XXXI CONGRESO

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

SECA

FECA

Calidad en la era de las Tecnologías de la Información

I CONGRESO

SOCIEDAD VALENCIANA DE CALIDAD ASISTENCIAL

sovca

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE

VALENCIA

23, 24 Y 25 DE OCTUBRE

2013

INTERÉS SANITARIO

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SUBSECRETARÍA

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
SUBSECRETARÍA
GABINETE TÉCNICO
19 JUL. 2013
SALIDA Nº 558

13/167.07
BG/mja

RECIBIDO 24 JUL 2013

Se ha recibido en esta Subsecretaría documentación y escrito de Vds., en el que solicitan el reconocimiento de interés sanitario para el **XXXI CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL,** organizado por la referida Sociedad, y a celebrar en Valencia durante los días 23, 24 y 25 de octubre de 2013.

Dados los objetivos y la valoración positiva que merece el programa del acto, esta Subsecretaría en aplicación de la Orden de 19 de junio de 1984 (Boletín Oficial del Estado de 2 de julio siguiente), tiene el gusto de reconocer como de interés sanitario el mencionado Congreso, 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 114.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, 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 17 de julio de 2013

LA SUBSECRETARIA

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD - SUBSECRETARÍA

María Jesús Fraile Fabra

Secretaría Técnica Azul Congresos, S.L.
Uría, 68 – 1º D
33003 OVIEDO

Pº del Prado, 18-20
28071 MADRID
TE: 91 5964248
Fax: 915961563

INTERÉS SANITARIO

AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

GENERALITAT VALENCIANA

AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

Direcció General d'Ordenació, Avaluació, Investigació, Qualitat i Atenció al Pacient

RECIBIDO 24 JUL 2013

DGOEICAP/SIDIS
MHC/RBT
EXPEDIENTE Nº IS 47/ 2013

VISTO el expediente instruido sobre el reconocimiento de Interés Sanitario para la Comunidad Valenciana para el acto **XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Calidad Asistencial- SECA- FECA.**

ANTECEDENTES DE HECHO

Tomás Quirós Morató, representante de la Fundación Española de Calidad Asistencial, solicitó el reconocimiento de Interés sanitario para el acto: **XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Calidad Asistencial- SECA- FECA.**
El Servicio de Investigación, Desarrollo e Innovación Sanitaria de la Dirección General de Ordenación, Evaluación, Investigación, Calidad y Atención al Paciente, emite propuesta favorable para su reconocimiento.

FUNDAMENTOS JURÍDICOS

1º La Dirección General de Ordenación, Evaluación, Investigación, Calidad y Atención al Paciente asume las funciones en materia atención y comunicación al paciente, evaluación y calidad asistencial, aseguramiento sanitario, acreditación, autorización y registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios e investigación sanitaria en virtud de lo dispuesto en la Sección Quinta del Decreto 191/2012, de 21 de diciembre, del Consell, por el que aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanidad y se regulan los órganos de gestión de la Agencia Valenciana de Salud.

2º Se cumple lo dispuesto en la Orden de 31 de marzo de 2009 de la Conselleria de Sanidad por la que se regula el reconocimiento de Interés Sanitario, para actos de carácter científico que tengan lugar en la Comunidad Valenciana.

VISTOS los antecedentes de hecho y preceptos legales citados y demás de pertinente aplicación.

RESUELVO

RECONOCER el Interés Sanitario para el **XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Calidad Asistencial- SECA- FECA**, a celebrar del **23/10/2013** al **25/10/2013** en la localidad de **Valencia**.

Notifíquese la presente Resolución a los interesados con la advertencia de que no agota la vía administrativa y que, contra la misma, pueden interponer recurso de alzada ante el Honorable Sr. Conseller de Sanitat, en el plazo de un mes contado a partir del día siguiente al de la fecha de notificación, de acuerdo con lo establecido por el artículo 115 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, modificada por la Ley 4/1999 de 13 de Enero.

Valencia, 16 de julio de 2013

La Directora General de Ordenación, Evaluación, Investigación, Calidad y Atención al Paciente

GENERALITAT VALENCIANA
AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

Teresa de Rojas Galiana

Misser Mascó, 31 · 46010 Valencia · Tel 96 386 28 00 · Fax 96 386 66 07

GENERALITAT VALENCIANA

AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

Direcció General d'Ordenació, Avaluació, Investigació, Qualitat i Atenció al Pacient

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT
Registre General
Data 18 JUL. 2013
EIXIDA 31604/29

Azul Congresos, S.L
Silvia Suárez/ Mª José Rojas
C/ Uría 68-1º D
33003 Oviedo

DGOEICAP/SIDIS
MHC/RRS/
Expediente nº: IS- **47/ 2013**

RECIBIDO 24 JUL 2013

Adjunto se remite Resolución de la Dirección General de Ordenación, Evaluación, Investigación, Calidad y Atención al Paciente, en virtud de la cual se reconoce el Interés Sanitario para la Comunidad Valenciana del acto **"XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Calidad Asistencial- SECA- FECA"**.

Las conclusiones adoptadas en el precitado acto deberán ser remitidas a esta Conselleria en el plazo de un mes desde la fecha de finalización del mismo, de acuerdo con lo indicado en el artículo 6º de la Orden de 31 de marzo de 2009, de la Conselleria de Sanitat, por la que se regula el Reconocimiento de Interés Sanitario para actos de carácter científico que tengan lugar en la Comunidad Valenciana.

Le rogamos que cualquier cambio que tenga lugar en relación con la fecha, hora o lugar de celebración lo comunique a este servicio, sito en la C/Micer Mascó, 31, 46010 Valencia.

Valencia, 17 de julio de 2013

La Jefa del Servicio de Investigación,
Desarrollo e Innovación Sanitaria

M. Hermenegildo

GENERALITAT VALENCIANA
AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

Marta Hermenegildo Caudevilla

Misser Mascó, 31 · 46010 Valencia · Tel 96 386 28 00 · Fax 96 386 66 07

COMITÉS

XXXI CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

COMITE ORGANIZADOR

TOMAS QUIROS MORATO (PRESIDENTE)
EMILIO IGNACIO GARCIA
CLARA ABELLAN GARCIA
ESTHER ARASA GASTALDO
Mª PILAR ASTIER PEÑA
ENRIQUE BALLESTER LLOPIS
ANGEL CAMPOS ANDREU
ANTONIO CASTEL AZNAR
ALBERTO COLINA ALONSO
DAVID CUESTA PEREDO
SERGIO GARCIA VICENTE
JORGE MAURO GARCIA-PETIT GISBERT
GREGORIO GOMEZ SORIANO
RAFAEL GOMIS CEBRIAN
DAMIAN HUGO GONZALEZ
MELCHOR HOYOS GARCIA
PATRICIA LACRUZ GIMENO
SUSANA LORENZO MARTINEZ
MIGUEL ANGEL MAÑEZ ORTIZ
MANUEL MARIN FERRER
JUAN ANTONIO MARQUES ESPI
BEGOÑA MONTOLIU DONATE
AGUSTIN NAVARRO JUANES
JAVIER PEÑARROCHA NEBOT
MARIA ROSA ROCA CASTELLO
VICENTE JUAN RODRIGUEZ BENITO
MANEL SANTIÑÀ VILA
LEOPOLDO SEGARRA CASTELLO
ROSA MARIA SEVILLANO ROMERO
JOSE VICENTE VISCONTI GIJON

COMITE CIENTIFICO

JOSE JOAQUIN MIRA SOLVES (PRESIDENTE)
JESUS MARIA ARANAZ ANDRES
JOSE MARIA ABAD DIEZ
JUAN MANUEL BELTRAN GARRIDO
GENIS CARRASCO GARCIA
MERCEDES CARRERAS VIÑAS
MARISA DOTOR GRACIA
ROSA MARIA GONZALEZ LLINARES
MERCEDES GUILABERT MORA
ANGEL HERNANDEZ BORGES
MARIA DOLORES MARTIN RODRIGUEZ
JOSE MANUEL MARTIN VAZQUEZ
INMACULADA MEDIAVILLA HERRERA
CRISTINA NEBOT MARZAL
SALVADOR PEIRO MORENO
VIRTUDES PEREZ JOVER
VICTOR REYES ALCAZAR
BERNARDO VALDIVIESO MARTINEZ
FERNANDO VAZQUEZ VALDES
ANGEL VIDAL MILLA
JULIAN VITALLER BURILLO
MANUEL YARZA CAÑELLAS

PROGRAMA

XXXI CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

Día 23 - Miércoles

10.00hrs. a 14.00hrs. PRECONGRESO – TALLERES

Taller 1
Formación en calidad y seguridad del paciente dirigido a residente
Docente:
Ángel Campos Andreu.
Jefe de sección Servicio de Alergia.
Hospital Universitari i Politecnic La Fe de Valencia.

DURACIÓN: 4HRS

AFORO MÁXIMO 23 PERSONAS
AFORO MINIMO 15 PERSONAS

Taller 2
Redes Sociales en Salud (Sala de Informática)
Breve descripción: Se revisarán las principales herramientas 2.0 en el ámbito de la salud, destacando sus principales características, su potencial para profesionales y pacientes y la mejor estrategia para su uso e implantación en las organizaciones sanitarias.

Docente:
Miguel Ángel Máñez Ortiz.
Director Económico del Departamento de Salud de Elda (Alicante).

DURACIÓN: 4HRS

AFORO MÁXIMO 18 PERSONAS
AFORO MINIMO 5 PERSONAS

Taller 3
Calidad y Seguridad en Aplicaciones móviles en Salud.
Breve descripción: Un análisis de la transformación de la atención sanitaria a través de las Apps, riesgos y beneficios, prescripción y personalización.

Docentes:
Marta Vázquez Vázquez.
Ángela Escobar Ubreva.
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

DURACIÓN: 4HRS

AFORO MÁXIMO 30 PERSONAS
AFORO MINIMO 10 PERSONAS

Taller 4
Reuniones efectivas: La Calidad del tiempo común.
Breve descripción: En muchas ocasiones somos los líderes o coordinadores de reuniones de grupos de trabajo o equipos. Es muy importante conseguir los resultados deseados de nuestras reuniones. En este taller aprenderás cómo se preparan y planifican las reuniones, cómo se lideran con éxito, cómo se manejan las situaciones que se producen entre sus participantes. Se trata de finalizar las reuniones con un plan de acción, con unos compromisos adquiridos y con un buen clima que genere satisfacción en los participantes.

Docente: Juana Mateos Rodilla.
Directora Técnica de Procesos y Calidad.

DURACIÓN: 4HRS

AFORO MÁXIMO 18 PERSONAS
AFORO MINIMO 10 PERSONAS

Taller 5
Manejo de herramienta informática para la gestión de la calidad (SEQUALITA)
Patrocinado por MERCK, SHARP & DOHME (MSD)
Breve descripción: Con esta actividad formativa, se pretende implementar los conceptos básicos de la gestión de la calidad asistencial, a través de la herramienta Sequálita.
El objetivo central del Taller es el análisis de los fundamentos teóricos y de los instrumentos metodológicos utilizados en las actividades o programas de Gestión de la Calidad Asistencial. Se realizarán discusiones individuales y en grupo sobre elementos conceptuales clave, así como trabajos por grupos para la elaboración de proyectos de gestión de la calidad asistencial aplicables en el nivel y ámbito de trabajo de los participantes, sobre problemas reales seleccionados por ellos mismos.

Docente: Rafael Gomis Cebrian.
Presidente SOMUCA

TALLER COMPLETO

DURACIÓN: 4HRS

AFORO MÁXIMO 35 PERSONAS
AFORO MINIMO 10 PERSONAS

Taller 6
La Calidad en los accesos vasculares repercute directamente sobre la Seguridad del Paciente

Docente:
José Luis Micó Esparza
Supervisión Medicina Preventiva, Hospital Arnau de Vilanova

DURACIÓN: 2/3HRS

AFORO MÁXIMO 23 PERSONAS
AFORO MINIMO 5 PERSONAS

Taller 7

Actualización competencial del profesional sanitario en un nuevo entorno de cuidados, "Adherencia al tratamiento del paciente respiratorio crónico"

Breve descripción: Presentación de los aspectos teóricos y conceptuales necesarios en terapia inhalada, fundamentando la argumentación en la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación –TICs- así como de la formación online. La práctica y simulación, impartidas en dos grupos simultáneos

Dirigido y presentado por Vicente Macián Gisbert

Docentes:
1º grupo
Vicente Macián Gisbert
Enfermero Consultor para temas de enfermería de la SEPAR Supervisor del Área de Docencia de Enfermería del Hospital Universitari i Politecnic La Fe de Valencia.
Casimiro Garcia.
Enfermero Supervisor del Área de Docencia de Enfermería del Hospital Universitari i Politecnic La Fe de Valencia.
Milagros Fernández Martí.
Enfermera adjunta de la Subdirección de Enfermería, Área del Conocimiento, Cuidados y Docencia en el Hospital Universitari i Politecnic La Fe.

2º grupo
Manuela Perelló Sáez
Enfermera, Adjunta Área Ambulatoria del Hospital Universitari i Politecnic La Fe de Valencia.
Eva Rueda García
Enfermera, Supervisora del Área de Docencia de Enfermería del Hospital Universitari i Politecnic La Fe de Valencia.
Amparo Moscardó Ortiz
Enfermera, Supervisora del Área de Docencia de Enfermería del Hospital Universitari i Politecnic La Fe de Valencia.

PARTICIPANTES Y DURACION:
1 Grupo teórico 30 Participantes, Duración 20 m
2 Grupos de práctica y simulación, simultáneos de 15 participantes con una duración 100m, por grupo
Tiempo total: 2 horas
AFORO MÁXIMO 13 PERSONAS

Taller 8

Procedimiento de Cuidados: Aspiración de Secreciones y Monitorización del Neumotaponamiento. "De la simulación clínica a la práctica clínica avanzada"

Breve descripción: Taller de Simulación Robótica Avanzada para Enfermería Exposición teórica sobre Bundle Care, recomendados en el paciente con VMI.Análisis experiencial (debriefing). Conclusiones de los profesores y alumnos
Docentes:
José Vicente Cuchillo Sastriques
Facultativo Anestesia y Reanimación. Vicepresidente Grupo Simulación Paciente Crítico Adulto. Instructor Simulación Clínica del Hospital Universitari i Politecnic La Fe de Valencia.

Inmaculada Renart López
Facultativo Anestesia y Reanimación.
Monitora Grupo Simulación Paciente Crítico Adulto del Hospital Universitari i Politecnic La Fe de Valencia.

Encarna Fortea García
Enfermera de Reanimación.
Monitora Grupo Simulación Paciente Crítico Adulto del Hospital Universitari i Politecnic La Fe de Valencia.

Josefa Monzón Soriano
Enfermera Adjunta de enfermería del Área de Anestesia-Reanimación del Hospital Universitari i Politecnic La Fe de Valencia.

Pilar Blasco Belda
Enfermera Supervisora del Área de Simulación Clínica.
Instructora Simulación Clínica del Hospital Universitari i Politecnic La Fe de Valencia.

José Francisco Dolz Lago
Director del Área de Simulación Clínica.
Instructor Simulación Clínica del Hospital Universitari i Politecnic La Fe de Valencia.

PARTICIPANTES Y DURACION:
10 alumnos
Casos prácticos de 10 a 15m
Tiempo total: 2 horas

DURACIÓN: 2HRS

AFORO MÁXIMO 9 PERSONAS
AFORO MINIMO 9 PERSONAS

Taller 9:
La Seguridad del Paciente a través de la simulación clínica: Innovación en movimiento.
Breve descripción: La Simulación Clínica despunta en las Ciencias de la Salud como un método innovador, eficaz y potente dirigido a implementar todos aquellos procesos asistenciales ya existentes, con la finalidad de evaluar nuestro trabajo, tanto individualmente como en equipo, visualizando todo evento adverso que se realice. Otra finalidad sería la evaluación de nuevos procesos a implantar previamente a su aplicación sobre pacientes. Para ello nos servimos de ambientes simulados, robótica con pacientes con respuesta fisiológica, etc.

Docentes:
Mercedes Carrasco González.
Directora del Servicio de Emergencias Sanitarias de Alicante.
Instructora SEMES de Seguridad Clínica del paciente.
Instructora Simulación Clínica por el Hospital Virtual de Valdecillas.

Mª Elena Castejón de la Encina.
Enfermera SAMU Villajoyosa del Servicio de Emergencias Sanitarias de Alicante
Instructora SEMES de Seguridad Clínica del paciente.
Instructora Simulación Clínica por el Hospital Virtual de Valdecillas.

Noelia García Aracil.
Enfermera SAMU Alicante del Servicio de Emergencias Sanitarias de Alicante
Instructora Simulación Clínica por el Hospital Virtual de Valdecillas.

Lourdes José Alcaide.
Enfermera SAMU Benisa del Servicio de Emergencias Sanitarias de Alicante
Colaboradora en el Centro de Simulación Clínica de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante.

DURACIÓN: 4HRS
AFORO MÁXIMO 15 PERSONAS
AFORO MINIMO 10 PERSONAS

Taller 10:
Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente: Lean en Sanidad.

Docentes:
Cristina Magdalena
Directora Fujitsu Business Consulting

Ángela Montánchez
Fujitsu Lean Consultant

DURACIÓN: 3HRS

AFORO MÁXIMO 16 PERSONAS
AFORO MINIMO 12 PERSONAS

14.00hrs.	**ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN**
15.30hrs. a 16.45hrs.	**COMUNICACIONES ORALES I**
17.00hrs. a 17.50hrs.	**CONFERENCIA INAUGURAL** *Moderadora: Susana Lorenzo Martínez* **Gestión de la Adversidad** *Ponente:* *Francisco José Gan Pampols* *General de División del Ejercito de Tierra* *Director del CIFAS* *(Centro de Inteligencia de las Fas)* **Patrocinado por PRAXAIR.**
18.00hrs. a 18.30hrs.	**INAUGURACIÓN OFICIAL**
18.30hrs. a 19.00hrs.	**COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS I**
19.30hrs. a 21.00hrs.	**ACTO ENTREGA PREMIOS BEST IN CLASS**
21.30hrs.	**RECEPCIÓN OFICIAL CONGRESISTAS**

Día 24 - Jueves

08.00hrs. a 8.50hrs. CAFÉS DE TRABAJO

Café 1

Enseñar y aprender: un modo de hacer seguridad.

Breve descripción: Que contenidos y habilidades deben enseñarse en los grados, qué actitudes deben transmitirse, cómo hacerlo y con qué recursos, son las preguntas clave en las que se centra una conversación en profundidad sobre la situación actual y las perspectivas de la enseñanza y el aprendizaje de la calidad asistencial y la seguridad del paciente en la formación de grado y postgrado de medicina, farmacia y otras ciencias de la salud.

Ponente:
Carlos Aibar Remón.
Jefe de Servicio y Profesor de Medicina Preventiva y Salud Pública.Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa - Universidad de Zaragoza.

AFORO MÁXIMO 35 PERSONAS

Café 2

Indicadores de Calidad y Seguridad.

Breve descripción: ¿Tenemos los indicadores de calidad asistencial que nos merecemos? ¿Podemos demostrar que el SNS es un modelo con alta calidad científico-técnica, aunque con oportunidades de mejora en los aspectos centrados en el paciente?. En un debate entre modelos de gestión alternativos de los centros sanitarios, ¿disponemos de la información necesaria para comparar la calidad de los servicios? En el contexto actual, sería conveniente disponer de indicadores que contribuyan a asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario?

Ponentes:
Pedro Parra Hidalgo.
Programa EMCA. Murcia.

Cristina Nebot Marzal
Dirección General de Ordenación, Evaluación, Investigación, Calidad y Atención al Paciente. Consellería Sanitat Generalitat Valenciana.

AFORO MÁXIMO 35 PERSONAS

Café 3

Gestión clínica en tiempos de crisis y crisis de la gestión clínica.

Breve descripción: Las sucesivas medidas de reducción presupuestaria derivadas de la crisis económica han creado un cierto clima de desconcierto, recelo y desmoralización en los "microsistemas" asistenciales del SNS. El objetivo del café es tratar del estado actual de la "gestión clínica" en el SNS y de que puede hacer la gestión clínica para mejorar los resultados de los pacientes y de la organización sanitaria en el contexto actual.

Ponente:
Salvador Peiró Moreno.
Coordinador del área de investigación en servicios de salud del Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP-FISABIO), Valencia.

AFORO MÁXIMO 35 PERSONAS

Café 4

¿Qué hacer para publicar en calidad asistencial?

Todo lo que siempre quisiste saber sobre publicar en calidad asistencial y nunca te atreviste a preguntar.

Ponente:
Susana Lorenzo Martínez.
Directora de Revista de Calidad Asistencial

Genis Carrasco Gómez
Editor de cierre.
Revista de Calidad Asistencial

AFORO MÁXIMO 35 PERSONAS

Café 5

El Laboratorio Clínico: del matraz a la matriz.

Breve descripción: ¿Cuántos Laboratorios Clínicos ha de haber en un Área Sanitaria?
La gestión del Laboratorio Clínico, ¿por Procesos o por Servicios?
¿Es cara la seguridad clínica en el laboratorio?
La robotización ¿es un fin o es un medio?

Ponente:
José Antonio Ortigueira Espinosa
Director de Procesos Asistenciales. Gestión integrada, Pontevedra – Salnés – SERGAS.

AFORO MÁXIMO 35 PERSONAS

9.00hrs. a 10.20hrs. PLENARIO

PLENARIO I.
TECNOLOGÍAS QUE NOS HACEN MÁS EFICIENTES.
Moderadora: Inmaculada Mediavilla Herrera

Teleictus, "cuando el tiempo es cerebro"
Ponente:
Carlos Tejero Juste.
Neurólogo. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

Un nuevo enfoque en la mejora asistencial de los pacientes en prisión.
Ponente:
Gregorio Palacios García-Cervigón.
Especialista Medicina Interna Responsable de Agenda de Telemedicina, Unidad de Medicina Interna, Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

AppSaludable: Evaluación de aplicaciones móviles de salud
Ponente:
Antonio Torres Olivera.
Director Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

10.30hrs. a 11.20hrs. SIMPOSIA

Simposium 1
Recomendaciones para el manejo seguro del Paciente en tratamiento con nuevos anticoagulantes.
Patrocinado por BOEHRINGER
Moderador: José Joaquín Mira Solves
Departamento de Salud Sant Joan – Alacant.

Ponentes:
Asunción Cañada Dorado.
Enfermera. Vocal de la Sociedad Madrileña de Calidad Asistencial (AMCA).

Marisa Dotor Gracia.
Subdirectora Área de Soportes. Responsable Unidad de Evaluación y Resultados.
Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria de Málaga
Presidenta de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial, SADECA.
Vocal de la Sociedad Española de Calidad Asistencial

Simposium 2
¿Qué podemos aprender de la responsabilidad Sanitaria para mejorar la seguridad del paciente?
Moderador: Julián Vitaller Burillo
Jefe Sección Inspección Servicios Sanitarios, Elche. (Alicante).

Interpelantes:
Rafael Manzanera López.
Adjunto a la Dirección (MC Mutual División Servicios Médicos y Asistenciales).

Alberto Pardo Hernández.
Subdirector de Calidad (Servicio Madrileño de Salud).

Interpelados:
Javier Moreno Alemán.
Abogado
Presidente ejecutivo, Asjusa.

Carlos Fernández Herreruela.
Director Médico de Responsabilidad Sanitaria AON

Simposium 3
Abordaje integral de los pacientes crónicos: la continuidad asistencial".
Patrocinado por BIOIBÉRICA y NOVARTIS
Moderador: Manel Santiñá Vila
Subdirector Observatorio Enfermedades Crónicas SEMFYC /SECA.

Ponentes:
Jorge Navarro Pérez.
Director del Observatorio de Enfermedades Crónicas
SEMFYC / SECA

Domingo Orozco Beltrán.
Co-coordinador de la Estrategia Nacional de Crónicos.

Manuel Ollero Baturone
Director del Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas.

11.30hrs. a 12.20hrs.	**COMUNICACIONES ORALES II**
12.30hrs. a 14.00hrs.	**COMUNICACIONES ORALES III**
13.00hrs.	**ASAMBLEA SOVCA**
14.10hrs. a 15.30hrs.	**ALMUERZO DE TRABAJO**
15.30hrs. a 17.45hrs.	**COMUNICACIONES ELECTRONICAS II**
16.00hrs. a 17.50hrs.	**SESIONES TÉCNICAS**

16.00HRS. A 16.50HRS.
Sesión Técnica I
Gestión de la Seguridad de la Información en el Sector Sanitario.
Patrocinado por BUREAU VERITAS.
Moderadora: *Arantxa Santamaría.*
Responsable del Área Sanitaria de Bureau Veritas Certication

Ponentes:
Mikel Mujika Orellana.
Técnico de Organización de Comarca Bilbao / Osakidetza.

Pablo Sotres.
Responsable de Tecnologías de la información de Bureau Veritas Certication.

Sesión Técnica II
Innovaciones en Calidad en Iberoamérica.
Moderadora: Dolors Montserrat Capella
Coordinadora de Calidad del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.

Experiencias de redes centinela en el programa de Seguridad del Paciente de Brasil
Ponente:
Patricia Fernanda Toledo Barbosa
Médica Coordinadora de Vigilancia en la Red Centinela
Agencia Nacional de Vigilancia en Salud, ANVISA
Comité para la implantación del programa de Seguridad del Paciente en Brasil

Sistema de registro automatizado de incidentes en salud: lecciones aprendidas
Ponente:
Francisco Javier Rodríguez Suárez
Director General de Difusión e Investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, CONAMED. Méjico

Estudio sobre la frecuencia de eventos adversos en pacientes ambulatorios en Latinoamérica
Ponente:
Dolors Montserrat Capella
Coordinadora de Calidad del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.

17.00HRS. A 17.50HRS.

Sesión Técnica III

Triangulo de la calidad: mortalidad, complicaciones y reingresos. Patrocinado por 3M.

Moderador: Alberto Colina Alonso
Presidente AKEB – AVCA

Análisis de la mortalidad en hospitales de la Comunidad Valenciana mediante grupos relacionados por el diagnóstico (APR-GRD)

Ponente: Julia Calabuig Pérez.
Jefa de Servicio de Análisis de Sistemas de Información Sanitaria.
Dirección General de Asistencia Sanitaria.
Agencia Valenciana de Salud.
Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana.

Complicaciones y CMBD: ¿Es posible medir la calidad en hospitalización?

Ponente:
David Cuesta Peredo
Subdirector Médico de Calidad y Control Asistencial
Hospital Universitario de la Ribera – Alzira
Vocal de la Sociedad Valenciana de la Sociedad Asistencial.

Reingresos Potencialmente Evitables (PPR). Resultados Estudio Comunidad de Madrid.

Ponente:
Agustín Albarracín.
Asesor Técnico Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria, en el Servicio Madrileño de Salud.

Sesión Técnica IV

Circuito asistencial en la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica.

Patrocinado por BAYER.

Moderadora: Ana Vieta Salomo
Jefa de Market Access y RRII
Bayer Hispania

Ponente:
Dr. Miguel Ángel Gómez.
Servicio de Cardiología
Unidad Multidisciplinaria de Hipertensión Pulmonar
Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid.

18.00hrs. a 19.30hrs. PLENARIO

PLENARIO II.
CRITERIOS CLÍNICOS PARA UNA GESTIÓN RESPONSABLE.
Patrocinado por ASTELLAS

Moderador: Rafael Gomis Cebrian
Presidente SOMUCA.

Gobernanza, Sistema de Calidad y resultados asistenciales en los Hospitales Europeos: Resultados del Proyecto Duque

Ponente:
María Rosa Suñol.
Fundación Avedis Donabedian.

Impacto de la aplicación del Benchmarking para la mejora de la Seguridad del Paciente en el Servicio Gallego de Salud
Ponente:
Mª Dolores Martín Rodríguez.
Jefa de servicio de Sistemas de Calidad y Mejora Continua.
Subdirección General de Atención al Ciudadano y Calidad,
Servicio Gallego de Salud, SERGAS.

Cuadro mando integral para AP
Ponente:
Ana Miquel Gómez.
Gerente Adjunta de Planificación y Calidad
Gerencia de Atención Primaria
Servicio Madrileño de Salud, SERMAS

Perspectivas en la gestión clínica
Ponente:
Melchor Hoyos García.
Director Gerente
Hospital Universitai i Politecnic La Fe
Agencia Valenciana de Salud.
Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana

19.30hrs.	**ASAMBLEA GENERAL DE SOCIOS**
21.30hrs.	**CENA DE CLAUSURA**
23.30hrs.	**ENTREGA DE PREMIOS A LAS MEJORES COMUNICACIONES ORALES Y ELECTRONICAS**

Día 25 - Viernes

09.40hrs. a 10.30hrs. COMUNICACIONES ORALES IV

10.30hrs. a 11.20hrs. MEJORES COMUNICACIONES.
Moderador: Víctor Reyes Alcázar
Vocal de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.

Plan de mejora para la implantación de la estrategia de higiene de manos en los centros de salud: acciones y logros.
Ponente:
Carmen Jiménez Gómez.

Sistemas de gestión de riesgos (gr): implantación y seguimiento de sistemas de gr según la norma une 179003 en una comunidad autónoma.
Ponente:
Mónica Rodríguez Castaño.

Resultados en salud e impacto en costes de la asistencia integrada al paciente pluripatológico.
Ponente:
Itziar Lanzeta Vicente.

11.30hrs. a 12.20hrs. PLENARIO

PLENARIO III. *Salón de Actos*
PACIENTE IMPLICADO, COMPETENTE Y ACTIVO.
Patrocinado por MERCK, SHARP & DOHME (MSD).
Moderador: Manuel Yarza Cañellas.
Director de Gestión Sanitaria
Agencia Valenciana de Salud
Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana

Equidad, Calidad y seguridad en la atención a los pacientes pluripatológicos.
Ponente:
Roberto Nuño Solinís.
Director de O+berri
Instituto Vasco de Innovación Sanitaria.

Innovando la atención de los pacientes crónicos de alta complejidad.
Ponente:
Bernardo Valdivieso.
Director de Planificación
Hospital Universitai i Politecnic La Fe
Agencia Valenciana de Salud.
Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana

Red de Escuelas de Salud para Ciudadanos del SNS.
Ponente:
Sonia García de San José.
Subdirectora General de Calidad y Cohesión DG Salud Pública, Calidad e Innovación
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

11.30hrs. a 12.20hrs.

SESIÓN INTERACTIVA A TRAVES DE INTERNET DIRIGIDA A ASOCIACIONES DE PACIENTES. Sala H004
Patrocinado por ESTEVE
Moderadora: Mª José Torner Giner
Subdirectora General de Evaluación, Investigación, Calidad y Atención al Paciente
Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana

Innovaciones en Seguridad del Paciente
Ponente:
Jesus Aranaz Andrés.
Jefe del Servicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial. Hospital Universitario San Juan de Alicante.
Profesor de la Universidad Miguel Hernández.

Innovaciones en Autocuidado e Implicación del Paciente
Ponente:
Mercedes Carreras Viñas.
Presidenta Sociedad Gallega de Calidad Asistencial.
Vocal de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.

Las TICs en la gestión integral del paciente crónico
Ponente:
David Cuesta Peredo
Subdirector Médico de Calidad y Control Asistencial
Hospital Universitario de la Ribera – Alzira
Vocal de la Sociedad Valenciana de la Sociedad Asistencial.

Innovaciones en Telemedicina
Ponente:
Javier Ferrero
Responsable de Sistemas
ACSA

12.30hrs. a 13.30hrs. **EXPERIENCIAS IDENTIFICADAS DE ESPECIAL RECONOCIMIENTO.**
Moderadora: Pilar Astier Peña
Tesorera de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.

Implantación del plan de calidad y programa de seguridad del paciente en 288 centros de salud de una organización.
Ponente:
Mª Rosa Planesas Colomer.

Como motivar, en tiempos de crisis, a profesionales y ciudadanos: "foro 2012 sobre seguridad y calidad".
Ponente:
Rafael Lledó Rodríguez.

Calidad de la atención al paciente de VIH y sida: propuestas de indicadores de atención farmacéutica.
Ponente:
Nacho Suárez Lozano.

13.45hrs. a 14.30hrs. CONFERENCIA DE CLAUSURA

Calidad en la era de la información e información orientada a la acción en la era de la calidad

Moderador: José Joaquin Mira Solves
Departamento de Salud Sant Joan – Alacant.

Ponente:
José Maria Martín Moreno.
Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública.
Facultad de Medicina – Universidad de Valencia
Coordinador de calidad Asistencial
Hospital Clínico Universitario
Agencia Valenciana de Salud

Acto de Clausura y Entrega de Premios.

COMUNICACIONES ORALES

XXXI CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

ID 9

TITULO LA TELEMEDICINA EN LA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

OBJETIVOS Evaluar si hay diferencias en la exploración psicopatológica de pacientes diagnosticados de psicosis, en función de que la entrevista fuera realizada mediante telepsiquiatría (TPS) o entrevista presencial

MATERIAL Y METODOS Estudio observacional analítico realizado del 15/10/2011 al 15/04/2012 (6 meses). Se valoraron de forma simultánea a 46 pacientes hospitalizados, por un lado mediante entrevista a través de TPS y por otro mediante entrevista presencial. Criterios de inclusión: pacientes ingresados en la unidad de psiquiatría con diagnóstico de psicosis afectiva y no afectiva y firma de consentimiento informado. Se utilizaron: cuestionario clínico, sociodemográfico, escalas PANSS, YMRS y CGI. Para el análisis de los datos se compararon medias de las escalas (U Mann Whitney)

RESULTADOS Del total de la muestra, 29 (63%) fueron varones y 17 mujeres (37%); la edad media fue de 46 años y la media de los días de ingreso fue de 12,91. Por lo que respecta a la psicosis afectiva, no se observaron diferencias significativas en la YMRS al ingreso (p= .557) ni al alta (p= .309), en función de que la entrevista fuera realizada mediante TPS o presencial. En relación a la psicosis no afectiva, no se encontraron diferencias significativas en la PANSS- P al ingreso (p= .275) ni al alta (p= .102), en función de que la entrevista fuera realizada mediante TPS o presencial; tampoco se encontraron diferencias significativas en la psicopatología negativa al ingreso (p= .608) y al alta (p= .254). Asimismo, no se observaron diferencias significativas en ninguno de los dos grupos de psicosis, en el CGI-SI al ingreso (p= .468) ni al alta en función de que la entrevista fuera realizada mediante TPS o presencial (p= .418), tampoco se evidenciaron diferencias significativas en la CGI- GI (p= .512)

DISCUSIÓN La telepsiquiatría síncrona ofrece resultados similares a la atención presencial en la evaluación de pacientes diagnosticados de psicosis hospitalizados. Es una alternativa a la evaluación presencial y puede tenerse en cuenta en momentos de rigor presupuestario, carencia de profesionales o en servicios de urgencia con psiquiatra localizado

AUTORES: *TOMÁS DE VICENTE MUÑOZ; TERESA OLIVER CLIMENT; MARIA CUENCA TORRES.*

ID 11

TITULO ANÁLISIS DE LAS RECLAMACIONES COMO ESTRATEGIA DE PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SP

OBJETIVOS

- Revisar las reclamaciones relacionadas con la Seguridad Clínica.
- Clasificarlas y analizarlas en su globalidad.
- Seleccionar las reclamaciones consideradas "centinela".
- Valorar este método como herramienta para la mejora de la SP.

MATERIAL Y METODOS Estudio descriptivo y retrospectivo de las reclamaciones realizadas por escrito por los pacientes atendidos en un hospital de 3er nivel durante el año 2012.
Clasificación de las mismas en función de unos códigos ya estandarizados y tipos (códigos 4000-4004, 1800-1805 y otros que competen a la SP). (figura 1)

RESULTADOS Del total de las reclamaciones realizadas en el HCUZ (N= 1843), en una 1ª revisión se consideró que 144 afectaban a la SP. Se realizó un análisis más detallado de las mismas, concluyendo que 115 se relacionaban directamente con la SP, y que 75 eran además susceptibles de realizar una actuación sobre las misma (figura 1).

TIPO	Frecuencia (nºcasos/año)
Errores en la citación (fecha, hora…)	15
Errores de citación en (prueba, paciente…)	5
Suspensión de la intervención quirúrgica	8
Extravío de muestras	2
Códigos referentes a "otros resultados" (disconformidad o desacuerdo en la atención recibida, mal resultado derivado de la misma…)	28
Complicaciones tras tratamientos	7
Errores en el diagnóstico o en el tratamiento	10

DISCUSIÓN El análisis de las reclamaciones escritas se reveló como una herramienta donde cabe la posibilidad de realizar una revisión mensual de las mismas de modo proactivo (en el mes posterior a su presentación).
El propósito del mismo es depurar posteriormente su contenido para presentar los casos susceptibles de un análisis más profundo por parte de la Comisión de Seguridad, discutiendo la pertinencia de realizar un análisis de causas-raíz sobre alguno de los casos que revistan especial relevancia.
El análisis de las reclamaciones es una estrategia de priorización de problemas de SP de coste no elevado.
Las reclamaciones, a pesar de contar con un componente subjetivo (percepción de los pacientes), constituyen una valiosa fuente de información para la detección de oportunidades de mejora en el funcionamiento de las Organizaciones, y un mecanismo imprescindible de participación activa del paciente.

AUTORES: *BLANCA OBÓN AZUARA; JAVIER MOLINER LAHOZ; CARLOS AIBAR REMÓN; ISABEL GUTIÉRREZ CÍA.*

ID 13

TITULO EVOLUCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD EN LA ASISTENCIA SANITARIA DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN D´ALACANT.

OBJETIVOS

Para conocer las expectativas y percepciones de los pacientes sobre la atención que reciben en el Hospital Universitari Sant Joan d´Alacant (HUSJA) disponemos del SERVQHOS (Mira et al.1998), cuestionario confeccionado a partir del cuestionario SERVQUAL y basado en el paradigma de la confirmación de expectativas, adaptado al ámbito español.

OBJETIVOS:

Estudio de la evolución de los últimos cuatro años (2009 a 2012) en cuanto a valoración de expectativas y percepciones sobre la atención hospitalaria, opiniones personales de otros factores relacionados con la asistencia, datos sociodemográficos y sugerencias de los pacientes.

MATERIAL Y METODOS

Se seleccionaron altas hospitalarias del HUSJA (excepto éxitus y Servicio UCI-REA) todos los años durante 2 semanas diferentes (Mayo-Junio)

Veinte días después del alta los pacientes reciben por correo postal el cuestionario SERVQHOS. Éste consta de 19 ítems, cuyas respuestas están dadas con escala de Likert de 5 puntos combinando expectativas y percepciones.

Se pasaron los datos a una base Access 2000 y se analizaron con el programa SPSS 15.0

RESULTADOS

Análisis de los 4 años (2009-2012): 350 encuestas recibidas/1866 enviadas (media de respuesta 18,76%). Distribución por género muy igualada excepto año 2012 con mayoría de hombres (59%), predomina edad > 65 años todos los años con una tendencia ascendente hasta alcanzar 58,8% en 2012, predominan estudios primarios, jubilados en tendencia ascendente (62,4% en 2012), mayoritariamente ingresados por urgencias pero con una tendencia descendente en este aspecto a favor de los ingresos programados (del 65,1% en 2009 al 54,1% en 2012). Las impresiones objetivas mejor valoradas y con evolución favorable: la información que los médicos proporcionan, tecnología de los equipos médicos, las señalizaciones para orientarse por el hospital y la facilidad de llegada al hospital. Aspectos susceptibles de mejora: el estado de las habitaciones y la puntualidad de las consultas médicas. Las impresiones subjetivas mejor valoradas: la disposición y confianza hacia el personal sanitario, amabilidad y trato recibido, información a familiares. Aspectos susceptibles de mejora: la poca rapidez con que se consigue lo que se necesita.

Nivel de satisfacción global: Se mantienen altos niveles de satisfacción (>90% pacientes satisfechos o muy satisfechos), con altos niveles de recomendación del Hospital a otras personas (media 85,97%).

DISCUSIÓN

El cuestionario SERVQHOS resulta una herramienta útil para conocer las expectativas y percepciones de los pacientes, así como para la identificación y análisis de la evolución temporal de los aspectos susceptibles de mejora. El tipo de escala facilita la toma de decisiones por evidenciar las áreas de mejora.

El evolutivo expresa cómo ante acciones concretas varían los resultados.

La configuración de la muestra (edad, sexo, nivel de estudios…) puede condicionar los resultados.

AUTORES: *FÁTIMA JIMÉNEZ PERICÁS; CARMEN ROSA GALLARDO QUESADA; MARIA TERESA GEA VELAZQUEZ DE CASTRO; JUANA REQUENA PUCHE; JESÚS MARÍA ARANAZ ANDRÉS.*

ID 17

TITULO CONOCIMIENTOS SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN ATENCION PRIMARIA VERSUS ATENCION HOSPITALARIA ESPECIALIZADA

OBJETIVOS Conocer los conocimiento sobre Reanimación Cardiopulmonar de médicos y enfermeros en Atención Primaria y Atención Hospitalaria especializada

MATERIAL Y METODOS Diseño: Estudio descriptivo realizado mediante una encuesta transversal. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS.15. Ámbito: Centro de salud Atención Primaria y hospital universitario especializado de referencia que abarca una población 1.243.519 habitantes .Sujetos: Médicos/as y Enfermeros/as del SAS. Protocolo: Las variables elegidas son las utilizadas en el programa de formación en reanimación cardiopulmonar del hospital .Permite por medio de 10 preguntas detectar los conocimientos elementales sobre identificación de una parada cardiaca, alerta de parada, compresiones y ventilaciones , arritmias y desfibrilación, diferencias de la parada cardiorrespiratoria en adultos y pediátricos etc. del personal antes y después de recibir formación. Las utilizadas en este trabajo han sido realizadas antes de asistir a los cursos de reanimación cardiopulmonar avanzada

RESULTADOS Realizaron la encuesta 61 personas. De los encuestados el 34% pertenecían a Atención Primaria. 48,5% eran médicos/as y el 51,5% enfermeros/as, de ellos el 30% y el 70% respectivamente trabajaban en el hospital. En el hospital el 64% no sabe alertar el dispositivo de paradas cardiorrespiratorias y en Atención Primaria el 29%. El 23% del personal hospitalario sabía cual es la frecuencia de compresión adecuada en una PCR en Atención Primaria el 95%.A la pregunta de diferencias entre masaje cardiaco y ventilaciones en adultos y en niños en el hospital el 57% respondió que sí y en Atención Primaria el 81%. El 82% no sabían diagnosticar arritmias en el ámbito hospitalario y el 19% en Atención Primaria. La desfibrilación saben cuando y como utilizarla el 39 % en el hospital y el 71 % en Atención Primaria

DISCUSIÓN : Casi la tercera parte de los profesionales que desarrollan su labor en el hospital no saben como alertar el dispositivo de parada cardiorrespiratorias, cual es la frecuencia de compresión adecuada, diagnosticar arritmias o realizar una desfibrilación si fuera necesaria y casi la mitad no conoce las diferencias entre masaje cardiaco y ventilaciones en adultos y en niños. En cambio en Atención Primaria el personal es su mayoría realiza la activación inmediata del Sistema de Emergencias de Reanimación Cardiopulmonar y la aplicación precoz y adecuada de las técnicas de Soporte Vital en adultos y en pediatría

AUTORES: *ELENA GONZÁLEZ MARTÍNEZ; MANUEL ANTONIO MORALES ABAD; LOURDES BENÍTEZ RUIZ.*

ID 18

TITULO PERCEPCIÓN DEL TRABAJO EN EQUIPO DEL PERSONAL SANITARIO

OBJETIVOS Conocer la percepción del personal sanitario del trabajo en equipo entre el personal facultativo y el personal de enfermería en atención primaria y atención hospitalaria especializada.

MATERIAL Y METODOS Diseño: Estudio descriptivo realizado mediante una encuesta transversal. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS.15. Ámbito: Centro de Atención Primaria y Hospital universitario de referencia que abarca una población 1.243.519 habitantes .Sujetos: Médicos y enfermeros. Protocolo: Las variables elegidas son preguntas dirigidas a mejorar la seguridad del paciente a través de la comunicación y el trabajo en equipo entre profesionales

RESULTADOS Cumplimentaron la encuesta 167 profesionales, 30% hombres y 70% mujeres. Edad media: 52 (40-63) años. Años trabajados medios: 26 (15-38) año el 85 % trabajaban en el hospital y el 15 % en Atención Primaria. El 23,5% eran médicos, 41,5% enfermeros 31% auxiliares de enfermería y no sanitarios 3,6%. Pensaban que se trabajaba en equipo el 42 % los enfermeros/as y el 67,5% de los médicos y las auxiliares de enfermería 33%. Creían que las decisiones se tomaban conjuntamente el 29% de las auxiliares de enfermería. el 45% de los facultativos y el 23% de los enfermeros.

DISCUSIÓN En nuestro ámbito la percepción del trabajo en equipo difiere entre el personal de enfermería y los facultativos. Solo un tercio de los médicos creen que no se trabaja en equipo y casi la mitad piensa que las decisiones que afectan a los pacientes se toman conjuntamente entre el personal de enfermería y el médico. En contraposición la tercera parte del personal de enfermería piensa que se trabaja en equipo y sólo la cuarta parte piensan que las decisiones se toman de forma conjunta. Por ello aunque la percepción global de comunicación interpersonal en nuestro centro parece aceptable, se identifican puntos débiles que controlados podrían ayudar a mejorar la atención a los pacientes y a crear un mejor ambiente de trabajo

AUTORES: *ELENA GONZÁLEZ MARTÍNEZ; MANUEL ANTONIO MORALES ABAD; LOURDES BENÍTEZ RUIZ.*

ID 22

TITULO HOSPITAL EFICIENTE: MONITORIZACIÓN DE LA ENERGÍA

OBJETIVOS La implicación ambiental conlleva a gestionar los edificios hospitalarios de forma integral con el fin de intentar alcanzar desarrollo sostenible de los mismos.
El Hospital Universitario Rey Juan Carlos y el Hospital Universitario Infanta Elena tienen implantado un sistema de gestión energética en base a la norma UNE-EN-ISO 50.0001, que implica una mejora continua de su gestión energética.
La obtención de datos, objetivos y disgregados, sobre el desempeño ambiental de un hospital constituye un obstáculo para la realización de actuaciones.
Para ello, se han implantado nuevas herramientas y tecnologías para la obtención de datos energéticos.

MATERIAL Y METODOS El sistema de gestión energética implantado requiere el conocimiento del consumo energético de forma global (consumo total de electricidad y gas) y además poder diferenciar las áreas de consumo significativo para poder actuar sobre ellas.
En primer lugar, se han implantado diferentes tecnologías de información y se han empleado nuevas herramientas de obtención de datos, como son:
Trend Energy Manager: sistema de monitorización en tiempo real del consumo energético del edificio. Está herramienta está basada en la tecnología web se utiliza para resaltar e investigar el posible derroche energético que pueda haber en los edificios.
Analizador portátil de energía: permite conocer el consumo energético y la calidad de potencia trifásica en las zonas del edificio que determinamos.
Utilización de Cámara Termográfica: que genera imágenes luminosas visibles para el ojo humano, detectando las zonas de fuga térmica o fallo de aislamiento.
Una vez implantadas estas herramientas, se ha procedido a analizar los datos obtenidos de las diferentes áreas de los hospitales y determinar las zonas que requieren actuación inmediata y las zonas que requieren actuaciones a largo plazo.
Las actuaciones llevadas a cabo se han centrado en la optimización de los medios existentes.

RESULTADOS Desde la puesta en marcha de las acciones de gestión de la energía en ambos centros, Hospital Universitario Rey Juan Carlos y Hospital Universitario Infanta Elena, se han observado los siguientes resultados:
Implantación satisfactoria del sistema de gestión de la energía en base a la norma UNE-EN-ISO 5001:2011 en ambos centros.
Ahorro del 26,91% de electricidad y del45,85% de gas natural en Hospital Infanta Elena desde su apertura hasta 2012.
Ahorro del 20% de electricidad y del 30% de gas natural en Hospital Rey Juan Carlos desde su apertura hasta abril de 2013.
Aumento de la implicación y concienciación del personal trabajador del centro.
Aumento del confort de los pacientes durante su estancia en el centro.

DISCUSIÓN A la vista de los resultados se puede concluir que tras la implantación de las nuevas tecnologías para monitorización y control de la energía, se puede dar un paso más en la gestión del centro hospitalario en coordinación con la sostenibilidad y avanzando hacia un centro hospitalario eficiente, asegurando el confort de los pacientes.

AUTORES: *FRANCISCO MUÑOZ JIMENEZ; LORETO GARCIA FERNANDEZ; NURIA DIAZ AVENDAÑO; IRENE MARTINEZ RODRIGUEZ; LAURA ALFARO CADENAS; GERMÁN JIMENEZ SANTOS.*

ID 23

TITULO PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN ASOCIADA A LA ASISTENCIA SANITARIA Y CREACIÓN DE EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES, MITO O REALIDAD.

OBJETIVOS INTRODUCCIÓN

Las infecciones del tracto urinario (ITU) son infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) más frecuentes, representando más de 30% de las infecciones originadas en los hospitales de agudos.

Los datos del EPINE de 2012 arrojan una prevalencia de ITU de 1.58% (10/632). El 24% de los pacientes hospitalizados se les implanta una sonda urinaria y en algunos servicios, como los de Traumatología ese porcentaje se eleva al 35%

OBJETIVOS

-Implantación de un bundle de medidas de prevención de la ITU en el S. de Traumatología.

-Comprobar si con la estrategia, resulta posible descender la ITU asociada a sondaje vesical

MATERIAL Y METODOS METODOLOGÍA

-Creación de un bundle de medidas de prevención de la ITU en el Servicio de Traumatología mediante la adaptación de las recomendaciones del CDC.

-Creación de indicadores para su seguimiento y monitorización (4 mediciones mensuales)

-Establecimiento de un equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios de todas las categorías profesionales y distintas especialidades (M. Preventiva, Traumatología, M. Interna (existencia de 1 Facultativo adscrito al mismo)) en defensa de la liberación de las IRAS

-Comprobar el mantenimiento de las medidas en el tiempo mediante un activo y permanente feedback.

RESULTADOS Se han revisado un total de 500 pacientes.

Durante los 3 primeros meses de implantación del bundle se ha constatado

- un descenso de 3 casos/mes de ITU asociada a SV.
- Un descenso de indicación de SV en los pacientes hospitalizados (26% frente al 35% de las últimas cifras del estudio EPINE).
- Incremento en el nº de pacientes en los que se retira la SV en las primeras 48 h de la intervención quirúrgica: 60%

Medidas del bundle con peores resultados:

- No se registra la indicación de SV en el 88%
- Se realiza pinzamiento de la SV en el 8%

Emisión de un informe mensual de los resultados y reunión con los principales interlocutores. Difusión del mismo entre todos los profesionales del Servicio de Traumatología y Medicina Interna.

DISCUSIÓN Las mejoras obtenidas se han debido a
- La cooperación entre ambos servicios.
- La difusión del bundle y de sus resultados entre los profesionales de enfermería y facultativos
- La monitorización estrecha, constante y bidireccional de las tasas de infección y de los factores de riesgo asociados, posibilita la reducción de las ITU-SV
- Otros Servicios se han interesado por la implantación del bundle
- Los Servicios de Medicina Preventiva en el hospital juegan un papel clave para facilitar el diseño, implementación y monitorización de estos y otros programas que posibiliten un descenso mantenido de las IRAS

AUTORES: *BLANCA OBÓN AZUARA; JAVIER MOLINER LAHOZ; CARLOS AIBAR REMÓN; JOSÉ IGNACIO BARRASA VILLAR; JOSE MANUEL LASIERRA SANROMÁN; ISABEL GUTIÉRREZ CÍA.*

ID 24

TITULO ¿QUÉ OPINIÓN NOS MERECE LA INFLUENCIA DE LA CARGA ASISTENCIAL SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?

OBJETIVOS

- Cuantificar el grado en que los médicos de los 2 hospitales de 3er nivel de la Comunidad Autónoma de Aragón consideran que la carga de trabajo puede generar problemas en la seguridad de los pacientes.
- Determinar (según la percepción de los médicos hospitalarios), las principales repercusiones del exceso de carga asistencial para los pacientes.

MATERIAL Y METODOS Elaboración de un cuestionario adaptado del estudio de Michtalik publicado en el JAMA en el 2013.
Cumplimentación del cuestionario enviado (vía electrónica) a una muestra de médicos de hospitales de 3er nivel de la CCAA de Aragón, utilizando las direcciones de correo electrónico institucional y realizando 1 único recordatorio del mismo.

RESULTADOS Tasa de respuesta: 9% (177 respuestas válidas; muestra: 1600 médicos).
48,6% opina que durante el último año, al menos una vez a la semana la presión asistencial ha excedido lo que consideran una atención médica segura.
Debido a ello, un 40% cree que no siempre ha sido posible implicar al propio paciente en las distintas opciones de tratamiento y/o responder a sus preguntas.
El 28% piensa que durante el último año ha tenido que atender a demasiados pacientes, lo que pone en peligro la seguridad de los mismos.
El 2,3% considera que este hecho ha propiciado un incremento de errores relacionados con la medicación
El 15% afirma que no ha sido posible registrar en la historia clínica la totalidad de los resultados importantes de las exploraciones realizadas.
Un 43,3% opina que esta situación provoca ocasionalmente un deterioro de la calidad de la asistencia y un empeoramiento de la calidad de la atención proporcionada.

DISCUSIÓN Existe una preocupación de los profesionales por la seguridad clínica y por su repercusión en la calidad de la asistencia prestada.
El incremento de trabajo de los profesionales sanitarios redunda en un empeoramiento de los resultados, generando una insatisfacción bidireccional.

AUTORES: *BLANCA OBÓN AZUARA; JAVIER MOLINER LAHOZ; CARLOS AIBAR REMÓN; JOSÉ IGNACIO BARRASA VILLAR; ISABEL GUTIÉRREZ CÍA.*

ID 25

TITULO CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA , 4 AÑOS DE EXPERIENCIA, UN MODELO DE EFICIENCIA

OBJETIVOS 1.Estudiar el grado de control de los pacientes en tratamiento anticoagulante oral (TAO) en Atención Primaria(AP)
2.Conseguir un seguimiento integral del paciente, garantizando la calidad de la atención prestada, mediante el seguimiento y manejo, coordinado y compartido, entre el Servicio de Hematología y Atención Primaria.
3.Mejorar la accesibilidad y el grado de satisfacción de los pacientes en TAO
4.Crear una base de datos de todos los pacientes con TAO de la comunidad, que facilite su gestión.

MATERIAL Y METODOS Estudio descriptivo transversal de los pacientes en TAO, durante los años 2009-2012, que están incluidos en la aplicación informática TAOCAM.
Se estudiaron los siguientes parámetros: edad, sexo, tipo de control de anticoagulación diagnósticos de inclusión para el TAO, dosificaciones, cifras de INR, número de determinaciones. Utilizándose para su análisis el paquete estadístico SPSS 20 para Windows.

RESULTADOS En el año 2012 en nuestra comunidad había 38.538 pacientes anticoagulados lo que supone un 1,9% de la población total, con un crecimiento medio de un 4,90% anual. La media de edad es de 77 años. Siendo el 50,50% mujeres y el 49,50% varones.
Su distribución por patología de anticoagulación es: Fibrilación Auricular (FA) 64%, Enfermedad tromboembolia 18%, Prótesis valvulares 13%, Otros 5%.
Las dosificaciones realizadas en el año 2012 fueron 674.020, siendo el 87,25% realizadas en Atención Primaria y el 12,75% en Especializada, con un incremento medio anual del 8,87%. La media de dosificaciones/año es de 15 por paciente. Siendo el número de pacientes que tienen menos de 20 dosificaciones/año un 80,40% del total.
El porcentaje de pacientes en rango durante el año 2012 es del 76,22%. Dado la estabilidad de los pacientes en el control del TAO en AP, se decidió crear un filtro de dosificación automática, con ello mejoramos la eficiencia del proceso, implicando sólo al profesional de enfermería. Dicho filtro se instauro en el año 2011, siendo en el año 2012 las dosificaciones realizadas de forma automática un 21,07%, lo que supone 1 de cada 5 determinaciones.
Las complicaciones observadas desde la implantación se pueden resumir en: hemorragias mayores 0,99%, episodios tromboembolicos 1,98% y hemorragias menores un 12,68%.

DISCUSIÓN El control del TAO en AP ha supuesto una mejora sustancial en la calidad del proceso así:

1.En contra de lo que inicialmente se pudiera creer, la calidad del control en AP no sólo no ha descendido sino que además es mucho más eficiente, como así demuestran los resultados de nuestro estudio: un 76,22% de los pacientes en TAO están en rango, además dicho grado de control se ha conseguido con una media de 15 determinaciones anuales por paciente.

2.La accesibilidad de los pacientes ha mejorado sustancialmente, pudiendo ser atendido en cualquier centro o consultorio así como en distintos horarios, mejorando los tiempos de atención, pues en el mismo acto se realiza la punción capilar y la entrega al instante del calendario de dosificación.

AUTORES: *JESUS LOPEZ DIAZ; PEDRO LUIS LOPEZ GALINDO; ANA ISABEL IPIÑA GARCIA; SAGRARIO ZAMORANO ENCINAS; CESAR FERNANDEZ BUEY; MARIA DEL PILAR SANCHEZ MORENO.*

ID 27

TITULO IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA EFICIENCIA ENERGÉTICA EN UN HOSPITAL SEGÚN LA NORMA ISO 50001

OBJETIVOS Durante el año 2012 se llevó a cabo el proceso de implantación, auditoria y certificación por la norma ISO 50001 de gestión de la eficiencia energética. Esta norma certifica la existencia de un sistema optimizado para el correcto uso de la energía en cualquier organización.

MATERIAL Y METODOS Según la Política del hospital, sus actividades deben estar sustentadas en la seguridad y salud en el trabajo, el desarrollo sostenible, la protección del medio ambiente y la lucha contra el cambio climático mediante la eficiencia energética de sus instalaciones, garantizando este compromiso entre todos sus grupos de interés. El edificio se ha caracterizado desde su construcción por querer ser un referente en eficiencia y sostenibilidad; los hospitales son edificios particularmente intensivos en el consumo energético. Se han aplicado diferentes sistemas de ahorro energético, entre los que destaca la utilización de la energía geotérmica, siendo el Hospital pionero en este campo en todo el Estado Español. Por tanto, se determinó la necesidad de disponer de una herramienta de gestión que facilitase el control de dichas instalaciones y permitiera la reducción de consumos energéticos, de los costes financieros asociados y de las emisiones de gases de efecto invernadero. En el año 2011 se implantó el sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (OHSAS 18001), para seguir con la implantación de las normas ISO 50001 e ISO 14001 en el año 2012. Previamente a la implantación, se llevó a cabo una auditoría energética que derivó en un plan de acción. Asimismo, se elaboraron los protocolos y procedimientos necesarios que exige la norma y se revisaron los datos de consumo energético obtenidos. Durante el proceso de implantación, se determinó la necesidad de disponer de un Sistema Integrado de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, de la Eficiencia Energética y Medioambiente.

RESULTADOS El proceso de certificación se inició en el mes de octubre de 2012 y culminó a principios del 2013, siendo el primer hospital de Catalunya en obtenerla. Como resultado, en el año 2012 se ha obtenido una reducción del consumo energético de 460.929 kWh respecto al año 2011, y la previsión de ahorro real para el año 2013, es el doble que en el año 2012. Sin una gestión eficiente y un seguimiento cuidadoso de cada kWh consumido los resultados sufren variaciones que afectan a la sostenibilidad económica y medioambiental del centro y, por tanto, también del entorno.

DISCUSIÓN Así pues, implantar la norma ISO 50001 que establece las pautas a seguir para una correcta gestión energética y su seguimiento, es una herramienta de gran utilidad. Los resultados obtenidos demuestran un importante ahorro económico y un menor impacto medioambiental en cuanto a las emisiones de CO_2.

AUTORES: *JOSEP MARIA IBÁÑEZ ROMAGUERA; DAVID BARRACHINA CARICCHIO; MIGUEL ANGEL MARTINEZ SANCHEZ.*

ID 30

TITULO PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA EN LAS PSICOSIS: INNOVACIÓN ASISTENCIAL

OBJETIVOS Valorar el impacto del programa de musicoterapia en pacientes diagnosticados de psicosis en la unidad de hospitalización de psiquiatría

MATERIAL Y METODOS El programa fue dirigido a 55 pacientes diagnosticados de psicosis y a sus familiares (21 sesiones) en grupo heterogéneo, abierto, mixto y variable en una sesión semanal.
El formato de sesión fue semiestructurado con música en vivo como principal agente terapéutico. Los instrumentos de evaluación fueron cuestionarios específicos pre y post sesión que valoraban el estado general y emocional de los pacientes (tranquilidad, alegría, sentirse animado, acompañado y esperanzado). Se analizó la media de puntuación pre y post cuestionario en los pacientes que asistieron a las sesiones

RESULTADOS La adherencia a las sesiones fue del 97,14%. Los pacientes mostraron una mejoría en su estado general tras la sesión y específicamente en el sentimiento de sentirse acompañado una mejoría medía de 0,9 puntos, en el de sentirse animado 0,73 puntos, en el sentirse esperanzado 0,6, en el sentimiento de tranquilidad 0,54 puntos y en el sentimiento de alegría 0,5 puntos en la encuesta post vs la pre sesión. No hubo ningún reingreso a los seis meses tras finalizar el programa. El 93% de los familiares mostraron que el programa de musicoterapia había influido positivamente en los pacientes y el 96% valorararon el relacionarse con otros familiares de forma positiva. La implicación de los familiares en el programa fue del 62% y el 100% recomendaron el programa de musicoterapia

DISCUSIÓN El programa de musicoterapia resulta efectivo en la recuperación y estabilización del paciente dado que no hubo ningún reingreso a los seis meses de la finalización del programa. La inclusión de los familiares ha permitido abrir un nuevo canal de comunicación entre ellos, compartir experiencias positivas, recuperar momentos compartidos y olvidados, mejorando la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares

AUTORES: *TERESA OLIVER CLIMENT; TOMÁS DE VICENTE MUÑOZ; MARIA CUENCA TORRES; CARMEN ZAFRA SOLAZ.*

ID 34

TITULO Uso y evaluación del Global Trigger Tool en un periodo de seis años

OBJETIVOS No existe un patrón oro para evaluar los eventos adversos y históricamente se han utilizado los sistemas de notificación voluntarios, datos administrativos o el estudio Harvard de revisión de historias clínicas. Nuestro objetivo ha sido evaluar la herramienta del Global Trigger Tool (GTT) durante un periodo de seis años, ya que solo el estudio de Carolina del Norte evalúa un periodo tan largo de años.

MATERIAL Y METODOS Diseño: Estudio retrospectivo de seis años (2007-2012) para la detección de eventos adversos (EAs) en 10 historias clínicas quincenales (de 40190 pacientes ingresados) siguiendo la metodología del GTT.
Recogida de datos: Revisión de historias electrónicas (n= 1440) de forma interna por dos enfermeras y un médico. Para las categorías de severidad se empleó el NCC MERP Index (categorías E a I) y se usó una escala Likert para evaluar los EAs prevenibles (puntuación de 3 y 4 en la escala), se consideró un EAs prevenible si era evitable por los métodos disponibles actuales a menos que estos no fuesen considerados un estándar de cuidado.
Estadística: Se utilizó la prueba de chi cuadrado para ver su significación y el RR (para comparar la evolución de la disminución de EAs y su severidad entre los 3 últimos años y los tres primeros) y con el 95% IC de Miettinen (IC basado en la estimación de Mantel-Haenszel).

RESULTADOS Se identificaron 424 EAs (Categorías E a I) y que correspondieron a 29,4 EAs por 100 admisiones (95% IC, 25,7- 34,7). El 91,7% ocurrieron al tercer día 3 o más días de la admisión de los pacientes. Por categorías se encontró: Infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (20,5%), UPP (17.7%) y flebitis (17.2%). Hubo 5 pacientes (1,2%) que fallecieron en relación a los EAs (categoría I).
279 EAs (65.8%) se consideraron prevenibles, 8 en las categorías G a I (1.8% del total). De ellos, 255 pertenecían a la categoría E (65.4%), 16 a la categoría F (61.5 %), 3 en la categoría G (100%), y 5 en la categoría I (100%).
Hubo una disminución significativa en la tasa de EAs por 1000 pacientes- día (21,8 vs. 27,1, RR 0,77; 95% IC 0,66-0,91, p=0,022) y en los EAs severos (categorías F a I) (11 de 720 vs. 23 de 720) (RR: 0,48, 95% IC 0,24- 0,96, p= 0,037) entre los tres últimos años frente a los tres primeros en relación a numerosas oportunidades de mejora introducidas en el hospital.

DISCUSIÓN El GTT es una herramienta fácil de usar con la historia clínica electrónica que permite ver la tendencia de los EAs a lo largo del tiempo. La mayoría de eventos se produjeron al tercer o más días por lo que se pueden implementar medidas de prevención y de estudio de los eventos adversos. La frecuencia y severidad de los EAs ha disminuido significativamente durante los seis años de estudio en relación a las medidas de mejora introducidas. A pesar de ello, se requieren más esfuerzos para trasladar medidas de seguridad efectivas en la práctica de rutina.

AUTORES: *MARÍA DOLORES MENÉNDEZ FRAGA; CRISTINA SUAREZ RODRÍGUEZ; JOSEFINA ALONSO FERNÁNDEZ; MILAGROS VÁZQUEZ RUEDA; LAUREANO ALONSO CANO; FERNANDO VÁZQUEZ VALDÉS.*

ID 40

TITULO LA DIFUSIÓN CIENTÍFICA E INDICADORES INICIALES FAVORECEN EL CORRECTO DESARROLLO DE UN PROYECTO DE TELEMONITORIZACIÓN

OBJETIVOS TELBIL-A es un proyecto de investigación en servicios sanitarios, de telemonitorización/TIC, con dos características primordiales: protagonismo de la atención primaria y complejidad de los pacientes.
OBJETIVO. Evaluar y reflexionar, a través del análisis del de plazos y cumplimiento, sobre la influencia que la difusión científica e indicadores establecidos han podido ejercer sobre el correcto desarrollo del proyecto.

MATERIAL Y METODOS Evaluación del desarrollo del proyecto, de ámbito en atención primaria, en base a la influencia de DOS FACTORES:

1. DIFUSIÓN CIENTÍFICA a nivel local, redes sociales/internet, y reuniones científicas, para dar a conocer el proyecto y resultados específicos y preliminares. Obliga a plazos y análisis.
2. INDICADORES de proceso/resultados para conseguir una telemonitorización con:
-inclusión ágil de pacientes,
-flexibilidad. comfortabilidad, individualización,
-coordinación y participación con otros niveles asistenciales implicados,
-formación específica para profesionales,
-satisfacción de profesionales y pacientes-cuidadores-familiares,
-EFECTIVIDAD CLÍNICA disminuyendo reingresos y estancia hospitalaria y mejorando la CVRS de los pacientes.
Dos coordinadores del proyecto dinamizan.
ANÁLISIS cuantitativo y cualitativo de la consecución y desarrollo, independientemente del cuantitativo reglado establecido de resultados.

RESULTADOS DIFUSIÓN CIENTÍFICA
Exposición del PROTOCOLO en Centros de Salud y personas externas interesadas, IV Congreso Crónicos, III Congreso Telemedicina King's Fund; y de RESULTADOS papel de enfermería VII Congreso FAECAP, adecuación medicación XXXIII Congreso semFYC, satisfacción profesionales remitida a CALASIS, resultados parciales en curso atención cronicidad de Cantabria, propuesta resultados globales XXXIV Congreso semFYC.

INDICADORES
-incluídos 44 pacientes, 31 activos (establecido mantener 35 pacientes tras captación progresiva)
-participación activa de enfermeras de competencia avanzada y enlace hospitalario en todos los casos que controlan o ingresan. Nula participación de los médicos del H de Subagudos indicando incidencias en la plataforma web (establecido >30% de pacientes que ingresaran)
-85% de profesionales acudieron al taller de formación (establecido >80%)
-86% de los profesionales alta satisfacción con el proyecto (establecido >80%)
-4 de los 11 pacientes que han completado el año de seguimiento sin ningún ingreso (36,7%, establecido 40%)
-2,5 días menos por ingreso (9±6)respecto al año previo (11±5.3) (establecido 3 días menos).
No evaluado aún: satifacción y CVRS de pacientes.
TWITTER @TelbilA. Sección en plataforma de gestión del conocimiento corporativa.

DISCUSIÓN Percepción de que ambos factores (difusión científica e indicadores) estimulan el correcto desarrollo del proyecto en los plazos establecidos, y de que favorece un correcto análisis global de su efectividad.
Intención no es lo mismo que ejecución.

AUTORES: *IÑAKI MARTÍN LESENDE; ELIZABETE RECALDE POLO; JESÚS LARRAÑAGA GARITANO.*

ID 42

TITULO EBOOK DEL PACIENTE. NUEVO CONCEPTO DE CALIDAD EN LA HISTORIA CLINICA

OBJETIVOS Disponer de un ebook como repositorio único de información dentro de la Historia Clínica Única de Osakidetza. Mejorar la seguridad clínica, reducir eventos adversos y favorecer el trabajo en equipo. Adecuarse a los nuevos modelos de relación no presencial. Garantizar la disponibilidad del sistema y la trazabilidad

MATERIAL Y METODOS Dentro de la Historia Clínica se integra un evolutivo único, ebook, basado en información compartida independientemente del profesional y del nivel asistencial. Permite el acceso en tiempo real, ubicuo y remoto a toda la información, en diferentes formatos y personalizada. Optimiza la interacción hombre-maquina y se adapta a diferentes dispositivos. Simplifica y da uniformidad a la información y permite su visualización en modo "time line", por episodios o procesos. Incorpora espacios colaborativos que permiten el registro de la información no presencial y generada por el propio paciente. Aumenta la Seguridad Clínica y Calidad Asistencial mediante el registro de la información automática y en origen, ayudas en la toma de decisiones, Guías clínicas, Alertas o Medicina Basada en la Evidencia

RESULTADOS La Historia Clínica Única de Osakidetza, dispone de un ebook único por paciente para todos los profesionales y permite disponer y registrar toda la información en todas las áreas de actividad. Integra las interconsultas no presenciales entre primaria y especializada, teleconsulta avanzada y teleasistencia y la información clínica introducida por el propio paciente a través de la Carpeta de Salud. Permite citar y pedir todas las pruebas diagnósticas y acceso inmediato a las mismas. Favorece la continuidad de cuidados. La información es accesible para cualquier profesional compartiendo, prescripción universal, receta electrónica, HFT único, diagnósticos, constantes, antecedentes patológicos, alertas, inclusión en programas de salud, estratificación y acceso al motivo de consulta. Garantiza la confidencialidad mediante trazabilidad de accesos. Incorpora un sistema de codificación automática de diagnósticos y un registro único para la notificación de sospechas de enfermedad profesional que permite integrar la Salud Laboral. Dispone de sistemas de ayuda en la toma de decisiones clínicas y permite la visualización por procesos. Favorece la visión integral del paciente, mejora la coordinación sin necesidad de replicar la información., evita errores de trascripción y facilita la continuidad asistencial garantizando una información actualizada y de calidad

DISCUSIÓN La incorporación del ebook del paciente en Osabide Global mejora y facilita la práctica clínica diaria de todos los profesionales permitiendo la relación entre niveles asistenciales. Engloba toda la actividad clínica tanto presencial como no presencial e incorpora la visión del paciente. Facilita la visión integral, favorece el trabajo en equipo y la coordinación entre profesionales y niveles asistenciales, permitiendo una asistencia más segura y eficiente

AUTORES: *MAITE MADRID CONDE; MIKEL OGUETA LANA; RAFAEL SANCHEZ BERNAL; OSCAR ALVAREZ GUERRAS; GORKA MENTXAKA ATXALANDABASO; SARA BURGALETA SAGASETA.*

ID 45

TITULO EFECTIVIDAD DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS EN UN HOSPITAL HACLE PARA REDUCIR LA COLONIZACIÓN NASAL POR S AUREUS

OBJETIVOS •Control y vigilancia de los mecanismos de transmisión de IN por Staphylococcus aureus Resistente a Meticilina (SARM).
•Conocer la prevalencia de personal sanitario con colonización por SAMR en fosas nasales.
•Comparar los resultados con los obtenidos en 2010.
•Adoptar medidas de prevención que eviten la transmisión cruzada de SARM.

MATERIAL Y METODOS •Diseño: Estudio Transversal Descriptivo
•Muestreo: No probabilístico y consecutivo
•La semana del 22 al 26 de octubre de 2012 se practicó frotis nasal a 146 empleados de todos los turnos en contacto directo con pacientes.
•Variables:
-*Explicativas: Edad, sexo, categoría profesional, Servicio
-*Variables Respuesta: Cultivo microbiológico (positivo, negativo o flora residente).
•Tratamiento Estadístico: Se usó spss.

RESULTADOS De las 146 muestras recogidas
•2 fueron negativas (1,4%)
•En 106 se aisló flora regional (72,6%)
•En 38 se aisló S aureus (26%)
--32 casos sensibles a meticilina (SASM) (22%)
--6 casos de SARM (4%)
Todos los trabajadores con frotis nasal positivo, tanto para SASM como para SARM, se trataron durante 7 días con Mupirocina tópica o con Ácido fusídico si había resistencia a mupirocina.
Posteriormente se practicó frotis de control. En su mayoría se negativizaron, permaneciendo positivos 2 casos que no habían completado el tratamiento.
•Comparativamente con el estudio de 2010, el porcentaje de colonización nasal del personal ha disminuido sensiblemente (26% vs 40%).
•El principal descenso se ha observado en el porcentaje de colonización por SARM (4% frente al 16% observado en 2010).

DISCUSIÓN El control y la vigilancia del SARM debe convertirse en una prioridad ya que, su presencia, se relaciona con un aumento de la mortalidad y del costo sanitario.
•Los profesionales sanitarios juegan un papel importante como vehículo de transmisión cruzada.
•Para reducir este mecanismo de transmisión es útil reducir el porcentaje de profesionales con colonización nasal por S aureus.
•En nuestro estudio hemos observado un descenso de un 14% en porcentaje de personal colonizado por S. aureus con respecto al estudio realizado en 2010.
•Esta reducción ha sido especialmente significativa en porcentaje de colonización por SARM, con un descenso del 12%.
•Las medidas específicas adoptadas para conseguir esa reducción han sido:
--Realización de controles periódicos a los profesionales que están en contacto directo con el paciente.
--Tratamiento de los colonizados por S aureus con Mupirocina o Ácido fusídico.

--Realización de frotis post tratamiento a los colonizados para comprobar su efectividad.
--Realización de estudios de colonización en pacientes y cruce de los resultados obtenidos en ambos estudios.
--Comunicación de los resultados para concienciar sobre la importancia de los profesionales sanitarios como vehículo de transmisión cruzada de la IN.

AUTORES: *Mª DOLORES MORRO MARTIN; INMACULADA ORTOLÁ SORIA; CRISTINA ROMERO ROMERO; Mª DOLORES GIL APARICIO; SALVADOR GINER ALAMARAZ; Mª JOSÉ MERINO PLAZA.*

ID 46

TITULO PREVALENCIA DE COLONIZACION POR BACTERIAS MULTIRESISTENTES (BMR) EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL HACLE

OBJETIVOS •Saber el porcentaje de pacientes colonizados por bacterias multirresistentes (BMR) pues es posible que la alta endemia de IN por BMR sea secundaria al porcentaje de colonización de nuestros pacientes.
•Identificar el perfil de paciente colonizado.
•Concienciar a los profesionales y adoptar medidas preventivas que eviten la transmisión cruzada de BMR.

MATERIAL Y METODOS •Diseño: Estudio Transversal Descriptivo.
•Muestreo: No probabilístico y consecutivo. Se estudió a los 126 pacientes ingresados del 11 de Febrero al 22 de Marzo 2013 (ambos inclusive).
•Se les practicó frotis nasal, axilar e inguinal.
•Variables:
--Explicativas: Identificación del paciente, edad, sexo, Servicio y diagnóstico principal.
--Respuesta:
Colonización por:
SARM
BGN productores de betalactamasas de espectro extendido (BLEE)
Bacteria productora de carbapenemasas
BMR (SARM, BLEE y/o carbapenemasas)
•Tratamiento Estadístico: spss

RESULTADOS •El 46,8% de los pacientes estaba colonizado por algún tipo de BMR siendo frecuente la colonización por más de una y en más de una ubicación.
-El 27,7% de los pacientes estaba colonizado por SAMR.
-El 30,9 estaba colonizado por BLEE.
-El 5,5% lo estaba por Ps aeruginosa productora de carbapenemasas.
•En cuanto a la localización de la colonización:
-39,6% colonización inguinal, sobre todo por BLEE.
-16,6% colonización axilar por SARM.
-17,4% colonización nasal por SARM.
•Se ha observado asociación entre la colonización por BMR y las variables edad y Unidad de hospitalización.
•Se ha estudiado el consumo de solución hidroalcohólica por Unidades de hospitalización:
-En las Unidades con mayor porcentaje de colonizaciones por BMR se ha producido un descenso en el consumo de solución hidroalcohólica con respecto a años anteriores.
-Los gráficos de consumo de solución hidroalcohólica expresados en L/1000 estancias por Unidades de hospitalización son inversamente proporcionales a los porcentajes de colonización en esas mismas Unidades.
•Se ha observado paralelismo entre el porcentaje de colonización nasal y axilar de los pacientes por Unidades de hospitalización y el de colonización del personal sanitario por SAMR.

DISCUSIÓN •La IN es uno de los principales problemas relacionados con la seguridad del Paciente.

•En los hospitales de perfil HACLE es una complicación frecuente debido a que los pacientes son más vulnerables, requieren mayores cuidados y se eleva la probabilidad de transmisión cruzada.
•Los hospitales de perfil HACLE son reservorio de BMR.
-La colonización por BLEE ha aumentado en los últimos años.
-Este problema debería abordarse para evitar el aumento de pacientes colonizados/infectados y la transmisión horizontal de los mecanismos de resistencia antibiótica de estas bacterias.
•Los aislamientos de Ps aeruginosa productora de carbapenemasas también van en aumento.
•Las medidas preventivas basadas en la correcta higiene hospitalaria son fáciles de aplicar, económicas y eficaces si el personal está adecuadamente concienciado.

AUTORES: *Mª JOSÉ MERINO PLAZA; VIOLETA CABO ARNAL; MERCEDES BELLVER BELLVER; ANTONIO ANDRÉS SOLER; Mª DOLORES GIL APARICIO; SALVADOR GINER ALMARAZ.*

ID 48

TITULO RESULTADOS DE LA ENCUESTA SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE REALIZADA EN UN HOSPITAL DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA

OBJETIVOS •Medir actitudes y comportamientos relacionados con la Seguridad del Paciente.
•Identificar puntos fuertes y áreas de mejora.
•Analizar relaciones entre distintas variables.
•Definir y priorizar acciones de mejora.
•Establecer indicadores de seguimiento.

MATERIAL Y METODOS •Diseño: Estudio Transversal Descriptivo.
•Encuesta anónima sobre cultura de seguridad del paciente realizada a los empleados del Centro. La encuesta se basa en la versión española de la AHRQ.
•Muestreo: No probabilístico y consecutivo.
•Variables:
--Explicativas:
*Se han considerado variables sociodemográficas y organizacionales para la interpretación de los resultados.
--Respuesta:
*Grado de satisfacción respecto a cada una de las preguntas y respecto a las 12 dimensiones consideradas.
*Las respuestas se evalúan con una escala Likert.
•Tratamiento Estadístico: spss
•Cronograma:
-Enero: Charla de sensibilización al personal.
-Febrero: Reparto de formularios de encuesta a través de mandos intermedios.
-Marzo: Recogida de respuestas en los buzones de sugerencias.
-Se elaborarán planes de acciones para trabajar sobre las áreas de mejora.
-Se comunicarán los resultados al personal para proporcionar un feed back adecuado.

RESULTADOS •El índice de participación fue del 32,4%.
•La percepción del grado seguridad del paciente es de 7,87.
•La puntuación media global de la encuesta es de 3,56.
•Todas las dimensiones han obtenido una puntuación superior a 3.
•Las dimensiones 3, 4 y 5 han sido las mejor evaluadas, con más de un 70% del colectivo con percepción de seguridad adecuada.
•Las dimensiones 9, 10 y 11 han sido las peor evaluadas por el personal del Centro, con menos de un 50% del colectivo con percepción de seguridad adecuada.
•Globalmente dan mejores puntuaciones los menores de 35 años o los mayores de 55, los de antigüedad en el hospital de menos de 5 y de más de 20 años y el colectivo de enfermería.
•Tiene peor percepción sobre seguridad del paciente el personal con antigüedad entre 10 y 15 años.
•Respecto a las variables sociodemográficas se han observado más diferencias significativas en los años de antigüedad en el hospital, la posición laboral en el Servicio y la toma de fármacos para dormir o ansiolíticos.
•Por dimensiones, se han observado más diferencias significativas respecto a las distintas variables consideradas en la 3, 5 y 11.

DISCUSIÓN La medición de actitudes en el trabajo es un paso necesario en el desarrollo de la cultura de seguridad.
Entre los elementos que la apoyan destacan:
•Compromiso con la seguridad
•Comunicación abierta
•Ambiente libre de culpa
•Flexibilidad para diseñar nuevos procesos que permitan la prevención de futuros errores
La realización de este tipo de encuestas es útil para tomar el pulso a la organización y averiguar la percepción que tienen los profesionales sobre cómo se trabaja en el Centro.
Estas encuestas deberían realizarse periódicamente para crear cultura y para conocer la efectividad de las medidas adoptadas en los planes de mejora.

AUTORES: *Mª JOSÉ MERINO PLAZA; ANA LÁZARO BLASCO; CONCEPCIÓN SABATER BORÍ; MARISA AZCON SÁNCHEZ; Mª JOSÉ OLMOS GASCÓN; ROSA DIAGO IRANZO.*

ID 52

TITULO TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN AL SERVICIO DE LA CONCILIACIÓN E INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS AL ALTA

OBJETIVOS Etablecer un programa de conciliación e información al alta para pacientes geriátricos polimedicados, empleando los recursos electrónicos disponibles, con el objeto de promover la continuidad asistencial de los tratamientos farmacoterapéuticos. En colaboración con el Servicio de Geriatría, se pretende interceptar y resolver discrepancias antes del alta, y facilitar una información escrita adaptada a esta población, que evite posteriores errores de medicación.

