEÑA CAPSIR, I⁶.

CENTRO DE TRABAJO: ABS RIUDOMS. FSS. GRUP SAGESSA¹; GRUP SAGESSA²; ABS CAMBRILS. FSS. GRUP SAGESSA³; ABS CAMBRILS. FSS. GRUP SAGESSA⁴; HOSPITALSANT JOAN. REUS. GRUP SAGESSA⁵; ABS CAMBRILS. FSS. GRUP SAGESSA⁶.

ID: 624

TÍTULO: DESARROLLO Y RESULTADOS DE LA INFORMATIZACIÓN DE DOS PROCESOS INTEGRADOS DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA

RESUMEN:

Desde el 2005 el hospital dispone de vías clínicas en Traumatología y COT. Las vías para prótesis totales de cadera y rodilla consistían en un protocolo de protocolos, en el que el médico prescribía una vía que incluía la profilaxis antibiótica, pauta analgésica, sueroterapia, cuidados,....

Este esquema no sólo se mostró limitado; había que completar la prescripción con información de distintos orígenes y especialidades, sino que reveló ineffectividad por la variabilidad de su aplicación, e ineficiencias derivadas de la estancia media generada. Además, su revisión era inevitable para conseguir su plena incorporación como un componente de la historia clínica electrónica

Aplicar reingeniería de procesos para crear una solución informatizada integrada por todos los Servicios participantes en el tratamiento protésico, superando la matriz temporal de Traumatología

Incrementar efectividad revisando la articulación de prescripciones, pruebas complementarias y cuidados

Eficiencia: disminuir la variabilidad clínica y reducir la estancia

Educar al paciente antes de la cirugía, para obtener su participación en la gestión de su proceso

Evaluar a tiempo real las salidas de la nueva matriz

1. Se crea un equipo de mejora con Traumatología, Rehabilitación, Hematología, Anestesia, Medicina Interna, Hospitalización Domiciliaria, Enfermería e Informática

2. Se rediseña un proceso que reduce al 50% la preexistente matriz temporal (vía clínica) de estancia para rodilla y cadera. Este proceso se construye informáticamente con 3 objetivos:

Reunir toda la información pertinente, hasta entonces dispersa

Actualizar y adaptar los cuidados a la evidencia más actualizada

Hacer un seguimiento a tiempo real

3. Se trasladan todas las órdenes del cirujano y consulta preanestésica previstas en la inclusión en la programación quirúrgica

4. Al ingreso, la enfermera elige el código que corresponde al mismo (un paciente puede estar en espera de varias intervenciones)

5. La enfermera realiza la valoración prequirúrgica para detectar necesidades del paciente y aplicar el plan correspondiente, y realiza un checklist para adecuar, confirmar y actualizar la situación del paciente: lateralidad, diabetes, alergias ...

6. Para lograr este hito se divide la planificación por tramos; uno médico y otro de enfermería. La planificación se lleva a cabo en cada visita médica, validando el médico la siguiente fase a aplicar. En ese momento

se planifican automáticamente los cuidados correspondientes.

El nuevo programa se ajusta mejor al funcionamiento habitual de atención al paciente. Es capaz de reconocer otras necesidades más allá del motivo principal del ingreso, y la pantalla nos muestran a tiempo real en qué fase está cada uno de los pacientes facilitando su seguimiento

Reducción de 48% en estancia hospitalaria: 488.000 euros/año

Reducción de un 30% de complicaciones postquirúrgicas

92% de cumplimiento del proceso

98% de satisfacción de pacientes

AUTORES: ENRÍQUEZ DE SALAMANCA HOLZINGUER, IGNACIO; POSADILLA CASQUETE, P; RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, J; LÓPEZ VÁZQUEZ, M; CABADAS AVIÓN, R; TURCU, V.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL POVISA S.A.



ID: 625

TÍTULO: IMPULSANDO LA CALIDAD A TRAVÉS DE 370 HOSPITALES INVOLUCRADOS EN REDES EUROPEAS DE REFERENCIA PARA ENFERMEDADES RARAS

RESUMEN:

Las enfermedades raras son definidas por la Unión Europea como enfermedades amenazantes para la vida o crónicamente debilitantes y de baja prevalencia (menos de 5 por 10.000).

Las redes europeas de referencia son el mecanismo propuesto por la Unión Europea (UE) con el objeto de mejorar la asistencia sanitaria en enfermedades raras a nivel continental.

Proporcionar una explicación detallada del proceso de evaluación de las redes europeas de referencia (ERN) y sus proveedores de atención sanitaria (HCP).

En junio de 2016, la Comisión Europea (CE) designó a la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) como Organismo de Evaluación Independiente (IAB) para la evaluación de las 23 primeras ERN.

[Etapa 1] Convocatoria de candidaturas (16 marzo 2016) publicada en la web EUROPA (DG Sante).

[Etapa 2] Proceso de solicitud: Las ERN y los proveedores sanitarios (HCPs) cumplimentaron sus formularios de solicitud y autoevaluaciones; y enviaron dichas propuestas a la CE conjuntamente con la carta de recomendación de los Estados miembros.

[Etapa 3] la CE comprobó la elegibilidad de la propuesta (cada ERN se integra por un mínimo de 10 centros en 8 Estados miembros). El IAB verificó el contenido de la solicitud de las Redes y centros (HPCs).

[Etapa 4] ACSA realizó la evaluación técnica, que tenía dos componentes principales: (a) Revisión documental; (b) Visita de evaluación de los nodos y una muestra de centros de la Red.

Se evaluaron 23 redes europeas de referencia (ERN), compuestas por 932 unidades hospitalarias (HCPs) pertenecientes a 370 hospitales de 26 Estados miembros de la UE, en los 55 días laborables requeridos por la CE para dar respuesta a la licitación.

Se realizaron 954 evaluaciones de elegibilidad, 200 revisiones documentales y 41 visitas de evaluación.

Tras las 23 primeras ERN evaluadas por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), la Comisión Europea (CE) designó como Organismo de Evaluación Independiente (IAB) a Accreditation Canada para la evaluación de la red 24.

España participa en 17 de las 24 redes aprobadas a través de un total de 42 centros, servicios y unidades de referencia (CSUR).

La 3ª Conferencia sobre Redes Europeas de Referencia que se celebró el 9 de marzo de 2017 en Vilna (Lituania), supuso el inicio institucional del proyecto.

En conclusión, la iniciativa de la Comisión Europea de creación de redes europeas de referencia (ERN) en 26 Estados miembros de la UE es uno de los mayor impulsos institucionales realizados para mejorar la calidad sanitaria, al ir destinado al mejorar la atención de más de 30 millones de europeos afectados de enfermedades raras.

AUTORES: REYES ALCÁZAR, VÍCTOR; PALOP DEL RÍO, A; TORRES OLIVERA, A.

CENTRO DE TRABAJO: AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA.



ID: 626

TÍTULO: PROYECTO IROCA: MEJORANDO LA CALIDAD DE LA ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA MEDIANTE AUDITORIA CLÍNICA A NIVEL INTERNACIONAL

RESUMEN:

El tratamiento del cáncer es complejo y requiere de la combinación de diferentes terapias. En más del 50% de los pacientes se incluye la radioterapia que requiere de estrictas medidas de control a lo largo del proceso para aplicarla de forma segura y eficaz. No se dispone de un consenso internacional sobre indicadores para medir la calidad global del proceso. En este contexto surge la iniciativa del Proyecto IROCA (Improving Quality in Radiation Oncology using Clinical Audits) del que forman parte 4 Instituciones hospitalarias europeas (6 hospitales)

Consensuar un set de indicadores de calidad del proceso de oncología radioterápica

Diseñar un modelo de auditoria clínica (AC) para medir estos indicadores y disponer de resultados comparables a nivel internacional

Consensuar planes de mejora y soluciones estandarizadas de las áreas clave del proceso de radioterapia

El trabajo se inicia a finales del año 2015, estableciéndose las bases de la participación en el proyecto y los objetivos generales. Se constituyen 2 comités, uno estratégico y otro técnico. El diseño de la AC consiste en la identificación de un set de indicadores para medir las dimensiones clave del proceso general y específico para 2 patologías priorizadas (cáncer de recto y próstata), en base revisión bibliográfica, la elaboración de los formularios para la recogida de los datos y la preparación de un manual de procedimientos que incluye todos los detalles para la realización de la AC: definición de la población diana, muestra aleatoria de 40 historias clínicas (HC) por patología y hospital, identificación del equipo auditor (externo a los servicios implicados en cada centro) y elaboración de una base de datos accesible on line para recogida de datos. Se planifica una prueba piloto para validar el modelo. El calendario de trabajo incluye: diseño de AC (año 2016), realización de AC (feb-jun 2017), análisis y elaboración del plan de mejora (jul-dic 2017) y su implantación (año 2018)

Se ha consensuado un set de indicadores para medir las dimensiones clave del proceso a nivel general de centro (organización del equipo de trabajo, protocolos, equipamientos, actividad científica y asistencial, experiencia global del paciente) y otros dos, específicos de cada patología, para medir la calidad de la fase diagnóstica, cumplimiento del tratamiento y resultados clínicos (efectos adversos y supervivencia). Se ha realizado la AC en los 6 hospitales, habiéndose revisado un total de casi 500 HC. Se ha creado una web para la difusión del proyecto, que ha sido presentado en el congreso de la European Society for Radiotherapy & Oncology este año 2017. Esperamos que del análisis de los resultados aflore variabilidad entre los centros que nos permita establecer objetivos de mejora de la calidad terapéutica a partir del mutuo aprendizaje. Y que a la luz de los resultados otros centros se adhieran al proyecto para ampliar progresivamente la base de comparación y consenso en oncología radioterápica

AUTORES: TORRAS BOATELLA, MARIA GLÒRIA; CANALS SUBIRATS, E; PUIGDEMONT GUINART, M; GUEDEA EDO, F; CASAUS GARCIA, J.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA.



ID: 627

TÍTULO: EVALUACIÓN CUANTI-CUALITATIVA DE UN SISTEMA COMPETENCIAL COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN

RESUMEN:

Tras haber elaborado, desarrollado e implementado progresivamente un Sistema de Gestión de Competencias Enfermeras, éste se ha convertido en el gran catalizador de la filosofía de gestión de RRHH enfermeros del hospital. Ocho años después del inicio de la metodología, nos disponemos a realizar un análisis de dicha herramienta de gestión.

- Evaluación resultados en términos cualitativos
 - Evaluar resultados en términos cuantitativos
 - Implantar acciones de mejora.
 - Revisión de los criterios competenciales, incluyendo aspectos novedosos, que demanda la mejora de la calidad asistencial.
 - Evaluación competencial de la plantilla estructural, así como de los profesionales que ejercen su actividad de forma eventual. Sobre este último grupo se establece un plan de acción personalizado que busca lograr la competencia plena en un tiempo preestablecido.
 - Implementación de la cultura de integración de los profesionales de nueva incorporación de forma dirigida, adquiriendo especial importancia la figura de la enfermera tutora.
 - Elaboración de un plan de acción individualizado y estructurado, paralelo al mapa competencial, que incluye: tutorías personalizadas, evaluación inicial de competencias e incorporación gradual del profesional en autonomía, complejidad y turnicidad a la actividad plena de la unidad.
 - Diseño de un registro de referentes con competencias medias que podrían desarrollar su actividad en esta unidad.
 - Diseñar un plan de formación anual acorde a las necesidades detectadas, extendiendo la cultura de la formación como elemento estratégico.
1. Desde el año 2014 a la actualidad se ha conseguido instaurar en el 100% de las áreas del hospital la figura de enfermera tutora
 2. El 100% de las enfermeras tuteladas tiene integrado en su expediente la evaluación inicial de competencias
 3. El 100% de los profesionales de enfermería han superado formación en RCP Básica, Sistema de notificación de incidentes y Manejo del dolor.
 4. Aumento progresivo de las enfermeras referentes de unidades especiales
 5. Plan de formación anual que incluye talleres de seguridad todos los miércoles del año, además de acciones formativas puntuales sobre: Disfagia, Prevención de UPP, Manejo de gastrostomías, Manejo de vías centrales.
 6. Aumento progresivo de la participación en el plan de formación descrito
- La aplicación de un sistema de gestión por competencias profesionales ha permitido:
1. Conocer las fortalezas y debilidades de los profesionales de enfermería
 2. Elaborar un plan de formación que pretende subsanar las necesidades detectadas
 3. Confección del llamado "cuadro de referentes"
 4. Se ha conseguido que los profesionales interioricen la importancia de la formación como uno de los pilares de calidad y seguridad de los cuidados prestados
 5. Garantizar la integración segura para los profesionales
 6. Incrementar la satisfacción de todos los integrantes del equipo de cuidados

AUTORES: FERREIRA RODRIGUEZ, PILAR; FALAGAN MOTA MARIA; TIZÓN CABALEIRO M. JOSÉ; GROBA PEREZ FERNANDO; QUINTELA PORRO VALLE; ROMAN VILA ALEJANDRA.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL POVISA SA.