MATERIAL Y METODOS El Servicio de Geriatría selecciona los pacientes susceptibles según tres criterios: mayor de 70 años, con al menos 5 medicamentos al alta y con dificultad para la comprensión de la medicación por el paciente o cuidador. Realiza una interconsulta electrónica al Servicio de Farmacia en la que se incluye la medicación prescrita en el informe de alta y se solicita la elaboración de la "Hoja de información de medicación al alta". El farmacéutico revisa el tratamiento prescrito al alta y lo concilia con la medicación pautada durante el ingreso (prescripción electrónica de Farmatools®) y antes del mismo (Horus® e informes en Estación Clínica®). Se resuelven telefónicamente las discrepancias encontradas y se elabora la Hoja informativa mediante una herramienta Access, en un formato visualmente atractivo y fácilmente comprensible. La Hoja es remitida vía Estación Clínica® al médico y entregada al paciente junto con el resto de la documentación al alta.

RESULTADOS Entre enero y diciembre 2012 se informaron y conciliaron 79 pacientes de edad media 88,2 (SD 6,4) años; 65% mujeres. Suponían el 65,8% de los pacientes susceptibles. Se informaron 812 medicamentos (10,3 medicamentos/paciente) y se conciliaron 1.175 (14,9 medicamentos/paciente). Se registraron 412 discrepancias (5,2 discrepancias/paciente), de las cuáles, 309 (75%) fueron justificadas sin aclaración telefónica, 54 (13%) justificadas con aclaración y 49 (12%) errores de conciliación (EC) (47,6% de las discrepancias que requirieron aclaración). Hubo 0,6 EC/paciente, presentando algún EC el 43% de los pacientes. Tipo de los errores: 26 (53%) de omisión del medicamento, 5 (10%) de dosis, 5 (10%) de secuencia horaria y el resto, de pauta, medicamento innecesario, duplicidad y paciente equivocado, entre otros.

DISCUSIÓN Las tecnologías de la información facilitan esta actividad clínica del farmacéutico: la interconsulta electrónica, como medio de comunicación; la Estación Clínica, para el intercambio de la información clínica; Horus® y Farmatools®, para el conocimiento de la medicación. Con todo ello, se consigue dar una información escrita específica al paciente sobre su tratamiento y aportar el valor añadido de la conciliación de la medicación domiciliaria, al ingreso y al alta; siendo el error más frecuentemente evitado, el de omisión. Aportar una información adecuada y adaptada, es una actividad necesaria para lograr el cumplimiento terapéutico y prevenir futuros errores de medicación en el domicilio.

AUTORES: *MARTA MORO AGUD; MARGARITA RUANO ENCINAR; ROCÍO MENÉNDEZ COLINO; MARÍA DEL CORO MAULEÓN LADRERO; JUAN IGNACIO GONZÁLEZ MONTALVO; ALICIA HERRERO AMBROSIO.*

ID 53

TITULO MEJORA EN EL MANEJO DE MEDICAMENTOS CITOTÓXICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

OBJETIVOS Protocolizar el manejo de medicamentos citotóxicos en Atención Primaria en el Área VIII de Salud.
Prevenir los riesgos asociados al manejo de citotóxicos en los trabajadores y usuarios de los centros de Atención Primaria del Área VIII de Salud.

MATERIAL Y METODOS Detectado que en los centros de A. Primaria del Área no se manejan los medicamentos citotóxicos de forma protocolizada en todos los centros del Área y que además ésto puede suponer un riesgo para la salud tanto de trabajadores como de usuarios, se forma un equipo multidisciplinar con participación del Equipo Directivo, la Unidad de Calidad, la de Farmacia y de Atencíón primaria, donde se estudian las posibles causas del problema, se definen seis criterios para evaluar la calidad:
C.1. Todos los centros de Atención Primaria del Área VIII deben conocer el Protocolo de Manipulación de Citostáticos.C.2. En todos los centros estará la Guía Rápida en lugar visible.C.3. En todos los centros de A.P. habrá equipos de protección individual (EPIs), en un sitio visible e identificadoC.4. En todos los centros hay contenedores para residuos citotóxicos en el lugar dónde se administran.C.5. En todos los centros hay paños absorbentes con una cara impermeable.C.6. En todos los centros donde se administran citotóxicos existe el kit antiderrame, situado en el lugar de administración.
Se obtienen los resultados de cumplimiento evaluando todos los centros de Salud y se realizan las acciones correctoras, tras su implementación, se vuelve a realizar la medición y se ve la mejora obtenida

RESULTADOS
Primera Evaluación:
C1-40%, C2-40%, C-3-40%, C4-33%, C5-33%, C6-33%
Medidas Correctoras:
Elaboración y difusión de un folleto explicativo con el Protocolo reducido de manipulación de Medicamentos Citotóxicos y sus Residuos en AP.

Asignación del código necesario para pedir el material de protección a través de websap.
Solicitud a Farmacia del kit de derrames para todos los centros.
Unificación del sistema de registro para el control y seguimiento de los residuos.
Se facilita un sistema único, página Web, para la petición de los diferentes contenedores.
Se planifican sesiones informativas entre todo el personal de Enfermería para explicar todas estas medidas así como aclarar dudas.
Tras la realización de las medidas correctora, se hace la 2ª Evaluación.
Resultados:
C1-93%, C2-93%, C-3-87%, C4-87%, C5-87%, C6-80%
Se obtiene una mejora significativa en el manejo protocolizado de medicamentos cititóxicos en todos los Centros, lo que permite prevenir los riesgos asociados a su uso, tanto en personal sanitario como en usuarios.

DISCUSIÓN Abordar problemas de calidad a través de equipos multidisciplinares es adecuado para conseguir los objetivos propuestos.
Prevenir los riesgos asociados al uso de medicamentos citotóxicos, tanto en trabajadores como en usuarios, es responsabilidad del Equipo Directivo, pero también de todos y en ocasiones se incumple debido al desconocimiento.

AUTORES: *MANUELA MUÑOZ SÁNCHEZ; REMEDIOS ALONSO CEREZO; JUAN ABELLÓN RUIZ; ANA MARIA HIDALGO PÉREZ; CLAUDIO CONTESSOTTO SPADETTO; BEATRIZ F. ROS MUÑOZ.*

ID 57

TITULO Formación en metodología básica de calidad para todos: ¿Cómo lo hacemos para tres mil?.

OBJETIVOS Formar y sensibilizar a todos los trabajadores de la organización sobre la importancia del trabajo bien hecho en el día a día,utilizando la metodología básica del proceso de calidad.
Integrar esta formación en la estructura de la formación general del Hospital.
Cumplir con el criterio que establece el modelo de acreditación catalán de centros en el apartado de formación(se debe realizar formación para todo el personal sobre calidad, seguridad y mejora continua).

MATERIAL Y METODOS Hemos diseñado esta formación con metodología e-learning,creando tres perfiles para los trabajadores del Hospital: Asistencial, administrativo y servicios generales,hemos guionizado situaciones prácticas para cada uno de los perfiles.El curso se presenta con un diseño pedagógico y gráfico que permite un fácil seguimiento.Consta de cinco módulos,en cada uno el alumno encuentra una serie de ejercicios que facilitan acercar la teoría a su práctica diaria.Al finalizar cada módulo debe responder un cuestionario donde tiene que superar el 70% de las preguntas. La duración total del curso es de seis horas y disponen de seis semanas para realizarlo.
Desde el departamento de formación dirigimos la acción formativa a todos los profesionales integrantes de una misma área,realizando primero la formación los responsables de equipos y posteriormente al resto(consiguiendo mayor implicación y ayuda en la gestión del seguimiento del curso en su área).
La acción formativa es dinamizada por el departamento de formación desde un campus virtual(Moodle),mediante el cual tenemos información relativa a matrículas, seguimiento, finalización y evaluación.

RESULTADOS La prueba piloto realizada a veinte profesionales de diferentes áreas, nos validó la comprensión de los contenidos y el diseño gráfico del curso,así como la facilidad del uso de la plataforma.
Iniciamos esta formación el año 2012,tenemos previsto finalizarla a principios del 2014.Hemos matriculado a 1452 trabajadores,de los que han finalizado el 68%.
Se han recogido 987 cuestionarios que miden la satisfacción de esta acción con una escala del 1 al 4.
La valoración global del curso es de 3,42 puntos,los ítems mejor valorados son los relacionados con la autoevaluación del aprendizaje y la organización del curso.
Los temas que les han parecido más interesantes son:la detección y priorización de problemas y el análisis causal y búsqueda de soluciones(el diagrama de Ishikawa y el principio de Pareto).
En el apartado de sugerencias nos comentan que el curso es interesante pero de difícil aplicación en el contexto laboral actual.

DISCUSIÓN La formación e-learning nos permite lograr el objetivo de formar y sensibilizar a los trabajadores en un espacio de tiempo que no seria posible con formación presencial.Por los comentarios recogidos en la evaluación creemos que esta formación ayuda a integrar en el dia a dia la metodología de calidad y mejora continua, haciendo más consciente a cada uno sobre la importanica de su trabajo bien hecho en la organización.

AUTORES: *RAMIRA SOTO SOTO; MUNA AL-HOUSNI BERGADA; EVA AUSINA VALDEARCOS; OLGA JULIA LLURBA; Mª ISABEL ARRIETA SEGURA; LAURA GONZALVO MAILLO.*

ID 60

TITULO MOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES Y CALIDAD ASISTENCIAL

OBJETIVOS •Motivar a los profesionales y mejorar su implicación.
•Desarrollar una actitud de escucha.
•Mejorar el clima laboral y potenciar el trabajo en equipo.
•Mejorar la comunicación, la automotivación y la autoestima.

MATERIAL Y METODOS •Charlas de sensibilización sobre asertividad, autoestima, inteligencia emocional, empatía, desarrollo de las habilidades sociales, liderazgo y valores.
•Puesta en marcha del Plan para la prevención del Burnout con la realización de:
–Encuesta para medir el grado de Burnout del personal en 2011.
–Análisis de sus resultados.
–Talleres para la prevención del Síndrome, abordando temas como:
•Psicoeducación
•Estrategias de control del estrés
•Autoconocimiento emocional
•Estrategias de afrontamiento
•Asertividad y habilidades de comunicación
•Estilos de vida y apoyo social
•Liderazgo
•Lenguaje no verbal
•Uso de herramientas para la gestión de conflictos, la mejora de la comunicación y el trabajo en equipo.
•Tras la realización de las intervenciones antes descritas, se realizó una encuesta de clima laboral en 2013 para evaluar el grado de satisfacción del personal y, así, detectar posibles áreas de mejora.
•En 2014 está previsto hacer otra encuesta MBI de Maslach y Jackson para medir el grado de Burnout del personal, comparar los resultados con los de la encuesta realizada en 2011 y comprobar la efectividad de las medidas adoptadas.

RESULTADOS •Tras las acciones realizadas se constata un aumento de la participación de los profesionales en las Comisiones y Grupos de trabajo, un aumento de sugerencias y de declaraciones voluntarias de Eventos Adversos.
•En los resultados de la encuesta de clima laboral realizada este año, se ha observado que en conjunto, las puntuaciones obtenidas en las distintas dimensiones contempladas en la encuesta han sido superiores a las puntuaciones obtenidas en la encuesta realizada en 2004, obteniéndose una puntuación de 3,56 puntos sobre una escala de 5.

DISCUSIÓN •Desde el punto de vista organizativo existen dos percepciones de la Calidad, una tangible que responde a demandas y expectativas concretas, y otra intangible que responde a expectativas y deseos emocionales.
•Una tarea importante de la Dirección es motivar a sus profesionales.
•Si se consigue un clima laboral adecuado, mejora la implicación de los profesionales y su identificación con los objetivos de la organización, confirmándose la relación existente entre la motivación del personal y los resultados de su trabajo.
•Las aptitudes son relativamente fáciles de formar, pero las actitudes son un factor clave para conseguir la mejora, ya que son la base de la Calidad intangible; de ahí la importancia de conseguir unos profesionales receptivos y proactivos, con espíritu de equipo y capaces de aceptar el cambio.

AUTORES: *Mª DOLORES MORRO MARTIN; TERESA MORENO CASERO; CONCEPCIÓN HERRERO BARONA; OBDULIA VIOLERO LUCAS; Mª ANTONIA NAVARRO GONZÁLEZ; Mª AMPARO MARTÍNEZ MÁS.*

ID 62

TITULO OPTIMIZACIÓN DEL NÚMERO DE HISTEROSCOPIAS MEDIANTE LA REVISIÓN DE SUS INDICACIONES.

OBJETIVOS Estudiar la adherencia y grado de cumplimiento del protocolo establecido para la indicación de Histeroscopias diagnósticas basadas en criterios de eficacia

MATERIAL Y METODOS La histeroscopia permite definir lesiones endometriales sospechosas y confirmar la ausencia de patología cuando las pruebas diagnósticas iniciales son normales. Si bien se trata de un proceso relativamente sencillo, no está ausente de complicaciones y en ocasiones puede llevar a un empeño diagnóstico no ausente de yatrogenia, sin olvidar la repercusión económica
El protocolo elaborado en agosto de 2012 divide a las pacientes en cuatro grandes grupos, en función de si se encuentran en la pre o postmenopausia, y de si presentan clínica (sangrado) o están asintomáticas. En todas ellas se realiza una valoración ecográfica para descartar un patología endometrial.
Únicamente debe realizarse una histeroscopia en las pacientes que cumplan una serie de criterios, que basados en la evidencia, justifiquen su práctica
Se valoró a posteriori si las indicaciones de las histeroscopias realizadas con anterioridad a su implantación se ajustaban al protocolo elaborado

RESULTADOS En el periodo comprendido entre el mayo y diciembre de 2012 se realizaron un total de 165 histeroscopias diagnósticas
La clínica por la que consultaron las pacientes, más frecuente fue: menstruaciones irregulares (27%), revisión ginecológica u otra causa distinta al sangrado (23%), metrorragia postmenopáusica (22%), y menorragia e hipermenorrea en un 15 %.
Entre los diagnósticos en la ecografía transvaginal/abdominal destacamos: pólipo endometrial sintomático (36.4%), pólipo endometrial asintomático (17.7%), endometrio engrosado sintomático (6.9%) e inserción de dispositivo Essure (6.3%),
Los hallazgos durante la realización de la histeroscopia fueron los siguientes: pólipo endometrial 61%, mioma submucoso 12%, endometrio engrosado sin características patológicas 6%, histeroscopia sin hallazgos patológicos 6%, endometrio atrófico 5%, sinequias uterinas 5%, histeroscopias que debieron ser suspendidas sin valoración completa de cavidad 3% y endometrio engrosado con características de malignidad 2%.
En un 73% las indicaciones de histeroscopia se ajustaban al protocolo establecido, en un 26% no y en un 1% no era valorable.

DISCUSIÓN Establecer un protocolo de actuación ante cualquier actuación médica, permite unificar criterios y reducir el número de intervenciones innecesarias.
La adherencia al protocolo de histeroscopia por parte nuestro servicio es de un 73 %,. Hay que tener en cuenta que cuando se empezó a aplicar el protocolo, la consulta llevaba algo más de tres meses en funcionamiento.

AUTORES: *HELENA FRÍAS MAROTO; CELIA GARCIA MENÉNDEZ; SARA BARTOLOMÉ SOTILLOS; MARÍA DE MATÍAS MARTÍNEZ; ANA CUESTA CUESTA; MARINA PÉREZ SERRANO.*

ID 63

TITULO Manejo expectante en la Rotura Prematura de membranas

OBJETIVOS Estudio de la evolución/ resultados secundaria al manejo conservador en gestantes que ingresan con rotura prematura de membranas y se permite la evolución espontánea del parto durante 24 horas con posterior reevaluación, sin indicar profilaxis antibiótica salvo en los casos que esté clínicamente indicado.

MATERIAL Y METODOS Hasta en el 8% de las gestaciones a término se produce una rotura prematura de membranas (RPM) antes de que el parto se desencadene. El manejo de estas pacientes es variable dependiendo del centro en el que esto ocurra sin embargo, si en estas pacientes se tiene una actitud conservadora, el 70% de ellas iniciará el trabajo de parto de manera espontánea en las primeras 24 horas, el 85% en las siguientes 48 horas y el 95% si se espera 72 horas.
Los mayores riesgos asociados esta conducta expectante serían el de infección neonatal y el riesgo de infección materna.
No existe evidencia científica que avale que las tasas de infección sean mayores en el grupo de manejo expectante y tampoco se ha demostrado que exista aumento en la tasa de cesáreas entre el grupo de manejo expectante y manejo activo
Estudio analítico, longitudinal y prospectivo de las gestantes a término que ingresen por rotura prematura de membranas. En estas pacientes se mantendrá una conducta expectante, sin proceder a la inducción del parto hasta alcanzar las 24 horas desde la rotura de la bolsa
Se recogerá información de las gestantes que ingresen por urgencias con el diagnóstico de RPM a partir del mes de mayo de marzo de 2013. No se ha establecido la fecha de finalización del estudio

RESULTADOS El 61,3% de las gestantes eran primíparas, y en el 32,3% y 6,5 % de los casos tenían uno o dos/mas partos previos.
Un 16,1% de las embarazadas presentaba algún tipo de patología asociada a la gestación
El 71% de las gestantes no eran portadoras del Estreptococo grupo B (EGB)
En el 93,5% el líquido amniótico era claro.
El 54% de las gestantes ingresó sin presentar contracciones. Tras el manejo expectante el 83,9% inició espontáneamente el trabajo del parto.
Fue preciso el tratamiento con oxitocina en el 48,4% de las embarazadas con RPM
El parto fue eutócico en el 77,4% de las gestantes, instrumental en el 13 %, y fue preciso realizar una cesárea en el 9,7 % de los casos
El 93,5% de las dilataciones cursaron sin fiebre.
El 100% de los recién nacidos obtuvo una puntuación mayor de 8 en el Test de Apgar a los 8 minutos, y no se produjo ningún ingreso en Neonatos.

DISCUSIÓN En nuestra serie, el manejo conservador, frente al activo de la RPM no incrementa la cifra de cesáreas, ni la morbilidad materno-fetal, por lo que constituye una opción válida y menos intervencionista

AUTORES: *MARÍA ROSARIO NOGUERO MESEGUER; CELIA GARCIA MENÉNDEZ; MARÍA OLAVARRIETA BERNARDINO; LAURA MUÑOZ SAÁ; NATALIA GOZALO MARCOS; ROSA NOGALES ESCORIZA.*

ID 66

TITULO POLÍTICA DE ANTIBIÓTICOS EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO. MEJORA EN LA EFICENCIA .

OBJETIVOS La necesidad de optimizar el tratamiento antibiótico en los pacientes hospitalizados buscando la eficacia, detectando la aparición de efectos adversos, evitando el uso irracional del antibiótico y el fallo terapéutico, controlando el coste económico, ha requerido la implementación de una Comisión de Antibióticos (CA) como herramienta de control en la calidad asistencial. Nuestro objetivo es valorar el impacto de dicha implementación.

MATERIAL Y METODOS Creación de un equipo multidisciplinar constituido por 2 farmacólogos, 1 microbiólogo, 1 especialista en infecciosas, un especialista en intensivos y el director médico. Se analizó el impacto de la CA mediante un estudio descriptivo, prospectivo, de base poblacional, realizado en un hospital de 150 camas, de ámbito urbano, registrando las intervenciones realizadas en pacientes con enfermedades infecciosas, hospitalizados durante el periodo de enero a mayo 2013, utilizando los indicadores de actividad y calidad creados para dicho fin, con la aplicación del Protocolo de Antibióticos elaborado por el hospital universitario provincial de referencia.

RESULTADOS Se incluyeron 112 pacientes. Edad media 76.3 +/- 15.1 años (10-99). 57 mujeres (50.9%). El farmacólogo clínico realizó 163 intervenciones farmacológicas (rango 1-11 intervenciones por paciente). Las intervenciones descritas fueron: elección de fármaco y retirada del mismo (N=20 12.3%), duración excesiva de la terapia antibiótica (N=22 13.5%), terapia secuencial (N=23 14.1%), ajuste de dosis según parámetros farmacocinéticos/farmacológicos (N=18 11%), disfunción renal (N=69 42.3%), obesidad (N=11 6.8%). Los tratamientos antibióticos sobre los que se actuó fueron penicilinas (N=48 29.4%), quinolonas (N=46 28.2%), carbapenenems (N=16 9.8%), cefalosporinas (N=16 9.8%), aminoglicósidos (N=7 4.3%), oxazolidinonas (N=5 3.1%), macrólidos (N=4 2.5%) y otros (N=21 12.9%). La terapia endovenosa fue la principal vía de administración (N=142 87.1%), la vía oral se utilizó en 12.9% de los casos (N= 21). Finalmente, 133 (81.6%) intervenciones farmacológicas fueron aceptadas.

DISCUSIÓN La implementación de una comisión de antibióticos es una medida de mejora en la calidad asistencial del paciente hospitalizado. Contribuye al uso racional del fármaco, haciendo más seguro y efectivo el tratamiento antibiótico pautado.

AUTORES: *PEDRO MAS MOREY; SANMARTIN MESTRE ELISABETH; DIEGO PUIG FORTUNY; JOSÉ MARÍA BONELL GOYTISOLO; EVA ALCOCEBA CRUIXENT; CARLOS FUENTES NIETO.*

ID 67

TITULO UNA PERSPECTIVA BIBLIOMÉTRICA DE LA INVESTIGACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE DURANTE LOS ÚLTIMOS 50 AÑOS

OBJETIVOS El presente estudio pretende entender la evolución de la investigación en seguridad del paciente a través de las publicaciones indexadas en la ISI Web of Knowledge, observar las características de las publicaciones y reconocer las áreas de investigación preferidas por los autores a través de sus citas.

MATERIAL Y METODOS Se diseñó un estudio descriptivo y bibliométrico donde la fuente de información fue la base de datos Science Citation Index Expanded. El periodo de análisis fue el comprendido entre 1962 y 2012. Para la obtención de documentos se utilizó el descriptor "patient safety" del tesauro de PubMed. Las variables que se incluyeron en el análisis fueron: año de la publicación; autor principal, institución y nacionalidad del mismo; título; idioma; categoría temática; tipo de documento; número de citas y revista. El análisis estadístico empleó la frecuencia relativa y medias, y para comparar los grupos las pruebas de Chi-cuadrado, U de Mann-Whitney y la de Kruskal-Wallis. Se prefijó el nivel inferior a 0,05 como resultado estadísticamente significativo.

RESULTADOS El número artículos analizados en el periodo estudiado fue de 9.250. El primer artículo de la serie data de 1963 pero es con el comienzo del siglo XXI cuando el número de publicaciones presenta un aumento anual casi exponencial. El 55% de la producción científica correspondió a Estados Unidos. España contribuyó con el 2% (10º puesto en el ranking mundial). Los artículos en inglés fueron mayoritarios (96%) y mostraron una media de citas superior a otros idiomas (p<0,001). El español representó el 1%.
En general, el área temática con más producción fue Ciencias de los Servicios de Salud; en particular, para artículos en lengua no inglesa fue la Anestesiología (p<0,001) mientras que la media de citación más alta correspondió a Medicina General y/o Interna (p<0,001). El tipo de artículo más frecuente fue el original, pero el que presentó una media mayor de citas fue la conferencia (p<0,001).
La Agency for Healthcare Research and Quality y Quality Safety in Health Care fueron la institución y revista más productivas.

DISCUSIÓN En 1991 se produce el primer incremento de publicaciones que coincide con los inicios del movimiento moderno en pro de la seguridad del paciente. En 2000 se produce un punto de inflexión, aumentan los artículos coincidiendo con la publicación To Err is Human. Sobresale un área temática no clínica como son las TICs, reconocida por los autores por la media de citas que genera, posicionándose en segundo lugar tras la Medicina General-Interna. Destaca que la media de citas de artículos procedentes de conferencias supere a otros con mayor evidencia científica como las revisiones. Este hallazgo puede indicar una preferencia por citar la opinión de expertos en esta disciplina que la evidencia experimental. Parece necesario pues, perseverar en el esfuerzo promovido por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente para obtener la mejor evidencia científica.

AUTORES: *NURIA BAÑÓN MORÓN; SALVADOR NÚÑEZ DÍAZ.*

ID 70

TITULO "DíasMundialesDe", escritorio virtual de recursos seleccionados como herramienta de ayuda para profesionales y pacientes

OBJETIVOS - Organizar y gestionar la información y el conocimiento en un escritorio virtual de la web 2.0.
- Desarrollar cada mes un escritorio virtual recopilatorio y de fácil actualización sobre diferentes recursos (búsquedas bibliográficas, audiovisuales, apps, páginas web, libros y monografías), de los temas más mediáticos y que mayor interés despiertan sobre los días mundiales de enfermedades.
- Difundir "DiasMundialesDe" a los profesionales sanitarios, pacientes y usuarios así como a los profesionales de las bibliotecas de ciencias de la salud.

MATERIAL Y METODOS Doble vía de actuación de las bibliotecas en la agregación de contenidos:
- Vía individual, la biblioteca muestra, de forma pública o privada, con secciones (pestañas) y apartados (widgets), cuantos recursos considera que deben ser conocidos por sus usuarios.
- Vía colectiva, varias bibliotecas (y/o bibliotecarios) muestran a los usuarios una selección de sus recursos comunes y no comunes, recopilándolos de la red, seleccionándolos con criterios profesionales y reagrupándolos con coherencia temática. Este es el caso de la propuesta "DíasMundialesDe", iniciada en 2012 por un grupo de bibliotecarios de ciencias de la salud en España.

RESULTADOS Webs temáticas con una serie de secciones (pestañas) fijas, que se suceden y juntas forman el universo Netvibes de cada día mundial:
"Portada", "Definiciones", "Instituciones", "Pacientes", "Personajes", "Revistas", "Libros", "PubMed", "Literatura científica", "Evdencias", "Por regiones", "Audiovisuales", "Noticias", "Estadísticas", "Apps", "Cartelera" y "Contraportada".

DISCUSIÓN Con más de un año de andadura, "DíasMundialesDe" deja de ser un proyecto y se convierte ya en una realidad cada vez más respaldada por los usuarios de Internet y de las bibliotecas de ciencias de la salud. Salvando las diferencias más o menos "mediáticas" de los distintos temas elegidos se observa el ascenso en número de visitantes (según Google Analytics) al conjunto de los escritorios virtuales del proyecto y se destaca especialmente la función vertebradora que el blog "Días Mundiales De" en Wordpress ha aportado desde enero de 2013.
De cara al futuro, "DíasMundialesDe" tiene todo el calendario por delante para seguir elaborando escritorios virtuales que se irán sumando a los ya existentes, facilitando una herramienta de trabajo a las bibliotecarias y un recurso de consulta a los usuarios. Porque con unas herramientas como son los agregadores de contenidos, la recopilación de múltiples recursos en un solo escritorio virtual es bastante sencilla; porque la posibilidad de clasificar los contenidos en pestañas permite reagruparlos según necesidades para facilitar su consulta; porque su actualización (mediante la descarga de RSS y widgets de páginas web) es inmediata, lo que permite su revisión periódica y puesta al día sin grandes esfuerzos; y porque son recursos amigables cuyo manejo posibilita una gran versatilidad, heterogeneidad y riqueza de contenidos.

AUTORES: *José Manuel Estrada Lorenzo.*

ID 71

TITULO Evaluación de la calidad del registro de úlceras por presión por los profesionales sanitarios.

OBJETIVOS Conocer la prevalencia e incidencia de pacientes con úlceras por presión (upp) en hospitalización según la fuente de información empleada, registro de enfermería vs Conjunto Básico Mínimo de Datos (CMBD).
Obtener el índice de concordancia respecto a la presencia o no de upp según registro de enfermería vs CMBD.
Obtener el índice de concordancia respecto al origen de la upp según el registro de enfermería vs CMBD.

MATERIAL Y METODOS Estudio observacional retrospectivo mediante revisión de historia clínica electrónica.
Muestra compuesta por todas las altas generadas durante el año 2012 en un centro hospitalario de nivel 2 procedentes del servicio de hospitalización general y medicina intensiva. Se excluyó el servicio de pediatría, obstetricia y hospitalización a domicilio (UHD).
No se limitó por tiempo de estancia ni patología.
Las fuentes empleadas:
1. Registro de enfermería en la historia clínica electrónica, Florece®. Concretamente la hoja de seguimiento de las heridas: upp, en la que se especifica si su origen es comunitario o intrahospitalaria.
2. Explotación del CMBD, código 707.0 (úlcera por presión); así como los códigos comprendidos entre el 707.00 a 707.09, donde se especifica lugar anatómico en la que se encontraba la upp. Se valoró si la variable a estudio estaba o no presente al ingreso (POA - Present on admission).

RESULTADOS La muestra estuvo compuesta por 14185 altas. Si empleamos como fuente el registro de enfermería la prevalencia de pacientes con upp total fue de 39 cada 1000 altas (n= 551), considerándose comunitarias en el 91% de los casos (n=502); y la incidencia fue de 3,4 por cada 1000 altas (upp intrahospitalaria, n=49). Si empleamos como fuente el CMBD, la prevalencia de pacientes con upp total fue de 0,07 cada 1000 altas (n=131), considerándose comunitarias en el 96% de los casos (n=126); y la incidencia fue de 0,3 por cada 1000 altas (upp intrahospitalaria, n=5). El grado de acuerdo respecto a la existencia o no de upp entre el registro de enfermería vs CMBD fue bajo, índice kappa de 0,31. El grado de acuerdo respecto al origen de la upp (comunitaria o intrahospitalaria), calculado exclusivamente para la muestra (n=111) compuesta por las altas con registro de upp tanto por enfermería como en CMBD, fue moderado, índice Kappa de 0,48.
La "tasa de upp al alta hospitalaria" según la definición de la Agency for Healthcare Research and Quality para el mismo periodo a estudio fue de 17,61 cada 1000 altas.

DISCUSIÓN En la detección de la upp, el registro de enfermería tiene una sensibilidad superior respecto al CMBD, tanto para upp comunitaria como intrahospitalaria. La enfermera identifica y registra las upp más incipientes.
El indicador de calidad "Tasa de upp al alta hospitalaria" empleado tradicionalmente en el sistema sanitario (Agency for Healthcare Research and Quality) basado en CMBD podría estar infravalorando, según nuestra experiencia, la magnitud real de este evento adverso.

AUTORES: *MIREIA LADIOS MARTIN; JOSÉ FERNÁNDEZ DE MAYA; FRANCISCO JAVIER BALLESTA LÓPEZ; JOSÉ DAVID ZAFRILLA MARTÍNEZ; JOSÉ MARÍA IBARRA SÁNCHEZ; ANA MARÍA TORRES SÁNCHEZ.*

ID 72

TITULO Innovación y calidad en la relación terapéutica y la satisfacción del paciente: encuesta en Salud Mental

OBJETIVOS Datos recientes señalan que las principales fuentes de innovación en las organizaciones sanitarias proceden de los profesionales de primera línea y los usuarios, a menudo relegados a un segundo plano en la investigación acerca de las claves de la alianza terapéutica. El objetivo de este estudio es explorar los factores más valorados por el paciente cuando se trata de construir una relación terapéutica satisfactoria en el ámbito de la salud mental.

MATERIAL Y METODOS Elaboración y validación de una encuesta de 50 ítems a partir de un enfoque multidisciplinar, partiendo de dos fuentes: sistematización de las quejas de los pacientes acerca de la atención recibida, junto con la revisión y actualización de la investigación realizada en el ámbito del análisis de los aspectos que el paciente más valora en la relación con los profesionales sanitarios.
Administración de la encuesta a una muestra de 227 pacientes atendidos en un Centro de Salud Mental Ambulatorio de adultos. Análisis de la validez y fiabilidad de la encuesta, análisis factorial y estudio de la jerarquía de los elementos clave o más valorados a partir de las puntuaciones medias de cada ítem, así como de las diferencias según sexo y edad.

RESULTADOS La encuesta posee una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach: 0.93), obteniéndose unos valores adecuados de suficiencia muestral (test de Kaiser-Meyer-Olkin=0.848) y ausencia de esfericidad (test de Barlett: ji cuadrado=5198.5, gl=1125, p<0.0001). El análisis factorial (método de componentes principales, rotación Varimax) extrajo 3 factores que explican el 40,5 % de la varianza. El primer factor (26.29% de la varianza) representaría la percepción del paciente acerca de la información recibida, la consideración de su opinión y la posibilidad de participar o implicarse en el tratamiento. El segundo factor (9.68% de la varianza) reflejaría aspectos de tipo formal, mientras que en el tercero (4,22% de la varianza) tendrían importancia los elementos relacionados con valores y actitudes (respeto, disponibilidad, sinceridad…).
El aspecto más valorado por los pacientes es la "sinceridad" del profesional (puntuación media: 9.34 sobre 10). Cuestiones asimismo altamente apreciadas (puntuación media superior a 9) son el trato respetuoso, atención a la confidencialidad, disponibilidad del profesional, provisión de información acerca de la enfermedad y el tratamiento, o coordinación entre profesionales. Las mujeres tienden a asignar valores superiores en la mayoría de ítems de la encuesta. Los pacientes de mayor edad valoran más la experiencia del profesional y la disponibilidad telefónica.

DISCUSIÓN La evaluación por parte del paciente de los aspectos esenciales de la relación terapéutica recae en factores vinculados a ciertos valores (sinceridad, respeto), actitudes y formas (disponibilidad, trato), así como en la provisión de información y la adecuada coordinación interprofesional.

AUTORES: *ANTONI COROMINAS DÍAZ; INMACULADA JÓDAR ORTEGA; MARÍA JOSÉ REYES RAMOS; MARÍA DEL MAR BODAS MARTÍNEZ; ISABEL FRIGOLA DE VEHÍ.*

ID 77

TITULO Evaluación y mejora en el manejo de los medicamentos en las unidades de enfermería de un hospital de área

OBJETIVOS Mejorar el cumplimiento de los protocolos y normas de funcionamiento interno para la correcta manipulación y almacenamiento de la medicación en los botiquines de las unidades de enfermería y en los carros de parada del hospital con el fin de evitar posibles efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos en pacientes hospitalizados.

MATERIAL Y METODOS Estudio antes y después mediante la evaluación del cumplimiento de una serie de criterios que evalúan la correcta manipulación y almacenamiento de la
medicación en los botiquines y carros de parada de las unidades de hospitalización. Para ello, se establecieron 12 criterios de evaluación. Se evaluó un total de 20 unidades de hospitalización, incluyendo todas las unidades de las diferentes especialidades médicas y la Unidad de Cuidados Intensivos Coronaria y Polivalente. Tras analizar los datos de la primera evaluación se implementaron siete medidas correctoras cuyos resultados se evaluaron posteriormente empleando los mismos criterios de evaluación.

RESULTADOS En la primera evaluación se obtuvo un total de 153 incumplimientos (65,38%).
De ellos, los criterios que acumulan más del 60% de incumplimientos sobre los que se
aplicaron por tanto las medidas correctoras son la disponibilidad del listado actualizado de medicamentos de alto riesgo en las unidades (95%), la realización de los registros de estupefacientes según protocolo (94,44%), el almacenamiento de los medicamentos separados según principio activo, dosis y vía de administración (80%), el almacenamiento de los viales de cloruro potásico separados del resto de medicamentos (90%), la anotación de la fecha de apertura en las presentaciones farmacéuticas multidosis en uso (90%) y la ausencia de medicamentos almacenados fuera en las estanterías, fuera de los cajetines (95%).
Después de la implementación de las medidas correctoras, en la segunda evaluación, el número de incumplimientos fue de 81 (34,62%). En todos los criterios evaluados se obtuvo una mejora, excepto en el criterio que hace referencia al almacenamiento de los medicamentos y sueros que se encuentran en el carro de parada, fuera de las maletas. En este criterio aumentó el número de incumplimientos en la segunda evaluación (5,26% a
21,05%). En cambio, el criterio que hace referencia a la presencia en las unidades del listado actualizado de medicamentos de alto riesgo pasó de tener el máximo de incumplimientos en la primera evaluación, a tener el mínimo en la segunda evaluación (de 95% a 10). La mejora fue estadísticamente significativa en 9 de los 12 criterios evaluados.

DISCUSIÓN El almacenamiento de los medicamentos y sueros de los carros de parada de las unidades de enfermería muestra un nivel de calidad mejorable. Los cambios y revisiones realizados por los supervisores de enfermería, el trabajo conjunto con el Servicio de
Farmacia y la actualización y difusión de los protocolos y normas de funcionamiento interno, han conseguido mejorar la situación inicial.

AUTORES: *MARÍA DEL CARMEN PÉREZ GARCÍA; VICTORIANO SORIA ALEDO; FRANCISCO COLLANTES ALCARAZ; MARÍA DE LOS ÁNGELES MARTÍNEZ BUENO; MARÍA DOLORES IRANZO FERNÁNDEZ; JESÚS LEAL LLOPIS.*

ID 79

TITULO HIPERPROLACTINEMIA TRATADA CON CABERGOLINA Y AFECTACIÓN VALVULAR. ¿SE PRECISAN ECOCARDIOGRAMAS FRECUENTES DE CONTROL?

OBJETIVOS Se ha descrito fibrosis e insuficiencia valvular en relación con el tratamiento con agonistas dopaminérgicos en la enfermedad de Parkinson. Las dosis de cabergolina utilizadas en la hiperprolactinemia son diez veces menores. La agencia del medicamento recomienda controles ecocardiográficos frecuentes durante el tratamiento crónico con este fármaco. Nuestro objetivo es determinar la prevalencia en nuestro medio de afectación valvular significativa en una población hiperprolactinémica en tratamiento crónico con cabergolina.

MATERIAL Y METODOS Se estudiaron un total de 62 pacientes hiperprolactinémicos mediante ecocardiograma; en 10 se consiguió un registro basal antes de iniciar tratamiento con cabergolina (TC) y en los 52 restantes cuando ya lo estaban recibiendo crónicamente. Se excluyeron pacientes con cardiopatía estructural específica.

RESULTADOS La edad media fue de 41 años (DE ± 15), la mayoría mujeres (81%) y el 55% con algún factor de riesgo cardiovascular (FRCV). La mediana de dosis acumulada (DA) fue de 138 mg (RI 2-709) y la de tiempo de tratamiento (TT) de 56 meses (RI 1-182). En 4 pacientes se objetivó una insuficiencia valvular ≥ a ligera (6,5%), 3 de ellos bajo TC (2 insuficiencias aórticas ligeras y 1 insuficiencia tricuspídea ligera) y 1 previo al inicio de TC (insuficiencia aórtica ligera). Al analizar los cuartiles de DA y de TT, no se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la presencia de insuficiencia valvular ≥ a ligera (p=0,10 y p=0,07, respectivamente). En aquellos pacientes con más de un ecocardiograma durante el seguimiento no se observó ninguna afectación evolutiva. La prevalencia de esclerosis valvular fue del 20,7%, 6,1 % de engrosamiento valvular y 3,6% de calcificación valvular, sin diferencias estadísticamente significativas respecto a recibir o no TC, DA o TT. Los pacientes con FRCV tuvieron 2,2 veces más riesgo de presentar esclerosis (p=0,005, IC 95% (0,69-3,97)). Todos los pacientes con calcificación valvular presentaban al menos un FRCV.

DISCUSIÓN La prevalencia de afectación valvular significativa en nuestra serie de población hiperprolactinémica en tratamiento crónico con cabergolina es nula, independientemente de la dosis acumulada y del tiempo de tratamiento. Estos resultados sugieren que podría espaciarse la realización de ecocardiogramas seriados durante el seguimiento en esta población.

AUTORES: *EVA PUEO CRESPO; DOLORS VILES BERTRAN; ANNA BOSCH GAYA; ALBINA ALDOMÀ BALASCH; SILVIA GONZÁLEZ SUCARRATS; FERNANDO WORNER DIZ.*

ID 80

TITULO MEJORAS EN LA GESTION DE LA RESTAURACIÓN DE TRES HOSPITALES EN CATALUNYA CON CERTIFICACIÓN TRANSVERSAL DE ISO 9001:2008

OBJETIVOS MEJORAR LA GESTION de la restauración integral de tres hospitales de forma transversal a través de la certificación ISO 9001:2008, INCREMENTANDO LOS NIVELES DE SATISFACCIÓN de todo el universo de usuarios (pacientes, clientes internos y externos) e INCLUYENDO LOS INDICADORES de las auditorias higiénico-sanitarias de HAPPC en del cuadro de mandos de SEGURIDAD DEL PACIENTE de los tres Centros

MATERIAL Y METODOS Los tres Centros de restauración eran, hasta el momento de la decisión estratégica de certificación transversal y de integración como proceso de Soporte No Asistencial, gestionados por empresas externas con resultados en las encuestas de satisfacción y auditorias higiénico-sanitarias de los Organismos Sanitarios poco satisfactorias.
Una vez planteada la certificación y con el enfoque de la evaluación continuada entendida como instrumento de regulación y vía de control para detectar funcionamientos deficientes o ineficaces, se establecieron una serie de objetivos y acciones de mejora a cumplir dentro del marco de la Certificación y los requisitos HAPPC, potenciando de forma directa las relaciones entre las diferentes áreas asistenciales de los Centros (dietética y nutrición, servicio de endocrinología, etc.) y los Servicios de Soporte a la Asistencia, para asegurar la eficacia del servicio a todos los usuarios y satisfacer todas sus necesidades y expectativas.
Se revisó la información recogida en las encuestas de satisfacción en los últimos años y se analizó la tendencia de los datos; una vez identificados los aspectos peor valorados a través del grupo de trabajo multidisciplinar se establecieron varias acciones (revisión de los procedimientos de preparación de menús, recomendaciones a pacientes, cumplimiento de gramajes, criterios únicos para controles microbiológicos, etc.)

RESULTADOS 12 oportunidades de mejora identificadas y categorizadas en 4 grupos: SEGURIDAD DEL PACIENTE, ORGANIZACIÓN, COMUNICACIÓN, PLANES DE LIMPIEZA. Una vez puestas en marcha todas las acciones de mejora en los resultados se observó un incremento del 11% en los resultados de las encuestas de satisfacción y una disminución del 5% en el número de reclamaciones

DISCUSIÓN Trabajar en EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES (asistenciales y no asistenciales) multiplica las oportunidades de mejora y favorece el consenso para soluciones efectivas.
CREAR UN EJE DE EXIGENCIA Y MEJORA CONTÍNUA COMÚN, acelera la implantación de cualquier cambio y detección de procesos no eficientes a modificar.
IDENTIFICAR Y CATEGORIZAR las oportunidades de mejora no implica coste sino mejoras en la comunicación y organización ahorrando tiempo, incrementando seguridad a los pacientes y seguridad a los procesos.
El grupo se retroalimenta positivamente generando mayor cantidad de objetivos de mejora.
El trabajar no solo PARA, sino CON EL ÁREA ASISTENCIAL (con reuniones de trabajo conjuntas o simplemente informativas/consultivas para tener su visión), multiplica la eficacia y solidez de cualquier implantación para un área de soporte

AUTORES: *MIGUEL SIERRA NOGUERAS; ELENA GÓMEZ FELIPE; LAURA ALFARO CADENAS; MARIO BLANCO RODRÍGUEZ.*

ID 82

TITULO TRATAMIENTO NUTRICIONAL DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO: ERRORES DETECTADOS EN LA PAUTA

OBJETIVOS Detectar los errores del tratamiento nutricional durante el ingreso.
Determinar la frecuencia, tipos de error y servicios donde se producen, para minimizarlos y gestionarlos buscando soluciones.

MATERIAL Y METODOS Diseño: Estudio descriptivo
Población de estudio: pacientes hospitalizados. Unidades implicadas: todas las de hospitalización.
Período de estudio: octubre de 2012
Características: Revisión diaria telemática del 100% de las dietas pautadas por Servicio de Nutrición y Dietistas, detección de errores y gestión de los mismos a través del grupo funcional formado por: los servicios citados, Interna, Geriatría, Cirugía General, Unidad de nutrición Artificial y Epidemiología.
Variables estudiadas: servicio de ingreso, tipo de dieta, edad, sexo, lista de problemas y antecedentes personales de la historia clínica.
Análisis: Se calcularon estadísticos descriptivos en cada área monitorizada y se estimaron los costes asociados.

RESULTADOS Se estudió un total de 1985 pacientes durante diez días del mes de octubre del 2012. La media de pacientes ingresados fue de 284 pacientes /día y un 30% de los pacientes tenía dieta absoluta para cocina, de los que un 25% llevaba nutrición artificial.
El 100% de los pacientes ingresados lleva una dieta asignada, obligado por el sistema informático.
En 122 pacientes se detectaron errores en la pauta. Distribuido por servicios con respecto a los pacientes ingresados a su cargo: el 61% ingresados en Interna presentaba un error en la pauta, el 39.3% ingresados a cargo de Cirugía General, el 19% a cargo de otros servicios médicos, el 35 % a cargo de otros servicios quirúrgicos, y el 5% de errores en pacientes revisados por varios servicios.
La edad media de los pacientes con error era de 68 años y la distribución por sexos era 58 mujeres y 63 hombres.
Los errores más frecuentes detectados fue: no incluir en la dieta la diabetes mellitus (23%), no evolucionar las dietas de tolerancia (17%), no cubrir los aportes energéticos (11%), no adecuar la consistencia (10%), dieta no adecuada a su patología (9%), pautar en un lugar no recuperable para el sistema (8%), no se comunicaba la alergia alimentaria de forma adecuada (6%) y otros errores (16%).
El 69% de los errores, se solucionaron con la revisión en menos de 24 horas.
El 18% de los errores detectados produjeron unos costes estimados de 1.560 €/día (44 estancias más x 240 €/d).

DISCUSIÓN El 6 % de los errores detectados, están en relación con la malnutrición hospitalaria. produciendo unos costes estimados de 1.560 €/día.
La revisión sistemática informatizada de un grupo de trabajo, puede disminuir su incidencia y consecuencias.
Es preciso crear cultura nutricional en las organizaciones Hospitalarias, que aumente la sensibilidad en el momento de la pauta del tratamiento nutricional

AUTORES: *PILAR LUNA CALATAYUD; RICARDO BOU MONTERDE; JUAN ANTONIO AVELLANA ZARAGOZA; NURIA UJAQUE VALLET; ANA SOLER ALONSO-GENÍS.*

ID 85

TITULO GRÁFICOS DE CONTROL ESTADÍSTICO EN LA MONITORIZACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

OBJETIVOS Identificar los puntos de mejora de los procesos de prescripción, preparación y administración de medicamentos mediante los gráficos de control estadístico en el ámbito hospitalario.

MATERIAL Y METODOS Ámbito: Hospital general terciario con 1.000 camas. Diseño del estudio: Observacional y prospectivo desde mayo de 2011 hasta mayo de 2013. Población y muestra: 368 pacientes hospitalizados con tratamientos prescritos en las 24h siguientes al ingreso y con ≥ 4 medicamentos. Variables: Los errores de medicación (EM) se identificaron mediante la revisión de la prescripción, la preparación de la medicación dispensada por Dosis Unitarias del Servicio de Farmacia y la observación directa de la administración de medicamentos en la sala de hospitalización y análisis de causas. Se analizaron un total de 3.171 medicamentos prescritos, 4.489 dosis preparadas y 2.459 dosis administradas. Los estándares de calidad establecidos para las fases de prescripción, preparación y administración fueron 2, 2 y 4 %, respectivamente. Análisis estadístico: los gráficos de control estadístico de los procesos fueron realizados con Minitab Statistical Sofware 16®.

RESULTADOS De los 368 pacientes estudiados, el 77,4 % presentó algún EM. La tasa global de error del proceso de prescripción fue 2,5 % (IC95%: 2,0-3,1) siendo el gráfico control el que permitió observar que el proceso mejoró, estabilizándose en los últimos 15 meses en torno al 1,5 % y presentando una menor variabilidad. En el caso de la preparación la tasa global de EM fue 1,7 % (IC95%: 1,3-2,1), siendo el proceso estable según el gráfico control obtenido. Finalmente, el proceso de administración fue el que presentó mayor tasa global de error, 3,5 % (IC95%: 2,8-4,3), además, su gráfico control mostró un comportamiento inestable con aumento de la tasa de errores entorno al 6%. Los principales errores observados en la administración de medicamentos a las 9 horas fueron de retraso de horario y de incumplimiento de instrucciones en la dilución de los fármacos intravenosos especificadas en la hoja de administración.

DISCUSIÓN Las tasas globales de EM permiten compararse con los estándares de calidad pero son insuficientes para supervisar los procesos e identificar su variabilidad y los valores puntuales anómalos. La información extraída de los gráficos muestra que la administración requiere acciones de mejora basadas en la normalización de los horarios de administración y en la formación del personal para cumplir los procedimientos de preparación de medicamentos intravenosos en las salas de hospitalización.

AUTORES: *ISABEL FONT NOGUERA; MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ MEGÍA; MARÍA DOLORES EDO SOLSONA; PAULA FAUBEL ROMERO; CARMEN MORA LUCAS; JOSÉ LUÍS POVEDA ANDRÉS.*

ID 88

TITULO EL SINASP EN GALICIA, ¿DONDE ESTAMOS Y HACIA DONDE VAMOS?

OBJETIVOS 1.- Analizar el impacto que ha tenido sobre la seguridad del paciente la decisión estratégica de implantar el SiNASP en todos los centros sanitarios del sistema público de salud.
2.- Presentar las lineas de desarrollo del SiNASP en Galicia para el periodo 2013 - 2014

MATERIAL Y METODOS 1)Se analizan de manera cuantitativa el total de notificaciones recibidas en el aplicativo SiNASP de Comunidad Autónoma de Galicia en el periodo 2011-2013. El tratamiento estadístico de los datos se hace con Excel.2)Se evalúa la tendencia de las notificaciones a lo largo del tiempo.3)Se realiza una revisión cualitativa de los factores que han contribuido al mantenimiento y la mejora del sistema en los hospitales y de los puntos débiles del mismo. 4) Se presentan las lineas de desarrollo del proyecto para los próximos dos años.

RESULTADOS 1)Entre enero de 2011 y mayo de 2013 se han realizado un total de 3559 notificaciones. Un 85% se cerraron con acciones de mejora. El colectivo más notificador es enfermería (68% delas notificaciones). Un 6 % de las notificaciones han sido clasificadas como SAC 1 ó 2, es decir, incidentes de riesgo extremo o alto. Se han realizado un ACR (Análisis causa raíz) en el 3 % de las notificaciones. Las áreas con más notificaciones son las de medicación e identificación. 2) La tendencia a la notificación es creciente, con 1007 notificaciones en el año 2011 y 1702 en el año 2012 (entre enero y mayo de 2013 se han recibido 857). 3)Entre los factores que han contribuído a esta tendencia positiva destacan: la inclusión de un objetivo relacionado con la notificación en los Acuerdos de Gestión entre la Gerencia del Servicio Gallego de Salud y las Gerencias de los centros; la participación de los directivos en los Núcleos de Seguridad; la implicación de los gestores de hospitales y el establecimiento de una comunicación permanente entre ellos y el equipo de soporte de la CCAA; las auditorías observacionales para comprobar in situ la implantaciónd el sistema; y la permanente retroalimentación: jornada anual de benchmarking,encuentros periódicos de gestores, remision mensual de indicadores, difusión de alertas y banco de ACR, así como presentaciones a Congresos y Jornadas. 4) El plan de desarrollo del SiNASP contempla por un lado la adaptación del sistema a las estructuras de gestión integrada, lo cual implica su extensión a atención primaria, y por otro, el establecimiento de alianzas con otros sistemas de notificación con los que queremos compartir conocimientos y aunar esfuerzos.

DISCUSIÓN Tras casi tres años desde su arranque en Galicia, podemos afirmar que la implantación del SiNASP con una perspectiva corporativa y un alcance del 100% de los hospitales ha constituido una estrategia importante para el aumento de la cultura de seguridad y para la puesta en marcha de mejoras en dicho ámbito.La apuesta de Galicia por el SiNASP afronta ahora nuevos retos: el de su consolidación y el de su adaptación a las estructuras de gestión integrada, lo que implica su extensión a Primaria.

AUTORES: *BEATRIZ PAIS IGLESIAS; BARBARA RODRÍGUEZ PÉREZ; MARIA DOLORES MARTÍN RODRÍGUEZ.*

ID 89

TITULO "IMPLEMENTANDO MEJORAS EN LA VALORACIÓN DEL DOLOR"

OBJETIVOS 1. Monitorizar las tasas de "valoración del dolor" y "valoración del dolor en las primeras 24 horas" en los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización del Complejo Hospitalario a lo largo del período a estudio.
2. Seleccionar una escala de valoración operativa para pacientes pediátricos (< 7 años) y de fácil comprensión para el personal de enfermería de la unidad.
3. Impartir formación.
4. Evaluar el impacto de la formación impartida

MATERIAL Y METODOS • Estudio descriptivo prospectivo de pacientes ingresados en nuestro Complejo Hospitalario entre enero de 2012 y diciembre de 2012 con valoración del dolor en gráfica de constantes del aplicativo informático Gacela.
• Se recogieron variables como: "valoración del dolor","valoración del dolor en las primeras 24 horas" y "valoración con resultado de dolor".
• Formación en cascada. Se imparte previamente formación a los mandos intermedios que actúan posteriormente como formadores del resto de personal.
• Se realiza un taller específico de formación para el personal de enfermería de dos unidades pediátricas en relación a la escala seleccionada para lactantes y niños < 7 años: la "Escala Llanto.
• Una vez impartida la formación se hace un seguimiento, mes a mes y durante el periodo a estudio, del registro en la gráfica de constantes del aplicativo gacela.
• Se hace partícipe a los profesionales de los resultados parciales que se van obteniendo a través de su supervisora.
• Análisis de datos con el paquete estadístico SPSS15.0 y Epidat 3.1

RESULTADOS • La tasa de pacientes con valoración del dolor en la gráfica de constantes al final del estudio es de 83,6% frente al 44,1% previo, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa (p<0,05, IC (47,5%-48,9%)).
• La tasa de pacientes con valoración del dolor en las primeras 24 horas es del 51,4% frente al 22,9% previo, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa (p<0,05, IC (10,9%-13,1%)).
• La tasa de pacientes valorados con resultado de dolor es llamativamente muy similar pese a haberse incrementado notablemente la tasa de pacientes valorados.
• La tasa de pacientes pediátricos (lactantes) con valoración del dolor utilizando la "Escala Llanto" al final del estudio es del 92,64% (no hay registros previos).

DISCUSIÓN Se concluye que, tras impartir la debida formación y hacer partícipes al mismo tiempo a los profesionales de los resultados alcanzados mes a mes, se aumenta su grado de concienciación y se mejoran considerablemente los indicadores de valoración del dolor agudo.
Se objetiva que, la escala EVA no resulta operativa para la valoración del dolor en los pacientes pediátricos de corta edad (<7 años) y que otras escalas, como Cries o Flacc, resultan de difícil interpretación para el personal de enfermería. Se realiza la búsqueda de una escala alternativa y de fácil comprensión y, tras impartir la debida formación, se comprueba un amplio grado de adherencia a la nueva escala.

AUTORES: *GREGORIO CÉSAR IGLESIAS CASAS; ANTÍA GONZALEZ VAZQUEZ; MARÍA VICTORIA CARRAL GARCÍA; MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ COTADO; SUSANA BEATRIZ PULGARÍN SOBRINO.*

ID 90

TITULO Esterilización y Sostenibilidad

OBJETIVOS Se pretende mostrar nuestra experiencia en la evolución hacia la sostenibilidad de la Unidad de Esterilización con el desarrollo de acciones encaminadas a conseguir la optimización del consumo de agua, de los recursos energéticos, y de la reducción de emisiones contaminantes.

MATERIAL Y METODOS 1.- Implantación y certificación de un sistema de calidad basado en la norma ISO 9001:2008 desde el 15 de abril del año 2009
2.- Implantación de un sistema de gestión ambiental en el Complexo Hospitalario de Pontevedra conforme a la norma UNE-EN ISO 14001:2004 desde el 13 de Octubre de 2010
3.- Realización de un circuito de reciclaje de agua de los autoclaves de vapor.
4.-Eliminación de la esterilización por óxido de etileno.
5.-Reducción de las horas de uso de los autoclaves mediante el establecimiento de un registro de encendico y apagado

RESULTADOS 1.- Reducción a 0 de emisiones de óxido de etileno.
2.-Reducción hasta el 61,67% del tiempo de las horas de encendido de los autoclaves
3.-Reducción del gasto en controles de Bowie&Dick.
4.-Reducción de horas de averías de los autoclaves.
5.-Reducción de más de 6000 m3 de agua al año.

DISCUSIÓN Con la implantación de un sistema de gestión de calidad y medioambiental hemos logrado una central de esterilización más sostenible.
La realización de un circuito de recirculación para el reciclaje del agua de los autoclaves de vapor es una experiencia pionera dentro de la red del SERGAS y queremos provocar su contagio.
Es imprescindible en este proceso contar con la colaboración del personal de otras unidades , especial referencia a los Servicios de Mantenimiento y Calidad

AUTORES: *FRANCISCO JOSÉ JUNCAL MENÉNDEZ; JOSÉ ANTONIO LOSADA FERNÁNDEZ.*

ID 92

TITULO IMPLEMENTANDO MEJORAS EN LA GESTIÓN DEL SINASP

OBJETIVOS
•Evaluar el impacto de la implementación de un nuevo sistema de gestión de las notificaciones en SINASP con gestores específicos de servicio.
•Detectar variables asociadas a la implementación de las acciones de mejora derivadas de las notificaciones

MATERIAL Y METODOS Estudio descriptivo retrospectivo de las notificaciones realizadas en el SINASP. Dicho estudio tiene lugar en dos fases: pre-implantación (diciembre 2010 -octubre 2011) y post-implantación (diciembre 2011 -octubre 2012).
Se realizó una comparación pre y post implantación de la nueva sistemática de gestión de los incidentes notificados en SINASP, que consistió en la incorporación de gestores específicos de servicio (REA,UCI y Urgencias), que conviven con los gestores polivalentes ya existentes
Se recogieron variables como tipo de gestor, servicio al que pertenece, área afectada, estado de las propuestas de mejora que derivan de las notificaciones, entre otras…
Análisis de datos con el paquete estadístico SPSS 15.0 y epidat 3.1

RESULTADOS El total de notificaciones analizadas en el período pre implantación fueron 38 frente a 72 post implantación. El 54,2% de estas últimas fueron gestionadas por gestores específicos de Servicio. Se aumentó el porcentaje de notificaciones realizadas en las áreas que poseen gestor específico.
Tras la intervención se ve aumentado el porcentaje de notificaciones que se detectan antes de alcanzar al paciente pasando de un 28.9% a un 37,5%.
Con respecto a las propuestas de mejora que derivan de las notificaciones, tras la intervención se ve aumentado el porcentaje de mejoras implementadas encontrándose una diferencia estadísticamente significativa (antes: 21.1%; después: 52,8%; p<0,05, IC (12,4%-51,1%)) y de aquellas que se encuentran en proceso, en las que no se encuentra diferencia estadísticamente significativa (antes: 26.3%; después: 34,7%). La mayoría de las propuestas de mejora "implementadas" fueron gestionadas por gestores de servicio específicos (65.8%) y de las que se encuentran "en proceso" por gestores polivalentes (60,0%).
Los gestores específicos con mayor porcentaje de propuestas de mejora implementadas fueron el de Urgencias (100%) y Anestesia (61,3%).
En cuanto al tipo de incidente más notificado pre-implantación es el relacionado con medicación, que a su vez registra mayor número de propuestas de mejora implementadas (50,0%), mientras que el incidente más notificado post-implantación es el relacionado con equipos-dispositivos, con un porcentaje de propuestas de mejora implementadas del 68,4%, seguido de las de medicación con un 18,4%.

DISCUSIÓN El cambio en la sistemática de gestión del SINASP ha contribuido a incrementar las notificaciones en las áreas con gestor específico asignado, obteniéndose también un aumento en el volumen de propuestas de mejora implementadas que derivan de las notificaciones.
El hecho de que se implementen las propuestas de mejora parece que repercute en el incremento de las notificaciones.

AUTORES: *ANTÍA GONZÁLEZ VÁZQUEZ; GREGORIO CÉSAR IGLESIAS CASAS; MARÍA CONCEPCIÓN ALONSO GONZÁLEZ; JULIA MERA GUERRERO; JUAN JESÚS VARELA CORREA; JOSÉ CARLOS VILLAR CHAO.*

ID 95

TITULO MORTALIDAD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO: INDICE DE CALIDAD ASISTENCIAL

OBJETIVOS Introducción. El proceso de morir ha sufrido cambios desplazándose progresivamente desde el hogar y la familia hacia el médico y los centros hospitalarios. Diversos factores hacen que cada vez con más frecuencia acudan a los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) pacientes con enfermedades evolucionadas, con mala calidad de vida y con problemas insolucionables en el medio hospitalario que abocan irremediablemente a la muerte. El registro de mortalidad en un SUH es un dato epidemiológico que además nos sirve como indicador de calidad. Objetivo general: Describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes fallecidos en un Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH). Objetivo específicos: Determinar las causas de mortalidad en el Servicio de Urgencias Hospital General Universitario; analizar el proceso asistencial en Urgencias y los pasos en los que se puede mejorar.

MATERIAL Y METODOS Metodología. Tipo de estudio: Descriptivo y relacional retrospectivo de los pacientes fallecidos en el SUH durante los años 2007-2011, excluyendo los pacientes de las áreas de pediatría y ginecología. Variables a estudio: Edad, sexo, datos clínicos del proceso de Urgencias, consulta previa, tiempo de permanencia, muerte esperada, índice de Karsnofsky y la ubicación del paciente en el momento del óbito. Análisis estadístico: Programa SPSS; p<0,05.

RESULTADOS Resultados. Los pacientes fallecidos en los cinco años analizados fue de 614, el 12,86% (n=79) llegaron fallecidos. La tasa de mortalidad fue de 0,10% (535 fallecidos/515.000 Urgencias) (103,88 fallecidos/100.000 Urgencias). La edad media fue de 79,70 años y el 50% fueron mujeres; el 26,2% habían consultado por el mismo motivo en Urgencias en las últimas dos semanas. El 18,4% tenían una neoplasia y de estos el 38% tenían metástasis; el 57,3% tenían alteraciones de la frecuencia cardíaca y el 57% alteraciones frecuencia respiratoria; el 32,3% tenía un ECGlasgow <10; el 28,1% tiene deterioro cognitivo moderado-severo; El 75,4% tiene parámetros de muerte esperada; el 66,8% tenían un Indice de Karnofsky <50; Se hicieron maniobras de RCP en el 23%. El lugar más frecuente de fallecimiento es Observación en el 74,2%. La causa más implicada en los fallecimientos es la sepsis con 39,5%; otras: ICC 14,5%; Cardiopatía isquémica 9,4%; Neoplasias 9%; Politraumatizado 8,7%; el TEP 7%; En el 8,6% de los casos se realizó interconsulta a Unidades de Críticos; Se solicitó necropsia en el 20,7% de los casos, siendo la mayoría (90,6%) judiciales.

DISCUSIÓN La tasa de mortalidad en Urgencias es similar a la de otros servicios de Urgencias Hospitalarios. La causa más frecuente de fallecimiento es la sepsis lo que nos ha llevado a realizar una revisión del proceso de atención al paciente séptico y la coordinación con las diversas unidades implicadas. El Área de Observación es donde mas exitus se producen aunque se han detectado casos de muerte en el área de radiología y en la sala de espera asistida.

AUTORES: *FRANCISCO JAVIER LUCAS IMBERNON; MARTA BALLESTEROS MERINO; CARMEN LLANOS VAL JIMENEZ; MARIA MARTINEZ MORATALLA DE LA PRIDA; RICARDO REOLID MARTINEZ.*

ID 96

TITULO EVALUACIÓN, VÍA ELECTRÓNICA, DE LA PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS

OBJETIVOS Conocer la percepción de Seguridad de los Pacientes en los Servicios de Urgencias Hospitalarios.

MATERIAL Y METODOS Elaboramos un cuestionario a partir del documento de 2010 del Ministerio "Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios" adaptada a los Servicios de Urgencias Hospitalarios. Adaptamos el cuestionario a un formulario de Google docs.
Contactamos con Asociaciones de Pacientes, que nos facilitaron su correo electrónico. Por mail enviamos una carta de presentación y un enlace que conducía al cuestionario, una vez finalizada la cumplimentación lo enviaban de forma automática y anónima. En la carta se solicitaba que la distribuyeran a sus socios, y a cada uno que le llegó se le invitaba a que la distribuyera a sus contactos, de manera que se pretendía conseguir una distribución en cadena.
Posteriormente realizamos un análisis mediante el programa estadístico Stata 12.1.

RESULTADOS Se recibieron 262 respuestas, entre ellos 123 (47%) habían acudido en el último año a un Servicio de Urgencias Hospitalario. La edad, sexo y nivel de estudios no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.
Los encuestados refirieron las siguientes complicaciones tras su visita a los Servicios de Urgencias: El 6.4% presentó una infección tras su estancia en urgencias; el 4.03% una reacción alérgica; el 4.9% volvió a ser operado de forma imprevista después de haber sido intervenido quirúrgicamente de urgencia; el 3.2% se cayó, se fracturó o tuvo algún tipo de accidente; el 21% obtuvo un diagnóstico equivocado; el 10.56% recibió una medicación equivocada; y el 4.06% fue confundido con otro paciente durante su estancia.
El 12.09% cree que sufrió un incidente en el Servicio de Urgencias. El 53.1% no está de acuerdo en que el incidente se detectó rápidamente, el 41.9% no está de acuerdo en que se resolviera de forma satisfactoria; el 59,4% no está de acuerdo en que se resolviera con rapidez; el 46.8% no está de acuerdo en que la información recibida por parte del personal sanitario sobre el incidente fuera suficiente y clara; el 48,27% no está de acuerdo con la afirmación "el personal pidió disculpas ante el incidente"; el 55.17% no está de acuerdo con la frase "el personal sanitario le comunicó que tomaría medidas para evitar que volviera a suceder este tipo de incidentes.
A la pregunta de la sensación de seguridad que le produjo la atención sanitaria durante el tiempo que estuvieron en urgencias: el 67.2% se sintieron seguros, el 16% ni seguros ni inseguros y el 16.8% se sintieron inseguros.

DISCUSIÓN La vía electrónica se muestra como un método útil, sencillo y barato para conocer las opiniones de los pacientes.
La sensación de sufrir incidente en Urgencias, 12.09%, es coincidente con los datos del estudio EVADUR, llevado a cabo en los Servicios de Urgencias de nuestro país.
Dos de cada tres pacientes perciben como segura la atención sanitaria en Urgencias.

AUTORES: *JULIÁN MOZOTA DUARTE; ANA MARIA MATARREDONA PAREJA; IRENE CID JIMÉNEZ; ANA ISABEL CONDÓN ABANTO; PAULA PUERTAS ERAUSO; RAFAEL AMORÓS GARCÍA.*

ID 100

TITULO Identificación universal e inequívoca de los pacientes de cuidados intensivos y urgencias de un hospital universitario

OBJETIVOS Evaluar la correcta Identificación Universal e Inequívoca de pacientes del Servicio de Urgencias y de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), a través del brazalete identificativo en un Hospital Universitario

MATERIAL Y METODOS El diseño se plantea desde un enfoque cuantitativo y trasversal. La población de estudio son los pacientes ingresados en la UCI y los ubicados en el Servicio de Urgencias (tanto en Boxes como en la Unidad de Observación) del Hospital en el momento de la recogida de datos. Los criterios de exclusión fueron: pacientes no ubicados en el box de UCI o en Urgencias en el momento de la recogida de datos por estar fuera de la unidad realizándose alguna prueba complementaria. Como instrumento de recogida de datos, se elaboró una plantilla de elaboración propia, para registrar las variables del estudio. Los datos se recogieron de forma directa por el equipo investigador, y comprende las siguientes variables: unidad donde estaba ubicado el paciente, (box de UCI, boxes o unidad de observación de Urgencias) y si el paciente lleva el brazalete identificativo o carece de identificación

RESULTADOS Se ha realizado una medición por pares durante 8 semanas de los meses de marzo a mayo de 2013, pasando un total de 16 días por las unidades anteriormente mencionadas. Durante el periodo de estudio, en la UCI se revisaron 259 pacientes, en la Unidad de Observación de Urgencias 151 y en los Boxes de Urgencias 221 pacientes.
Los resultados dejan de manifiesto que del total de pacientes de la UCI, el 1.93% estaban correctamente identificados con el brazalete. Respecto a Urgencias en la Unidad de Observación estaban identificados el 46.35% de los pacientes y en los Boxes, el 56.56% de los pacientes estaban correctamente identificados con el brazalete identificativo

DISCUSIÓN En los últimos años hemos asistido al reconocimiento de la seguridad del paciente como un elemento prioritario de las organizaciones sanitarias y dentro de estas líneas, la identificación inequívoca y universal de pacientes ingresados, a través de los brazaletes identificativos. Los errores ocasionados por este tema son la segunda causa de error en el medio hospitalario ya que pueden derivarse desde diagnósticos erróneos hasta la realización de pruebas, a pacientes equivocados. A tenor de los resultados obtenidos, consideramos esencial realizar una propuesta de elaboración de un ciclo de mejora en este ámbito en el Hospital Universitario estudiado, ya que sobre todo en la UCI, solamente el 1.93 % de los pacientes esta correctamente identificado y dado que a los profesionales nos compete confirmar la identidad del paciente siempre que se realice un procedimiento diagnóstico o terapéutico que suponga riesgos para él a fin de evitar errores asociados, queda más que justificado este ciclo de mejora, elevándose así la Seguridad del Paciente y por ende una mejora en la calidad asistencial
Palabras clave: Enfermería, Seguridad del Paciente, Identificación Inequívoca, Brazalete Identificativo, Urgencias, Cuidados Intensivos

AUTORES: *CÉSAR CARRILLO GARCÍA; CARMEN MARÍA MORENO ABELLAN; MARÍA ISABEL RÍOS RÍSQUEZ; EMILIANA DE LOS ÁNGELES SABUCO TÉBAR; MARÍA EMILIA MARTÍNEZ ROCHE.*

ID 102

TITULO DE LA TEORIA A LA PRÁCTICA: EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE UN HOSPITAL COMARCAL

OBJETIVOS La importancia de la Seguridad del Paciente es algo conocido por todos y plasmado en los distintos planes, programas y estrategias elaborados en los últimos años por organizaciones internacionales, nacionales y autonómicas. Nuestro objetivo era trasladar todas estas estrategias a un hospital comarcal mediante la elaboración de un Plan de Gestión de Seguridad del Paciente difundido y aceptado por toda la organización.

MATERIAL Y METODOS Durante el primer semestre de 2012 tras conocer el ámbito de actuación, la actividad asistencial y las actividades en Seguridad del Paciente que se venían realizando en los últimos años en el hospital, se utilizó la técnica DAFO-CAME para determinar las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de la organización y las claves estratégicas en SP. A continuación y en base a lo anterior, se determinó la estructura organizativa en Seguridad del Paciente y las principales líneas estratégicas. Se elaboró así una primera versión del Plan de Gestión de la Seguridad del Paciente constituido por 9 líneas estratégicas, 25 objetivos y 50 indicadores que debía someterse a sucesivas revisiones hasta la obtención del plan definitivo.
Dicho plan fue presentado en julio de 2012 y, tras 6 meses, siguiendo el ciclo de mejora continua consideramos de interés evaluar el impacto real que había tenido en la actividad del hospital para poder plantearnos los cambios necesarios y con dicha información elaborar así el plan definitivo. Se ha valorado la existencia o no de documentos para cada una de las líneas estratégicas y la posibilidad de recoger la información relativa a los objetivos e indicadores incluidos en el plan.

RESULTADOS Disponemos de información de 7 de las 9 líneas estratégicas. Se han elaborado 8 procedimientos en relación a los objetivos incluidos en el plan. Podemos evaluar 13 objetivos y 24 indicadores.

DISCUSIÓN La elaboración de un Plan de Seguridad supone un importante avance dado que, es fundamental para una organización saber en qué punto se encuentra, cuál es su visión de futuro, así como disponer de un plan estructurado que contenga sus diferentes estrategias.
Asimismo, consideramos que para obtener unos buenos resultados en seguridad, todos los profesionales deben conocer y hacer suyos los objetivos incluidos en el plan. Tras esta primera evaluación estamos en disposición de centrarnos en las estrategias menos desarrolladas, así como continuar mejorando las estrategias que actualmente tenemos más avanzadas.

AUTORES: *CRISTINA GONZÁLEZ STEINBAUER; CONCEPCIÓN OLIVER MARTÍNEZ; CARLES MAYORDOMO FERNÀNDEZ; SERGIO GARCÍA VICENTE.*

ID 103

TITULO Disminuyendo la proporción de partos quirúrgicos. Estandarización de cesáreas

OBJETIVOS Disminuir la variabilidad en la práctica médica de la cesárea mediante la estandarización del proceso de cesárea y sus indicaciones médicas evitando la realización de cesáreas innecesarias.
Objetivo 1º: Evitar realización de cesáreas innecesarias
Objetivo 2º: disminuir la tasa global bruta de cesáreas

MATERIAL Y METODOS La tasa de cesáreas en occidente ha experimentado un aumento constante a lo largo de las últimas décadas. . La elevación del porcentaje de partos quirúrgicos no se ha acompañado, sin embargo, de una disminución de la morbimortalidad maternofetal.
La elevada cifra de cesáreas obliga a reflexionar sobre la necesidad de un cambio de actitud. Parece necesaria una disminución de la medicalización del trabajo de parto y un menor intervencionismo, con el fin de reducir las intervenciones innecesarias, sus complicaciones y el coste económico adicional que acarrean.
Sujetos: Gestantes que acudieron a dar a luz a nuestro Centro desde Junio de 2012 hasta Abril de 2013
Método: En nuestro servicio hemos elaborado un estándar de cesáreas adaptando a nuestros medios y capacidades el estándar previamente difundido y fomentado por el Ministerio de Sanidad. Nuestro objetivo es que el 100% de las cesáreas programadas y el 90% de las urgentes cumplan el estándar, es decir, se consideren médicamente indicadas. Las cesáreas se revisan semanalmente, se analiza su adecuación al estándar y, en caso de que no se consideren adecuadas, se analiza el por qué de la actuación del tocólogo responsable en ese momento y se estudian posibles alternativas para la solución del caso clínico en cuestión; en definitiva, se intenta aprender del error para no repetirlo en el futuro.

RESULTADOS Establecemos dos momentos históricos:
-El periodo pre-estandarización, que comprende los meses de junio a octubre de 2012 (ambos inclusive) . En esta primera fase hubo un total de 372 partos, de los cuales un 13,9% terminaron el cesárea. De éstas 30 fueron programadas y 22 urgentes. En las programadas se cumplió el estándar en un 100 % de los casos. En las urgentes el porcentaje de cumplimiento osciló entre el 20 % (agosto) y el 100 % (octubre) con una media de 55,8% de cumplimiento.
-El periodo de estandarizado, que comprende desde noviembre 2012 hasta la fecha. Tras la introducción de la estandarización de cesáreas hemos tenido un total de 553 partos, con un porcentaje global de cesáreas del 11,75 %. De éstas, 33 han sido programadas (cumplimiento 100%) y 32 urgentes. El % de adecuación al estándar en las cesáreas urgentes osciló entre el 85 y el 94%.

DISCUSIÓN La introducción de la estandarización de cesáreas en nuestro centro ha supuesto una gran mejoría en las indicaciones de cesárea urgente, alcanzando cifras elevadas de cumplimiento. La tasa global de cesáreas durante este período ha sido muy buena (11,75%) y no ha habido casos de morbilidad severa o mortalidad materna o fetal.

AUTORES: *ANA RAMALLO ALCOVER; CELIA GARCIA MENÉNDEZ; RAQUEL FERNÁNDEZ HUERTAS; ENRIQUE CAMPOS VILLAMIEL; RUTH CARPINTERO FRANCO; MARÍA ROSARIO NOGUERO MESEGUER.*

ID 107

TITULO MEJORA DE LA ADECUACIÓN DE LA GASTROPROTECCIÓN CON INHIBIDORES DE BOMBA DE PROTONES EN UNA DIRECCIÓN DE AP DEL ICS

OBJETIVOS Conocer el grado de adecuación de prescripción de IBP como gastroprotección, en una Dirección de Atención Primaria (DAP) del ICS, mejorando la adecuación mediante una intervención.

MATERIAL Y METODOS Diseño: Estudio antes-después con grupo control.
Emplazamiento: Áreas Básicas de Salud de una Dirección de Atención Primaria del ICS y Áreas Básicas de Salud de un Servicio de Atención Primaria (SAP) del ICS.
Participantes: mayores de 14 años con prescripción de IBP asignados a los 849 médicos de los 53 Equipos de Atención Primaria (EAP) de una DAP del ICS en mayo y diciembre 2012 (grupo intervención) y asignados a los 58 médicos de los 8 EAP de un SAP en mayo y diciembre 2012 (grupo control).
Intervención: El farmacéutico o farmacólogo del territorio realiza una sesión y se revisan criterios de gastroprotección, efectos adversos, criterios de retirada y se facilita, por cada médico, un informe con los CIP de los pacientes con gastroprotección no adecuada.

RESULTADOS La adecuación de gastroprotección en la DAP pasa del 42,8% (mayo) al 47,7% (diciembre), en el SAP el incremento varia del 41,7% al 43,5% en los mismos períodos.
Efectividad de la intervención: En la DAP fue efectiva la intervención en 17.456 pacientes (32%), ya que en mayo estaban en el grupo de gastroprotección no adecuada y pasan a no tomar tratamiento, a tener gastroprotección adecuada o a tener patología registrada susceptible de tratamiento con IBP. En el SAP, mejoran 830 pacientes (15%) si (p<0.001).
Aunque el incremento parezca reducido, se traduce en un número importante de pacientes que no requieren el IBP y lo han dejado de tomar, con la consecuente mejora de seguridad para el paciente por la posible reducción de efectos adversos. Considerando el dato publicado de riesgo atribuible de fractura de fémur asociada al consumo de IBP (incremento de la incidencia) de 2,2 por mil tratados y año, hemos reducido el tratamiento en 9.661 pacientes, con lo que estaríamos evitando unas 21 fracturas/ año.
El coste de la intervención, contando las horas de dedicación de los farmacéuticos/farmacólogos (189h) y las de soporte administrativo (30h), según las retribuciones del Institut Català de la Salut (ICS), es de 5.300,31€ (con cuotas de SS).
El ahorro hecho en la DAP en IBP gracias a la intervención fue de 43.088 € mensuales, calculado según las tarifas CatSalut. Por tanto es una intervención coste-efectiva.

DISCUSIÓN

- La intervención mejora el grado de adecuación del tratamiento gastroprotector con IBP.
- El porcentaje de adecuación aumenta casi 5 puntos.
- Tiene un alto impacto en la reducción de riesgos de efectos secundarios debido a la alta exposición poblacional.
- Es una intervención coste-efectiva.
- Preocupa el bajo nivel de adecuación del tratamiento con IBP como gastroprotectores.
- Palabras clave: IBP, prescripción, gastroprotección, adecuación.

AUTORES: *MATEO ACEDO ANTA; JESUS ALMEDA ORTEGA; MIRIAM OMS ARIAS; CARME RIERA MINGUET; AMPARO ROMAGUERA LLISO; MÓNICA PLAZA VICENTE.*

ID 108

TITULO Evaluación del dolor en las unidades quirúrgicas de un hospital comarcal

OBJETIVOS GENERAL: Analizar el dolor percibido según escala EVA por los pacientes de las unidades quirúrgicas del hospital
ESPECÍFICO: Medir y comparar el nivel de dolor en ambas unidades así como valorar la satisfacción de los pacientes con el tratamiento recibido y el dolor experimentado.

MATERIAL Y METODOS Estudio descriptivo retrospectivo. Pacientes intervenidos en el hospital mediante cirugía con ingreso en las unidades quirúrgicas de Ginecología (GIN) y Urología (URO) (Unidad 22 - U22) por una lado y Cirugía (CGD) y Otorrinolaringología (ORL)(Unidad 31 - U31) por otro.
Temporalidad: desde 15 de marzo a 30 de mayo de 2013 mediante encuesta a una muestra de 262 pacientes con 416 encuestas realizadas.

RESULTADOS Del total de pacientes entrevistados (262), ingresan en la U31 60 y 22 en la U22. El número de mediciones (encuestas) es de 334 en la U22 y 82 en la U31, y arrojan los siguientes datos: mediciones con EVA>=4 en reposo en U22, 61 (18%); EVA>=4 en movimiento, 113 (34%). En la U31, las mediciones con EVA>=4 en reposo son 19 (23%) y en movimiento, 27 (33%). EL EVA promedio en las mediciones mayor o igual a 4 en reposo fue de 5,57 para la U22 y 5,68 para la U31. El EVA promedio en las mediciones mayor o igual a 4 en movimiento, fue de 5,57 en la U22 y 5,93 en la U31.
La valoración de los pacientes en cuanto al tratamiento recibido para su dolor fue de bueno o muy bueno en un 84% de los pacientes encuestados (141 en la U22) y en un 81% en la U31 (31 pacientes encuestados).
La valoración del paciente en cuanto al dolor experimentado ha sido mayor al esperado (21% en U22 y 19% U31); menor al esperado (39% en U22 y 52% en U31); el esprado (40% en U22 y 30% en U31).

DISCUSIÓN La diferencia en la medición del dolor con EVA >= 4 en reposo entre las dos unidades no tiene significación estadística, a igual que el dolor con EVA >= 4 en movimiento.
La valoración del tratamiento para el dolor ha sido más positiva en la unidad donde el valor medio del dolor medido ha sido menor (U22).
La valoración en cuanto al dolor experimentado ha sido mayor al esperado en un porcentaje más amplio en la U22, aún teniendo una valor medio de EVA>=4 menor al de la U31. Por otro lado, la valoración del dolor menor al esperado ha sido en un porcentaje superior en la U31. Finalmente, la valoración del dolor como igual al esperado ha sido en un porcentaje mayor en la U22 (40%) frente a la U31 (30%).
El análisis de los presentes resultados, nos lleva a la conclusión de mejorar nuestros registros modificando la encuesta de recogida de datos añadiendo más variables que permitan un estudio posterior más exhaustivo.