ID: 628

TÍTULO: ESTADO ACTUAL DE LAS INICIATIVAS PER MEDIR RESULTADOS DE SALUD EN PACIENTES EN ESPAÑA

RESUMEN:

Para poner al paciente en el centro de la atención sanitaria es necesario conocer los resultados que el mismo paciente considera importantes y no siempre coinciden con los indicadores de eficiencia y rentabilidad tradicionales que guían las decisiones en gestión sanitaria

Recientemente han surgido iniciativas para medir resultados que son importantes para los pacientes, especialmente los llamados PROs (resultados percibidos y reportados por los pacientes), la mayoría de ellas relacionadas con resultados de fármacos. La evolución de estas iniciativas es dispar: en algunas partes la medición de estos indicadores es anecdótica y no va más allá de la modificación de la práctica asistencial, mientras que en otras ya se empieza a constituir un pilar en la toma de decisiones de gestión y del sistema de financiación

Explorar en gesto@s/directiv@s de salud en España cuál es el nivel de conocimiento, implementación y aceptación de iniciativas encaminadas a medir resultados en pacientes

Estudio descriptivo, que utiliza una encuesta online dirigida a gesto@s/directiv@s del sistema sanitario Español. La población diana es captada de sociedades de directiv@s en salud de España. El periodo de realización es del 10 de junio al 30 de Julio de 2017

La encuesta fue validada con una prueba piloto a 10 personas y consta de 4 apartados: 1. Datos del perfil de los encuestados, 2. Conocimientos sobre los resultados en salud, 3. Iniciativas sobre medición de resultados en pacientes y nivel de implementación de las mismas, 4. Actitudes sobre la medición de resultados en pacientes

Se analizan las respuestas con promedios e intervalos de confianza y se hace una exploración estratificada per encontrar relaciones con el perfil de los encuestados

Preliminares: hasta el momento 22 gesto@s/directiv@s han contestado la encuesta, 80% con formación en medicina, 80% de Andalucía y 100% del sector público

86% conocen de qué se tratan las iniciativas para medir resultados en pacientes, pero solo 50% ha escuchado hablar de la iniciativa más reconocida a nivel mundial y un pequeño porcentaje no diferencias entre las medida de resultados en pacientes y otros indicadores para una patología concreta (cáncer de próstata)

En cuanto a la implementación, 86% han contestado que no existen experiencias sobre estas iniciativas en su centro/área de salud, 13,6% están desarrollando iniciativas en fase de implantación y 4.5% de planificación

El 100% consideran que estas iniciativas aportan mucho (41%) o bastante (59%) valor a la gestión sanitaria y el 80% consideran importante recibir formación al respecto

Las iniciativas para medir resultados en pacientes son medianamente conocidas por los encuestados, pero su implementación es muy baja en el territorio Español. Más formación y difusión de estas iniciativas podría ayudar a mejorar los resultados en salud de nuestra población y constituir un nuevo reto para mejorar la calidad en la gestión sanitaria

AUTORES: COSSIO GIL, YOLIMA¹; TOURNÉ GARCÍA, M²; MARQUÉS ESPI, JA³; VELASCO MUÑOZ, C⁴.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON¹; HOSPITAL REINA SOFÍA²; HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA³; HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL DE HEBRÓN⁴.



ID: 629

TÍTULO: ADECUACIÓN DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LA ARTROPLASTIA DE RODILLA E INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO

RESUMEN:

Aproximadamente el 5% de los pacientes ingresados en un hospital adquiere una infección nosocomial. La red de vigilancia nacional de incidencia de infección INCLIMECC, estima la incidencia acumulada de infección global en cirugía ortopédica y traumatológica entre el 1-5%. La presencia de infección del sitio quirúrgico (ISQ) aumenta el riesgo y gravedad del paciente.

Evaluar el grado de adecuación de la profilaxis antibiótica al protocolo hospitalario en pacientes intervenidos de artroplastia de rodilla en nuestro centro y su influencia en la infección quirúrgica. Se realizó un estudio de cohortes prospectivo. El estudio incluyó a los pacientes que fueron intervenidos de artroplastia de rodilla en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología entre enero de 2011 y diciembre de 2016. Los criterios de exclusión fueron: confirmación o sospecha de infección en la fecha de la intervención o haber estado en tratamiento antibiótico antes de la misma. El grado de adecuación se estudió mediante la comparación de las características de la profilaxis recibida por los pacientes y la estipulada en el protocolo vigente de nuestro hospital.

Se realizó un estudio descriptivo de la muestra. Las variables cualitativas se describen con su distribución de frecuencias (número y porcentajes) y se compararon con la prueba binomial. Las variables cuantitativas se describen con su media y desviación estándar (DE). El criterio de normalidad se evaluó mediante la prueba de Shapiro-Wilk y las variables cuantitativas de 2 categorías se compararon con la prueba t de Student o con la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. El efecto de la profilaxis en la incidencia de la infección quirúrgica se estimó con el riesgo relativo.

Se incluyeron 1.749 intervenciones. La edad media de los pacientes fue de 70 años (DE=22,2). La duración media de la intervención fue de 120 minutos (DE=43,4). La incidencia de infección del sitio quirúrgico fue del 1,43% (n=25). La profilaxis se administró a 1.745 pacientes (99,8%), siendo la adecuación global al protocolo de profilaxis antibiótica de un 77,6%. La causa más frecuente de inadecuación al protocolo fue la duración prescrita de los antibióticos de la profilaxis (46,5%), seguida de la elección del antibiótico. La adecuación de la profilaxis antibiótica no influyó en la infección del sitio quirúrgico (RR=1,15; IC 95%: 0,31-2,99; p > 0,05).

Conclusiones: la adecuación de la profilaxis antibiótica fue alta, pero con margen de mejora. No se encontró relación estadísticamente significativa entre la adecuación de la profilaxis y la incidencia de infección del sitio quirúrgico en artroplastia de rodilla. La vigilancia de la tasa de infección quirúrgica permitirá tomar medidas para reducir progresivamente su incidencia.

AUTORES: CHECA GARCÍA, ANTONIO; DÍAZ MARTÍN, M; GIL CONESA, M; ALONSO GARCÍA, M; DEL MORAL LUQUE, JA; RODRÍGUEZ CARAVACA, G.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL FUNDACIÓN ALCORCÓN.



ID: 630

TÍTULO: PILOTAJE Y PRIMERA FASE DE UNA COMUNIDAD DE PRÁCTICA PARA MEJORAR ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES HACIA EL EMPODERAMIENTO

RESUMEN:

El empoderamiento de los pacientes con enfermedades crónicas es una estrategia necesaria para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, y un factor primordial es la actitud de los profesionales para potenciarlo.

1. Evaluar factibilidad y aceptabilidad de una comunidad de práctica virtual (CdPv) para mejorar actitudes de los profesionales de atención primaria (PAPs) hacia el empoderamiento.

2. Identificar patrones de participación, barreras y necesidades formativas iniciales
Para 1) se realizó un estudio piloto cualitativo mediante dos grupos focales en tres centros de atención primaria (CAPs) para 27 PAPs. (13 enfermeras y 14 médicos)

Para 2) se realizó un estudio descriptivo cualitativo de los primeros 3 meses de un ensayo clínico aleatorizado de conglomerados en el grupo de intervención incluyendo 31 CAPs y 178 profesionales distribuidos en 3 CCAA (Canarias 54, Cataluña 80, Madrid 44).

La intervención consistió en una plataforma en línea con actividades, foros y métodos de gamificación. Se utilizó un marco formativo con cuatro objetivos de aprendizaje y doce competencias. Los contenidos se desarrollaron sobre temas como alfabetización en salud, autoeficacia, toma de decisiones compartida, etc. Las principales modificaciones realizadas después del pilotaje fueron la inclusión de "retos interactivos" de manera cronológica, objetivos de participación y resolución de problemas tecnológicos.

Prueba piloto: 6 PAPs participaron en cada grupo focal e identificaron como barreras más importantes de participación los problemas tecnológicos, la falta de tiempo y la sobrecarga de trabajo. En cuanto a barreras al empoderamiento se identificaron el desacuerdo existente entre el hospital y la atención primaria y aspectos organizativos.

Se describieron áreas de mejora relacionadas con los métodos de aprendizaje, la estructura de los contenidos y el papel del facilitador.

Tres primeros meses del ECA: De los 178 profesionales, 11% no ha entrado nunca a la CdPv, 16% ha tenido una visita, 44% de 2 a 10, 25% de 11 a 29, 3% de 30 a 59, y un 1% con más de 60. Se realizaron 1907 comentarios para 28 debates, donde 11 correspondieron a "retos interactivos". Se aportaron entre 74 y 208 comentarios por reto y entre 15 y 56 y para el resto de debates. Como barreras relacionadas con el paciente se identifican: idiomáticas, falta de conciencia de enfermedad, baja alfabetización en salud, etc y relacionadas con los profesionales: falta de comunicación y empatía, interrupciones, actitud paternalista, falta de pautas claras y el uso de tecnicismos. Como acciones de empoderamiento se proponen: mejora de la comunicación, pacientes expertos, toma de decisiones compartidas, entrevista motivacional, etc.

Conclusión

Las CdPv tienen el potencial de facilitar el aprendizaje y crear conciencia sobre el empoderamiento del paciente. La captación directa de las necesidades, preferencias y barreras percibidas por los profesionales son básicas para adaptar la intervención.

AUTORES: ORREGO VILLAGRAN, CAROLA1; BERMEJO CAJA, C2; PERESTELO PEREZ, L3; GONZALEZ GONZALEZ, A4; BALLESTER SANTIAGO, M5; KOATZ, D6.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUTO UNIVERSITARIO AVEDIS DONABEDIAN, RED DE INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD EN ENFERMEDADES CRÓNICAS.¹; GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA, RED DE INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD EN ENFERMEDADES CRÓNICAS²; SERVICIO CANARIO DE SALUD, RED DE INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD EN ENFERMEDADES CRÓNICAS³; GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA, RED DE INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD EN ENFERMEDADES CRÓNICAS⁴; INSTITUTO UNIVERSITARIO AVEDIS DONABEDIAN, RED DE INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD EN ENFERMEDADES CRÓNICAS.⁵; INSTITUTO UNIVERSITARIO AVEDIS DONABEDIAN, RED DE INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD EN ENFERMEDADES CRÓNICAS.⁶



ID: 631

TÍTULO: MODELO DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS EQUIPOS DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

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 con 287 EAP y los respectivos equipos de pediatría (EPAP) que dan cobertura al 80% de la población de Cataluña. El Plan estratégico de Atención Primaria de nuestra institución incluye la definición de modelos de calidad y seguridad (MCyS) para las unidades asistenciales de AP coherentes entre sí y alineados con la estrategia de la Consejería. En 2016 se definió en MCyS de los equipos de atención a la salud sexual y reproductiva.

Definir el MCyS de los equipos EPAP a partir de la revisión y adaptación del MAEAP.

Se crea un grupo de trabajo (68 miembros) representativo del territorio y de los colectivos de los EPAP de nuestra institución: 23 pediatras; 19 enfermeras de pediatría 1 matronas; 9 administrativos/vas; 1 odontóloga; 9 referentes de calidad; 1 auxiliar de enfermería; 1 trabajadora social; 1 técnico de salud y 3 directivos.

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: 60,3%.

Asistencia a las sesiones plenarias (7): 55,8%.

Respecto a los estándares del MAEAP, no se ha excluido ninguno en los criterios 1-4 y 6-8. En el 3 se añadió un estándar relacionado con la atención a las segundas víctimas.

En el criterio 5 (Procesos):

- se han adaptado, en el apartado 'evaluación de la ciudadanía', 16 estándares relacionados con procesos propios del EPAP (actividades preventivas en distintos grupos de riesgo, atención a la obesidad, trastornos del aprendizaje, enfermedades genéticas y dismorfológicas y al resto de patologías propias de la edad infantil)
- se han incluido, en el apartado 'innovación', 5 propuestas relacionadas con la atención la salud mental, técnicas diagnósticas y terapéuticas, conocimiento experto y uso de nueva tecnologías y redes sociales.

En el criterio 9 (Resultados clave) se han adaptado los estándares que evalúan procesos propios de los EPAP.

El MAEAP es adaptable a las unidades asistenciales 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.

AUTORES: PAREJA ROSSELL, CLARA; MORALES HIDALGO, V; QUINTANA MONTERO, M; GATELL CARBO, A; LIGÜERRE CASALS, I; MORRAL PARENTE, R.

CENTRO DE TRABAJO: INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT.



ID: 632

TÍTULO: ESTUDIO PRE-POST DE EFICIENCIA EN LA GESTIÓN DE CAMAS: ¿COMUNICAMOS ADECUADAMENTE LA PREVISIÓN DE ALTAS HOSPITALARIAS?

RESUMEN:

El aumento de actividad y complejidad en el ámbito hospitalario ha provocado que la gestión de camas deba ser más ágil y eficiente, para mejorar los circuitos asistenciales y poder dar una respuesta adecuada a los ingresos urgentes y a los de la programación quirúrgica. Así, la gestión de camas, se convierte en un proceso clave para un adecuado y eficiente funcionamiento del día a día del centro y, sobre todo, para evitar la sobrecarga del Servicio de Urgencias (SU).

Describir la implementación de un "Plan de Mejora en la Gestión de Camas Hospitalarias" mediante un estudio pre- y post-intervención, entre 2015 y 2016, con el objetivo de aumentar el número de altas comunicadas a la gestora de camas antes de las 9:30h, y mejorar el número de altas dadas diariamente antes de las 12:00h, momento en el cual el paciente deja libre la habitación para un nuevo ingreso.

La intervención consistió en un plan de mejora con distintos niveles de proyectos y actividades, de participación interdisciplinar médico, enfermera y administrativa, destacando: 1º la reunión médica de "morning" en el SU; 2º el refuerzo del papel de la Gestora Hospitalaria de Casos; 3º la asignación del especialista de planta a pacientes del SU; 4º el aumento de la dotación en la Hospitalización a Domicilio (HaD); 5º las sesiones de concienciación de la dirección médica a los profesionales; y, 6º el aviso impreso al paciente en cada habitación, del alta antes de las 12:00h. Los 2 indicadores planificados clave evaluados pre- y post-intervención fueron: 1º comunicar la previsión diaria de las altas > 65% antes de las 9:30h; y 2º dar > 10% de altas de los pacientes antes de las 12:00h.