AUTORES: *RAFAEL REDONDO REYES; NIEVES ESCUDERO LÓPEZ; ALICIA MARTÍNEZ HERNÁNDEZ; ISABEL MORATÓN TARANCÓN; SALUD RAYOS BAS; PILAR VIDAL VICENTE.*

ID 110

TITULO GESTIÓN INTEGRADA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN ÁREA SANITARIA

OBJETIVOS En 2012, se produce la integración organizativa de Atención Primaria (AP) y Hospitalaria en nuestro Área de Salud. Desde el punto de vista de la gestión de la seguridad del paciente se plantea el objetivo de diseñar y desplegar un plan funcional de gestión de la seguridad del paciente con enfoque integrado.

MATERIAL Y METODOS Se crea una Unidad Funcional de Seguridad del Paciente (UFSP) con las siguientes áreas de acción:
1a. Gestión de notificaciones de eventos adversos- SiNASP.
1b. Voz del paciente.
2. Uso seguro del medicamento.
3. Prevención de Infecciones Relacionadas con la Atención Sanitaria.
4. Proyectos de mejora: hospitalización, Atención Primaria, continuidad asistencial.
Los productos del trabajo de este grupo son tratados en el Comité de Seguridad del Paciente, que se constituye como órgano asesor de la Dirección.

RESULTADOS De acuerdo al ciclo de mejora en la gestión de la seguridad del paciente, las líneas desarrolladas son:
A. Identificación de riesgos. Gestión de notificaciones realizadas por profesionales sanitarios y no sanitarios de ambos niveles asistenciales. De forma complementaria, se realiza un análisis sistemático de reclamaciones y quejas registradas por los usuarios. Además, como punto de partida, se realiza una evaluación de cultura de seguridad en los Equipos de AP del Área mediante cuestionario AHRQ validado, online.
B. Evaluación de riesgos. Talleres de análisis causa-raíz de eventos adversos seleccionados en el contexto de las sesiones de cada servicio o equipo, con apoyo metodológico de la Unidad de Calidad. Propuestas de mejora derivadas del análisis de factores contribuyentes.
C. Planificación de respuestas. Revisión, selección y priorización de propuestas realizadas (Comité de Seguridad del Paciente).
D. Despliegue: implantación de planes de mejora:
-Difusión de boletín de medicamentos de alto riesgo.
-Circuito de uso seguro de sintrom.
-Evaluación de uso seguro de la insulina.
-Taller de administración segura de la medicación a enfermería.
-Implantación informatizada de listado de verificación quirúrgica.
-Revisión de adherencia a protocolos de contención mecánica e identificación inequívoca.
-Plan de comunicación de AP con servicios de apoyo a diagnóstico y tratamiento del hospital.
-Vigilancia de infección de sitio quirúrgico (ISQ) en procedimientos críticos seleccionados.
-Implantación de circuito de prevención de ISQ y profilaxis antimicrobiana.
E. Revisión: a finales de año está prevista la difusión a los profesionales de un mapa de riesgos detectados en el Área, correspondiente al año que finaliza, con los planes de acción implantados y líneas estratégicas para el año siguiente.

DISCUSIÓN El despliegue de la UFSP ha permitido implantar un ciclo de gestión de la seguridad del paciente que, con implicación de profesionales asistenciales y no asistenciales de ambos niveles de atención, incluye la detección de los riesgos, el análisis de causas, el despliegue de planes de mejora frente a esas causas y el feedback a los profesionales.

AUTORES: *CÉSAR LLORENTE PARRADO; RAMÓN BARRIOS GARCÍA; ESTER LAGOS PANTOJA; MARÍA ARMENTEROS LECHUGA; JOSÉ ANTONIO RUBIO-MANZANARES BERMEJO.*

ID 113

TITULO EL RETO DE MEJORAR LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS INTERACTIVOS

OBJETIVOS La atención integrada de pacientes con patologías crónicas, muy prevalentes en nuestro medio, implica un nuevo enfoque centrado en el paciente que requiere alta coordinación entre niveles y dispositivos asistenciales. Este cambio supone adoptar innovaciones organizativas y de gestión y el despliegue de nuevos recursos tecnológicos en el sistema sanitario. Existen experiencias a nivel nacional (Procesos Asistenciales Integrados en Andalucía, reto de la cronicidad en Euskadi) e internacional (Map of Medicine en Reino Unido).
En nuestra Área, se ha implantado el Proceso Asistencial Integrado (PAI) de la Insuficiencia Cardiaca (IC). Su evaluación ha detectado una baja adherencia de los profesionales a los puntos clave del proceso y un escaso impacto en la calidad percibida por los pacientes. La dispersión geográfica, la presentación estática y extensión del documento, así como la falta de feedback, son las principales barreras definidas.

Se plantea una estrategia con los siguientes objetivos:
- Mejorar la adecuación de los profesionales a los puntos clave definidos.
- Aumentar la cobertura de las actividades de educación para la salud (EpS).
- Mejorar la calidad percibida por los pacientes.

MATERIAL Y METODOS - Revisión de la Práctica Basada en la Evidencia. Definición de estándares en los subprocesos identificados: detección y tratamiento en Atención Primaria (AP), cuidados de enfermería en AP, urgencias, hospitalización, alta resolución, seguimiento en consultas y EpS.
- Validación de procesos mediante consenso de los profesionales y de acuerdo a los estándares definidos.
- Rediseño de procesos y diseño de documento dinámico tipo flash, estructurado mediante flujogramas dinámicos. Para cada actividad del diagrama, los contenidos o aclaraciones se muestran al profesional de forma interactiva a través de hipervínculos o ventanas emergentes.
- Desarrollo de Unidades Didácticas para su despliegue en talleres grupales con pacientes. Las Unidades incluyen preguntas interactivas multirrespuesta sobre sus aspectos clave: signos y síntomas de alarma, factores de riesgo, hábitos higiénico-dietéticos y tratamiento farmacológico.
- Sistema de feedback. Con periodicidad estable (6 meses) se programa el envío a los profesionales de los resultados de seguimiento. Además, se habilita un foro de discusión y sugerencias para los profesionales.

RESULTADOS Con la implantación de la experiencia se observa un aumento significativo de adherencia de los profesionales a los puntos clave del proceso (ej. cobertura de alta resolución y de educación para la salud) y una mejora en la calidad percibida por los pacientes.

DISCUSIÓN El despliegue interactivo del PAI de la IC ha logrado mejoras para
- Profesionales: mayor adherencia y seguimiento de puntos clave.
- Pacientes: cobertura de actividades de educación para la salud y calidad percibida con la atención recibida.

La experiencia puede trasladarse a otros procesos asistenciales integrados definidos para la atención de pacientes con patologías crónicas.

AUTORES: *CÉSAR LLORENTE PARRADO; RAMÓN BARRIOS GARCÍA; ESTER LAGOS PANTOJA; MARÍA LUISA GÓMEZ GRANDE.*

ID 116

TITULO La multimorbilidad vista desde la perspectiva del paciente y el profesional

OBJETIVOS - Explorar la percepción de la multimorbilidad (entendida como la coexistencia de dos o más condiciones crónicas en una persona) en el sistema público de salud de Euskadi.
- Sensibilizar a nivel interno (Osakidetza) sobre la importancia de afrontar la complejidad que plantea la multimorbilidad.
- Identificar buenas prácticas en el sistema que se han venido desarrollando
- Plantear recomendaciones de posibles líneas de actuación para que estas buenas prácticas sean asumidas por el conjunto de sistema.

MATERIAL Y METODOS Se plantea una metodología de carácter cualitativo, basada en entrevistas y grupos focales con pacientes con multimorbilidad y profesionales sanitarios, en el que se recogen experiencias, opiniones y buenas prácticas sobre la temática del proyecto. En concreto, se han realizado entre febrero y junio de 2013:
- 4 entrevistas exploratorias (un paciente, una cuidadora, un médico geriatra y una enfermera)
- 10 entrevistas en profundidad con pacientes de tres centros de salud de Osakidetza
- Un taller de co-creación y entrevistas individuales con 10 profesionales sanitarios (medicina, enfermería, farmacia, tanto de AP como de hospital).
Todas las entrevistas y el taller grupal se han grabado en formato audio y algunas de ellas en formato vídeo.

RESULTADOS Los temas tratados con los pacientes, en base a un guión semi-dirigido, han girado en torno al propio concepto de multimorbilidad, su situación de salud, la comunicación con los profesionales y entre profesionales,, la polimedicación y la autogestión de la multimorbilidad.
Los temas tratados con los profesionales se pueden agrupar en torno a la opinión general sobre la multimorbilidad, la experiencia personal, la colaboración interprofesional e interniveles y propuestas de mejora para la atención a pacientes.
El resultado del trabajo ha quedado recogido en un informe de conclusiones y en un vídeo.
El informe de conclusiones refleja de forma estructurada los testimonios de pacientes y profesionales en torno a la temática planteada. Se han transcrito de forma literal frases de los participantes en el trabajo, que ilustran de manera significativa la realidad de la multimorbilidad. Se recogen buenas prácticas existentes.
El vídeo muestra directamente fragmentos de las entrevistas con pacientes y profesionales, y tiene la intención de ser una herramienta de difusión de la realidad de la multimorbilidad.

DISCUSIÓN De manera preliminar, puede comentarse la escasa conciencia sobre el concepto de multimorbilidad entre los pacientes entrevistados, y la aparente satisfacción general con la atención por parte del sistema sanitario. Cabe reflexionar sobre la inclusión de pacientes más jóvenes en estudios futuros.
Entre los profesionales sanitarios, resaltar el protagonismo de la AP en la atención a estos pacientes, en concreto el rol de la enfermería, la necesidad de una mayor coordinación con los especialistas de hospital, y la dificultad de priorizar las necesidades del paciente ante una situación con varias enfermedades crónicas.

AUTORES: *KOLDO PIÑERA ELORRIAGA; ROBERTO NUÑO SOLINIS; Mª PIERRE GAGNON GAGNON; CAROLINA RODRÍGUEZ PEREIRA; AMAIA GARCÍA MARTÍNEZ; MIKEL AYALA GABILONDO.*

ID 120

TITULO MEJORA DE LA EFICACIA Y LA EFICIENCIA DE LA PROMOCIÓN EN DONANTES DE SANGRE

OBJETIVOS 1.- Aumentar las donaciones altruistas en nuestro hospital con el fin de autoabastecernos.
2.- Conseguir aumentar el personal dedicado a la promoción de la donación cara a cara
3.- Demostrar que la promoción cara a cara es efectiva para conseguir aumentar el numero de donantes.

MATERIAL Y METODOS La donación de sangre tiene que ser un acto "VOLUNTARIO, RESPONSABLE Y ALTRUISTA" recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Existen diversos medios de captación de donantes: vía telefónica, cartelería, y mediante promoción: los donantes acuden a donar tras ser captados por personal de la unidad por megafonía o cara a cara.
El nuestro, es un hospital de segundo nivel. Los RRHH de la unidad de donantes lo forman hematólogo, celador (no presenciales) y dos DUEs. El horario es de 13.00 a 20.00 horas. En el año 2011 y con el contexto económico actual nos planteamos, como podíamos llegar a conseguir el autoabastecimiento de productos hemoterapeúticos en nuestro hospital, logrando con ello reducir el coste que suponía la compra de éstos. Con este objetivo, nos planteamos intensificar la promoción cara a cara, buscando aumentar la eficacia y la eficiencia de nuestro servicio. Intentando demostrar que la promocion cara a cara, a pesar de sus inconvenientes (agotamiento psíquico del personal, el tiempo de enfermería y que requiere formación de las DUEs) es efectiva por ser directa y cercana trato que consideramos imprescindible en un servicio como el nuestro. Para conseguir esto se pidió la colaboración a las DUEs del servicio de extracciones, con las que se comparte espacio físico y existe superposición horaria. Tras la reorganización de horarios y cargas de trabajo, se consiguió que todos los días se aumentará en dos, el número de enfermeras de la unidad de donantes, durante 90 minutos (de 13.00 a 14.30 horas). De este modo, dos enfermeras realizan una promoción intensa por todo el hospital durante ese tiempo, mientras que las otras dos DUE´s desarrollan una labor asistencial en la sala con los donantes que van llegando. Se comenzó a realizar esta labor a principios del año 2012. Se registraron todos los datos de ambos años en una base de datos de Excell.

RESULTADOS Total donantes: 6832 en 2011 vs 7764 en 2012 (aumento13.6%). Total bolsas extraídas: 6060 en 2011 vs 6785 en 2012 (aumento 11.96%). Porcentaje de total donantes captados mediante promoción (DCP) 2011: 51.5% (3497) vs 63.78% (4952) DPC en 2012. El autoabastecimiento en el año 2011 fue de 98% vs al 132 % en el 2012.

DISCUSIÓN En el año 2012 en nuestro centro se consiguió el autoabastecimiento del 100% de productos hemoterapeúticos, quedando el excedente de hemoderivados conseguidos a disposición del Centro de Transfusiones de la Comunidad de Madrid.
Los cambios en la unidad aumentaron la eficiencia y la eficacia de nuestro servicio.
La promoción cara a cara parece ser un método eficaz para conseguir aumentar el número de donaciones altruistas.

AUTORES: *VERÓNICA MARTÍN GARCÍA; MARÍA DEL ROSARIO SÁNCHEZ LEÓN; MERCEDES PAGE HIGUERAS; MARÍA ELENA ARRANZ DE ANDRÉS; MARÍA PAZ LILLO RUBIO; MARÍA DEL CARMEN GAGO GÓMEZ.*

ID 121

TITULO MEJORA CONTINUA DE UN COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN A RAÍZ DE LA MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE SUS CLIENTES

OBJETIVOS El Comité de Ética de la Investigación de Euskadi (CEI-E) es un organismo independiente cuya misión es velar y proteger los derechos, seguridad y bienestar de los sujetos que participen en un estudio de investigación biomédica y ofrecer garantía pública al respecto en su ámbito de actuación. Dada su misión, el CEI-E ha implantando un sistema de gestión de calidad que trata de satisfacer las necesidades de los participantes en la investigación como clientes prioritarios, así como las de sus clientes secundarios: investigadores, promotores de la investigación, organizaciones de investigación por contrato (CRO), gerentes de centros sanitarios, biobancos y otros CEIs. El objetivo de es presentar las mejoras llevadas a cabo gracias a la medición de la satisfacción de los clientes.

MATERIAL Y METODOS Para la medición de la satisfacción de los clientes del CEI-E se han llevado a cabo:
* Encuestas de satisfacción anónimas a promotores, CRO, investigadores, otros CEI y biobancos
* Cuestionarios telefónicos específicos para promotores y CRO como clientes habituales, y para promotores y CRO que trabajan por primera vez con el CEI-E
* Entrevistas a participantes en la investigación
* Análisis de las quejas, reclamaciones y sugerencias de los clientes

RESULTADOS Las mejoras llevadas a cabo a raíz de la implantación de las medidas correctivas y preventivas, tras analizar las distintas herramientas de medición de la satisfacción fueron:
* Simplificación y mejora en la redacción de los requisitos administrativos de presentación de estudios
* Mejoras en el diseño de la página web: se implementaron dos nuevos apartados:
  Ámbito de actuación de los CEI de la comunidad autónoma, para dejar claro cuándo deben presentar los estudios a evaluar a los distintos CEI.
  Ayuda:
    Preguntas frecuentes: ¿Cuándo necesito un seguro y cómo solicitar la inclusión de mi estudio en el seguro de Osakidetza?, ¿Qué CEIC del País Vasco debe evaluar mi estudio?, ¿Qué diseño tiene mi estudio?
    Aclaraciones formuladas frecuentemente por el CEI-E
    Acrónimos utilizados frecuentemente
* Reducción del valor de referencia del indicador "plazos de emisión de los informes de evaluación de los estudios observacionales"
* Implementación de un nuevo indicador para medir los plazos de emisión de informes de relacionados con la actividad como comité ético externo de biobancos
* Creación de un grupo de trabajo para mejorar el procedimiento administrativo de solicitudes de evaluación de biobancos
* Mejora del contacto con los investigadores, que nos hacen llegar sus quejas, reclamaciones y sugerencias más frecuentemente, gracias a un mensaje que se incorporó por defecto en el correo electrónico del administrativo del CEI-E

DISCUSIÓN La medición de la satisfacción de los clientes revela la existencia de no conformidades y oportunidades de mejora que de otra manera sería complicado detectar, facilitando la incorporación de medidas correctivas y preventivas, indispensables para la mejora continua del sistema.

AUTORES: *ICIAR ALFONSO FARNÓS; ARANTZA HERNÁNDEZ GIL; MARÍA RODRÍGUEZ VELASCO; GUILLERMO ALCALDE BEZHOLD; CARLOS MARÍA ROMEO CASABONA; JON IÑAKI BETOLAZA SAN MIGUEL.*

ID 127

TITULO Nivel de cumplimentación del listado de verificación quirúrgico

OBJETIVOS Averiguar el grado de cumplimentación de los listados de verificación quirúrgicos (LVQ) realizados en los quirófanos de los centros hospitalarios del área sanitaria de Xestión Integrada Pontevedra e O Salnés.

MATERIAL Y METODOS Estudio descriptivo realizado sobre la información recogida en los LVQ de las intervenciones quirúrgicas de los quirófanos de los tres centros hospitalarios pertenecientes al área de Xestión Integrada Pontevedra-Salnes. En junio del 2012 se llevó a cabo la puesta en marcha del LVQ, realizando un pilotaje en cuatro de los quirófanos y posteriormente con la ampliación del mismo a la totalidad de los quirófanos de los tres centros hospitalarios. El LVQ, basado en el de la OMS, consta de un encabezamiento (datos de filiación del paciente, nº de quirófano y hospital, fecha de intervención, procedimiento) y veinte ítems repartidos en tres apartados: Entrada, Pausa quirúrgica y Salida. A su vez consta de un apartado de Observaciones (texto libre). Con periodicidad semanal se recogen los LVQ realizados. Estos LVQ se revisan y se ordenan por hospital, nº de quirófano y por mes. Los datos sobre los diferentes ítems de los que consta se introducen en una base de datos y seguidamente se realiza su análisis a través de un libro Excel en el que constan datos por hospital, nº de quirófano, datos mensuales, datos trimestrales y datos globales acumulados. Se obtienen frecuencias absolutas y relativas, así como gráficos de evolución. Se consideran LVQ correctos aquellos que presentan todos los ítems debidamente cumplimentados.

RESULTADOS Los resultados presentados corresponden al primer cuatrimestre del año 2013. El porcentaje global acumulado en este período de LVQ realizados fue del 92%, estando correctamente cumplimentados en todo el área el 53,5%, con valores entre los distintos hospitales del 35%; 59% y del 75%. De los ocho ítems de los que consta el apartado de Entrada, el que presenta mayor porcentaje de cumplimentación corresponde al de "verificación de alergias" con el 99%, siendo el correspondiente a "marcar lugar del cuerpo" el de valor más bajo con un 81%. Respecto al apartado de Pausa quirúrgica, la revisión de la esterilidad del material por parte de la enfermera instrumentista se presenta como el ítem más cumplimentado (98%). El último apartado, correspondiente a la Salida, presenta los ítems de menor porcentaje de cumplimentación, siendo el correspondiente a la comprobación de los problemas con el material y los equipos el de menor valor, con un 82%. Quince de los veinte ítems de los que consta el LVQ superan el 90% de cumplimentación. Cuatro de los quirófanos alcanzaron valores de correcta cumplimentación de los LVQ cercanos al 83%.

DISCUSIÓN El LVQ se realiza en un elevado número de las intervenciones.
El grado de la correcta cumplimentación es dispar entre los centros y los diferentes quirófanos.
Algunos de los ítems se cumplimentan casi en un cien por cien.
Se destaca el compromiso importante de los Hospitales con el programa.

AUTORES: *JOSÉ ANTONIO ESPERÓN GÜIMIL; TERESA CERDÁ MOTA; LIDIA CAMPOS CHAN; JOSÉ ANTONIO ORTIGUEIRA ESPINOSA; ISABEL PÉREZ GARCÍA; JOSÉ MANUEL GONZÁLEZ ALVAREZ.*

ID 128

TITULO PREVENCIÓN DE CAÍDAS

OBJETIVOS "Medir el uso correcto de las barandillas y frenos, estado de las camas y factores de riesgo"

MATERIAL Y METODOS Se realiza un estudio observacional y descriptivo del uso de las barandillas y frenos de las camas en las urgencias del box de observación y el box de traumatología de un hospital universitario comarcal. Se elabora una plantilla para facilitar la determinación de factores de riesgo, y el uso de barandillas y frenos. Se realiza la medición 2 días y en dos horas distintas.

RESULTADOS 17 de Mayo de 2012
El total de pacientes observados es de 22 realizando un corte a las 14:30 PM y otro a las 20:30 PM, no habiendo ningún paciente en el box de traumatología.
14:30 (13 pacientes observados)

- 61,6% no estaban frenadas.
- 69,2 % no tenían correctamente subidas las barandillas.
- 100% se encontraban en mal estado, una de ellas tenía una barandilla sujeta con una venda de crepe a la cama para que se sujetara, y el resto les faltaba a todas el tirador para poder bajar adecuadamente la barandilla.
- 53,9% sólo una barandilla subida.
- Del 69,2% que no tenían la barandilla subida correctamente un 38,4% tenían al menos un factor de riesgo de sufrir caída.

20:30 (9 pacientes observados)

- 55,5% no estaban frenadas.
- 66,6% no tenían las barandillas correctamente subidas.
- 100% en mal estado, faltaba el tirador para bajar correctamente la barandilla.
- 44,5% sólo una barandilla subida.
- Del 66,6% que no tenían las barandillas correctamente subidas un 11,1% tenía por lo menos un factor de riesgo para sufrir una caída.

24 de Mayo de 2012

El total de pacientes observados es de 36 pacientes realizando un corte a las 00:30 AM y otro a las 04:30 AM, de nuevo en estos cortes no había ningún paciente en el box de traumatología.

00:30 (19 pacientes observados)

- 94, 7% no estaban frenadas.
- 63,2% no tenían las barandillas correctamente subidas.
- 100% de las camas en mal estado.
- 21% sólo una barandilla subida.
- Del 63,2% de los pacientes que no tenían subidas correctamente las barandillas, el 31,6% tenían al menos un factor de riesgo para sufrir alguna caída.

04:30 (17 pacientes observados)

- 23,5% no estaban frenadas.
- 64,7% no tenían las barandillas correctamente subidas.
- 76,5% de las camas en mal estado.
- 5,9% sólo una barandilla subida.
- Del 64,7% de los pacientes que no tenían subidas correctamente las barandillas, el 17,6% tenían por lo menos un factor de riesgo para sufrir una caída.

DISCUSIÓN El porcentaje elevado de pacientes sin barandillas subidas y sin frenar las camas demuestra la necesidad de aumentar la cultura en seguridad al personal sanitario para prevenir las caídas y lesiones.

AUTORES: *LAURA MONTALVÁ MARTÍNEZ; SERGIO NAVARRO GUTIERREZ; IGNACIO AGUILAR MOSSI; TERESA TÉBAR GARCÍA; ROSANA PENADÉS ANTOLÍN; Mª JOSÉ CORTÉS GÓMEZ.*

ID 129

TITULO ESTRATIFICACIÓN POBLACIONAL COMO AYUDA A LA ATENCIÓN INTEGRAL EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

OBJETIVOS 1º.- Ayudar a la evaluación etiológica de la causalidad médica de algunos síndromes y manifestaciones psiquiátricas 2º.- Responder a la demanda de comorbilidad física tanto aguda como crónica, bastante frecuente esta última en la población hospitalizada 3º.- Valorar íntegramente y de forma multidimensional la población anciana hospitalizada.

MATERIAL Y METODOS Ámbito de actuación: 201 pacientes ingresados, con una edad media de 57 años (Rango de 18 a 92 años), distribuidos en 7 Unidades de Hospitalización distintas, desde la Unidad de Psicosis Refractaria y las Rehabilitación de Corta y Media Estancia, hasta las de Gerontopsiquiatría y Residenciales. Se realiza codificación diaria según la CIE-9 MC de todos los procesos atendidos, lo que además de la actividad, permite conocer la realidad física de los pacientes con trastorno mental ingresados en el hospital. Se excluyen los grupos de factores relacionados con el estado de salud, síntomas, signos y estados morbosos mal definidos.

RESULTADOS 1. En el año 2012 se han codificado un total de 691 diagnósticos diferentes, lo que pone de relieve la enorme variabilidad de las necesidades, así como la polivalencia de la Medicina Interna para dar respuesta a esta diversidad. Lo más frecuente han sido los grupos de endocrino metabolismo, nutrición e inmunidad, aparato respiratorio, digestivo y del sistema cardiovascular. 2. Por diagnósticos individuales los más codificados son los problemas digestivos como el estreñimiento, relacionados con los efectos anticolinérgicos de la medicación psiquiátrica, y el sedentarismo de los pacientes. 3. A continuación han sido la hipertensión, hiperlipemia, diabetes y obesidad, que junto a las altas tasas de tabaquismo, son las que contribuyen al alto riesgo de comorbilidad cardiovascular en esta población. 4. Del total de pacientes atendidos, 46 son diabéticos, 39 EPOC, otros 39 algún tipo de cardiopatía y 45 son pluripatológicos. 5. La valoración de los internistas por parte de los pacientes es de 9,80 puntos sobre 10, y para el resto de profesionales resultan, no solo necesarios, sino imprescindibles en la atención integral de los pacientes.

DISCUSIÓN La línea estratégica de cronicidad, vejez y dependencia muestra una necesidad evidente de la actuación de Medicina Interna en base a criterios de estratificación poblacional. Aunque el Hospital Psiquiátrico de Áraba sea definido por su atención monográfica psiquiátrica, la realidad de las necesidades de los pacientes que atiende no solo son psiquiátricas, sino que existe una alta demanda de patología no mental.Desde la Unidad de Medicina Interna se realiza la evaluación, tratamiento y monitorización con funciones tanto de atención primaria como de especializada, lo que supone una garantía de continuidad asistencial, una mejora de la calidad de vida, y un importante ahorro para el sistema, además de contribuir a la lucha contra el estigma asociado a la enfermedad mental.

AUTORES: *RAFAEL HERNÁNDEZ PALACIO; FERNANDO CIBRIÁN GUTIERREZ; AMPARO SÁNCHEZ PAREDES; UNAX LERTXUNDI ETXEBARRIA; MARIA TERESA MADRID CONDE; RAFAEL SÁNCHEZ BERNAL.*

ID 130

TITULO "ACERCATE A CONOCERNOS": PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN LA LUCHA CONTRA EL ESTIGMA Y EL CONSUMO DE TÓXICOS EN JOVENES

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

MATERIAL Y METODOS Se han organizado visitas de 2 horas de duración en el ámbito de los escolares de Álava, en horario de mañana y tarde, que se actualizan cada semana en función de las sugerencias de los visitantes. En primer lugar durante 30 minutos 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 da unas recomendaciones en cuanto a su relación con los pacientes ingresados durante la visita. A continuación durante 80 minutos recorren las Salas de Terapia Ocupacional, Unidades de Hospitalización: Unidad de Psicosis Refractaria (donde ven los efectos en directo de las consecuencias que tiene el consumo de tóxicos y estupefacientes en personas jóvenes desde los 18 a 45 años), y otra Unidad de Hospitalización con enfermos con años de ingreso, las habitaciones, salas de enfermería, comedores, tratamientos y terapias, así como las actividades lúdicas, de tiempo libre y soporte social. Los últimos 10 minutos se dedican a aclarar dudas y hacer una encuesta sobre la visita.

RESULTADOS 1. El nº de visitantes ha sido de 982, de un total de 38 centros escolares. 2. El 81,64% considera muy buena la visita, un 17,96% buena, y un 0,4% regular. Nadie la consideró mala o muy mala. 3. El 89,26% mejoró su opinión sobre el Psiquiátrico tras la visita. 4. El 99,58% recomendaría la visita a otras personas. 5. El 74,12% comentó que le había influido positivamente la visita en su idea del daño que hacen las drogas en los jóvenes y las enfermedades mentales. 6. Un total de 16 jóvenes nos dijeron que después de la visita dejaron de consumir cannabis y marihuana. 7. 6 padres de familia nos han comentado que sus hijos han dejado de consumir tras la visita

DISCUSIÓN Desde siempre ha existido un estigma asociado a las personas con enfermedad mental, por ello luchar contra dicho estigma forma parte del código ético de todos los profesionales, y además queremos unirlo a la prevención en el consumo de tóxicos entre los escolares. La iniciativa ha sido positiva para luchar contra el estigma, porque la enfermedad mental es un drama vivido muchas veces en la indefensión y en el amargo territorio de la indiferencia, para mejorar su opinión sobre las enfermedades mentales, y concienciar en el daño que hace el consumo de tóxicos. La idea 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 otras iniciativas similares en nuestro ámbito, y pese al tiempo y esfuerzo dedicado, valoramos muy positivamente la iniciativa

AUTORES: *RAFAEL SÁNCHEZ BERNAL; AMAIA ORTIZ DE ZÁRATE SAN AGUSTÍN; RAMÓN GARCÍA AGUILAR; EGUZKIÑE DE MIGUEL AGUIRRE; FLORA MURUA NAVARRO; FERNANDO MOSQUERA ULLOA.*

ID 133

TITULO GESTIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA EN EL SERVICIO DE FARMACIA DE UN HOSPITAL ONCOLÓGICO

OBJETIVOS
Informar de la actividad de las acciones de mejora establecidas en el servicio de farmacia de un hospital monográfico oncohematologico a lo largo de los años 2009-2012.

MATERIAL Y METODOS Material y Métodos:
Desde 2006, en el servicio de farmacia, se trabaja en la línea del sistema de gestión de la calidad según la Norma UNE-EN-ISO-9001/2000-2008.
El comité de calidad (CC) se reúne con una periodicidad mensual. En el CC se analizan las reclamaciones de clientes, las incidencias, los indicadores de calidad, los resultados de las auditorias internas y las encuestas de satisfacción de clientes y se implantan las acciones de mejora (AM) propuestas por los responsables de los procesos o por el CC. Se deja constancia de todo lo pactado en un acta.
Las AM las clasificamos en:
Correctivas: cuando una no-conformidad que queremos evitar ya ha sucedido. Se producen cuando recibimos reclamaciones de clientes (pacientes, médicos o enfermeras), incidencias internas del servicio y de las auditorías internas repetitivas o potenciales.
Preventivas: cuando la no-conformidad aun no ha sucedido. Se deciden cuando al realizar el análisis en el CC se observa una tendencia que indicara que estas acciones podían conducir a una disminución de la calidad.
Las AM se registran en una base de datos corporativa a nivel de la institución. En ella se registran: número ID, proceso, origen, fecha, descripción de la AM, tipo (correctiva/preventiva), responsable de la resolución, si requiere o no recurso, plazo previsto para su implantación, si esta cerrada o abierta.
Los responsables del mantenimiento de la base de datos son un farmacéutico y un técnico miembros del CC.
En cada reunión del CC, se revisa la implantación de las AM. Desde 2013 se evalúa también la eficacia de la AM implantada.

RESULTADOS Durante los años 2009-2012 se han registrado un total de 192 AM, de las cuales 58% (111) han sido correctivas y 42% (81) preventivas. De las 32 AM abiertas, el 59%(19) requieren recursos externos (informática, RRHH, compras) y un 41% (13) no requieren recursos.
El origen de las AM, un 11% es de auditorias internas, 45% de indicadores de calidad, 35% de incidencias y el resto un 9%.
Según el proceso, el 26%(50) de las AM es de preparación de citostáticos, el 18%(35) de unidosis, de ensayos clínicos es un 18%(35) y de dispensación ambulatoria un 13%(24). El resto es inferior al 3% por proceso.
A finales del 2012 se añadieron al registro cuatro variables (excelente cumplimiento total, buena cumplimiento suficiente, regular cumplimiento parcial, deficiente no evidencia) con el fin de evaluar la eficacia de las AM y comprobar que se han llevado a cabo las acciones planificadas.

DISCUSIÓN

Las AM son una herramienta básica que nos ayudan a liderar la mejora continua de los procesos del servicio de farmacia.

Las AM eliminan causas reales y potenciales de errores y/o no conformidades, evitando así que puedan volver a repetirse.

Una vez implantadas las AM deben evaluarse para comprobar su eficacia.

AUTORES: *CARMEN BLEDA PEREZ.*

ID 135

TITULO MEJORA DE LA CALIDAD DE LA COMIDA EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO TRAS LAS SUGERENCIAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS

OBJETIVOS 1º.- Mejorar la calidad global de la comida que se sirve a los pacientes 2º.- Mejorar la variedad, presentación, condimentación, temperatura y cantidad de menús 3º.- Conocer las áreas que aún son susceptibles de mejora

MATERIAL Y METODOS Nuestro hospital carece de cocina propia, y el proveedor de las comidas y cenas era el Hospital A de la ciudad, cuya elaboración de menús esta asignado a una empresa externa de catering. Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar formado por el personal de la cocina de distribución de nuestro hospital, personal del hospital A, y profesionales del hospital B, cuya calidad de las comidas es conocido que era superior. Tras años de no atender adecuadamente, no ya las expectativas, sino las necesidades de los pacientes, se decidió cambiar de proveedor del hospital al hospital B. Se ha realizado una encuesta de satisfacción individualizada, personalizada y de forma presencial al 100% de los pacientes capacitados para responder (el 82% de los ingresados, un total de 166 pacientes), y se les ha preguntado por la variedad, presentación, condimentación, temperatura, cantidad y valoración global, antes y después del cambiuo, con una puntuación en escala de 0 al 10.

RESULTADOS 1. La valoración global ha pasado, en una escala de 0 a 10, de 4,55 a 8,04, lo que representa una mejoría del 76%. 2. La importante mejora de la variedad en los menús ha sido lo más valorado, pasando de 4,53 puntos a 7,98, lo que representa una mejoría de un 76%. 3. La presentación ha pasado de 4,66 a 7,90, un 70% mejor. 4. La temperatura también ha mejorado el 31% al pasar de 5,37 a 7,04 puntos. 5. La condimentación también ha mejorado, un 62% (de 4,76 a 7,70 y también lo ha hecho la cantidad (el 55%, de 4,91 a 7,60), tras haber mejorado las gramajes y servir las comidas en función de la edad y apetito de los pacientes, así como del estado psicopatológico y orgánico de los pacientes. 6. El 100% de los profesionales de enfermería que sirven la comida valoran de forma muy positiva el cambio. 7.- Aún existen áreas de mejora como el de condimentación, ya que al tratarse de comida realizada por un hospital de agudos, existe la cultura de la dieta hiposóodica en todos los menús, y no se piensa tanto en la cultura de menús para hospitales con estancias medias largas y residenciales

DISCUSIÓN Las reclamaciones por la calidad de la comida han supuesto en los años 2010 y 2011 el 80% del total de las reclamaciones del hospital, y en un hospital psiquiátrico de media y larga estancia la comida es un aspecto clave de la satisfacción de los pacientes ingresados.
Las continuas reclamaciones de los pacientes han sido la causa del cambio de proveedor, y tras haber analizado todas las sugerencias y peticiones de los pacientes, se han cumplido todos los objetivos establecidos, con resultados altamente satisfactorios y muy valorados por los pacientes y profesionales de enfermería que les atienden.

AUTORES: *RAFAEL SÁNCHEZ BERNAL; JOSUNE PEREZ DE ARENAZA ITURROSPE; JOSU MIRENA ETXEGARAY ATELA; FLORA MURUA NAVARRO; MARIA JOSÉ PUJANA URIARTE; EGUZKIÑE DE MIGUEL AGUIRRE.*

ID 136

TITULO CUIDADOS PALIATIVOS EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: CURAR Y CUIDAR SIN DOLOR NI SUFRIMIENTO ES DESEABLE Y POSIBLE

OBJETIVOS 1º.- Tratar de forma conservadora a los pacientes ingresados en su entorno residencial 2º.- Utilizar escalas normalizadas para evaluar el dolor y sufrimiento en pacientes sin posibilidades de comunicación 3º.- Evitar sufrimiento y dolor en pacientes de supervivencias inciertas y a menudo prolongadas, aun en situaciones de enfermedad avanzada

MATERIAL Y METODOS Ámbito de actuación: Pacientes con demencias en fases avanzadas, insuficiencias orgánicas avanzadas y neoplasias terminales. Referencia: Niveles de estratificación de Sachs et al, definiendo el nivel 4 en el que se establece el entono residencial, pacientes ancianos con pluripatología, fragilidad y deterioro funcional marcado, en los que existe voluntad expresada por sus familiares o tutores legales de no realizar traslados a otros centros. Nivel 5 de Sachs et al, de pacientes con demencia en fases muy avanzadas, generalmente en estadio FAST 7c o superior de Reisberg, en los que al ser difícil la evaluación por la ausencia de posibilidades de comunicación verbal, además de la elevada sensibilidad por parte de enfermeras y médicos, utilizamos de forma periódica las escalas normalizadas de Painad para el dolor y de Aminoff (Mini Suffering Examination (MSSE)) para el sufrimiento.

RESULTADOS 1. En el año 2012 se han atendido un total de 16 paciente, lo que representa el 6,4% de las camas totales del hospital. 2. El nº de pacientes en el estadio 5 de Sachs et al ha sido de 11, con un total de 249 atenciones en consultas, que afectaban a un total de 897 problemas y necesidades diferentes atendidos. En el estadio 4 de Sachs et al han sido 5, que han necesitado 144 atenciones en consultas, que afectaban a un total de 444 necesidades diferentes. 3. Según la evaluación de la escala de sufrimiento de Aminoff, el nivel fue bajo en el 92% de los pacientes, intermedio en el 4ª y alto en otro 4%. (una media de 1,4 en una escala de 0 a 10) 4. Según la escala de Painad, el 58% no presentó dolor, el 30% lo presentó en un nivel bajo, el 12% intermedio y nadie presentó dolor alto (una media de 1 en una escala de 0 a 10).

DISCUSIÓN Los cuidados paliativos permiten dar respuesta de forma eficiente a las necesidades de los pacientes próximos al final de la vida, uno de los grupos más vulnerables de nuestra sociedad, y en el Hospital Psiquiátrico existen pacientes susceptibles de beneficiarse de estos cuidados sin ser derivados a un hospital de agudos.
Curar y cuidar no son excluyentes, y es posible y necesario determinar en cada caso y estadio evolutivo de la enfermedad el mejor balance entre estrategias curativas y paliativas, y establecer el tratamiento combinado simultáneo que mejor se adapte a las circunstancias individuales de cada persona. Los resultados demuestran que se han cumplido todos los objetivos y que el nivel de sufrimiento y dolor en estos pacientes es muy bajo, dando respuesta a las necesidades de los pacientes y a las expectativas de sus familiares.

AUTORES: *RAFAEL HERNÁNDEZ PALACIOS; FERNANDO CIBRIÁN GUTIERREZ; AMPARO SÁNCHEZ PAREDES; UNAX LERTXUNDI ETXEBARRIA; OSCAR ALVAREZ GUERRAS; RAFAEL SÁNCHEZ BERNAL.*

ID 137

TITULO VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL. RESULTADOS DE LA UNIDAD DE NUTRICIÓN DE UN HOSPITAL DE MEDIA LARGA ESTANCIA

OBJETIVOS •Realizar un cribado nutricional sistemático para identificar al paciente con desnutrición (DN) y valorar sus requerimientos nutricionales.
•Seguir la evolución del paciente para prevenir las complicaciones secundarias a la desnutrición.
•Comprobar la eficacia de la actuación nutricional realizada.

MATERIAL Y METODOS Estudio Observacional Descriptivo realizado en 2012.
A los pacientes estudiados se les realizó valoración nutricional al ingreso y al alta.
Los pacientes con riesgo de desnutrición se valoraron y siguieron por la Unidad de Nutrición.
Variables:
•Explicativas: Edad, CONUT, IMC, PCT, porcentaje pérdida de peso, CMB, transferrina y prealbúmina.
•Variables respuesta:
-Tipo de desnutrición
-Grado de desnutrición
Tratamiento estadístico: spss

RESULTADOS •Se valoraron 184 pacientes.
•CONUT:
--Al ingreso: 58% con valores entre 0 y 4 (normonutrido o DN leve) y 42% superior a 5 (DN moderada y grave).
--Al alta: 82% y 18% respectivamente.
•Albúmina (g/L):
--Al ingreso: 22% <2,8, 48% entre 2,8-3,5 y 30% > 3,5
--Al alta: 15,5% <2,8, 41,5% entre 2,8-3,5 y 43% >3,5.
•Prealbúmina: (mg/dl)
--Al ingreso: 21% <10, 25,5% entre 10-15 y 53,5% > 15
--Al alta: 16% <10, 21% entre 10-15 y 63% >15
•Linfocitos
--Al ingreso: 6% <800, 14,5% entre 800-1200 y 79,5% >1200
--Al alta: 5,5% <800, 10,5% entre 800-1200 y 84% >1200
•Los parámetros antropométricos experimentaron pocas variaciones durante el ingreso hospitalario.
•Tipo de Desnutrición
--Al ingreso: 23,3% normonutrido, 6,5% desnutrición calórica, 54% desnutrición proteica y 15,2% desnutrición mixta.
--Al alta: 49% normonutrido, 5% desnutrición calórica, 31% DN proteica y 15% desnutrición mixta.
•Grado de desnutrición
--Al ingreso: 44% normonutrido o desnutrición leve, 26% desnutrición moderada y 30% desnutrición grave.
--Al alta: 65,5% normonutrido o desnutrición leve, 11,5% desnutrición moderada y 23% desnutrición grave.

DISCUSIÓN La desnutrición es un problema frecuente en los pacientes hospitalizados que se relaciona con:
•Incremento la morbi-mortalidad.
•Aumento de la aparición de complicaciones.
•Prolongación de la estancia hospitalaria.

CONUT es un método de cribado automatizado, sencillo, eficiente, universal, sensible y económico que detecta aquellos pacientes a los que hay que realizar algún tipo de intervención nutricional y controla la evolución del cuadro clínico tras la aplicación del Plan de actuación nutricional.
Esta intervención consiguió reducir el porcentaje de desnutrición de forma significativa, destacando el importante ascenso del grupo de pacientes normonutridos (23,3 % al 49%), así como su gravedad, sobre todo en los grupos con desnutrición moderada y severa.
La desnutrición proteica fue la más frecuente y la que mejor respondió a la intervención nutrucional.
Estos resultados son similares a los del estudio realizado en 2011, lo cual, estimula a trabajar en esta línea y a analizar qué patologías se benefician más de la intervención nutricional.

AUTORES: *ESTHER ALCALÁ DEL OLMO; PEDRO TENLLADO DOBLAS; VIOLETA CABO ARNAL; MONTSERRAT ZAMORA CAPITAL; Mª JOSÉ MERINO PLAZA; Mª ROSA ROCA CASTELLÓ.*

ID 143

TITULO Gestión estratéGica del conocimiento en una organización sanitaria.

OBJETIVOS Diseñar un Plan Estratégico de Gestión del Conocimiento (GC)que permita que el conocimiento generado en la organización se encuentre identificado, compartido y gestionado para que se pueda reproducir o mejorar.

MATERIAL Y METODOS Para la identificación de los objetivos estratégicos se utilizó:
Mapa mental: para orientarnos cuales podrían ser las áreas de conocimiento de la organización (los "intangibles" es decir el capital intelectual) y las políticas para gestión y mantenimiento del mismo. Se analiza el mapa teniendo como referencia la estrategia organizativa y el aprendizaje y como un "sistema de información contable para la gestión estratégica" que estaría compuesto por: conocimiento generado por los profesionales (capital humano); conocimiento de la organización (capital estructural:procesos, procedimientos,sistemas de gestión,etc); conocimiento del entorno (capital relacional:convenios con asociaciones de pacientes, alianzas estratégicas, etc…).
Auditoria de la información, de tal forma que se pueda identificar, controlar y evaluar los flujos de información, las fuentes de información (sistemas informáticos) para la generación de datos económicos, de actividad, de personal así como los sistemas de recuperación (intranet, extranet, aplicaciones/sistemas informáticos,…).
Realización de una encuesta de elaboración propia a los profesionales para conocer las necesidades formativas y/o actualización de conocimientos y poder elaborar el Plan de Formación de la organización.

RESULTADOS Se ha elaborado un Plan Estratégico 2013-2015 para la Gestión del Conocimiento en una organización sanitaria integrada (1 hospital y 7 Unidades de A.Primaria) para el que se han priorizado:3 grandes objetivos estratégicos:Identificar y organizar el conocimiento; Gestionar el conocimiento; Evaluar el Plan Estratégico. Para conseguir estos 3 objetivos se han formulado 7 objetivos operativos, 14 acciones a realizar y 15 indicadores que permitiran conocer el grado de cumplimiento de objetivos.
Así mismo, en la definición del Plan se han identificado las áreas funcionales implicadas (5) en la ejecución de las acciones y el tipo de conocimiento (tácito, explícito) asociado a ellas.
Se ha elaborado una Memoria Metodológica en la que se explican las diferentes etapas y metodologias que se siguieron para la realización del "Plan Estratégico" de tal forma que este "conocimiento" pueda ser utilizado como aprendizaje organizativo

DISCUSIÓN La gestión del conocimiento requiere de un proceso sistemático y profesionalizado por el que se identifique, capture y transfiera información y conocimiento que las personas y la organización pueden utilizar para crear, competir y mejorar.
Se ha de valorar la GC como un activo por el cual se pueden generar cambios organizativos, en la cultura de la organización y en los comportamientos de los profesionales con el objetivo de ser eficientes, competitivos aportando valor a nuestra actividad y mejorando la calidad en la atención y la satisfacción de los pacientes y de los profesionales.

AUTORES: *ROSA MARIA VALVERDE CITORES; ELENA BAYLIN ZALDUA; JUANA FERNANDEZ REFOYO; ITXASO BLANCO ARRAZTIO.*

ID 144

TITULO Intervención enfermera en heridas crónicas: la eficiencia de un proyecto

OBJETIVOS Las heridas crónicas, en especial las úlceras por presión (UPP), suponen un importante problema de salud y un elevado consumo de recursos.
Reconocida la variabilidad existente en cuanto al cuidado y tratamiento de las heridas, se inicia un proyecto denominado Asesoriaenferidas que pretende ser un referente para los profesionales.

Mejorar la calidad de los cuidados a las personas con heridas y los registros.
Optimizar el consumo de productos de cura de ambiente húmedo.
Potenciar la formación en heridas.

MATERIAL Y METODOS Ámbito de aplicación: Xestion integrada Pontevedra e O Salnés (Hospital Montecelo, Hospital Provincial, Hospital O Salnés, 6 centros Sociosaniarios y 45 Centros de salud).
Fase de planificación:
Reuniones con formadores en deterioro de la integridad cutánea y tisular del Servicio Galego de Saúde (SERGAS) del área.
Tabulación y análisis del consumo de productos de cura en ambiente húmedo del catálogo SERGAS, en los que se incluyeron Hospitales, Centros de Salud y Sociosanitarios.
Diseño de una petición individualizada utilizando la herramienta gratuita Google Docs. La petición incluye datos anonimizados del paciente, tipo y características de la lesión y productos prescritos para cura en ambiente húmedo, asociando una petición de apósitos a características definitorias de la lesión.
Desarrollo de un aplicativo informático específico para solicitud individualizada de apósitos.
Programación de sesiones formativas en las unidades.
Se nombran tres enfermeras referentes, como líderes del proyecto.
Fase de intervención:
Pilotaje en unidades de medicina interna con la incorporación sucesiva del resto de unidades hospitalarias.
Se eliminan los pactos de consumo estableciéndose un stock de productos para necesidades urgentes.
Se habilita correo electrónico y teléfonos de consulta a los referentes.

RESULTADOS Inicio en Agosto con incorporación de todas las unidades hospitalarias, se realiza la incorporación de las unidades de AP a partir de Febrero de 2013.
Realizadas 64 sesiones formativas a 589 profesionales y 224 consultas a los expertos 8 por correo electrónico.
Se comparan cuatro meses tras la intervención con los meses del año anterior constatándose una reducción del consumo del 38.3%.
Desarrollo del programa informático propio que se implanta en todo el área sanitaria.

DISCUSIÓN Los profesionales consideran la formación como fundamental.
Disminución importante del consumo.
Prescripción del tratamiento local de las heridas de manera individualizado (Unidosis).
Garantizada la continuidad de cuidados entre los tres niveles asistenciales.

AUTORES: *MARÍA TERESA LOUREIRO RODRÍGUEZ; JOSÉ MANUEL ROSENDO FERNÁNDEZ; MARÍA VERÓNICA ANTON FUENTES; ANA MARÍA BELLO JAMARDO; JOSÉ ANTONIO ESPERÓN GÜIMIL; ISABEL PÉREZ GARCÍA.*

ID 153

TITULO Evaluación y mejora de la prevención de caídas en el medio hospitalario

OBJETIVOS Las caídas intrahospitalarias son un suceso adverso que ocurre con relativa frecuencia, pese a que suele estar infranotificado o no es registrado en la historia del paciente. Sus consecuencias pueden incrementar la estancia hospitalaria y la morbilidad del paciente, pudiendo provocar el fallecimiento del paciente. En nuestro centro se realiza un registro de caídas, y se implementan las intervenciones de enfermería encaminadas al control d/el riesgo de los pacientes tras la valoración mediante la escala de Downton.
Objetivo:
Incrementar las medidas de prevención de caídas.
Disminuir la incidencia de caídas en las unidades de hospitalización.
Implicar al paciente en la prevención de caídas.

MATERIAL Y METODOS ciclo de mejora sobre la incidencia de caídas y prevención en todas las unidades de hospitalización desde enero de 2012 a mayo de 2013. Los criterios seleccionados fueron los elaborados por el grupo GREMCCE y se encuentran implantados en todas las áreas del Servicio Murciano de Salud: frenado de cama; objetos al alcance; barandillas, nº de caídas notificadas.
Mediante grupos nominales se identificaron las causas de incumplimiento y las acciones de mejora que se implementaron. Tras 6 meses de la implantación se reevaluaron los criterios. Datos obtenidos de los registros del Área de Calidad de Enfermería, para la recogida de los mismos se siguió la guía metodológica de la subdirección general de calidad asistencial.
Tras la 1ª evaluación se llevaron a cabo las siguientes acciones de mejora:
Realización de recomendaciones de prevención de caídas para entrega a los pacientes y familiares a su ingreso.
Cartel informativo de riesgo de caídas colocado en las mamparas de las duchas de las habitaciones.
Difusión de los procedimientos de prevención y cuidados ante el riesgo de caídas y actuación ante una caída hospitalaria.

RESULTADOS Incumplimientos por criterio:
Paciente con valoración de Downton: 1ª evaluación 59(24.08%); 2ª evaluación 49(19.68%).
Barandillas: 1ª evaluación 8(12.9%); 2ª evaluación 8(8.89%).
Cama frenada: 100% en ambas evaluaciones.
Objetos al alcance del paciente: 1ª evaluación 4(6.45%); 2ª evaluación 3(3.33%).
Tasa de caídas: 1ª evaluación 1.26%; 2ª evaluación 1.08%
No hay diferencias significativas pre-post para ninguno de los criterios evaluados.

DISCUSIÓN 1.La información al paciente y familia sobre recomendaciones de prevención de caídas facilita la implementación de las medidas estandarizadas.
2.Los niveles de cumplimiento de los indicadores han experimentado una mejora situándose la mayoría por encima del 90% aunque no existe diferencia significativa entre ambas evaluaciones.
3.La tasa de caídas ha disminuido en el periodo de estudio, en el que se han desarrollado acciones para fomentar la declaración voluntaria de eventos adversos.
4.La escala utilizada presenta problemas de sensibilidad y especificidad, identificando a pacientes como de riesgo que son totalmente autónomos y no perciben la necesidad de las medidas preventivas.

AUTORES: *RAMÓN LÓPEZ ALEGRÍA; ÁNGELES DEL ROSARIO SÁEZ SOTO; JAVIER INIESTA SÁNCHEZ; BEATRIZ CABALLERO GUERRERO; JOSÉ FULGENCIO GONZÁLEZ MARTÍNEZ; GLORIA MUÑOZ PÉREZ.*

ID 158

TITULO LA CARPETA DE SALUD DEL CIUDADANO POTENCIA SU PAPEL COMO EJE CENTRAL DEL SISTEMA SANITARIO.

OBJETIVOS 1. Posibilitar que los ciudadanos que lo deseen, accedan a través de la página Web del portal de Osakidetza, y mediante el teléfono móvil, a información personalizada de su historia clínica y su salud de una forma segura y confidencial.
2. Favorecer que los ciudadanos puedan relacionarse de forma no presencial con los profesionales de Osakidetza.
3. Personalizar la información en función de determinantes de salud, factores de riesgo y estilos de vida saludable que le pueden facilitar su calidad de vida.
4. Potenciar el papel del ciudadano como responsable de la promoción de su salud, aportando información de medidas biométricas.
5. Ayudar a preparar al sistema sanitario vasco para las necesidades de futuro, contribuyendo a su sostenibilidad.

MATERIAL Y METODOS Hemos utilizado el Brainstorming y "Focus Groups", selección ponderada, matrices de prioridades y criterios, y técnicas no grupales como el Delphi en algunas partes de la Carpeta de Salud, y diagramas de Gantt para el cronograma,. El diseño de la Aplicación Mi Carpeta de Salud, lo hemos hecho un grupo multidisciplinar de profesionales de 9 categorías: 102 personas de Primaria y Especializada, recibido 2.682 e-mails, pilotándolo en los 30.000 trabajadores de Osakidetza y 1.346 pacientes

RESULTADOS 1. Se puede acceder y descargarse la documentación relevante firmada digitalmente de los Informes de Alta, Radiología, Anatomía Patológica, A. Primaria, Laboratorio, Quirúrgicos, y ver Calendario Vacunal e Historial Farmacológico.
2. Se pueden ver las citas, enlaces de interés y Faqs.
3. Permite el registro de los parámetros de pacientes crónicos, facilitando su autoseguimiento, y el envío automático a su historia clínica
4. Asimismo permite consultar su historial dosimétrico, incorporar información de otros centros públicos y privados, centros del SNS, e incorporar información social.
5. Se pueden enviar mensajes entre clínicos y pacientes, y el paciente puede escribir su propio evolutivo,
6. Se podrá conocer el coste de cada proceso asistencial y cada ciudadano podrá saber quien ha accedido a su historia clínica.
7. Se puede imprimir la información clínica principal, en un formato código QR, para su posterior lectura automática.
Está disponible de forma gratuita en el Marketplace de iPhone y Google la aplicación para acceder a Carpeta de Salud por móvil.

DISCUSIÓN Mi Carpeta de Salud ha logrado cumplir todos los objetivos que nos habíamos propuesto, y además está facilitando la implicación y el compromiso de los ciudadanos con el autocuidado de su salud, es innovadora y está consolidada. Esta siendo muy bien recibida por los ciudadanos y profesionales y se esta dotando de nuevos contenidos que van a permitir al paciente poder incorporar información a su historia clínica así como un nuevo modelo de relación profesional sanitario – paciente.

AUTORES: *OSCAR ALVAREZ GUERRAS; MIGUEL ANGEL OGUETA LANA; RAFAEL SANCHEZ BERNAL; Mª TERESA MADRID CONDE; JOSU XABIER LLANO HERNAIZ; BEGOÑA GOMEZ BRAVO.*

ID 160

TITULO LACTANCIA MATERNA: ¿TENDRÁN RAZÓN LOS CANGUROS?

OBJETIVOS Averiguar si la aplicación al recién nacido (RN) de los cuidados del Método Canguro influye en la instauración y prolongación de la lactancia materna (LM).

MATERIAL Y METODOS Estudio observacional retrospectivo realizado en 202 mujeres que finalizaron su gestación entre el 1-3 y el 31-5-2012, dando a luz por vía vaginal un RN a término de peso comprendido entre 2500 y 4000 g. Las variables analizadas han sido: tipo de alimentación al alta hospitalaria y a lo largo del estudio (lactancia materna, artificial o mixta), y la aplicación y duración del Contacto Piel con Piel (CPP). La recogida de datos se hizo mediante encuesta telefónica que las matronas pasaron en Mayo de 2013 a una muestra aleatoria de madres. El periodo transcurrido entre parto y entrevista fue entre 10 y 13 meses.

RESULTADOS Se han analizado los datos recogidos en 147 entrevistas, ya que 55 mujeres no fueron contactadas o no se les pudo realizar la encuesta por barrera idiomática.
Los principales resultados obtenidos son los siguientes:
☐ LM al alta: 92.5% (7.5% artificial o mixta con más de 5 suplementos).
☐ LM exclusiva a los 4 meses: 42.4%; a los 6 meses: 14.4%.
☐ LM en el momento de realizar la encuesta: 28%.
☐ Madres que no realizan el CPP: 2.7%.
☐ Madres que realizan el CPP: 97.3% (menos de 4 h: 23.1%, 4-8 h: 29.9%, 8-12 h: 19%, 12-24 h: 16.3%, más de 24 h: 8.8%).
☐ Relación entre duración del CPP y tasa de LM exclusiva a los 6 meses de vida: CPP inferior a 4 h: 36.8%, entre 4/8 h: 54.1%, entre 8/12 h: 17.4%, entre 4/8 h: 21.6%, entre 12/24 h: 5.3%, más de 24 h: 0%.
☐ El análisis estadístico no evidenció correlación entre duración del CPP tras el parto y periodo de LM.

DISCUSIÓN El Método Canguro es la mejor manera de recibir y cuidar al RN, consistiendo básicamente en proporcionarle CPP y LM a demanda.
En nuestro hospital es muy elevado el porcentaje de madres que inician LM y continúan amamantando a su bebé más allá del año. El conocimiento de los beneficios de la LM y CPP por el asesoramiento y apoyo del personal sanitario, han permitido que las madres instauren y mantengan la LM durante mucho más tiempo que antes de la implantación de este método.
La práctica del CPP ha resultados ser casi universal, probablemente por ser fácil de realizar y haberse logrado crear la consciencia de los beneficios que tiene. La no realización del CPP fue debida casi siempre al ingreso del RN en la Unidad de Neonatología.
No se ha podido evidenciar un impacto positivo del alargamiento de las horas de CPP sobre la prolongación de la LM. Aunque se constata una discreta correlación positiva entre dichas variables para periodos de CPP inferiores a 12 horas, tal tendencia llega incluso a invertirse en madres que han practicado el CPP durante 24 horas o más. No obstante, el hallazgo de tasas inferiores de LM en este grupo se relaciona probablemente con lactancias dificultosas: en un intento de conseguir su objetivo y siguiendo los consejos del personal de Maternidad, estas madres decidieron mantener el CPP más tiempo.

AUTORES: *RAQUEL CRUZ PALACIOS; EVA HERNÁNDEZ GARCÍA; MARÍA DOLORES GARCÍA GARCÍA; ANTONIA ZAPATA MOLINA.*

ID 161

TITULO Prescripción segura en la era de la informática

OBJETIVOS La implantación de sistemas de prescripción electrónica asistida tiene consecuencias inesperadas, a veces negativas. Estos errores asociados a la aplicación de tecnologías sanitarias, que vulneran la seguridad del paciente, son conocidos como e-iatrogenia. Son resultantes de la interacción profesional-tecnología y resultantes de fallos en la información aportada por los sistemas informáticos de soporte a la tecnología y en la falta de integración de los mismos. Son causas prevenibles de acontecimientos adversos en el ámbito hospitalario. El objetivo principal de este proyecto es optimizar la calidad del proceso fármacoterapéutico en un sistema de dosis unitaria y prescripción electrónica asistida, en un hospital terciario, valorando los errores de medicación relacionados con la e-iatrogenia y constatar la relevancia de la participación del farmacéutico en la elaboración de la historia fármaco-terapéutica y en la mejora de la calidad de este proceso

MATERIAL Y METODOS En un hospital terciario de 750 camas se implantó paulatinamente, un sistema de distribución de medicamentos, en dosis unitaria, a través de prescripción electrónica.
Diariamente un farmacéutico revisa todos los tratamientos que se procesan en el sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias. Una vez detectada una discrepancia en el tratamiento, no justificada por el médico, se comunica la recomendación terapéutica por escrito, a través del mismo sistema informático, registrando posteriormente la respuesta obtenida y considerando como aceptada la recomendación, si ésta supone un cambio en el tratamiento del paciente.
En este hospital se han analizado las discrepancias en los tratamientos durante el primer trimestre del 2013

RESULTADOS Durante el período de estudio se revisó el tratamiento de 2057 pacientes, dispensado a través del sistema informático de dosis unitaria. Se realizaron 589 recomendaciones farmacéuticas de cambios en el tratamiento, por objetivar discrepancias en el mismo, con una proporción de cambios propuestos por parte del servicio de farmacia en el tratamiento de un paciente del 0,28%. De esas 589 recomendaciones farmacéuticas, 536 fueron aceptadas por el clínico, por tanto, la tasa de cambios realizados en el tratamiento de un paciente, de todos los recomendados por el servicio de farmacia fue de 91%.
De las 589 recomendaciones farmacéuticas por discrepancias encontradas, 64 fueron por e-iatrogenia (el 11% del total). De éstos, 62 fueron aceptados

DISCUSIÓN Es importante implantar sistemas inteligentes, con mantenimiento constante, aunque éstos no son infalibles. Ningún sistema de soporte debe ser superior al juicio clínico.
Al implantar sistemas informáticos de prescripción electrónica, que por un lado, facilitan la labor al clínico, han aparecido nuevos errores que podrían concluír en acontecimientos adversos hospitalarios y que son prevenibles, por lo que parece imprescindible establecer un sistema estandarizado que permita el seguimiento del tratamiento farmacoterapéutico

AUTORES: *TERESA ESCOLAR MARTÍNEZ- BERGANZA; MARIA ÁNGELES ALLENDE BANDRÉS; MERCEDES GIMENO GRACIA; DANIEL SAENZ ABAD; FRANCISCO JAVIER MOLINER LAHOZ.*

ID 162

TITULO Caracterización de los pacientes con Diabetes Mellitus II en Euskadi

OBJETIVOS Describir las características de los pacientes con Diabetes Mellitus II (DMII) en el País Vasco con relación a la prevalencia, realización de actividades de prevención secundaria, comorbilidad, resultados y costes de la atención sanitaria

MATERIAL Y METODOS Estudio descriptivo que contempla todas las personas del País Vasco que han recibido medicación antidiabética (tanto insulina como fármacos orales), o diagnósticos de diabetes o sus complicaciones, excluyendo aquellos diagnosticados de diabetes tipo 1 en el año 2011. Se ha extraído información relativa a variables demográficas, prescripciones, diagnósticos y otras variables clínicas de las historias clínicas informatizadas de atención primaria y CMBD de hospitales. Para obtener una estimación del coste sanitario, se ha recurrido a la base de datos utilizada para la estratificación poblacional. Como indicador socioeconómico se ha empleado el índice de privación del área de residencia

RESULTADOS Los datos indican una prevalencia del 9,12 % de DM II en la población con 35 años o más. En cuanto al porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado la prueba de la hemoglobina glicosilada, asciende al 74%, estando el 64% de los mismos bien controlados (HbA1c menor o igual a 7). Además, el estudio ha permitido conocer información respecto a otras intervenciones llevadas a cabo con los pacientes, como el porcentaje de pacientes que anualmente son evaluados respecto a sus valores de tensión arterial, índice de masa corporal, colesterol sérico y microalbuminuria, entre otros, estableciendo la proporción de los que se encuentran en los rangos recomendados por las guías. Por otro lado, se han analizado las complicaciones y la prevalencia de comorbilidades, llegando a estimarse que el 70% de la población diabética presenta una, dos o hasta tres patologías más además de la DMII. Finalmente, en relación al coste se calcula que el coste medio sanitario de una persona diabética de tipo II asciende a 3.485 euros

DISCUSIÓN Un análisis detallado de la información disponible sobre la población de DM II en Euskadi ha permitido la caracterización de los pacientes que sufren dicha patología. Se trata de un análisis pionero en España que combina diversas fuentes de datos, tanto de AP como de AE y de tipo socioeconómico, lo que permite la presentación de datos no sólo por sexo y por edad, sino también por el índice de privación de la zona de residencia

AUTORES: *NURIA TORO POLANCO; EDURNE ALONSO MORÁN; JON ORUETA MENDIA; ROBERTO NUÑO SOLINÍS.*

ID 164

TITULO OPTIMIZAR Y RENTABILIZAR, DOS CONCEPTOS A TENER EN CUENTA EN CONSULTAS EXTERNAS.

OBJETIVOS Al plantearnos realizar el estudio de rentabilidad de consultas externas, para visualizar que espacios ofrecen un menor rendimiento, que días y que tramos horarios presentan menor volumen de actividad, lo hacemos con el objetivo de generar una redistribución de profesionales, con tal de reducir o armonizar los picos elevados de afluencia de usuarios y poder reubicar a los profesionales con menor actividad a tramos horarios de menor ocupación.
Los objetivos son:
1. Conocer la ocupación de consultas basándonos en la programación de agendas.
2. Conocer el volumen de usuarios y profesionales que circulan por el centro y que dinámica siguen.
3. Conocer el rendimiento de profesionales /agendas.
4. Obtener los datos suficientes para realizar una redistribución optima de agendas.

MATERIAL Y METODOS El estudio lo planteamos en dos partes;
La primera parte seria el estudio de rentabilidad propiamente dicho, donde se ha elaborado un ranking de profesionales ordenados mediante un numero al que llamamos "Índice de valoración". Este índice lo creamos de guía y se compone de tres variables para cada profesional, en una escala comprendida de 0 a 1.
Visitas anuales (volumen de actividad) [peso 70%]
Tiempo por visita (Rentabilidad) [peso 25%]
Personal de apoyo [peso 5%]
La segunda parte, es la ocupación de espacios, donde estudiamos que afluencia de usuarios y profesionales tenemos según tramos horarios y días de la semana.
Material y Método
Diseño: Estudio Descriptivo 2012
Población: 87.130 Visitas de 77 Agendas Médicas.
Entorno Analizado: Consultas Externas, Propio Centro.
Obtención datos base: Departamento Estadística del Grupo y propio Software de Gestión Hospitalaria.
Método: Datos base procesados con Microsoft Excel para la obtención del rendimiento de Consultores por visita, elaboración del "Índice de Valoración", elaboración del perfil del profesional consultor y la discriminación de los datos por día de la semana y franja horaria; así como el diseño de los gráficos pertinentes.

RESULTADOS 1. El perfil consultor obtenido es de un profesional que visita 2d/sem, 3h/d, realiza 1154v/año , 96v /mes , con un rendimiento de 5v/h i/o 12min/v.
2. Obtenemos un ranking ordenado de mayora a menor índice de valoración donde valoramos principalmente el volumen de actividad y el rendimiento
3. Los profesionales outliers
4. La ocupación es mayor por las tardes i menor al mediodía, se han obtenido datos concretos por horas.

DISCUSIÓN 1. La distribución de actividad por tramos pone de manifiesto los picos que precisan de una optimización de espacios en consultas.

2. El estudio nos abre puerta a una posterior ampliación mas detallada, relacionar la actividad con el personal y añadir la vertiente económica al estudio

3. La obtención de un perfil medio de consultor nos permite sentar las bases de medición y control, al incorporar nuevos profesionales al centro

4. El ranking por índice de valoración nos muestra los profesionales outliers para su estudio en detalle.

AUTORES: *MONTSE BOIX RICART; SERGIO ARIAS RUIZ; SANDRA ODENA VALLVERDU.*

ID 175

TITULO Estudio sobre el uso del ecógrafo en la canalización de PICC. El impulso hacia las canalizaciones de CVC seguras.

OBJETIVOS -Estudiar la eficacia de la utilización de la ecografía en la canalización de CATÉTERES CENTRALES DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC).
-Investigar si existe una disminución en el número de pinchazos.
- Analizar la repercusión del estudio en la canalización de catéteres venosos centrales (CVC).

MATERIAL Y METODOS En la mayoría de pacientes críticos nos encontramos con la necesidad de canalizar un CVC , si bien es cierto que conlleva riesgos asociados como el neumotórax, hemotórax, hemorragias, punciones arteriales, etc. Los PICC son una alternativa que, suponen más opciones de acceso central y eliminan o reducen estos riesgos. En éste estudio comparamos la punción tradicional con la técnica ecoguiada para valorar qué ventajas nos aporta.
Para ello hemos desarrollado un Estudio experimental aleatoro con grupo control.
Sujetos de estudio:
Pacientes de la UCI del H.V.S. de Toledo que:
-Precisen un PICC.
-Ingresado en UCI 72 horas o más.
La canalización del PICC se realiza mediante procedimiento estéril y técnica de Seldinger.
Grupo de intervención: Utilización del ecógrafo.
Grupo control: Punción ciega tradicional.
Catéter de poliuretano de dos luces marca Arrow de 7 fr. y 60 cm.
Ecógrafo modelo Micromaxx de Sonosite con sonda L25e/13-6 MHz (2,3 m).
La situación en el servicio de UCI de Toledo en la canalización de PICC y otros CVC antes del estudio era prácticamente la misma que hace 10 años. Las punciones vasculares se realizaban mediante palpación o mediante referencias anatómicas.

RESULTADOS Un porcentaje de éxito con método tradicional del 45,5 % y con ecografía del 82,1%.
La media de pinchazos hasta conseguir la canalización de la PICC o, si no es posible de otro catéter central es, mediante el método tradicional de 3,7. Con ecografía la media es de 2,4.

DISCUSIÓN El ecógrafo el la canalización del PICC en UCI proporciona ventajas muy significativas en comparación con el método tradicional. El uso del ecógrafo es casi una garantía de éxito. Además la vena elegida en la inserción del catéter es la más adecuada para ello, evitando de esta forma complicaciones como acodamientos o flebitis. La técnica es menos cruenta ya que el número de pinchazos es menor y el riesgo de complicaciones disminuye ya que se evitan punciones centrales.
Este estudio realizado en la U.C.I. del HVS de Toledo a servido de impulso para que este cambio se lleve a cabo.
Cada vez hay más personal con experiencia en el manejo. Las canalizaciones de CVC se realizan mediante el uso del ecógrafo desde el principio, en multitud de ocasiones. El uso del ecógrafo en U.C.I. se está extendiendo a todo tipo de punciones vasculares ya que estamos comprobando que resulta una técnica menos cruenta y más segura y nos facilita las punciones en situaciones en las que antes era imposible.

Estamos en un periodo de transición que nos a llevado de preguntar ¿Por qué es necesaria la canalización vascular con ecógrafo? Hacia la pregunta que nos incorpora en una cultura de seguridad y calidad: ¿por qué no?

AUTORES: *JOSE MARIA PEDROCHE MUÑOZ; PATRICIA GIMENEZ MONTERO.*

ID 179

TITULO IMPLANTACIÓN DE PRÁCTICAS SEGURAS TRAS LA INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD.

OBJETIVOS Identificar qué prácticas seguras (PS) se pueden aplicar tras el análisis de los incidentes de seguridad de gran impacto o gravedad.

MATERIAL Y METODOS Análisis de causa-raíz (ACR) de incidentes declarados en el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente de un hospital de nivel II por 3 miembros de la Unidad Funcional de Seguridad del Paciente y al menos un trabajador de la unidad implicada. Herramientas utilizadas: tabla de nivel de investigación recomendado para diferentes grados de incidentes de seguridad del paciente (NPSA-NHS); árbol de decisión, tabla cronológica, factores contribuyentes (diagrama de Ishikawa) y análisis de barreras.
Las PS que se derivan de los incidentes de seguridad precisan del consenso de todos los miembros que han participado en la investigación, implicando a la Comisión de Dirección y difundiéndolas a los Jefes de Servicio y Supervisores de Enfermería.
Los errores de medicación graves, además, son notificados al Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos.
Se informa al paciente del suceso y se presta apoyo técnico, jurídico y psicológico al profesional implicado.
Las PS son evaluadas tras su implantación para conocer su efectividad y grado de implementación.

RESULTADOS Se han realizado 21 ACR con la participación de 166 profesionales, el 42,8% corresponde a errores de medicación, caídas (9,5%), identificación (9,5%), transfusiones (9,5%), etc.
PS implantadas:
1. Medicamentos: Almacenamiento, envasado y etiquetado diferenciado de tricloroacético 80% y ác. acético 5%, Clorhexidina 0.2 y 2%. Alerta dosis máximas en aplicativo informático. Dispensación de metadona. Lector de códigos en la recepción de medicamentos. Formación en medicamentos de alto riesgo.
2. Procedimientos: Inclusión en listado de verificación de muestras biológicas el ítem "no abrir ni etiquetar recipiente hasta que no se obtengan las muestras". Procedimiento de actuación ante paciente con predelirium, interconsultas, actuación en centralita ante una emergencia en quirófano y conciliación terapéutica.
3. Supervisión de la dieta.
Las PS de mayor cumplimiento se relacionan con sistemas informáticos, seguidas de las normas de envasado y etiquetado. Las de menor cumplimiento son las relacionadas con procedimientos, normas, etc.

DISCUSIÓN 1. El análisis de los incidentes de seguridad de gran impacto o gravedad ha supuesto un esfuerzo, tanto en recursos humanos como materiales, cuya repercusión positiva se aprecia en nuestra organización, fundamentalmente en la cultura de seguridad.
2. La formación puede ayudarnos a conseguir mayor adherencia a las normas y procedimientos.

AUTORES: *JUANA Mª GUIRAO SASTRE; ASCENSIÓN SÁNCHEZ MARTÍNEZ; JAVIER INIESTA SÁNCHEZ; RAFAEL PACHECO GUEVARA; Mª TERESA ANTEQUERA LARDÓN; ÁNGELES R. SÁEZ SOTO.*

ID 183

TITULO HERRAMIENTAS DE MEJORA: BENCHMARKING ENTRE HOSPITALES DE MEDIA ESTANCIA PARA INCENTIVAR LAS MEJORES PRACTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

OBJETIVOS • Aplicar el Benchmarking para mejorar la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.
• Evidenciar nuestros puntos fuertes y débiles para incentivar las mejores prácticas.

MATERIAL Y METODOS • Constitución del Club de Benchmarking.
• Definición de los Indicadores.
• Recogida de datos anual y puesta en común de resultados.
• Análisis estadístico de datos.

RESULTADOS La puesta en marcha de una red de Benchmarking integrada por hospitales de media estancia con unidades y objetivos similares, nos permite detectar en nuestro centro, en base a una autoevaluación comparativa según el modelo EFQM, una carencia en resultados de calidad y cuidados y buenas prácticas en seguridad del paciente.
Se parte en el año 2011 de 8 indicadores asociados a "Resultados": estancia media, identificación, úlceras por presión, caídas, infección nosocomial y ganancia de Barthel.
Para el año 2012 los indicadores establecidos son:
• 22 del Proceso de Paciente Paliativo y 18 de Paciente Neurológico (ACVA), que analizan seis áreas: calidad y seguridad del paciente, satisfacción, cuidados, farmacia y otros
• 9 de Satisfacción
• 3 de Medio Ambiente
• 3 de Protección de Datos
Hemos medido y comparado 6 de los 8 indicadores consensuados para el 2011, y 41 de los 55 establecidos en el año 2012.
En relación a "Calidad" (estancia media, alta y prevalencia de úlceras por presión) existe gran variabilidad entre el grupo y, en relación al promedio, nuestro hospital presenta resultados a mejorar en prevalencia de úlceras (6,90/6,02±3,26 en ACVA y 19/14,80±4,02 en Paliativos), aunque se detecta una tendencia positiva frente al 2011 (27,70/19,8±9,77)
En "Seguridad" se identifican como áreas susceptibles de mejora la identificación de pacientes (88,59/93,01±4,17 en ACVA y 81,74/91,76±6,32 en Paliativos) que empeora en relación al año anterior (95,52/94,26±2,91) y la tasa global de infección nosocomial (17,11/14,41) aunque ya se evidencia una evolución favorable (20,55/11,03±5,87)
Los resultados de "Satisfacción" son muy buenos y obtenemos como acciones de mejora superar la atención global prestada durante el ingreso (91,40/92,81±3,62) y la introducción de nuevos ítems a pasar en futuras oleadas de la encuesta (valoración de la información global que se recibe sobre la enfermedad)

DISCUSIÓN El prestar una atención sanitaria y unos cuidados de calidad es un requisito imprescindible para garantizar la seguridad del paciente en los hospitales.
El hecho de saberse medidos y comparados actúa como un incentivo para la mejora y nos ha permitido conocer el grado de calidad del servicio prestado, detectar lo que se debe cambiar en nuestra organización e identificar áreas de mejora.
El Benchmarking sólo tiene sentido si de la autoevaluación resultan acciones de conservación y refuerzo de los puntos Fuertes y acciones de mejora en la Áreas Susceptibles de Mejora que se detecten.
La implementación de medidas correctoras aumentará la cultura de la seguridad del paciente en nuestro hospital.

AUTORES: *VIRGINIA GONZALEZ PRIETO.*

ID 189

TITULO Bolsa de Auditores Internos para la Norma UNE-EN ISO 9001:2008 en los servicios de salud: Eficiencia del sistema de gestión de la calidad

OBJETIVOS Apoyar la implantación del sistema de gestión de calidad basado en la Norma UNE-EN ISO 9001:2008 en los centros asistenciales del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) mediante la constitución de una Bolsa de Auditores Internos.

MATERIAL Y METODOS La metodología del diseño y despliegue responde a un proceso gestionado centralizadamente desde la Subdirección de Calidad
Fase de Planificación (2010-2011): a) Análisis de situación del SERMAS (certificación frente a Norma), b) Elaboración de los circuitos y documentación aplicable a la metodología del proceso auditor, c) Generación de fichas de registro de auditores y formularios en base de datos centralizada (solicitudes, información a Gerencias/Dirección y al centro/servicio solicitante, documento de confidencialidad, cuestionarios de satisfacción) y, d) Validación de la formación/experiencia de los auditores.
Fase de Implantación (3/2011-12/2012): a) Divulgación de la oferta de la Bolsa de Auditores, b) Constitución del equipo auditor por categorías (auditor jefe, auditor y observador), c) Despliegue sistemático del plan de trabajo para cada auditoría (circuito de petición, ejecución y evaluación).

RESULTADOS Solicitud de 49 auditorías, cancelándose 10 anticipadamente al proceso auditor. Se realizan 39 auditorías (12 en 2011, 37 en 2012) en 25 servicios/unidades de 10 hospitales.
Constitución de la Bolsa con 154 personas de diferentes ámbitos (asistenciales, técnicos, inspección) con formación y experiencia en certificación y auditoria: 24 auditores jefe (AJ), 46 auditores (A) y 84 observadores (O).
Actualización de la competencia (auditorías Norma ISO): 4 cursos (2010) sumando 120 horas lectivas y 76 asistentes; 2 cursos (2012) sumando 25 horas y 59 asistentes.
Total de invitaciones cursadas para realizar auditorías: 182 (68 AJ, 79 A, 35 O). La tasa de aceptación por categoría fue del 63% en AJ (43/68), 59.5% en A (47/79) y 74% en O (26/35).
La participación efectiva según categoría alcanzó al 75% de los AJ registrados (18/24), 55% de A (25/46) y 23 % de O (19/84).
La composición de equipos auditores por la Bolsa de Auditores Internos fue del 100% con AJ (39/39), 95% con A (37/39), 31% con O (12/39).
El rendimiento de la Bolsa se traduce en un 100% de auditorías externas superadas para su certificación, y la optimización de costes (30.000-45.000 €, según coste de auditoría tipo y precio medio de mercado).

DISCUSIÓN El desarrollo de una estrategia centrada en el apoyo a los centros asistenciales del Servicio Madrileño de Salud desde la Subdirección de Calidad, mediante la gestión de una Bolsa de Auditores Internos frente a la Norma UNE EN ISO 9001: 2008, ha supuesto un relevante avance en la implantación del sistema de gestión de la calidad, acompañándose de un elevado rendimiento y optimización de costes, aportando valor a la organización y competencia a los profesionales.

AUTORES: *JUAN ALBERTO FERRÁNDIZ SANTOS; ESTHER MORENO MATÉ; CRISTINA NAVARRO ROYO; ALBERTO PARDO HERNÁNDEZ.*

ID 190

TITULO ¿PUEDEN LOS SMS INCREMENTAR LA PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER DE MAMA?

OBJETIVOS Evaluar el impacto del recordatorio mediante SMS sobre la participación de las mujeres en un programa de detección precoz de cáncer de mama (PDPCM). Analizar el impacto del SMS sobre la gestión del PDPCM (carga de recitación telefónica y detección de mujeres que cumplen criterios de exclusión del programa)

MATERIAL Y METODOS Ensayo aleatorizado de una intervención. Se seleccionaron las 703 mujeres de una Área Básica de Salud de Barcelona, invitadas a participar en un PDPCM entre el 25/01/2011 y el 22/03/2011 y con número de teléfono móvil registrado. Se hizo una aleatorización mediante muestreo estratificado por fecha de citación entre grupo control (GC; n=470) y grupo de intervención (GI; n=233); en proporción GI a GC de 2:1. Las mujeres del GC seguían el circuito habitual de la convocatoria, con carta de citación inicial, recitación telefónica sino acudían y nueva carta de citación sino eran localizadas. Las mujeres del GI recibían además un SMS como recordatorio y con opción a respuesta, tras la primera carta. Variables independientes: grupo de edad, nivel educativo y comportamiento de la mujer en la anterior ronda de cribado dentro del PDPCM. Variables dependientes: participación en el PDPCM (en función de si la mujer se realiza la mamografía o no), número de llamadas de recitación realizadas por el PDPCM y porcentaje de exclusiones (mujeres que debían ser excluidas de la convocatoria de cribado). Se compararon las tasas de participación de ambos grupos según grupo de edad, nivel educativo y comportamiento en ronda anterior; el número de llamadas de recitación según participación, grupo de edad y nivel educativo; y las diferencias en los porcentajes de exclusiones

RESULTADOS Globalmente el GI presentó mayor participación (78,1% vs 72,3%), tendencia observada significativamente para el grupo de edad de 55-59 años (p=0,036) y el nivel educativo 'bachillerato elemental y FP1' (p= 0,014). El GI presentó una media de llamadas de recitación significativamente menor (0,41 vs 0,65), patrón observado en todas las categorías de las variables independientes y significativamente en las franjas de edad más jóvenes, niveles educativos bajo y medio y mujeres participantes (0,09 vs 0,19, p=0,012). El porcentaje de exclusiones en el GC fue mayor que en el GI, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa (11,2% vs 7,7%; p=0,124)

DISCUSIÓN La incorporación del SMS en los circuitos de los programas de detección precoz de cáncer puede suponer un aumento en las tasas de participación y una mejora en la gestión de los mismos, aumentando su efectividad y eficiencia. Estudios más amplios permitirían conocer mejor el impacto del SMS en distintos grupos poblacionales y establecer los costes de su aplicación

AUTORES: *MARIA MARTA ARCAS FERRÉ; ANDREA BURON PUST; ORIOL RAMIS JUAN; MERCÈ ESTURI MOLIST; CRISTINA HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ; XAVIER CASTELLS OLIVERES.*

ID 192

TITULO IMPACTO DEL EQUIPO INTERDISCIPLINAR EN LA UTILIZACIÓN DE LOS G-CSF EN PROFILAXIS DE NEUTROPENIA ASOCIADA A QUIMIMIOTERAPIA

OBJETIVOS Adecuar el proceso farmacoterapéutico de los G-CSF(Filgrastim y Pegfilgrastim) siguiendo los criterios clínicos de utilización de la resolución del 26 de abril de 2012 de la Agencia Valenciana de Salud(AVS) declarándolos medicamentos de alto impacto sanitario y económico(MAISE) y analizar el valor añadido que aporta un grupo interdisciplinar en el proceso farmacoterapéutico.