1º La reunión de "morning" ha concienciado y mejorado la interrelación entre los equipos del centro y el SU; 2º el liderazgo de la Gestora Hospitalaria de Casos ha centralizado definitivamente las demandas y necesidades de camas; 3º la asignación del especialista de planta a pacientes del SU permite agilizar ingresos; 4º el aumento de la dotación en la Hospitalización a Domicilio ha disminuido la presión sobre el SU y las plantas; 5º las sesiones de la dirección médica conciencia a los profesionales; si bien, 6º la influencia del aviso del alta < 12:00h, es baja. Los datos recogidos muestran que el % diario de altas comunicadas antes de las 9:30h, pasó de una media del 54,3% en 2015 al 65,8% en 2017, si bien el porcentaje de ingresos en la habitación antes de las 12:00h no ha variado del 8,7%. El proceso ha representado una mejora en la gestión de camas, pues disponer diariamente del 65,8% de las altas comunicadas cada día ayuda en la asignación de camas de los nuevos ingresos. Las distintas acciones realizadas han mejorado significativamente la comunicación en la previsión de las altas, si bien el ingreso de los pacientes antes de las 12:00h sigue en pie, siendo éste el gran reto y cambio cultural que deberemos afrontar en los procesos y circuitos de los profesionales en la hospitalización.

AUTORES: VILA-SENANTE, MIQUEL; BOTTA-SANTASUANA, M; FELIP-SABORIT, M; RODRÍGUEZ-SADURNÍ, J; TUSQUELLAS-OTO, C; ALOY-DUCH, A.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS.



ID: 633

TÍTULO: “LEAN”. ESTUDIO PRE-POST-IMPLEMENTACIÓN DE UN PROCESO EN CIRUGÍA DE CATARATAS: EFICIENCIA Y SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

RESUMEN:

La “Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)” es una modalidad asistencial sin ingreso hospitalario, en la que se realiza una cirugía con anestesia, requiriéndose de unos cuidados postoperatorios de corta duración. En los últimos años, la CMA oftalmológica es la que ha experimentado un crecimiento más alto. El “lean” se considera como un modelo de gestión enfocado a entregar el máximo valor a los pacientes, eliminar las actividades sin valor añadido y optimizar el uso de los recursos.

Presentar un estudio pre-post-implementación utilizando “lean”, de un nuevo proceso en CMA de cataratas aprovechando la reforma de 2 nuevos quirófanos, para aumentar la adecuación y la eficiencia en el bloque quirúrgico analizando los siguientes indicadores: a) aumentar la actividad de la CMA-cataratas; b) disminuir el tiempo de espera ineficiente; c) liberar espacios en la sala de recuperación de la “Unidad de Cirugía Sin Ingreso” (UCSI); d) optimizar al personal; y, e) asegurar la satisfacción de los pacientes.

Hasta 2013 el centro contaba con un bloque quirúrgico 1 (BQ-1) de 6 quirófanos (QUIR); en octubre de 2014 se procedió a la reforma de 2 QUIR de cirugía menor, convirtiéndolos en CMA (BQ-2), para aumentar las sesiones QUIR un 38%. Con la intervención se implementó un nuevo proceso QUIR en cataratas en el BQ-2, con la exclusividad de un QUIR, junto a un espacio de recuperación, un circuito para pacientes y personal, procedimiento de programación QUIR, preoperatorio de anestesia telefónico, y recordatorio el día anterior a la sesión QUIR. Se realizó un “Value Stream Mapping” (VSM), un diagrama en “espagueti” (DE) y un 5s. Los procedimientos incluidos fueron: cataratas y oftalmología de baja complejidad, excluyendo la retina, la oculoplastia y los niños. Se distribuyó una encuesta anónima a 100 pacientes consecutivos post-intervención. Los períodos comparados fueron: 1º pre-intervención de enero a septiembre de 2014; 2º post-intervención de enero a septiembre de 2015; y 3º encuesta en 2016.

a) Se aumentó la actividad global de la CMA en un 14%, en oftalmología en un 38%, y en cataratas en un 34% (VSM); b) disminuyeron un 66% los tiempos intermedios y totales pre-postoperatorios (DE); c) se liberó un 15% de espacio en la UCSI general; d) disminuyó el 15% del personal (camillero) en el BQ-2 para la CMA oftalmológica (ver 5s); y, e) la satisfacción buena/muy buena media global fue del 86%.

Al adecuar las intervenciones de CMA oftalmológica en un nuevo BQ-2 ha permitido, con algo menos de personal, un incremento medio de un 28% de la actividad, reducir los tiempos ineficientes, así como optimizar la UCSI general con otros procedimientos. El 66% de reducción de tiempos de IQ en cataratas ha permitido un incremento del número de IQ oftalmológicas y de otros procedimientos de CMA, todo ello con una excelente satisfacción para el paciente.

AUTORES: ALOY-DUCH, ANDREU; RIU-ALBORNÀ, MT; GUARRO-MIRALLES, M; SABATER-RAGA, MR; TUSQUELLAS-OTO, C; RODRÍGUEZ-SADURNÍ, J.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS.



ID: 634

TÍTULO: INNOVACIÓN EN EL MODELO ORGANIZATIVO DE IMPLANTACIÓN DE LA ECOGRAFÍA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

RESUMEN:

La Consejería de Sanidad de una Comunidad con el objetivo de aumentar la capacidad resolutoria de sus profesionales, ofrecer una atención sanitaria adaptada a las innovaciones tecnológicas, acercar el acceso a una primera prueba de apoyo al diagnóstico a los usuarios del primer nivel asistencial, ha impulsado desde el año 2010 una estrategia de implantación de la ecografía en los centros sanitarios de Atención Primaria (AP)

Implantar la utilización de la ecografía en los Centros de Salud (CS) de AP de una Comunidad Autónoma (CA)

El despliegue del Plan de Implantación de Ecografía respaldado por la Consejería e impulsado desde la Gerencia Atención Primaria (GAP) ha requerido actuaciones asentadas en: dotación anual de ecógrafos a CS, formación ecográfica continuada dirigida a médicos de familia y pediatras de AP y difusión utilización ecografía entre los profesionales AP

Durante siete años se ha producido una implantación progresiva de la ecografía con una inversión paulatina en equipos de algo más de dos millones de euros. 155 Centros de Salud, cerca del 60% disponen de ecógrafo, poniendo al servicio de casi 3.000.000 usuarios y más de 3.000 facultativos la ecografía.

Paralelamente se ha ofertado una formación reglada acreditada teórico-práctica de cursos de ecografía abdominal básica, avanzada y por regiones anatómicas. Hasta el año 2016 se han impartido 133 cursos, participando alrededor 3.000 profesionales y supuesto una inversión entorno al medio millón de euros.

Se ha impulsado una formación complementaria acreditada: 142 rotaciones de médicos por CS de referencia ecográfica de AP, 46 rotaciones por unidades de ecografía hospitalaria y elaborado 85 programas de autoformación en ecografía en CS.

Fruto de estas actuaciones, los profesionales AP de esta CA han realizado 115.743 ecografías hasta el 2016, resolviendo el motivo consultado en el 74% de los casos, adecuando la derivación de la patología detectada al siguiente nivel en un 14% y requiriendo en 12% de las ocasiones, la consulta a Radiología para confirmación diagnóstica o solicitud de pruebas más sensible.

Se ha respaldado institucionalmente la organización de cuatro Jornadas de Ecografía: 1.273 médicos y residentes participantes, presentado 70 comunicaciones orales, 170 posters y publicado más de 175 artículos científicos post-jornadas.

Se ha creado un espacio de ecografía en la Intranet que aúna toda la información disponible relacionada con este Plan con un promedio de 12.000 accesos anuales.

Este modelo organizativo ha contado desde sus inicios con una Comisión de Seguimiento constituida por profesionales asistenciales CS, representantes sociedades científicas y técnicos apoyo GAP, eje vertebrador sobre el cual se ha gestado e impulsado las actuaciones emprendidas.

Conclusión: La implantación de la ecografía en esta CA supone un modelo organizativo innovador que de "menos a más" se ha consolidado entre los profesionales y usuarios de AP asegurando su futura sostenibilidad

AUTORES: RUIZ TUÑÓN, CARMEN¹; CAÑONES GARZÓN, P²; LÓPEZ ROMERO, A³; SÁNCHEZ SUÁREZ, JL⁴; RUIZ ALONSO, S⁵.

CENTRO DE TRABAJO: ÁREA ECOGRAFÍA Y UNIDAD FORMACIÓN CONTINUADA_GERENCIA ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA¹; ÁREA DE ECOGRAFÍA_GAAP²; UNIDAD APOYO TÉCNICO_GAAP³; UNIDAD FORMACIÓN CONTINUADA_GAAP⁴; SISTEMAS INFORMACIÓN SANITARIA_GAAP⁵.



ID: 635

TÍTULO: LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN LA TRANSFERENCIA DEL PACIENTE

RESUMEN:

Son muchos los profesionales que prestan su asistencia en el medio hospitalario y que consideran necesario, en un momento dado de la visita, la derivación del paciente al área de urgencias. Históricamente uno de los momentos en los que se producen más errores, es durante la transferencia del usuario.

Asimismo, el personal del servicio de urgencias manifiesta frecuentemente su malestar por la escasa aportación de datos que acompañan al paciente que se va a visitar.

Basándonos en el modelo de comunicación estructurada SBAR (Situación, Información, Evaluación y Recomendación) elaboramos una herramienta de trabajo que evitase 'perder información en el camino' y garantizase la seguridad del paciente durante el proceso de traspaso. Nuestro centro de trabajo consta de varias áreas de asistencia, susceptibles de mejorar la comunicación. Nuestro objetivo era diseñar un modelo seguro que garantizase la transferencia de información entre el área de atención primaria y el área de emergencias.

Se creó un comité con representantes de las dos áreas implicadas que identificasen los problemas asociados a una derivación incorrecta de pacientes.

Se elaboró un protocolo al que llamamos ' interconsulta ABSURG' que incluye los siguientes apartados:

- Quien deriva: medico o enfermería.
- Motivo de la derivación: síntoma o signo por el que se deriva al paciente
- Patología asociada: patología relacionada directamente.
- Avisos de seguridad: como uso de anticoagulantes o intolerancias personales
- Tratamiento: a/ por atención primaria . b/ por urgencias
- Alta: a/ desde primaria. b/ desde urgencias
- Notificación telefonica desde primaria a urgencias: promueve la humanización del trabajo conjunto.

Posteriormente se expuso la idea en sesión y tras la aceptación del modelo, el protocolo se incorporó a la historia clínica .

Iniciamos la experiencia en enero del año 2017 y hemos recogido datos a lo largo de cuatro meses.

Al mes de iniciar la experiencia obtuvimos datos sobre el grado de utilización .

La valoración de los profesionales de primaria fué positiva, principalmente por la agilidad del protocolo.

La satisfacción de los profesionales de urgencias se reflejó en un posterior proceso de feedback que se generó espontáneamente en respuesta a la colaboración interáreas.

AUTORES: GIL GÓMEZ, MARÍA PILAR; PRIETO PERDIGÓN, DO; RIOS VALLES, LI; CRESPO PALAU, CA; VILLEGAS LOU, O.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL LLEUGER ANTONI DE GIMBERNAT CAMBRILS.



ID: 636

TÍTULO: APLICACIÓN DEL ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS (AMFE) EN LAS TÉCNICAS CONTINUAS DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL (TCDE).

RESUMEN:

Entre 5-23% de los pacientes en la UCI desarrollan insuficiencia renal aguda (IRA) y un elevado porcentaje de éstos requieren técnicas de depuración extrarrenal (TCDE). La tasa de mortalidad de los pacientes críticos que requieren TCDE ronda el 60% y casi duplica la mortalidad de pacientes similares que no las precisan. Las TCDE son complejas y existen números riesgos potenciales que pueden comprometer seriamente la seguridad del paciente. El Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) es una herramienta práctica para evaluar los riesgos, descubrir los fallos proactivamente y proponer acciones correctivas para reducir o eliminar los riesgos potenciales. Elaborar un Mapa de Riesgos del proceso asociado a las TCDE que permitiese identificar los riesgos más frecuentes y de mayor gravedad. Elaboración de planes de actuación en función de los riesgos detectados e instaurar medidas correctivas para su prevención.

Se describieron todas las tareas y procedimientos asociadas a las TCDE. Se calculó el índice de prioridad de riesgo (IPR). Debido al elevado número de riesgos detectados y su potencial gravedad (pacientes críticos y puntuaciones IPR muy elevadas) se diseñó una matriz de Ocurrencia/Severidad y un Risk Ranking Table que nos permitió identificar los riesgos de alta prioridad o críticos sobre los que debíamos diseñar y establecer medidas correctivas. Un año más tarde se analizaron los resultados del impacto de dichas medidas en las TCDE.

Se detectaron un total de 181 riesgos potenciales que podían comprometer la seguridad del paciente, la eficacia y eficiencia de la técnica. Se seleccionaron inicialmente un total 12 riesgos que motivó la instauración de 14 medidas correctivas distribuidas en cambios relacionados con el catéter de diálisis, la prescripción médica y la monitorización del circuito extracorpóreo. Tras un año de instaurar estas medidas se comprobó una reducción del % de IPR medio del 62%. Se observó una reducción del 19% de disfunción del catéter, una reducción del 36% de coagulación del circuito extracorpóreo que supone una estimación de 118 hemofiltros no desechados y 5670 horas ganadas/año de eficiencia de la técnica. Se observó una mejora en un 13% de adecuación de dosis y una reducción del 35,5% de diselectrolitemia. Todo ello ha supuesto una estimación de un ahorro de 23.375 euros en una año y se ha evitado un 22,1% de transfusión de hemoderivados imputables a pérdida hemática por coagulación del circuito. **CONCLUSIÓN:** El desarrollo del AMFE en las TCDE ha sido una herramienta útil para la identificación y evaluación de los posibles fallos y riesgos asociadas a la técnica. En tan solo un año de implementar las medidas correctivas se ha reducido significativamente los puntos críticos de seguridad, ha permitido una mejora de la eficacia y una gran reducción de costes económicos asociados a las TCDE. Se ha estimulado el trabajo en equipo interdisciplinario y se ha incrementado la cultura de la seguridad en nuestro entorno.