MATERIAL Y METODOS Estudio descriptivo ambispectivo de 1año y 4meses de duración con 3fases: fase 1.Pre-publicación (enero-abril 2012), fase 2.Post-publicación MAISE sin intervención (mayo-agosto 2012) y fase 3.Protocolo de utilización de G-CSF implantado (enero-abril 2013). El uso del Pegfilgrastim como MAISE obliga a la autorización por parte del médico prescriptor y farmacéutico. Se formó un equipo interdisciplinar que trabajó en un periodo ventana (septiembre-diciembre 2012) formado por Dirección Médica, Oncología, Hematología y Farmacia. Acciones realizadas: 1)Selección de los esquemas farmacoterapéuticos(EFT) que cumplían criterios MAISE para el uso de Pegfilgrastim(31EFT); 2)Propuestas de prescripción validadas por la evidencia científica (en el 30%de los EFT que cumplían criterios MAISE para el Pegfilgrastim, se consensuó el Filgrastim como medicamento de elección); 3) Diseño de protocolo de utilización de G-CSF con su inclusión en el EFT por prescripción electrónica. Se incluyeron todas las prescripciones de los pacientes que iniciaron tratamiento con G-CSF con indicación de profilaxis. El impacto de la publicación del MAISE y del equipo interdisciplinar se valoró con las prescripciones (utilización y tipo de prescripción: electrónica y manual) y coste. Los resultados obtenidos en cada fase se compararon mediante la prueba estadística ANOVA.

RESULTADOS Se analizaron 1.604prescripciones (fase1 n=497; fase2 n=538; fase3 n=569), siendo el 66,3%electrónicas y el 26,2%prescripciones de Pegfilgrastim.
La evolución de la utilización del Pegfilgrastim sobre el total de los G-CSF fue: 45,3%, 25,1% y 10,5%;la prescripción electrónica se incrementó 56,3%, 69,5% y 71,9% respectivamente. Las diferencias entre fases resultaron estadísticamente significativas para ambos casos(p=0,00; p=0,02). El impacto de la declaración de los G-CSF como MAISE y del trabajo del equipo interdisciplinar descendió la utilización del Pegfilgrastim en un 34,8%, incrementó la prescripción electrónica en 15,6% y disminuyó en un 53,9% el coste/ciclo (fase1: 413€/ciclo).

DISCUSIÓN El valor añadido del equipo interdisciplinar en la implantación del protocolo sobre las recomendaciones de utilización de los G-CSF significó un aumento del 2,4% de la prescripción electrónica, descenso del 14,6% del Pegfilgrastim y un incrementó de la reducción del coste/ciclo en 37,6%. El estandarizar prácticas clínicas y trabajar con equipos interdisciplinares promueven la equidad entre nuestros pacientes, la prescripción electrónica, y el uso de las TICs disminuyen el trabajo administrativo burocrático que no aportan valor, optimizando los recursos económicos.

AUTORES: *ANA MOYA GIL; MÓNICA CLIMENTE MARTI; RUBEN ACHAU MUÑOZ; BEGOÑA PORTA OLTRA; DANIEL ALMENAR CUBELLS; SECUNDINO FERRER BORDES.*

ID 193

TITULO ESTRESORES LABORALES EN EL EQUIPO VOLANTE DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO: ESTUDIO DESCRIPTIVO.

OBJETIVOS valorar la exposición a estresores laborales en el equipo volante de enfermería, así como analizar su asociación con variables socio-laborales de la muestra estudiada.

MATERIAL Y METODOS Estudio observacional de corte transversal. La población objeto de estudio fue el personal de enfermería del equipo volante de un Hospital. Instrumentos de evaluación: para conocer la percepción de los profesionales de enfermería sobre el contenido de su trabajo y determinar los estresores laborales se empleó el cuestionario Job Content Questionnaire (JCQ) traducido y validado por Escribá et al. (2001). Dicho cuestionario, que constituye una ampliación del modelo Demanda-control originalmente propuesto por Karasek y Tehorell, incluye tres dimensiones: las Demandas Psicológicas del trabajo, el Control sobre el mismo, y el Apoyo Social por parte de supervisores y compañeros. A dicho instrumento se añadieron, además, una serie de preguntas relativas a variables socio-laborales. Análisis estadístico mediante SPSS-15. Datos expresados como medias ± desviación estándard y porcentajes. Las comparaciones se hicieron siguiendo pruebas paramétricas o no paramétricas según las variables cuantitativas siguieran o no la distribución Normal.

RESULTADOS La tasa de participación fue del 90,47% (N=38). Se registró una media para la dimensión de Apoyo social de 2,59±0,47, para la dimensión de Demandas Psicológicas en el trabajo de 3,26±0,47, y para la dimensión de Control sobre el trabajo se obtuvo una media de 2,87±0,40. Entre las demandas psicológicas más relevantes destaca "el ajetreo del trabajo" (3,58±0,5) y "la intensa concentración" que requiere el mismo (3,26±0,6). Ninguna de las tres dimensiones se mostró asociada a las variables socio-laborales de sexo, edad, turno, adscripción y tipo de vinculación al hospital. Únicamente la variable laboral de adscripción del puesto de trabajo mostró diferencias significativas con relación a la dimensión de Apoyo social, en el sentido de encontrar una mayor percepción de Apoyo social por parte de los profesionales adscritos a una unidad fija en comparación con aquellos que no lo están y dependen de la dirección de Enfermería (2,89 vs 2,49; p<0,05).

DISCUSIÓN este estudio refleja una frecuencia moderada de estresores laborales en la muestra de profesionales analizados. Además, la no adscripción del profesional a ninguna unidad de trabajo se asocia a una menor percepción de apoyo por parte de compañeros y supervisores, lo que, de acuerdo con el modelo teórico de referencia, incrementaría la vulnerabilidad a experimentar mayores niveles de estrés laboral. Minimizar las demandas psicológicas y fomentar un apoyo social adecuado por parte de compañeros y supervisores se convierten en herramientas básicas para prevenir el estrés laboral y sus consecuencias en este colectivo de profesionales, contribuyendo así a un mejor servicio que fomente la calidad de los cuidados prestados.

Palabras clave: Personal de enfermería. Modelo demanda-control-apoyo. Estrés laboral.

AUTORES: *EMILIANA SABUCO TEBAR; MARIA ISABEL RÍOS RISQUEZ; CESAR CARRILLO GARCÍA; LAURA ESCUDERO FERNANDEZ.*

ID 195

TITULO ESTUDIO COMPARATIVO DEL BURNOUT EN PROFESIONALES Y ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

OBJETIVOS Estimar y comparar el nivel de burnout existente en profesionales de enfermería y alumnos de enfermería en su último año académico, así como estudiar su asociación con las características sociodemográficas y laborales de las muestras analizadas.

MATERIAL Y METODOS Diseño observacional de corte transversal. La muestra de conveniencia estuvo formada por 106 profesionales de enfermería hospitalarios y por 113 alumnos de cuarto de grado de la facultad de Enfermería de Murcia. Como instrumento de evaluación se empleó la adaptación española del Inventario de Burnout de Maslach (MBI-GS), así como varias preguntas relativas a variables sociodemográficas y laborales de ambas muestras. Dicho cuestionario permite medir las tres dimensiones que componen el Síndrome de Burnout: Cansancio Emocional, Cinismo, y Eficacia profesional/académica. Análisis de datos: SPSS 17.0 ©: Datos expresados como medias ± desviación estándard y porcentajes. Las comparaciones se hicieron siguiendo pruebas paramétricas o no paramétricas según las variables cuantitativas siguieran o no la distribución Normal.

RESULTADOS El análisis comparativo de las dimensiones que componen el burnout demuestra que los niveles de agotamiento emocional son significativamente mayores en los alumnos de enfermería (2,4±1,35 vs 1,82±1,38; p<.01), mientras que la eficacia profesional es mayor en los profesionales (5,16±1,00 vs 4,2±0,59; p<.001). Los índices de prevalencia del Síndrome de Burnout se sitúan en un 1,87% de los profesionales y un 2,65% de los estudiantes analizados. El análisis de las variables sociodemográficas y laborales muestra los siguientes resultados: en la muestra de profesionales, el turno nocturno se asocia a una menor eficacia profesional en comparación con el rodado y el fijo o diurno (F=2,69; p<.05), así como los contratados eventuales muestran un menor cinismo en comparación con interinos o propietarios (F=3,98; p<.05). En la muestra de estudiantes, aquellos que además de su curso académico, trabajan, muestran mayores niveles de cansancio emocional (T=2,43; p<.05). Otras variables, como edad, género, estado civil, o años de experiencia profesional no resultaron significativas en los análisis.

DISCUSIÓN Este estudio ha mostrado niveles bajos en la prevalencia del Síndrome de Burnout. No obstante, la comparación de muestras ha reflejado niveles superiores de Cansancio Emocional y falta de Eficacia Profesional en el alumnado de enfermería en su último año académico. Dada la naturaleza de este proceso de desgaste profesional, se requieren estrategias que permitan una mejor integración de los estudiantes al entorno laboral y, de este modo, minimizar el estrés en este colectivo pre-profesional que también presta asistencia a los usuarios a lo largo de sus prácticas clínicas.

Palabras clave: Estrés laboral. Burnout. Estudiantes de enfermería. Personal de enfermería.

AUTORES: *MARIA ISABEL RÍOS RISQUEZ; EMILIANA SABUCO TEBAR; CESAR CARRILLO GARCÍA.*

ID 196

TITULO IMPLEMENTACIÓN EXITOSA DE PROTOCOLO DE CUIDADO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC) EN HOSP. DE DÍA

OBJETIVOS Determinar la repercusión de una implementación dinámica de un protocolo de cuidado de PICC en el HDM en la incidencia de complicaciones asociadas al mismo y en las causas de su retirada

MATERIAL Y METODOS El creciente número de pacientes portadores de PICC sometidos a tratamiento EV en el HDM obligó al diseño de un protocolo de cuidado del mismo en el año 2009; para ello se tuvieron en cuenta las recomendaciones del Grupo de Mejora en el Manejo de Catéteres de nuestro Sistema de Salud Autonómico y se realizaron varios seminarios de formación con el personal sanitario del HDM antes de su puesta en marcha. Además se contó desde un primer momento con la sistematización de un registro informático de todas las acciones de mantenimiento sobre los PICCs, de las complicaciones aparecidas y de las causas de retirada, integrado en una plataforma digital para la mejora de la seguridad en todo el proceso de medicación. Una vez iniciado el protocolo se mantuvieron reuniones periódicas para abordar posibles mejoras, en función de las experiencias personales y de los resultados del registro informático, y se realizaron talleres prácticos de actualización en técnicas de cuidado para el personal sanitario. En este trabajo se lleva a cabo un análisis de la evolución anual de las complicaciones detectadas durante el mantenimiento de los 426 nuevos PICCs controlados en el HDM durante los años 2010 a 2012. Se analizan como complicaciones más frecuentes: hematoma local, edema local, infección asociada a catéter, flebitis y migración. Se evalúan como causa de retirada de 516 PICCs durante dichos años: finalización de tratamiento, exitus del paciente, tromboflebitis, infección asociada a catéter, obstrucción y migración. Se utiliza la prueba Chi cuadrado para determinar la significación estadística de los cambios en todas estas variables a lo largo de los 3 años.

RESULTADOS Desde 2010 hasta 2012, se ha incrementado el número de nuevos PICCs cuidados anualmente en el HDM, pasando de 114 a 181 (p<0,001), al tiempo que se ha reducido el número de complicaciones, pasando en global de 0,7 a 0,4 por cada PICC (p=0,038) La incidencia de hematoma pasó del 26,3% al 15,2% (p=0,158), la de edema del 21% al 5,5% (p=0,002), la de infección del 3,5 al 1,1% (p=0,388), la de flebitis del 3,8% (2011) al 3,3% (p=0,132) y la de migración del 16,6% al 14,9% (p=0,940) Respecto a las causas de retirada, las complicaciones en global pasaron del 11,5% al 20,3% (p=0,097) La tromboflebitis pasó del 4,5% al 2% (p=0,286), la infección del 2,5% al 3% (p=0,823), la obstrucción del 2,5% al 5,4% (p=0,165) y la migración del 2% al 9,9% (p=0,011)

DISCUSIÓN La implementación dinámica de un protocolo de cuidado de PICC en el HDM ha supuesto una reducción de todas las complicaciones en su conjunto, en particular del edema local. En cuanto a las causas de retirada, las complicaciones parecen aumentar su importancia relativa, en concreto la migración, lo que demanda un proceso de mejora al respecto.

AUTORES: *CARLOS RODRÍGUEZ DE LA VEGA; ROCÍO LOBEIRA RUBIO; VANESA CASO ÁLVAREZ; MARÍA ÁNGELES MARQUÍNEZ CARRIÓN; MERCEDES RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ; MANUEL FRANCISCO FERNÁNDEZ MIERA.*

ID 197

TITULO IMPLEMENTACIÓN EXITOSA DE UN APLICATIVO INFORMÁTICO PARA LA GESTIÓN DE CUIDADOS EN EL HOSPITAL DE DIA MÉDICO (HDM)

OBJETIVOS Mejorar la gestión de la seguridad de los pacientes mediante el registro informático de todo el proceso de cuidados, incluida la medicación y las complicaciones asociadas al tratamiento

MATERIAL Y METODOS Nuestro HDM es polivalente desde su creación en 1998. En el periodo de tres años (2010 hasta 2012) se han realizado 65.410 sesiones, de las cuales el 74% han correspondido a pacientes oncohematológicos. La gran variabilidad que suponen todos los tratamientos administrados y el abordaje de las complicaciones asociadas nos hizo considerar imprescindible la mejora de los sistemas de registro de las intervenciones (de formato papel a electrónico) Para ello se creó un grupo de mejora compuesto por sanitarios expertos e informático que estableció las necesidades y las prioridades en el abordaje secuencial de la creación de un software que garantizara: 1) la seguridad de cada paciente en todo el proceso de medicación (prescripción, validación y administración) - 2) la valoración integral de enfermería, que según protocolo corresponde al primer día de cada ciclo de tratamiento oncohematológico, con registro de las complicaciones (mucositis, dolor, náuseas y vómitos) - 3) los registros de seguimiento de los catéteres centrales (incluidas complicaciones) y extravasaciones de citostáticos - 4) la gestión de citas - 5) la explotación de datos. Antes y durante la implantación de cada uno de los módulos informáticos se realizaron una media de 5 seminarios de formación para todo el personal sanitario. Además se elaboró un manual de cumplimentación para el personal de nueva incorporación. Se asignaron estaciones de trabajo individuales (ordenador con lector de código de barras) a cada profesional para garantizar la puesta en marcha del proyecto.

RESULTADOS Han quedado registrados el 100% de los protocolos de actuación en relación a la administración de fármacos, las complicaciones asociadas al proceso, los procedimientos invasivos y los catéteres centrales. En concreto, se han registrado: 1) 18.732 valoraciones integrales, siendo el 38,25% la proporción de sesiones en las que se valoró la mucositis - 2) 426 catéteres centrales, que han supuesto 11.743 mantenimientos - 3) 85 extravasaciones, que han correspondido al 0,18% del total de administraciones

DISCUSIÓN El desarrollo e implementación de nuestro aplicativo informático ha posibilitado: 1) Que se incremente la seguridad de los pacientes en todo el proceso de atención - 2) Que la monitorización de los efectos adversos relacionados con el proceso asistencial haya dejado de ser voluntaria y puntual para quedar sistematizada en el trabajo diario, obteniéndose así información prospectiva de los mismos - 3) Que se disponga de una información base, que permita comparar las mejoras resultantes de los protocolos establecidos y/o a establecer en el futuro

AUTORES: *MERCEDES RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ; ROCÍO LOBEIRA RUBIO; CARLOS RODRÍGUEZ DE LA VEGA; MARÍA ÁNGELES MARQUÍNEZ CARRIÓN; VANESA CASO ÁLVAREZ; MANUEL FRANCISCO FERNÁNDEZ MIERA.*

ID 199

TITULO LAS QUEJAS Y RECLAMACIONES COMO FUENTE PARA DETECTAR EVENTOS ADVERSOS EN UN ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRADA

OBJETIVOS En los últimos años, se han desarrollado iniciativas y experiencias en el ámbito sanitario enfocadas en promover una atención más enfocada en el paciente que en los profesionales. Sin embargo, hasta el momento, son pocas las experiencias en relación a la gestión de riesgos en este sentido. En nuestra Área de Atención Integrada, en el contexto de la Unidad Funcional de Seguridad del Paciente, se pone en marcha un grupo denominado Voz del Paciente con el siguiente objetivo:

- Desarrollar un sistema de detección y análisis de eventos adversos en la atención sanitaria a partir de la revisión del contenido de quejas y reclamaciones presentadas por los usuarios.

MATERIAL Y METODOS El grupo Voz del Paciente está formado por profesionales de diferentes categorías profesionales de la Unidad de Calidad, Servicio de Atención al Usuario y Oficina Jurídica. El sistema de detección y análisis se organiza en varias fases:

1. Recopilación notificaciones de quejas, reclamaciones, iniciativas y sugerencias registradas en el sistema informático del Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU) durante un período de dos meses. Se excluyen aquellas relacionadas con tiempos de espera (80% del total) puesto que sus causas están claramente identificadas.
2. Revisión por pares y selección registros cuyo contenido puede estar relacionado con la seguridad del paciente.
3. Detección y definición de eventos adversos.
4. Categorización y priorización de eventos adversos. La priorización se realiza mediante consenso de grupo de trabajo de acuerdo a los criterios de frecuencia y gravedad (número de priorización de riesgo).
5. Análisis de causas raíz de los eventos. Detección y definición de factores contribuyentes.
6. Desarrollo e implantación de planes de mejora.

RESULTADOS Se detectan 35 notificaciones relacionadas con eventos adversos. Todos los eventos adversos llegan al paciente y, en comparación con los eventos detectados a partir del sistema de notificación utilizado por los profesionales, presentan unos mayores niveles de priorización de riesgo (frecuencia y gravedad).

Si clasificamos por categorías, más del 50% de los riesgos detectados son por falta de adecuación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. El análisis de causas muestra que más del 80% de los factores contribuyentes están relacionados con problemas de trato e inadecuada comunicación entre profesional y paciente, así como con falta de adherencia de los profesionales a normas, protocolos y procedimientos de trabajo.

DISCUSIÓN La puesta en marcha de un sistema de detección y análisis de eventos adversos a partir de las quejas, reclamaciones, iniciativas y sugerencias presentadas por los usuarios, nos ha permitido orientar la gestión de riesgos al paciente que sufre sus consecuencias y, así, completar la información obtenida a partir de los sistemas de información del Área y del Sistema de Notificación y Aprendizaje utilizado por los profesionales.

AUTORES: *MARIA ARMENTEROS LECHUGA; CESAR LLORENTE PARRADO; ESTER LAGOS PANTOJA; Mª MAR GARCIA MEDINA; RAMON BARRIOS GARCIA.*

ID 210

TITULO IDENTIFICACIÓN DEL DELIRIO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: UN ÁREA DE MEJORA

OBJETIVOS Evaluar el registro del delirio a través del análisis del CMBD en pacientes geriátricos durante la estancia
hospitalaria

MATERIAL Y METODOS La incidencia estimada del delirio en ancianos hospitalizados oscila entre el 25 y el 60% y se asocia a una mortalidad del 30% a los 12 meses, a una considerable prolongación en el tiempo de hospitalización y a la
posibilidad de aparición de demencia. A pesar de estos datos el registro en la historia clínica sigue siendo bajo.
Se han analizado las altas de pacientes mayores de 70 años de 1999 a 2012 en las que entre sus diagnósticos secundarios aparecía el código CIE-9 293.0 "Delirium debido a enfermedades clasificadas en otro lugar" a través CMBD-GRDs. Durante el 2012 se introdujo la Guía Clínica del Delirio y se insistió en la importancia de reflejar en la historia clínica electrónica cualquier signo de delirio por parte del personal asistencial
y en especial por el personal de Enfermería para que posteriormente los técnicos documentalistas lo codificasen en la historia.

RESULTADOS Desde 1999 hasta el 2011 ha habido un total de 83.354 altas de pacientes mayores de 70 años, entre ellos 1078 tenían entre sus diagnósticos el CIE 293.0, lo que da una tasa de delirio del 1,29%. Tras las medidas adoptadas, en el 2012 esta tasa fue del 4,12%, es decir, hubo un incremento del 218% en el registro con respecto a los años anteriores

DISCUSIÓN El CMBD nos permite analizar el delirio de forma periódica y automática, aunque existe un infraregistro en la historia por parte del personal sanitario.
Por otra parte, el hecho de insistir a los profesionales asistenciales y a los técnicos documentalistas para que hagan una búsqueda activa del mismo en todos los documentos de la historia, ha conseguido incrementar el registro del delirio en un 218%.
La realidad es que según la incidencia estimada del delirio se siguen sin registrar al menos el 30% de los casos, no obstante el análisis de las altas con delirio detectado, nos debería permitir en una segunda fase identificar los factores de riesgo y establecer sistemas de prevención del mismo.

AUTORES: *DAVID CUESTA PEREDO; ELENA BURDEOS PALAU; FRANCISCO JOSE TARAZONA SANTABALBINA; VICENTE VICENT AVIVAR; TOMAS QUIROS MORATO; AYELEN SUAREZ SANCHIS.*

ID 211

TITULO Gestión del circuito preoperatorio desde la consulta de enfermería pre-Quirúrgica

OBJETIVOS El circuito prequirúrgico es una etapa clave en la planificación de la intervención quirúrgica. Son muchos los agentes y servicios que intervienen, por lo que es imprescindible que exista entre ellos una exquisita coordinación que garantice la llegada del paciente al quirófano en óptimas condiciones de información, preparación y con las pruebas complementarias necesarias realizadas y valoradas por el profesional sanitario correspondiente en el momento adecuado. Esto no siempre es así, por lo que puede ocurrir que el día de la intervención quirúrgica falte algún dato, prueba, reserva, que obligue a realizarla de forma urgente, que se retrase la intervención o, en el peor de los casos, que haya que suspenderla. Conscientes del problema, nos planteamos como objetivo garantizar la llegada al quirófano del paciente en óptimas condiciones de preparación y de información y su continuidad hasta el fin del proceso. Para ello rediseñamos el circuito prequirúrgico y centralizamos su gestión en la consulta de enfermería pre-Quirúgica. Los objetivos secundarios fueron: minimizar la repetición de pruebas complementarias, garantizar la conciliación de la medicación crónica y reducir el número de consultas innecesarias con otros especialistas.

MATERIAL Y METODOS Organización de una consulta de enfermería en el área de consultas externas del Hospital. Protocolización de los distintos preoperatorios adecuados por patología y edad, por parte del Servicio de Anestesia. Diseño de informes de valoración enfermera estandarizados e informatizados incluidos en la aplicación informática del hospital. Apertura del acceso informático de la enfermera de la consulta pre-Quirúrgica a la aplicación informática de Atención Primaria. Consenso con los servicios qiurúrgicos del circuito de derivación de pacientes desde el momento de la indicación quirúrgica. Protocolización de la retirada y reintroducción de los tratamientos anticoagulantes por parte del Servicio de Hematología y su aplicación desde la Atención Primaria. Información escrita al paciente de todo el circuito, fechas y horas de cita, así como de un teléfono único para la resolución de dudas.

RESULTADOS En los 3 meses desde su implantación, han sido valorados por la enfermera de la consulta pre-Quirúrgica 336 pacientes. Ninguno de estos pacientes ha precisado de la realización de pruebas complementarias no planificadas y necesarias para la intervención en las horas previas. Los pacientes han mostrado un elevado grado de satisfacción con la gestión de este circuito prequirúrgico. Se han reducido las llamadas de pacientes a lista de espera o al Servicio de Atención al paciente en demanda de información.

DISCUSIÓN La consulta de enfermería pre-Quirúrgica está demostrando ser un excelente método para gestionar el circuito preoperatorio. Mejora la eficiencia del proceso,evitando la repetición de pruebas innecesarias y garantizando la continuidad de los tratamientos crónicos. La gestión integral del paciente quirúrgico, garantiza su seguridad en todo el proceso.

AUTORES: *MARIA ARANZAZU ECHEVERRIA MUGURUZA; LEIRE URRUTIA BENGOA; CARMEN SORIA UCAR; MIREN BEGOÑA AREJOLALEIBA AGUIRREZABAL; MONTSERRAT LOPEZ ARREGUI; AMAIA LARREA ARAMBURU.*

ID 212

TITULO ÉL PACIENTE TIENE VOZ….. LO QUE OPINA SOBRE LA HIGIENE DE MANOS..

OBJETIVOS Conocer la opinión de los pacientes sobre la higiene de manos de los profesionales sanitarios que trabajan en los servicios de hospitalización

MATERIAL Y METODOS Estudio transversal a través de una encuesta de opinión sobre la higiene de manos, dirigida a los pacientes ingresados durante las fechas del 6 al 10 de mayo.
Para el análisis estadístico se realizó mediante la comparación de proporciones utilizando el estadístico Chi 2, para variables discretas el test exacto de Fisher y para la comparación de medidas se utilizo el T-Test.

RESULTADOS 50 pacientes respondieron la encuesta, 72% mujeres y 28% hombres, la edad media fue de 78 años (D.E.:19,1 años). La distribución según las áreas de ingresos en el Hospital de Mendaro fue el 40% en el servicio de cirugía, el 32% en ginecología y el 28% en medicina interna.
El 90% de los pacientes reconocen que las manos están relacionadas con la infección, por lo que el 97% refiere que es muy importe que los sanitarios realicen la higiene de sus manos antes de atenderle.
El 30% de los pacientes refieren que durante su ingreso no ha visto que el personal sanitario utilice el preparado de base alcohólica (PBA) para higienizar sus manos, mientras que el 96% sí ha visto que los profesionales utilicen guantes mientras le atiende.
Todos los pacientes dan por hecho que el personal sanitario se lava las manos antes de la atención que prestan y algunos de los sentimientos generados al suponer que los profesionales no cumplen con esta medida son: inseguridad (30%), desconfianza (15%), rabia (12%) o poca profesionalidad (8%).
Las razones con las que el paciente justifica la falta de higiene de manos por el personal sanitario son: uso de guantes (38%), falta de tiempo (15%) o exceso de trabajo (5%).
El 93% de los pacientes refieren que no le ha llamado la atención a los sanitarios para que se lave las manos, sin embargo, en caso de ser necesario, el 60% sí lo harían.

DISCUSIÓN Los pacientes también reconocen que la higiene de manos es una de las medidas más importantes para prevenir las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.
Todos los pacientes confían en que los profesionales cumplan con esta técnica.
Los sentimientos que genera en los pacientes la falta de higiene de manos son inseguridad, desconfianza, rabia o poca profesionalidad.
Hasta el momento, los pacientes no han llamado la atención a los profesionales sanitarios por el incumplimiento de esta medida, sin embargo 6 de 10 sí lo harían.

AUTORES: *DAYSY LUCIA DELGADO PÁEZ; MARIA TERESA BUSTINDUY BASCARAN; BEATRIZ IZAR ÁLVAREZ GÓMEZ; JORGE TABOADA GÓMEZ.*

ID 213

TITULO CÁPSULAS INFORMATIVAS SOBRE LA HIGIENE DE MANOS: MÉTODO "STAND-UP"

OBJETIVOS Valorar el método "stand-up" como nueva estrategia de capacitación al personal sanitario sobre la higiene de manos

MATERIAL Y METODOS Se diseñó una estrategia de formación a través de charlas "stand-up" para sensibilizar al personal sanitario sobre la higiene de manos (HM) y el uso de la solución hidroalcohólica en el hospital.
Durante una semana en la jornada laboral, se acudió a las diferentes áreas hospitalarias para realizar las charlas "stand-up" sobre higiene de manos.
Las charlas "stand-up" sobre HM, consistieron en reuniones de 5 minutos, donde los ponentes y el personal permaneció de pie y se abordaron los 5 puntos clave sobre la higiene de manos: 1. Importancia de la HM en la asistencia, 2. Los 5 momentos, 3. Los 6 pasos de la HM, 4. Tipos de lavado y 5. Ejercicio práctico. Se utilizó material formativo (carteles y folletos) sobre HM para las charlas y se animó a todo el personal a que participara a través de comentarios, experiencias o dudas.
Antes de iniciar la charla "stand-up" en cada servicio, se animó a todo el personal a que asistiera. Las charlas no fueron suspendidas si alguno de los miembros no estaba presente.
Posteriormente se consulto a los responsables de las unidades para conocer su opinión sobre esta nueva forma de capacitación.

RESULTADOS Se realizaron 15 charlas "stand-up" sobre HM en todos los servicios hospitalarios, se capacitó un total de 94 profesionales sanitarios, principalmente personal de enfermería y auxiliares (54%), médicos (32%), matronas (6%) y personal de limpieza (5%).
Según el personal entrevistado las charlas "stand-up" fueron evaluadas como prácticas y efectivas, lograron mayor aceptación por la rapidez y claridad en los puntos tratados, permitieron aclarar dudas e identificar problemas, mejoraron la relación entre los equipos y derivado de la participación activa se logró mayor tasa de transferencia de conocimientos.
Por otro lado, se valoró la necesidad de repetir esta estrategia de formación "stand-up" cada cierto tiempo para reforzar conocimientos y capacitar a más gente, así como realizar charlas multidisciplinares para lograr mayor adhesión a esta practica.

DISCUSIÓN Este nuevo estilo de formación permitió en poco tiempo capacitar a un importante número de profesionales, de diferentes estamentos, sin alterar su rutina de trabajo y con alto grado de satisfacción y participación.

AUTORES: *MARIA TERESA BUSTINDUY BASCARAN; DAYSY LUCIA DELGADO PAEZ; BEATRIZ IZAR ÁLVAREZ GÓMEZ; JORGE TABOADA GÓMEZ.*

ID 214

TITULO EXPERIENCIA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

OBJETIVOS Sensibilizar a los profesionales del centro sobre la seguridad del paciente. Crear un circuito para la detección y análisis de eventos adversos (EA) relacionados con la asistencia y un entorno de trabajo adecuado para la resolución de los mismos

MATERIAL Y METODOS Se inició la actividad en el 2008 en el marco de la Alianza para la Seguridad del Paciente, reorientando la Comisión Evaluadora de la Actividad Asistencial (CAAA), ya existente en el centro. Formada por 14 profesionales de distintas áreas hospitalarias y directivos, se reúne bimensualmente y analiza los EA ocurridos. Seis de estos profesionales conforman el Núcleo Operativo de Seguridad (NS), que se reúne quincenalmente y revisa las notificaciones de EA procedentes de los profesionales, de comisiones hospitalarias, de la dirección o del SINASP (Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente). El NS designa un profesional (ajeno al EA) para el relato y análisis causa-raíz, propone acciones de mejora y decide la idoneidad de presentar el caso a la CAAA, donde se invita a responsables de las áreas implicadas en el EA y se llevan a cabo acciones estratégicas. El NS hace un seguimiento de las propuestas de mejora hasta su completa resolución y realiza difusión de la actividad de la CAAA, de los métodos de notificación y de los resultados alcanzados

RESULTADOS Entre enero del 2008 y mayo del 2013, el NS analizó un total de 38 EA, pasando de 4 en el 2008 a 15 en el 2012. En el análisis, propuesta de acciones y consecución de las mismas intervinieron 72 profesionales diferentes. La mayoría de los casos fueron notificados directamente por profesionales del centro (76%). Los profesionales notificadores y relatores fueron en su mayoría médicos/as (85,3% y 89,5% respectivamente), el 58,6% de los médicos/as notificadores pertenecían a la CAAA. Las áreas de donde se notificaron con más frecuencia los EA fueron: urgencias (24,3%), anatomía patológica (10,8%), traumatología y neurocirugía (8,1% cada una). Los problemas mayormente identificados fueron los de comunicación (referentes a flujos de información sobre la evaluación y/o atención al paciente, 79% de los casos); y los relacionados con falta de normas, protocolos o fallo de los mecanismos barrera (63%). En un 87% de los EA se propusieron acciones de mejora (77 en total), de los que el 51,5% están cerrados por logro de las acciones propuestas. El 28,5% de las acciones correspondieron a creación o revisión de circuitos/protocolos de actuación, 22% a mejora de la organización de recursos humanos o materiales, 10,4% a mejora de la información escrita y 10,4% a modificaciones informáticas

DISCUSIÓN La actividad del NS y la CAAA ha generado un entorno de trabajo facilitador para la notificación y análisis de los EA y la resolución de problemas, percibido positivamente por los profesionales. Pero es necesario continuar trabajando para la cultura de seguridad del paciente, diversificar los perfiles del notificador y relator y estimular la notificación mediante el SINASP

AUTORES: *MARIA MARTA ARCAS FERRÉ; PRISCILA GIRALDO MATAMOROS; LUIS GRANDE POSA; ADOLFO DÍEZ PÉREZ; ENCARNA MUÑOZ LÓPEZ; MARIA SALA SERRA.*

ID 216

TITULO LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN ATENCION PRIMARIA. IDENTIFICACION DE AREAS DE MEJORA DURANTE LOS PROCESOS DE CERTIFICACION

OBJETIVOS Identificar los espacios de mejora que las Unidades de Atención Primaria presentan para conseguir mayores niveles de resolución en la continuidad de la atención sanitaria

MATERIAL Y METODOS Estudio descriptivo. Extracción y depuración de los registros asociados a estándares de calidad referidos a la continuidad asistencial dentro del Programa de Acreditación de Unidades de Atención Primaria de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. La muestra fue de 64 Unidades de la comunidad autónoma de Andalucía que se vieron inmersas en un proceso de certificación desde enero de 2011 a diciembre de 2012. Los estándares se agruparon en tres dimensiones: de información (los proveedores disponen y utilizan la información de episodios anteriores para dar una atención apropiada a las necesidades actuales), de relación (la relación que se establece a lo largo del tiempo con uno o más proveedores) y de gestión (provisión de los diferentes tipos de atención sanitaria, de manera que se complementen entre sí y no se dupliquen)

RESULTADOS La media de nivel de consecución, agrupados por dimensión, fue la siguiente: 60.9% para los relacionados con información, 39.8% de relación y 27% de gestión. Se evidenciaron los principales motivos de incumplimiento:
1. Información:
•75% Deficiencias en los registros de los profesionales en la Historia de salud
•29,4% Ausencia de evaluación de los registros de las historias de salud en base a unos indicadores de calidad y cumplimentación previamente definidos
•12.7% Ausencia de controles de duplicados de historias de salud
2. Relación:
•70,3% Ausencia de evaluaciones del cumplimiento de criterios de asistencia e interconsulta consensuados
•57,1% Ausencia de evaluaciones de las desprogramaciones ocurridas y sus causas
•54% Deficiencias en la actualización del plan asistencial del paciente en la historia de salud así como aspectos que puedan interrumpirlo y uso de herramientas que facilitan la comunicación entre profesionales (informes)
3. Gestión:
•100% Ausencia de evaluaciones de la adherencia a las recomendaciones sobre la práctica clínica implantada.
•67,2% Deficiencias con respecto a responsabilidades asignadas, análisis de situación adaptación local y desarrollo de grupos de mejora de los Procesos Asistenciales Integrados de Andalucía
•51.6% No definición de criterios de implantación de protocolos normalizados, procesos, vías y guías de práctica clínica y planes de cuidados, así como deficiencias en su actualización o disponibilidad en las mismas de recomendaciones basadas en la evidencia

DISCUSIÓN Los procesos de certificación, como elemento clave en la gestión de la calidad, ayudan a identificar áreas de mejora en atención primaria para garantizar una continuidad asistencial.
Se evidencian espacios de mejora en cuanto a la evaluación del uso y registro de la historia de salud, así como en el consenso, actuación conjunta y la unificación de criterios claros de actuación en el abordaje multidisciplinar del usuario del sistema de salud

AUTORES: *OSCAR CRUZ SALGADO; RAMÓN DE BURGOS POL; SHEILA MARIA MARTÍN GARCÍA; ALBERTO OVIES FERNÁNDEZ; ANA ROJAS DE MORA-FIGUEROA; ANTONIO MANUEL ALMUEDO PAZ.*

ID 217

TITULO MEJORAS DEL PARTE DE LESIONES A TRAVÉS DEL APLICATIVO INFORMÁTICO IANUS EN CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

OBJETIVOS El parte de lesiones (PL), como herramienta de registro en casos de violencia de género (VG),fué introducido en el aplicativo informático IANUS en junio de 2011. Antes se cubrían en formato papel con cuatro copias.La finalidad de esta herramienta es unificar la recogida de indicadores y posibilidad de gestionar la información de los registros electrónicos.Este cambio ha sido acompañado de sesiones de formación sobre el registro de las lesiones producidas por VG tanto en Atención Primaria (AP) como en hospitalaria (AE). El mayor número de profesionales formados pertenecieron a AP y urgencias hospitalarias.
El objetivo principal de este trabajo es comparar los datos registrados en los segundos semestres del primer e segundo año de la inclusión del PL en IANUS valorando las mejoras de este nuevo procedimiento.

MATERIAL Y METODOS Se realizó un estudio descriptivo comparativo de los datos registrados en los PL emitidos por VG tanto física, psicológica como sexual, a través de IANUS en los segundos semestres de los años 2011 y 2012. Los indicadores fueron: numero total de partes emitidos por violencia de género, tasas y porcentajes. los cálculos se realizaron mediante hoja excell.

RESULTADOS En el segundo semestre de 2011 en Galicia se detectaron 155 casos de VG a través del PL de la historia clínica electrónica emitidos desde AP, Puntos de Atención Continuada (PACs), AE, urgencias y salud mental lo que supuso una tasa de 12 mujeres de 14 o más años por cada 100.000 gallegas de esas edades. De esos partes, 148 fueron originados en AP. En el mismo semestre del año 2012 el número de casos fueron 287, con una tasa de 22 mujeres por cada 100.000 gallegas y 279 partes hechos desde AP. Del total de los PL en el segundo semestre del 2011 el 21% fueron de casos de VG. En el segundo semestre del 2012 fueron el 20% del total. El tipo de maltrato no vario de semestre a semestre comparado, constituyendo el físico el mayoritario (93% das mujeres en 2011 y el 92% en el 2012). Respecto al perfil de la mujer maltratada, aumenta en el 2012 el porcentaje de PL en mujeres de 45 a 64 años (pasando de un 12 a un 24%) y de las mujeres sin trabajo remunerado (de un 26 a un 34%). En el caso de embarazadas se mantiene la proporción en conjunto de los PL en torno al 2%.

DISCUSIÓN El registro del parte de lesiones a través del IANUS en los casos de VG se duplicó en número el segundo semestre del 2012 respecto al segundo semestre del 2011, fundamentalmente a través de las consultas y las urgencias de AP. También en el registro das lesiones en general ocurre este incremento. Podemos hablar, entonces, de un mejor manejo del sistema y de la efectividad de los talleres y cursos de formación para las y los profesionales en este proceso de cambio, muy especialmente en la sensibilización hacia el problema da VG.
La informatización de esos datos constituye una mejora destacable en la tarea de dimensionar y paliar este problema de salud pública y nos abre la posibilidad de incrementar y mejorar el tipo de registro actual.

AUTORES: *MARÍA ISABEL GRAÑA GARRIDO.*

ID 219

TITULO EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES PARA LA SEDACIÓN EN EL PACIENTE TERMINAL.

OBJETIVOS •Evaluar la adecuación del proceso de sedación en los pacientes terminales que fallecen durante su ingreso.
•Evaluar el cumplimiento de las recomendaciones establecidas en el documento de recomendaciones al respecto implantado en nuestro centro.
•Detectar posibles deficiencias y establecer acciones correctoras.

MATERIAL Y METODOS Estudio descriptivo retrospectivo. Población a estudio: pacientes fallecidos en el hospital, incluido Hospitalización a Domicilio (HAD), excluidos UCI y pediatría. Cálculo de tamaño muestral. Selección de casos a través de bases de datos hospitalarias. Homogeneización de criterios de revisión. Revisión de historias de fallecidos por la Comisión de Mortalidad (doble revisión en casos dudosos). Cumplimentación del check list. Análisis estadístico mediante SPSS v. 18. Elaboración de informe, detección de áreas de mejora y establecimiento de acciones correctoras.

RESULTADOS 213 pacientes estudiados. 64,8% hombres. Edad media 70,8 años. 77% pacientes oncológicos. Por especialidad: 49,3% Oncología, 18,8% Paliativos, 8% Medicina Interna; 5,6% HAD. Duración media de sedación 23,4h. No diferencias significativas en duración de sedación en pacientes oncológicos y no oncológicos. Cumplimiento: 97,65% describe síntoma refractario que justifica la sedación. Fármaco de elección Midazolam (94,8%). 19,9% pacientes y 98,6% familiares informados y participando en decisiones. 99,05% suspensión de pruebas y 98,1% sólo tratamiento de confort. 96,2% titulación hasta control de síntomas. 99% seguimiento de control de síntomas. 99,5% seguimiento del nivel de conciencia. 94,4% seguimiento a la familia.

DISCUSIÓN Se considera adecuado el proceso de sedación en paciente terminal en nuestro centro. La implantación y cumplimiento del protocolo se considera muy aceptable. Algunos incumplimientos detectados pueden deberse al no registro adecuado en la historia de las actuaciones realizadas y del resultado de las mismas. Acciones de mejora: Se decide revisión de la totalidad de los fallecimientos en especialidades con mayor incumplimiento y contacto personalizado de la comisión con sus facultativos, realización de sesión general para comunicación de los resultados y de las deficiencias halladas, planificación de formación específica en sedación a MIR

AUTORES: *EVA Mª LAMIQUIZ LINARES; Mª BEGOÑA GARITANO TELLERIA; Mª JOSÉ ALMARAZ RUIZ DE EGUILAZ; MARIA ROBLEDO IÑARRITU; ANA SAN SEBASTIÁN HURTADO; BELÉN JIMENEZ VALERO.*

ID 220

TITULO MIRANDO ATRÁS, MUCHO POR MEJORAR EN PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

OBJETIVOS Describir y analizar los resultados obtenidos de la monitorización de úlceras presión (upps) registradas en el sistema de gestión de cuidados de enfermería de los hospitales de la Comunidad Autónoma.

MATERIAL Y METODOS Estudio descriptivo retrospectivo, periodo 2010–2012, de la totalidad de registros de úlceras por presión en el sistema GACELA de 14 hospitales.Las variables análizadas han sido: estadio y procedencia de UPPs

RESULTADOS El total de upps registradas durante el periodo 2010-2012 fue de 30.681 sobre un total de 660.674 pacientes. Esto supondría que si asignáramos una úlcera por paciente ingresado, en el 4,64% de los ingresos existiría registro de úlcera por presión.
Según procedencia, el 43% de las úlceras totales registradas se generaron en el domicilio, el 6% otros centros y el 51% son intrahospitalarias. En el año 2012 aumentaron las úlceras registradas con procedencia domicilio casi un 10% (del 39% a 48% entre 2010 y 2012) y disminuyeron casi en la misma proporción las registradas con procedencia intrahospitalaria.
Según su estadio, del total de úlceras registradas en el periodo el 27% son de estadio I, el 38% de estadio II, el 23% de estadio III y el 12% de estadio IV.
De las upps registradas con procedencia intraunidad el 36,5% son de estadio I, el 39,7% estadio II, el 16,2% estadio III y el 7,6% estadio IV. El estadio II es el más frecuente entre los registrados en el periodo.
En las upps de origen intraunidad se puede apreciar un cambio de tendencia en los estadios a lo largo del periodo de estudio. Mientras en 2010 las upps estadio II son las más frecuentes, en 2012 lo son las de estadio I. Los estadio II, III y IV han ido disminuyendo a lo largo de estos tres años, siendo las úlceras estadio I las únicas que han aumentado proporcionalmente.

DISCUSIÓN Existen algunas limitaciones de este estudio que se deben tener en cuenta antes de establecer conclusiones, entre las que destacan: infra-registro, insuficiente calidad de algunos registros, modificaciones del registro corporativo por iniciativa particular de algunos centros, inexistencia de registro de úlceras por presión en algunas unidades asistenciales.
El número de úlceras totales registradas en los hospitales en el periodo 2010-2012 es de 30.687 con una distribución uniforme, en torno a 10.000 upps/año. Teniendo en cuenta que el 98% de estas úlceras podrían haber sido evitadas, la oportunidad de mejora es muy considerable.
La mitad de las úlceras registradas en los hospitales tienen como procedencia el propio hospital. Estos casos se consideran eventos adversos y su prevención es prioritaria. Muy preocupante es que el 23, 8% de las úlceras intraunidad alcanzaron niveles de gravedad III y IV.
La distribución de las upps según procedencia se ha modificado a lo largo del periodo.
Las upps de origen hospitalario en estadio I son las únicas que han aumentado proporcionalmente a lo largo del periodo de estudio.
Necesitamos mejorar el abordaje preventivo de las upps y la calidad de los registros.

AUTORES: *BÁRBARA RODRÍGUEZ PÉREZ; BEATRIZ PAIS IGLESIAS; Mª DOLORES MARTÍN RODRÍGUEZ; MERCEDES CARRERAS VIÑAS; Mª BEGOÑA GARCÍA CEPEDA; Mª ISABEL GRAÑA GARRIDO.*

ID 222

TITULO AUDITANDO, COMPARTIENDO Y MEJORANDO

OBJETIVOS Conocer el grado de cumplimiento de 25 indicadores de seguridad de pacientes en 15 hospitales y comparar los resultados obtenidos con los de la auditoría previa realizada en 2010.
Proponer medidas de mejora para cada centro en función de sus resultados.
Compartir conocimiento y experiencias intercentros mediante el intercambio y participación como observadores externos en las auditorías de responsables de calidad.

MATERIAL Y METODOS Se revisaron un total de 25 indicadores: 15 indicadores documentales (extraídos del Modelo SENECA 100) centrados en aspectos relativos a liderazgo, estrategia, comunicación interna y procedimientos y 10 indicadores observacionales orientados a proyectos de seguridad puestos en marcha desde la Subdirección (Uso seguro de CLK, identificación de pacientes, prevención de úlceras y caídas, dolor, SiNASP, revisión y mantenimiento de carros de parada y control de caducidades en unidades asistenciales. De los indicadores documentales (15) disponíamos de punto de partida por resultados de auditoría realizada en 2010.
Todas las auditorías siguieron una misma sistemática de evaluación, dos personas de la Subdirección se desplazaron a cada hospital en una jornada de mañana. Las evaluaciones se realizaron acompañadas de los responsables de calidad del centro.
Durante este proceso de auditorías se contó con la presencia de observadores externos. Se estableció un sistema de intercambio en el que los responsables de calidad de hospitales diferentes al auditado fueron rotando como observadores.
Tras cada auditoría se elaboró un informe individualizado de resultados con recomendaciones de mejora priorizadas, que se envió a cada centro participante.

RESULTADOS La media global de cumplimiento de los 25 indicadores fue del 64%. En los 15 indicadores documentales el cumplimiento global fue del 69%. En 2010 había sido de 40%. En 13 de los 15 indicadores se obtuvo mejoría en todos los hospitales con respecto a 2010.
De los 15 hospitales auditados 13 mejoraron y los 2 restantes mantuvieron resultados.
Se obtuvieron medias por encima del 90% en indicadores sobre formación y existencia de canales de comunicación de eventos adversos. Bajo cumplimiento en: orden y revisión de carros de parada, control de caducidades o implantación de protocolos de contención mecánica, check list QX y actuación de situaciones emergentes graves de los pacientes.
No hay datos comparativos con respecto a los 10 indicadores observacionales, pero sí disponemos ahora de un punto de partida para auditorías futuras.

DISCUSIÓN De los 15 hospitales auditados 13 mejoraron respecto a 2010, de los 2 restantes para uno mantenerse era su mejora. De los 15 indicadores en los que tenemos posibilidad de comparar, 13 mejoraron con respecto a 2010.
Las auditorías de los proyectos de seguridad les dan rigor a los mismos y aumentan su nivel de cumplimiento, actuando como una herramienta de de mejora continua.
La valoración de la experiencia de los observadores externos fue muy positiva.

AUTORES: *BÁRBARA RODRÍGUEZ PÉREZ; BEATRIZ PAIS IGLESIAS; MERCEDES CARRERAS VIÑAS; Mª DOLORES MARTÍN RODRÍGUEZ; BEGOÑA GARCÍA CEPEDA; Mª ISABEL GRAÑA GARRIDO.*

ID 226

TITULO ¿SON LOS EFECTOS ADVERSOS QUE SUCEDEN EN LOS HOSPITALES DE REHABILITACIÓN DETERMINANTES DEL GRADO DE DISCAPACIDAD AL ALTA?

OBJETIVOS Describir la proporción de pacientes ingresados con discapacidad de grado moderado o superior en las actividades de movilidad en el momento del alta e identificar características asociadas de los pacientes y de la asistencia.

MATERIAL Y METODOS Estudio exploratorio en el que participó una cohorte de 239 pacientes consecutivos ingresados en un hospital de rehabilitación en el que se ofrecen cuidados asociados a un programa estándar de 4 semanas de Fisioterapia. El estudio realizó mediciones al inicio, durante la estancia y al alta. Al inicio se midieron las siguientes características de los pacientes: sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo, vivienda), fisiológicas (número de comorbilidades, fragilidad, uso de multimedicación) y funcionales (índice de independencia funcional, medidas de funcionamiento en actividades de movilidad). Al inicio y durante la estancia se midió la incidencia de efectos adversos (infecciones, complicaciones, eventos centinelas y caídas). Al alta se midieron las limitaciones en las actividades de movilidad mediante el instrumento MOBAM (Mobility Activity Measurement, con un rango entre 0 y 100, siendo 100 el máximo funcionamiento). Las puntuaciones obtenidas al aplicar el Mobam se categorizaron conforme a los calificadores de la Clasificación Internacional de la OMS sobre el Funcionamiento y la Discapacidad: ninguna, leve discapacidad, moderada, severa y completa.

RESULTADOS Un total de 139 pacientes (un 58,2%) tuvieron discapacidad moderada o severa en sus actividades de movilidad. Un modelo multivariante de regresión logística que utilizó el grado de discapacidad (moderada o superior vs leve o nula) como variable dependiente, y que explicó más de un 40% de su variabilidad, indicó que los pacientes que habían tenido un bajo funcionamiento en las medidas de las actividades de movilidad incrementaron la odds de tener discapacidad moderada o superior al alta. La incidencia de efectos adversos fue particularmente relevante, con un Odds Ratio igual a 11,9 (2,9-49,2).

DISCUSIÓN Los resultados sugieren que los efectos adversos son relevantes sobre la incidencia de discapacidad moderada o severa al alta entre los pacientes ingresados en hospitales de rehabilitación. La gestión de la asistencia debería ser cuidadosa en prevenir la aparición de efectos adversos.

AUTORES: *FRANCESC MEDINA MIRAPEIX; MARIANO GACTO SÁNCHEZ; FRANCISCO JAVIER JIMENO SERRANO; GLORIA GARCÍA GUILLAMÓN; ESTHER NAVARRO PUJALTE; PILAR ESCOLAR REINA.*

ID 229

TITULO Manual de acogida de quirófano para nuevos profesionales, resultados de su implementación.

OBJETIVOS Observamos una alta eventualidad dentro de la plantilla de nuestro Servicio.
Queremos actuar sobre el periodo de adaptación de los Nuevos Profesionales planteándonos la siguiente hipótesis: facilitando información estratégica a los Nuevos Profesionales se minimizará este tiempo de adaptación con la consiguiente mejora en la calidad de los Cuidados de Enfermería que prestamos.

Pretendemos conseguir que los Profesionales del Servicio valoren positivamente (nota media de 8 puntuando sobre 10) la presentación de esa información , así que deben considerar, que:

1º. Mejora la calidad de los cuidados de Enfermería.

2º. Reduce el tiempo de adaptación al Servicio de Quirófano de los nuevos profesionales que se vayan incorporando al mismo.

3º. Mejora la eficiencia del profesional.

4º. Maximiza la seguridad del paciente.

5º. Mejora el funcionamiento, clarificando y unificando funciones, circuitos y flujos de trabajo

MATERIAL Y METODOS Enfocamos la información que queremos dar, incluyendo contenidos sobre el trabajo a desarrollar, funcionamiento, circuitos y flujos de trabajo en la unidad, siempre en base a unificación de criterios consensuados y basados en estándares aceptados por la comunidad científica, en la evidencia y en la experiencia propia.

Para ello, elaboramos, editamos y entregamos a los Profesionales un Manual de Acogida y Funcionamiento del Servicio.

Posteriormente los Profesionales, han evaluado el Manual, mediante una encuesta, con 8 ítems cerrados y 1 abierto para que expresen sugerencias de mejora.
Esta información ha sido procesada mediante una hoja de Excel.

Establecemos un plazo de un año para llevar a cabo las rectificaciones necesarias y realizar una nueva evaluación

RESULTADOS Notas medias (valorando de 0 a 10) y consecución de objetivos:

1º: 8,13 por tanto consideran que el Manual contribuye a la mejora de los Cuidados de Enfermería.

2º: 8,34 para los Profesionales que no son de nueva incorporación y 8,1000 para los que si lo son, por lo que podemos decir que creen que el Manual reduce el tiempo de adaptación.

3 º: 7,91 aunque a escasas décimas de lograrlo, no piensan que mejora su eficiencia y ha sido de todos el peor valorado.

4º : 8,11 consideran que el Manual contribuye a mejorar la seguridad del paciente.

5º: 8,61, creen por tanto que mejora el funcionamiento del Servicio, y es el objetivo que consigue un mejor cumplimiento.

Además de estos objetivos, con una media de 8,3461 y 8,5000 respectivamente, consideran que ayuda a mejorar la monitorización que el Profesional más antiguo hace al nuevo

DISCUSIÓN Para reducir el tiempo de adaptación de los Nuevos Profesionales al Servicio, hemos elaborado el Manual de Acogida y Funcionamiento.
Tras analizar las encuestas, la implantación del Manual ha sido valorada como muy positiva por los profesionales del Servicio, y consideramos cumplidos los objetivos planteados.
Así pues, contribuimos a Mejorar la Calidad de los Cuidados de Enfermería

AUTORES: *FRANCISCO MANUEL SÁNCHEZ FERNÁNDEZ; GEMA SÁNCHEZ RUIZ; MARÍA SOLANO GARCÍA; MARÍA DOLORES SÁNCHEZ CÁNOVAS; JUAN ANTONIO FLORES MARTÍN.*

ID 230

TITULO PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES DE LOS FACULTATIVOS DE GENÉTICA CLÍNICA

OBJETIVOS La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía,en el marco del Modelo de Gestión por Competencias de la Consejería de Salud, ha desarrollado el Programa de Acreditación de Competencias Profesionales para el Sistema Sanitario Público (SSPA) mediante la elaboración de un total de 70 Manuales de Competencias.El 3 de agosto de 2009 se crea en Andalucía la categoría de Facultativo de Genética Clínica en el ámbito de la atención especializada de los centros y de las instituciones sanitarias del Servicio Andaluz de Salud. Tras el reconocimiento de la categoría profesional se hace necesario definir su mapa de competencias y elaborar el manual que de soporte a la acreditación de competencias de este grupo de profesionales.

MATERIAL Y METODOS Para la definición de dicho mapa y manual se constituyó un comité técnico asesor formado por profesionales destacados en este ámbito,que desarrollan su labor en distintos centros del SSPA.El trabajo del grupo, apoyado en el Plan de Genética de Andalucía, consistió en identificar las competencias que deben poseer un profesional y las buenas prácticas que debe desempeñar en su puesto de trabajo.Para cada buena práctica tenían que identificar las evidencias y pruebas que permitirán demostrar su presencia. El trabajo se realizó a través de reuniones presenciales y vía online a través de ME_jora G,herramienta diseñada para facilitar el trabajo colaborativo,permitiendo el intercambio de mensajes y documentación.

RESULTADOS Tras 6 reuniones presenciales y el trabajo online se definió el manual que incluye 17 competencias,28 buenas prácticas y 73 evidencias.El manual se estructura en 5 bloques:"El ciudadano",que incluye evidencias relacionadas con el uso del consentimiento informado,la protección de la confidencialidad de la información,la accesibilidad, etc."Atención Sanitaria Integral",donde se incluyen evidencias relacionadas con la actividad asistencial: realización del consejo genético individualizado, asesoramiento a pacientes y familiares,realización e interpretación de estudios citogenéticos,de estudios de genética molecular,procedimientos de cultivo celular y citogenética,realización de procedimientos de extracción de ADN, procedimientos de análisis molecular directo e indirecto,secuenciación y otras técnicas de rastreo de mutaciones."El/la profesional" se incluyen evidencias relacionadas con el trabajo en equipo,actitud de progreso y desarrollo profesional y compromiso con la docencia e investigación."La eficiencia" se relaciona con el uso eficiente de los recursos mientras que en el bloque "Los resultados" nos encontramos evidencias relacionadas tanto con la orientación del trabajo a resultados que mejoren la salud de la población como con metodología de calidad.

DISCUSIÓN El manual de competencias pone a disposición de los genetistas,un documento de referencia que les permite detectar la proximidad entre sus competencias y las definidas en su mapa,facilitando el reconocimiento de sus logros y colaborando en el impulso hacia su desarrollo y mejora continua.

AUTORES: *SHEILA MARÍA MARTÍN GARCÍA; ALBERTO OVIES FERNÁNDEZ; ÓSCAR CRUZ SALGADO; ANTONIO MANUEL ALMUEDO PAZ; JOSÉ JULIÁN CARRIÓN; ÁNGEL ÓRPEZ RAMÍREZ.*

ID 231

TITULO GESTIÓN DE LA DEMANDA EN UN LABORATORIO CLÍNICO

OBJETIVOS El gasto de laboratorio se ha incrementado continuamente en los últimos años probablemente debido a los avances tecnológicos e informáticos que permiten generar muchos resultados en un corto período de tiempo. La disponibilidad de los recursos hace que los laboratorios tengan que ser cada vez más eficientes, por lo que ante el uso inadecuado e innecesario de los mismos, se hace necesario desarrollar estrategias que aumenten la eficiencia.
Objetivo: disminuir el número de determinaciones innecesarias realizadas en el laboratorio

MATERIAL Y METODOS Se eligieron dos estrategias de disminución, una en las analíticas urgentes y otra en las de rutina

- Dímero D:
  - o En Abril del año 2010 se informó de la actividad al responsable del servicio de urgencias del hospital y se realizó un estudio de las peticiones urgentes de DD estratificándolas por médico peticionario, realizando informes mensuales del mismo.
  - o En Octubre del año 2010 se envió correo formativo a todos los facultativos sobre la adecuación de la petición de DD.
  - o En Enero del 2011 se eliminó le Dímero D del volante de petición, obligando a escribirlo para solicitarlo.
- Colesterol, triglicéridos, colinesterasa, Hemoglobina glicosilada, colesterol HDL:
  - o Desde enero del 2011 a Mayo del 2011 se revisaron todos los días las peticiones de rutina procedentes de hospitalización y se anularon las pruebas anteriores cuando existía ya un resultado anterior durante el último mes (dos meses para la HbA1c).
  - o En Junio del año 2011 se comunicó a los médicos peticionarios lo que se había estado haciendo los meses anteriores sin que se hubiera recibido ninguna protesta por su parte.
  - o Se acordaron criterios de rechazo por proximidad temporal: se anula la prueba automáticamente al crearla en el sistema informático del laboratorio si se ha realizado en el período anteriormente citado.

RESULTADOS • Dímeros D: Se observa una disminución del 50% con la información al servicio y el correo formativo que finalmente alcanza el 71.23% al eliminar la prueba del volante de petición y obligar a escribirla, manteniéndose en el mismo nivel durante los últimos dos años.

- Anulación automática de pruebas: se evaluaron los resultados correspondientes a colesterol, triglicéridos y colinesterasa, comparando el número total de estas determinaciones durante los años 2010, 2011 y 2012 así como las relaciones de cada una de ellas por petición. Se obtuvo una disminución en las determinaciones entre un 12 y un 14%, y en la relación por petición entre un 7 y un 9%.

DISCUSIÓN 1. La determinación de pruebas inadecuadas en el laboratorio supone un coste innecesario sin que mejoren los resultados en salud.
2. La gestión de la demanda mejora la eficiencia del laboratorio reduciendo costes.

AUTORES: *ANA MERCEDES ALBÁN SALGADO; MÓNICA RODRÍGUEZ CASTAÑO; LUCÍA MARÍA GARCÍA RIVELA; LOURDES SANLÉS RODRÍGUEZ; MARÍA INMACULADA MACIÑEIRAS FERNÁNDEZ; MARÍA DEL CARMEN VILLAR GRILLE.*

ID 233

TITULO ASPECTOS LEGALES EN LA CALIDAD DEL REGISTRO DE INCIDENCIAS DE ENFERMERÍA

OBJETIVOS Objetivo General: Conocer la calidad del registro de enfermería en un centro hospitalario.
Objetivos específicos: 1. Conocer la opinión de expertos profesionales de enfermería, sobre las características imprescindibles que deben configurar los registros de cuidados. 2. Analizar las características de los registros de enfermería. 3. Valorar los elementos que son necesarios para alcanzar los estándares óptimos de calidad y legalidad.

MATERIAL Y METODOS El enfoque de este trabajo es cualitativo, se utilizan dos técnicas; entrevistas semi-estructuradas y análisis de contenido.
Las entrevista son analizadas desde la Teoría de la Burocracia de Marilyn Ray, llevándose a cabo dos entrevistas a expertos y el análisis de los registros se realiza mediante análisis de contenido de los mismos, creando categorías y subcategorías. Se analizan 10 registros de enfermería del apartado de observaciones. Se incluyen todos los registros de enfermería realizados en el primer cuatrimestre del año 2013, escogiendo al azar, la muestra. El análisis será del registro del primer día de ingreso en la unidad de hospitalización. Los registros son anonimizados, no identifica ni al personal ni al paciente objeto del mismo.

RESULTADOS Los informantes nos dicen que los registros deben ser claros, veraces, expresados de manera coherente y científica, cronológica en la aparición de las incidencias y sin dar lugar a ambigüedades. Se construyen 5 categorias; 1.- Características imprescindibles que deben configurar los registros de cuidados, en la muestra hay un buen registro de los cuidados según el plan de cuidados de enfermería. 2.- La importancia del registro de enfermería dentro de la historia clínica, relacionada con las subcategorías, veraz, claridad y expresión científica.3.- Grafismo, la utilización de abreviaturas y carencia ortográfica se encuentran en todos los registros. 4- Registro de incidencias, se trata cuando se registra, y de manera cronológica la categoría se rige por un registro en todos los turnos, en el estudio se registra siempre, no en todos los turnos y sí de manera cronológica. 5.- Elementos de calidad legal, siendo el más relevante la identificación del profesional, se registra en la totalidad de la muestra. Se analiza también la ausencia del registro.
La claridad del texto es escasa, pero en la mayoría de los datos, se refleja que coincide con la utilización de términos abreviados, dando lugar a confusión. Se debe tener en consideración, que actualmente los registros descritos son informatizados, por lo tanto el componente legal de identificación y cronicidad están implícitos en el documento, así pues esto influye en la coherencia del escrito. Según la Teoría de la Burocracia, los registros estudiados reflejan la transformación del cuidado y la parte importante de él.

DISCUSIÓN La importancia de un buen registro es sinónimo a un buen cuidado, dar veracidad y constancia del cuidados realizado. Se realizarán formaciones específicas de mejora.

AUTORES: *GEMA JIMÉNEZ MASERO; MARÍA JIMÉNEZ HERRERA.*

ID 234

TITULO IMPACTO DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS A FAVOR DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ANTE EL CIERRE DE UN HOSPITAL Y EL TRASLADO A OTRO.

OBJETIVOS Garantizar la Seguridad del Paciente en procesos de elevado riesgo como son el cierre de un hospital, el traslado de los pacientes a un nuevo edificio y el inicio de la actividad asistencial en el mismo.

MATERIAL Y METODOS La articulación del cierre de una estructura física y la apertura de otra garantizando su correcta operatividad posterior, eran realidades que nos hicieron estar alerta en muchos aspectos, la seguridad del paciente estaba presente en todos ellos:
-Adecuación de nuevos equipamientos.
-Puesta en marcha de nuevos planes funcionales y circuitos.
-Incorporación de nuevos profesionales.
Todas y cada una de estas líneas las fuimos trabajando de manera progresiva. La semana previa al traslado mandos intermedios asistenciales, responsables de servicios centrales y de soporte nos desplazamos a la nueva estructura y realizamos una verificación de puntos de riesgo para la seguridad del paciente:
-Verificación de tomas de gases medicinales.
-Comprobación de equipos de ventilación mecánica y carros de RCP.
-Puesta a punto de equipamientos específicos de quirófano y salas obstétricas.
-Repaso de la planificación de RRHH de la primera quincena posterior al traslado.
-Constatación de la viabilidad de diferentes circuitos: movilidad de pacientes, farmacia, archivo, almacén…
Durante el proceso del traslado de pacientes de un hospital a otro, todo fue según lo previsto, gracias a la implicación de los profesionales y a las medidas adoptadas:
-Doble identificación de los pacientes que se trasladaban (cama de destino y cama de procedencia).
-Valoración de un equipo asistencial en la habitación de origen, en el área de pretraslado y área de postraslado.
-Traslado de cada paciente con su Hª Clínica y su tratamiento en unidosis.
-Información oral y escrita a pacientes, familiares, profesionales y comunidad…

RESULTADOS El día del traslado se consiguió una ocupación en el hospital de 55 pacientes que tras el pase de visita disminuyó a 37 pacientes, realizándose un total de 21 desplazamientos en transporte adaptado. Se trasladaron primero pacientes con mejor movilidad y finalmente los que requerían algún tipo de medidas de aislamiento. La duración del traslado se alargó unas 4 horas y 30 minutos aproximadamente, sin ninguna incidencia a destacar relacionada con:
-La asistencia clínica ofrecida a los pacientes en el hospital de origen, durante el traslado o en el nuevo centro.
-Traspaso de información entre los diferentes profesionales.
-Identificación de paciente, documentación, medicación...

DISCUSIÓN La aplicación de las medidas planificadas previas al traslado se demostraron como eficaces dado la ausencia de incidencias de Seguridad del paciente. Esto nos vuelve a evidenciar que planificando, coordinando e implicando a los profesionales asistenciales y no asistenciales y a los propios pacientes y familiares en los aspectos relacionados con la cultura de Seguridad, las instituciones sanitarias se vuelven más seguras. Esta experiencia fue un éxito de todos.

AUTORES: *RAMON MIR ABELLAN; ANTONIO JESÚS CRUZ ANTOLÍN; TOMÁS GUILLÉN ALABARCE; MARIA CABALLERO NIETO; LAURA GARCIA CRUZ; ENRIQUE CARVAJAL PRIETO.*

ID 238

TITULO Seguridad en la preparación y administración de medicamentos por vía parenteral

OBJETIVOS Describir las incidencias relacionadas con la preparación y administración de medicamentos parenterales (MP), analizar la prevalencia de cada tipo de error e identificar puntos débiles en el proceso del medicamento.

MATERIAL Y METODOS Estudio descriptivo transversal por observación directa en la preparación y administración del MP, siguiendo el método de observación diseñado por Barker y McConnell modificado. La observación se ha hecho en todos los servicios del hospital (excepto Psiquiatría y Unidad de Cuidados Intensivos) y en todos los horarios de administración.
Para el cálculo de la muestra se ha tenido en cuenta el número de administraciones por vía parenteral realizadas en un mes, para una tasa global de error (precisión) prevista del 10% (obtenida del estudio piloto previo) y con una seguridad al 99%.

RESULTADOS Se realizaron 361 observaciones, el 24,8% por la mañana, el 69,6% por la tarde y el 5,6% por la noche. El 60% en servicios médicos y el 40% en quirúrgicos.
El número de enfermeras observadas fue de 38 y el de medicamentos fue de 48 (60% de los principios activos iv recogidos en la Guía Terapéutica del hospital).
Tipos de error identificados: no información al paciente (77%), tiempo de perfusión (42,4%) que en todos los casos fue inferior al recomendado en las guías consultadas, hora de administración (7,8%) y en la preparación los errores fueron: estabilidad de la mezcla (2.7%), volumen de dilución (2.5%), tipo de envase incorrecto (2.2%), técnica de administración (2.2%) y medicamento no prescrito (1.9%). No hubo ningún error en la vía de administración.
Un 48% realizan las medidas asépticas de forma correcta en la preparación y un 67% en la administración. Hacen higiene de manos el 26,3% en la preparación y el 34% en la administración, usan guantes en la preparación el 35% y en la administración el 65,9%, limpieza de bioconector el 19,5% y limpieza de la vía previo a la infusión el 21,7%.
En el 90% no se dispone de guías de consulta y serían de gran utilidad, ya que en un 78,9% de las prescripciones de MP no se especifica la forma de preparación y administración.
Acciones de mejora a implantar: Información genérica del medicamento en el momento de la administración, elaboración de una guía que incluya el tiempo de perfusión de los medicamentos que de forma habitual se administran a una perfusión incorrecta y acción formativa sobre medidas de asepsia en la preparación y administración.

DISCUSIÓN 1. El elevado número de medicamentos que manipula enfermería para la administración parenteral y la falta de indicación expresa en la prescripción sobre cómo administrarlos, refuerza la necesidad de formación continuada en este ámbito.

2. Es prioritaria la dotación de guías actualizadas que incluyan información completa sobre diluyente adecuado de cada medicamento, estabilidad de mezclas, tipo de envase, vía de administración, duración de la perfusión, etc., así como la formación en la técnica aséptica en la preparación y administración de la MP.

AUTORES: *AURORA ESCONDRILLAS CASANOVA; Mª TERESA ANTEQUERA LARDÓN; ASCENSIÓN SÁNCHEZ MARTÍNEZ; JAVIER INIESTA SÁNCHEZ; ABEL TRUJILLANO RUÍZ; ÁNGELES R. SÁEZ SOTO.*

ID 239

TITULO Evolución de la adherencia al listado de verificación de seguridad quirúrgicas propuesto por la OMS

OBJETIVOS Valorar la implantación del listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ) de la OMS.

MATERIAL Y METODOS La evaluación de la implantación se realiza mediante observación directa, análisis de cumplimentación del LVSQ y morbilidad y mortalidad quirúrgica (con un análisis comparativo de las fases preintervención, antes de implantar la lista OMS y postintervención) cuyos datos hemos obtenido por medio del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta tras internamiento).
En la observación directa han participado 5 observadores, que han sido formados previamente y se ha realizado un estudio de concordancia de atributos para la evaluación de sus respuestas (índice de concordancia de kappa), cuyo resultado ha sido de 0,590 (fuerza moderada de concordancia). El estándar es del 100% de cumplimiento. Se ha diferenciado cada uno de los tres momentos del listado (entrada, pausa y salida), se ha valorado como correcto el momento siempre que todos los ítems se hubieran rellenado después de haberlo preguntado en voz alta el coordinador de la lista y haber contestado el profesional correspondiente.

RESULTADOS 1. Observación directa: Se han efectuado un total de 96 observaciones, obteniéndose un cumplimiento del 55,2% en la entrada, un 26,1% en la pausa y un 23% en la salida. Los criterios que con mayor frecuencia se marcan sin preguntar (sobre-registro) son:

- El coordinador confirma verbalmente con el cirujano nombre del procedimiento, eventos intraoperatorios importantes y el plan previsto (52,2 %).
- El coordinador revisa con el equipo: Contaje de gasas, agujas e instrumental y la identificación de muestras biológicas (45,8%).
- Si existe algún problema que abordar en relación con el material o los equipos (43,7%)

2. Evaluación de la adherencia: El nivel de cumplimiento global es del 66% en 2010, del 72% en 2011 y del 76% en 2012. Si comparamos los datos de 2010 y 2012, se aprecia una mejora absoluta de 10% y una mejora relativa del 30%.
3. Análisis de morbi-mortalidad quirúrgica:
Tasa de mortalidad operatoria: 0,08% (2010), 0,11% (2011) y 0,09% (2012).
Tasa de infección de herida quirúrgica: 2,9% (2010), 1,7% (2011) y 2,3% (2012).
Tasa de cuerpo extraño dejado durante procedimiento por cada 100 altas: 0,05% (2010), 0,02% (2011) y 0,04% (2012).
Tasa de sepsis y bacteriemia por cada 100 altas quirúrgicas programadas: 1,5% (2010), 1,5% (2011) y 1% (2012).

DISCUSIÓN 1. La implantación del LVSQ va consolidándose lentamente. Sin embargo, el sobre-registro detectado con la observación directa nos informa de la escasa importancia que los profesionales dan al LVSQ, incluso en el caso del contaje de gasas e instrumental.
2. Al menos las tasas obtenidas con los CMBD sirven para ver la evolución de determinadas complicaciones en nuestro entorno y, además, son un complemento a otro tipo de análisis más exhaustivo.
3. La evaluación sistemática es útil si los resultados se difunden y discuten entre los profesionales implicados, con el objetivo de la mejora continua.

AUTORES: *ASCENSIÓN SÁNCHEZ MARTÍNEZ; JUANA Mª GUIRAO SASTRE; JAVIER INIESTA SÁNCHEZ; Mª JOSÉ FUNES MESEGUER; CRISTINA TORRE AZNAR; Mª JESÚS FERRÁNDEZ CÁMARA.*

ID 242

TITULO VALIDEZ DEL CMBD PARA DETECTAR LAS COMORBILIDADES MÁS FRECUENTES DE LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS

OBJETIVOS La revisión de Historia Clínica (HC)completa se considera la mejor fuente de información para obtener indicadores de resultados de la atención clínica. La utilidad de HC se reduce considerablemente si esta no está informatizada o, aunque lo esté, no se estructura de forma que permita el cálculo automático de indicadores. El consumo de tiempo para la extracción manual de indicadores hace que su utilización para evaluar la calidad asistencial sea menor de lo deseado. Por ello, se estudia la validez de fuentes de información alternativas que, por su disponibilidad y automatización, nos sirvan de soporte informativo para la realización de ajuste de riesgos y la medición de resultados de la atención hospitalaria, tanto de efectividad, calidad o eficiencia.
Objetivo: evaluar la validez del CMBD frente al patrón oro, la HC, para estimar la prevalencia de las comorbilidades más frecuentes que presentan los pacientes quirúrgicos.

MATERIAL Y METODOS Se han analizado 1602 episodios de hospitalización de pacientes intervenidos quirúrgicamente durante los años 2008 y 2010. El número de episodios elegidos para cada servicio quirúrgico fue proporcional al volumen de altas generadas. Se midió la prevalencia de 40 comorbilidades o factores de riesgo que recoge el Colegio Americano de Cirujanos para el análisis de la calidad asistencial. Se utilizó como fuentes de información, por una parte, la HC, y por otra, el CMBD. Se analizaron los resultados de las 10 comorbilidades más frecuentes. Estas suponían el 78% del total de comorbilidad de los pacientes.
Se ha calculado para cada variable los valores de sensibilidad (S), valor predictivo positivo (VPP) y el índice kappa de Cohen (K). Se ha considerado aceptable un valor superior a 0.6. Se han clasificado las comorbilidades en 3 grupos en función de que los 3 indicadores dieran valores superiores a 0,6 (buena validez); al menos 2 indicadores tuvieran valores superiores a 0,6 (validez moderada) o que menos de dos tuvieran valores superiores a 0,6 (baja validez).

RESULTADOS De las 10 variables analizadas, la medición a través del CMBD tendría una buena validez para una variable (diabetes mellitus: S=63,7; VPP=96,8; K=0,77); una validez moderada para 3 variables (hipertensión arterial, EPOC severo y dolor en reposo/gangrena) y una baja validez para el resto de variables (hábito tabáquico, consumo de alcohol, disnea, revascularización o amputación, enfermedad isquémica transitoria y hemiplejia/hemiparesia).

DISCUSIÓN El CMBD es una buena fuente de información para conocer la prevalencia de la diabetes. La validez del CMBD es moderada o baja para detectar el resto de factores de riesgo o comorbilidades que con mayor frecuencia presentan los pacientes quirúrgicos. Si estas variables fueran fundamentales para realizar ajustes de riesgos, la extracción de información a partir del CMBD no sería una fuente de información válida para realizar este tipo de análisis.

AUTORES: *MI RODRIGO RINCON; B TIRAPU LEON; P ZABALZA LOPEZ; FJ ABAD VICENTE; M MARTIN VIZCAINO.*

ID 243

TITULO IMPACTO CLÍNICO DE UN PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN EN CIRUGÍA COLORRECTAL.

OBJETIVOS Evaluar la efectividad de la implementación de un programa para la prevención de la infección de localización quirúrgica (ILQ) en cirugía de colon y recto.

MATERIAL Y METODOS Estudio cuasi-experimental. Se evaluaron dos cohortes de pacientes intervenidos de colon y recto: una cohorte retrospectiva (2008-2011) y otra prospectiva (posterior a la implementación de un programa para la prevención de ILQ en cirugía colorrectal en 2012). Las medidas establecidas, basadas en la evidencia, fueron: adecuación de la profilaxis antimicrobiana prequirúrgica (dosis, momento de administración, vía de administración, duración/retirada de la misma, antibióticos de primera y segunda elección), mantenimiento de la normotermia intraquirófano del paciente y adecuación del cambio de guante durante la intervención. Para la implementación del programa se dieron dos sesiones formativas en la Sección de Cirugía Colorrectal y en el Servicio de Anestesia. Se diseñó un breve listado de verificación. La adherencia al programa fue auditada en la cohorte post-implementación.
El ámbito del estudio es un hospital público de tercer nivel, de 1.325 camas y 48.300 ingresos anuales. El Servicio de Cirugía General realiza unas 3.000 intervenciones con ingreso al año y está dividido en secciones.
El análisis estadístico de los datos fue realizado mediante el programa PAWS Statistics 18.

RESULTADOS Fueron estudiados un total de 342 pacientes (256 intervenidos de colon y 86 de recto), distribuidos en dos cohortes: periodo previo (218), y periodo post-implementación del programa (124). Se determinó la comparabilidad de ambas cohortes mediante un análisis bivariable de la edad, sexo, factores e índices de riesgo (índice NNIS, índice ASA, tiempos quirúrgicos, transfusión periquirúrgica, diagnóstico, vía de abordaje, diabetes, insuficiencia renal).
En ambas cohortes la edad media fue de 69 años y el tiempo quirúrgico medio fue de 175,3 minutos. El 84% de los casos fueron neoplasias. Se registraron en total 81 infecciones quirúrgicas (superficiales 44,1%, profundas 16,9% y de órgano/espacio 39%). El tiempo medio entre cirugía y diagnóstico de la ILQ fue de 7 días.
Comparación de cohortes:
La incidencia acumulada de ILQ de la primera cohorte fue del 27,5%, y de la cohorte post-intervención 16,9% (p=0,03). La mortalidad postquirúrgica fue del 9,2% en la primera cohorte y del 3,2% la cohorte post-intervención (p=0,04). La inadecuación de la profilaxis disminuyó del 37,8% al 19,7% (p=0,001).
La estancia postquirúrgica disminuyó 1,4 días de media (p=0,31) y las reintervenciones por ILQ disminuyeron del 14,7% al 9,7% (p=0,23).
No logramos que se registrase el cambio de guante ni la temperatura media del paciente durante la intervención.

DISCUSIÓN Se verifica una disminución significativa de la frecuencia de ILQ, de mortalidad postquirúrgica y de inadecuación de la profilaxis antimicrobiana tras la implementación de un programa de mejora de la calidad en cirugía colorrectal.

AUTORES: *VERÓNICA PÉREZ BLANCO; DAMIÁN GARCÍA OLMO; EMILIO MASEDA GARRIDO; MARÍA CRUZ NÁJERA SANTOS; JUAN GARCÍA CABALLERO.*

ID 244

TITULO DETECCIÓN DE PACIENTES DE ALTO RIESGO PARA LA REDUCCIÓN DE LAS COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS

OBJETIVOS La seguridad del paciente, componente clave de la calidad asistencial, se ha convertido en una prioridad de los sistemas sanitarios de todo el mundo. Estudios recientes han permitido destacar la relevancia que tiene para la salud pública la carga que supone el volumen actual de actos quirúrgicos, cobrando especialmente importancia, la estimación de pacientes que sufrirá una complicación al someterse a una intervención quirúrgica.
Objetivo: Conocer el porcentaje de pacientes que sufren una complicación quirúrgica así como las variables que influyen en la aparición de complicaciones quirúrgicas.

MATERIAL Y METODOS Se han analizado 1602 episodios de hospitalización de pacientes intervenidos quirúrgicamente durante los años 2008 y 2010 en 9 servicios quirúrgicos mediante el estudio de la historia clínica completa. El número de episodios elegidos para cada servicio quirúrgico fue proporcional al volumen de altas generadas. Se midieron las variables que recoge el Colegio Americano de Cirujanos para el análisis de la calidad asistencial: 40 comorbilidades o factores de riesgo,23 complicaciones y un conjunto de 14 variables relacionadas con el paciente o el tipo de intervención (edad, ASA, tipo de intervención, etc.).
Se realizó un análisis de regresión logística con el método adelante condicional. La variable dependiente fue "paciente con alguna complicación quirúrgica" y el resto de variables formaron parte del panel de variables predictoras.