AUTORES: GONZÁLEZ DE MOLINA, FRANCISCO JAVIER; VALLS, F; MACHUCA, B; PÉREZ, R; SANDALINAS, I; CARO, C.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MUTUA TERRASSA1.



ID: 637

TÍTULO: USO DE LA METODOLOGÍA GLOBAL TRIGGER TOOL EN SEIS UNIDADES DE CIRUGÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

RESUMEN:

Los fallos en la seguridad del paciente son un problema de salud global, causando consecuencias físicas y emocionales en millones de pacientes cada año alrededor del mundo, así como repercusiones socioeconómicas.

Se ha estimado que uno de cada diez pacientes experimenta un evento adverso (EA) durante la estancia hospitalaria, siendo casi la mitad de ellos prevenibles. No obstante, la magnitud real del problema aún no se conoce, por lo que el primer paso para abordar las prácticas inseguras es medir y caracterizar el daño causado durante la prestación de los servicios de atención en salud. La notificación espontánea es un medio para conocer el daño causado durante la intervención médica, sin embargo, debido a sus limitaciones para proveer un panorama más preciso sobre el riesgo, el Institute for Healthcare Improvement propuso la metodología Global Trigger Tool (GTT) para identificar EA, y para monitorizarlos a lo largo del tiempo.

Realizar un estudio piloto en un hospital de tercer nivel de Cataluña para:

Evaluar los EA y caracterizarlos

Establecer los factores asociados con la ocurrencia de EA

Evaluar el desempeño de la herramienta

Comparar los EA identificados del GTT con las notificaciones espontáneas

GTT se basa en la revisión retrospectiva de historias clínicas utilizando una batería de palabras centinelas, que ayudan a identificar EA (desde el punto de vista del paciente), asociados a atención sanitaria activa (comisión), pero sin discriminar si los daños son prevenibles o no.

Las historias clínicas utilizadas se seleccionaron mediante un muestreo sistemático aleatorio, las cuales correspondían a pacientes adultos admitidos formalmente en uno de los seis servicios quirúrgicos estudiados, que se sometieron a una cirugía programada o urgente, con una estancia superior a tres días y dados de alta más de 30 días antes de la fecha de revisión.

Se examinaron las notificaciones espontáneas realizadas por los profesionales de la salud y los pacientes, para explorar si existía superposición con los EA detectados con GTT.

Con GTT se revisaron 60 historias clínicas en seis unidades quirúrgicas, hallando 82 EA (136,7 EA por cada 100 admisiones) que causaron principalmente daño temporal que requirió o prolongó la hospitalización de los pacientes. Infecciones, EA que requirieron reintervención y EA asociados a la medicación fueron lo más frecuentes. La edad, el sexo o el tipo de cirugía no se consideraron factores de riesgo de EA, pero hubo una correlación positiva moderada entre la duración de la estancia y el número de EA. No se encontró superposición entre los EA del GTT y la notificación espontánea.

Para concluir GTT, es una herramienta flexible y práctica, pero con base en sus limitaciones, se sugiere ampliar su alcance para incluir los EA asociados a la atención deficiente (omisión) y diferenciar aquellos que son prevenibles. Teniendo en cuenta que no existe un estándar de oro, combinar estrategias es la mejor práctica para detectar EA.

AUTORES: MENDOZA ARENAS, SANDRA TATIANA; SANTIÑÀ, M.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNICO.



ID: 638

TÍTULO: NESECIDAD DE SISTEMAS DE NOTIFICACIONES

RESUMEN:

Los programas de Sistemas de Notificaciones son necesarios para identificar, hacer un seguimiento y evaluar las situaciones críticas presentes en nuestro centro de salud.

A partir de nuestro sistema de notificación TPSC cloud, hemos podido hacer diagnosticos de los problemas que presenta nuestra área básica. Con la información recogida hemos trabajado y elaborado una serie de protocolos para disminuir la incidencia de las notificaciones.

Mediante el sistema de notificación TPSC cloud, hemos contabilizado las incidencias desde el mes de Enero hasta mayo con un total de 40 incidencias distribuidas en diversos apartados:

Gestión y procedimientos relacionados con las analíticas,

Medicación

Infraestructuras

gestión clínica- administrativa

Procedimientos

-62,5% Gestión y procedimientos relacionados con las analíticas

-5% Medicación

-10% Infraestructuras

12,5% gestión clínica- administrativa

10% Procedimientos

El equipo de calidad, observó un aumento de la incidencias relacionadas con la gestión de

AUTORES: JIMÉNEZ CIVIT, CARMEN; ANTICH SALVADÓ, T; ABELLA PORTA, M; PANADÉS BALDRICH, L; CIVIT MERCADÉ, E; GOÑI GARÍN, J.

CENTRO DE TRABAJO: AREA BASICA DE SALUD MONTBLANC.



ID: 639

TÍTULO: MEJORA EN LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE: CARTA UNICA.

RESUMEN:

El incremento de la inasistencia y visitas imprevistas de usuarios en consultas externas hacen necesario un cambio de planteamiento en la comunicación con el paciente sobre sus citas. Se realiza un estudio de las cartas que se envían (34.260 mensuales) y se realiza una estimación de las citas que se incluyen en la carta, observaciones que hay que tener en cuenta y cambios de mensaje, son unas 19.000 cartas, se decide que es más cómodo para el paciente ver las citas para el próximo mes en una única carta, se habla con las especialidades para las que no es necesario el envío de cartas para comunicar sus citas.

Desarrollar un sistema de comunicación con el paciente para informarle de las próximas citas a las que acudir al hospital en el próximo mes.

Ámbito: hospital del Servicio Madrileño de Salud con 400 camas.

Periodo de estudio: 2017.

Se crea un equipo multidisciplinar formado por sistemas de información, jefes de servicio y admisión.

Con Sistemas de Información se desarrolla un listado para unificar las citas en una sola carta. Se llevan a cabo reuniones con Jefes de servicio para mejorar la comunicación con el paciente teniendo en cuenta las peculiaridades de cada servicio.

Se ha sustituido la carta por cita que se venía enviando hasta la fecha por una única carta que incluye todas las citas pendientes del mes.

Se ha realizado previamente un análisis de las especialidades, para las que no es necesario el envío de carta: unidad del dolor, oncología y obstetricia, realizándose para ellas la citación vía telefónica.