RESULTADOS 275 pacientes (17%) tuvieron algún tipo de complicación tras la intervención. Las características del paciente que suponen un riesgo para una complicación postquirúrgica son: paraplejia y paraparesia, fallo renal agudo, dolor en reposo o gangrena y el grado 4 de ASA. Si el paciente tenía alguna de esas características, el riesgo ajustado se incrementa, en función de la variable, entre 3,2 y 6,7 veces. En cuanto a las variables relacionadas con la intervención, incrementaron el riego de complicación: el grado de contaminación de la herida (limpia-contaminada y sucia), procedimiento quirúrgico mayor y la mayor duración de la intervención. La magnitud del incremento del riesgo ajustado osciló de 1.005 a 3 en función de la variable. Las variables relacionadas con la modalidad de ingreso y el servicio fueron: que el paciente fuera ingresado de forma urgente, y que el paciente hubiera sido intervenido en los servicios de cirugía general o torácica (incremento de riesgo ajustado de 1.6 a 3.9).

DISCUSIÓN 9 variables del total de las 54 que se introdujeron en el modelo consiguieron clasificar correctamente al 84% de los pacientes llegando a explicar el 20 % de la variabilidad de que un paciente se complique tras la intervención. Conocer los factores que suponen un riesgo de complicación postquirúrgica permite establecer un perfil de pacientes que requieren especial vigilancia o sobre quienes es prioritario implantar acciones dirigidas a disminuir las complicaciones.

AUTORES: *MI RODRIGO RINCON; B TIRAPU LEON; FJ ABAD VICENTE; P ZABALZA LOPEZ; MP MARTIN VIZCAINO.*

ID 251

TITULO ¿QUÉ SABEN LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE AL FINAL DE SUS ESTUDIOS?

OBJETIVOS Los estudiantes de enfermería, futuros profesionales sanitarios, tienen que ser conscientes de la importancia de una asistencia segura, efectiva y eficiente.
El objetivo es conocer su percepción sobre la seguridad de los pacientes en las instituciones sanitarias y determinar su nivel de conocimientos al final de sus estudios sobre cuestiones de seguridad.

MATERIAL Y METODOS Estudio descriptivo de corte transversal mediante cuestionario autoadministrado.
La población fueron los alumnos de enfermería de 4º año de las escuelas de A Coruña y Ferrol que están realizando el prácticum en distintas instituciones sanitarias.
El reparto del cuestionario, de 25 preguntas, se hizo de manera personal a los de A Coruña (40) y a través del correo electrónico a los de Ferrol(55), todos con una carta de presentación explicando la voluntariedad de la participación en el estudio, el objetivo del mismo y garantizando el anonimato.
Las respuestas fueron recogidas en el plazo de un 1 mes, desde el 11 de marzo al 11 de abril de 2013.

RESULTADOS La participación fue del 65%, siendo la muestra total 62 estudiantes.
La media de edad fue 23,3 años (92% mujeres).
El 98,3% ha leído o escuchado algo sobre seguridad del paciente. El 32,2% no sabe lo que es un evento adverso.
Consideran que la formación es esencial para mejorar la seguridad (98,4%), que el nº de profesionales influye en la seguridad (91,9%) y que el trabajo en equipo mejora la seguridad (96,8%).
El 64'5% nunca ha oído hablar del SINASP y el 22,5% no sabe en qué consisten los proyectos neumonía y bacteriemia zero.
El 100% sabe que la pulsera identificativa tiene que estar siempre colocada y para qué se utiliza la escala EVA.
El 90,3% cree que las UPP son un problema previsible y evitable y el 91,9% conoce la escala de Braden.
El 8% cree que el ClK se puede administrar en bolo directo si el enfermo está monitorizado y el 4,8% ante una emergencia.
El 98,4% cree que la higiene de manos es el mejor método para prevenir las infecciones; pero solo el 24,2% piensa que los preparados de base alcohólica reducen más eficazmente la contaminación de las manos que el agua y jabón y el 69'3% que producen más sequedad e irritación cutánea.

DISCUSIÓN Positivamente destaca el alto porcentaje que considera fundamental el trabajo en equipo y la higiene de manos, y su conocimiento en aspectos como las UPP, el dolor y la identificación del paciente.
Consideramos muy negativo que recomendaciones básicas de seguridad emitidas por organismos como la OMS, como es el caso del empleo de las soluciones de base alcohólica, no trasciendan al ámbito educativo; también es llamativo el desconocimiento del SINASP y muy preocupante, por su gravedad, los alumnos que no saben que el ClK nunca se debe administrar directo.

Creemos que es de vital importancia la implantación de una cultura de seguridad desde la escuela; los profesionales debemos ser muy conscientes de lo que transmitimos al futuro. Para cambiar mentalidades hay que educar, y la educación debería ser ejercida por todos.

AUTORES: *MIRIAM ROSSI LÓPEZ; ANA PEREIRA FERREIRO; EVA MARÍA SUÁREZ PÉREZ; MÓNICA AURORA PÉREZ TABOADA; EVA MARÍA SEIJAS GUERREIRO.*

ID 253

TITULO Creando un entorno seguro para los pacientes en los servicios de pediatría

OBJETIVOS Describir buenas prácticas en seguridad del paciente a partir de la información que facilitan las/los madres/padres de los pacientes pediátricos que requieren ingreso hospitalario.

MATERIAL Y METODOS Encuesta realizada en papel. Se seleccionó una muestra aleatoria (estimación bilateral en función de la actividad mensual para una p=0,8 y un error máximo de estimación del 5%) de pacientes pediátricos (entre 0 y 16 años) que requirieron ingreso hospitalario, tanto en hospitales de referencia como de área, durante el mes de Junio de 2012 en la Comunidad Valenciana. Respondieron un total de 257 participantes, 157 fueron mujeres (61,5%) y 114 no superaron los 30 años (46,0%).

RESULTADOS Del total de encuestados, 24 (10,96%) informaron haber experimentado algunos indicios indicativos de un posible evento adverso (complicación con el tratamiento, reacción alérgica, caída, infección) o precisaron de un tratamiento adicional porque algo no fue bien del todo). No se hallaron diferencias estadísticas en función de la edad (Chi-Cuadrado 3,4, p=0,332) o del sexo (Chi-Cuadrado 1,7, p=0,195) del encuestado/a.
Un total de 226 (90%) participantes indicaron que le pusieron una pulsera de identificación a su hijo/a al ingreso en planta, 168 (87,5%) informaron que recibieron explicaciones sobre lo que debían hacer con la medicación que ya estuviese tomando su hijo/a antes del ingreso y un total de 242 (97,2%) afirmó que el personal sanitario le explicó qué hacer o cómo avisar en caso de necesitar algo o en caso de que su hijo/a se sintiese mal. Adicionalmente, 242 (98,4%) de los encuestados tuvo la sensación de que el personal sanitario conocía el historial de su hijo/a y sabía lo que le pasaba durante todo el ingreso hospitalario de su hijo/a. Todos los participantes informaron haber recibido información al alta sobre los cuidados o precauciones que debían tener con la medicación y tratamiento una vez en casa. Los resultados mostraron unas valoraciones más positivas en cuanto a la utilización de pulsera identificativa entre los encuestados/as cuyos hijos fueron atendidos en hospitales de área (Chi-Cuadrado 3,9, p=0,047). También fue mejor valorada la información que se proporciona por el personal sanitario al ingreso con indicaciones de qué hacer con la medicación que ya estaba tomando su hijo/a (Chi-Cuadrado 4,3, p=0,039).

DISCUSIÓN Se identifica una elevada frecuencia de buenas prácticas en materia de seguridad del paciente adolescente ingresado en hospitales de la Comunidad Valenciana. Pese a ello, en uno de cada 10 ingresos al paciente no se le identifica inequívocamente mediante pulsera identificativa y en los hospitales de referencia podría revisarse el protocolo de información en el momento del ingreso para asegurar que se trasladan indicaciones suficiente sobre qué hacer en el caso de que el adolescente estuviera tomando alguna medicación antes de acudir al hospital.

AUTORES: *CRISTINA Mª NEBOT MARZAL; JOSÉ JOAQUÍN MIRA SOLVES; ISABEL Mª NAVARRO SOLER.*

ID 259

TITULO ¿ES EFECTIVO EL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA? MITO Y REALIDAD A LA VEZ.

OBJETIVOS La realización de intervenciones quirúrgicas no está exenta de riesgos ya que la tasa de mortalidad de los pacientes quirúrgicos oscila en nuestro medio entre el 0,4 y el 0,8% y la de complicaciones mayores entre el 3 y el 16%. Para disminuir las complicaciones posquirúrgicas se han implantado iniciativas como el listado de verificación quirúrgica (LVQ). A pesar de su creciente utilización y de los esfuerzos para ponerlo en marcha, son pocos los estudios que han demostrado la utilidad del LVQ en términos de disminución de las complicaciones y mortalidad y ninguno en nuestro país.
El objetivo del estudio es conocer si la utilización del LVQ ha disminuido la tasa de complicaciones y mortalidad a 30 días en los pacientes intervenidos quirúrgicamente.

MATERIAL Y METODOS Se realizó un estudio pre y postintervención de dos cohortes retrospectivas de pacientes intervenidos quirúrgicamente. La primera cohorte se correspondió con una muestra de pacientes intervenidos quirúrgicamente en el año 2008, antes de la implantación del LVQ en el centro, y la segunda, con una muestra de pacientes intervenidos quirúrgicamente en el año 2010, tras la implantación del LVQ. La extracción de la muestra fue polietápica (estratificación por volumen de ingresos por servicio seguido de extracción aleatoria). La muestra la constituyeron 1602 pacientes (801 por año). El tamaño muestral se calculó tomando como referencia una proporción de complicaciones previa a la implantación del LVQ del 11%, posterior de 7% y valores alfa y beta de 0.05 y 0.8 respectivamente.
Se comprobó la homogeneidad de los pacientes antes y después del LVQ mediante el estudio de 40 comorbilidades, 13 determinaciones analíticas y 14 variables relacionadas con el paciente o el tipo de intervención. Se estudiaron 23 complicaciones: 4 infecciosas y 19 no infecciosas.

RESULTADOS Comparando los años 2008 y 2010, no se detectaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de comorbilidades ni en el resto de las variables estudiadas a excepción del tipo de anestesia (más frecuente anestesia general en 2010 que en 2008). Tras la implantación del LVQ, se redujeron en un 19% las complicaciones postquirúrgicas por cada 100 pacientes intervenidos, en un 10% los pacientes que presentaron algún tipo de complicación y en un 42% los fallecimientos a los 30 días, no siendo en ninguno de los casos las diferencias estadísticamente significativas. Se redujeron las complicaciones infecciosas en un 28.7% ($p=0.037$) frente a un 3.5% las no infecciosas ($p=0.56$). En los pacientes ingresados de forma urgente se redujo en un 38% el número de complicaciones por cada 100 pacientes, siendo la diferencia estadísticamente significativa.

DISCUSIÓN La implantación del LVQ disminuyó significativamente el número de complicaciones infecciosas y las complicaciones de los pacientes ingresados de forma urgente. La reducción no alcanzó la significación cuando se analizaron las complicaciones no infecciosas, los pacientes con complicaciones o las tasas de mortalidad.

AUTORES: *MI RODRIGO RINCON; B TIRAPU LEON; FJ ABAD VICENTE; P ZABALZA LOPEZ; M MARTIN VIZCAINO; P VILLALGORDO ORTIN.*

ID 260

TITULO ESTRATEGIA DE ADECUACION DE LA SOLICITUD AL LABORATORIO DE ACIDO URICO DESDE ATENCION PRIMARIA

OBJETIVOS Mostrar la implantación de una estrategia para adecuar la solicitud de acido úrico por los médicos de Atención Primaria (AP).

MATERIAL Y METODOS Mediante un estudio nacional de comparación de la solicitud de pruebas de laboratorio desde AP (Redconlab), se objetivó una solicitud elevada de la prueba ácido úrico en nuestro Departamento de Salud (281.6 pruebas/1000 habitantes, en el año 2011). De forma consensuada con AP y el Servicio de Reumatología, en Junio de 2012, se decidió dar de baja a la prueba de los perfiles "Estudio Básico de Salud" y "Reumatología" por considerar que podía inducir al tratamiento de pacientes que presentaban hiperuricemia sin presentar clínica de gota. Con el objetivo de monitorizar la intervención se muestra mensualmente la solicitud de pruebas de ácido úrico por parte de AP, en valor absoluto, y también expresado mediante el indicador de adecuación de monitorización tras intervención (relación de ácidos úricos solicitados respecto a glucosas), desde enero del año 2009 hasta abril del 2013. Como indicador de resultado, se muestra mensualmente los miligramos de alopurinol prescritos por AP en el mismo periodo.

RESULTADOS Al implantarse la estrategia se objetivó una disminución drástica de la solicitud de pruebas de ácido úrico por AP, y paralelamente también se observó un descenso de la prescripción de alopurinol.

DISCUSIÓN Solucionar la inadecuación de la solicitud por exceso de las pruebas de laboratorio es clave; no solo por el coste económico, la prueba de ácido úrico es un claro ejemplo de "little ticket test" (cada una por separado es barata, pero genera una alto gasto al solicitarse ampliamente); sino también por el número de resultados falsos positivos generados habitualmente por la solicitud de la prueba en poblaciones con baja prevalencia de la enfermedad.
Así como resulta fácil monitorizar la solicitud de la prueba a disminuir su demanda, es difícil monitorizar el resultado producido por la estrategia a nivel de diagnóstico o de coste. De manera indirecta mostramos la disminución que paralelamente se observó en la prescripción de alopurinol, conociendo las limitaciones, por desconocer si pueden existir otros factores que contribuyan a dicho descenso.
El establecimiento de estrategias consensuadas entre profesionales de diferentes especialidades, no solo contribuye a disminuir el gasto en sanidad, sino también puede contribuir a la mejora de la seguridad del paciente al evitar tratamientos innecesarios.

AUTORES: *MARIA SALINAS LA CASTA; MAITE LOPEZ GARRIGOS; ALBERTO ASENCIO; ENRIQUE BATLLE; ELIAS SALINAS; JAVIER LUGO.*

ID 262

TITULO LOS CAMBIOS DE TURNO : UNA SITUACION DE RIESGO A TENER EN CUENTA

OBJETIVOS Diseñar una herramienta de registro de las incidencias ocurridas en el servicio de urgencias.
Mantener informados a los profesionales de las incidencias ocurridas en los diferentes turnos.

MATERIAL Y METODOS Los servicios de urgencias, tienen unos condicionantes especiales, como es el cambio de turno, que en ocasiones no se realiza de manera reglada, y aspectos fundamentales en seguridad clínica como la relación entre los profesionales sanitarios y el paciente, se ven afectados.
Por lo expuesto, hemos diseñado una base de datos Acces 2003 donde se registra, de forma sencilla y rápida, todas las incidencias ocurridas, emitiendo un informe o Briefing de cada turno.
El registro lo realiza el medico adjunto responsable de boxes en cada turno, al finalizar el mismo, tres veces al día. Registramos: 1.- Si ha habido algún paciente que ha requerido atención inmediata : si o no 2.- Si algún paciente y/o profesional ha requerido vigilancia especial: pacientes con riesgo de caidas, pacientes con fármacos de riesgo, o profesionales nuevos. 3.- Si se ha presentado alguna de estas situaciones : lesión de paciente, déficit neurológico, muerte no esperada, reacción adversa a fármaco, hipoglucemia, sépsis, paro cardiorespiratorio, problemas con equipos de electromedicina, problemas en el traslado interno o externo de paciente.
4.- Si ha habido algún traslado medicalizado 5.- Si ha habido algún incidente que no ha producido daño al paciente, relacionada con: enfermos, familiares, hospital de referencia, ambulancias, cuerpos de seguridad, agentes externos (lluvia, viento, comunicaciones, electricidad) con un espacio para describrirlo.
Una vez realizado el registro, emite un informe sencillo de lo ocurrido, y una plantilla con los pacientes que quedan en el servicio, de que pruebas o tratamiento están pendientes y su ubicación ..
Al Briefing puede acceder cualquier miembro del equipo con su clave personal.
El responsable del servicio y la dirección del centro, tienen información diaria de todos los incidentes ocurridos con un simple vistazo a la hoja resumen.
Posteriormente, se analizan eventos por cada una de las comisiones del centro.

RESULTADOS Desde su puesta en marcha, el grado de cumplimentación ha sido del 100%.
Durante el primer mes de funcionamiento, se han registrado: pacientes con riesgo de caidas (22), trasporte medicalizado (8), RCP (3) , muerte no esperada (1),etc.
Queda pendiente valorar a los tres meses de funcionamiento.
Todos los profesionales reciben información diaria de las indidencias registradas (el 80% de profesionales las consultan)

DISCUSIÓN Este sistema , sencillo y agil, permite conocer y dar respuesta a cualquier situación de riesgo, a la vez que mejora la identificación de sucesos adversos que suceda en el servicio, mejorando la participación y comunicación entre los profesionales , y de esta manera, contribuyendo a incrementar la cultura de Seguridad del paciente.

AUTORES: *CAROLINA CRESPO PALAU; LIDIA RÍOS VALLES; OLGA DOBLADO LOPEZ; PEÑA CAPSIR ISMAEL; IZASKUN MORAN VALLE; MARIA JOSE BUENO DOMINGUEZ.*

ID 263

TITULO IMPACTO DE LA INCORPORACION DE UNA FARMACEÚTICA CONSULTORA EN UN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA .

OBJETIVOS Valorar el impacto de la incorporación de una farmaceútica consultora como soporte a la prescripción de un equipo de atención primaria (EAP).

MATERIAL Y METODOS Desde febrero de 2012, se incorporo en nuestro centro, la figura de una farmaceútica consultora para asesorar a los profesionales y mejorar su prescripción. En primer lugar se hizo un análisis de la situación a nivel individual en referencia a la prescripción de farmácia y priorizamos las actividades a realizar: 1.-divulgación de una guía farmacoterapeútica (GFT) basada en la evidencia. 2.-sesiones de formación a todo el EAP centradas en tratamientos de las patologias crónicas más prevalentes (hipertensión y diabetes).3.-difusión via e mail /web de recomendaciones basadas en evidencia científica. 4.- análisis individualizado y reuniones personalizadas con los profesionales con peor adherencia a la GFT y/o a petición propia del profesional. 5.- elaboración de un cuadro de mandos para seguimiento mensual de las mejoras obtenidas.
Posteriormente, se comparan los resultados del año 2011, previo a la incorporación de la farmaceútica , con los obtenidos en 2012. Se realiza un estudio descriptivo antes-después de la intervención, siendo las variables estudiadas : porcentaje de adherencia a la GFT de los diferentes prescriptores, diferenciando los que han realizado una reunión individualizada del resto de profesionales. Porcentaje de IECAS/ARAII prescrito en pacientes hipertensos relacionado con el grado de control de la HTA (consideramos buen control cifras inferiores a 140/80) y el gasto realizado en antihipertensivos

RESULTADOS La adherencia a la guía del EAP ha pasado del 70,6% al 73,3 % después de la intervención global.
El 80% de profesionales con reunión individualizada mejoran su prescripción de manera estadísticamente significativa, frente al 71,4% de los que solo han realizado actividades grupales.
En Diciembre de 2011 el porcentaje de IECAS/ARAII era del 60.4%, y post intervención ha aumentado hasta el 73,4%, habiendo mejorado el porcentaje de hipertensos bien controlados en nuestro centro del 41% al 45%.
El gasto mensual en antihipertensivos en 2011 era de 73.595,69 euros, y post intervención de 56.750,01 euros.

DISCUSIÓN Las diferentes actividades grupales desarrolladas en el centro para mejorar la prescripción farmacológica ha supuesto una mayor adherencia a la GFT de todo el EAP, con una mejor respuesta en los profesionales que realizaron intervención individual.
No solo han mejorado los indicadores de prescripción, sino que hemos mejorado el control de la HTA, por lo que pensamos, que la figura de la farmaceútica como soporte en un EAP, supone una mejora en la prescripción , reforzada con el abordaje individual de los diferentes prescriptores, siendo una figura a incluir en Atención Primaria.

AUTORES: *LIDIA RIOS VALLES; MAR CERVERA MARTINEZ; NEUS MARTINEZ MARTINEZ; ARNAU BESORA CUNILLERA; PILAR GIL GOMEZ; DOLORES PRIETO PERDIGON.*

ID 266

TITULO CIRCUITO DE ALTA RESOLUCIÓN ONCOLOGICA EN UN HOSPITAL PRIVADO.

OBJETIVOS Conseguir, en el ámbito de clínicas privadas, ofrecer a todo paciente con un diagnóstico de malignidad, una asistencia integral personalizada e individualizada . Esto se llevará a cabo gracias al trabajo coordinado del área clínica, servicio de anatomía patológica, unidad de enfermería y servicio de admisión de nuestro Hospital

MATERIAL Y METODOS Se establece un circuito bidireccional alternativo al convencional, de derivación de muestras sospechosas de malignidad. Toda lesión sugestiva de tumoral, activa una alerta en anatomía patológica para obtención del resultado definitivo en menos de 48 horas.
Un resultado positivo para malignidad obtenido en el servicio de anatomía patológica, activa una alerta a un médico de referencia, que en menos de 24 horas, comunica el resultado de la misma al médico peticionario y el caso es discutido en comité de tumores.

RESULTADOS En nuestro hospital, el circuito de alta resolución oncológica entre los meses de Diciembre 2012 - Mayo 2013 , ha gestionado 94 casos nuevos, de los cuales en el 94,6% se confirmó patología tumoral maligna. De éstos, el 55% son mujeres y el 45% varones. En cuanto a diagnósticos: 37% ginecológicos, 23% digestivo, 17% pulmonar, 10% urológico, 7% osteomuscular, 3% hematológicos, 3% Sistema nervioso central.
El servicio de admisión ha gestionado las autorizaciones pertinentes así como las citas en el 100% de los casos. Las pruebas diagnósticas realizadas en nuestro centro, han tenido una demora máxima de siete días.
Se ha reducido el número de revisiones, siendo el índice de primeras/sucesivas para estos pacientes de 1/1, excepto para oncología.
De los 89 pacientes gestionados, 22 (25% del total), han sido derivados a otros hospitales para recibir tratamiento, quedando en nuestro centro el 75%. Los motivos de abandono de nuestro centro han sido los siguientes: 10 pacientes (11,2%), por tratarse de sociedad no concertada para oncología con nuestro centro. 3 pacientes(2 sarcomas y un germinoma), el 3% , fueron remitidos a centros de referencia para tratamiento de este tipo de patologías. 4 pacientes (5%) pertenecían al sistema público de salud, por lo que se remitieron los resultados a sus centros respectivos´, alertando del diagnóstico de malignidad. 5 pacientes (6%),abandonaron voluntariamente nuestro centro, solicitando segunda opinión.

DISCUSIÓN Hasta ahora, en el ámbito de la medicina privada,la gestión administrativa de las pruebas y tratamientos que ha de precisar un paciente oncológico, habían de ser gestionadas por él mismo. Esto generaba un decalaje desde el momento del diagnóstico hasta que el paciente recibía tratamiento superior al mes.
La gestión del equipo multidisciplinar, permite reducir los tiempos globales a un promedio de siete días. Disminuye el número de visitas al hospital. Aumenta el clima de confianza paciente/centro hospitalario , con la consiguiente fidelización a la hora del seguimiento. Todo esto sin restar calidad asistencial, ya que aquellos casos que lo precisan son derivados .

AUTORES: *ANA MARÍA MORENO COLLADO; FRANCISCO JOSÉ SORIA PERDOMO; BELÉN PEINADO GARCÍA; MISERICORDIA HUÉLAMO PLAZA; PALOMA SEVA ORTEGA.*

ID 267

TITULO EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA (LVSQ).

OBJETIVOS Evaluar la implantación de la lista de verificación de seguridad Quirúrgica en un hospital de referencia, en el año 2012.

MATERIAL Y METODOS Estudio observacional, descriptivo y transversal, a partir de la revisión de historias clínicas, entre el 24 de abril y el 15 de junio del 2012, analizando las intervenciones quirúrgicas programadas y urgentes realizadas en dicho periodo.
La verificación correcta se determinó por el cumplimiento de los siguientes criterios: datos identificativos del paciente con firma o nombre de los tres miembros del Equipo (cirujano, anestesista y enfermera circulante), con todas las casillas correctamente cumplimentadas.
La muestra se calculó a partir de la fórmula de estimación muestral para una proporción en poblaciones finitas. Un total de 3364 intervenciones se realizaron en nuestro hospital en el periodo de estudio. Si asumimos un porcentaje de cumplimentación del 70%, un error admisible de 5% y nivel de confianza del 95%, el tamaño muestral mínimo necesario es de 295 casos.
Se realizó un muestreo aleatorio simple de 310 casos más 25 de reserva por si no se cumplían los criterios de inclusión o no disponer de la historia clínica.
Se realizó un análisis descriptivo general en base a las variables descritas, determinando intervalos de confianza del 95% y procediendo a la comparación de proporciones mediante el test de Chi-cuadrado, con el paquete estadístico Spss vs 19.

RESULTADOS El LVSQ se encuentra presente en el 70,8% (IC 95%; 65,72-75,62) de las intervenciones estudiadas.
El LVSQ se utiliza con mayor frecuencia en las Intervenciones Programadas (72,8%) (IC 95% 70.89-74.77), que en las Urgentes (57,5%) (IC 95% 43,20-71,80).
Existe variabilidad en la utilización del LVSQ por servicios.
El profesional que con mayor frecuencia se identifica es el personal de Enfermería (95,4%).
El porcentaje correctamente cumplimentado, es de 58,8% con un IC 95% (55,24-62,35). El 51,85% (IC95% 55.75-60.31) en la cirugía programada y el 43,48% (IC95% 24,28-62,67) en la cirugía urgente.
La mortalidad durante el periodo de estudio fue de 3% con (IC 95 1,05-4,8).

DISCUSIÓN 1.- Existe resistencia al cambio: La utilización del LVSQ alcanza el 70%.
2.- El profesional que con mayor frecuencia cumplimenta y se identifica es la enfermera.
3.- Únicamente en el 41,63% se realiza adecuadamente el LVSQ: se hace y además correctamente

AUTORES: *ANA MARIA MATARREDONA PAREJA; JULIAN MOZOTA DUARTE; MARIA TERESA RAMIREZ GASCA; NIEVES LÓPEZ IBORT; JULIA GUILLEN ANTON; MARIA CONCEPCION REVILLA LOPEZ.*

ID 270

TITULO PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL RIESGO RELACIONADO CON LAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

OBJETIVOS Conocer la percepción de riesgo que tienen los profesionales de Urgencias.
Conocer la frecuencia de errores ocasionados por la interacción de los profesionales con la tecnología en los Servicios de Urgencias, así como factores que se asocian.

MATERIAL Y METODOS En Noviembre de 2012 el ECRI Institute publicó el documento: "Top 10: Riesgos ocasionados por Tecnologías de la Salud".
Seleccionamos tres posibles riesgos en relación con las Tecnologías en los Servicios de Urgencias, investigándolos mediante las siguientes preguntas: "¿Se silencian alarmas de monitores, bombas de perfusión u otros dispositivos porque suenan inadecuadamente o con mucha frecuencia?" , "¿Con las bombas de perfusión ocurren errores en la administración de medicamentos?", "¿Cómo consecuencia de una llamada o mensaje al teléfono móvil ha olvidado finalizar alguna tarea que estaba realizando?".
Diseñamos un cuestionario mediante un formulario de Google drive para enviar mediante un enlace por correo electrónico, la enviamos a médicos, MIR y personal de enfermería de urgencias. Con la carta de presentación solicitamos que la reenviaran a sus contactos, buscando una distribución en cadena. El cuestionario fue anónimo vía electrónica. Realizamos un análisis mediante el programa Stata 12.1.

RESULTADOS Obtuvimos 168 respuestas, no pudimos calcular la tasa de respuesta por el método de envío, al existir una comunicación en cadena.
La años desde que habían comenzado a trabajar en urgencias fueron 8.493506 +/- 8.406539.
El puesto que ocupaban en Urgencias fue: Auxiliar de enfermería 6 (3.57%), Enfermero/a 26 (15.48%), Gerencia/Dirección 23 (13.69%), Médico 55 (32.74%), MIR 53 (31.55%).
La calificación del grado de seguridad del paciente en el Servicio fue de: 5.625 +/- 2.394323.
A las preguntas respondieron: "¿Se silencian alarmas de monitores, bombas de perfusión u otros dispositivos porque suenan inadecuadamente o con mucha frecuencia?" : Nunca 8 (5.59%), Casi nunca 35 (24.48%), A veces 67 (46.85%), Casi siempre 27 (18.88%) y Siempre 6 (4.20%).
"¿Con las bombas de perfusión ocurren errores en la administración de medicamentos?": Nunca 16 (11.35%), Casi nunca 85 (60.28%), A veces 31 (21.99%), Casi siempre 8 (5.67%), Siempre 1 (0.71%).
"¿Cómo consecuencia de una llamada o mensaje al teléfono móvil ha olvidado finalizar alguna tarea que estaba realizando?": Nunca 76 (52.05%), Casi nunca 38 (26.03%), A veces 25 (17.12%), Casi siempre 5 (3.42%), Siempre 2 (1.37%).
Hubo diferencias estadísticamente significativas (p=0.008) entre tipo de profesional de urgencias y el olvido de finalizar una tarea como consecuencia de una interrupción por el móvil.

DISCUSIÓN

- El método electrónico para realizar encuestas a los profesionales es sencillo y barato.
- Las alarmas se silencian inadecuadamente en 1 de cada 5 ocasiones según los profesionales de urgencias.
- Las llamadas o mensajes al móvil provocan el olvido para finalizar las tareas que se estaban realizando en 1 de cada 20 ocasiones, sobretodo en facultativos.

AUTORES: *JULIÁN MOZOTA DUARTE; ANA MARIA MATARREDONA PAREJA; ANA ISABEL CONDÓN ABANTO; IRENE CID JIMÉNEZ; RAFAEL AMORÓS GARCÍA; PAULA PUERTAS ERAUSO.*

ID 273

TITULO GESTIONANDO EL "MATERIAL" PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

OBJETIVOS En nuestro ámbito de Atención Primaria se ha impulsado la implantación del Modelo de Seguridad de Pacientes del Departamento de Salud, creando Unidades Funcionales que se encargan de difundir la cultura de seguridad entre los profesionales e implantar las mejoras necesarias para disminuir los riesgos en la asistencia. El Modelo define el marco de actuación en seguridad y prioriza aquellos estándares, Sine Qua Non, de obligado cumplimiento para garantizar unos mínimos de seguridad. Uno de los estándares hace referencia a la gestión del material clínico.
Los equipos han de realizar una gestión adecuada del material fungible, tanto en el almacén como en las consultas, para poder conseguir la máxima eficiencia en todo el proceso y garantizar la calidad y seguridad del material utilizado.
En nuestro centro, tras realizar una evaluación del modelo se detectaron diversas áreas de mejora. Priorizamos la mejora de la gestión del almacén con el objetivo de conseguir la máxima eficiencia en la utilización del material y realizar una gestión correcta de las incidencias.

MATERIAL Y METODOS SITUACIÓN INICIAL: Disponíamos de dos almacenes centralizados para material clínico, fármacos y fungibles, con el tiempo proliferaron otros dos almacenes secundarios
PROBLEMAS DETECTADOS:1-Control de caducidades ineficiente, encontrando en auditoría material y fármacos caducados.2-Stock inadecuado, se encontró material que no se utilizaba y cantidades elevadas para las necesidades del centro.3-No existía responsable de la gestión del almacén.4-Dispersión de material por el centro.5-No consenso en relación a fármacos/ material de las consultas. Se decidió implantar el Procedimiento de Gestión de material clínico consensuado a nivel territorial IMPLANTACIÓN:1-Se designa responsable administrativo de gestión del material, encargado de recepción, verificación y seguimiento de incidencias.2-Se define stock de material, inventario y control de caducidades.3-Se define stock de fármacos y se identifican en el almacén según principio activo/comercial, características (psicótropos, alto riesgo), y modo de conservación (termolábiles, fotosensibles) 4-Se ordena el almacén siguiendo criterios de agrupación por módulos: curas, inyectables, autoprotección, laboratorio, vendajes, material oficina y lencería.5-Se consensua material y fármacos de las consultas, siguiendo criterios de racionalización, definiendo responsables de reposición y control de caducidades.

RESULTADOS Desde la implantación del proceso de mejora de febrero a mayo del 2013: Hemos reducido el stock de material sanitario en un 25%. No hemos tenido ninguna incidencia de caducidades.
El material esta correctamente identificado, ordenado y controlado.

DISCUSIÓN La gestión planificada del material: aumenta la seguridad y la eficiencia de la atención sanitaria, garantiza la utilización de material en condiciones adecuadas y el profesional tiene la sensación de hacer mejor las cosas.

AUTORES: *LAURA PALACIOS LLAMAZARES; CRISTINA PIÑOL USÓN; YVONNE FERNANDEZ PAGES; JESUS CORRALES GONZALEZ; GURUTXE AGUIRRE ALAVA; Mª ASUNCIÓN GARCIA URIARTE.*

ID 274

TITULO LA VOZ DEL USUARIO: ¿QUÉ OPINIÓN TIENEN DE LAS ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA?

OBJETIVOS Este proyecto está enmarcado dentro de la elaboración de la "Estrategia de calidad de los cuidados" para Atención Primaria (AP) como actividad previa y dentro del análisis de situación que se realizó. El objetivo es conocer la satisfacción, percepción, expectativas así como las quejas que tienen los usuarios acerca de la enfermera de AP y el trabajo que desempeña, utilizando distintas fuentes de información

MATERIAL Y METODOS El proyecto se realizó en 2012 utilizándose datos de 2010 y 2011.
Las fuentes seleccionadas fueron: encuestas de satisfacción de los usuarios, incluyendo en la muestra a usuarios de los 260 centros de la Comunidad, con representatividad de centro. El número de encuestas realizadas anualmente corresponden a más de 25.000 usuarios.
Los ciudadanos que han ejercido libre elección de enfermera.
Las reclamaciones /quejas.
Los agradecimientos y felicitaciones por escrito y la opinión de los usuarios, su percepción y expectativas en relación a la enfermera, a través de grupos de discusión con pacientes y cuidadores

RESULTADOS De la encuesta de satisfacción, el porcentaje de usuarios satisfechos y muy satisfechos en relación a: "la amabilidad" de la enfermera y comparando datos de 2010 y 2011, pasaría de un 91,7 a un 94,1%; "recomendaría a la enfermera": 88 - 90,6%; "satisfacción global con la enfermera" se ha mantenido en un 94,60%. En 2012 de los 682.956 cambios realizados por Libre Elección (LE), el porcentaje mayor de solicitudes de LE se realizó a la enfermera (45,67%), de ellas el 72,07% se realizaron dentro del mismo centro de salud, aunque de momento no es posible conocer el motivo de LE de enfermera. El número de reclamaciones dirigidas a enfermeras en 2010-2011, pasó de 887 a 1175, lo que supuso un 5,5% y un 7,3% del total de reclamaciones en dichos años; el principal motivo fue la disconformidad con la asistencia. El número de agradecimientos por escrito a enfermeras: 51-77, que supuso un 16 % y un 17% del total de agradecimientos recibidos. En relación a los grupos de discusión con pacientes crónicos y con cuidadores, lo más valorado es la labor de las enfermeras que tienen más experiencia profesional y el desarrollo de un vínculo emocional con ellas. Sus expectativas van encaminadas a conseguir evitar la variabilidad en los servicios que ofertan las enfermeras y del "como los ofertan", lo que más esperan es recibir una atención personalizada e integral

DISCUSIÓN El grado de satisfacción de los usuarios con la atención que reciben de las enfermeras de AP es muy elevado A pesar del alto porcentaje de solicitudes de LE a la enfermera, no es posible conocer con certeza el motivo del cambio. Aunque aumentó del número de reclamaciones hacia las enfermeras, el porcentaje es bastante bajo en relación al total, igual sucede con los agradecimientos. Lo más valorado por los usuarios de los grupos de discusión fue el vínculo emocional que crean con la enfermera y la atención personalizada e integral

AUTORES: *ASUNCIÓN CAÑADA DORADO; TERESA RINCÓN DEL TORO; ROSA ARNAL SELFA; Mª LUISA DE LA PUERTA CALATAYUD; AURORA BARBERÁ MARTÍN; JUANA MATEOS RODILLA.*

ID 277

TITULO CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS ATENDIDOS EN LAS CONSULTAS PROGRAMADAS DE ENFERMERÍA

OBJETIVOS Conocer la percepción que tiene la persona pluripatológica de su vida influida por su salud física, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno, por medio del cuestionario de calidad de vida de la OMS WHOQOL-BREF.
Contrastar la calidad de vida de los usuarios atendidos en consulta de enfermería rural y urbana

MATERIAL Y METODOS Tipo de estudio: Observacional descriptivo.
Ámbito: Zona básica de Salud Urbana y Zona Básica de Salud Rural. Periodo: Abril-mayo 2013
Población: Se incluyeron pacientes pluripatológicos, atendidos en consulta programada de enfermería de AP, autónomos, entre 45 y 80 años, diagnosticados de diabetes, hipertensión, obesidad y/o dislipemia.
Mediciones: De cada sujeto se recoge su edad, sexo, patología crónica y calidad de vida medida con el cuestionario WHOQOL-BREF de CV, evaluando cuatro dominios (salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente) y dos preguntas que indagan sobre la calidad de vida y el estado de salud general. Cada pregunta se valora en una escala de 1 a 5, refiriéndose a las últimas dos semanas. Los datos se analizaron con el programa estadistico SPSS 15.0

RESULTADOS Se han estudiado 36 pacientes, con una edad media de 64,14 años, siendo el 58,3% mujeres.
Las puntuaciones medias obtenidas para cada dominio son: salud física 3,5; salud psicológica 3,52; relaciones sociales 3,36 y ambiente-entorno 3,74. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas (p<0.05) entre los sujetos de las zonas básicas de salud rural y urbana en los dominios salud física y ambiente-entorno. Así mismo, existen diferencias (p<0,05) en el dominio ambiente-entorno entre los pacientes con HTA y los que no tienen.
Hemos encontrado una correlación de Pearson entre la edad y el dominio Salud Física de -0.554 (p<0.05).
La puntuación media sobre la calidad de vida de los sujetos de estudio ha sido de 3,22, siendo ligeramente mayor en los hombres (3.67) que en las mujeres (2.90) (p>0,05)

DISCUSIÓN La calidad de vida de los pacientes estudiados es aceptable, estando mas deteriorado el dominio relaciones sociales, siendo menor en los pacientes del ámbito rural y en las mujeres.

AUTORES: *ZOILA LIFANTE PEDROLA; JESUS LEAL LLOPIS; NATALIA SAEZ DONAIRE; MARIA AMALIA PEREZ SANCHEZ; FRANCISCO JOSE LIDON SANCHEZ; PEDRO SIMON CAYUELA FUENTES.*

ID 278

TITULO CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROFESIONALES DE ENFERMERIA

OBJETIVOS Identificar la cultura sobre seguridad del paciente (SP) percibida por los profesionales de enfermería de las Unidad de Hospitalización

MATERIAL Y METODOS Estudio transversal descriptivo en profesionales de enfermería del Hospital General Universitario Morales Meseguer, mediante la versión española del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ), durante los meses de Febrero-Marzo de 2013.

RESULTADOS Se ha evaluado a 99 Enfermeras de las unidades de hospitalización, lo que representa el 46,04% de todas las Enfermeras de ese área.
La percepción global de seguridad del paciente fue 7.36±0,57 puntos (escala, 0-10). El 90.3% de los sujetos valoración la percepción de seguridad del paciente por encima de 5.
Entre las diferentes dimensiones que se valoran, el trabajo en equipo en la unidad/servicio para la SP fue el aspecto mejor puntuado como positivo (76.35%), considerándose esta como una fortaleza. La dotación de personal fue la dimensión mas valorada como un aspecto negativo (62,86%), considerándose esta como una oportunidad de mejora. No hemos encontrado diferencias entre el tipo de unidad de hospitalización (medica/quirúrgica), años de experiencia profesional, años trabajados en el hospital y años trabajados en la unidad actual.

DISCUSIÓN La percepción global de seguridad del paciente por parte de la Enfermeras de las unidades de hospitalización es elevada. Se han identificado como fortaleza el trabajo en equipo en la unidad/servicio y como oportunidad de mejora la dotación de personal

AUTORES: *Mª JOSE CRESPO CARRION; ANGEL LUIS ABAD NAVARRO; Mª CARMEN MURCIA GARCIA; ANA SANCHEZ PICON; Mª ANGELES CLEMARES GARCIA; JESUS LEAL LLOPIS.*

ID 279

TITULO ENTORNO LABORAL Y SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

OBJETIVOS Conocer la percepción de las enfermeras que trabajan en el hospital Morales Meseguer de Murcia sobre su entorno laboral y su satisfacción con el trabajo.

MATERIAL Y METODOS Diseño observacional, descriptivo y transversal realizado en abril de 2013 en 150 enfermeras del hospital J. Mª Morales Meseguer de Murcia perteneciente al SMS. Se recogieron, entre otros, datos sociodemográficos, satisfacción laboral y percepción del entorno laboral a través del cuestionario Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI).

RESULTADOS De los 150 cuestionarios entregados se recogieron 99 (66%). La edad media de las enfermeras era de 38,15 años (DE = 5,8), un 80% eran mujeres y tenían una media de 15,4 años de experiencia profesional. Un 25% indicaron que les gustaría abandonar el hospital. El 71,8% de las enfermeras indicaron estar moderadamente o muy satisfechas con su trabajo. El 77,1% recomendaría este hospital a otra compañera para trabajar y el 89,5% lo recomendaría a sus familiares y/o amigos
El Hospital estaría clasificado como un hospital mixto en la valoración global del PES-NWI y la opinión de las enfermeras sobre su entorno laboral es considerado por el 80,4% como aceptable o bueno y un 7,2% lo considera excelente.

DISCUSIÓN Los resultados indican una moderada participación de las enfermeras, que refieren estar satisfechos con su trabajo. Según el PES-NWI se refleja un entorno laboral mixto (entre favorable y desfavorable), sin embargo, las enfermeras opinan que el clima laboral es bueno y un alto porcentaje no tiene intención de abandonar el centro, aunque este dato es peor que otros estudios.

AUTORES: *ANGEL LUIS ABAD NAVARRO; Mª JOSE CRESPO CARRION; JESUS LEAL LLOPIS.*

ID 281

TITULO SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES ONCO-HEMATÓLÓGICOS ATENDIDOS EN EL NUEVO HOSPITAL DE DÍA

OBJETIVOS Conocer el grado de satisfacción de los pacientes onco-hematológicos(POH) atendidos en Hospital de Día(HD)

MATERIAL Y METODOS Estudio observacional prospectivo de 15días de duración. Se incluyeron los POH tratados en el nuevo HD.Se elaboró y validó una encuesta de satisfacción con preguntas tipo likert respecto a profesionales, instalaciones y coordinación.Respuestas de valoración: 1)Muy mal, 2)Mal, 3)Regular, 4)Bien, 5)Muy bien. Otras variables: edad, sexo, domicilio, estudios, percepción de salud, acompañante y actividad laboral(AL). El tamaño muestral(n=208) se calculó mediante muestreo aleatorio simple para población finita (tasa de respuesta esperada=80%). Se realizó un análisis multivariante mediante regresión ordinal

RESULTADOS Tasa de respuesta: 68%(n=141). El 77%de los POH iban acompañados(np=2). La encuesta fue cumplimentada en 66,7%por el POH, 16,7% acompañante o ambos(np=3).
CARACTERÍSTICAS POH: A)Edad: 48,9%(>65años), 48,2%(35-65años) y 2,9%(≤34años)(np=4); B)Sexo:53,6%mujeres(np=3);C)Domicilio:87%urbano, y 13%rural(np=10); D)Estudios: 8,1%sin estudios, 45,6%primarios, 29,4%secundarios y 16,9%universitarios(np=5); E)Percepción de salud: 57,9%buena, 33,8%regular, 7,5%mala y 0,8%no sabe(np=8); F)AL del paciente(np=12): 12,4%activo, 21,7%baja, 13,2%desempleado y 52,7%otros(94,2%jubilado); G)AL del acompañante(np=42): 43,3%activo, 4,5%baja, 17,9%desempleodo, y 34,3%otros(76,5%jubilado).
VALORACIÓN
Satisfacción global de la atención recibida: 2)0,8%, 3)5,3%, 4)48,5% y 5)45,6%(np=9), sin diferencias significativas según características de los POH a excepción de la percepción de salud(p=0,03).
Satisfacción global respecto a: A)Médico: 1)0,7%, 3)2,2%, 4)37,7% y 5)59,4%(np=3); B)Enfermería: 3)2,2%, 4)33,7% y 5)64,2%(np=7); C)Administrativos con el sistema de citación: 1)1,5%, 2)0,8%, 3)10%, 4)58,5% y 5)29,2%(np=11); atención telefónica: 1)0,8%, 3)7,6%, 4)60,5% y 5)31,1%(np=22); D)Comodidad global: 1)0,8%, 2)3%, 3)15,8%, 4)52,6% y 5)27,8%(np=8); E)Coordinación con: a)Laboratorio: 1)1,7%, 2)5,9%, 3)27,1%, 4)53,4% y 5)11,9%(np=23); b)Farmacia: 1)4,1%, 2)7,3%, 3)32,5%, 4)43,9% y 5)12,2%(np=18); c)entre ciclos: 1)2,5%, 3)11,8%, 4)67,2% y 5)18,5%(np=22).
Satisfacción respecto a tiempos de espera para: A)Análisis: 1)3,3%, 2)3,3%, 3)27,6%, 4)51,2% y 5)14,6%(np=18); B)Consulta médica: 1)3,8%, 2)12,2%, 3)38,9%, 4)38,2% y 5)6,9%(np=10); c)Tratamiento: 1)10,9%, 2)15,6%, 3)32,8%, 4)32,8% y 5)7,8%(np=13).
Confianza en la preparación tratamientos: 2)0,8%, 3)6,3%, 4)68,5% y 5)24,4%(np=14) y utilidad de la hoja de administración: 1)0,9%, 2)0,9%, 3)6,9%, 4)63,8% y 5)27,6%(np=25).
El 55,4%(n=77) de los POH indicaron 131 comentarios: 43,5%carencias organizativas e instalaciones 37,4%, 15,3%agradecimientos y 3,8% otros(implantar telemedicina y paneles electrónicos en sala de espera)

DISCUSIÓN La satisfacción global del POH es buena aunque depende de la percepción de su estado de salud. Conocer las expectativas del paciente permite identificar oportunidades de mejora en la calidad del servicio prestado

AUTORES: *ANA MOYA GIL; MARTA HERNÁNDEZ GRISO; MÓNICA CLIMENTE MARTI; BEGOÑA PORTA OLTRA; MÓNICA TALLÓN GUEROLA; DANIEL ALMENAR CUBELLS.*

ID 284

TITULO EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES EN EL PACIENTE CRÓNICO: ¿MEJORA EL CONTROL EN FUNCIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL?

OBJETIVOS Evaluar la relación entre el cumplimiento de los criterios de buena atención (CBA) de los Servicios (Sº) de Atención al paciente con diabetes (DM) y con hipertensión arterial (HTA) relacionados con el proceso asistencial y los resultados obtenidos en dos indicadores de efectividad clínica del Contrato Programa: Grado de control del paciente diabético y Grado de control del paciente hipertenso.

MATERIAL Y METODOS Tipo de estudio: observacional transversal.
Ámbito de estudio: Gerencia de Atención Primaria (261 centros de salud)
Periodo estudio: 1/10/2011 al 31/12/2012.
Población de estudio: Total de pacientes con DM y HTA registrados en historia clínica electrónica a fecha 31/12/2012 (DM: 346.411; HTA: 941.257)
Variables de estudio:
- Variables independientes: CBA 3 y 4 de dos Sº: Atención a pacientes con HTA y con DM. Los CBA 3 incluyen la realización periódica de pruebas complementarias, analítica y ECG para HTA y analítica (con HbA1c), ECG y fondo de ojo para DM. Los CBA 4 miden la realización 2 veces al año de controles con valoración de adherencia al plan terapéutico y de cuidados, revisión del tratamiento farmacológico y consejos; además de medición de TA en HTA, y de peso y síntomas de hipoglucemia en DM.
- Variables dependientes: Control adecuado del paciente hipertenso (últimos 12 meses): última cifra de TA <140/90 mmHg y TA<130/80 en diabéticos; Control adecuado del paciente diabético (últimos 12 meses): última cifra de HbA1c < 7%.
Análisis estadístico: Se comparan las variables "control" en función del cumplimento de los CBA. El cumplimiento global de los CBA 3 y 4 se calcula con un índice sintético (IS) que asigna puntos (p) en base al porcentaje de cumplimento de cada CBA y su posición con respecto a unos estándares prestablecidos: mínimo (2 p), aceptable (3 p) y óptimo (5 p)
Programa SPSS v18. La relación lineal entre variables se midió mediante el coeficiente de correlación de Spearman, al no presentar la variable IS de los CBA una distribución normal. Para evaluar la fuerza de la asociación se ha utilizado un modelo de regresión lineal simple.

RESULTADOS Existe una correlación moderada positiva entre el cumplimento de los CBA y el grado de control de la patología crónica. Esta correlación es mayor en el caso de los pacientes con DM (r=0,66) que en el caso de los pacientes con HTA (r=0,57), siendo en ambos casos estadísticamente significativa (p<0,01)
Al evaluar la fuerza de la asociación, se observa que el cumplimento de los CBA explicaría un 43,4% de la variabilidad en el porcentaje de pacientes DM con buen control y un 38,2% en el caso de los pacientes hipertensos (p<0,01)

DISCUSIÓN El cumplimento de los CBA parece contribuir a la mejora de los indicadores de "adecuado control" de la patología crónica. Se tendrán que diseñar estudios prospectivos que permitan corroborar los resultados de este estudio.
Consideramos prioritario establecer acciones de mejora necesarias para garantizar el cumplimiento de los CBA por parte de todos los profesionales de AP.

AUTORES: *MARIANELA BAYÓN CABEZA; FRANCISCO JAVIER PÉREZ RIVAS; Mª DOLORES MARTÍNEZ PATIÑO; CRISTINA JIMÉNEZ DOMÍNGUEZ; MERCEDES DRAKE CANELA; LUIS SÁNCHEZ PERRUCA.*

ID 286

TITULO PLAN DE MEJORA PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS EN LOS CENTROS DE SALUD: ACCIONES Y LOGROS

OBJETIVOS La evidencia científica avala la higiene de manos (HM) como una de las medidas más eficaces para reducir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria pero el porcentaje de cumplimiento de los profesionales es inferior al 36%, según estudio de observación realizado en 2011. Desde 2008 se realizan campañas de formación y sensibilización de profesionales, pero se desconocía el nivel de implantación de la estrategia por lo que planteamos como objetivo conocer y mejorar el nivel de implantación de la estrategia de HM en los centros de salud (CS) de nuestra comunidad.

MATERIAL Y METODOS •Análisis del nivel de implantación de la estrategia. 229 CS realizaron en 2012 el cuestionario de autoevaluación propuesto por la OMS para identificar el nivel de desarrollo de la estrategia. El 2,29% de los CS se encontraba en nivel inadecuado, el 27,59% en nivel básico, el 52,49% en el intermedio y 5,36% en el avanzado.
•Identificación de puntos fuertes y áreas de mejora. La puntuación media obtenida en cada uno de los cinco componentes demostró que existían componentes muy desarrollados, como los relacionados con la existencia de la infraestructura necesaria para realizar la HM, componentes con puntuación aceptable relacionados con formación y sensibilización de profesionales y clima de seguridad en los centros y componentes francamente mejorables como la observación directa, monitorización y retroalimentación.
•Acciones de mejora realizadas:
- Realización de feed back de los resultados obtenidos
- Elaboración por el responsable de HM de cada CS de un plan de mejora individualizado tomando como referencia los elaborados por la OMS Según su grado de desarrollo.
- Realización de un decálogo de funciones del responsable de HM, en función de los indicadores evaluados.
- Mantenimiento de las campañas anuales de formación y sensibilización, potenciando la participación de pacientes e impulsando el desarrollo de actividades de observación directa del cumplimiento de HM entre profesionales.
- Monitorización de consumo de soluciones hidroalcóholicas.
•Evaluación de resultados. Los CS realizarán nuevamente el cuestionario de autoevaluación de la OMS en 2014.

RESULTADOS Se han realizado 229 planes de mejora.
Se ha elaborado y difundido el decálogo de funciones del responsable de HM.
Se ha llevado a cabo una nueva campaña de formación y sensibilización con actividades que han implicado a la población (concurso de dibujos, de eslóganes…).
Pendiente evaluación del nivel de desarrollo en 2014.

DISCUSIÓN La realización del cuestionario de autoevaluación de la OMS ha permitido a los responsables de HM detectar puntos fuertes y áreas de mejora en relación a la implantación de la estrategia en su CS, así como elaborar y desarrollar un plan de mejora en función de los resultados obtenidos.
A nivel global, el cuestionario ha permitido detectar los componentes de la estrategia menos desarrollados, punto de partida para la implantación de nuevas actividades que mejoren los resultados.

AUTORES: *Mª CARMEN JIMÉNEZ GÓMEZ; ASUNCIÓN CAÑADA DORADO; ANA ISABEL ROMÁN RUIZ; LOURDES MARTÍNEZ-BERGANZA ASENSIO; JOSÉ VALLE CASTEJÓN; PILAR RAPP FERNÁNDEZ.*

ID 287

TITULO DEL MICRO AUDIT A LA FAST MONITORIZACION
EVALUACION DE LA ATENCIÓN AL ATAQUE ASMATICO EN UN HOSPITAL TERCIARIO.

OBJETIVOS Evaluar la asistencia al ataque asmático de adultos en el área de Urgencias de nuestro Hospital para comparar con los audits realizados en 2003 y 2007 para observar la evolución en el tiempo.

MATERIAL Y METODOS AUDIT RETROSPECTIVO basado en criterios objetivos, explícitos y fundamentados en las Guías y Consensos sobre el tema. CRITERIOS CLINICOS idénticos a los empleados en 2003/2007, encuadrados en 4 categorías: Evaluación clínica, exploratoria, recursos diagnósticos y tratamiento. MUESTRA ALEATORIA (generada por ordenador) de 26 episodios según un Plan de Muestreo por lotes (N=26,d=4) de asmáticos adultos (>14 años) que acudieron a Urgencias de nuestro Hospital en el periodo de Octubre a Marzo del 2013. El NCA, nivel de calidad aceptable era>85% y el NCR, nivel de calidad rechazable fue de 52%. Además de analizar los puntos fuertes y débiles al uso, se establecieron las siguientes categorías de criterios: Aquellos que empeoran (CE) respecto a los anteriores, mejoran (CM) y permanecen igual (CI), además de errores sistémicos (ES).

RESULTADOS Ningún indicador empeoró respecto a 2003/2007. Mejoraron (CM) por entrada en la zona NCA: Frecuencia cardiaca, Tratamiento de la crisis actual, Rx, desencadenantes. Permanecieron igual, pero en la zona NCR la graduación de la crisis, frecuencia respiratoria, constancia objetiva de la mejoría y uso de medidores de flujo pico.

DISCUSIÓN En conjunto la evaluación actual fue mejor que las anteriores, pero el cumplimiento de algunos indicadores ponderados como muy relevantes, como Grado de la crisis, Uso de Flujo pico o constancia objetiva de la respuesta permanecieron en la NCR. Se propone: 1) Divulgación al conjunto de profesionales del área 2) Diseñar una planilla informática incluida en el sistema de urgencias 3)Disponer de boquillas del Flujo Pico 4) Simplificar el algoritmo terapéutico 5) Elección de 5 indicadores clave para construir un sistema de monitorización 6) Realizar un Re-audit.

AUTORES: *ANGEL CAMPOS ANDREU; RAMÓN ALMERO VES; MARÍA ANDREINA PÉREZ GÓMEZ; MARÍA NIETO CID; JESSIKA ARÉVALOS PRETTE; MARÍA VERÓNICA PACHECO CORONEL.*

ID 288

TITULO Evolución de los indicadores de efectividad clínica a través del Contrato Programa de Centro de Atención Primaria

OBJETIVOS El contrato programa de centro (CPC) de Atención Primaria (AP) es un instrumento de gestión basado en el modelo EFQM, que incluye indicadores con objetivos para los centros de salud (CS). Actualmente recoge 78 indicadores de diferentes dimensiones de la calidad, entre las que se encuentra la efectividad clínica, que se mide con 9 indicadores.
Objetivo: conocer nuestra efectividad clínica en las patologías más prevalente en AP a través del resultado de estos indicadores en los últimos 4 años (de 2009 a 2012). Su evaluación periódica permite además establecer áreas de mejora preferentes

MATERIAL Y METODOS Tipo de estudio: análisis descriptivo longitudinal.
Ámbito de estudio: toda la población de la Gerencia de Atención Primaria de la CCAA
Periodo estudio: 1 de enero de 2009 a 31 de diciembre de 2012
Indicadores de efectividad clínica medidos: 9 indicadores (SE DESCRIBEN EN EL APARTADO DE RESULTADOS).
Estos indicadores se miden anualmente a través del Cuadro de Mando Integral. Se obtienen de la historia clínica informatizada única de AP. Su resultado está disponible desde 2012 con el máximo nivel de desagregación: desde datos agregados de la CCAA, cada Dirección Asistencial y cada CS globalmente, hasta los datos individuales de cada profesional (facultativos y enfermeras)y cada paciente

RESULTADOS Se han producido incrementos significativos (p<0,05) en la mayoría de indicadores:
- % de pacientes con cardiopatía isquémica (CI) en tratamiento con estatinas. 2009: 66,9%. 2012: 76,3%
- % de pacientes con CI en tratamiento con antiagregantes. 2009: 77,8%. 2012: 79,3%
- % de pacientes con CI en hipercolesterolemia controlada. 2009: 12,6%. 2012: 16,7%
- % de pacientes diabéticos con nefropatía en tratamiento adecuado (IECA-ARA II). 2009: 66%. 2012: 71,3%
- % de niños con faringoamigdalitis tratados con antibióticos de elección (penicilina, amoxicilina). 2009: 77,2%. 2012: 85,1%
- % de personas con resolución de planes de cuidados. 2009: 28,6%. 2012: 37%

En el siguiente indicador, se ha producido un empeoramiento del resultado:
- % de adultos asmáticos tratados con glucocorticoides inhalados. 2009: 31,3%. 2012: 27,4%.

En los siguientes, los datos están disponibles desde 2010, y también han empeorado (aunque siguen manteniéndose en los rangos de referencia publicados):
- % hipertensos con cifras de TA controladas. 2010: 44,8%. 2012: 40,2%.
- % de diabéticos con DM controlada (HbA1 < 7%). 2010: 39,2%. 2012: 32,4%

DISCUSIÓN Disponer en el cuadro de mando de estos indicadores de efectividad clínica nos permite implementar las mejoras necesarias para incrementar su resultado; actualmente se obtienen para cada profesional individualmente, con información de cada paciente.
La difusión continua de información sobre estos indicadores y sus resultados, la consulta de su evolución por parte de los profesionales y el pacto anual de objetivos enmarcado en el CPC, permite ir mejorando los resultados de efectividad clínica, aspecto fundamental de la atención que se presta a la población en AP.

AUTORES: *Mª DOLORES MARTÍNEZ PATIÑO; ELENA BARTOLOMÉ BENITO; CRISTINA JIMÉNEZ DOMÍNGUEZ; ANA MIQUEL GÓMEZ; Mª SOLEDAD BARTOLOMÉ CASADO; ANA BELÉN DOMÍNGUEZ MADUEÑO.*

ID 290

TITULO EPSALUD: USABILIDAD DE LA NUEVA APLICACIÓN WEB PARA REGISTRO DE INTERVENCIONES EDUCATIVAS GRUPALES EN ATENCIÓN PRIMARIA

OBJETIVOS Conocer el grado de implantación y uso de la aplicación EpSalud desde su puesta en marcha como registro único de intervenciones de Educación para la Salud (EpS) Grupal y de los servicios (Sº) de Cartera relacionados, en una Gerencia de Atención Primaria (AP), y detectar oportunidades de mejora

MATERIAL Y METODOS Se realiza un estudio descriptivo transversal en 262 centros de salud (CS) y 159 consultorios locales (CL).
A través del cuadro de mando de EpSalud se obtiene la información incluida de enero a abril de 2013 sobre: accesos a la aplicación, registros de actividad mensual, intervenciones educativas (IE) que cumplen los criterios de inclusión (CI: tema, población diana y cronograma) y criterios de buena atención (CBA1: objetivos, contenidos de al menos 3 sesiones; CBA2: memoria de evaluación)definidos en los Sº de cartera: EpS en centros educativos y en grupos de población; y los proyectos educativos subidos a los Bancos de Proyectos de CS y Comunidad.
La información se presenta en frecuencias absolutas y relativas con periodicidad mensual por profesional, CS, dirección asistencial (DA) y comunidad; lo que facilita la comparación, el cálculo de tendencias y la detección de áreas a mejorar

RESULTADOS Accedieron a EpSalud 1576 profesionales sanitarios distintos (17,5% del total de AP) de 243 CS (92,7%) y 30 CL (19%) con un total de 6.877 accesos: 1332 en enero, 2002 en febrero, 1638 en marzo y 1905 en abril. Del total, 684 (43,3%) eran enfermeras, 290 técnicos (18,4%), 88 médicos (5,6%) y 81 matronas (5,1%). El 10% de CS lo ha hecho 1 vez y 1 persona (p), el 68% entre 10 y 50 veces de 1 a 4 p y el 21,3% más de 50 veces 6 p. Han registrado actividad mensual 154 CS distintos (58,8%): 95 en enero, 119 (36 nuevos) en febrero, 112 (12 nuevos) en marzo y 106 (11 nuevos) en abril. Se han incluido un total de 772 IE (180 de media mensual)con 772 sesiones impartidas a 4500 usuarios distintos. Del total 410 (57,2%) cumplen los criterios de cartera, 110 (27%) están dirigidas a centros educativos y 300 a grupos en etapa adulta (45%), infancia (30%), mayores (15%) y adolescencia (10%). Estas IE están distribuidas entre 90 CS: el 56,6% de la DA Oeste, 43,6% de la Sureste, 35,5% de la Sur, 34,2% de la Este, 32,6% de la Centro, 22,5% de la Noroeste y 20,6% de la Norte.
Se han subido 142 proyectos a biblioteca de CS (29, 38, 37 y 38 por mes) y 26 a la de Comunidad, 17 son proyectos marco validados y 9 de CS en proceso de validación

DISCUSIÓN La evolución del grado de implantación y uso de EpSalud es homogénea en el tiempo y con ligera tendencia ascendente desde su puesta en marcha. Casi la totalidad de los CS han accedido a la aplicación lo que indica una difusión positiva. Acceden principalmente enfermeras. Más de la mitad de los CS registran actividad mensual grupal y una tercera parte incluye intervenciones que cumplen criterios de calidad de cartera, representando más de la mitad del total registradas. El poco uso por parte de los CL y las diferencias por DA, son importantes áreas de mejora

AUTORES: *MARIANELA BAYÓN CABEZA; MONTSERRAT HERNÁNDEZ PASCUAL; JUAN JOSÉ SANZ DEL OSO; Mª JESÚS POLO HERRADOR; YOLANDA DEL REY GRANADO; SONIA LÓPEZ PALACIOS.*

ID 291

TITULO ESCALA POSSUM: HERRAMIENTA ÚTIL PARA AUDITORÍAS QUIRÚRGICAS

OBJETIVOS La complejidad de las auditorías médicas radica en la dificultad para definir los objetivos y estándares que permitan comparar tanto resultados individuales como en series de pacientes. Deben facilitar, de una forma ágil y sin perder información, la detección de desviaciones y la revisión precoz de procedimientos. Copeland describió la escala POSSUM con el objetivo de poder agrupar a todos los pacientes quirúrgicos en base a su riesgo de morbilidad y de mortalidad. Objetivo: Evaluar la capacidad predictiva del riesgo quirúrgico que ofrece el sistema POSSUM en nuestro medio

MATERIAL Y METODOS Estudio prospectivo de 5.672 episodios quirúrgicos consecutivos (enero 2009– diciembre 2012) en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo de un hospital terciario español. Los datos se obtuvieron de forma prospectiva y se introdujeron en una base de datos en la intranet del hospital. Las variables recogidas fueron edad, sexo, fecha de nacimiento, de ingreso y de alta hospitalaria, fecha de intervención quirúrgica, días de estancia hospitalaria, diagnósticos y procedimientos, GRD y peso relativo, así como las variables fisiológicas y operatorias descritas por Copeland, incluida la morbi-mortalidad postoperatoria. Se calcularon las tasas de mortalidad y morbilidad observada (O) y esperada (E): el cociente inferior a 1 indica un resultado favorable. Para comparar los resultados, se utilizó el test de bondad de ajuste de Hosmer–Lemeshow (HL): cuanto más bajo sea su valor, mejor será la calibración de la escala de forma global

RESULTADOS La edad media es fue 55,4 años (desviación estándar: 18,6). Presentaron morbilidad 1.308 episodios (23,1%). La mediana de la estancia hospitalaria fue 4 días (P25-75: 2-9 días), y de la estancia postoperatoria 3 días (P25-75: 1-7 días). Hubo 142 exitus. El peso relativo medio de los GRD fue 2,19. En el conjunto de la serie, la tasa de morbilidad fue menor que 1 cuando la predicción de riesgo fue superior a 40%. Según el tipo de cirugía (2.117 episodios urgentes; 3.555 programados), la escala POSSUM reveló un mejor ajuste para los intervenidos en cirugía programada (HL: 124,3; p menor de 0,05) que en cirugía urgente (HL: 266,3; p menor de 0,05). La tasa de mortalidad fue menor de 1 para el conjunto de la serie y en cada uno de los grupos de predicción de riesgo

DISCUSIÓN En nuestro medio, la escala POSSUM sobreestima los resultados de morbilidad observados en cirugía gastrointestinal. Por ello deben crearse modelos adaptados a nuestro medio. Aún así este sistema es una herramienta útil para cotejar los resultados quirúrgicos obtenidos en distintas poblaciones de pacientes, hospitales, servicios, equipos e, incluso, cirujanos individuales. También facilita el seguimiento de las variaciones en los resultados que se obtienen a lo largo de periodos de tiempo

AUTORES: *CELIA VILLODRE TUDELA; CARMEN ZARAGOZA ZARAGOZA; JOSÉ LUÍS ESTRADA CABALLERO; LUÍS MENA ESQUIVIAS; MERCEDES MARTÍNEZ-NOVILLO GONZÁLEZ; FÉLIX LLUÍS CASAJUANA.*

ID 292

TITULO ENCUESTA REGIONAL DE CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

OBJETIVOS El objetivo principal es tener una visión global del estado de Cultura de Seguridad en los profesionales de nuestros Servicios de Urgencias y compararlo con experiencias similares.

MATERIAL Y METODOS Tras el visto bueno del Servicio Regional de Salud, se informó a los Gerentes de cada Área de los objetivos de este proyecto y se solicitó que nombrasen un responsable médico y uno de enfermería por cada Servicio de Urgencias. Una vez recibidos los nombres de los responsables, fueron convocados a una reunión informativa donde, tras una introducción básica sobre seguridad del paciente, centrada en los servicios de urgencias, se explicó el propósito del estudio y sus fases. En esta reunión se repartieron los cuestionarios sobre cultura de seguridad, para que se cumplimentaran por todo el personal médico y de enfermería de los servicios. Se trata de la versión española adaptada del Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ) traducida y adaptada por el grupo de trabajo de la Universidad de Murcia.

RESULTADOS Las 9 Áreas sanitarias han participado en el estudio y han acudido representantes de todas a las reuniones.
El cuestionario ha sido respondido por 367 trabajadores de los servicios de urgencias: 184 enfermeras (50,13%), 129 médicos (35,15%), y 54 (14,71%) residentes, con una tasa de respuesta media 70%.
Se ha analizado los resultados por cada pregunta y se han agrupado en las 12 dimensiones en las que se estructura la encuesta, separando resultados positivos y negativos en cada una de ellas. Entre las positivas, las dos que han obtenido una mayor puntuación han sido la de "Trabajo en equipo en el Servicio" con un 66,7% y "Expectativas y acciones de la dirección/supervisión del servicio que favorecen la seguridad" con un 58,7%. En las negativas, las dimensiones con mayor porcentaje de respuestas han sido la de "Dotación de personal" con un 59,9% y "Apoyo de la Gerencia del Hospital a la seguridad del paciente" con un 40%.
Comparando con los resultados del Estudio Nacional de Cultura de Seguridad del Dr. Saturno y del específico de seguridad en Urgencias del Dr. Roquetas, encontramos los porcentajes más bajos de respuestas positivas en 9 de los 12 dimensiones y los más altos en 5 de las 12, en repuestas negativas.
En cuanto a la pregunta en la que se pedía que se calificase de 0 a 10 el grado de seguridad del paciente en su servicio o unidad, la media ha sido de 6,59 con una desviación típica de 2,8. En esta pregunta, los resultados entre adjuntos, residentes y enfermeras no han alcanzado diferencias significativas (p= 0,49). Entre servicios si ha habido discrepancia, con puntuaciones entre 5,64 y 7,71, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (p> 0,005).

DISCUSIÓN Tenemos una información completa actual de la Cultura de Seguridad en los Servicios de Urgencia de los Hospitales de la Región. Los resultados evidencian una oportunidad de mejora global aunque con diferencias considerables entre centros.

AUTORES: *JULIÁN ALCARAZ MARTÍNEZ; SARA RAMOS LÓPEZ; JUAN VICENTE ORTEGA LIARTE; NATALIA TRIGEROS RUIZ; LUIS ESCOBAR ALVARO; ANTONIA CANTERO SANDOVAL.*

ID 293

TITULO NUEVA FÓRMULA PARA PREDECIR EL RIESGO DE MORBILIDAD EN EPISODIOS QUIRÚRGICOS URGENTES

OBJETIVOS La escala POSSUM (Physiological and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and morbidity) utiliza 18 variables, a las que asigna un valor de 1,2, 4 y 8 puntos, para estratificar a los pacientes quirúrgicos en base a su riesgo de morbilidad y mortalidad, y así auditar los resultados. Se ha observado que según las características de cada población podría no ser apropiada. En un estudio previo (Villodre,2012) detectamos que la escala POSSUM sobreestima la morbilidad en los episodios quirúrgicos urgentes. OBJETIVO: Definir una nueva fórmula para predecir el riesgo de morbilidad en cirugía gastrointestinal urgente en nuestra población

MATERIAL Y METODOS Estudio prospectivo de 2000 episodios quirúrgicos consecutivos, recogidos durante 4 años en un hospital terciario, correspondientes a la primera intervención realizada en pacientes que ingresan en el servicio de urgencias (urgencias comunitarias). Cada episodio se cerró en sesión de morbi-mortalidad semanal del servicio. En primer lugar, se realizó el estudio de los primeros 1000 episodios (cohorte 1), con la que se diseñó el nuevo modelo mediante un análisis de regresión logística (RL) multivariante en el que las variables a incluir se seleccionaron usando dos métodos distintos: a) un análisis de regresión logística (RL) univariante, y b) mediante la reducción de los datos usando árboles de decisión (DA) (método de división CHAID). Con ambos se obtuvieron sendas ecuaciones que se aplicaron a modo de validación a los 1000 siguientes episodios (cohorte 2). Para cuantificar las diferencias entre los valores esperados y observados se utilizó el test de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow(HL),cuanto más bajo sea su valor indicará una mejor calibración del score de forma global

RESULTADOS El análisis RL obtuvo una fórmula con 5 variables: 4 fisiológicas (edad, leucocitos, hemoglobina y sodio) y 1 operatoria (complejidad quirúrgica). El análisis DA obtuvo otra fórmula con 4 variables a las que se asignó una puntuación diferente a la escala POSSUM, siendo 2 fisiológicas (cualquier alteración del sistema cardiaco y sodio -puntuación 1 o 2-) y 2 operatorias (complejidad quirúrgica -puntuación 1, 2 y 4- y exudado peritoneal -puntuación 1 y 2). Sólo sodio y complejidad quirúrgica coincidieron en ambas. Los valores del test de HL fueron menores con las nuevas fórmulas que con el POSSUM original, lo que indica mejor capacidad de predicción de resultados. Además, con la fórmula DA estas diferencias no fueron significativas.

RL:1/1 + e (-[-4,439] –0,265*Edad–0,271*Na–0,149*Hb–0,299*Leucos –0,441*CompQx)

DA:1/1 + e (-[-5,887] –0,790*CompQx –0,699*SistCar –0,701*Na –0,359*ExPer)

	Cohorte 1			Cohorte 2		
	POSSUM	RL	DA	POSSUM	RL	DA
Test HL	396,55	15,98	4,97	183,91	16,67	6,24
p	<0,05	<0,05	>0,05	<0,05	<0,05	>0,05

DISCUSIÓN Las nuevas fórmulas, con sólo 5 o 4 variables, mejoran la predicción de morbilidad de la escala POSSUM en los episodios quirúrgicos urgentes comunitarios y alcanzan una elevada precisión en nuestro medio

AUTORES: *CELIA VILLODRE TUDELA; CARMEN ZARAGOZA ZARAGOZA; JOSÉ LUÍS ESTRADA CABALLERO; PEDRO ZAPATER HERNÁNDEZ; JOSÉ ANTONIO VIUDAS IMBERNÓN; FÉLIX LLUÍS CASAJUANA.*

ID 294

TITULO Te preguntamos qué podíamos hacer mejor. Lo intentamos y te volvimos a preguntar: ¿Realmente hemos mejorado?

OBJETIVOS El servicio de Oncología en el hospital de día médico (HDM) de nuestro centro funciona desde 2006. Todos los pacientes reciben información oral y escrita sobre las recomendaciones y el tratamiento que van a recibir.
En el año 2012 quisimos conocer su grado de satisfacción con la información recibida y con los resultados detectamos áreas de mejora que pusimos en marcha. Revisamos las recomendaciones escritas y abrimos la consulta de enfermería oncológica.
El objetivo es conocer si, tras estas mejoras, los nuevos pacientes que acuden al HDM, están más satisfechos con la información recibida, y si esta les ayuda a comprender mejor su enfermedad y a afrontar mejor su primer día de tratamiento.

MATERIAL Y METODOS Realización de dos estudios transversales en dos periodos, uno en 2012 y otro en 2013 tras poner en marcha las áreas de mejora a la vista de los resultados del primer estudio.
Población de estudio: Los pacientes que acuden a HDM a recibir tratamiento quimioterapico iv.
Se entregó en ambos casos un cuestionario anónimo con igual estructura:
Cuatro preguntas con respuesta "Si" o "No" sobre la entrega y lectura de las recomendaciones.
Nueve preguntas que abordan los aspectos de satisfacción con la información proporcionada con respecto a las expectativas que tenía el paciente antes de ingresar, medidas mediante escala likert de 1 (mucho peor de lo esperado) a 5 (mucho mejor de lo esperado)
Finalmente un espacio donde el paciente puede expresar su opinión, anotando problemas concretos y sugerencias.

RESULTADOS Los resultados obtenidos mejoran de manera importante tras poner en marcha las acciones de mejora resultantes de los datos de la primera encuesta.
Frente al 85,7% que leyeron las recomendaciones en 2012, obtuvimos un 91,3% que lo hicieron en 2013. Un 74,3% las consultó posteriormente en 2012 frente al 80,45% en 2013.
En la primera encuesta el 40% consideró mejor/mucho mejor de lo esperado la información escrita recibida subiendo al 52,2% en la segunda encuesta.
El lenguaje del folleto pasó de ser condiderado mejor/mucho mejor por un 47,2% en 2012 a un 63% en 2013.
Finalmente la información oral dada por enfermería fue considerada mejor/mucho mejor de lo esperado en un 68,6% de los pacientes frente aun 84,8% en 2013, y toda esta información les ayudo a afrontar mejor/mucho mejor su primer día de tratamiento a un 51,4% en 2012 frente al 87% de pacientes en 2013.

DISCUSIÓN No basta con informar a los pacientes.Debemos ser más asequibles, hacernos comprender mejor y poner a su disposicion tanto el lenguaje oral y como el escrito para su mejor comprensión.
Un paciente bien informado es un paciente más satisfecho, más colaborador y afronta mejor un tratamiento y una enfermedad que tanto sufrimiento provoca. Merece la pena.

AUTORES: *MARIA ANGELES MORENO DE LA HIDALGA; JARA CORTABITARTE CRUZ; CATALINA ANA PEREZ PALOMARES; ISABEL PORTILLA CALVA; Mª JOSE BOO PUENTE; ROSANA REVUELTA ARROYO.*

ID 295

TITULO EL PROGRAMA REHACOP PRESENTA EVIDENCIAS DE EFICACIA EN LA REHABILITACIÓN COGNITIVA EN PSICOSIS Y ESQUIZOFRENIA

OBJETIVOS 1. Desarrollar un programa de rehabilitación neuropsicológica para pacientes con psicosis y esquizofrenia, supliendo así la carencia de este recurso en los medios sanitarios habituales. 2. Probar la eficacia del programa a través de varios estudios experimentales de implementación. 3. Evaluar los cambios tras la intervención con el REHACOP en una muestra española de pacientes en diferentes fases de la enfermedad.

MATERIAL Y METODOS Criterios de inclusión: Pacientes entre 25 y 45 años, con diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo con el DSM-IV-TR. Los criterios de exclusión incluían retraso mental – cociente intelectual < 75 medido con la Wecksler Adult Intelligence Scale III (Wais III), comorbilidad de otra patología psiquiátrica y condiciones neurológicas relevantes. La muestra final fue de 76 pacientes que fueron asignados aleatoriamente a un grupo experimental REHACOP, o a un grupo control. El grupo REHACOP (Es el único Programa de Rehabilitación Neuropsicológica estructurado diseñado para pacientes con Psicosis o Esquizofrenia a nivel internacional y ha sido desarrollado por Ojeda et Al en el Hospital Psiquiátrico de Alava), realizó tres sesiones estructuradas semanales durante tres meses, mientras que el grupo control acudió a sesiones de terapia ocupacional con la misma frecuencia e intensidad. Ambos grupos recibieron el tratamiento adicional estándar en función de su curso y evolución. Se evaluó a todos los pacientes antes y después de la intervención en 8 dominicos explorados: atención, concentración, lenguaje, aprendizaje y memoria, velocidad de procesamiento, cognicçón social y habilidades sociales.

RESULTADOS 1. Los resultados cuantitativos sobre la eficacia del REHACOP demuestran que el REHACOP aplicado a pacientes con psicosis y esquizofrenia mejora de manera significativa su rendimiento cognitivo en todos los 8 dominios explorados. 2. Los pacientes disminuyen significativamente los síntomas negativos, y aumenta el nivel de autonomía funcional. 3. El grado de satisfacción de pacientes y personal con el REHACOP es superior, 4. El Rehacop refuerza la capacidad de los profesionales de actuar en positivo sobre algunos síntomas refractarios de la enfermedad para los que otros métodos han resultados ineficaces

DISCUSIÓN El Programa REHACOP es un programa novedoso que cubre una laguna terapéutica relevante en patologías crónicas, ya que mejora el rendimiento cognitivo de los pacientes independientemente del estadio de la enfermedad, mejora la calidad de vida y la independencia funcional de los pacientes crónicos, mejora la capacidad de insight sobre la patología y reduce el impacto de los síntomas negativos de la enfermedad, mejora la adherencia al tratamiento de los pacientes, y motiva a la participación activa del personal.
Su coste de implementación es reducido, su extrapolación al resto de la red sanitaria resulta sencilla y el grado de satisfacción de pacientes y personal es elevado.

AUTORES: *AMAIA ORTIZ DE ZÁRATE SAN AGUSTÍN; NATALIA OJEDA DEL POZO; PEDRO MANUEL SÁNCHEZ GÓMEZ; EDORTA ELIZAGARATE ZABALA; JESUS EZCURRA SÁNCHEZ; RAFAEL SÁNCHEZ BERNAL.*

ID 296

TITULO ANÁLISIS DE LA REVISIÓN Y ADECUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS CON CITICOLINA EN ATENCIÓN PRIMARIA

OBJETIVOS Analizar la revisión y adecuación de los tratamientos con citicolina, en los pacientes de nuestro departamento de salud, en el ámbito de atención primaria.

MATERIAL Y METODOS Al estudiar la prescripción en nuestra comunidad en los últimos 10 años se objetivó una marcada tendencia ascendente en la utilización de citicolina, mayoritariamente en pacientes cuyo diagnóstico no se correspondía con las indicaciones autorizadas en ficha técnica. A nivel autonómico se facilitó información relativa a la evidencia científica y se definió un procedimiento de revisión de historiales farmacoterapéuticos para estos pacientes. En nuestro departamento de salud, tras recibir el listado de pacientes en tratamiento con citicolina, los farmacéuticos responsables prepararon informes normalizados de revisión bajo criterios de efectividad y seguridad. Se cumplimentaron los campos relativos a los datos del médico, paciente, tratamiento a revisar y recomendación farmacoterapéutica. Posteriormente, los facultativos de atención primaria valoraron la adecuación del tratamiento, comprobaron la correcta codificación en la historia clínica y documentaron el resultado de la intervención (interrupción del tratamiento, sustitución o cambio de pauta o continuación del mismo). El ahorro económico conseguido se calculó a partir del número de tratamientos suspendidos y el coste por tratamiento/día, basado en el importe facturado por número de dosis diarias definidas dispensadas.