Desde el mes de Enero de 2017 se genera informáticamente para las especialidades que lo requieren un listado que vuelca desde la Historia Clínica del paciente con el fin de conocer las citas del mes siguiente. Estas citas son agrupadas por paciente. Una vez agrupadas, junto con las observaciones médicas de preparación pertinentes son impresas en una única carta y enviada al paciente.

El envío de esta carta única ha supuesto un ahorro económico importante para el hospital, en torno a 6.000 € en el envío de 15.260 cartas menos al mes (26% de disminución) respecto a meses anteriores en los que se realizaba el envío de cartas individualizadas por cita.

Sin embargo, el porcentaje de inasistencia a consulta y las visitas imprevistas no han disminuido. Cabe destacar una disminución del 35% en las reclamaciones por citación, de un 83% en el primer trimestre 2016, al 48% en el primer trimestre 2017.

AUTORES: MUÑOZ CAMPO, MARIA VICTORIA; CHECA AMARO, ML; RODRIGUEZ MUÑOZ, MT; VAZQUEZ MARTINEZ, B; GONZALEZ PIÑEIRO, B; LORENZO MARTINEZ, S.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON.



ID: 640

TÍTULO: IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN DE CRÓNICOS EN UNA ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRADOS.

RESUMEN:

. El ppa objetivo era mantener a los pacientes los más cercanos posibles a su entorno habitual aplicando el tratamiento más adecuado, se priorizaron las acciones encaminadas a ello: disminución de los reingresos, creación de espacios alternativos de atención a crónicos al hospital e identificación de los pac crónicos de + riesgo con el objetivo de adecuar los esfuerzos terapéuticos a sus necesidades

Establecer las bases para la implementación de un modelo de gestión de pacientes crónicos en una organización de servicios de salud integrada.

El proyecto se plantea los objetivos específicos:

- Elaboración de un modelo predictivo de reingreso hospitalario
- Planificación y creación de unidades alternativas de atención

Diseño longitudinal retrospectivo. A partir de la población de referencia se han analizado los reingresos no programados durante el período de octubre 2015 a octubre 2016, en los dos hospitales de referencia, se han recogido los datos de la HC de AP, Especializada y Sociosanitaria durante el año de estudio.

Se analiza la puesta en marcha de la Unidad de Subagudos basándose en la creación de diferentes niveles de complejidad clínica definidos por la propia subjetividad del paciente

25.872 es el Núm de personas codificadas con menos 1 diagnóstico de pat crónica atendida en cualquier dispositivo de la organización al menos 1 vez. 11.478 es el núm de personas codificadas con menos 1 código diagnóstico de pat crónica atendidas en la organización al menos 1 vez, asignadas a un ABS con edad superior a 50 años.

4264 son pacientes con patología de EPOC, que causaron 730 ingresos hospitalarios cuyo diagnóstico ppal o secundario fue el EPOC. De estos 116 pacientes ingresaron más de 3 veces (2 reingresos hospitalarios de 30 días)

Del total de pacientes con alguna patología crónica, 4.264 pacientes tenían un código diagnóstico de EPOC, de estos, 730 habían ingresado al menos una vez en el hospital de agudos, de estos 116 pacientes habían ingresado más de 3 veces en un hospital de agudos cuyo diagnóstico principal o secundario había sido EPOC.

Por último se establece un modelo predictivo de reingreso en pacientes con EPOC, donde el sexo, y los valores de Albúmina sérica se asocian con los re ingresos con EPOC.

De los dispositivos de atención alternativa, el número de altas en las unidades de subagudos en un año ha sido de 1138, la edad media de 80,8 un 52% son hombres y un 48% mujeres, por procedencia el 61 % procedían de los servicios de urgencias un 29 % de domicilio y un 10% de otro recurso sociosanitario. La estancia media se sitúa en 12,3 días. La mayoría de los ingresos tenían como destino domicilio, la mortalidad se sitúa en torno al 11,9 %. Las enfermedades del aparato respiratorio causaron la mayoría de los ingresos (45% -55%), seguidas de las enfermedades del aparato circulatorio. La mortalidad es superior si los pacientes son derivados desde atención primaria . La mortalidad es superior en las enfermedades del ap circulatorio

AUTORES: PEÑA GARCIA, MARTA; BARNES MENDEZ, L; ROVIRA MARTINEZ, M; DONOSO, D; DAUFI SUBIRATS, C; SINGLA GARROS, X.

CENTRO DE TRABAJO: XARXA SANITÀRIA I SOCIAL STA. TECLA.



ID: 641

TÍTULO: IMPLEMENTACION DE UNIDADES DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA.

RESUMEN:

Las iniciativas de mejora no siempre acaban transformándose en resultados en salud.

En los últimos tiempos los equipos de calidad cada vez centran más esfuerzos en comprender si las iniciativas y recursos que se asignan a determinadas acciones de mejora acaban impactado en la salud de la población.

Implantar un sistema de gestión de la calidad y seguridad de pacientes en seis áreas básicas de salud orientándolas a resultados en salud.

El proyecto se ha realizado durante 4 años

Fase 1. Creación de unidades de seguridad de pacientes.

Fase 2: Adaptación y implantación de los 33 estándares a las seis áreas básicas de salud.

Fase 3: Fusión de las unidades de seguridad de pacientes y calidad.

Fase 4: Evaluación del plan de mejora, obtención de los principales resultados y elaboración de las nuevas líneas a seguir.

Los principales resultados sintetizados son:

En estructura

Creación de un grupo de referencia de seguridad de pacientes y calidad con representación de las direcciones médicas, de enfermería, gestión de pacientes, calidad, referente de farmacia, referente de comunitaria y trabajo social.

Creación de seis grupos de seguridad de pacientes y calidad con asignación de recursos humanos en medicina enfermería y gestión de pacientes.

Creación de un cuadro de mando con 85 indicadores básicos en atención primaria.

Creación de un plan de calidad y seguridad pacientes y seis planes de mejora en atención primaria.

Creación de una comisión de uso seguro del medicamento en atención primaria

Creación de una comisión de atención en urgencias en atención primaria.

En proceso.

Creación y/o revisión de 150 procedimientos de atención en salud.

Creación de circuitos de no conformidades con los principales servicios de soporte (Asistenciales y no asistenciales).

Creación de hoja de monitorización de determinantes en salud en la estación clínica.

Principales resultados en salud

Disminución significativa en reingresos en MPOC i ICC

Disminución significativa en hospitalización potencialmente evitable.

Mejora del control de Diabéticos y HTA.

Mejora en los programas de Atención a Domicilio.

Mejora en la adecuación diagnóstica del paciente EPOC.

Mejora de la cobertura vacuna gripe en pacientes mayores de 65 años

Mejora en la cobertura vacunal infantil.

Mejora en la determinación de la PSA en pacientes sin patología prostática.

AUTORES: PEÑA GARCIA, MARTA; FERRER FRANCES, S; RAVENTOS OLIVELLA, M; CAROL MOYANO, G; GOTANEGRA GUZMAN, N; RUIZ BATALLA, M.

CENTRO DE TRABAJO: XARXA SANITARIA I SOCIAL STA. TECLA.