RESULTADOS Sobre 687 pacientes con citicolina asignados a nuestro departamento se revisaron 603 tratamientos (87,8%) y se realizaron 452 intervenciones (65,8%), divididas en 414 interrupciones (91,6%), dos cambios de pauta (0.4%) y 36 continuaciones con recodificación a un diagnóstico cie-9 incluido en ficha técnica (8,0%). Entre los motivos de interrupción encontramos 232 casos de indicaciones no autorizadas en ficha técnica (56,0%), 153 interrupciones por motivos no especificados excluyendo éxitus (37,0%) y 29 ejemplos de falta de aporte de beneficio clínico (7,0%) (17 en demencia vascular, 10 en trastornos cognitivos relacionados con un acontecimiento cardiovascular y dos en trastornos cognitivos relacionados con un traumatismo craneoencefálico). Un total de 138 pacientes tratados con citicolina, que no disponían de diagnóstico objetivado mediante escalas y tests cognitivos antes de la revisión, fueron evaluados tras la misma. El impacto económico derivado de este programa se cifró en 158.153 euros de ahorro anual.

DISCUSIÓN La revisión y adecuación de los tratamientos con citicolina en nuestro departamento supuso un notable aumento en la calidad de nuestra prestación en salud. Se evitaron tratamientos innecesarios, se revisó la historia farmacoterapéutica de los pacientes, se hicieron nuevas valoraciones clínicas y se adecuó la decisión terapéutica final a la evidencia científica reciente. Paralelamente, esta iniciativa permitió obtener un importante ahorro en gasto farmacéutico.

AUTORES: *ADRIAN MUNILLA DAS; MARIA TERESA VALLES MARTINEZ; JOSE MARCH TORTAJADA; JAIME EDUARDO POQUET JORNET; RAFAEL GOMEZ-FERRER CAYROLS; ELIA ORTUÑO PASCUAL.*

ID 301

TITULO UNIDAD INTERDISCIPLINAR DE SEPSIS. MEJORANDO LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL ENFERMO SÉPTICO.

OBJETIVOS Mejorar la calidad asistencial al paciente séptico y diminuir la mortalidad y estancia hospitalaria de estos enfermos mediante el desarrollo de un protocolo institucional de atención precoz, puesto en marcha a través de una unidad interdisciplinar de sepsis utilizando un checklist informatizado.

MATERIAL Y METODOS Se diseñó un programa de detección y tratamiento precoz de la sepsis según las recomendaciones basadas en la evidencia de la Surviving Sepsis Campaign. Para su implantación se usaron recursos personales, organizativos y difusores.
- Creación de un equipo interdisciplinar de sepsis integrado por personal de distintos servicios, como intensivos, laboratorio, microbiología, farmacia, informática, urgencias, cirugía y nefrología, entre otros. Su unidad asistencial consta de tres médicos intensivistas y una enfermera, con funciones de apoyo asistencial y consultoras en el diagnóstico y tratamiento precoz del enfermo con sepsis grave en todo el hospital.
- Diseño de una página web alojada en la intranet del hospital que contiene un documento informatizado que activa al enfermo en el programa, sirve de check-list para dirigir el diagnóstico y tratamiento precoz en tiempo real, y permite el registro de datos clínicos, microbiológicos y terapéuticos de las primeras 48 horas de evolución del enfermo.
- Análisis prospectivo de indicadores relacionados con la implementación del proceso, marcadores de precocidad en el tratamiento y monitorización de la mortalidad y la estancia hospitalaria.
- Elaboración de una bolsa de sepsis con la medicación necesaria para el tratamiento de primera hora y recomendaciones para su preparación y administración.
- Sesión general hospitalaria para dar a conocer el programa, seguida de sesiones en los servicios para todo el personal médico y de enfermería.
- Análisis estadístico de los datos para evaluación y detección de áreas de mejora.

RESULTADOS Desde el 22 de Noviembre del 2012 al 25 de Marzo del 2013 se detectaron por el programa 193 enfermos con sepsis, de los cuales 151 cumplieron criterios de sepsis grave y shock séptico. (67,2% sepsis grave, 32,8% shock séptico). La mortalidad hospitalaria por sepsis grave y shock séptico fue del 23,1%. Los principales focos de infección fueron el respiratorio (43%) seguidos del urinario (29%) y el intraabdominal (17%).
Las diferencias encontradas entre el periodo preintervención (22/11/2012 - 15/1/2013) al postintervención (16/1/2013 a 25/3/2013) son:
- Aumento del número de detecciones de sepsis grave de 43 a 108 casos.
- Descenso de la mortalidad por sepsis grave, del 22,5% al 15,2%.
- Descenso de la estancia hospitalaria, de 11,51±13 días a 10,2±11,34 días

DISCUSIÓN La creación de un Unidad de sepsis en el hospital y el uso de una herramienta informática disminuye la variabilidad diagnóstica y aumenta su detección, facilita la atención protocolizada y precoz al enfermo, mejorando la calidad asistencial. Esto se refleja en una disminución de la mortalidad y de la estancia hospitalaria de estos enfermos.

AUTORES: *CLARA HURTADO NAVARRO; ANGELA ROMERO MORÁN; DAVID ESTELLÉS GALLACH; SERGIO RAMOS RAMOS; ALBERTO DOMÍNGUEZ RICARTE; EVA FORES RIVAS.*

ID 303

TITULO 101 INCIDENTES EN URGENCIAS

OBJETIVOS Valorar los incidentes de seguridad del paciente que ocurren en los servicios de urgencias de nuestra región.

MATERIAL Y METODOS Es un estudio observacional realizado en Mayo de 2012 en todos los Servicios de Urgencia Hospitalarios de la Región, por personal sanitario del propio servicio.
La metodología está basada en el estudio EVADUR y en el ENEAS, habiéndose modificado el cuestionario de recogida en función de la actual taxonomía de la OMS, resultados de los estudios previos y el Sistema de Notificación de Eventos Adversos (SINASP). El método y documentos utilizados (incluyendo consentimiento escrito que firmaron), han sido autorizados por el Comité de Ética.
Se ha realizado una recogida presencial de datos coincidiendo con la asistencia y una revisión a la semana mediante encuesta telefónica a pacientes dados de alta o revisión de historia clínica en ingresados. Como criterio de inclusión debían ser mayores de 18 años, excluyendo patología psiquiátrica y obstétrica, que aceptaran participar en este estudio.
El tamaño muestral se calculó, teniendo como referencia la incidencia de eventos del 12% y una precisión del 4%, aceptando un riesgo alfa de 0.05 y asumiendo que la población atendida anualmente es de 6100000 pacientes.

RESULTADOS Entre los 10 centros se ha completado una muestra de 942 casos válidos. En 30 casos (3,17%) el motivo de consulta fue un incidente de seguridad previo.
En 95 pacientes, el 10,08% del total (intervalo de confianza 8,16-12%) se ha detectado al menos un incidente. En seis casos ha habido 2 incidentes, lo que eleva a 101 el total de incidentes detectados.
En 50 casos (49,5%) se detectó durante la estancia en Urgencias y restantes en la llamada telefónica.
Respecto al impacto, el incidente no ha llegado a afectar al paciente en 14 casos, en 41 pacientes llegó pero sin ocasionar daño y en los 46 casos restantes si le ha causado daño.
Los efectos que han causado en los pacientes más frecuentes han sido la ansiedad o estrés (19), el mal manejo del dolor (17 casos) y la necesidad de repetir visita (13 casos),
En 58 casos (57,4%) la atención sanitaria no se vio afectada, en 7 casos requirió un nivel más elevado de observación, en 5 requirió una prueba adicional, en 22 una nueva consulta, en 5 una tratamiento médico adicional y en 2 casos (4,2%) motivó el ingreso hospitalario.
Los factores causales más frecuentes de estos incidentes están relacionados con la comunicación (26 casos), con la medicación (24 casos) y los cuidados (22).
El 57,7% de estos incidentes se han considerado evitables.
Finalmente, se han considerado que los incidentes se han debido a un claro fallo en la actuación en 36 casos (41,4%).

DISCUSIÓN El principal logro ha sido poner a trabajar juntos a todos los servicios de urgencia en seguridad del paciente.
Nuestros resultados coinciden bastante con estudios previos, aunque conocerlos de primera mano favorece la toma de medidas de mejora concretas. De hecho, se han puesto en marcha varias líneas de trabajo para reducir incidentes

AUTORES: *JULIAN ALCARAZ MARTINEZ; JUANA MARIA MARÍN MARTÍNEZ; VICTORIA EUGENIA LOZANO PASTOR; BENITO GARCÍA VIVANCOS; CARMEN ESCUDERO SÁNCHEZ; OLGA ORTIZ GONZÁLEZ.*

ID 304

TITULO Mejora de la Cultura de Seguridad en Urgencias

OBJETIVOS Mejorar la cultura de seguridad en nuestro servicio de Urgencias mediante acciones de evaluación y mejora de la seguridad del paciente

MATERIAL Y METODOS Durante el pasado año, se realizaron una serie de acciones de mejora en nuestro Servicio de Urgencias. Previamente se realizó un análisis de cultura de seguridad del paciente mediante el cuestionario versión española elaborado por la Agency for Healthcare Research and Quality. Disponíamos de resultados de 4 años atrás en los que se indicaba la necesidad de acciones de mejora, pero decidimos medir de nuevo por si había cambios. Después de comprobar que no había grandes diferencias se participó en un proyecto nacional para elaborar realizar el Análisis Modal de Fallos Y Efectos (AMFE) de Urgencias y en un proyecto regional para conocer los incidentes ocurridos en Urgencias, en los que participaron médicos y enfermeras. Además se llevaron a cabo varias acciones de mejora de la seguridad en relación a fármacos (uso de soluciones con potasio, monodosis de salbutamol y contar con la presencia de una farmacéutica para conciliación de medicación) además de realizar charlas a médicos y residentes. Un año después se ha vuelto a utilizar la misma herramienta para medir cultura de seguridad. Para el análisis de las diferencias entre proporciones se ha utilizado el programa SEQUALITA.

RESULTADOS En la primera parte, se han obtenido 83 cuestionarios (tasa de respuesta del 70%) y 65 en 2013.
La calificación media sobre el grado de seguridad del paciente en la unidad en 2012 fue de 6,06 sobre 10, y este año de 6,75, aunque con diferencias entre grupos. La valoración media de los adjuntos ha bajado de 6,83 a 6,48 , mientras la de los residentes ha subido de 5,72 a 6,91 y la de enfermería de 5,67 a 6,85.
Respecto a los resultados de las 12 dimensiones que se analizan en el cuestionario, en 4 de ellas no ha variado más de un 1%, y en las 8 restante a mejorado aunque esta mejora no alcanza significación estadística salvo en la dimensión 9 (dotación de personal) y en la 12 (Problemas en cambios de turno y transición entre servicios)
Las tres dimensiones con un mayor porcentaje de respuestas positivas, han sido la valoración del trabajo en equipo en el Servicio de Urgencias (57,6% en 2012 y 61,9% en 2013), el aprendizaje y mejora continua (43,5% en 2012 y 44,1% en 2013) y la respuesta no punitiva a los errores (42,3% en 2012 y 43,6% en 2013).
Así mismo, las dimensiones con mayor porcentaje de respuestas negativas han sido la dotación del personal (71,6% en 2012 y 52.3 en 2013), el apoyo de la Gerencia del Hospital a la seguridad (57,3% el año pasado y 49,7% este) y los problemas de cambios de turno y transiciones entre servicios (50,9% en 2012 y 43,4 en 2013) Respecto a si conocen si hay un sistema de notificación de incidentes, se la pasado del 66,2% respuestas negativas al 75%, siendo el colectivo de enfermería el único que bajaba, de 61,3 a 52,9%

DISCUSIÓN Se han apreciado mejoras tras las acciones realizadas.

AUTORES: *SARA RAMOS LÓPEZ; JULIAN ALCARAZ MARTÍNEZ; PILAR BOSQUE LORENTE; YOALYS D PÉREZ CABRERA; CLARA GOMEZ GARCÍA; CRISTINA N ESTEBAN LLORET.*

ID 306

TITULO ICTUS AGUDO EN URGENCIAS: UTILIDAD DE LA ANTROPOLOGIA APLICADA

OBJETIVOS Plantemos conocer el perfil socio-demográfico de pacientes atendidos en un centro Hospitalario tercer nivel, saber qué factores de riesgo tenían asociados y si eran conocidos, adherencia a tratamientos y si el enfermo percibía dichas patologías como riesgos para padecer un ictus. Saber si se conocían datos biométricos o constaban en historial médico. Aplicar los datos obtenidos a la mejora continua y a la Prevención Primaria y Secundaria de la Enfermedad.

MATERIAL Y METODOS Estudio prospectivo y aleatorizado de pacientes atendidos en área de Urgencias de Hospital de Neurotrauma, en periodo comprendido entre 31 Diciembre de 2012 y 31 Marzo de 2013 durante guardias de 24 horas, que podía ser tratados mediante fibrinólisis. Se recogen 48 variables (discretas y continuas) distintas (socio-demográficas, analíticas, y antropo-biométricas). Los datos obtenidos se transcriben a una hoja de cálculo y analizados con aplicación estadística SSPA.

RESULTADOS Se recogen datos de 53 pacientes, con media de 4.41/día, mayoritariamente varones (56.6%), edad media de 75.3 años y residentes en área metropolitana. Tras realizar TAC, la mayoría de ellos sufrieron un Ictus Isquémico (94.3 %). Mayoritariamente existen factores de riesgo cardiovascular conocidos (81.14%) el de mayor incidencia la HTA (67.92%) y el de menor la FA(18.86%). La gran mayoría toma algún tipo de medicación (86.8%), siendo habitual que estén polimedicados. Solo siguen dieta el 39.6% de los pacientes, y aun menos realizan ejercicio físico habitual. Respecto los datos antropométricos, solo conocen el peso y estatura habitual y/o cambios en las últimas semanas un 28.3%. En ningún caso se encuentran recogidos en sus historias clínicas de salud (DIRAYA) o en informes clínicos previos. Según IMC la mayoría del grupo serían obesos (73.4%) en especial mujeres. En la mayoría de los casos, las enfermedades padecidas no eran reconocidas por los pacientes como un riesgo para sufrir un ictus.

DISCUSIÓN El perfil de paciente se asocia a personas de edad media alta y varones.Están vinculados a factores de riesgo, en particular HTA, aunque no es percibida como una enfermedad que pueda desencadenar un ictus
Es llamativo el desconocimiento de datos antropométricos básicos (peso y talla) por la mayoría de pacientes, sin estar recogidos en informes clínicos previos o de atención primaria, máxime teniendo en cuenta que el peso es un dato básico para poder iniciar el tratamiento fibrinolítico, para calcular dosis; y en el control de enfermedades com HTA, DM o Dislipemia, aun siendo datos muy fáciles de obtener con instrumentos sencillos, baratos, sin apenas entrenamiento y sin requerir apenas tiempo en las consultas de Atención Primaria y Especializada.
Sería aconsejable la inclusión de estos datos, fácilmente determinables sin entrenamiento, en informes y aplicaciones clínicas, para control de factores de riesgo del Ictus agudo y la fibrinolisis, concienciando a los profesionales que intervienen en distintos niveles de su importancia

AUTORES: *EDUARDO ROCA FERNÁNDEZ-CASTANYS; MANUEL LIÑÁN LÓPEZ; MANUELA SKODOVA ; ROSARIO VELA YEBRA; ZIAD ISSA MASSAD KHOZOUZ.*

ID 307

TITULO IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE CALIDAD Y PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN 288 CENTROS DE SALUD DE UNA ORGANIZACIÓN.

OBJETIVOS Promocionar la confección del Plan de Calidad (PC) y el Programa de Seguridad del Paciente (PSP), de los 288 centros de salud (CS) de una organización, mediante la evaluación de los 33 estándares considerados sine qua non (SQN) de seguridad del paciente (SP), que debería cumplir un CS.

MATERIAL Y METODOS Inclusión en el Acuerdo de Gestión (AG)de los CS de la organización, de la evaluación de los 33 estándares de SP considerados como SQN por consenso de un grupo de expertos liderado por el Departament de Salut. Los 33 estándares SQN evalúan diferentes dimensiones de la seguridad del paciente: formación; comunicación; uso, calibración y mantenimiento de los equipos técnico asistenciales; uso de guías, protocolos y recomendaciones de buena práctica clínica; existencia de circuítos de derivación en situación de urgencia y emergencia; uso del sistema de notificación de efectos adversos y de errores de medicación, ... entre otros. Esta evaluación también forma parte del proyecto que tiene por objetivo la implantación de las Unidades Funcionales de Seguridad del Paciente (UFSP) en Atención Primaria (AP), que culminará con la implantación de un sistema de notificación de efectos adversos en los CS. El AG de los CS evalúa el porcentaje de mejora en el cumplimiento de los 33 estándares SQN, en base a la situación basal y las metas y bandas prefijadas para cada CS. Es condición indispensable para tener en consideracón su evaluación final, que los CS hayan elaborado su PC y que este contenga un eje relacionado con la SP. La evaluación de las situaciones basal y final, así como la validación del PC y del PSP corren a cargo de los referentes territoriales de calidad de las direcciones de AP.

RESULTADOS 100% de los CS(288) evalúados. El 100% de los CS obtuvieron un resultado porcentual superior al 59%(resultado mínimo exigible). 37 CS obtuvieron resultados finales entre 60% y 69%, 71 CS obtuvieron resultados finales entre 70% y 79%, y los 180 CS restantes, resultados superiores al 80% de cumplimiento. La mediana de cumplimiento de los 33 estándares SQN de los 288 CS es del 82,25%. El 100% de los CS han elaborado el PC y el PSP. El 98,20% de los CS consiguen superar la parte de mejora organizativa del AG, que pondera un 10% sobre el total. Los estándares relacionados con los sitemas de registro de errores de medicamentos y al análisis de casos centinela obtienen unos resultados inferiores al mínimo establecido del 59%: un 37,63% y un 6,44% respectivamente. El resto de estándares obtienen resultados que oscilan entre el 64,75% y el 99,32%.

DISCUSIÓN La estrategia seguida ha sido eficaz para la implementación del PC y el PSP en los 288 CS. La evaluación de los 33 estándares SQN ha significado una oportunidad de detectar áreas de mejora en los CS, propiciando la creación de comisiones de calidad en los equipos y grupos de mejora para abordarlas. Esta oportunidad de mejora culminará con la implantación en los CS de un sistema de notificación de efectos adversos para la AP en el transcurso del año 2013.

AUTORES: *MA. ROSA PLANESAS COLOMER; MONTSERRAT GENS BARBERÀ; EVA SUÁREZ MAGAÑA; VICTÒRIA ESTRADA PUJOL.*

ID 314

TITULO EVALUACIÓN SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA GAI DE CIUDAD REAL.

OBJETIVOS Establecer sistemas de gestión de riesgos clínicos en los EAPs con el objetivo de disminuir la incidencia de Eventos Adversos en AP.
Revisar y promover la cultura de SP en AP, para afrontar los incidentes no como fallos de las personas, sino como oportunidades para mejorar el sistema.
De acuerdo a los resultados, implantar acciones de mejora

MATERIAL Y METODOS En 2012 con la GAI nace un nuevo grupo dentro de la Unidad Funcional de Seguridad del Paciente: "Mejora continua en AP" que se plantea ¿Cómo empezar?... evaluar la cultura sobre seguridad del paciente en los profesionales de AP".
Según el estudio APEAS en AP existía una prevalencia de EA de 11,2‰, de ellos el 7,3 % eran graves de los que el 70 % se podrían haber evitado, esto hace que llevemos a cabo esta acción de mejora.
Utilizamos el cuestionario Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC), diseñado por la Agency for Healthcare and Research in Quality (AHRQ), adaptado y validado por la SEMFYC y SNS.
El cuestionario se diseña on-line utilizando la aplicación LimeSurvey. Analizado con SPSS vs 15.0.
Descriptivo: variables sociodemográficas.
Porcentaje de respuestas No sabe/No procede .
Porcentajes de valoración de cada una de las preguntas de la encuesta.
Diagrama de Pareto de los comentarios y observaciones.

RESULTADOS Enviadas 761 invitaciones a todas las categorías de los EAP.
Se completaron 214 cuestionarios,
cobertura de cumplimentación 28,12%.
Áreas de mejora aspectos valorados en menos de un 50%.según una escala Likert de 5 o 6 opciones.
El 70 % han sido puntos fuertes y el 30% Áreas de mejora.
Puntuaciones globales:
Evaluación de la calidad en todos se supera el 50%.
En Seguridad del paciente es menor al 50% en médicos y enfermeras. De las 17 áreas de mejora se hizo una propuesta de acciones de mejora que se priorizaron teniendo en cuenta tres criterios:
1)Urgencia de implantación.
2)Impacto de la acción en la mejora de la calidad asistencial y seguridad del paciente.
3)Viabilidad, en función de costes, recursos y tiempo previstos para la implantación.
Las tres acciones seleccionadas dan lugar al plan de acción:
1-Formación e Implantación de SINASP en AP
2-Información al EAP del tiempo medio de resultados de las principales pruebas para poder informar a los usuarios.
3-Implantación de Plan de Comunicación directa y rápida entre el EAP y el servicio hospitalarios.

DISCUSIÓN 1.- Se ha detectado en los profesionales interés y motivación por la seguridad del paciente en Atención Primaria.
2.- Partiendo de un cuestionario ya validado, se ha creado una herramienta informática que facilita notablemente la emisión, realización, explotación y obtención de resultados y conclusiones, siendo una labor sencilla.
3.-A través de esta herramienta, se detectan los Puntos Fuertes y Áreas de Mejora de manera fácil que serán convertidas en planes de acción orientados a disminuir los EA, el riesgo, aumentar la seguridad en los pacientes, en los profesionales y así conseguir una imagen positiva en la sociedad.

AUTORES: *RAMÓN BARRIOS GARCÍA; CESAR LLORENTE PARRADO; JOSÉ TORRES CONSUEGRA; CÉSAREO FERNÁNDEZ CARRETERO; ANA ISABEL GÓMEZ DE NOVA; MIGUEL ÁNGEL GÓMEZ CUADRADO.*

ID 315

TITULO APRENDER PARA NO ERRAR EN ATENCIÓN PRIMARIA.

OBJETIVOS 1.-Potenciar el conocimiento de los profesionales de AP en Seguridad del Paciente para crear cultura de Seguridad.
2.-Disminuir el riesgo y los Efectos Adversos a través del aprendizaje para mejorar la seguridad de los pacientes y los profesionales.

MATERIAL Y METODOS Esta acción de mejora fue seleccionada porque se detectó en la autoevaluación que realizaron los EAP del Área de Ciudad Real , que una de las áreas que manifestaron necesitaban mejorar era en la formación de postgrado, formación en procesos y seguridad del paciente.
Se solicito a todos los equipos que hicieran una acción de mejora previa formación de los responsables de calidad de cada centro siguiendo el ciclo de mejora continua PDCA.
De los equipos que iniciaron o realizaron la acción de mejora se tomó la autoevaluación de cada uno de ellos, que realizaron a través de la técnica brainstorming , con la pregunta:¿qué necesitamos mejorar?. Con las ideas generadas de todos los EAP Se realizó un diagrama de pareto y sobre las que aparecían con mas frecuencia se propusieron acciones de mejora que priorizadas según los criterios Coste, esfuerzo e impacto, dio lugar a la acción de mejora seleccionada.
Se planificó y diseñó la acción de mejora, la evaluación y la revisión.
Se realizó un cronograma de visitas por los 30 centros de salud para dar una sesión formativa.
Se diseñó una presentación en powert sobre seguridad del paciente, sistemas de notificación y gestión del riesgo.
Se diseñó un cuestionario pre y post para valorar los conocimientos adquiridos.
Se difundió las presentaciones powert por los EAP.
Se asesoró y se publicaron los trabajos y su evolución a través de la plataforma comunitaria on-line comlab

RESULTADOS 19 de los 30 EAP realizaron la autoevaluación.
De ellos terminaron la acción de mejora 33% (10).
De las seleccionadas quedó prioritaria "Formar a los profesionales en seguridad del paciente, sistemas de notificación y gestión del riesgo".
Se visitó los 30 centros donde se les dio la sesión formativa, en todos ellos al menos en una ocasión.
Recibieron la formación un total de 327 profesionales.
El 45 % (148) obtuvieron en el pretest un resultado satisfactorio considerado como tal 7/10.
El 93 % (304) obtuvo un resultado satisfactorio en el post-test.
El 15 % (49) obtuvo la máxima calificación.

DISCUSIÓN

1.-Existe motivación en AP por la formación y por la formación en Seguridad del Paciente.

2.-Que los profesionales aumentaron sus conocimientos en este tema.

3.-Los profesionales de la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real están utilizando se sistema de notificación SINASP, incluidos los profesionales de Atención Primaria , se están realizando acciones de mejora orientadas a disminuir los riesgos, los efectos adversos y así aumentar la seguridad de los pacientes y de los profesionales.

4.-Que de los errores se aprende, aprendamos a no errar.

AUTORES: *RAMÓN BARRIOS GARCÍA; CESAR LLORENTE PARRADO; FELISA CALDERÓN GALLEGO; MARÍA DEL MAR GARCÍA MEDINA; ESTER LAGOS PANTOJA; MARÍA ARMENTEROS LECHUGA.*

ID 316

TITULO Integración de un sistema de notificación en el Plan de Seguridad del Paciente de una Agencia Sanitaria.

OBJETIVOS Describir la implantación y resultados de un sistema de notificación de incidentes y su integración en el macrociclo de mejora de la seguridad del paciente (Plan de Seguridad) de la Agencia.

MATERIAL Y METODOS La Agencia Sanitaria cuenta con 2 Hosp. Comarcales y 5 Hosp. de Alta Resolución. Existe una Comisión Central de Seguridad que integra a las comisiones de centro. Se implementó en Octubre de 2011 un sistema de notificación de incidentes único, disponible desde cualquier terminal con acceso a la intranet. Se realizaron las siguientes acciones de difusión:
•Carta de la Gerencia a los profesionales.
•Puesta en marcha del site de seguridad en la intranet.
•Difusión durante el establecimiento de objetivos anuales y acogidas profesionales.
•Publicación de protocolo con niveles de análisis (tipo, responsabilidades y periodicidad de informes).
•Emisión de informes de los incidentes.

RESULTADOS De Octubre 2011 a Marzo 2013 se recogen 179 incidentes,con tendencia ascendente; 92 comunicados anónimamente. El daño ha sido nulo o bajo salvo en dos de ellos. Se han generado 6 informes periódicos.
El aplicativo permite un primer nivel de análisis en el que encontramos 5 categorías principales que suponen 72% de notificaciones (129): actualización de tratamientos (33), identificación pacientes y pruebas (31), medicación (23), no adherencia a protocolos (21) y caídas (18). Pero, además y como punto fuerte, permite identificar en un segundo nivel distintas temáticas concretas en cada categoría, alguna de ellas relevante por reiteración,(hubiera pasado desapercibida a nivel de Hospital individual). Por ejemplo, en medicación los temas concretos notificados son:
- Empleo en las hojas de tratamiento de dosis en "ampollas" o "ml" en lugar de miligramos.
- Cambios en aspecto o composición de viales sin notificación a las unidades asistenciales.
- Órdenes verbales no reflejadas en tratamiento escrito posteriormente.
- Administración de medicación a la que el paciente tiene recogidas alergias en la historia.
- Vía administración equivocada o rotulación incorrecta.

Estas notificaciones han generado acciones correctivas:
-Implementación de protocolos: seguridad en la prescripción no electrónica y órdenes verbales en medicamentos de alto riesgo, disponible en el site de seguridad de la intranet.
-Determinación en cada centro de medicamentos que deben someterse a doble chequeo.
-Difusión del decálogo de buenas prácticas en administración de medicamentos de alto riesgo.

Estos documentos se aprueban en Comisión Central; se difunden en intranet y se agradece a los notificadores personalmente. Las notificaciones se convierten en uno de los pilares del Plan de Seguridad 2014 para cada centro.

DISCUSIÓN - Los profesionales se adhieren a esta iniciativa tras la estrategia de difusión.
- La integración en el Plan y su difusión permite que el profesional visualice que sus notificaciones se plasman en iniciativas.
- Junto a otras iniciativas, esta estrategia asienta la cultura de calidad y seguridad en la Agencia.

AUTORES: *RAFAEL JAVIER ROMERO DE CASTILLA GIL; MIGUEL ANGEL CASTELLANO ORTEGA.*

ID 324

TITULO CRITERIOS DE DERIVACIÓN ENTRE ASISTENCIA PRIMARIA Y ESPECIALIZADA. PIEZA CLAVE PARA UNA ASISTENCIA DE CALIDAD

OBJETIVOS Mantener una Sanidad universal, pública y gratuita a la vez que mejorar nuestra eficacia y eficiencia, son dos términos difíciles de coordinar.
En nuestro servicio nos hemos planteado dos intervenciones: mejorar la calidad asistencial (aquí es un punto fundamental eliminar las demoras) y disminuir los costes de nuestra actuación, tanto con un uso racional de técnicas como de fármacos.
Objetivo principal: evitar demora en la asistencia de los pacientes reumatológicos, mejorando así la calidad asistencial de nuestro Servicio. Potenciar los limitados recursos humanos existentes, evitando todo aquello que no mejore la actividad asistencial (desperdicios)
Objetivos secundarios: 1. Aumentar la capacidad resolutiva y la implicación de Atención Primaria en los tratamientos. 2. Ordenar la atención a las diferentes patologías, implicando a los servicios de Rehabilitación y Cirugía Ortopédica y Traumatológica. 3. Evitar las consultas innecesarias. 4. Evitar la repetición de pruebas complementarias y la aparición de circuitos reverberantes. 5. Preparar a los pacientes para el conocimiento y autocuidado de sus patologías crónicas.

MATERIAL Y METODOS El Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, atiende a una población de 376.075 habitantes y somos seis reumatólogos, existiendo pues un déficit de 2 reumatólogos según los criterios de la OMS.
Se establecen unos "Criterios de Derivación" de patología reumatológica, basándonos en unos puntos fundamentales:
- Deberían ser consensuados con Asistencia Primaria, nunca impuestos.
- Debe derivarse todo aquello que beneficie al paciente.
- Deben derivarse las patologías que requieran para su diagnóstico técnicas especiales o cuyo tratamiento precise alguna preparación especial por el médico.
- Los acuerdos tomados, deben ser refrendados por la Dirección.

Puntos clave.
- Perfecta interrelación entre las consultas de Reumatología del Hospital y de los Centros de Especialidades.
- Emisión de informe en todas las consultas de reumatología.
- El médico de atención primaria, tiene a su disposición teléfono o mail para contactar con Reumatología.
- Las urgencias de reumatología se ven diariamente en nuestras consultas

RESULTADOS Hemos conseguido que nuestra demora sea inferior a 10 días tanto en las Consultas Externas del Hospital como en los dos Centros de Especialidades que asistimos, lo que el paciente y el médico de familia, asumen como una mejora en la calidad asistencial

DISCUSIÓN La mejora de calidad asistencial ha sido percibida tanto por los mádicos de asistencia primaria del departamento como por los pacientes.Se ha valorado nuestra calidad asistencial con la obtención del Premio "Best in class" en 2011 y quedando finalistas en 2012.

AUTORES: *JAVIER CALVO CATALÁ.*

ID 326

TITULO CARACTERÍSTICAS CLINICAS Y FUNCIONALES DE PACIENTES PLURIPATOLOGICOS EN EL EQUIPO MOVIL DE REHABILITACION-FISIOTERAPIA

OBJETIVOS Analizar las principales características de los pacientes pluripatológicos atendidos por el Equipo Móvil de Rehabilitación y Fisioterapia (EMRF); el servicio ofrecido y la efectividad del tratamiento en la recuperación funcional alcanzada por estos usuarios.

MATERIAL Y METODOS Estudio retrospectivo observacional en 865 pacientes pluripatológicos derivados al Distrito Sanitario Almería, entre 2004 y 2012. Se describen las categorías diagnósticas que permiten clasificar a los pacientes pluripatológicos y su prevalencia; los objetivos y técnicas aplicadas, número de sesiones; variables (pre- y postratamiento) como la valoración física, funcional y el Indice de Barthel (buen identificador común de grupo y marcador pronóstico). Se realizó un análisis de los factores asociados al deterioro funcional.

RESULTADOS El EMRF ha tratado a un 61% de mujeres; la edad media 80 años (DT=10,31). La categoría más prevalerte han sido la H (enfermedad ostoarticular) con el 80,8% de los pacientes; seguido por la categoría E (59,3%) correspondiente a enfermedad cereborvascular, neurológicas y deterioro cognitivo. El 36,1% de la muestra (312) poseían 2 categorías de inclusión; tres (el 36,3%); cuatro (el 19,4%); cinco (6,7%) y seis (1,5%). Los objetivos a alcanzar por el tratamiento fueron: el 71,8% dolor/funcionalidad/marcha; educación al cuidador (el 22,6%) y adaptaciones (5,6%). Las técnicas aplicadas: el 63% cinesiterapia; el 7,9% con electroterapia; el 23,3% cinesiterapia y educación al cuidador; el 5,7% adaptaciones a la marcha. Un 89,4% de los pacientes realizaron fisioterapia; el 10,4% terapia ocupacional y al 0,3% prescripción de órtesis. La media de sesiones de fisioterapia fue 12,49 (DT=11,18).
Aplicada la T de Student para el Índice de Barthel inicial (media 38,12) y final (media 53,31) se apreció que existían diferencias estadísticamente significativas (t=-23,18; p<0,001) que revelaban la mejoría de los pacientes con una diferencia considerable de 15 puntos en esta escala que evalúa la independencia funcional para las actividades de la vida diaria.

DISCUSIÓN Los resultados reflejan una mejora funcional importante en los pacientes pluripatológicos, por lo que la rehabilitación domiciliaria se reafirma como una herramienta útil y necesaria para las personas con mayor vulnerabilidad clínica. El estudio de la eficacia de estos tratamientos resulta decisivo en la actualidad tanto por el gran impacto social como económico que implican, al comportar consecuencias negativas tanto para los afectados como para sus familias, por los costes formales e informales del cuidado y el deterioro de la calidad de vida. Estudios como el presentado, facilitan la planificación y abordaje de estas patologías desde la sanidad pública, para mejorar las directrices de evaluación y tratamiento existentes.
Proyecto PI-0882/2012 subvencionado por la Consejería de Salud y Bienestar Social para la financiación, Desarrollo e Innovación (I+D+i) Biomédica y en Ciencias de la Salud en Andalucía 2012.

AUTORES: *REMEDIOS LOPEZ LIRIA; FRANCISCO ANTONIO VEGA RAMIREZ; MARÍA GASCO GALVEZ; FELIPE ORTIZ JIMENEZ; Mª ANGELES SALIDO CAMPOS; DAVID PADILLA GONGORA.*

ID 327

TITULO EVALUACIÓN DEL SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO DE PROTECCIÓN RENAL FRENTE A CONTRASTES YODADOS EN URGENCIAS

OBJETIVOS Valorar la aplicación del protocolo de nefroprotección frente a contrastes yodados intravenosos en pacientes de urgencias a los que se les aplican.

MATERIAL Y METODOS Se han revisado todas las peticiones de urgencias de los meses de febrero y marzo de este año, seleccionando aquellos casos en los que se usaron contrastes yodados intravenosos. Desde el mes de enero se dispone en el servicio de urgencias de un protocolo de nefroprotección. En este trabajo se ha valorado su aplicación. Además se han tomado como variables de estudio la edad, sexo, nivel de creatinina, diagnóstico y destino al alta. Como fuente de datos se ha utilizado el archivo del servicio de radiología, el archivo de urgencias, el archivo de SELENE y, en los pacientes que ingresaron, la historia clínica.

RESULTADOS Se han identificado 68 pacientes a los que se ha realizado este tipo de exploraciones en el periodo de estudio. De ellos 19 casos (27.9%) presentabas cifras de creatinina elevadas. Del total de pacientes, 29 (42,6%) han recibido hidratación con suero fisiológico previa a la realización de la prueba, 3 han recibido acetilcisteina oral y a 2 se les aplicó la pauta con bicarbonato 1/6 molar. En los pacientes con cifras altas de creatinina, 12 (63,2%) recibieron hidratación, y 1 acetilcisteina y bicarbonato.
El destino al alta fue el ingreso en 48 casos (76,2%), el traslado a ingresar a otro centro en 2 casos y los 18 pacientes restantes (26,5%) fueron dados de alta.
No se ha encontrado empeoramiento significativo de la función renal en ningún caso.

DISCUSIÓN El cumplimiento del protocolo de nefroprotección es susceptible de mejora, a pesar de lo cual no se ha evidenciado ningún evento adverso

AUTORES: *ISABEL SÁNCHEZ QUILES; ANA D MORENO PASTOR; LAURA ABELLÁN MOMPEÁN; Mª JOSE TENZA SOTO; ANA BURRUEZO LÓPEZ; JULIAN ALCARAZ MARTINEZ.*

ID 329

TITULO Participación del paciente en la mejora de su seguridad

OBJETIVOS Actualmente están en auge las iniciativas para fomentar la participación activa del usuario concretamente en el campo de la seguridad clínica, tanto en su propio proceso asistencial, para ayudar a prevenir errores, como en la movilización de otros usuarios y notificación activa de los problemas de seguridad detectados.
Las estrategias pueden clasificarse en tres grupos:

- Movilizar pacientes por la seguridad del paciente
- Promover participación activa en la prevención de incidentes de seguridad
- Solicitar información relevante.

Convencidos de que el paciente es parte esencial de la mejora de su seguridad, desde el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (Consorcio) hemos desarrollado estrategias para mejorar su participación.

MATERIAL Y METODOS La Comisión de Seguridad Clínica del Consorcio para el desarrollo de su Plan Estratégico ha creado una serie de programas. Uno de estos ha sido el de participación de los pacientes; la posterior elaboración de la Guía de participación del paciente: "Normas y Recomendaciones por la seguridad de los pacientes" es fruto del mismo.
La recomendación general es "Si tiene dudas pregunte" y los apartados en los que se desarrolla incluyen aspectos como pregunte: Acerca de su enfermedad, acerca de su medicación, sobre las pruebas diagnósticas, sobre las infecciones o antes de marcharse del hospital.
Una vez cerrados los contenidos y editada la guía se pone a disposición de los pacientes en formato electrónico y se anima a profesionales del centro a que se difunda entre los usuarios y acreciente la información que se da a los usuarios.

RESULTADOS El hospital se encuentra bien posicionado y la evolución de sus indicadores en los últimos años ha sido satisfactoria, entre estos se encuentra el referido a la satisfacción de los usuarios, que incluye aspectos como la información recibida por parte de los profesionales médicos y de enfermería a nivel general, y específica sobre aspectos como la lactancia materna, los tratamientos o los riesgos de la anestesia. Se aprecia un buen posicionamiento, y el porcentaje de cumplimiento del indicador ha mejorado progresivamente.
Se están explorando nuevas alternativas con la colaboración de las asociaciones de pacientes, y el uso de las redes sociales para potenciar la difusión de estas iniciativas, realizándose un seguimiento de su impacto.

DISCUSIÓN Las estrategias enfocadas a la participación del paciente en la mejora de la calidad, sea de forma activa o a instancias del sistema, experimentan un gran desarrollo del enfoque en el usuario como una de las dimensiones clave de la calidad.
En el mantenimiento del énfasis en la seguridad, el papel del paciente no puede ser ignorado.
Un paciente activo e informado junto a un profesional implicado, es la clave para construir una alianza que redundará en una disminución de los eventos adversos, su gravedad y pronta detección si se producen.

AUTORES: *ANTONIO GALÁN SERRANO; FERNANDO SIMARRO MIR; ÁNGELA GARRIDO BARTOLOMÉ; SERGIO BLASCO PEREPÉREZ; JOSE MANUEL IRANZO MIGUÉLEZ.*

ID 330

TITULO AVISO DE VALORES CRÍTICOS EN EL LABORATORIO. ¿CUÁNTO GANAMOS?

OBJETIVOS Valores críticos son aquellos resultados de laboratorio que reflejan estados fisiopatológicos que pueden suponer un peligro para la vida del paciente y que requieren una actuación clínica urgente. Una comunicación rápida de estos valores en determinadas pruebas puede aumentar muchas veces la velocidad del proceso diagnóstico o facilitar la realización de cambios en el enfoque terapéutico. La información facilitada debe ser equilibrada por lo que no deben informarse datos de escasa utilidad pues un exceso de información puede saturar tanto al laboratorio como al servicio receptor de la misma.
Objetivo: establecer un protocolo de aviso de valores críticos y evaluar la eficacia del mismo

MATERIAL Y METODOS • Se propuso a los facultativos la elaboración consensuada de una lista de valores críticos a informar por parte del laboratorio. Aunque mostraron gran interés en la existencia del protocolo, no aportaron ideas concretas.

- El responsable del laboratorio elaboró la lista de valores críticos a informar teniendo en cuenta la bibliografía existente, las características del centro y de la población atendida, la prevalencia de enfermedades y la cartera de servicios existente.
- Se incluyó esta lista en la documentación del sistema de calidad haciendo referencia en el procedimiento a la necesidad de asegurar que la muestra recibida sea adecuada, no presentando interferencias (hemólisis, contaminación con sueroterapia, etc), así como a la comprobación del resultado.
- Se comunica a los facultativos la puesta en marcha del procedimiento. Los valores críticos se comunican por teléfono al facultativo responsable del paciente y se registran en un documento especificando fecha y hora del aviso, valor comunicado y personas que realizan y reciben el aviso.
- Se ha calculado el tiempo desde que se recibe la muestra en el laboratorio hasta que se realiza el aviso y se ha comparado con el tiempo de respuesta total del laboratorio.

RESULTADOS 1. Desde Febrero de 2012 hasta Mayo de 2013 se realizaron 276 avisos de valores críticos.
2. El 94.9% de los avisos se hicieron en analíticas urgentes y el 5.1% en analíticas de rutina.
3. El tiempo medio transcurrido entre la recepción de la muestra y la comunicación del valor crítico fue de 25,34 minutos en las muestras urgentes y de 26,83 minutos en las muestras de rutina.
4. El tiempo de respuesta medio en analíticas urgentes durante el año 2012 fue de 31,93 minutos por lo que el procedimiento de aviso de valores críticos ha supuesto una reducción del 20,6% en la demora de los resultados.

DISCUSIÓN 1. La implantación del procedimiento de aviso de valores críticos ha supuesto una reducción del 20,6% en la demora de los resultados.
2. El aviso de los valores críticos es una herramienta eficaz que redunda en una mejor asistencia a los pacientes.

AUTORES: *ANA MERCEDES ALBÁN SALGADO; MÓNICA RODRÍGUEZ CASTAÑO; LUCÍA MARÍA GARCÍA RIVELA; MARÍA DOMÍNGUEZ LANDESA; VANESA MANEIRO VICENTE; MARÍA TERESA LAGO SAMPEDRO.*

ID 337

TITULO Análisis de la práctica enfermera en la utilización del listado de verificación quirúrgica

OBJETIVOS Evitar eventos adversos.
Mejorar la calidad asistencial de los cuidados de enfermería quirúrgica.
Disminuir costes asociados al error.
Registrar una incidencia, protección legal.

MATERIAL Y METODOS La unidad de cuida- enlace es aquella en la que sin pertenecer al área quirúrgica, se lleva a cabo la preparación del paciente antes de entrar en quirófano.
Su objetivo entre otros es evitar ingresos el día anterior a la cirugía prevista, por lo que el listado de verificación quirúrgica que se utiliza, es el mismo que se utiliza para el paciente que ingresa en la planta de hospitalización el día previo a la intervención con la finalidad de realizar su preparión previa a la cirugía.
A propósito de un evento adverso de graves consecuencias, se detecta que el check list utilizado en la unidad de cuida-enlace no proporciona información básica para la seguridad del paciente. Por lo que se propone realizar una búsqueda de historias para evidenciar la frecuencia con la que aparece esta incidencia.
Estudio descriptivo observacional retrospectivo en el que se analizan 400 número de historias clínicas con el objetivo de valorar la idoneidad en el cuida-enlace del listado de verificación quirúrgica utilizado.
Creación de un grupo de trabajo que ,con la metodología de gestión de riesgos, realiza dos análisis: Uno proactivo AMFE y uno reactivo Causa-Raiz.

RESULTADOS Check list quirúrgico adaptado al area de cuida-enlace

DISCUSIÓN La evaluación del trabajo realizado de manera sistemática es una herramienta básica para identificar áreas de mejora que generen una mejora de los cuidados proporcionados por el personal de enfermería.
La evaluación del check list y su adaptación ha conseguido una mayor implicación por parte del personal de enfermería en su realización.
La realización del trabajo ha permitido trabajar conjuntamente al personal de enfermería de las unidades de cuida- enlace y quirofáno lo que ha mejorado la comunicación entre los profesionales, punto clave de la seguridad del paciente sobre todo en la transferencia de los pacientes.

AUTORES: *EVA MARÍA MATAS BONILLA; Mª DOLORES ESCRIBANO PAÑOS; ANA BELEN COLLADO CEBRIAN; ESTHER MORALES SOLIS; Mª ANGELES CELDA MORET.*

ID 339

TITULO CUADRO DE MANDO DE ATENCIÓN PRIMARIA COMO ELEMENTO FACILITADOR DE LA GESTIÓN CLÍNICA

OBJETIVOS Definir funcional y tecnológicamente un Cuadro de Mando (CM) capaz de proporcionar información útil y autónoma a los profesionales para la mejora de la gestión clínica.

MATERIAL Y METODOS El CM facilita el acceso a la información a profesionales y gestores, da respuesta normalizada y la gestión clínica supone un paso obligado para la mejora de su funcionalidad. En eSOAP se recogen datos de 14 fuentes diferentes con un modelo de extracción de datos, de carga y validación definido y normalizado. La fuente principal de información es la Historia Clínica Electrónica centralizada de Atención Primaria (HCE). Estos datos obtenidos de la HCE, se muestran en eSOAP agregados por Comunidad, Dirección Asistencial, Director de Centro, profesional médico y enfermería (CIAS) y actualmente por paciente.
La información por paciente se obtiene hasta la fecha, de los indicadores de efectividad, planes de cuidados y en breve de los de seguridad y cartera de servicios.
Su gestión permite identificar los pacientes que cumplen o no la condición definida en el indicador y parámetros que determinan esa condición. Permite acudir a su HCE, tomando el CIPA (código de identificación de paciente) y facilita al profesional la toma de decisiones a adoptar. El acceso a esta información es individualizado y los permisos se establecen por perfil de eSOAP con objeto de cumplir los criterios de seguridad y confidencialidad legalmente establecidos.

RESULTADOS Hay 242 indicadores de gestión clínica. Se agrupan en indicadores de procesos, efectividad y seguridad. A 31 de Diciembre de 2012, en eSOAP se hallaban registrados 7.439 usuarios (11.585 profesionales), de los cuales el 85 % eran sanitarios (se actualizarán datos). En 2012 los profesionales sanitarios han consultado 179.017 informes. Los indicadores de gestión clínica son un 53% del total de informes. El cierre de 2012 recoge que el 40% de los hipertensos y el 32% de los diabéticos tienen cifras de control en rango, y en el caso de nefropatía diabética el 71% están adecuadamente tratados. En pacientes con cardiopatía isquémica, el 79% está con antiagregantes, el 76% toman estatinas y el 16% tienen bajo control el colesterol. Un 27% de los pacientes asmáticos están tratados con Glucocorticoides inhalados. En ellos, a nivel CIAS, y a través de tres informes (indicadores de efectividad, informe por proceso e informe personalizados) sabemos qué pacientes cumplen o no, así como los parámetros específicos y valor (tensión arterial, hemoglobina glicosilada, microalbuminuria, colesterol, planes y tratamientos implicados).

DISCUSIÓN La disponibilidad de información a nivel de paciente es estratégica para el profesional sanitario y les dota de una mayor autonomía en el seguimiento del control de las patologías y en particular de las patologías crónicas, reforzando la vinculación al Contrato Programa de Centro de estos indicadores.

AUTORES: *ELENA BARTOLOME BENITO; LUIS SANCHEZ PERRUCA; JULIAN JIMENEZ CARRAMIÑANA; MARISOL BARTOLOME CASADO; ANA BELEN DOMÍNGUEZ MANDUEÑO; ANA MIQUEL GÓMEZ.*

ID 340

TITULO La participación de los profesionales,aspecto clave para la Seguridad de los pacientes(SP)

OBJETIVOS Evaluar la implantación de una estrategia para mejorar la SP en la AP de un territorio a partir de una metodología de trabajo participativa de los profesionales de 20 centros de Salud (CS)

MATERIAL Y METODOS El 2011 la dirección de cada CS(20 CS) realizaron una autoevaluación con el Modelo de Seguridad de Pacientes(MSP) de nuestra comunidad autónoma. Diciembre de 2011 el referente gerencial de Calidad realiza una auditoria externa(AE) de cada CS centrada en los estándares sine qua non(SNQ) del MSP. Posteriormente, la comisión de calidad y seguridad territorial(CCyST) prioriza áreas críticas. Se crean Equipos de mejora(EdM) para trabajar procesos de seguridad clínica(SC) mediante una metodología de trabajo participativa(MTP) de profesionales potenciando: el liderazgo clínico, el empowerment, trabajo en equipo y la formación. Se trabaja mediante una plataforma que permite compartir el conocimiento entre ellos. 2012 implantación y nueva AE 2012.

RESULTADOS AE2011: Estándares peor puntuación: 20%disponen programa de SP, 55% plan formación, 50% plan acogida, 50% procedimiento carro de paros, 40% caducidades fármacos, 60% fármacos termolábiles, 25% farmacovigilancia, 20% caducidades material fungible. Se priorizan 4 procesos SC: Plan acogida, Atención urgente, gestión del material y uso del medicamento. MTP: Creación 4 EdM, se definen responsabilidades (4 líderes, 10 referentes y 181 colaboradores), se realiza formación núcleos de SP y profesionales formando 420 y en gestión por procesos(40 profesionales). Estos EdM trabajan con una plataforma que permite compartir documentos y conocimiento, participando 195 profesionales. Se compartieron 175 documentos benchs, se elaboraron 226 documentos provisionales y 23 procedimientos definitivos, constituyen un manual para la SP. Se elaboraron 8 videograbaciones. Se realizó la II Jornada de SP con el lema "La Seguridad, nuestro compromiso", asistiendo 200 profesionales. Implantación del manual 6 meses (detectan 60 incidencias). AE 2012: 100% programa de SP, 80% plan formación, de acogida, procedimiento carro de paros, caducidades fármacos,fármacos termolábiles y notificación farmacovigilancia, 60% caducidades material fungible. Nueva versión del manual

DISCUSIÓN La participación de los profesionales en la estrategia de SP basada en fomentar una metodología de trabajo participativa, ha permitido con su esfuerzo, conocimientos y experiencia avanzar en una nueva dinámica de trabajo fomentando la mejora continua y avanzar hacia la excelencia en los CS del territorio. Disponemos de un manual para el abordaje en la SP, que nos permite ofrecer una asistencia más segura al ciudadano, facilitar el trabajo a los profesionales, disminuir la variabilidad en la práctica clínica y mejorar los resultados de los procesos priorizados. Pensamos que la participación de los profesionales en el diseño y mejora de los procesos es clave para facilitar su implantación de los mismos y obtener mejores resultados.

AUTORES: *MONTSE GENS BARBERÀ; DANIEL FERRER-VIDAL CORTELLA; NURIA HERNÁNDEZ VIDAL; JUAN DOMINGO MOLINA GOMEZ; NURIA ADELL AGUILO; FERRAN BEJARANO ROMERO.*

ID 343

TITULO EVALUACIÓN DE LAS COMPLICACIONES DE LOS DRENAJES BILIARES PRE-QUIRÚRGICOS EN LAS ICTERICIAS OBSTRUCTIVAS.

OBJETIVOS Este estudio pretende cuantificar las complicaciones del drenaje biliar percutáneo (DBP) en los pacientes con ictericia obstructiva candidatos a cirugía curativa.

MATERIAL Y METODOS Entre 1999 y 2011 se practicaron en la sección de Radiología Vascular Intervencionista 416 DBP, 78 de ellos fueron pacientes con ictericia obstructiva aptos para el tratamiento quirúrgico. La indicación se realizaba de forma consensuada por el Comité de Tumores bilio-hepático-pancreáticos.
Es un estudio retrospectivo de 78 pacientes donde se analizaba: tipo de drenaje, etiología de la ictericia, incidencias durante el procedimiento percutáneo, tiempo transcurrido con el DBP hasta la intervención, complicaciones acaecidas durante ese periodo y resultado quirúrgico.
Tras obtener el consentimiento informado y verificados los parámetros de coagulación y antibioticoterapia profiláctica se procedía a la manipulación biliar.
La colocación del DBP se realizaba en una sala equipada con angiógrafo digital por radiólogos intervencionistas en condiciones de asepsia. El paciente era portador del drenaje percutáneo hasta el momento de la intervención.
Se estudiaron las diferentes variables para valorar si existía significancia estadística con los test T y Chi cuadrado.

RESULTADOS Se practicaron 78 DBP. Las causas de la obstrucción fueron: cáncer de páncreas (n=42), coledocolitiasis (n=16), colangiocarcinoma (n=14), ampuloma (n=3), carcinoma de vesícula (n=3). La duración media del DBP fue 23,62 días (DE: 18,7). Se intervinieron quirúrgicamente 74 pacientes, (3 fallecieron antes de la intervención y 1 presenta complicaciones médicas). Hubo complicaciones mayores en 7 pacientes (7,7 %): 3 hemorragias, 3 colangitis y 1 sepsis. Complicaciones menores se registraron en 49 (35,9 %): 12 intolerancia al cierre del catéter, 11 obstrucción del catéter, 8 movilización del catéter, 10 fugas de bilis pericatéter y 6 celulitis en el punto de entrada. El cáncer de páncreas presentó un número mayor de complicaciones estadísticamente significativas.´
El resultado de la intervención fue: resección tumoral en 34 pacientes, resección paliativa en 16, resolución patología benigna en 11 y laparotomía exploradora en 8.

DISCUSIÓN Los DBP conllevan un porcentaje alto de efectos adversos que aumentan el número de ingresos o consultas médicas por lo que intervención quirúrgica debería priorizarse lo máximo posible.
Actualmente, con objeto de disminuir las complicaciones se realizan controles semanales de los drenajes y está en curso la confección de una guía clínica de patología biliar.

AUTORES: *MARÍA DOLORES FERRER PUCHOL; MIGUEL ANGEL EDO PRADES; ENRIQUE ESTEBAN HERNÁNDEZ; PEDRO POVES GIL.*

ID 347

TITULO ¿Estamos abusando de la Procalcitonina en nuestra Unidad?

OBJETIVOS Analizar si existe un correcto uso de los biomarcadores de infección en nuestra unidad, y si éstos se correlacionan con la aparición o progresión de una infección. Así como tener en cuenta el gasto económico que supone la mala aplicación de las pruebas de laboratorio.

MATERIAL Y METODOS Diseño: Descriptivo y retrospectivo, analizando datos desde el 1 de abril hasta el 31 de mayo del 2013.
Ámbito: Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos polivalente de un Hospital Universitario.
Pacientes:Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron en dicho periodo por diversas patologías (cirugía mayor, patología infecciosa, insuficiencia respiratoria, neurológicos, otros…). Se analizó el marcador de PCT(procalcitonina) solicitado,observando el total de pruebas y si existía indicación correcta por cumplir criterios de SIRS (Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica) o bien su relación con hemocultivos positivos.
Análisis:Descriptivo.

RESULTADOS Se estudiaron un total de 53 pacientes con una estancia media en UCI de 5 días, que ingresaron por diferentes patologías. Se solicitaron un total de 218 pruebas de PCT.
Del total de pacientes estudiados, no se solicitaron PCT en un 25 % (13 pacientes) y si se solicitaron dichas pruebas en un 75% (40 pacientes). En éstos últimos, tan sólo 11 pacientes cumplían criterios de SIRS, en 5 de ellos existió un pico febril aislado y en los 24 restantes no existían indicaciones de solicitar dichos marcadores.

Entre las diferentes patologías incluidas, ingresaron 4 pacientes por enfermedad infecciosa (neumonía, tosferina, meningitis…) en los cuales se solicitó un total de 42 PCT. En 4 de ellos si existieron criterios de SIRS y en los 6 restantes se utilizó como monitorización.

Los postoperados de cirugía mayor (Cirugía cardiaca, esplenectomía…) fueron un total de 13 pacientes. Se solicitaron un total de 86 PCT siendo la estancia media de 7 días y la media de marcadores solicitados de 6. Tan sólo en 3 pacientes se indicó de forma correcta la realización de dichos marcadores. En éste grupo se aprecia una PCT elevada en 2 pacientes con criterios de SIRS.
Por último se analizaron los 11 pacientes en los que se midió PCT con indicación correcta (SIRS, Sepsis confirmada o sospecha de sepsis) en los cuales se apreció elevación patológica en 6 casos mientras que en los 5 restantes permaneció dentro de rango. En todos se cursaron hemocultivos, siendo sólo positivos en 4 pacientes.
El coste en el laboratorio por prueba de PCT es de 10 euros. Se realizaron un total de 218 PCT, implicando un gasto de 2180 euros. Si únicamente se hubieran solicitados aquellos biomarcadores con indicación correcta (138) podría haberse evitado un gasto económico de 1380 euros.

DISCUSIÓN Existe un uso abusivo de los biomarcadores de infección en pacientes sin indicación, lo que implica un elevadísimo coste que podría evitarse con la aplicación de unas medidas sencillas. En postoperatorios de cirugía mayor se aprecia elevación de la PCT sin relación con patología infecciosa.

AUTORES: *ALEXANDRA GUGLIERI SOLER; OLIVIA PÉREZ QUEVEDO; CRISTINA RODRIGUEZ GUEDES; OSWALDO FARIÑAS ROMÁN; ANA MORÓN SAEN DE CASAS; ANTONIO JIMENEZ BRAVO DE LAGUNA.*

ID 352

TITULO LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LA PETICIÓN DE ANÁLISIS: INDICADORES DE CALIDAD Y POSIBLES MEJORAS.

OBJETIVOS Los errores en la identificación (ID) del paciente pueden originar la imputación errónea de resultados al paciente equivocado repercutiendo en su diagnóstico, control o tratamiento.
Con el objetivo de su evaluación estudiaremos los indicadores de calidad relativos a la ID en petición analítica y muestras entre 2010 y 2013 y plantearemos posibles acciones de mejora.

MATERIAL Y METODOS Los indicadores estudiados serán:
Relativos a la petición: Paciente no identificado (A) y error de ID en petición (B) que incluye demográficos erróneos, incompletos y dos nombres distintos en volante.
Relativos a la ID segura de muestras: no coinciden demográficos de muestras y petición (C), muestras sin demográficos (D) y sin código de barras (E). Se expresarán en porcentaje respecto al total de peticiones así como el valor sigma de cada uno de ellos.
Analizaremos el sistema de ID empleado por el médico en la solicitud por muestreo aleatorio de 5406 solicitudes en varios días.

RESULTADOS El promedio de los indicadores y su valor sigma fueron:
A: 0,004%, sigma=5,5; B: 0,009, 5,3; C: 0,006%, 5,4; D: 0,016%, 5,1; E: 0,132%, 4,6.
El médico peticionario identifica al paciente en la solicitud mediante:
Hospitalización: Petición electrónica (PE) 27%, tarjeta grafitada con etiqueta identificativa (TGEI) 72,5%; manuscrito (AM) 0,5%; Consultas de especialidades: PE 20%, TGEI 79,7%, AM 0,3%; Médicos de atención primaria: PE 58%, TGEI mediante IANUS (Historia clínica informatizada) 17%, con bacaladera 12%, AM 13%. En estos dos últimos casos, que suponen el 25% del total de peticiones procedentes de Atención Primaria, el 6% tenía identificación incompleta bien por ausencia de TIS (tarjeta identificación sanitaria) y/o demográficos solo legibles con gran esfuerzo visual.

DISCUSIÓN Aunque los valores sigma indican gran eficiencia, los indicadores centinela B, C y D son susceptibles de mejora así como el indicador E que no alcanza la especificación óptima de calidad (0,07%). Las incidencias A y B indican mala gestión por el médico solicitante. Las incidencias C, D y E implican mala gestión en procesos intermedios: cita por personal de servicios generales, enfermería en el acto de la extracción y recogida y personal administrativo del laboratorio en el registro.
La mejora en la identificación de paciente en la solicitud por parte del médico peticionario requiere el uso preferente de la PE sobre otros sistemas y descartar el uso de la bacaladera así como la anotación manuscrita, susceptibles de ilegibilidad, datos incompletos y, por lo tanto, error en la introducción manual en el registro por el personal administrativo de laboratorio.
Además de la implantación de la PE, la formación del personal implicado y del paciente unido al fomento de una cultura de seguridad serían deseables acciones de mejora.

AUTORES: *ISABEL GARCÍA DEL PINO CASTRO; PASTORA VÁZQUEZ RODRÍGUEZ; CARMELA BARBUZANO SAFONT.*

ID 354

TITULO UTILIZACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN PROCESO DE MEJORA CONTINUO

OBJETIVOS Potenciar la utilización de planes de cuidados (PC) por parte de las enfermeras de Atención Primaria para mejorar la atención de los problemas de cuidados de la población e incrementar sus capacidades para el autocuidado, su autonomía y bienestar.

MATERIAL Y METODOS Tipo de estudio: Análisis descriptivo longitudinal
Ámbito de estudio: Gerencia de Atención Primaria
Periodo estudio: Desde el 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2012
Instrumentalización:
-Constitución de una Comisión Central de Calidad de Cuidados y 7 Comisiones Locales (una por Dirección Asistencial)
-Inclusión de los indicadores de planes de cuidados por CIAS de enfermería en el Contrato Programa de Centro (CPC).
-Informe de análisis de los resultados alcanzados en los indicadores de PC en las evaluaciones del CPC y presentación a los profesionales.
-Elaboración y difusión de un documento informativo sobre la interpretación y el sistema de registro de los indicadores de planes de cuidados disponibles en el cuadro de mando e_SOAP.
-Formación de las enfermeras sobre el acceso al cuadro de mando integral (e_SOAP)
-Inclusión de los indicadores de planes de cuidados en el modelo de distribución de incentivos, tanto a nivel de centro de salud como a nivel individual.
-Elaboración de dos guías de cuidados para la prevención de ulceras por presión y evitar el riesgo de caídas.
Análisis estadístico: Programa EPIDAT 3.1. (distribución de frecuencias y test de chi-cuadrado)

RESULTADOS Todos los indicadores de planes de cuidados se han incrementado de manera notable y estadísticamente significativa (p<0,01). Los mayores incrementos se han producido en los indicadores de planes de cuidados por grupos de edad:
-Personas con PC en total de población atendida: 2010: 3,2%; 2012: 8,7 %
-Personas con PC en población atendida de 0-14 años: 2010: 2,0%; 2012: 6,5 %
-Personas con PC en población atendida > 65 años: 2010: 7,8; 2012: 18,8 %
Los indicadores de PC en procesos específicos también han mejorado:
-PC en pacientes con patología cardiovascular: 2010: 10,9%; 2012: 14,5 %
-PC en pacientes terminales: 2010: 30,7%; 2012: 39,5%
-PC en pacientes inmovilizados: 2010: 31,6%; 2012: 39,5%
-PC en paciente mayor frágil: 2010: 27,7%; 2012: 46,8%
Por último, el indicador de resolución de planes de cuidados ha pasado del 33,6% en 2010 al 37% en 2012.

DISCUSIÓN Las acciones de mejora realizadas han permitido incrementar la realización de planes de cuidados.
Los profesionales de enfermería están participando del modelo de excelencia de la organización con su aportación disciplinar específica, integrando como proceso clave el cuidado de la población.
Disponer en el cuadro de mando de indicadores de planes de cuidados permite conocer un aspecto fundamental de la atención que se presta a la población en AP y ayuda a gestionar los cuidados de manera eficiente.

AUTORES: *FRANCISCO JAVIER PÉREZ RIVAS; CARMEN JIMÉNEZ GÓMEZ; JUAN ANTONIO SARRIÓN BRAVO; MARIA TERESA SANZ BAYONA; SONIA LÓPEZ PALACIOS; CRISTINA DE AUBAREDE SORIANO.*

ID 363

TITULO Lactancia materna al alta de la maternidad como indicador de calidad asistencial:¿hacemos todo lo que podemos?

OBJETIVOS Objetivo general: ayudar a que el 100% de las madres con intención de lactancia materna en el momento del parto lo consigan al alta de la maternidad.
Objetivos específicos:
Determinar el porcentaje de mujeres que deciden lactancia materna y la mantienen al alta.
Determinar los casos en los que fracasa y sus motivos.
Estudiar el funcionamiento de la política actual y de recursos como la consulta de maternidad.
Proponer áreas concretas de mejora en cada caso.
Este estudio forma parte de los objetivos del Grupo de Mejora de Lactancia Materna del Departamento de la Ribera.

MATERIAL Y METODOS El porcentaje de recién nacidos alimentados con lactancia materna al alta de la maternidad es un indicador de calidad reconocido, entre otros, por UNICEF, en su Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Parto y la Lactancia (IHAN, y por la propia Conselleria de Sanitat.
La adecuada atención en los primeros días de vida es fundamental, y el porcentaje de éxito en este período depende, en gran parte, de los profesionales del hospital.
Planteamos el estudio en tres partes: la primera,una recogida de datos de nuestra situación actual y análisis de los factores relacionados con el fracaso. La segunda,revisión de nuestra política de lactancia materna buscando áreas de mejora concretas para estos casos y, tercera, evaluar el funcionamiento de la consulta de maternidad.
Se proponen varias mejoras en diferentes áreas: registro en la historia clínica, uso de escalas de enfermería, revisión del proceso, unificación de criterios, adecuada comunicación y concienciación de todo el equipo y trabajar de forma conjunta con Atención Primaria.

RESULTADOS Un 7-8% de madres con intención inicial de lactancia materna se van de alta con lactancia mixta o artificial.
Los motivos más frecuentes son: mala aceptación,problemas del pecho,problemas propios del recién nacido (bajo peso,prematuridad,pérdida de bienestar fetal)y prácticas desechadas pero aún detectadas como la suplementación innecesaria.
La consulta de maternidad permite restablecer la lactancia materna en algunos casos de lactancia mixta.
Encontramos mucha dificultad para recoger datos objetivos de la evolución de la lactancia.

DISCUSIÓN Las buenas prácticas de los profesionales de la maternidad facilitan el éxito de la lactancia materna pretendida por la madre.
Hay situaciones de riesgo concretas para las que tenemos que ofrecer soluciones individuales,revisando y adecuando nuestra política de lactancia a esos casos.
Es imprescindible unificar criterios, y formar y motivar a todos los profesionales periódicamente.
La consulta de maternidad proporciona, cuando es necesario,una continuidad asistencial en un momento crucial para el establecimiento de la lactancia materna, siempre de forma coordinada con Atención Primaria.
Tenemos que mejorar el registro en la historia clínica para facilitar la monitorización de este proceso; se propone el uso de una escala incluida en la historia clínica y el registro del tipo de lactancia.

AUTORES: *CRISTINA MARTÍNEZ PORCAR.*

ID 364

TITULO Prevención de la sepsis neonatal por EGB: necesidad de unificar el registro para valorar adecuadamente el riesgo

OBJETIVOS Revisar el registro en la historia clínica de la prescripción y la administración del antibiótico intraparto en los casos de madre portadora de EGB, ya que es imprescindible conocer el número de dosis y la hora exacta de su administración para valorar el riesgo de sepsis.

MATERIAL Y METODOS Se seleccionaron las historias clínicas de las mujeres que dieron a luz entre los meses de abril y junio de 2012 portadoras de EGB.
Se revisó la prescripción farmacológica en la "Hoja de Tratamiento" de la historia clínica y la administración de medicamentos en el momento del parto, tanto en el apartado diseñado para ello ("Administración de Medicamentos") como en otros apartados dentro del Bloque Materno-Infantil, en texto libre.
El estudio consiste en comprobar que se ha prescrito el antibiótico adecuado, comprobar el registro correcto del número de dosis y la hora de administración en la historia clínica y detectar otros apartados de la historia donde se encuentra registrado (incorrectamente) este dato, en texto libre.

RESULTADOS De las 63 mujeres portadoras de EGB, 52 (82,5%) tenían pautado tratamiento antibiótico y 11 (17.5%) no:
1.-De las 52 que tenían pautado tratamiento, se encontraron datos de la administración de alguna dosis en todas, hasta en 5 sitios diferentes.
a.En solo 6 (12%) se había registrado correctamente, y en sólo dos de éstas coincide el número de dosis registradas con las administradas.
b.En el resto, 88%, consta algún dato en otros lugares, pero no en el apartado correspondiente.
2.-De las 11 que no lo tenían, en 2 (18.2%) casos no estaba indicado, en otros 2(18.2%) no dio tiempo a pautarlo ni a administrarlo al ser un parto precipitado y en los 7(63,6%) restantes no estaba prescrito en la HC pero sí se había puesto alguna dosis, que, obviamente, están registradas en otros lugares al no poder hacerse en "Administración de medicamentos", ya que requiere una prescripción.

DISCUSIÓN El registro incorrecto del tratamiento lleva a valorar equivocadamente el riesgo de sepsis neonatal por EGB, con importante repercusión en la seguridad del paciente:
-La falta de concreción en el número de dosis o en la hora en que se han administrado minusvalora dicho riesgo, al poderse considerar que está adecuadamente tratado y no ser cierto.
-Igualmente, pero en sentido contrario, la dispersión y la difícil recuperación de la información puede dar lugar a sobrevalorar el riesgo, realizando intervenciones diagnóstico-terapéuticas no exentas de riesgo completamente innecesarias, y prolongando, también innecesariamente, la estancia hospitalaria.
Es imprescindible poner en común estos problemas, detectar las causas por las que se producen y unificar criterios entre los profesionales implicados.
Hay que evitar la prescripción verbal, que se ha observado en algunos (pocos) casos.

AUTORES: *CRISTINA MARTÍNEZ PORCAR; DAVID CUESTA PEREDO; RAQUEL BORRÁS MONZÓ.*

ID 369

TITULO PARTICIPACIÓN Y CORRESPONSABILIDAD PARA UNA SANIDAD SOSTENIBLE

OBJETIVOS Facilitar la participación de los pacientes en el cuidado de su salud y en la mejora de la asistencia sanitaria.
Aprovechar la voz de los pacientes y cuidadores para la mejora continua del sistema sanitario.
Mejorar la comunicación de los ciudadanos con la organización sanitaria como primer paso hacia la trasparencia.

MATERIAL Y METODOS La Estrategia SERGAS 2014, recoge en el Objetivo-1 Promover la salud y responder a las necesidades del ciudadano línea 1.7 La participación de los ciudadanos y de los pacientes
Para desarrollar este objetivo se ponen en marcha los siguientes sistemas de participación

- Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos (2009)
- Paciente experto 1.0
- Consejo Asesor de Pacientes (Orden 22-Agosto 2011)
- Comisión Gallega de Atención al Dolor, donde participan las Asociaciones de pacientes (Decreto 60/ 2012)
- Se desarrolla un sistema de gestión de la satisfacción de los pacientes y ciudadanos
- Diálogos con los pacientes- Foros de debate con participación de pacientes y profesionales sanitarios , para escuchar la voz de las asociaciones y mejorar el sistema sanitario

RESULTADOS Escuela de Ciudadanos: Se han formado más de 7.000 pacientes y ciudadanos y han participado más de 700 profesionales
Paciente experto 1.0: Se han formado 172 pacientes en seguridad de pacientes, Cáncer de mama, Cáncer colorectal, Diabetes, Insuficiencia cardíaca, Enfermedades renales, EPOC, Parkinson, Asma, Enfermedades osteoarticulares, Esclerosis Multiple, y Epilepsia.
Consejo Asesor de Pacientes: Lo conforman 70 Asociaciones, se han realizado 4 sesiones y se han propuesto 257 actividades formativas. Han validado la encuesta de satisfacción de pacientes. Realizadas actividades de formación con 28 asociaciones de pacientes. La participación a través del Consejo en actividades de formación y difusión de cuidados ha sido valorada por los pacientes en escala 1-10 con un 8.8
Comisión de Dolor: Con la participación de pacientes, Elaboración del Procedimiento de atención al dolor crónico no oncológico en atención primaria Programa de formación en el manejo del dolor. Se crea el curso online de dolor para ciudadanos
Diálogos: Se realizan 29 sesiones clínicas en las que participan un total de 921 profesionales y 58 pacientes y se elaboran documentos de Recomendaciones para la atención sanitaria a pacientes con trastorno de espectro autista y Recomendaciones para dar la primera noticia del síndrome de Down

DISCUSIÓN La participación de los pacientes en la toma de decisiones, representa una oportunidad de mejora en cuanto a corresponsabilidad, mejor uso de los recursos sanitarios y en definitiva contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario

La contribución de los pacientes incorpora una visión diferente que aportan a la vez que mejoran los sistemas de comunicación y calidad

Se constata una alta satisfacción de los pacientes con las actividades desarrolladas.

AUTORES: *BEGOÑA GARCIA CEPEDA; MERCEDES CARRERAS VIÑAS; ISABEL GRAÑA GARRIDO; MARIA DOLORES MARTIN RODRIGUEZ; BEATRIZ PAIS IGLESIAS; BARBARA RODRIGUEZ PEREZ.*

ID 370

TITULO Determinación de la frecuencia de oportunidades de error por coincidencia de identificación de pacientes

OBJETIVOS Determinar la frecuencia de las oportunidades de error por coincidencia de nombre y/o apellidos en pacientes ingresados en el hospital. Se considerará "oportunidad de error" cada coincidencia que presente un paciente con otro u otros, según unos criterios establecidos, por día de estancia hospitalaria.

MATERIAL Y METODOS Debido a la ausencia de estudios previos de estas características, para cuantificar la magnitud del problema se ha realizado un estudio exploratorio con los datos de los pacientes ingresados durante 10 días. Se ha realizado un estudio descriptivo transversal, en el que se ha determinado la frecuencia de coincidencias de identificación en el total de pacientes ingresados en el hospital, por día de estancia (número de coincidencias/número de pacientes ingresados), según los cinco criterios siguientes: mismo nombre y ambos apellidos iguales, mismo nombre y ambos apellidos iguales pero en orden inverso, mismo nombre y primer apellido, ambos apellidos iguales o mismo nombre y misma habitación.
Los sujetos de estudio han sido el total de pacientes ingresados en planta (pacientes ingresados/día). Para la realización de este estudio se ha creado una aplicación informática que registra diariamente los pacientes con coincidencia en su identificación, incluyendo edad, sexo, número de historia, SIP, servicio y número de habitación.

RESULTADOS Los resultados de este estudio piloto de10 días de duración muestran una frecuencia de un 3,9 % (IC95% [3,2%, 4,7%]) de oportunidades de error (107 coincidencias en 2746 pacientes/día, en 10 días), es decir, unas 4 coincidencias por cada 100 pacientes ingresados-día. Estas coincidencias se han producido en un total de 56 pacientes ingresados durante el periodo estudiado.

DISCUSIÓN Cada día un 4% de los pacientes presentan coincidencias en su identificación con otro u otros pacientes.
Estas coincidencias constituyen oportunidades de error diarias, ya que cada día se realizan pruebas complementarias y/o técnicas más o menos invasivas a los pacientes ingresados, para las que todavía no tenemos una estrategia definida de actuación.

AUTORES: *ANA ISABEL BALBUENA SEGURA.*

ID 371

TITULO ¿EN QUÉ MEDIDA LA INFORMACIÓN ESCRITA QUE OFRECEMOSA NUESTROS PACIENTES ESTÁ PREPARADA PARA QUE LA ENTIENDAN?

OBJETIVOS Analizar el grado de comprensión de textos de información sanitaria diseñados para entregar a pacientes de diferentes patologías y tratamientos.

MATERIAL Y METODOS Estudio observacional, descriptivo en el que una serie de sujetos legos y con capacidad de comprensión lectora como son estudiantes de último curso de bachiller o de estudios universitarios leyeron simulando lo que haría un paciente que recibe instrucciones o un folleto de salud en un hospital o un centro de salud. Los sujetos tuvieron que contestar a 5 preguntas en relación a los textos que se les administraba de forma aleatoria.
Se escogió para realizar el estudio material escrito que se estaba entregando a pacientes sobre: eczema atópico, dermatitis seborreica, síndrome del intestino irritable, adenocarcinoma pancreático, dispepsia funcional y meteorismo. Se escogieron al azar 6 folletos de entre 10 extraídos teniendo en cuenta su legibilidad según el índice Flesh adaptado por Fernández Huertas (bastante fácil, normal y algo difícil). Posteriormente, se elaboraron una serie de preguntas referidas a su contenido y formuladas en formato dicotómico (verdadero/falso). Respondieron un total de 222 sujetos de la provincia de Alicante con una media de edad de 22,58 (DT=6,63), de los cuales 101 (52,06%) eran mujeres y 142 (64,00%) cursaban estudios superiores. Se utilizó la prueba ANOVA de un factor para comprobar si existían diferencias en la media de aciertos en función del nivel educativo de los participantes.

RESULTADOS Los resultados indican que el 48,6% de los participantes respondió correctamente a las cinco preguntas incluidas en la encuesta, porcentaje que se ve significativamente incrementado si se tiene en cuenta también a los sujetos que acertaron cuatro de las cinco preguntas (79,2%). Del resto de encuestados, el 15,8% respondió correctamente a tres preguntas, el 2,7% a dos y el 2,3% sólo a una. El análisis de los errores dio como resultado los siguientes porcentajes: el 48,6% de los sujetos no cometió ningún error, el 31,5% tuvo sólo uno, el 14,9% dos, el 2,7% tres y el 2,4% cuatro. No hubo ningún participante que fallase el total de preguntas de la encuesta. Existen diferencias en la media de aciertos en función del nivel de estudios siendo mayor en el caso de las personas que han alcanzado estudios universitarios (8,59 universitarios, 8 universitarios; F=4,641; p=0,032). En cambio, no se hallaron diferencias significativas en la media de aciertos en función del índice de legibilidad de los textos (F=2,602; p=0,076).

DISCUSIÓN Los resultados encontrados parecen indicar que el contenido de los folletos/instrucciones de salud analizados se adecúa en cierta manera al nivel de compresión de los usuarios, aunque el resultado de la prueba fue sensiblemente mejor en los individuos con un mayor nivel educativo. Se recomienda desarrollar el estudio ampliando tanto el número de folletos analizados así como el grado de dificultad de los textos seleccionados.

AUTORES: *Mª VIRTUDES PÉREZ JOVER; ISABEL MARÍA NAVARRO SOLER; IRENE CARRILLO MURCIA; MERCEDES GUILABERT MORA.*

ID 381

TITULO Impacto de un programa de revisión farmacoterapéutica en pacientes crónicos polimedicados.

OBJETIVOS Analizar el desarrollo y los resultados de un programa de revisión de pacientes crónicos polimedicados, en términos de seguridad y eficiencia terapéutica.

MATERIAL Y METODOS Se ha desarrollado un circuito de actuación a partir de un programa de revisión integral de pacientes de más de 65 años, con más de 5 tratamientos crónicos. Sobre el total de pacientes, una Farmacéutica seleccionó a los que pudieran beneficiarse de ser incluidos en el programa, y realizó recomendaciones sobre su farmacoterapia para mejorar su seguridad y eficiencia. Estos pacientes se citaron por Enfermería, que con la ayuda de una hoja de seguimiento incluida en la historia clínica electrónica, realizaba una entrevista en la que se conciliaba la medicación y se detectaban posibles Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM). Finalmente, el Médico de Atención Primaria (MAP), recopilando toda la información obtenida, tomaba las decisiones oportunas. La implementación del programa se ha conseguido gracias a la creación de un sistema de información a través de una Intranet, que permitió agilizar el intercambio de información y mantener la confidencialidad de los datos.

RESULTADOS Desde Febrero de 2012 a Marzo de 2013 se incluyeron en el programa 1231 pacientes con recomendaciones por la farmacéutica y fueron revisados por los MAP 1209 pacientes. El retraso en la revisión por parte del MAP fue de 38 días de media (27 días de mediana). En total se ha suspendido algún tratamiento en 526 pacientes (1025 tratamientos crónicos), y se ha modificado la prescripción en 325 pacientes (436 tratamientos crónicos). En los 818 pacientes que completaron las 3 fases de revisión incluyendo la entrevista por enfermería, se realizaron un total de 3558 recomendaciones. De las recomendaciones remitidas, un 47,13% estaban relacionadas con la detección de PRM tales como duplicidades, interacciones, contraindicaciones, duración o posología inadecuada, entre otros. De las recomendaciones debidas a una falta de evidencia, evidencia controvertida o baja utilidad terapéutica, por ejemplo, en un 54,4% de los casos se suspendió el tratamiento con trimetazidina, en un 41,1% de glucosamina y hasta un 30% de condroitin sulfato. En resultados globales, se han interrumpido el 22,01% y se han modificado el 11,59% de los tratamientos revisados. Sin embargo, de aquellos en los que no se han modificado los tratamientos, un 26,30% argumentó que la prescripción era inducida por especialistas.

DISCUSIÓN El establecimiento de un programa multidisciplinario de revisión de la medicación ayuda a identificar PRM que potencialmente podrían afectar a la calidad, seguridad y efectividad de sus tratamientos y empeorar la eficiencia del sistema.
Es necesario incluir a los prescriptores de especializada en el proceso de revisión farmacoterapéutica. Además se debería revisar el circuito para disminuir el retraso en las revisiones.
Los resultados obtenidos podrían utilizarse para elaborar políticas de gestión en la prestación farmacéutica.

AUTORES: *LAIA BARRACHINA BONET; AMPARO ANDRES PRUÑONOSA; ADRIAN ARTERO SIVERA; RAMON LIMON RAMIREZ; PABLO MENDEZ VALERA; MARIA CONSUELO SUAY MONER.*

ID 382

TITULO VARIABILIDAD DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON SCASEST

OBJETIVOS Evaluar el grado de adecuación de la atención al síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) en los hospitales de un Servicio Regional de Salud.

MATERIAL Y METODOS Se han evaluado los 5 indicadores de prescripción al ingreso y alta que aparecen en la propuesta de "Indicadores de Calidad para Hospitales del Sistema Nacional de Salud" publicada por la SECA en 2012. Las unidades de estudio fueron los pacientes dados de alta en el primer semestre de 2012 por SCASEST. La identificación de los casos se realizó mediante el CMBD de hospitalización, y para el estudio de los mismos se utilizó la historia clínica completa. El tamaño muestral fue de 252 casos (30 en cada área de salud, obtenidos aleatoriamente, o el total del universo si se habían producido menos). Para cada indicador se calculó el porcentaje de cumplimiento global y desagregado para cada una de las 9 áreas de salud, los valores mínimo y máximo alcanzados por las mismas, y la razón de variación entre ellas (RV).

RESULTADOS Los indicadores alcanzaron los siguientes valores: prescripción de ácido acetil salicílico a la llegada a urgencias (global: 80,6%; valores mínimo y máximo: 68,8-89,7; RV: 1,30). Prescripción de la siguiente medicación al alta: antiagregantes (global: 96,7%; valores mínimo y máximo: 90,6-100; RV: 1,10), betabloqueantes (global: 83,4%; valores mínimo y máximo: 67,7-96,7; RV: 1,43), IECA o ARA-II (global: 69,4%; valores mínimo y máximo: 48,4-93,3; RV: 1,93) y estatinas (global: 89,3%; valores mínimo y máximo: 84,6-93,5; RV: 1,11).

DISCUSIÓN Tan sólo uno de los indicadores analizados alcanzaba porcentajes de cumplimiento superiores al 90% (la prescripción de antiagregantes al alta). En el indicador sobre prescripción de IECA o ARA-II al alta, el área que tenía el mayor valor prescribía un 93% más que la que tenía el valor mínimo. En el resto la variabilidad entre áreas era inferior al 50%. Los indicadores son herramientas de screening que permiten detectar la existencia de problemas, cuyas causas deben ser analizadas a posteriori para el diseño y puesta en marcha de las medidas correctoras.

AUTORES: *JOSÉ EDUARDO CALLE URRA; PEDRO PARRA HIDALGO; CONCEPCIÓN LÓPEZ ROJO; YADIRA FONSECA MIRANDA; CARMEN ARELLANO MORATA; ADELIA MAS CASTILLO.*

ID 384

TITULO CALIDAD DE LOS PLANES DE FORMACION DE LOS CENTROS DE SALUD. ESTUDIO EN UNA DIRECCION ASISTENCIAL DE MADRID.

OBJETIVOS El Contrato Programa (CP) que se firma anualmente con los Centros de Salud (CS), incluye la elaboración y remisión de diversos documentos. Uno de ellos es el Plan de Formación (PF) a desarrollar en cada CS. El criterio formal de consecución consiste en su presentación. El ámbito de nuestro trabajo lo forman 49 CS para los que se estableció en 2011 un proyecto de actuación (Plan dar Valor), cuya filosofía es la colaboración con los CS en la consecución de sus objetivos. En relación con los PF se apostó por establecer criterios de calidad en su planificación, estableciendo una valoración cualitativa. Se planteó el proyecto que reflejamos a continuación.
Objetivo general: Colaborar en la elaboración de los PF de los C.S. con criterios de calidad. Objetivos específicos: 1- Analizar los documentos remitidos por los CS. 2- Establecer el feed-back necesario con ellos. 3- Ofertar a los CS los mejores contenidos, desagregados en cada uno de los aspectos evaluados,

MATERIAL Y METODOS 1- Revisión por pares en la DA de los PF de los CS. 2- Estudio de los PF. en los siguientes aspectos: Pertinencia (Pt); Factibilidad (Ft); Claridad (Cl); Rigor metodológico (Rm) y Relevancia (Rv). 3- Valoración a través de una escala de Likert (muy completo a muy deficitario) en cada uno de los criterios. 4- Facilitar los resultados y análisis de la evaluación a cada uno de los CS, poniendo a su disposición los mejor elaborados.

RESULTADOS El análisis de los PF dio los siguientes resultados en porcentaje de: Muy completo y completo (MC/C): Aceptable (A) y Deficitario y muy deficitario (D/MD). Pt: MC/C: 46,8%; A: 12,8%; D/MD: 40,4%. Ft: MC/C: 31,9%; A: 46,8%; D/MD: 21,3%. Cl: MC/C: 34%; A: 34%; D/MD: 31,9%. Rm: MC/C: 31,9%; A: 21,3%; D/MD: 46,8%. Rv: MC/C: 17%; A: 44,7%; D/MD: 38,3%. Se consideraron documentos totalmente adecuados 4 (8,5%) y parcialmente 15 (31,9%).

DISCUSIÓN Se observa un déficit en diversos aspectos de la planificación y estructuración de los PF mas relevante en pertinencia (detección de necesidades formativas) y rigor metodológico. Los propios Centros venían poniendo de manifiesto su inexperiencia y falta de conocimiento en esta metodología.
El desarrollo del Plan dar Valor de la DA en el ámbito de la formación, contó con la necesidad de colaboración sentida por los CS y con el análisis efectuado; poniendose en marcha un Plan de Acción de formación para 2013 basado en: 1- Información a los CS de la evaluación efectuada 2- Propuesta de grupo de trabajo DA/CS para el análisis y desarrollo de los PF. 3- Sesiones de trabajo con los Responsables de Formación de los CS 4- Plan de Formación específico sobre metodología y acreditación de actividades de F.C.
Los PF son documentos esenciales para los profesionales de los CS, facilitando una planificación adecuada de su formación adaptada a su actividad. Con este tipo de intervención se pretende mejorar la calidad de los PF respondiendo a las necesidades manifestadas por los CS.

AUTORES: *ANTONIO CURIESES ASENSIO; SONIA LOPEZ PALACIOS; CARLOS LOPEZ GOMEZ; JESUS ARROLLO MOROLLON; MONTSERRAT GARCIA LOPEZ; PAZ GUEMEZ ABAD.*

ID 389

TITULO EXPLORANDO LA VOZ DE LOS PACIENTES Y FAMILIARES EN LA MEJORA DE LA ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS DEL PERSONAL SANITARIO

OBJETIVOS Estudiar la puesta en marcha de una estrategia que implica a pacientes y familiares en la mejora de la adherencia de higiene de manos del personal sanitario de un hospital universitario.

MATERIAL Y METODOS Diseño: estudio transversal mediante dos cuestionarios. Sujetos: una encuesta se distribuyó en mayo de 2013 al personal de enfermería y médicos que habían recibido formación en Higiene de Manos (HM). La segunda encuesta se entregó en Marzo de 2013 a pacientes y familiares mayores de 18 años de unidades hospitalización, urgencias y consultas. Variables: sexo, edad, servicio y de forma específica se preguntaba al personal sanitario si alguna vez le había pedido algún paciente o familiar que se lavase las manos (respuesta sí/no) y cómo se sentiría en caso de que lo hiciese (respuesta escala Likert). A pacientes y familiares se les preguntó si alguna vez habían pedido al personal sanitario que se lavase las manos (respuesta sí/no), si serían capaces de hacerlo y en caso de que no, cuáles serían los motivos (5 respuesta si/no). Análisis: las respuestas se describieron con su distribución de frecuencias y se compararon con la prueba de ji-cuadrado o test exacto de Fisher cuando el 25% de los valores esperados fueron inferiores a 5.

RESULTADOS Participaron 291 profesionales formados en HM, 151 pacientes y 167 familiares. Un 23,4% del personal sanitario manifestó que los pacientes/familiares le habían pedido que se lavase las manos, no existiendo diferencias por categoría profesional (p=0,112). A la pregunta de cómo se sentiría en caso de que lo hiciese, el 64,4% refiere que realizaría la HM y seguiría con normalidad, un 21,8% les diría que ya se las ha lavado y un 13,5% la realizaría pero se sentiría incómodo, no existiendo diferencias por categoría profesional (p=0,494). El 12% de pacientes y el 12,6% de familiares alguna vez habían solicitado al personal sanitario que se lavase las manos. Un 43,7% de los pacientes y un 35,9% de los familiares estaría dispuesto a pedírselo y el restante no se atrevería por temor en el 10% y 6% (pacientes y familiares respectivamente), por timidez en el 25,9% y 28%, porque piensan que les faltarían al respeto el 27,2% y el 28,3% y tanto el 52% de los pacientes como de los familiares consideran que esta manera de actuar no debería ser necesaria.

DISCUSIÓN Casi dos terceras partes del personal sanitario encuestado aceptaría que los pacientes/familiares les solicitaran que hiciese una HM pero menos de la mitad de los pacientes y sólo una tercera parte de familiares se atreverían a pedirlo. Esto nos lleva a concluir que nuestro hospital todavía no está preparado para incorporar a los pacientes/familiares en esta estrategia de promoción y mejora de HM del personal sanitario y que habrá que explorar nuevas vías futuras que permitan dar "voz" a nuestros pacientes en esta cuestión.

AUTORES: *MD MARTÍN RÍOS; G DE LAS CASAS CÁMARA; C LUCAS MOLINA; M GONZÁLEZ CONTRERAS; C FUENTE BLANCO; M DELGADO SAN MARTÍN.*

ID 393

TITULO EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE HIGIENE DE MANOS E INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA

OBJETIVOS Evaluar el conocimiento y actitudes sobre higiene de manos (HM) de los profesionales sanitarios en tres hospitales universitarios.

MATERIAL Y METODOS Diseño: estudio transversal mediante cuestionario con 9 preguntas. Sujetos: la encuesta se distribuyó entre los profesionales de los tres centros y por las categorías de enfermería, médicos, fisioterapeutas, técnicos y celadores de las áreas médica, quirúrgica, urgencias, obstétrica, UCI y reanimación durante el mes de mayo de 2013. Las preguntas de conocimiento se estructuraron en 3 de respuesta sí/no, 3 de respuesta múltiple, 1 de verdadero/falso, y las de 2 de actitud en 1 escala Likert y otra de sí/no. Se interrogó sobre el antecedente de formación previa en HM y se restringieron los resultados a este grupo. Análisis: las respuestas se describieron con su distribución de frecuencias y se compararon con la prueba de ji-cuadrado o test exacto de Fisher cuando el 25% de los valores esperados fueron inferiores a 5.

RESULTADOS Participaron 703 profesionales formados en HM. El 24% no reconoció que "es estrictamente necesario lavarse las manos tras haber estado en contacto con el entorno del paciente". El 30% de los encuestados no identificaron que "el uso de guantes puede facilitar la transmisión cruzada de microorganismos". El 75% del personal de enfermería y un 46% de facultativos no reconocieron que "el uso de guantes no ha de ser generalizado en la asistencia a los pacientes" (p<0,0001). Así, el 22% los considera necesarios al tomar constantes, el 24% al realizar un electrocardiograma -el 15% de los médicos y el 25% de la enfermería (p=0,01)-, el 38% al repartir las comidas y hasta el 42% al trasladar pacientes. El 22% de profesionales admitió no lavarse las manos casi nunca o nunca justo antes de ponerse los guantes. Al explorar las causas del bajo cumplimiento en HM se señalaron como afirmativas el bajo conocimiento sobre su relación con la infección nosocomial en un 70%, la sobrecarga laboral en un 85%, la aparición de dermatitis de contacto en un 66% y el difícil acceso a dispositivos en un 31%. Un 58% de facultativos y un 38% de la enfermería sobreestimaron la duración de la HM con agua y jabón, mientras que el 25% y 54%, respectivamente, lo hicieron con la solución hidroalcohólica (p<0,0001).

DISCUSIÓN El cuestionario permitió identificar debilidades de conocimiento y actitud diferenciadas por la actividad habitual de los profesionales. A pesar de haber recibido formación en HM el personal reconoció seguir desaprovechando oportunidades en la realización de HM. La enfermería sobreestimó menos la duración correcta de realización de la HM, mientras que los facultativos parecen más concienciados con los momentos adecuados en el uso de los guantes. Priorizar en estos dos aspectos las futuras acciones formativas puede contribuir a disminuir la sensación de carga sobreañadida que la HM y el uso de guantes pueden suponer.

AUTORES: *MD MARTÍN RÍOS; G DE LAS CASAS CÁMARA; N GÁLVEZ CARRANZA; C LUCAS MOLINA; N DÍAZ AVENDAÑO; EM SÁEZ MARTÍN.*

ID 394

TITULO LA IMPLANTACIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS DEL PROGRAMA BEST PRACTICE SPOTLIGHT ORGANITATION. RESULTADOS UN AÑO DE EXPERIENCIA.

OBJETIVOS Implantar dos Guías Clínicas 1 "Prevención de las caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores", 2 "Cuidado y manejo de la Ostomia" dentro del marco Programa Best Practice Spotlight Organization, promovido por la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud.Investen-isciii (Instituto Carlos III) y el Centro Colaborador español del Instituto Joanna Briggs, en colaboración con la Registered Nurses Association of Ontario. Canadá. El hospital es uno de los 8 centros seleccionados, candidatos a Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados

MATERIAL Y METODOS Estrategias implantación: Se establece estructura de gestión del programa, duración tres años, con amplia base participativa a varios niveles, desarrollando, para cada uno de los años, un grupo de recomendaciones que conllevan intervenciones organizativas y formativas. Se gestionan objetivos anuales de unidades/ individuales, que comportan compromisos e incentivación económica. Medir implantación: Periodo evaluación Mayo 2012 –Marzo 2013.Guía 1: Sujetos estudio: altas cinco días determinados al mes, >65 años, 6 unidades médicas y 5 quirúrgicas. Se miden seis indicadores; valoración inicial con escala, riesgo, caída, reevaluación, planificación de las intervenciones y contenciones.
Guía 2: Sujetos estudio: año 2012, altas cinco días determinados al mes, colostomías, ileostomías y urostomías, 2013 total altas mensuales, 4 unidades quirúrgicas y 1críticos. Miden 9 indicadores; Evaluación preoperatoria y post, intervenciones educativas preoperatorias y post, complicaciones. Auditan la historia clínica en Gacela Care, 9 y 4 evaluadoras respectivamente,del grupo implantador.Indicadores y resultados forman parte del Sistema de Información del hospital

RESULTADOS Participación voluntaria Guía 1: 11 unidades, 307 profesionales implicadas. Guía 2: 5 unidades, 302 profesionales. Formación: 7 cursos, 11 acompañamiento, 44 sesiones casos Guía 1. Guía 2: 2 cursos, 5 acompañamiento, 20 sesiones casos. Total profesionales formadas 109/2012 y 101/2013. Objetivos gestión conseguidos 87%. Comunicación; 2 actos, 5 sesiones informativas. Se evalúa Guía 1, 2012: 539 pacientes, edad media 77,5, se valoraron 83%, siendo de riesgo el 87%, a los que se les aplico un plan de prevención 76%, y contenciones a 45%, el 5% se cayeron, se reevaluaron 47% siendo de riesgo el 100%. En 2013, 219 pacientes, edad media 76, se valoraron 85%, siendo riesgo 78%, 83% tienen plan intervenciones, se cayó el 6%, del que se reevaluó el 21% siendo riesgo 75%.Guía 2, 2012: 24 pacientes, edad media 65, tenían evaluación preoperatoria 100% y post 100%, con intervenciones educativas pre 42,9%, y post 92%.En año 2013, 15 pacientes, 62,2 edad media, evaluación preoperatoria 100% y post 93%, intervenciones educativas pre 75% y post 93%, complicaciones estoma y piel periestomal 38% y 13% respectivamente.

DISCUSIÓN En los resultados, se puede apreciar una ligera tendencia a la mejora en los aspectos de valoración y planificación al ingreso,en ambas Guías.

AUTORES: *RD LARA FERNÁNDEZ; P PÉREZ COMPANY; JA DEL OSO MORÁN; S BOSCH RAVENTÓS; JM CABEZALI SÁNCHEZ; MM SEVILLANO LALINDE.*

ID 400

TITULO ESTUDIO GLOBAL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS

OBJETIVOS 1.Mejorar seguridad del paciente.
2.Evaluar incidentes en la atención(ciclo de mejora de problemas prevalentes).
3.Medir cultura de seguridad de profesionales y su variación tras estudio.

MATERIAL Y METODOS 1.Cuestionario sobre cultura de seguridad.
2.Observacional,m. aleatorio estratif.Inclusión:>18años.Exclusión:psiquiátricos o rechazo.
3.Historia,informe de alta y observación.Revisión en 7 días:presencial/telefónica en ingresos/no ingresos.
4. 7 días de Mayo y Junio de 2012.
5.Tamaño muestral según nº de atendidos en 2011 e incidencia según EVADUR.
6.Estadísticos:T de Student(medias) y Xi cuadrado(proporciones).

RESULTADOS a.CULTURA DE SEGURIDAD
2012/2013:58/125 cuestionarios respondidos(100/169 entregados):21/29 adjuntos,16/41 residentes y 21/55 enfermeros.
*Comparación de 12 dimensiones(2012-2013):
-Similar:frec de eventos notificados(22%),trabajo en equipo(53%)y dotación de personal(18%)
-Más positivo:percepción de seguridad,aprendizaje organizacional,respuesta no punitiva a errores,apoyo de gerencia y trabajo en equipo
-Menos positivo:acciones de dirección,franqueza en comunicación,comunicación sobre errores y problemas en cambios de turno
*Mejora calificación del grado de seguridad de adjuntos (4.95-5.9)y residentes(5.4-6.8);peor enfermería(6.8-5.6)
*Residentes conocen procedimiento para notificar incidentes(de 56 a 73%)y adjuntos(de 63 a 68.9%).Enfermería de 66.6% al 26.8%.
b.ESTUDIO:Muestra de 273 casos válidos,homogénea en sexoy 48 años.83.9% es urgencia primaria.
*4.27% por incidente de seguridad previo,atendidos por residentes(59%)y estancia de 188.9 min. 86.3% alta a domicilio.
*20 pacientes con 21 incidentes;detectados inicialmente 12(1en historia clínica)y 9 de 260 encuestas telefónicas.Problemas con medicación o cuidados aplicados.Incidente llega al paciente sin ocasionar daño en 50%.Si hay daño(45%)es daño físico sin tto adicional en 37.5%.En 13 pac efectos generales (8 estrés)y relacionados con medicación en 6(50%mal manejo del dolor).
Atención no afectada en 12; nueva consulta o derivación en 5(ningún ingreso).
Causados por gestión en 7:1 pérdida de documentos y 6 espera prolongada.
Incidentes debido a un claro fallo en la actuación en 23.1%, evitable según opinión de pacientes en 28.6%.

DISCUSIÓN -Aumentan encuestas respondidas por la concienciación sobre seguridad.
-Aumento en percepción de seguridad,aprendizaje organizacional,apoyo de gerencia y trabajo en equipo,corrobora promoción y refleja elementos para mejorar calidad asistencial.
-Mejora entre médicos la calificación de seguridad y notificación porque adjuntos participan en estudio y a residentes se les imparte charla formativa en curso de iniciación de primer año.Peor resultados en enfermería por renovación de plantilla y equipo volante.
-Comparando con EVADUR (serv de urgencias; 2010) se evidencia 12% vs 7.3% +-3.1%,con repercusión de 54.9% vs 45%.
-Medidas para problemas detectados:analgesia desde triaje(manejo de dolor9 e inicio de ciclo de mejora en comunicación (evaluación empatía)

AUTORES: *ANTONIA CANTERO SANDOVAL; ROXANA ROJAS LUAN; HELENA ALBENDÍN IGLESIAS; MARÍA EUGENIA TORRES MARÍN; JUANA MARÍA MARÍN MARTÍNEZ; CAROLINA GARCÍA DOMÍNGUEZ.*

ID 401

TITULO EXPERIENCIA DE MEJORA ASISTENCIAL EN UN CENTRO DE SALUD: PUESTA EN MARCHA DE LA TELE-DERMATOLOGIA

OBJETIVOS Mejorar la resolución del médico de familia en lesión dermatológica y dermatoscopia
Garantizar la continuidad asistencial, mejorar la comunicación entre niveles asistenciales y racionalizar la lista de espera en dermatología
Reducir el tiempo en el diagnóstico y tratamiento de lesiones malignas dermatológicas así como aumentar su detección.

MATERIAL Y METODOS Una lista de espera en dermatología en nuestro ámbito, de más de 1 año, junto con la dificultad en tener especialistas de referencia, y la detección de retraso importante en el diagnóstico y tratamiento de lesiones malignas dermatológicas, genera una iniciativa, propiciada por la dirección y de acuerdo con el servicio de dermatología hospitalaria de referencia, encaminada al uso de la tele-medicina en nuestro centro de salud.
El sistema se instaura en agosto de 2011, con la dotación del centro de salud de una cámara fotográfica y un dermatoscopio acoplable. Se realiza un curso de dermatoscopia en octubre de 2011 y entrenamiento en el uso del portal externo y de soporte técnico (cámara y dermatoscopia) y se designa una referente del proceso, con el objetivo de formar a todos los médicos en la técnica asumiendo cada uno sus pacientes. Al inicio se utilizó como vía de contacto el correo electrónico, para luego usar la plataforma externa a la historia clínica informatizada., así como una revisión de las derivaciones en lista de espera.
El proceso se inicia con la detección en consulta de una lesión dermatológica dudosa, el médico realiza una foto, y posteriormente se envia imagen y consulta por la plataforma . Se confirma la recepción de imagen, y en el plazo máximo de 7 días, responde el especialista en la misma plataforma, con valoración, actitud terapéutica, y citación al servicio de D si es tributario de cirugía. Durante este tiempo se han mejorado partes del circuito: citación simultánea en agenda hospitalaria, centralización del equipo, resolución incidencias.

RESULTADOS Se ha detectado un incremento progresivo del uso de la técnica por los profesionales sanitarios, tanto en número como en frecuencia de uso.
El tiempo entre la tele-consulta y respuesta por dermatóloga es entre 1 y 7 días, y la lista de espera ha descendido sensiblemente (a finales de 2012 de 3 meses)
Ha aumentado la detección precoz y en estadios muy iniciales de lesiones malignas.

DISCUSIÓN La tele dermatología puede ser una herramienta clave y efectiva en la detección de lesiones potencialmente malignas y malignas sin prácticamente espera, con una mejora en la calidad asistencial y la satisfacción del paciente y, por ende, de los profesionales.
Se ha de buscar estrategias de mejora para incrementar esta competencia profesional y mejorar el proceso técnico para minimizar problemas e incrementar la calidad y rapidez en el proceso.
Es una oportunidad ampliar su uso en otro tipo de lesiones dermatológicas.

AUTORES: *MERCEDES ALVAREZ LUY; DOLORES SERRA FARRIOL; SILVIA ONRUBIA CASTRO; ESMERALDA RECASENS OLIVA; MARIA BADENES MEZQUITA; MA MAR JUAREZ LAIZ.*

ID 402

TITULO LOS FORMULARIOS CONJUNTOS PRIMARIA-ESPECIALIZADA FACILITAN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS Y BENEFICIAN AL PACIENTE

OBJETIVOS 1. Disponer de un sistema de recogida de datos estructurados en la Historia Clínica Electrónica 2. Conseguir que la información que proviene de Primaria y Especializada pueda ser relevante y útil para el paciente y los profesionales 3. Almacenar, explotar la información y facilitar las diferentes intervenciones de las que es objeto el paciente destinatario de la atención sanitaria. 3. Permitir estructurar procesos asistenciales.

MATERIAL Y METODOS Área de actuación: Atención Primaria y Especializada (36 especialidades). Bibliografía: Formularios, Test y Escalas Internacionales y Nacionales (Ejemplo: Barthel, Tanner, Katz, AVD, Glasgow, Aminof, Painad, Blankire, Tinneti, Boston, Blantyre, Delirium Rating Scale, Glasgow Outcome Scale, Wartenberg, Granger, McGill-Melzack, EADG, HDRS, Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE), PDQ-39 (ISAPD), etc. Se han creado 96 grupos multidisciplinares compuesto por profesionales de Osakidetza para crear formularios específicos que permitan el control y seguimiento de patologías concretas. Tecnología usada: Microsoft Visual Studio 2008, .NET Framework 3.5 SP1 y Microsoft Team Foundation Server 2008. Variables utilizadas en AP:. En especializada Ámbito: General, Centro y Servicio. Tipo: Principal y Secundario Variables: Fecha, Texto, Número, Decimal, Boleano, Selección, Imagen, Selección con Valor, y Resultados con Escala. Explotación: Fórmulas matemáticas o algebraicas pertenecientes a una o varias categorías con conversiones entre cifras expresadas en diferentes unidades de medida, volúmenes, etc.

RESULTADOS 1. Disponemos de 5.634 DBP (Datos Básicos del Paciente) 2. Se han realizado un total de 286 Formularios entre Principales y Secundarios, y se han aplicado a 2.856 pacientes 3. Mediante un link se traslada el formulario, test o escala, directamente al evolutivo del paciente, con lo que está accesible en el ebook de la historia clínica. 4. Todos los formularios se comparten tanto en atención Especializada como en atención Primaria, permitiendo una visión evolutiva del paciente 5. Son los propios profesionales los que diseñan los formularios consensuados corporativos 6. Se diseñan formularios específicos para control de tratamientos de alto coste o agresivos, como el de la Triple Terapia en Hepatitis C Crónica 7. Se estructuran procesos como el embarazo-parto-puerperio, o programas como la atención al paciente pluripatológico, que permiten el control y seguimiento de las pacientes durante todo el proceso asistencial. 8. La satisfacción de los profesionales ha sido del 92%.

DISCUSIÓN Los formularios han resultado adecuados para estructurar la información y presentarla de forma cronológica, siempre están disponibles para cualquier profesional y en cualquier ámbito, permiten la estandarización de los datos, facilitan la toma de decisiones clínicas y permiten estructurar procesos asistenciales, lo que ha redundado en un beneficio para los pacientes.

AUTORES: *OSCAR ALVAREZ GUERRAS; JON GALLO RUIZ; ANA BLANCA YOLLER ELBURGO; MARIA TERESA MADRID CONDE; MIKEL OGUETA LANA; RAFAEL SÁNCHEZ BERNAL.*

ID 403

TITULO Asociación entre consumo de tabaco en ambiente familiar y la patología pediátrica en el área sanitaria de Puente Genil

OBJETIVOS Estudiar la posible asociación entre la exposición domiciliaria al humo del tabaco (tabaquismo pasivo (TP)) y la aparición de patología, sobre todo respiratoria, en la infancia en el área de influencia del HAR de Puente Genil.

MATERIAL Y METODOS Estudio de cohortes con período observacional de 12 meses en la población infantil de 0-14 años adscritos a los centros de Salud del área de Puente Genil. El seguimiento se realizó en las consultas de Pediatría y en el Servicio de Urgencias del HAR de Puente Genil,a través de un cuestionario epidemiológico y un cuestionario clínico que recogerá los datos de cada episodio patológico del paciente en el tiempo de seguimiento. El análisis estadístico de los datos se realizó en un programa SPSS versión 18 mediante test de t de Student para datos paramétricos y Chi cuadrado de Pearson para no paramétricos.

RESULTADOS El periodo de seguimiento se extendió entre el 1 de mayo de 2010 y 31 de marzo de 2011. El número total de pacientes reclutado fue de 150 de edades comprendidas entre 0 y 14 años, dos de ellos han sido excluidos del estudio final por cambiar el hábito tabáquico familiar durante el periodo de seguimiento. La edad media de los pacientes fue de 5,22±3,69 años, siendo el 56,8% hombre y el 43,2% mujeres. El 56,1% de todos los pacientes carecían de antecedentes personales de patología de vías respiratorias altas y el 32,4% presentaban antecedentes de patología de vías respiratorias bajas (asma, bronquitis/bronquiolitis o neumonía). El 13,5% estaban recibiendo tratamiento de forma crónica para algún tipo de patología respiratoria y habían sufrido algún ingreso hospitalario el 30,4% de los pacientes. El 19,6% de las madres había fumado durante la gestación, teniendo niños con un peso medio de 3,08±0,52kg mientras que las madres no fumadoras fue de 3,35±0,54kg (p=0.022).
Del total de pacientes analizados, el 56,8% presentaba uno o los dos progenitores fumadores habituales en el hogar familiar. El número medio de episodios clínicos del grupo total de pacientes fue de 8,47±5,9, siendo de 8,39±5,4 para aquellos que presentaban TP y de 8,58±6,6 los que no lo presentaban (p=0.190). Por patologías, los diagnósticos encontrados fueron: 51.4% patología de vías respiratorias altas, 8,9% de vías respiratorias bajas, 12,8% patología traumatológica, 2,7% patología dermatológica, 6% patología digestiva, el 15,5% otros diagnósticos y no pudo ser recogido en el 2,7%.

DISCUSIÓN El hábito tabáquico es una situación muy extendida entre la población de nuestra área sanitaria. En ella, el peso de los recién nacidos de madres fumadoras es estadísticamente más bajo que el de aquellas no fumadoras, sin embargo el número de episodios clínicos no presenta diferencias significativas entre aquellos niños que padecen tabaquismo pasivo y los que no. El motivo de consulta más frecuente en nuestra población es la patología de vías respiratorias bajas.

AUTORES: *PEDRO MANUEL CASTRO COBOS; MARÍA DEL PILAR ROMERO BLANCO; GEMA MARÍA PÉREZ GODOY; FRANCISCA BALLESTEROS CASTILLO; EVA MARÍA GAÑÁN GARCÍA; FRANCISCO SÁNCHEZ MOLINA.*

ID 404

TITULO CALIDAD Y SEGURIDAD CLÍNICA: NORMALIZACIÓN EN UN GRUPO SANITARIO

OBJETIVOS El Sistema de Gestión de Calidad (SGC) de idcsalud cuenta con diez años de experiencia, advirtiéndose carencias o proyectos no desarrollados. El desarrollo de estos y la subsanación de aquellas es el objetivo primordial de la normalización emprendida.

MATERIAL Y METODOS A fin del año 2011, se halla implantado en la Organización un SGC maduro; hay 13 centros con certificación integral según Norma 9001:2008, 2 centros acreditados según el modelo para la "Acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña", dos centros con acreditación óptima según el modelo de la Fundación Ad Qualitatem, 4 procesos con certificación independiente, según norma ISO 9001:2008, y un centro con certificaciones en Gestión medioambiental (Norma ISO 14001) y en Gestión energética (Norma ISO 500001).
Oportunidades de mejora detectadas: Inexistencia de un responsable de SP corporativo. Inexistencia de CI normalizados. Inactividad del Comité de Direcciones Enfermería. Desconocimiento de valores de la Compañía. Inexistencia Plan de Comunicación Interna. Falta de integración de Medio Ambiente y Eficiencia Energética con el SGC.
El Plan Estratégico (2012-2015) de la organización establece, entre otras, las siguientes líneas de trabajo: Seguridad clínica. Calidad: CI. Proyecto enfermería. Cultura y valores. Comunicación interna. Servicios generales.

RESULTADOS La organización constituye los siguientes grupos:
Comité de seguridad clínica. Ha actualizado los procedimientos corporativos, ha realizado cálculo de complejidad de los centros del grupo, ha realizado una encuesta de seguridad a los profesionales, ha establecido un cuadro de mandos de SP (45 indicadores) e implementado un check list de seguridad quirúrgica.
Comité de normalización del consentimiento informado. Se han recopilado los consentimientos de todos los Centros, agrupado por especialidades, establecido un formato marco común; digitalizado la entrega y firma de dicho CI en un centro piloto; se está normalizando el CI por especialidades; se ha realizado seguimiento mediante auditoría del estado de la normalización.
Comité de enfermería. Se ha establecido un cuadro de mandos común, subcomités que están para UPP, registros enfermeros (fase 1), plan de acogida, proyecto de trato y tratamiento…
Comité de valores. Realizada encuesta de valores a los equipos directivos, también informes de reclamaciones e informes de encuestas de satisfacción vinculados a valores. Elaborada propuesta de valores para la organización y la presentación de proyectos de Excelencia.
Grupo de trabajo multidisciplinar para la definición de Plan de Comunicación Interna. Ya presentado a Dirección y en establecimiento de las acciones precisas para su total implementación.

DISCUSIÓN Pese a la complejidad y diversidad de la Organización es posible, mediante la sistemática de grupos de trabajo multicéntricos, dinámicos y participativos establecer elementos efectivos, que ya ha dado fruto y que permiten planificar y establecer acciones de mejora en los próximos años

AUTORES: *LAURA ALFARO CADENAS; MARIO BLANCO RODRÍGUEZ; ELENA ARIAS MENÉNDEZ; NURIA DIAZ AVENDAÑO; DOLORES PITA TENREIRO; LORETO DOMINGUEZ APARICIO.*

ID 408

TITULO FACTORES DE RIESGO VASCULAR PARA PACIENTES TRATADOS EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA DE REHABILITACIÓN

OBJETIVOS Describir las características principales de una muestra de pacientes que han sufrido enfermedad cerebrovascular (ECV) y que son tratados ambulatoriamente en una unidad de rehabilitación hospitalaria, averiguando cómo repercute el tratamiento en su recuperación funcional. Analizar una serie de factores de riesgo, cuyo reconocimiento y control es imprescindible para disminuir la aparición de estas enfermedades.

MATERIAL Y METODOS Estudio Observacional prospectivo de 67 pacientes que asistieron a rehabilitación ambulatoria en el Complejo Hospitalario Torrecárdenas de Almería, entre 2008 y 2012.
La valoración antes y después del tratamiento incluyó información relativa a las características de los pacientes: sexo, edad, cuidador principal y tipo de ictus según los criterios del Oxford Community Stroke Project. Se registraron otros antecedentes de la historia clínica hospitalaria como la hipertensión arterial, ECV previa, Diabetes Mellitus, enolismo, tabaquismo, fibrilación auricular, cardiopatía isquémica, valvulopatía, hemopatía conocida, hepatopatía, neuropatía, migraña previa, demencia, dislipemia y tratamiento antiagregante. La principal medida de resultado consistió en evaluar la recuperación funcional a través del índice de Barthel para la determinación del grado de dependencia del paciente en el desempeño de las ABVD en función de la puntuación obtenida: total (20), grave (20-35), moderada (40-55), media (60) e independiente (100).

RESULTADOS La muestra estuvo compuesta por un 64,2% de varones. El origen del ictus fue en un 83,6% isquémico. Los antecedentes personales y factores de riesgo con mayor prevalencia fueron la hipertensión arterial (65,7%); ECV previo (29,9%); Diabetes mellitus (26,9%); Tabaquismo (22,8%); Fibrilación auricular, cardiopatía isquémica y valvulopatía (19,4%); Dislipemia (12,1%); Demencia previa (11,9%); Hepatopatía (6%); Neuropatía (4%). La funcionalidad para las ABVD se midió con el índice de Barthel inicial (media: 36,11) y final (media: 58,49); realizada la prueba T de Student ($t = -9,26$; $p < 0,001$), indicó que existieron diferencias estadísticamente significativas tras el tratamiento realizado, donde se pasó de una dependencia grave a una dependencia moderada casi media hacia la independencia.

DISCUSIÓN La hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el tabaquismo, la fibrilación auricular, las dislipemias, son factores de riesgo cerebrovascular modificables, que se han hallado en elevado porcentaje en los pacientes evaluados en una unidad de rehabilitación hospitalaria. Es importante realizar campañas de sensibilización e información en la población para prevenir en primer lugar la aparición de las mismas; y secundariamente, detectar estos factores, para incidir en su control que podría disminuir la incidencia y recidiva de una patología tan invalidante como es la vascular. Se observa una mejora de la situación funcional del paciente, una vez realizado un tratamiento fisioterápico.

AUTORES: *REMEDIOS LOPEZ LIRIA; ROCIO GRANADOS VALVERDE; FRANCISCO ANTONIO VEGA RAMIREZ; CARMEN PAYAN IBARRA; INMACULADA LOPEZ MULERO; AMELIA GARCIA LUENGO.*

ID 410

TITULO COMO EVALUAR LA CALIDAD DEL TRIAJE QUE REALIZAN LOS PROFESIONALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: INDICADORES DE VALIDEZ

OBJETIVOS Se definió, según la bibliografía, que el nivel de triaje asignado por el profesional del Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) en el Sistema Español de "Triaje" (SET) con 5 niveles, era válido (útil y relevante) cuando asignaba un nivel de prioridad a los pacientes que realmente estaban en ese nivel o "estándar de oro", constituido por el concepto "Ingresado, Trasladado o Fallecido" (ITF); por tanto, "a priori", a más nivel de gravedad/urgencia (I, II, III), mayor % de ITF. Se detecta, en la práctica, una gran dificultad para evaluar de forma fácil, rápida y fiable, la validez/calidad y adecuación del triaje. El objetivo de la comunicación consiste en presentar, de acuerdo con la literatura existente, el estudio observacional realizado sobre la propuesta de dos indicadores, su aplicación y los resultados obtenidos en un análisis comparativo de la casuística en 2010, 2011 y 2012 del triaje realizado, con la finalidad de sugerir la idoneidad de dichos indicadores y su capacidad para medir la validez/calidad con la que los profesionales realizan el triaje.

MATERIAL Y METODOS El SET, integrado en la historia clínica informática y realizado por enfermería, se realiza en todas las especialidades, excepto en el dispositivo ambulatorio de urgencias banales (ubicado fuera del SUH). Los 2 indicadores principales propuestos, de acuerdo a la bibliografía analizada, son (los estándares "E", se describen en el apartado de "resultados"): 1º., en los pacientes CON TRIAJE realizado, el % de pacientes con ITF en cada nivel de triaje (I, II, III, IV y V); y, 2º., en los pacientes SIN TRIAJE realizado, el % de pacientes con ITF.

RESULTADOS El centro, un hospital general comarcal, dispone de 300 camas e ingresa anualmente 19.000 pacientes. Se incluyeron en el estudio un total de 72.434 pacientes (2010), 72.368 (2011) y 90.749 (2012) (aumento asociado a la incorporación del triaje de las nuevas especialidades). La huella digital por niveles ha sido en cada año: nivel I (0,14%, 0,08% y 0,07%), II (5,5%, 2,6% y 2,2%), III (32,7%, 31,6% y 29%), IV (43,9%, 46,8% y 52,8%) y V (17,65%, 18,81% y 15,8%). Los resultados por indicadores han sido, respectivamente, durante los 3 años de análisis: 1º., en cada nivel de triaje los pacientes con ITF han sido por nivel: I (47%, 39% y 54%) (E 90%), II (34%, 38% y 36%) (E 50%), III (18%, 19% y 21%) (E25%), IV (7%, 7% y 6%) (E 5%) y V (4%, 7% y 4%) (E 2%); 2º., en los pacientes SIN TRIAJE realizado, el % de pacientes con ITF (14%, 18% y 14%).

DISCUSIÓN Los resultados de nuestro centro, si bien tienden a mejorar en el último año, confirman la necesidad de realizar unas amplias acciones de mejora para aumentar la validez/calidad del triaje realizado.

AUTORES: *ANDREU ALOY DUCH; JOSEP RIFÀ SOLSONA; ROSA Mª SABATER RAGA; EVA SÁNCHEZ MOLINA; BERNAT SÁNCHEZ CUADAL; PILAR MARZUELO FUSTÉ.*

ID 411

TITULO REDUCIR LA INCIDENCIA DE RESISTENCIAS BACTERIANAS ES FACTIBLE: RESULTADOS DE UN PLAN DE ACTUACIÓN INTERDISCIPLINARIO

OBJETIVOS Describir los resultados de un plan de intervención interdisciplinaria en diferentes ámbitos, médico, enfermería y de higiene, con el fin de disminuir la incidencia de infección nosocomial por Pseudomonas aeruginosa multirresistente (PSAUmR) en un hospital general.

MATERIAL Y METODOS Se realizó un estudio prospectivo de incidencia durante 6 años en un hospital general de 300 camas de ámbito comarcal (estudio de portadores y casos nuevos), mediante una fase de preimplantación (2007-2010), la implantación del plan (2010) y la fase de postimplantación (2011-2012) con la valoración de los resultados obtenidos de todos los pacientes en los que se aisló PSAUmR en alguna muestra, sea de cribaje o significado clínico, de forma activa y continuada durante el tiempo de seguimiento, excluyendo el análisis de infecciones; se realizó el análisis epidemiológico de las cepas mediante electroforesis en campo pulsado. El plan de actuación abarcó 2 áreas importantes de mejora: 1. Unidades de hospitalización con a., la actualización y elaboración protocolos; b., la formación y difusión del procedimientos; c., la vigilancia y adecuación antibiótica, de la higiene de manos y de los aislamientos; d., la vigilancia del cateterismo vesical; e., la prevención y vigilancia de la infección respiratoria nosocomial; f., compra de escáneres vesicales y; g., la vigilancia, mantenimiento y limpieza del equipamiento sanitario. 2. Hosteleria e higiene hospitalaria: a., revisión y actualización de procedimientos; b., monitorización de la limpieza hospitalaria y; c., compra de termodesinfectadoras. Finalmente como indicador de resultado, se evaluó la incidencia de infección por PSAU mR en ambos períodos.

RESULTADOS Preimplantación del plan se apreció un aumento de PSAU mR del 105% de casos (55 en 2007 y 113 en 2010) y se demostró clonalidad en el 87,5% de las cepas; postimplantación se detectó un descenso del 82% de casos con muestra positiva (de 113 y 62 respectivamente en 2010 y 2012). Este descenso fue principalmente debido a una reducción de los casos nosocomiales en un 155% (pasaron de 70 casos en 2010 a 25 casos en 2012).

DISCUSIÓN El plan implantado interdisiciplinar, coordinado por un equipo de control de infección, ha permitido disminuir la infección nosocomial de la PSAUmR, a partir de una intervención conjunta interdisciplinaria en la consecución de objetivos de calidad, actuando a diferentes niveles: organizativo, higiene, inversión económica, formación y protocolización.

AUTORES: *ANDREU ALOY DUCH; ROSA Mª VÁZQUEZ SÁEZ; Mª DOLORS NAVARRO SOLÀ; JORDI CUQUET PEDRAGOSA; CARMINA MARTÍ SALA; Mª ÁNGELES PULIDO NAVAZO.*

ID 412

TITULO COMO MOTIVAR, EN TIEMPOS DE CRISIS, A PROFESIONALES Y CIUDADANOS: "FORO 2012 SOBRE SEGURIDAD Y CALIDAD"

OBJETIVOS Describir la experiencia del hospital en la organización y desarrollo durante el año 2012 de un "Foro sobre Seguridad y Calidad", a modo de objetivo "estrella" anual, dirigido tanto a profesionales, asistenciales y no asistenciales, como a ciudadanos, con la realización de actividades científicas en un formato de "Maratón Científica" y socioculturales, para motivar y promover el intercambio de experiencias y de investigación en el ámbito científico y sociocultural en cuanto a Seguridad y Calidad (SyC), además de la participación directa del ciudadano en estas temáticas.

MATERIAL Y METODOS El centro hospitalario dispone de 300 camas y un total de 1600 trabajadores. Se elaboró durante el primer semestre de 2012 el proyecto "Foro", como objetivo "estrella" anual de la organización. Se constituyeron los grupos organizadores de las 3 áreas del Foro: a) el área científica para profesionales, b) el área sociocultural para profesionales, y c) el área sociocultural para ciudadanos. Se ofreció apoyo metodológico desde el comité científico, y se realizaron encuestas de evaluación y satisfacción. Se acreditó la "Maratón científica" con créditos de formación.

RESULTADOS Globalmente, se realizaron el 100% del total de las 12 macroactividades programadas en SyC, con la participación de unos 600 (40%) profesionales en una o varias actividades programadas. 1º En el área científica, 20 profesionales participaron en el "Nutrition Day", y durante la "Maratón Científica" de 1 día se presentaron 120 comunicaciones orales y participaron 400 profesionales; 2º en las actividades socioculturales para profesionales fueron 566 los participantes en: 3 concursos ("Fotografía", "Buenas Ideas", y "Preguntas Autoevaluativas"), 1 "Libdup" (vídeo musical de profesionales), y 3 foros-debate; 3º en las actividades socioculturales para los ciudadanos fueron 165 los participantes en: 2 charlas-taller en 2 grupos escolares (120 participantes); actividad de voluntariado de 15 alumnos; y, un foro ciudadano con 30 participantes entre pacientes y médicos. El Foro terminó el día 23-11-2012 con una cena clausura y la participación de 200 profesionales. La satisfacción media de los profesionales fue de 8,2, y en el 2013 prosiguen su desarrollo en la actualidad 20 (50%) de los proyectos presentados.

DISCUSIÓN Todo el año 2012 pivotó alrededor del "Foro" sobre SyC, siendo muy alta la participación y la satisfacción global de los profesionales. Actividades y temáticas combinadas como la seguridad, la calidad, el conocimiento, la investigación y el intercambio de experiencias en el ámbito científico son, siempre, elementos clave de interés para promover la motivación, la coresponsabilización de los profesionales, y contribuir a la mejora del clima laboral en tiempos de crisis.

AUTORES: *RAFAEL LLEDÓ RODRÍGUEZ; ANDREU ALOY DUCH; EVA MARTÍN SÀNCHEZ; ANNA BENAVENT NAVARRO; VICTÒRIA REMEDIOS ROMAN; PILAR OTERMIN VALLEJO.*

ID 413

TITULO ADECUACIÓN RADIOLÓGICA EN LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES. VALOR DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.

OBJETIVOS 1)Incrementar la seguridad de los pacientes en materia de protección radiológica procedente de radiaciones ionizantes de carácter sanitario, en consonancia con la normativa legal vigente, integrando el concepto de adecuación radiológica en los protocolos asistenciales. 2)Definir protocolos de actuación conjuntos clínico asistenciales en áreas ineficientes para ambos niveles. 3)Consensuar las indicaciones de las pruebas radiológicas necesarias derivadas de los protocolos clínicos. 4)Utilizar los recursos de forma segura, racional y eficiente. 5)Generar una percepción positiva del cambio en los profesionales implicados.

MATERIAL Y METODOS Grupo de trabajo estable con participación de profesionales de atención primaria y especializada. Reuniones de grupo. Análisis de los procesos asistenciales más ineficientes con pruebas radiológicas implicadas. Selección de cuatro áreas de mejora: Lumbalgia, cervicalgia, hombro doloroso, y patología del pie. Elaboración de algoritmos consensuados de manejo de esta patología, con criterios de derivación desde AP a AE y viceversa. Integración del concepto de adecuación radiológica y seguridad de los pacientes en materia de radiación ionizante en los protocolos asistenciales. Difusión y consulta al resto de profesionales de AP y AE. Implantación de los protocolos en ambos niveles

RESULTADOS Periodo 2010-2012: 1)Reducción del número de rx cervical 1772(73,6%), rx lumbar 3029(66,2%), rx hombro 1779(69,9%), rx pie 398(54,6%). Reducción total rx del periodo: 6978(68.08%). 2)Estimación de la dosis de radiación ionizante evitada utilizando rx tórax como unidad: a modo de ejemplo, los estudios de columna lumbar o cervical equivalen a 60 y 130 radiografías de tórax respectivamente; en el periodo evaluado el proyecto evita aplicar a nuestros pacientes la misma radiación que resultaría de realizar más de 500.000 rx de tórax. 3) El gasto evitado estimado de recursos económicos está en torno a los 79518 € en concepto de coste de pruebas, sin incluir los coste asociados de recursos humanos. 4)Disminución de la lista de espera de pruebas de imagen; en junio-octubre de 2010 la espera media osciló entre 2.5 y 3 meses, no existe lista de espera en la actualidad. 5)Disminución de 7,1 puntos (41%), en la tasa de derivación a radiología pactada en el Contrato Programa de los centros de salud participantes, sin incremento significativo de la tasa de derivación a traumatología 0,1 (0,1%), en el mismo periodo

DISCUSIÓN La significativa reducción de radiación evitada refuerza el objetivo inicial relacionado con la seguridad de los pacientes y adecúa los protocolos asistenciales trabajados a las recomendaciones legales europeas y nacionales en materia de protección radiológica frente a radiación ionizante de tipo sanitario. Los protocolos implantados entre niveles mejoran la calidad de la atención prestada, la derivacion entre niveles, la adecuación de las pruebas radiológicas,espera y la continuidad entre niveles. Optimizamos los recursos(gasto evitable) de nuestras organizaciones.

AUTORES: *PEDRO MEDINA CUENCA; PURIFICACIÓN HOLGUÍN HOLGADO; ANDRES RAMOS AMADOR; JULIO GARCÍA PONDAL; JOSÉ ENRIQUE VILLARES RODRÍGUEZ; INMACULADA GARCÍA FERRADAL.*

ID 414

TITULO IMPACTO EN SALUD DE UN PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO CON LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE DISFAGIA Y TEST DE CRIBAJE

OBJETIVOS Presentar los resultados de la implantación de un Protocolo de Disfagia (PD) y de Test de Cribaje de la Disfagia (TCD) a pacientes hospitalizados, liderado por un Equipo de Trabajo Interdisciplinario de Disfagia (ETID) en un hospital general comarcal, evaluando el procedimiento y sus indicadores de resultado en un subgrupo de pacientes de riesgo diagnosticados de neumonía (comorbilidad y mortalidad)

MATERIAL Y METODOS Hasta el 2010 se realizaba el "Test del agua" en Geriatría y en la Unidad de Ictus. En el hospital, se constituyó el ETID que en el año 2011 supuso la implantación de un nuevo PD, la introducción del TCD para evitar efectos adversos no deseados y su informatización; se definió el cronograma para su implementación en las unidades más relevantes de Medicina/Geriatría, y se organizaron sesiones formativas. Se describen 2 estudios diferenciados sobre el manejo de los pacientes con disfagia en dos vertientes interrelacionadas, pre-(2009/2010) y post-implantación (2011/2012) del Protocolo y Test de Cribaje de la Disfagia: 1º se realizó un análisis de prevalencia en el período postimplantación con los resultados del índice de su cumplimiento (diagnóstico de ingreso, criterios de realización, y dieta pautada); y, 2º se realizó un estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes que ingresaron en nuestro centro con neumonía también en ambos períodos, analizando su tratamiento con espesantes, los reingresos hospitalarios y la mortalidad, centrándonos además en un subgrupo de pacientes con neumonía y disfagia.

RESULTADOS En el 1º estudio, respecto al cumplimiento del TCD, se evaluaron 533 pacientes con criterios de realización del TCD en un 39%, en los cuales se realizó el test en el 52% de los mismos. En el 2º estudio, se incluyeron 896 pacientes, 451 en el pre- y 445 en el post-, sin diferencias significativas en sexo, pero sí en edad (63 vs 67 años; P=0.03) y GRD (1,6 vs 1,85; p=0.03); no se detectó un aumento en la prevalencia de disfagia (34,1% vs 36,4%, p=0,26), fueron tratados con espesantes por disfagia (14,9% vs 22,7%; p=0,002), y reingresaron menos por neumonía (5% vs 2,7%; p=0,04); en el subgrupo de 316 pacientes con neumonía y disfagia (154 pre-, 162 post-) con mayor GRD en el post (2 vs 2,3; p=0,01) se trataron más pacientes (43,5% vs 62,3%; p=0,001), y disminuyeron los reingresos por neumonía (14,9% vs 4,9%, p=0.002) y la mortalidad (29,7% vs 16%; p=0,003).

DISCUSIÓN A pesar de la mayor comorbilidad en el grupo postimplementación, al primer año del inicio del protocolo se ha conseguido aumentar en un 8% el tratamiento de la disfagia, disminuir un 10% los reingresos por neumonía en los pacientes con disfagia, y la mortalidad en un 14% en pacientes con neumonía y disfagia. El estudio demuestra la alta prevalencia de la disfagia en el ámbito hospitalario, la prioridad en aumentar el porcentaje de la realización del test con el importante beneficio que ello conlleva, su tratamiento y el trabajo en un ETID.

AUTORES: *ROSA Mª SABATER RAGA; MARIA SAGALÉS TORRA; NURIA SOLER BLANCO; DOLORES COCHO CALDERÓN; ANDREU ALOY DUCH; GEMMA PUJOL MARTÍN, Y "EQUIPO DE TRABAJO INTERDISCIPLINARIO DE DISFAGIA (ETID)".*

ID 416

TITULO MEJORA DE LA CALIDAD Y ADAPTABILIDAD DE UNA BIBLIOTECA HOSPITALARIA: ANÁLISIS DE UNA DÉCADA DE APOYO AL CONOCIMIENTO

OBJETIVOS Describir el grado de mejora de los indicadores clave del proceso "Biblioteca" durante la última década en un hospital general universitario respecto a calidad, la eficiencia, la adecuación a las nuevas tecnologías y la adaptabilidad del servicio, comparando los datos del período anterior a 2007 respecto al actual hasta 2012.

MATERIAL Y METODOS El centro, un hospital general universitario, dispone de 300 camas y trabajan en el mismo 1600 profesionales, de los cuales 100 cursan la Formación Sanitaria Especializada (FSE). El "proceso estratégico de la Biblioteca" tiene como misión organizar y desarrollar los recursos y los servicios de información relacionados con el conocimiento científico. Se ha recogido la información de ambos períodos (antes de 2007, y posterior hasta 2012) describiendo un total de 10 indicadores: A. De calidad (1º número de solicitudes internas, 2º externas, 3º sesiones docentes anuales, 4º objetivos alcanzados, y 5º reuniones de la Comisión); B. De eficiencia (6º coste de los recursos, y 7º horas de trabajo de la bibliotecaria); C. De adecuación tecnológica (8º plataformas); y, D. De adaptabilidad (9º en superficies-m2, y 10ª núm. de usuarios presenciales/e-mails/vía web)

RESULTADOS Los datos se describen comparados en dos períodos descritos (antes de 2007, y posterior hasta 2012) respectivamente: A. Indicadores de calidad: de 1495 peticiones internas han pasado a las 1904 y en peticiones externas de 387 a 724; realizadas 2 sesiones formativas anuales, respecto a 26 sesiones. Se ha alcanzado el 100% de objetivos anuales y se han aumentado hasta 3 reuniones anuales de la Comisión en 2012. B. Indicadores de eficiencia: el gasto en recursos ha pasado de € 57.676,25 a € 31.787,64, manteniendo prácticamente el número de accesos y la rapidez en la obtención de los documentos, con las mismas horas de dedicación del personal bibliotecario (25 semanales), a pesar del aumento de profesionales totales desde 1000 a 1600, y de 60 a 100 FSE en la actualidad. C. Indicadores de adecuación tecnológica: se ha pasado del formato papel (100% en 2004) al formato electrónico (100% en 2012) con la implementación ILL17 (gestor de solicitud de revistas) y Netvibes (plataforma en: http://www.netvibes.com/bibliotecahgg#Inici). D. Indicadores de adaptabilidad: cambios estructurales pasando de una superficie de 120 m2 a 50 m2 transformando la biblioteca presencial en semipresencial/virtual, obteniendo un gran aumento de visitas "on line" desde los 1.774 a 6.276.

DISCUSIÓN La misión y las funciones de la biblioteca son las mismas en la última década mejorando, sin embargo, la calidad, la eficiencia, la adecuación a las nuevas tecnologías y la adaptabilidad del servicio para potenciar y dar apoyo al conocimiento científico.

AUTORES: *EVA MARTÍN SÁNCHEZ; GEMMA ARMENGOL ROCA; FRANCESC XAVIER SUBIRANA POZO; NÚRIA ROSON GRADAILLE; ANDREU ALOY DUCH; RAFAEL LLEDÓ RODRÍGUEZ.*

ID 418

TITULO DISMINUCIÓN DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL CON UN PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO DE MEJORA DEL SONDAJE VESICAL EN GERIATRIA

OBJETIVOS Describir los resultados de un programa de intervención interdisciplinaria en diferentes ámbitos, médico y de enfermería, con el fin de disminuir el uso de las sondas urinarias, la incidencia de infección nosocomial y la estancia media en una Unidad de Geriatría de Agudos (UGA) de un hospital general.

MATERIAL Y METODOS El programa se midió mediante la realización de 2 estudios: Un 1º estudio cuasi-experimental con diseño antes (marzo-mayo 2010) - después (marzo-mayo 2011) de una intervención que consistió en sesiones formativas, un protocolo enfermero consensuado de retirada de sonda urinaria, y la utilización por parte de enfermería de un detector escáner ecográfico no invasivo (Bladder-SCAN) para descartar en 1-2 minutos una Retención Aguda de Orina (RAO) (con un margen de error del ultrasonido del 100 ml) sin realizar un sondaje vesical, o bien si el paciente ya lleva una sonda vesical y presentaba una sintomatología de RAO evitaba los lavados vesicales y/o los cambios de sonda. Un 2º estudio observacional de seguimiento prospectivo (septiembre 2010 a abril 2011) de pacientes consecutivos evaluados con el escáner ecográfico para detectar el % de evitación del sondaje vesical mediante el Bladder-SCAN, durante el período postimplantación del estudio anterior. Se aplicaron los estadísticos correspondientes para la comparación de variables cuantitativas entre grupos independientes.

RESULTADOS Estudio 1º correspondiente a 104 pacientes (media de edad de 85 años) ingresados en la UGA y repartida en 2 grupos con características similares (pre/post), observándose una reducción de la incidencia de sondaje vesical del 44% al 29%, así como una reducción de casos de sondaje vesical sin indicación tras la implementación del programa (25,4% vs 20,4%; p= 0.352). Se apreció una reducción de las infecciones de orina (24,4% vs 7,7%; p=0.023) y de la estancia media hospitalaria en 4 días (15,9 vs 11,54; p=0.019). El 2º estudio de seguimiento prospectivo se realizó durante 7 meses en 70 pacientes consecutivos evaluados con el Bladder-SCAN, en los cuales el 47,2% de ellos se les evitó un sondaje vesical.

DISCUSIÓN Al descartar una RAO mediante la utilización del Bladder-SCAN da una nueva oportunidad al paciente de realizar una micción espontánea, reeducar la vejiga urinaria, evitar procedimientos largos y traumáticos, y aumentar el tiempo de tarea educadora de la enfermera. La implementación de un programa interdisciplinario de intervención basado en la educación sanitaria, el desarrollo de un protocolo favorecedor de la retirada de la sonda y la utilización del Bladder-SCAN, permitió una menor incidencia de los sondajes vesicales, de la estancia media hospitalaria, de la infección urinaria nosocomial y el aumento de la seguridad clínica de los pacientes.

AUTORES: *ROSA Mª SABATER RAGA; RAQUEL BENAVENT BOLADERAS; NÚRIA MATEU OLIVÉ; NÚRIA PÉREZ MUÑOZ; SÍLVIA TANTIÑÁ FONTANET; ANDREU ALOY DUCH.*

ID 422

TITULO MEJORA DE UN PROTOCOLO DE INGRESOS PROGRAMADOS EN UN HOSPITAL GENERAL: UNA APUESTA POR LA CALIDAD

OBJETIVOS Mejorar la calidad en la atención al paciente con circuitos claros y protocolizados, agilizando la gestión del ingreso; mejorar la recepción al paciente y reducir los errores asociados al proceso.
Mejorar la calidad en la gestión de ingresos del hospital optimizando nuestros sistemas de información en los diferentes puntos de admisiones hospitalarias e incidiendo en horarios, tipos de ingreso, información al paciente y recursos utilizados.
Disminuir las estancias prequirúrgicas.

MATERIAL Y METODOS Se ha elaborado e implantado un nuevo protocolo de ingresos programados hospitalarios que describe con claridad los circuitos de gestión del proceso y las actuaciones específicas de todo el personal implicado. Periodo de inicio: enero de 2013.

RESULTADOS Se han consolidado dos puntos de ingreso programado; uno en Admisión Central, situado en el vestíbulo principal del hospital, en donde la UDCA recibe a los pacientes quirúrgicos de ese día formalizando su ingreso y un segundo punto en la Unidad gestión de camas, siendo Enfermería de la UDCA la que recibe a los pacientes programados, tanto quirúrgicos como médicos, en los turnos de mañana y tarde.
Los pacientes quirúrgicos programados que han de ser hospitalizados, y cuyas condiciones clínicas lo han permitido, han sido citados e ingresados el mismo día de su intervención quirúrgica.
El número de estancias prequirúrgicas en el primer cuatrimestre de 2012 fue de 4615, mientras que en el mismo periodo de 2013 ha sido de 3124 resultando 1491 estancias evitadas.
Así mismo, la Estancia Media prequirúrgica ha disminuido 0.16 días en el mismo periodo, pasando de 0.89 a 0.73.

DISCUSIÓN Se ha mejorado la accesibilidad de los pacientes a la hora de ingresar en el hospital lo que se ha traducido en una mejora de la percepción de la calidad de atención recibida.
Los circuitos de ingresos han mejorado, permitiendo que los pacientes se dirijan a puntos concretos y fáciles de localizar por lo que se han eliminado prácticamente en su totalidad las confusiones y errores al respecto.
La realización de los ingresos programados quirúrgicos el mismo día de la intervención ha supuesto una mayor comodidad para los pacientes, que pernoctan en casa la noche anterior a la intervención, así como un ahorro importante de estancias innecesarias en el hospital.
La implicación en el Protocolo de Ingresos entre los facultativos y demás profesionales que intervienen en el proceso ha sido completa por lo que la calidad de la gestión de los ingresos en el hospital ha mejorado sustancialmente.

AUTORES: *PILAR LUCAS MARTÍNEZ; SOFÍA CLAR GIMENO; JOSÉ ANTONIO MAYOR AMORÓS; CARMEN GAMERO GONZÁLEZ; ISABEL PÉREZ PÉREZ; CARMEN BEAMUD HUERTAS.*

ID 423

TITULO IMPACTO DEL PROYECTO NEUMONÍA ZERO (NZ) EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

OBJETIVOS Evaluación del impacto del proyecto NZ en los hospitales del Servicio Gallego de Salud desde la implantación de la intervención hasta el 31 de diciembre de 2012.

MATERIAL Y METODOS Estudio analítico de intervención.
Período de estudio: 1 abril 2011-31 diciembre 2012.
Intervención: paquete de medidas proyecto NZ.
Objetivo: disminución de la Densidad de Incidencia (DI) de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAVM) <9‰ días de ventilación mecánica (VM).
En el estudio incluimos las unidades de cuidados críticos con registros más de 12 meses.
Variables: nº de unidades participantes, meses de participación, pacientes ingresados, días de estancia, días de VM, nº de neumonías registradas, DI de NAVM, DI NAVM media en el período de estudio, neumonías evitadas, muertes evitadas (mortalidad atribuida 12% fuente ENVIN), días de estancia evitados (prolongación media estancia 18,5 días fuente ENVIN), costes evitados (coste día UCI 3.103 euros fuente MSSSI 2010), cumplimentación encuesta de cultura de seguridad AHRQ y profesionales formados.
Las variables de adherencia a las medidas básicas, medidas altamente recomendables y medidas del plan de seguridad integral(PSI) se estudian mediante una encuesta que se realiza anualmente a las unidades participantes en el proyecto diseñada por el grupo coordinador del SERGAS.
Utilizamos el registro informático NZ del MSSSI y registros propios (formación y adherencia a las medidas).
Análisis de datos Micosoft Office, Excel, 2010.

RESULTADOS En abril 2011 comenzamos con 13 Unidades y en diciembre-2012 participan activamente 18 Unidades. Disponemos de registros durante más de 12 meses de 14 unidades. Se han controlado 47.541 días de Ventilación Mecánica.
Hemos cumplido el objetivo (DI NAVM <9‰) 18 meses. Partimos de una DI NAVM en 2010 de 9,93‰ (ENVIN), La DI NAVM en 2012 fue 3,97‰. La DI NAVM media del período de estudio 2011-2012 fue de 5,76‰.
Con la intervención se han evitado 198 NAVM (reducción 42%, similar a la de España 42,9%), 24 muertes, 3.668 estancias que se traducen en un ahorro de 11.380.409 euros.
De las unidades incluidas en el estudio (14) han respondido al cuestionario de adherencia a las medidas incluidas en el proyecto NZ 12 unidades en 2011 (85,7%) y 13 unidades en 2012 (92,9%). Las medidas del plan de seguridad son las que presentan menor adherencia.
Se han formado 1147 profesionales on line y 368 profesionales en talleres presenciales de simulación. Destacar la alta participación del personal de enfermería (55%).
Han cumplimentado la encuesta de la AHRQ 483 profesionales antes de implantar la intervención NZ (en Bacteriemia Zero fueron 91).
Se ha facilitado periódicamente feedback a las Unidades y Gerencias con datos comparativos (Benchmarking)

DISCUSIÓN El paquete de medidas del proyecto Neumonía Zero ha sido efectivo y eficiente en nuestros hospitales traduciéndose en un importante descenso en la DI de NAVM y de costes en las unidades que las aplicaron más de 12 meses. Es necesario seguir trabajando en el PSI.

AUTORES: *M DOLORES MARTÍN RODRÍGUEZ; ENRIQUE ALEMPARTE PARDAVILA; M JOSÉ CASTRO ORJALES; M JOSÉ GUILLÉN VÁZQUEZ; FERNANDO MOSTEIRO PEREIRA; MERCEDES CARRERAS VIÑAS.*

ID 426

TITULO SISTEMAS DE GESTIÓN DE RIESGOS(GR): IMPLANTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE SISTEMAS DE GR SEGÚN LA NORMA UNE 179003 EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA.

OBJETIVOS Implantar (y mantener) Sistemas de GR utilizando la Norma UNE 179003 en los Hospitales de una Comunidad en el marco de la Estrategia del Servicio de Salud.
Mejorar la seguridad del paciente.

MATERIAL Y METODOS Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar para la implantación de la Norma 179003 integrado por 15 profesionales de 7 hospitales con formación en gestión de la calidad.
Creación de una plataforma web de trabajo colaborativo.
Formación a miembros del grupo en contenidos, requisitos de Norma y herramientas para la GR por un experto externo: 3 talleres 16 h en 2010 y 5 talleres de 5 h en 2011. Sistematización por el grupo de los procedimientos y elaboración de la documentación que exige la Norma. Aprobación de la política de GR por los gerentes de los 4 hospitales piloto. Los miembros del grupo han impartido formación en cascada en sus centros a profesionales de los Núcleos de Seguridad y servicios que iban a implantar la Norma.
En cada hospital se formó un grupo multidisciplinar para identificación de riesgos, definición de criterios para valoración del riesgo, tratamiento de riesgos, sistematización de procedimientos, diseño de registros necesarios para seguimiento del sistema, elaboración de documentación que exige la norma, coordinado por un responsable del sistema de GR nombrado por la dirección.

RESULTADOS Certificación (AENOR) en un Hospital Comarcal: Unidad de Hemodiálisis, diciembre 2011, y Laboratorio de análisis clínicos, marzo 2013.
Certificación (DNV) en otro Hospital en hospitalización médica, quirúrgica, oncológica, oncohematológica y de pacientes críticos desde su evaluación inicial hasta el alta, junio 2012.
Certificación (AENOR) en Unidad de Oncohematología de día de un Complejo Hospitalario octubre de 2012.
Realizada Fase 1 de auditoría de certificación (AENOR) en área de oncohematología de otro Complejo Hospitalario en 1º trimestre 2013.
Implantación en Radiología y Bloque quirúrgico de un 5º hospital. Este centro está completando documentación y registros para implantación del Sistema de GR y posterior certificación.
Formación de los integrantes del grupo coordinador 15 profesionales (6 médicos y 9 DUE). Impartido un taller para todos los centros de 8 h y 2 créditos a 40 alumnos en 2010 y otro de 30 h y 7.2 créditos en 2012. Colaboración con Ministerio en cursos de formación en otros Servicios Salud.
De nuestra experiencia han surgido propuestas de modificaciones al texto que desarrolla la norma: se han trasladado al Comité Técnico de AENOR.
La 1ª certificación conseguida ha tenido gran impacto en los medios y el reconocimiento del Consejo de Gobierno de la Comunidad, entregando la certificación la Consejera de Sanidad.

DISCUSIÓN Nuestra Comunidad ha sido la 1º en España en certificar un servicio sanitario con la norma UNE 179003. Ser pioneros ha supuesto múltiples dificultades en interpretación y aplicación práctica de la Norma. El trabajo colaborativo multidisciplinar y multicéntrico facilitó la resolución de los problemas identificados.

AUTORES: *MÓNICA RODRÍGUEZ CASTAÑO; MARÍA DOLORES MARTÍN RODRÍGUEZ; MERCEDES CARRERAS VIÑAS; ANA MERCEDES ALBÁN SALGADO; LUCÍA MARÍA GARCÍA RIVELA; BEGOÑA GARCÍA CEPEDA.*

ID 429

TITULO Escuela de padres: padres informados, padres seguros

OBJETIVOS Objetivo principal: proporcionar a padres y familiares los conocimientos y herramientas necesarios para el cuidado del niño/a de 0 a 6 meses.
Objetivos secundarios:
- Fomentar el vínculo padres-hijos
- Formar a los padres en una utilización correcta y responsable de los recursos sanitarios

MATERIAL Y METODOS La Escuela de Padres, incluida en la Escuela de Salud para ciudadanos, se organiza para dar refuerzo informativo y formativo a los padres de niños/as de 0 a 6 meses de un área sanitaria.
La detección de necesidades se realizó por la Escuela de Salud, por métodos cualitativos.
Para el diseño de las actividades formativas, elaboración de contenidos y docencia, cuenta con enfermeras y matronas de Atención especializada y Primaria.
El programa formativo, incluye las necesidades básicas del bebé de 0 días a 6 meses, siguiendo el modelo de cuidados de Virginia Henderson:
- Respirar normalmente
- Alimentarse
- Eliminar los desechos corporales
- Moverse y mantener una postura adecuada
- Dormir y descansar
- Vestirse adecuadamente
- Mantener la temperatura corporal
- Mantener la integridad de la piel. Higiene
- Seguridad: prevenir enfermedades y accidentes
- Comunicarse
- Necesidades afectivas

Las actividades se llevan a cabo en el Hospital, los primeros martes de cada mes, de forma presencial. A través de la página Web de la Escuela de Salud se gestiona el acceso al taller y se facilita información complementaria.
El proceso de evaluación de las actividades de la escuela se realiza a través de encuestas de satisfacción, formularios de evaluación de los profesores y valoración de conocimientos previos y posteriores a las actividades de formación.

RESULTADOS Se realizaron 9 ediciones, con 225 inscritos (67% mujeres).
En relación a la utilidad de los talleres, el 88,6% de los asistentes han considerado de gran aplicabilidad lo aprendido.
Con respecto al grado de satisfacción, el 88,7% se han considerado satisfechos o muy satisfechos.
La calidad de la exposición de los docentes se ha evaluado en una escala de calidad del 0 al 10, obteniendo una media de 9,2.
Los calificativos de los talleres han sido: curso muy ameno, gran claridad de los contenidos, excelente capacidad para exponer y dar ejemplos de los profesores.
En la valoración de conocimientos previos y posteriores a las actividades de formación, se observó un incremento del 23% en las respuestas correctas tras la actividad.

DISCUSIÓN Todos los talleres han sido valorados muy positivamente tanto por los pacientes como por los profesionales. Estas actividades fomentan la participación ciudadana en el sistema sanitario

Estas actividades fomentan la participación ciuda¬dana en el sistema sanitario, como forma de entender sus necesidades y lograr su implicación y responsabilidad, tanto en el la utilización de los servicios sanitarios , como con su propia salud

AUTORES: *ANGELINA TEIJEIRO GARCÍA; PILAR GOMEZ BESTEIRO; CLARA GONZALEZ FORMOSO; CONCEPCIÓN VAZQUEZ RODRIGUEZ; BELEN VAZQUEZ PACHECO; MARIA FERNANDEZ ARRIZABALO.*

ID 431

TITULO ANALISIS DE LA MORTALIDAD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS NEUROTRAUMATOLOGICO COMO INDICADOR DE CALIDAD DEL SERVICIO.-

OBJETIVOS El análisis de la actividad realizada, la identificación de deficiencias observadas en dicha actividad y la puesta en marcha de acciones correctoras, son los pilares básicos sobre los que se sustenta el proceso de evaluación y monitorización de la calidad asistencial de un servicio de urgencias hospitalario (SUH). Uno de los indicadores de este ciclo de calidad es la mortalidad del SUH.
El objetivo del presente estudio es analizar la tasa de mortalidad y las características clínico-epidemiológicas de los pacientes que fallecen en el servicio de urgencias del Hospital de Neurotraumatología Virgen de las Nieves de Granada, centro traumatológico y neuroquirúrgico de referencia de ámbito provincial.

MATERIAL Y METODOS Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes fallecidos durante su atención en el SUH,tras su llegada vivos al mismo,durante el período de Enero a Diciembre de 2012 ambos inclusive. Se analizaron datos de filiación, lugar del fallecimiento dentro del servicio, etiología, tipo de paciente (terminal o no), lugar del fallecimiento e información a familiares.

RESULTADOS Durante este período se atendieron en nuestro SUH 70.275 usuarios, falleciendo 42 pacientes (tasa mortalidad 0,059%), de los cuales 25 hombres y 17 mujeres. En el mismo período, en planta de hospitalización de nuestro centro, fallecieron 175 pacientes presentando el hospital en su conjunto una tasa de mortalidad del 2,30%.
La edad media de los pacientes fue de 79 ± 12 años, siendo el grupo etario predominante el de 80-90 años (n=19). En cuanto a su distribución mensual, los exitus acontecieron mas en los meses de Febrero y Agosto (n=7, respectivamente). Solo el 11% de sujetos se encontraba en fase terminal (oncológica o no) de alguna enfermedad de base.
Las principales causas de muerte fueron enfermedad cerebrovascular aguda (66%, de ellas 71% hemorrágico y 29% isquémico), y hemorragia intracerebral (33%), de las cuales, 7 pacientes se encuentran en contexto de politraumatizado severo y 3 neoplasias cerebrales con sangrado intraparenquimatoso.
La ubicación de los pacientes al exitus fue: observación 96% y 4% box de críticos. En su conjunto, la ubicación se consideró adecuada en el 98% de casos. Recibieron tratamiento con sedación paliativa todos los pacientes en fase terminal.
En el 97% de casos consta en la historia clínica de urgencias que se informa a los familiares acerca del pronóstico del paciente, y en el 83% de casos, éste se encontraba acompañado.

DISCUSIÓN En nuestro SUH y en base a su cartera de servicios, la tasa de mortalidad es del 0,059%, inferior a la tasa del hospital en su conjunto. El perfil del fallecido sería varón de edad media 79 años por causa de índole cerebrovascular aguda, de predominio hemorrágico. Finalmente reseñar que el análisis de la mortalidad global del SUH permite garantizar las medidas de confort necesarias, con el fin de maximizar la calidad percibida por los enfermos y sus familiares.

AUTORES: *MANUEL LIÑAN LOPEZ; FRANCISCA SANTAELLA ACEITUNO; EDUARDO ROCA FERNANDEZ-CASTANYS; ELENA GOMEZ GARCIA; ANDRES PINEDA MARTINEZ; JOSE MARIA ALONSO MORALES.*

ID 432

TITULO MEJORA Y DINAMISMO DEL GRUPO GEORM DE CÁNCER DE MAMA A TRAVES DE UNA RED PROFESIONAL ONLINE.

OBJETIVOS Evaluar el impacto en el funcionamiento del grupo GEORM (Grupo Español Oncología Radioterápica de Mama) de la red social profesional sanitaria on-line Medting. Este grupo inició su andadura el 1/1/2007. Hemos incorporado esta herramienta de la información en febrero de 2013.

MATERIAL Y METODOS En el INICIO aparece el perfil personalizado de cada usuario, con su categoría y centro de trabajo. En ese espacio, se reciben las notificaciones de entrada de mensajes. Un apartado de CASOS clínicos que te permite crear u opinar, añadir referencias bibliográficas, protocolos, etc. Un segundo apartado de GRUPOS, que pueden ser públicos a todos los miembros o privados, si hay subgrupos de trabajo para elaboración de artículos, etc. En el apartado de ARCHIVOS, se pueden añadir artículos, protocolos, etc y en la sección MULTIMEDIA, todo tipo de imágenes, con un visor muy fácil de manejar. Permite el acceso directo a PubMed y la traducción a 40 idiomas. Permite reuniones virtuales e integración con cualquier sistema de videoconferencia.

RESULTADOS Tras el proceso de formación, iniciamos la dinámica de trabajo 28 integrantes. La presentación de casos clínicos que entrañen controversia desde el punto de vista indicación de tratamiento radioterápico ha sido la actividad más dinámica. Llevamos registrados 17 casos. Consensos: Se planteó que tema nos parecía importante de revisar y consensuar. Se propuso el tratamiento radioterápico adyuvante tras quimioterapia neoadyuvante, ya en marcha. Se ha elaborado una encuesta en forma de casos clínicos como paso inicial. Elaboración de artículos: revisión sobre tratamiento hipofraccionado en cáncer de mama en un subgrupo. La plataforma permite añadir noticias, todo tipo de archivos, protocolos específicos; etc. En total 39. Todos los comentarios quedan registrados y firmados con fecha y hora a modo de acta de funcionamiento. Entre las opciones de futuro debemos destacar que se está valorando crear un usuario "espectador", que sería para que los médicos residentes pudiesen acceder a las discusiones de los casos clínicos.

DISCUSIÓN Esta plataforma virtual ha dinamizado el funcionamiento del grupo, la comunicación, la interrelación profesional y el intercambio de conocimientos en el ámbito del diagnóstico y de tratamiento de pacientes con cáncer de mama. Favorece la transferencia del conocimiento, optimizando los tiempos de trabajo para elaboración de consensos y protocolos.

AUTORES: *MARIA DOLORES DE LAS PEÑAS CABRERA; ANGEL MONTERO LUIS; ELOISA BAYO LOZANO; MERITXELL ARENAS PRATS; JUAN SALINAS RAMOS; MANEL ALGARA LÓPEZ.*

ID 433

TITULO EXPERIENCIA INNOVADORA VIRTUAL PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITES DE TUMORES EN EL HOSPITAL U. REY JUAN CARLOS

OBJETIVOS Describir la implementación de la red social profesional sanitaria del SERMAS (Servicio Madrileño de Salud), a través de la plataforma on-line Medting, en los Comités de Tumores del HURJC (Hospital Universitario Rey Juan Carlos) de Móstoles desde su apertura el 21/3/2012. Fecha de inicio de la herramienta 28/3/12. Es una plataforma virtual que favorece la comunicación, la interrelación profesional y el intercambio de conocimientos en el ámbito del diagnóstico y decisiones de tratamiento de forma multidisciplinar. Este sistema integra datos clínicos en todas sus dimensiones, mejorando así la eficiencia y el dinamismo a la hora de presentar y discutir los pacientes, agilizando la toma de decisiones y permitiendo el análisis desde los diferentes puntos de vista del equipo oncológico. Además permite anticiparse y documentar las opiniones emitidas.

MATERIAL Y METODOS Se crearon 9 grupos: Comité de Tumores Torácicos, mama y ginecológicos, cabeza y cuello, digestivos, urológicos, neurológicos, cutáneos, músculo esquelético y hematológicos. Comienzan su andadura el 3/4/12. La plataforma permite añadir noticias, incluyendo convocatorias y protocolos específicos; así como en el apartado de multimedia, imágenes relevantes de los casos de forma integrada en la historia digital dinamizando la discusión. Cada usuario tiene un perfil profesional con su avatar, con un espacio propio donde se reciben los mensajes al correo electrónico con las actualizaciones tanto de casos como de noticias, y dispone de la posibilidad de crear casos, comentarlos, cargar archivos relevantes tanto bibliográficos, protocolos, etc. Cuando se crea un caso con la información clínica más relevante, se hace una propuesta de decisión del comité y se justifica de forma razonada. Se suele establecer un diálogo entre los profesionales agilizando la toma de decisiones diagnósticas y/o terapéuticas. Queda reflejada a modo de acta, todos los comentarios y las distintas propuestas de forma personalizada.

RESULTADOS Dispone de un repositorio de casos clínicos a fecha de 10/6/13 de 489: Torácicos (94), mama y ginecológicos (86), cabeza y cuello (55), digestivos (132), urológicos (64), neurológicos (37), cutáneos (5), músculo esquelético (10) y hematológicos (6). Usuarios en cada Comité: 37 en tórax, 24 en mama, 40 en CyC, 44 en digestivos, 25 en urológicos, neurológicos 31, etc. Subrotocolos específicos como: protocolo PET/TAC de estudio de extensión en tumores avanzados junto con la simulación para tto radioterápico o protocolo de revisión dental por Cirugía Maxilo Facial previo a tto radioterápico en tumores de CyC y en tratamientos con bifosfonatos.

DISCUSIÓN Esta herramienta de tecnología de la información posibilita mejora en la formación médica, en la calidad de la atención orientada en casos clínicos. Favorece la transformación asistencial, la gestión y la transferencia del conocimiento, optimiza las relaciones interprofesionales y favorece la toma de decisiones integrada, agilizando los tiempos de repuesta.

AUTORES: *MARIA DOLORES DE LAS PEÑAS CABRERA; PILAR SAMPER OTS; MAURO JAVIER ORUEZABAL MORENO; BREZO MARTÍNEZ-AMORES MARTÍNEZ; CELIA GARCIA MENENDEZ.*

ID 435

TITULO PROGRAMA DE INFORMACIÓN Y MEJORA DEL CONTROL DE LA LIMPIEZA "A FONDO" DE LAS HABITACIONES EN HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS

OBJETIVOS La limpieza a fondo de las habitaciones del hospital ha demostrado ser clave, junto a la política médica antibiótica, y la higiene hospitalaria asociada a los aislamientos de enfermería, para la transmisión de gérmenes multiresistentes. El objetivo consiste en presentar los resultados de un programa informativo para mejorar el control de la limpieza "a fondo" de las superficies hospitalarias de las habitaciones de las plantas de hospitalización de agudos, mediante la realización de 3 estudios prospectivos comparativos de prevalencia: el de preimplantación, la introducción del "Programa Informativo de Mejora de Limpieza", y la fase postimplantación, inmediata y tardía.

MATERIAL Y METODOS El hospital general, de ámbito comarcal, dispone de 290 camas de hospitalización de agudos (145 habitaciones). El intervalo adecuado de limpieza a fondo de las habitaciones en las plantas de hospitalización de agudos se ha definido, según las normativas actuales, para una habitación normal estándar entre 30 – 60 días, y para pacientes con algún tipo de aislamiento instaurado alrededor de los 15 días. El sistema de soporte informativo entre SGL y DE hasta 2012 no había dado los resultados adecuados y sólo en el 10% de las habitaciones se disponía de la información para que enfermería las liberara para su limpieza a fondo. El estudio de prevalencia en la fase preimplantación se realizó durante la 1ª quincena de febrero de 2013, analizándose el número de oportunidades de limpieza de camas sobre las que se disponía la información de que cumplían el período estándar para que se pudieran limpiar a fondo. El programa informativo de mejora (desde el 15 febrero de 2013) consistió en emitir un informe semanal a las distintos/as "Jefes de Área" de la Dirección de Enfermería sobre los traslados necesarios a realizar para liberar las habitaciones, ya caducadas, requeridas para la limpieza; y, posterior comprobación en SGL de la realización de la limpieza de la misma. En la fase inmediata postimplantación (del 15/2/2013 al 1/3/2013) se realizó un segundo estudio de prevalencia, y un tercer estudio tardío en mayo de 2013. Se propuso que el límite estándar de habitaciones con la limpieza caducada fuera inferior al 10 %.

RESULTADOS Fase preimplantación. Durante la quincena evaluada y sobre un total de 286 oportunidades de limpieza, se detectó un 58% de observaciones con el período caducado.
Fase postimplantación. A., inmediata: disminución al 38 % de observaciones caducadas; B., tardía: disminución al 31 % de observaciones caducadas.

DISCUSIÓN La implantación del nuevo sistema de información ha permitido mejorar el número de habitaciones con la limpieza realizada "a fondo". La emisión personalizada, desde el SGL, a cada unidad de hospitalización de enfermería, del listado semanal con las habitaciones con la fecha de limpieza ya caducada, permite informar a los responsables de las mismas cual se debe liberar para proceder a su limpieza a fondo.

AUTORES: *EVA MARTÍN SÁNCHEZ; JOFRE BALAGUÉ BELLIDO; LALI DEL POZO DÍAZ; TÀNIA LUIS FERRER; ROSA VÁZQUEZ SÁEZ; ANDREU ALOY DUCH.*

ID 436

TITULO ENCUESTAS "ONLINE" o "EN PAPEL" PARA MEDIR LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO: ¿TASAS DE RESPUESTA RELEVANTES?

OBJETIVOS El creciente uso que viene haciéndose de los estudios de opinión en los últimos años, sobre todo con el auge de las encuestas "on line", ha traído como consecuencia una bajada generalizada en las tasas de respuesta inferior del 15%. El objetivo de la comunicación consiste en presentar los resultados de un estudio observacional (2009 – 2013) evaluando las tasas de respuestas (TR) de las encuestas de satisfacción realizadas a los clientes internos (profesionales) de un hospital general y la problemática de su manejo, comparando 2 medios diferentes de realización: "online" (en línea) y "en papel".

MATERIAL Y METODOS El centro, un hospital general universitario, dispone de 300 camas y trabajan en el mismo 1600 profesionales. El "proceso estratégico de satisfacción del cliente interno" contiene 2 grandes subprocesos: los indicadores de satisfacción de clima laboral y motivación con la institución, y la satisfacción de los profesionales entre los equipos de los procesos. Para evaluar todo el proceso, se realizan indistintamente 2 tipos de encuestas, siempre anónimas: 1º "on line" (en línea) mediante un programa de encuestas ubicado en un servidor, en donde el gestor de la encuesta envía desde su propio ordenador un enlace a todos los profesionales que pueden responder la encuesta, los resultados se explotan automáticamente y son remitidos, prácticamente elaborados, al mismo gestor de la encuesta; y, 2º "en papel", requiriendo la impresión de las copias de la encuesta, la repartición de las mismas entre los profesionales, su posterior recogida, la transcripción de los resultados a una base de datos y la elaboración de los resultados promedio y porcentajes finales.

RESULTADOS Durante el período analizado se han realizado 12 encuestas de cliente interno, 6 "online" y 6 "en papel", con un total de 5920 profesionales encuestados (41% enfermería, 32% médicos y 27% otros). El motivo de las encuestas ha sido en el 75% de los casos para evaluar la satisfacción de los profesionales con un determinado proceso del centro (funcionamiento de un servicio o equipo). La TR en las encuestas "online" fue de 1076 (33%) sobre 3260 enviadas, y la TR de las encuestas "en papel" de 1352 (51%) sobre 2660 enviadas (P<0,0001). En 3 de las encuestas "on line" se han obtenido TR inferiores al 20%, y en todas "en papel" TR superiores al 30%.

DISCUSIÓN En términos generales, según la bibliografía, una tasa de respuesta "on line" superior al 25% seria adecuada cumpliendo, de promedio, nuestros resultados con dicho estándar, excepto en 3 de ellas. Las encuestas "on line", a pesar de obtener unas TR más bajas, son mucho más fáciles de realizar y de explotar sus resultados, respecto a las de "en papel" que requieren un trabajo de campo y un coste en papel y horas de gestión mucho más alto, a pesar de conseguir unas TR más altas. La decisión para escoger entre una u otra encuesta dependerá del motivo a evaluar, la muestra y los profesionales a encuestar.

AUTORES: *ANDREU ALOY DUCH; CONSOL FUSTÉ BALLÚS; MARINA CLARAMBO SEMIS; ROSA Mª SABATER RAGA; MÒNICA GARCÍA MATEO; RAFAEL LLEDÓ RODRÍGUEZ.*

ID 441

TITULO Estrategia de atención integral al paciente con dolor en una Comunidad Autónoma

OBJETIVOS Mejorar el abordaje del paciente con dolor, en el marco de una estrategia global, orientado a un manejo óptimo del dolor, uniforme y equitativo, para todos los pacientes, mejorando su calidad de vida y su seguridad

MATERIAL Y METODOS Análisis situación de partida Comunidad y declaración institucional 2010
Sistematización procedimiento valoración del dolor agudo, incorporando la escala EVA. Implantación registro de dolor en aplicativo de cuidados GACELA (gráfica de constantes y registro cualitativo).Formación de profesionales. Distribución reglas con escalas, y material informativo. Implantación en todos los hospitales 2010. Objetivo contrato de gestión 2011-2012 valoración del dolor≥50% de pacientes hospitalizados, en 2013≥70%.Seguimiento trimestral
Creación Comisión Gallega de Estrategia contra el Dolor multidisciplinar, participan 2 pacientes(Decreto 60/2012 de 26 enero) que prioriza líneas actuación 2012-2013:
Participación 7 hospitales en el estudio sobre dolor en la infancia promovido por F.Antena3.
Normalización y documentación procedimiento atención al paciente con dolor crónico no oncológico(DCNO). Diseño programa formación de profesionales A.P.Objetivo acuerdo gestión 2013:implantación en 25% Servicios de AP.
Programa de formación de ciudadanos, pacientes y cuidadores presencial y online. Diseño e implementación del programa Teleformación Paciente Experto en Dolor a través web Escola Galega de Saúde para Cidadáns.
Desarrollo del programa "Dolor infantil Zero": grupo de trabajo y normalización de la atención a estos pacientes 2013
Seguimiento hoja de ruta de la plataforma SIP
Feedback periódico a la dirección de las Estructuras Organizativas de Gestión Integrada de las Áreas Sanitarias con datos comparativos

RESULTADOS Procedimiento valoración del dolor y registro en GACELA implantado en 14 hospitales: en 2011 registro dolor 5ª constante en 71.235 pacientes(32.3%). Sólo 2 centros ≥50%. En 2012 valorado en 152.999 pacientes(69,8%), solo 3 centros≤50%. En 2011 un 30.2% pacientes hospitalizados sufren dolor, un 46,3% en 2012. El dolor es más frecuente en mujeres(60.6%) y en pacientes edad>60.Formados 350 profesionales.
La Comisión Gallega de Estrategia contra el Dolor se reunió 3 veces desde su creación.
La Comunidad aportó al estudio del dolor infantil 104 encuestas(total 390).
Procedimiento de atención al paciente con DCNO normalizado y aprobado. Curso de teleformación de formadores acreditado a impartir 15 sept-5 oct 2013. Implantación procedimiento último trimestre 2013.
Plan de formación en dolor Escola Galega Saúde para Cidadáns. Creado grupo trabajo multidisciplinar para diseño-elaboración materiales curso Paciente Experto en Dolor, con pacientes.
Creado grupo trabajo multidisciplinar para desarrollo programa Dolor infantil Zero.
Feedback trimestral indicadores a direcciones centros y reunión anual con directivos.

DISCUSIÓN La Estrategia ha homogeneizado la valoración y atención al paciente con dolor en la Comunidad generando evidencia para la mejora.

AUTORES: *M DOLORES MARTÍN RODRÍGUEZ; MERCEDES CARRERAS VIÑAS; BEGOÑA GARCÍA CEPEDA; BÁRBARA RODRÍGUEZ PÉREZ; BEATRIZ PAIS IGLESIAS; M BELÉN FIUZA BARREIRO.*

ID 447

TITULO AREA DE ATENCION INTEGRADA DEL PACIENTE QUIRURGICO COMPLEJO: HERRAMIENTA PARA LA OPTIMIZACIÓN Y EFICACIA TERAPEUTICA

OBJETIVOS La población de pacientes ancianos y/o con elevada comorbilidad que requieren cirugía compleja va en aumento. A pesar de los avances en las técnicas quirúrgicas, anestésicas y cuidados perioperatorios, existe un elevado numero de pacientes que presentan morbi-mortalidad postoperatoria con el consiguiente consumo de recursos sanitarios.
La detección de los pacientes de alto riesgo y la optimización preoperatoria por un equipo multidisciplinar puede prevenir las complicaciones postoperatorias y disminuir el coste sanitario. La coordinación entre los distintos niveles asistenciales permite un contínuum asistencial que revierte en un alto grado de satisfacción y en una disminución de reingresos por parte del paciente.
Objetivo del AREA DE ATENCION INTEGRADA DEL PACIENTE QUIRURGICO COMPLEJO (AIPQC): identificación de los factores de riesgo quirúrgico y anestésico en pacientes con indicación de cirugía compleja y optimización o compensación antes de la intervención quirúrgica, con el fin de disminuir la morbi-mortalidad postoperatoria, la estancia hospitalaria y el número de reingresos.

MATERIAL Y METODOS El AIPQC está formada por un equipo multi-interdisciplinar de profesionales de distintas especialidades, que evalúan y tratan de forma conjunta los pacientes con los siguientes criterios de inclusión: Procedimento quirúrgico grado ≥III (NHS) y riesgo anestésico ASA ≥III, y los ASA I-II que presenten: anemia, hipolbuminemia, Barthel <60, Pfeiffer >3.
En todos los pacientes se evalúan en la sesión semanal interdisciplinar los factores de riesgo social, quirúrgico y anestésico, así como las medidas de compensación u optimización. El seguimiento postoperatorio se efectúa bajo control del equipo multidisciplinar, según las necesidades de cada paciente. Al alta se informa a Atención primaria, HADO o Socio-sanitario de las necesidades de curas o seguimiento del paciente.
Estudio descriptivo de las variables perioperatorias y comparación de los resultados mediante indicadores de Iametrics-IASIST.

RESULTADOS De setiembre 2012 a mayo 2013, se presentaron 67 pacientes, 50 fueron intervenidos. Edad media 75 años; ASA III 81%; peso medioGRD: 4,28; Indicación intervención: Neoplasia colon 25, Neoplasia/patología pancreatobiliar 13, gástrica 3, urológica 2, ORL1, otras 6. Estancia media 14 días. Complicaciones: 24%, Mortalidad postoperatoria: 4%.
La comparación con los mismos GRD del año anterior demostró una disminución en el número de complicaciones, reingresos y éxitus y un impacto en las estancias de -1.56 días.

DISCUSIÓN Se identificaron una serie de riesgos perioperatorios modificables (estilo de vida, comorbilidad, anemia, sarcopenia, medicación, etc) que pudieron optimizarse y contribuir a disminuir la morbi-mortalidad. El contínuum asistencial, mediante la integración de los distintos niveles asistenciales, ayuda a detectar los pacientes con necesidades sociales y a la agilización del alta hospitalaria.

AUTORES: *ROSA JORBA MARTIN; NURIA BORRELL BRAU; LLUIS PASCUAL HUERTAS; PILAR SANTOS CIDON; LLUIS RAMON REIG PUIG; MARTA MARTIN LLAHI.*

ID 448

TITULO RESULTADOS EN SALUD E IMPACTO EN COSTES DE LA ASISTENCIA INTEGRADA AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

OBJETIVOS Medir resultados en salud de dos modelos de atención sanitaria integrada a pacientes pluripatológicos (PP). Calcular los costes. Analizar en ambos casos, si hay diferencias entre ellos, y con el sistema de atención habitual episódico y reactivo

MATERIAL Y METODOS Ensayo clínico con 3 grupos PP, aleatorizado, prospectivo y multicéntrico. Inclusión: un ingreso en el año previo. Exclusión: negativa a participar, institucionalizado, hemodializado. Grupo 1 (G1): internista de referencia y enfermera de enlace hospitalario. Grupo 2 (G2): igual que G1 más enfermera de competencias avanzadas. Grupo Control (GC): atención habitual. Tamaño muestral: 70 PP en cada grupo. Un año de seguimiento. Variables: ingresos hospitalarios, atenciones en urgencias, consulta especializada, atención primaria (AP) y atención continuada (PAC).
Homogeneidad de grupos antes-después, estudio descriptivo y comparación de medias mediante ANOVA
Costes: Se calculan individual y retrospectivamente.
Intervenciones: coste de las nuevas figuras de enfermería.
Coste medio por PP: intervención más costes directos sanitarios.
Análisis: diferencias entre grupos con ANOVA y test de Bonferroni. Regresión logística. Herramienta: SPSS v.20

RESULTADOS Tres grupos homogéneos con una media de edad de 78,7 años. Completan un año de seguimiento el 74% de los PP.
54% tienen 2 categorías diagnósticas, 38.4%, 3; 5.7%, 4; 1.4% 5.
Categorías más prevalentes; cardiaca, 71% y respiratoria 47%.
Mortalidad: GC 24,3%, G1 31,4%, G2 29,6%
En los PP con intervención, las atenciones en urgencias pasaron de 3,05 de media al año a 1,95; Los ingresos hospitalarios de 1,73 a 1,34; Las consultas de especialidad de 3,16 a 2,19 y 8,9 % de los ingresos fueron programados.
En AP disminuyen las visitas al PAC y al centro de salud, y se mantienen las del profesional al domicilio.
Costes de intervención: G1, 341,7€/PP; G2, 678,5€/PP
Coste medio por PP: G1: 6465,9€; G2: 6364,3€; GC: 5783,3€
Antes de la intervención y durante el estudio, el coste no difiere estadísticamente entre los 3 grupos, ni 2 a 2, ni teniendo en cuenta sólo los que completan el año.
PP que completan el año: se ahorra en los 3 grupos, sobretodo en el G1 (1341€/paciente).
Ajustando por número de categorías: 2, se ahorra GC> G2>G1; 3 ó más, se ahorra G1> G2>GC.
Por grupos de edad: <80 años sólo ahorra G1; Con 80 ó más se ahorra en los 3.
Los PP <80 años con 3 ó más categorías: en el G1 se ahorra 1782€; G2 y GC gastan más

DISCUSIÓN Los modelos de atención integrada a PP con figuras que gestionan cada caso son eficaces
La alta mortalidad y la ausencia de diferencias significativas en muchas variables están relacionadas con la comorbilidad
Siendo la asistencia a los PP enormemente costosa, el único gasto de las intervenciones es el de las figuras de enfermería.
Según los costes, la intervención ideal es la del G1 en PP menores de 80 años y con más de 2 categorías clínicas.
Esta oferta asistencial se podría englobar en la actual estructura sin modificaciones ni grandes gastos

AUTORES: *ITZIAR LANZETA VICENTE; PABLO LEGIDO FUENTE; MARIXABEL BEGIRISTAIN IGOA; IRATI IZA ARNAIZ; ARANTZAZU ARROSPIDE ELGARRESTA.*

ID 451

TITULO VARIABILIDAD EN LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO ENTRE ÁREAS DE SALUD

OBJETIVOS Valorar la variabilidad de las tasas de mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio entre las 9 Áreas de un Servicio Regional de Salud y comparar las tasas de mortalidad obtenidas a partir del CMBD con las de la historia clínica completa

MATERIAL Y METODOS Las unidades estudio fueron los pacientes dados de alta en el primer semestre de 2012 por infarto agudo de miocardio (código CIE 410.XX) en una red de 9 hospitales públicos, excluyendo los traslados y las altas voluntarias. El tamaño muestral fue, en el caso del CMBD, la totalidad del universo y, en el caso del indicador obtenido a partir de la historia clínica completa, el total del universo en infarto agudo de miocardio con elevación de segmento ST (SCACEST) y una muestra de 30 casos en cada área (o el total del universo en caso de haber menos) en el infarto agudo de miocardio sin elevación de segmento ST (SCASEST). Se ha calculado la estimación puntual y el intervalo de confianza del indicador a partir del CMBD y de la historia clínica completa, para el total y por Área de salud. Se ha obtenido la razón de variación (RV) entre Áreas con 20 o más casos, del indicador valorado a partir de la historia clínica. Se han comparado los valores obtenidos, para cada proceso asistencial, entre el CMBD y la historia clínica completa, considerando que las diferencias eran estadísticamente significativas cuando los intervalos de confianza no se solapaban

RESULTADOS La tasa de mortalidad intrahospitalaria por SCACEST obtenida a partir de la historia clínica completa fue de 10,4%. Al comparar estos datos con los obtenidos a partir del CMBD (12,0%) no se observan diferencias estadísticamente significativas, ni para el total, ni para ninguna de las Áreas. La tasa de mortalidad intrahospitalaria por SCASEST a partir de la historia clínica completa fue de 3,1% y no presentaba diferencias estadísticamente significativas con la obtenida a partir del CMBD que fue del 5,2%, sin embargo, hay diferencias significativas en una de las Áreas.
Por otro lado, la mortalidad intrahospitalaria tiene una alta variabilidad entre Áreas de Salud con valores entre 0% y el 16,4% en SCACEST y entre el 0% y el 12,5% en SCASEST

DISCUSIÓN Se observa la existencia de una amplia variabilidad entre Áreas en las tasas de mortalidad intrahospitalaria en los dos procesos de infarto agudo de miocardio analizados. Aunque la tasa global obtenida a partir del CMBD es superior a la alcanzada a partir de la historia clínica completa, tanto para SCACEST como para SCASEST, sólo en una de las Áreas de Salud las diferencias eran estadísticamente significativas para el SCASEST. Las diferencias encontradas se deben principalmente a los cambios en la asignación del diagnóstico principal de alta del CMBD al revisar la historia clínica completa, debido sobre todo a la falta de especificación en el informe de alta de si el proceso tenía o no elevación del segmento ST

AUTORES: *CONCEPCIÓN LÓPEZ ROJO; JOSE EDUARDO CALLE URRA; PEDRO PARRA HIDALGO; CARMEN ARELLANO MORATA; YADIRA ANTONIA FONSECA MIRANDA; OLGA MONTEAGUDO PIQUERAS.*

ID 458

TITULO HACIA UNA PRESCRIPCIÓN DE CALIDAD. IMPACTO EN SALUD DE LA RETIRADA DE FÁRMACOS CONDROPROTECTORES.

OBJETIVOS La evidencia actual que apoya la eficacia de los fármacos condroprotectores (Glucosamina, Condroitinsulfato y Diacereína) es inconsistente y no permite recomendar su empleo de manera generalizada en artrosis. Evaluaciones realizadas sobre la efectividad de estos fármacos van en la línea de buscar el uso más eficiente de los recursos disponibles.
En nuestro entorno, y siguiendo recomendaciones de nuestra guía farmacoterapéutica local, se aconsejó durante el año 2012 retirar los fármacos condroprotectores de forma prudencial comenzando por aquellos pacientes que referian falta de efectividad o en los que se evidenciaba incumplimiento terapéutico. Nuestro objetivo es comprobar si la retirada/abandono de estos fármacos (ya sea por recomendación médica o por decisión propia del paciente) tiene impacto en la salud del paciente y demostrar si su uso se considera de relevancia clínica, para poder extrapolar la retirada de estos fármacos a la totalidad de los pacientes en tratamiento y aumentar así la calidad de la prescripción

MATERIAL Y METODOS Realizamos un estudio observacional y retrospectivo, identificándose los pacientes de nuestra Área Básica de Salud en tratamiento con condroprotectores durante 2012 (n=991). De estos pacientes, 163 se consideran objeto de estudio por cumplir el siguiente criterio: pauta irregular con periodo de descanso superior a cuatro meses. Se descartan pacientes con pautas aisladas y de duración menor a cuatro meses al año.
Se realizan llamadas telefónicas a los pacientes seleccionados y se aplica un cuestionario previamente validado para obtener información sobre el motivo de la interrupción del tratamiento: si es por decisión propia o por decisión médica y sobre su estado de salud tras la suspensión de esta medicación.

RESULTADOS De los 163 pacientes, se descartan 41 por haber reiniciado la medicación y 27 por no poder contactar con ellos. Por ello, contamos con 95 pacientes como muestra de estudio, en los que confirmamos la retirada de esta medicación; de éstos, el 62,1% lo retiraron por su cuenta y el 37,9% por orden médica.
En los casos de suspensión del tratamiento por parte del paciente, el 18,6% refiere encontrarse mejor de dolor, el 71,2% refiere encontrarse igual, el 5,1% refiere encontrarse peor y el 6,8% no sabe/no contesta. Y en los casos de suspensión del tratamiento por recomendación médica, el 16,7% refiere encontrarse mejor de dolor, el 69,4% refiere encontrarse igual y el 13,9% refiere encontrarse peor.

DISCUSIÓN La retirada de los fármacos condroprotectores en pacientes con artrosis no parece tener un importante impacto en la salud en los mismos, ya que un 88,4% refiere encontrarse mejor o igual de dolor al interrumpir el tratamiento. Se confirma, por tanto, que el uso de estos fármacos no tiene relevancia clínica para los pacientes y que se podría generalizar la recomendación de interrumpir estos tratamientos aumentando así la calidad de la prescripción y evitando problemas de seguridad innecesarios.

AUTORES: *MARIA PILAR GIL GOMEZ; DOLORS PRIETO PERDIGÓN; MAR CERVERA MARTINEZ; CHANTAL CARPINTERO COSTA; LIDIA RIOS VALLÉS.*

ID 459

TITULO Seguridad, eficacia y calidad en el manejo anestésico y de la analgesia postoperatoria en cirugía colorrectal electiva

OBJETIVOS Analizar los resultados de los procedimientos anestésicos y de analgesia en el control del dolor postoperatorio en los pacientes intervenidos de cirugía colorrectal electiva (cáncer, diverticulosis).

MATERIAL Y METODOS Análisis retrospectivo con regida de datos prospectiva en base de datos con formato protegido. Estudio descriptivo analizando los pacientes intervenidos de cirugía programada colorrectal entre Enero de 2011 y Junio de 2012. Se analizaron variables demográficas, tipo de intervención, tipo de anestesia, tipo de analgesia postoperatoria y la necesidad de analgesia de rescate. Se valoró el dolor con EVA durante las primeras 48 horas con tres mediciones diarias. Se registraron las complicaciones relacionadas con la anestesia, el manejo del dolor y la necesidad de analgesia de rescate (EVA igual o superior a 4). Por último, se valoró la satisfacción del paciente.
Para las variables cualitativas se determinó frecuencia , porcentajes y tasas; para las variables cuantitativas se determinaron medidas de resumen y tendencia central, para establecer la probable relación entre variables se utilizaron según su indicación tablas de contingencia, chi-cuadrado, estableciendo significación estadística cuando p-value sea menor 0,05.

RESULTADOS Durante el período del estudio se intervinieron por patología colorrectal programada 87 pacientes, se pudieron analizar los datos de 67 pacientes (77%). La edad media fue de 69,5 (68-72 IC 95%). Distribución por sexo: 27 mujeres (40,3%) y 40 hombres (59,7%)
Se realizó anestesia combinada (peridural+general) en el 90% de las cirugías abiertas y en el 94 % de las cirugías laparoscópicas.
La analgesia postoperatoria epidural + endovenosa (PC+bomba de PCA) fue la mayoritaria, se administró en el 82% (55 pacientes). La analgesia exclusivamente endovenosa se administró en el 18% restante.
El 82% (55 pacientes) no tuvieron ningún tipo de complicación. La complicación más frecuente fueron las náuseas (8,9%), seguida de vómitos postoperatorios (4,4%), sin hallar relación con ninguna de las variables estudiadas.
La analgesia de rescate sólo fue necesaria en el 25% de los casos, sin hallar relación con el tipo de la cirugía o la analgesia postoperatoria.
La analgesia fue valorada como satisfactoria en el 72% (42 pacientes) las primeras 24 horas con un EVA medio de 2,1 (DE 1,4) y muy satisfactoria 90% (60 pacientes) a las 48 horas con un EVA medio de 1,6 (DE 0,9).

DISCUSIÓN La anestesia combinada es la usada mayoritariamente (90-94%). La analgesia postoperatoria es en el 82% de los pacientes peridural + bomba de PCA.
Las complicaciones sólo se han presentado en el 18% de los casos.
La analgesia de rescate (EVA igual o superior a 4) sólo se ha precisado en el 25% de los casos.
Se consigue un buen control del dolor con EVAs de dolor leve durante las primeras 48 horas.
La valoración de los pacientes ha sido satisfactoria (72%) las primeras 24 horas y muy satisfactoria (90%) a las 48 horas.

AUTORES: *HELENA VALLVERDÚ CARTIÉ; CARIDAD TORRENS HERNÁNDEZ; LAIA ESTALELLA MERCADE; MARIA ISABEL VARGAS DOMINGO; PERE ESTIVILL RODRÍGUEZ; DAVID PARES MARTÍNEZ.*

ID 461

TITULO ¿POR QUÉ SOLICITA ATENCIÓN PRIMARIA EL TEST DE SANGRE OCULTA EN HECES FUERA DEL CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL?

OBJETIVOS El test de sangre oculta en heces (TSOH) fuera del cribado de cáncer colorrectal tiene escasas indicaciones de uso diagnóstico. Objetivos 1) Estudiar los motivos de solicitud del TSOH en Atención Primaria (AP) fuera del Programa de prevención de cáncer colorrectal (PPCCR) en un departamento de salud y 2) evaluar el rendimiento diagnóstico de dichas solicitudes

MATERIAL Y METODOS Estudio observacional transversal retrospectivo. Ámbito: todos los TSOH del Dep solicitados por AP al margen del PPCCR en 2010. Instrumento: Sistema de información del Dep: Laboratorio, Historia clínica (HC) de AP y Hospital. Variables: edad, procedencia, motivo y fecha de solicitud y resultado del TSOH. Tras un análisis inicial se vio la necesidad de confirmar los motivos de solicitud registrados en la petición, para ello se auditaron los motivos de solicitud en la petición de la prueba y se contrastó la información en la HC de AP, de una muestra de 200 pacientes. A continuación, para evaluar la utilidad o rendimiento diagnóstico en los pacientes que obtuvieron un resultado positivo (>75 ng/ml) se revisaron las pruebas realizadas y su diagnóstico final en la HC hospitalaria.

RESULTADOS En 2010 se realizaron 9785 TSOH, de ellos un 26.6% (n=2602) fuera del PPCCR, y el 53.5% (1393) procedían de AP. Con el 58% mujeres y 42% hombres. Por edad: un 32.4% entre 50-69 años, un 40.8 % >70 años y 22.6% < 49 años. Los motivos de solicitud fueron un 58.2% por patología heterogénea: alteraciones metabólicas, cardiovasculares, diabetes, osteoarticulares, un 23.95% por síntomas digestivos, un 17.9% anemias y en un 13.8% no consta motivo. El audit mostró que el 42.6% coincidía el motivo en la petición y en la historia clínica, en un 26.6% no constaba motivo en HC y en un 30.8% constaba un motivo diferente en la HC que el registrado en la solicitud, distribuyéndose: el 45% solicitado por anemia, el 25% síntomas digestivos y el 20% por cribado de CCR. Los motivos que en estos casos tenían en la petición mostraban los diagnósticos y no el motivo de la solicitud. La tasa de positividad es de 17.85% (n=248), y se revisó a 231 individuos. Al 50.6% (n=117) no se les realizó colonoscopia. Las colonoscopias realizadas mostraron 24 individuos con colonoscopia normal, 69 presentó diferente patología benigna y pólipos y en 24 pacientes se diagnosticó CCR. Estos últimos presentaban anemia y rectorragias como motivo de la derivación

DISCUSIÓN Se ha identificado un porcentaje importante de solicitudes de TSOH desde AP por patología heterogénea, sin embargo tras el audit se confirman anemias, síntomas digestivos y cribado como los principales motivos. Se propone 1) estudiar la mejora del registro de los motivos de las peticiones de solicitudes desde AP y 2) la creación de un grupo de profesionales multidisciplinar que difundan los resultados hallados y elaboren una estrategia de sensibilización de uso del TSOH fundamentalmente como prueba de cribado sobretodo en este Dep con PPCCR implantado desde 2006.

AUTORES: *SUSANA CASTAN CAMEO; M CARMEN PASTOR NAVARRO; MARTA PONCE ROMERO; M JOSE LLORIA CREMADES; AMPARO PARDO ARQUER; INMACULADA GONZALEZ SERRANO.*

ID 465

TITULO INNOVACIÓN EN CIRUGÍA SEGURA: UN VIDEOJUEGO PARA FORMAR EN LA CUMPLIMENTACIÓN DEL CHECKLIST QUIRÚRGICO

OBJETIVOS Desarrollo de un "serious game" o juego serio como herramienta de formación y apoyo que facilite la implantación del checklist quirúrgico, listado de verificación que persigue mejorar la seguridad clínica, enmarcado en el Proyecto de Cirugía Segura de la OMS. El objetivo es disponer de una herramienta educativa, con formato videojuego, más atractiva e interactiva.

MATERIAL Y METODOS Se constituye un equipo multidisciplinar de trabajo (con personal médico, de enfermería del área quirúrgica, con representación del Equipo Directivo y apoyo de la Unidad de Calidad e Innovación del centro). El equipo hizo una revisión y contraste previo de casos, de entre los cuales se seleccionaron 4 casos reales en los que basarse: hernia con Cirugía Mayor Ambulatoria, catarata, traumatología con prótesis y aneurisma de aorta. A su vez se dividieron los casos en tres fases: pre- anestesia, después de la anestesia y antes de la incisión quirúrgica, y el periodo antes de salir del quirófano. Posteriormente, se definieron las secuencias de actividades, los diagramas y los flujos de las tomas de decisiones. Para elaborar el juego se está usando una plataforma Unity 3D, que permitirá que esté disponible en diversas plataformas de juego (Windows, Mac, Linux, Tablets,...). La herramienta se validará por medio de pruebas piloto en el hospital. Finalmente, se realizará una evaluación pre y post implantación para evaluar su impacto real.

RESULTADOS 1) El "Check list" es eficaz para reducir las complicaciones y la mortalidad en más de 30%". 2) Implantación del check list en el HGU en el 100% de las intervenciones. 3) Actualmente disponemos de una demo de videojuego con los dos primeros casos finalizados, y nos encontramos en la fase de validación de la propuesta y en la definición de los últimos casos. 4) Comercialización del videojuego en el último trimestre del año. 5) Además, los principales resultados esperados tras la implantación del videojuego son la reducción de efectos adversos en quirófanos, una correcta comunicación y trabajo en equipo del personal sanitario que se encuentra en el quirófano y mayor seguridad de los profesionales en la práctica clínica.

DISCUSIÓN 1)Uso de nuevas herramientas, videojuegos, en el ámbito sanitario, hasta ahora poco explotadas en este sector 2) Son más atractivos, dinámicos y favorecen una asimilación más natural de contenidos mediante la técnica de ensayo-error, sin impactos negativos y feedback de los errores y sus consecuencias. 3) Permite que cualquier persona, independientemente de su puesto, pueda ser el coordinador de la operación. 4) Impulsa la cultura de seguridad 5) Fomenta la alfabetización digital de los profesionales sanitarios para que prescriban TICs. 6) Sostenibilidad y calidad del sistema mediante el uso de la tecnología. 7) Herramienta para la lucha contra la resistencia al cambio en la implantación del CLQ

AUTORES: *SUSANA CASTELO ZAS; LORENZO RODRÍGUEZ GONZÁLEZ; ERNESTO TOBALINA AGUIRREZABALA; ARANTZA MUÑECAS IZARZUGAZA; MARÍA ANGELES DURÁN DIAZ DEL REAL; IBON ARTETXE FERRO.*

ID 471

TITULO Uso de Gráficos de control "p" para monitorización de reclamaciones en un servicio de emergencias extrahospitalario.

OBJETIVOS Determinar la efectividad de los gráficos de control estadístico, para monitorizar las reclamaciones recibidas en el Servicio de Atención al Usuario (SAU) de un servicio de emergencias extra hospitalario, así como para introducir y medir, el impacto de planes de mejora.

MATERIAL Y METODOS Estudio descriptivo retrospectivo de reclamaciones recibidas en el SAU segmentado en dos períodos:
Período de análisis inicial desde Enero de 2008 a Diciembre de 2009. Mediciones principales: número total de reclamaciones, motivo de la reclamación, número de procesos asistenciales por mes y año. Análisis estadístico de las reclamaciones recibidas, mediante gráficos de control "p" estandarizados.Utilización del gráfico de Pareto para detectar las principales áreas de mejora.Desarrollo de un plan de mejora dirigido a subsanar los principales problemas detectados en el análisis previo.Evaluación de las reclamaciones recibidas en el período Enero 2010-Diciembre 2012 siguiendo el mismo método.

RESULTADOS En el periodo inicial (Enero de 2008 a Diciembre de 2009.):se recibieron un total de 242 reclamaciones y se gestionaron 842.385 procesos asistenciales con 28,85 reclamaciones por cada 100.000 procesos.En los gráficos de control "p", se detectaron 3 puntos fuera de control que se corresponderían con los meses 5, 6 y 10 del 2008 para los que no se detectaron causas asignables. Encontramos también 4 de 5 puntos seguidos en la zona B o más allá correspondientes a los meses 5,6,7,y 8 de 2009 y 2 de 3 puntos seguidos en la zona A que corresponderían a los meses 11y 12 de 2009.
En el gráfico de Pareto el 71% de las reclamaciones de transporte son por actitud, trato y falta de seguimiento de protocolos.
Se diseñó un plan de mejora dirigido a subsanar los problemas detectados en el área de transporte.
En el periodo Enero 2010- Diciembre 2012:Se recibieron un total de 322 reclamaciones y se gestionaron 1.211.322 procesos con 32,05 reclamaciones por cada 100.000 procesos
El grafico de control correspondiente al período de análisis tras la introducción del plan de mejora (2010-2012), no detectó puntos fuera de control, consiguiendo el control estadístico del mismo.

DISCUSIÓN La herramienta de gráficos de control estadístico es efectiva para evaluar y monitorizar la evolución de las reclamaciones recibidas en el SAU de un servicio de emergencias extrahospitalario, detectar sus principales áreas de mejora y monitorizar el impacto de un plan de mejora dirigido a subsanarlas.
Hemos detectado asimismo, un incremento en las reclamaciones recibidas que pensamos está relacionado con el mayor conocimiento del SAU, así como en la confianza en su utilidad y por ello un mayor nivel de exigencia.
Los gráficos de control estadístico, pueden ayudar a decidir la mejor estrategia para buscar, en tiempo real mediante su visualización, las causas de descontrol, trabajar en la mejora de los procesos, rediseñarlos y reevaluarlos, garantizando su buen funcionamiento.

AUTORES: *TERESA CARTELLE PÉREZ; MARÍA CAAMAÑO MARTÍNEZ; ROSALÍA CODESIDO MIRÁS.*

ID 475

TITULO KAIZEN: IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LA MEJORA CONTINUA MEDIANTE LEAN HEALTHCARE

OBJETIVOS Diseñar e implementar una herramienta de mejora continua, enfocada a pequeños resultados inmediatos, fomentando la participación de los profesionales.

MATERIAL Y METODOS La herramienta Kaizen es un método basado en la mejora en pequeños pasos, sin grandes inversiones, con la participación activa de las personas que intervienen en el problema y ejecución in-situ de las acciones. El análisis y ejecución de tareas se realiza en un tiempo máximo de una semana. El seguimiento de las acciones y cierre del Kaizen no supera los dos meses.
Se sistematiza la realización de Kaizen definiendo:
-Roles de todas las figuras que participan en el Kaizen, incluyendo la participación de la Dirección al inicio i final del mismo.
-Forma de realizar la petición de un Kaizen, describiendo los problemas, mejoras deseadas, objetivos y participantes.
-Agenda de reuniones iniciales, presentaciones de trabajo, presentaciones finales y duración del Kaizen.
-Forma de realizar el registro y difusión del Kaizen.
-Procedimiento para realizar el seguimiento de las acciones pendientes.
-Procedimiento de cierre del Kaizen y cálculo de las mejoras realizadas.
-Encuestas para evaluar la sistemática.

RESULTADOS Se ha diseñado y documentado el procedimiento y los impresos para la realización de Kaizen
Durante el 2012 se han implementado Kaizen en 6 procesos, con la participación de 23 personas. De los resultados conseguidos destacan:
-Hospitalización de agudos: reducción de un 12% del consumo de material de almacén y farmacia en las unidades de hospitalización.
-Asistencia urgente: reducción en un 69% del tiempo de espera de un paciente de Urgencias para ingresar en Hospitalización (de 16,4h a 5,1h).
-Ropero y Lavandería: incrementa la calidad de servicio a los procesos, pasando de un 20% a un 88% las ocasiones en que no falta ropa en días laborables y de un 0 a un 100% en días después de festivo.
-Atención Primaria: reducción del 50% del coste del material en estoc y el 11% del consumo en las consultas médicas.
-Archivo de histories clínicas: reducción de un 20% del tiempo necesario para la clasificación de lotes.
-Esterilización: se dispone de mayor información sobre la gestión del proceso (eficiencia de equipos y procesos…).

DISCUSIÓN La aplicación de la herramienta Kaizen permite mejorar los procesos en un tiempo breve, con pocos recursos y, además, con la participación de personas que trabajan en dichos procesos.
El gran potencial de la herramienta es la posibilidad de sacar a los profesionales de su día a día para observar su proceso desde otra perspectiva, planteando soluciones y llevándolas a cabo mediante el ciclo de la mejora continua (PDCA). Además, todo el análisis e implementación se realiza donde pasa la actividad (Gemba), lo que facilita la rapidez y aplicabilidad de las mejoras.
Para ello es necesario que todos los niveles de la estructura de la empresa estén motivados en los objetivos del Kaizen, desde la dirección hasta las personas que trabajan en el proceso.

AUTORES: *DAVID PUMAR DELGADO; CARME MOMPÓ AVILÉS; MARIA VILA FONT; CARMEN GIMENO RUBERTE.*

ID 476

TITULO AUDITORIAS 5S: UNA ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE LEAN HEALTHCARE

OBJETIVOS Diseñar una sistemática sencilla para la mejora del orden, seguridad y limpieza de las actividades diarias.
Conseguir el porcentaje de implementación marcado en la planificación estratégica.

MATERIAL Y METODOS La herramienta 5S es un método para mejorar y mantener la organización, limpieza y seguridad del lugar de trabajo (del profesional y del paciente). Consta de cinco fases: Separar y eliminar lo innecesario, ordenar lo necesario, facilitar la limpieza, estandarizar y mantener la sistemática.
Se decide implementar las 5'S mediante:
-Formación de la sistemática (junio 2011).
-Auditorías mensuales con Check-list que evalúan las cinco etapas en distintas zonas de cada proceso: control asistencial, almacén, zona de soporte, pasillos, zona de medicación, sala de paciente, despacho y ámbito general.
-Participación en las auditorias de los profesionales y la dirección.
-En cada auditoría se identifican pequeñas acciones de mejora, ejecutables en un corto periodo de tiempo.
-Los resultados de las auditorías y el plan de acción se publican en un panel informativo.
-Jornada feedback con los gestores de proceso (abril 2012) para recoger puntos fuertes y áreas de mejora.
-La dirección establece metas anuales para las auditorías 5'S.

RESULTADOS -Implantada de forma sistemática la metodología en 15 procesos con 450 auditorías realizadas, desde julio 2011 a diciembre 2012 (un 97,1% de las planificadas).
-La puntuación promedio pasa de un 53% (jul.11) a un 76% (dic.12).
-Se han identificado 1200 acciones de mejora, de las cuales 850 han sido ejecutadas.
-Han participado 125 personas en alguna auditoria 5´S (incluidos directivos).
-En la Jornada feedback se evalúan como puntos fuertes: herramienta fácil, enfocada al ahorro de tiempo y facilita la incorporación de nuevos profesionales. Áreas de mejora: mejorar el entendimiento del Check-list, participación de directivos en las auditorías y mejorar la comunicación de los resultados a los profesionales.

DISCUSIÓN -Creemos que la herramienta 5'S es la puerta de entrada de la metodología Lean, ya que permite estandarizar el proceso y hacerlo visible para las mejoras futuras. Sin estandarizar no es posible consolidar las mejoras.
-Esta manera de aplicar las 5'S con auditoría mensual permite implicar a los profesionales en la cultura de mejora continua.
-La metodología permite ver pequeñas mejoras desde el inicio, pero es necesario un periodo de unos 2 años para tener una mejora global y consolidada.
-Es importante no creer que en poco tiempo la metodología ya está implementada y dejar de hacer las auditorias, así como no dejar de mejorar la propia sistemática.
-Durante el 2013 se ha iniciado una nueva sistemática de evaluación del enfoque y desarrollo de la metodología 5S en nuestra organización.

AUTORES: *CARME MOMPÓ AVILÉS; DAVID PUMAR DELGADO; MARIA VILA FONT; CARMEN GIMENO RUBERTE.*

ID 480

TITULO COMPARACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE HOSPITALES BASADO EN RIESGO DE MUERTE INTRA HOSPITALARIA TRAS FRACTURA DE FEMUR EN ESPAÑA

OBJETIVOS Comparar y clasificar los hospitales españoles de acuerdo a un indicador de calidad de tipo resultado (adverso): el riesgo de mortalidad intrahospitalaria tras fractura de cadera

MATERIAL Y METODOS Fuente de información: Altas hospitalarias con diagnóstico principal de fractura de cadera desde 2002 a 2011 en hospitales españoles. Variables: sexo, edad y hospital de ingreso. Variable de resultado: supervivencia/éxitus durante estancia. Análisis: Regresión logística de efectos fijos y aleatorios, para determinar y representar gráficamente: la variabilidad atribuible al azar (gráficos de tipo funnel); el efecto de variables individuales: sexo y los tramos de edad, y la variabilidad atribuible a factores hospitalarios (graficos caterpillar y nomogramas), cuantificado dicho efecto hospitalario por tres estimadores obtenidos por procedimientos bayesianos: Coeficiente de partición de varianza, mediana odds ratio y Ranking Esperado. Este último, calibrado en una escala de 0 a 100, da un valor para cada hospital de la muestra que puede interpretarse como la probabilidad de encontrar, en la población de hospitales, otro centro cuyo riesgo de muerte ajustado sea inferior.

RESULTADOS Durante su ingreso, 21 827 personas fallecieron (5,9%). Este porcentaje varió sustancialmente entre hospitales, siendo 0% en el hospital 195 (n=57) y 12,5% en el hospital 358 (n=480). El riesgo es superior en hombres: odds ratio ajustado por edad 2,23 (IC95% 2,19-2,33). El efecto del azar es especialmente importante por debajo de los 1000 pacientes/hospital y muy bajo entre los que tenían más de 3000. El Ranking Esperado en este grupo de hospitales grandes (n=29), calibrado de 0 a 100, va desde 3.2, para el hospital de menor mortalidad (3.9% fallecidos), hasta 97.1 (10%) en el hospital de más riesgo.

DISCUSIÓN Se ha podido realizar una clasificación de hospitales por el riesgo de mortalidad mediante diversos procedimientos estadísticos, en la que se ha tomado en cuenta el efecto del azar y las características demográficas de los pacientes que cada hospital ha ingresado durante el periodo de estudio, evidenciándose unas discrepancias dificilmente atribuibles a falta de juste, sesgos de información diferencial o, en general, sesgos residuales en la informacion disponible.

AUTORES: *JAIME CALLE BARRETO; JULIÁN LIBRERO LÓPEZ; SALVADOR PEIRÓ MORENO.*

ID 484

TITULO ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN HOSPITALES DE UNA COMUNIDAD AUTONOMA

OBJETIVOS Implantar un modelo de gestión de la seguridad del paciente (SP) en hospitales para conseguir la excelencia en SP en las áreas especialmente críticas de los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma (CA).

MATERIAL Y METODOS Proyecto colaborativo iniciado en 2012 solicitando la adhesión voluntaria a todos los hospitales de la red pública asistencial de la CA. El Modelo es un conjunto metodológico de planteamientos, cuestionarios, métodos, planes, procedimientos y herramientas creadas y desarrolladas a medida de las necesidades de cada hospital, para conseguir una definición conceptual y práctica del sistema de seguridad del paciente. Se basa en el Modelo EFQM y en referencias nacionales e internacionales de SP. Además, se alinea con la acreditación de hospitales de la CA y de la formación especializada. En cada centro, se identifica el núcleo de SP formado por un referente de SP y un responsable en cada una de las áreas identificadas como críticas (Urgencias, UCI, Hospitalización y Bloque quirúrgico) y la composición de la Comisión de Seguridad que ha de integrar un representante de la Dirección del centro. Los elementos del Modelo para cada centro son: 1) Un marco de gestión de autoevaluación de SP basado en el modelo EFQM; 2) Un sistema de gestión integral de la SP que incluye una herramienta de notificación de incidentes (este sistema permite un seguimiento global y por hospital); 3) Un cuadro de mandos para el seguimiento de los indicadores de SP; 4) Profesionales referentes en SP formados según el modelo EFQM. 5) Elaboración de un Plan de SP y de su seguimiento.

RESULTADOS Adhesión de todos los centros hospitalarios públicos de la CA (100%).
En la autoevaluación del centro y considerando los 9 criterios del modelo EFQM (puntuación máxima de 100 puntos), se obtuvo: Liderazgo 59; Estrategia 43; Personas 50; Alianzas y Recursos 53; Procesos 66; Resultados en Clientes 54; Resultados en Personas: 55; Resultados en Sociedad 39; Resultados Clave 59.
El 100% de los hospitales públicos dispone de un sistema de gestión integral de la SP que incluye una herramienta de notificación de incidentes.
Se elaboraron 64 indicadores de SP (31 configuran el cuadro de mandos de SP).
Se formaron 100 profesionales del nucleo de seguridad de los centros en SP, herramientas de gestión y del sistema de notificación. Igualmente, se realizaron talleres de autoevaluación a referentes de la SP formados según el modelo EFQM.
Actualmente, un 80% de los centros ha elaborado su Plan de SP y de seguimiento.

DISCUSIÓN El proyecto ha permitido impulsar una estrategia de gestión en SP en los hospitales públicos de la CA y ofrece a los centros un modelo propio de SP, con la identificación del núcleo de SP, integrado por profesionales que han recibido formación y son los responsables de desarrollar e implantar el modelo. Asimismo, el modelo permite identificar el riesgo en las áreas críticas de la atención hospitalaria y establecer acciones de mejora.

AUTORES: *FERNANDO ALAVA CANO; GLORIA OLIVA OLIVA; JOSEP DAVINS MIRALLES; LAURA NAVARRO VILA; MIQUEL ESQUERRA MAJO; ROSER VALLÉS NAVARRO.*

ID 485

TITULO LA MEDIDA DE SATISFACCIÓN DE LOS CLIENTES INTERNOS DEL DEPARTAMENTO DE PERSONAS DE UN HOSPITAL MONOGRÁFICO

OBJETIVOS Conocer el grado de satisfacción de los profesionales de la Institución en relación al Departamento de Personas y Calidad, enfocado al ámbito de la oficina técnica y relaciones laborales, que a su vez permita dar cumplimiento al punto 8.2.1 de la norma UNE-EN ISO 9001:2008.

MATERIAL Y METODOS a)Constitución del equipo de trabajo liderado por la Dirección de Personas y Calidad.
b)Determinación del alcance de la encuesta.
c)Confección del modelo de encuesta (25 preguntas directas con valoración de 0 a 10.)
d)Testeo previo del modelo de encuesta.
e)Concreción de la muestra, libramiento y registro de resultados.
f)Confección informe de resultados y conclusiones.
g)Propuestas de mejora.
En la primera quincena de octubre 2012 se constituye el equipo de trabajo (un total de 6 personas miembros del Departamento de Personas y Calidad), con el encargo de la Dirección de disponer durante el mes de diciembre de 2012 de los resultados del objetivo perseguido.
En la segunda quincena de octubre 2012 se aprueba el modelo de encuesta, la determinación de la muestra, la forma de entrega de la misma y los plazos de respuesta.
La encuesta se libra a partir del día 5 de noviembre y se determina como fecha de retorno el día 26 del mismo mes.
Se establece que los datos de la encuesta deben estar registrados en fecha 30 de noviembre.
La encuesta consta de 4 apartados específicos y 1 de valoración global.
a)Información, conocimiento y trato del personal del Departamento de Personas.
b)Intranet, ámbito gestión de personas (administración de personal, etc.)
c)Portal del empleado/a (nómina, permisos, etc.)
d)Oficina Virtual de Atención al Profesional
Se ha garantizado al encuestado, en todos los casos, la confidencialidad de los datos.
De cada apartado específico y de cada una de sus preguntas se han obtenido los datos típicos estadísticos (media, moda, mediana, rango de recorrido, valor máximo, valor mínimo, desviación típica y número de respuestas clasificadas por la puntuación asignada.

RESULTADOS El resultado obtenido en la valoración global sobre Gestión de Personas ha sido de 7,51 en una escala de 0 a 10.
Del conjunto de respuestas obtenidas a todas las preguntas de la encuesta se constata que un 5,87% de las respuestas se corresponden con "no contesta", un 3,56% se corresponden con valoraciones entre 0 y 4, un 37,59% se corresponden con valoraciones entre 5 y 7, y finalmente, un 52,98% se corresponden con valoraciones entre 8 y 10.
El porcentaje más alto (puntuaciones de 8, 9 y 10) se corresponde con el Portal del Empleado/a.

DISCUSIÓN El método empleado nos ha permitido alcanzar el objetivo de medir la satisfacción de los profesionales, obteniendo unos buenos resultados sobre la satisfacción percibida por nuestros profesionales en relación al alcance de la encuesta y a su vez nos han permitido establecer las recomendaciones de los aspectos de mejora que se consideran adecuados.

AUTORES: *A NASARRE PARDINA; A CARPENA HERNÁNDEZ; G TOBAJAS SERRANO; GRUPO DE TRABAJO ISO PERSONAS (M.GARCIA ERILL, S.GIRONA MARTIN, M.PARETAS DÍAZ, A.CARPENA HERNÁNDEZ, A.NASARRE PARDINA); A VIDAL MILLA.*

ID 486

TITULO INNOVANDO EN PROGRAMAS ASISTENCIALES EN CONEXIÓN CON EL ARTE

OBJETIVOS Buscar soluciones innovadoras para mejorar la atención de personas que están iniciando el desarrollo de una psicosis. Tratándose de una enfermedad crónica, que puede llegar a ser altamente discapacitante, es imprescindible que el equipo de profesionales del programa crea firmemente en la potencialidad que tienen cada una de estas personas para alcanzar la máxima recuperación de sus capacidades (cognitivas, relacionales, laborales, etc.) y les empoderen para decidir como ciudadanos de pleno derecho. El reto consiste en hacer un viraje del modelo asistencial del paciente (pasivo) a la Persona (activo) desde el pleno convencimiento del equipo asistencial.

MATERIAL Y METODOS En colaboración con un artista, se desarrollan 4 sesiones de trabajo creativas. En la primera se establecen diálogos a través del arte para consolidar el marco relacional de equipo de trabajo. En la segunda se definen los objetivos y se trabaja en las barreras que impiden a la persona con enfermedad mental grave avanzar en su proceso de recuperación. En la tercera se construyen historias utilizando el pensamiento visual, simbologías, etc. La cuarta es la sesión de cierre donde se establecen los pasos futuros para lograr cambiar el modelo asistencial del programa de atención a la psicosis incipiente.

RESULTADOS Este proyecto ha resultado un primer acercamiento a metodologías creativas para los profesionales asistenciales, donde han tomado consciencia de que hay otras formas de trabajar útiles para encontrar nuevas soluciones a problemas complejos. Se han determinado los principales obstáculos con los que choca el paciente a lo largo de su "viaje" de 5 años en el programa de atención intensiva. Finalmente, se han identificado algunas vías que eliminarán o minimizarán el efecto de esos obstáculos.

DISCUSIÓN Establecer conexiones entre dos elementos que habitualmente no conectan (el arte y el ámbito asistencial) da lugar a resultados de valor añadido. Además, el propio proceso creativo se convierte en una poderosa experiencia trasformadora para los profesionales asistenciales.

AUTORES: *MARÍA JESÚS MARTÍNEZ MAGUNACELAYA; PATRICIA CABALLERO MARTINEZ; AINHOA VALENCIANO GONZALEZ; LEIRE GARCÍA FERNÁNDEZ; ITZIAR VILLALABEITIA JIMENEZ; MARIA ANGELES MEAZA SANTOS.*

ID 487

TITULO LA IMPORTANCIA DE UNA HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES(DISEÑO Y IMPLEMENTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA LA MEDICIÓN Y MEJORA DE LOS PROCESOS DE LA DIRECCIÓN DE PERSONAS)

OBJETIVOS Desarrollar una herramienta de registro que permita analizar las incidencias detectadas en los servicios, en los circuitos y en la descripción de estos, implementar acciones correctivas, preventivas y de mejora y la eficacia de estas acciones, garantizando la trazabilidad de todo el proceso

MATERIAL Y METODOS Material y origen de datos: Formulario papel de de incidencias, hoja de cálculo, base de datos, indicadores, auditorias, portal del empleado, sugerencias, encuestas, revisión de procesos, procedimientos e instrucciones y ejecución de actividades.
Método: Nuestra organización es una institución multicéntrica que en 2003 apostó por la implantación de un sistema de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001 en uno de sus servicios. Gradualmente se fueron certificado más departamentos. En 2010 se inició el proceso de unificación de las certificaciones, que devino en un sistema de gestión de la calidad corporativo. El formato del registro de las no conformidades (NC) se estandarizó en una hoja de cálculo corporativa en 2011 y permitió la recogida de los mismos parámetros para todos, pero se ha constatado su difícil gestión y la imposibilidad de obtener informes automatizados. Además implicó el mantenimiento del formato papel previo a la introducción de los datos en el registro electrónico. Siendo la gestión de las NC una actividad clave del sistema de gestión, el medio existente no daba respuesta a nuestras necesidades, por lo que en 2013 se ha iniciado el proyecto de desarrollo de una herramienta de gestión de NC eficaz, que incluye, además de registros, seguimiento y evaluación de éstas, la posibilidad de parametrizar consultas para el análisis de datos y elaboración de estadísticas. Se ha implementado en un servicio y se desplegará a los certificados en ISO lo que permitirá la comparativa entre departamentos iguales

RESULTADOS Disponemos de una herramienta on-line con accesos simultáneos para todo el personal de la dirección y parametrizados en función del perfil (declarantes y analistas), con las siguientes funcionalidades: registro de ítems, grupos de control y responsables, análisis de causa, planes de acción incluyendo el seguimiento de la ejecución y análisis crítico de la eficacia. También permite el análisis y la explotación de la información ordenada por tipologías, ámbitos de trabajo, estado de la incidencia, eficacia de las acciones, etc y la fácil extracción de datos para la confección de informes y estadísticas de resultados

DISCUSIÓN La implementación del programa de gestión de incidencias ha permitido: disponer de una herramienta corporativa amable; eliminar los errores procedentes de la trascripción de datos; eliminar costes de impresión; homogeneizar la estructura de la información parametrizando los campos; reducir los campos de redacción libre, simplificando la introducción de datos y facilitando el análisis con criterios objetivos; poder realizar un seguimiento del estado de las incidencias y de los planes de acción; agilidad en la circulación de información

AUTORES: *A CARPENA HERNÁNDEZ; S GIRONA MARTÍN; M PARETAS DÍAZ; M GARCÍA ERILL; A NASARRE PARDINA; A VIDAL MILLA.*

ID 488

TITULO GESTIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES

OBJETIVOS Dentro de la seguridad del paciente, las úlceras por presión (UPP) representan un importante problema de salud, con graves consecuencias para pacientes y cuidadores e implicaciones económicas y legales
En julio del 2008 la Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Cruces (HUC), implementa un programa para abordar de manera global la prevención y los cuidados a los pacientes ingresados.
Se creó un grupo de trabajo compuesto por enfermeras de las áreas de críticos y hospitalización para dinamizar la formación del personal y la realización de cortes de prevalencia, y su análisis y basados en ciclo PDCA, nos permiten implantar medidas correctoras para mejorar la eficacia del Programa.
El objetivo:
Disminuir la prevalencia de UPP
Analizar eficacia del programa de gestión de prevención de UPP del HUC en el periodo 2009-2013

MATERIAL Y METODOS Análisis retrospectivo de los Estudios de Prevalencia de Efectos Adversos (EPEA) en 5 años. Estudios anuales realizados en pacientes ingresados en mayo de años 2009-2013. Variables: demográficas, unidad de ingreso, nivel de riesgo (escala de Gosnell modificada), nº de UPP, estadio, localización, origen de la lesión, declaración, utilización de medidas de prevención y tratamiento según protocolo.

Revisión de las actuaciones implantadas por Dirección de Enfermería en prevención y tratamiento de las UPPs. (Proceso de Gestión)
Actividades:
1.- Formación:
a. Difusión del protocolo
b. Formación del personal mediante talleres
c. Evaluación de la eficacia de la formación hasta el nivel 4 de Kirkpatrick
2.- Diseño e implementación de estrategias
a. Task Group en áreas de mayor prevalencia
b. Implicación de mandos intermedios
3.- Mejora de la gestión de recursos materiales
a. Organización y dotación de recursos relacionados con la prevención y tratamiento: SEMP, Apósitos
4.- Educación sanitaria
a. Educación sanitaria al paciente y cuidador principal. Trípticos informativos
b. Marcha de Sensibilización de las UPP

RESULTADOS Prevalencia: año 2009 (10%); 2010 (12%); 2011 (9,9%); 2012 (8,1%); 2013 (8,2%)
Periodo 2009-2012
Talleres realizados: 43 ediciones, Nº de personas formadas, 1159
Nivel de transferencia de la formación: El 81.50% le ha servido para mejorar en prevención. Resultados de Task Group, mejora prevalencia: Cuidados Intensivos prevalencia 45,5% al 12,5%.Traumatología prevalencia 27,3% al 14,3%; Neurocirugía 17,9% al 11,1%)
Dotación de SEMP Año 2009:26 SEMP incremento a 61(234%) año 2012
Unificación en adquisición y codificación de productos de prevención y tratamiento

Guía de bolsillo al 100% de enfermeras
30 Póster guía de prevención y cuidado en UPP
Tríptico informativo paciente y familia

DISCUSIÓN A través del EPEA podemos gestionar los resultados globales y por unidades, analizar tendencias e implantar acciones de mejora para lograr objetivos Implementar estrategias especificas mediante los Task Group multidisciplinares, ha permitido disminuir la prevalencia en áreas con peores resultados.

AUTORES: *JOSE ANTONIO SAN SEBASTIÁN DOMÍNGUEZ; ROSA Mª BLANCO ZAPATA; PILAR SÁNCHEZ RUBIO; JAVIER ARRIBAS HERNÁNDEZ; FELISA FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ; ANA Mª LLAMAS HERMOSILLA.*

ID 489

TITULO PROCESOS DE CERTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA: UNA HERRAMIENTA ÚTIL.

OBJETIVOS Identificar las áreas de mejora (AM)implantadas por las Unidades Clínicas de Atención Primaria (UCAP)relacionadas con el uso racional del medicamento(URM) en los Procesos de certificación de centros y Unidades (PACyU)de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).

MATERIAL Y METODOS Cada año las UCAP firman con los Distritos (D) o Áreas de Gestión Sanitaria (AGS) en los Acuerdos de Gestión (AG),los indicadores de prescripción de farmacia(IPF) son considerados objetivos de desarrollo crítico. Los PACyU evalúan a través de un estándar obligatorio la consecución de estos objetivos críticos en los AG,tras valoración por sus centros de referencia.
Estudio estadístico retrospectivo.
Pasos llevados a cabo:
[1] Extracción y depuración de los registros de los procesos de acreditación de UCAP.[2] Selección de los datos asociados al estándar analizado.[3]Análisis estadístico(paquete SPSS).
Criterios inclusión:UCAP acreditas entre 12/2010- 05/2013
Criterios de exclusión: UCAP en fase de autoevaluación y evaluación
N=81 UCAP
Variables del estudio:[1 incumplimiento estándar asociado en UCAP;[2]IPF incluidos como objetivo en AG implicados en el no cumplimiento[3]AM realizadas.

RESULTADOS 1. De los 81 UCAP incluidas en el estudio,68(83,9%) cumplen el estándar. De las 13 (16.1%) que no lo hicieron, se han identificado 36 Indicadores vinculados a objetivos de IPF incluidos en sus AG (objetivos críticos) agrupas de la siguiente forma:

- 11 (30. 6%), de selección, como Dosis Diaria Definida (DDD) ibuprofeno, diclofenaco y naproxeno frente al total de antiinflamatorios, o tasa Inhibidores de la bomba de protones (IBP) y tasa utilzación de absorbentes.
- 8 (22. 2%) de prevalencia, como % ibuprofeno, % estatinas, o DDD Inhibidores enzima convertidora angiotensina (IECA).
- 8 (22. 2%) de consumo a través de recetas sobre Tarjeta ajustada por edad (recetas/TAFE) , número de recetas sobre TAFE o del coste en farmacia sobre TAFE (PVP / TAFE).

Otro objetivo implicados han sido los Índice sintético de calidad de consumo (5, 13.9%)
3. Se han implantado 30 AM, agrupadas de la siguiente forma:

- 10 (33.33%) formación específica a través sesiones clínicas y actividades formativas,
- 8 (26.67% monitorización mensual de los objetivos y envío de resultados a los profesionales
- 4 (13.4%) revisiones sobre prescripción de grupos farmacológicos específicos como antimflamatorios no esteroides (AINES),IBP o revisión de las prescripciones vigentes para evitar duplicidades.

Otras AM fueron a la realización de entrevistas individualizadas, la elaboración de planes de mejora y grupos de mejora específicos.

DISCUSIÓN El modelo ACSA permite dinamizar cambios, favoreciendo así la implantación de AM encaminadas al cumplimiento de los objetivos críticos de URM incluidos en los AG que las UCAP acuerdan con los D o AGS de referencia. Estas AM, además de afianzar el compromiso por la calidad de las UC, favorecen también una utilización más adecuada, eficiente y segura de los medicamentos.

AUTORES: *R BURGOS POL; O CRUZ SALGADO; FJ MUNOZ CASTRO; JA CARRASCO PERALTA; A ROJAS DE-MORA-FIGUEROA; A ALMUEDO PAZ.*

ID 490

TITULO LmentalA, UN BOLETÍN DE COMUNICACIÓN INTERNA HECHO POR Y PARA LOS PROFESIONALES

OBJETIVOS La creación de la Red de Salud Mental de Bizkaia, una Organización Sanitaria Integrada, supone un gran reto para la comunicación interna. El carácter territorial de la red (atiende toda Bizkaia) y la dispersión geográfica de sus múltiples dispositivos hace necesaria una herramienta de transmisión de información que sea rápida y eficiente.

MATERIAL Y METODOS Se crea un equipo de trabajo seleccionando un líder clínico que ejerce las labores de redactor jefe y dinamizador del equipo de colaboradores, quedando abierta la participación a cualquier profesional. Los colaboradores estables son profesionales que se presentaron a una convocatoria y realizan sus aportaciones con carácter voluntario y sin ningún tipo de contraprestación. Se selecciona y adapta una herramienta web para la gestión de las noticias y el lanzamiento de boletines a través del correo electrónico. Se crea la estructura de apartados del boletín y la sistemática de funcionamiento interno para garantizar que el boletín se envía el primer día hábil de cada mes.

RESULTADOS El boletín ha ido creciendo progresivamente en número de lectores y colaboradores. Si bien, tras un año de funcionamiento se plantea someterlo a una evaluación por parte de los profesionales de la RSMB, para completar la información sobre fortalezas y oportunidades de mejora realizada por el equipo redactor. En el momento de realizar el presente resumen aún no se cuenta con los resultados de la evaluación.

DISCUSIÓN Sin duda, el boletín es la herramienta más potente de comunicación interna de la organización. Además, el hecho de que las noticias sean planteadas y elaboradas por los propios profesionales hace que actúe como un elemento cohesionador y transmisor de la cultura de la nueva organización. También está contribuyendo al impulso de las TICs, ya que sólo se distribuye de forma digital y suele contiene enlaces a otros medios digitales.

AUTORES: *MONICA LOPEZ ORTIZ; OSCAR MARTINEZ AZUMENDI; JOSE MANUEL DIAZ ZORROZUA; MIREN GARBIÑE APRAIZ URIGÜEN; ENRIQUE GONZALEZ ARZA; AINHOA BILBAO MAIZA.*

ID 492

TITULO BENCHMARKING EN HOSPITALES DE MEDIA ESTANCIA

OBJETIVOS Generar aprendizaje entre hospitales que dan servicio a pacientes ingresados en Unidades de Paliativos y de Recuperación Funcional, en concreto, pacientes con Ictus.
Comparar indicadores consensuados e identificar el hospital con mejor resultado para incorporar sus prácticas.
Mejorar los resultados en términos de salud y satisfacción.

MATERIAL Y METODOS Tras las rondas de contacto y conocido el interés por participar en el Club, comenzamos a compartir indicadores generales.
Tras la primera puesta en común, entendimos la necesidad de establecer normas que garantizasen el uso correcto de los datos, atendiendo a cuestiones éticas y de confidencialidad. Elaboramos un documento que establece principios en los que se fundamenta nuestra Alianza y fue aprobado por los Gerentes de los Hospitales.
Entendimos la necesidad de conocer mejor nuestras Organizaciones, para estar seguros de los datos que podíamos comparar. Hicimos una puesta en común sobre las características de cada Organización.
Finalmente decidimos compartir resultados de las Unidades de Paliativos e Ictus estructurados en indicadores generales de calidad, seguridad, cuidados, farmacia y otros, así como indicadores de carácter general relativos a medioambiente, protección de datos y satisfacción general de pacientes.
Para unificar el entendimiento de indicadores, desarrollamos una ficha de proceso de todos los indicadores seleccionados.

RESULTADOS Tenemos disponibles los resultados relativos a los años 2011-2012. Presentamos diferencias en los datos generales de Infección asociada a la atención sanitaria, con cifras que van desde 3,10% hasta 17,11%. En las Unidades de paliativos hay datos que van desde la ausencia de Ulceras por presión y caídas, a otros donde la incidencia es de 15,92% y de 7,54%. También hay diferencias importantes respecto a la estancia media, variando desde 15,8 a 38,02 días.
En la Unidad de Ictus destacan las diferencias en las tasas de pacientes que se incluyen en programa de entrenamiento vesical.
Atendiendo a estos datos, se iniciará el Benchmarking del proceso de entrenamiento vesical.

DISCUSIÓN El Benchmarking es una herramienta útil en el aprendizaje entre Organizaciones, que nos conduce a compartir el conocimiento y a identificar buenas prácticas, paso necesario para la mejora de nuestras Organizaciones.

AUTORES: *ROSA MARIA SALAZAR DE LA GUERRA.*

ID 493

TITULO Calidad de la Formación Sanitaria Especializada tras la implantación de un Plan de Gestión de Calidad Docente

OBJETIVOS Analizar el resultado de la implantación de un PGCD en la Formación Sanitaria Especializada (FSE) de un Departamento de Salud.

MATERIAL Y METODOS Se midió lo que se había realizado antes de la implantación del PGCD y lo que se hizo después. Los parámetros analizados fueron: resultados de Auditorias Docentes practicadas por el Ministerio de Sanidad, resultados de auditorías internas, resultados de las encuestas anuales de satisfacción de residentes y los indicadores identificados para cada uno de los objetivos del PGCD.

RESULTADOS A)Antes de la implantación del PGCD
Resultado de encuestas y auditorias:
-Encuesta 2008: 76% grado de satisfacción
-Auditoria 2008 del Ministerio de Sanidad: reacreditación.
Acciones de mejora implantadas:
-Sesiones clínicas y bibliográficas en servicios con acreditación docente.
-Fomentó de la investigación en unidades docentes estableciendo unos criterios mínimos de investigación.
-Protocolo para residentes en servicio de Urgencias.
-Plan de formación Transversal Común de obligado cumplimiento.
Resultado encuesta 2009: 84% grado de satisfacción.
B)Implantación del PGCD
1.Desarrollo de procesos estratégicos: Implicación de la Gerencia integrando al Director de Investigación y Docencia y Jefe de Estudios en el Comité de Dirección y asegurando la disponibilidad de recursos humanos y materiales.
2. Desarrollo de procesos operativos:
-Análisis anual de la capacidad docente del Departamento.
-Uniformidad metodológica y de contenido de las Guías formativas y planes individuales.
-Revisión del Plan de Acogida de residentes.
-Revisión del procedimiento de formación y supervisión de los residentes en el servicio de Urgencias.
-Supervisión y responsabilidad del residente en la historia clínica informatizada.
-Evaluación de la Formación Sanitaria Especializada
-Funcionamiento de la Comisión de Docencia.
-Definición de las figuras implicadas en la docencia y sus funciones.
Resultado de las encuestas de satisfacción de 2010 y 2012: 93% y 91% de grado de satisfacción respectivamente.
Las autoevaluaciones de las unidades docentes y área de Urgencias, determinaron la implantación de una serie de mejoras.
El resultado de la medida de los indicadores más importantes fue:
-Satisfacción del residente con la formación recibida en su servicio: Excelente en 2010 y 2011 y óptima en 2012.
-Con la recibida en otros servicios: excelente en los tres años.
-Residentes con labores de investigación: excelente en los tres años.
-Residentes que afirman conocer el PGCD: mejorable en 2011 y excelente en 2012.
-Residentes con plan individual de formación: mejorable en 2010, 2011 y 2012.
-Porcentaje MIR/FIR en el primer o segundo cuartil en función del número de orden: excelente en 2011 y óptimo en 2012.

-Acciones de mejora previstas y concluidas: mejorable en 2011 y 2012.

DISCUSIÓN La implantación de un Plan de Gestión de Calidad Docente en la Formación Sanitaria Especializada aumenta la calidad docente y el grado de satisfacción de residentes.

AUTORES: *ANTONIO GUERRERO ESPEJO; FLOR GIMENO VILARRASA; INMACULADA VALENCIANO MORENO; MARIA CUENCA TORRES; EMILIO LLOPIS CALATAYUD; MANUEL MARIN FERRER.*

ID 494

TITULO Mejora de práctica clínica en la intervención de cataratas

OBJETIVOS El objetivo de este estudio prospectivo, fue investigar si las pruebas médicas de rutina y la visita preanestésica antes de la cirugía de cataratas bajo anestesia tópica, son necesarias para reducir la tasa de complicaciones durante el periodo intaoperatorio, o si por el contrario es suficiente la cumplimentación de un cuestionario preanestésico.

MATERIAL Y METODOS Todos los pacientes propuestos para extracción de cataratas bajo anestesia tópica reciben en la consulta de oftalmología un cuestionario con la indicación de que lo rellenen en casa y pidan ayuda si la necesitan, de forma que aporten la máxima información posible.
Los cuestionarios constan de 12 grupos de preguntas, cuya respuesta es "sí" o "no"
Cuando el anestesiólogo revisor lo considera oportuno los pacientes son remitidos a la consulta de preanestesia, en cuyo caso se realizan todas las pruebas preoperatorias protocolizadas.

RESULTADOS Las complicaciones intraoperatorias detectadas fueron: hipertensión y ansiedad. Hubo cinco casos de hipertensión, dos en el caso de los citados a la consulta de preanestesia y tres en el caso de cuestionario preanestésico, todos los casos se solucionaron en quirófano. En el caso de ansiedad, se presentaron en tres pacientes que estaban programados en ultimo lugar, dos de estos pacientes habían pasado por la consulta de preanestesia y uno con cuestionario, este ultimo aunque había sido premedicado fue suspendido, programándose a la semana siguiente y programándolo a primera hora.

DISCUSIÓN Las preguntas elegidas para este cuestionario se desarrollaron para detectar condiciones pre-existentes que están asociadas con eventos adversos perioperatorios. La detección de estas condiciones selecciona a pacientes en riesgo remitiéndolos a la consulta para una evaluación y optimización prequirúrgica.
Hemos demostrado un alto nivel de concordancia entre las respuestas al cuestionario y la información obtenida durante una entrevista estructurada con un anestesiólogo con experiencia, excepto en lo que se refiere a la medicación, en el caso del cuestionario la información es más completa que en el caso de la entrevista. Por lo tanto, consideramos que la auto-realización de este cuestionario es un instrumento valioso para la evaluación de un paciente y proporcionar orientación sobre si es necesario la evaluación por un anestesiólogo y la realización de pruebas de laboratorio.

AUTORES: *CARMEN PÉREZ RAMÍREZ; EMILIO JOSÉ GARCÍA NÚÑEZ; Mª TERESA LOPEZ CRUZ.*

ID 495

TITULO INVOLUCRANDO AL PACIENTE EN SUS CUIDADOS TRAS LA CIRUGÍA CARDÍACA: ¿UNA FUENTE DE MEJORA DE LOS INDICADORES CLÍNICOS?

OBJETIVOS Conseguir una mejora cuantitativa y cualitativa en la evolución del paciente post-operatorio de cirugía cardiaca, acelerando la consecución de una mejora en calidad de vida del paciente y disminuyendo las tasas de complicaciones clínicas asociadas.

MATERIAL Y METODOS Los pacientes sometidos a intervenciones de cirugía cardíaca presentan grandes incisiones en el tórax, en las que la higiene y los cuidados post-operatorios son determinantes en la recuperación. Los problemas relacionados con el proceso de cicatrización de la herida quirúrgica son una de las causas habituales de complicaciones y reingreso tras el alta. Por ello nos hemos planteado una escuela de cuidados como herramienta para la mejora de la evolución del post-operatorio de los pacientes. Mediante charlas a los pacientes y familiares se les informa de los cuidados de las heridas quirúrgicas, la actividad adecuada para una recuperación más rápida, alimentación necesaria y equilibrada que les aporte los nutrientes necesarios para recuperar fuerzas. Esto se lleva a cabo invitando, dos días a la semana, a pacientes y familiares a visualizar una presentación, en la que se explican todos los conceptos mediante imágenes sencillas y un vocabulario llano y comprensible. La enfermera coordinadora de cirugía cardiaca es la que imparte estas charlas e interacciona con los pacientes, realizando además ejercicios prácticos sobre acciones cotidianas, explicándole como colocarse la faja protectora en la esternotomía o la forma más adecuada de llevar a cabo cambios posturales como levantarse de un sillón o una cama, en otras.

RESULTADOS Las mejoras cualitativas son palpables desde el mismo momento de finalización de las charlas, donde el agradecimiento de los pacientes al tiempo compartido y el incremento de confianza manifestado sirven por sí mismos como elementos de gratificación y motivación para mantener en marcha la experiencia. En las consultas post-operatorias existe una apreciación de la mejora la evolución de sus heridas y se constata cómo los propios pacientes manifiestan sentirse más seguros y acelerar su independencia al estar bien informados y resolver sus dudas en estas charlas.

DISCUSIÓN Son numerosos los estudios que en la actualidad vinculan el empoderamiento de paciente y cuidadores con la mejora de los resultados en salud. La formación e involucración de pacientes y familiares en su propio plan de cuidados ha demostrado ser una herramienta de mejora altamente coste-efectiva. En un entorno como el actual, la implementación de medidas de eficiencia es más que nunca una obligación, máxime en una disciplina como la cirugía cardíaca, donde los costes de una reintervención son altamente gravosos para el sistema. A la espera de la obtención de una muestra significativa para realizar el análisis de evolución de los indicadores clínicos de tasa de reintervención e infección superficial de herida quirúrgica que confirmen los datos cualitativos, nuestra experiencia se muestra como un instrumento de mejora sencilla y de bajo coste.

AUTORES: *CÁNDIDA IGLESIAS SÁNCHEZ; ENRIQUE IGLESIAS LÓPEZ.*

ID 518

TITULO ENFOQUE DE SEGURIDAD DEL HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO (HGU)

OBJETIVOS Disponer de un enfoque organizado e integrado en la estrategia del centro que permita gestionar las diferentes acciones que se realizan para potenciar/asegurar la seguridad clínica

MATERIAL Y METODOS La mayoría de las organizaciones sanitarias ya realizaban acciones encaminadas a fomentar la seguridad de los pacientes. En 2005-06 el Ministerio de Sanidad plantea las primeras acciones generales para impulsar la seguridad clínica en todos los centros. Osakidetza se une a esta iniciativa, y plantea iniciativas concretas en las que empezar a trabajar: cirugía segura, úlceras, caídas, prevención del suicidio,…
El HGU se suma a estas iniciativas propuestas pero, a medida que estas van aumentando, surge la necesidad de coordinarlas e integrarlas en un plan conjunto. Se crea entonces un Equipo de Seguridad multidisciplinar, conformado por personal que está trabajando en los diferentes proyectos de seguridad y la Dirección Asistencial.
A lo largo de 2011 se comienza a sistematizar la metodología de trabajo del equipo hasta llegar a realizar reuniones trimestrales de seguimiento y valoración.

RESULTADOS • Constitución del Equipo de Seguridad en 2010.
• Creación de grupos de trabajo específicos para abordar cada una de las líneas de seguridad a las que nos hemos adherido: Infección ligada a la asistencia (EPINE, Campaña "10.000 Eventos Adversos", Neumonía Zero/ Bacteriemia Zero, ulceras y caídas, cirugía segura, TAO, suicidio, Equipo incidencias (subgrupo puntual de Incidencia Insulina), Farmacia, Equipo de seguridad en el Servicio de Urgencias, SENSAR y conciliación de medicación.
• Seguimiento cuatrimestral de los equipos de trabajo por parte del Equipo de Seguridad, para los proyectos puestos en marcha en el hospital.
• Desde 2010 se elaboran Planes anuales de Gestión de Seguridad, que se presentan a la Dirección del centro y un Mapa de Riesgos.
• En 2012 se incluyó al equipo como un proceso más dentro de las revisiones por la Dirección.
• Se han obtenido resultados concretos de cada una de las líneas de trabajo planteadas: aumentado el nº cursos y sesiones de formación en seguridad; implantación del checklist quirúrgico de la OMS en el 100% de las intervenciones, campañas de difusión de la seguridad: la sepsis, prevención de úlceras; modificación de los sistemas de sujeción de pacientes, cambios en el protocolo de insulinas, estudio ENEAS,…
• Se ha establecido un equipo conjunto con Atención Primaria en aspectos comunes, como el análisis de incidencias de seguridad y planteamiento de acciones de mejora conjuntas

DISCUSIÓN 1) El planteamiento de este enfoque nos permite un mayor control de la gestión de la Seguridad Clínica en el hospital, así como disponer de información periódica del desarrollo de cada uno de los proyectos planteados. 2) La base de datos de incidencias nos aporta información sobre las incidencias relacionadas con seguridad. 3) Existen una revisión periódica de los proyectos tanto del centro como conjunta con AP

AUTORES: *MIREN ARANTZA BURZAKO PÉREZ; SUSANA CASTELO ZAS; MIGUEL ENRIQUE ORTEGA MARCOS; REBECA VILLA VALLE; LAURA TORO SÁNCHEZ; ALICIA CUEVAS BALBAS.*

ID 521

TITULO Implantación de Guía de Buenas Practicas (GBP) "Valoración y Manejo del Dolor" en 2 Unidades de Hospitalización

OBJETIVOS El dolor no aliviado reduce la movilidad del paciente, aumentando la probabilidad de complicaciones. Sin embargo, el manejo adecuado se asocia con mejoría clínica, reducción de estancia hospitalaria, reingresos y costes. En el contexto de la participación de nuestro centro en el Proyecto de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (Programa BPSO□) se plantea como objetivo la implantación y consolidación de recomendaciones para la valoración y manejo del dolor.
Objetivo.
Evaluar los resultados de implantación de la GBP en dos Unidades de Hospitalización.

MATERIAL Y METODOS Ámbito: Atención Especializada, Unidad de Hospitalización Convencional (UHC) y Unidad de Corta Estancia (UCE).
Diseño: observacional longitudinal prospectivo. Mayo 2012- Mayo 2013.
Sujetos: Pacientes dados de alta los últimos 5 días hábiles de mes.
Variables: Edad, sexo, especialidad medicoquirurgica asignada, tipo de dolor, proceso asociado, detección, reevaluación y valoración de parámetros del dolor, asignación de un plan de cuidados para el manejo del dolor y registro del dolor percibido por el paciente en las 24h post-IQ.
Instrumentos y obtención de datos: Historia Clínica (informatizada o papel);Escala de detección del dolor: EVA
Se establecen 2 periodos de medición: t0 o basal (05-12/2012) y t1 (01-05/2013)

RESULTADOS Se han evaluado 452 pacientes. El 61% provienen de la UHC y el 39% de la UCE. La mayoría de los pacientes están asignados a Traumatología (49,7%), Cirugía General (19,5%) y Cardiología (13,5 %). En 327 pacientes (72,5%) el dolor está asociado a un procedimiento quirúrgico y en 124 casos (27,5%) a un proceso médico o una prueba diagnóstica. Edad media 62,34 años (D.T.= 18,9); 57,6% mujeres y 42,4% hombres.
Se ha realizado al menos una detección del dolor en el 98% de casos, de los cuales un 9,5% sí presentaba dolor en el momento de la detección. Se ha hecho una valoración de los parámetros del dolor a 109 pacientes (24,2%) y se realizó una revaloración del dolor periódica en 200 casos (44,3%). Se asignó un plan de cuidados específico para el manejo del dolor al 51,7% de los sujetos estudiados (233). Se ha registrado el dolor percibido por los pacientes durante las 24h post-IQ en 139 casos.
Se han evaluado a 218 pacientes en t0 y 234 en t1. Se reportan los valores referidos a cada periodo respectivamente: al menos una detección del dolor 95,9% vs 100%; presenta dolor en el momento de la detección 13,8% vs 5,6%; valoración de parámetros del dolor 15,3% vs 32,5%; asignación de un plan de cuidados para el manejo del dolor 20,4% vs 80,8%; revaloración periódica 47% vs 41,9%; registro de dolor percibido 2,76% vs 56,84%.

DISCUSIÓN Desde la implantación de la GPB, se observa una mejora en todos los items de la valoración del dolor excepto en la revaloración periódica. Podría deberse a que es la recomendación en la que menos hincapié se ha hecho.
La estandarización de la valoración y registros del dolor es básica para poder evaluar la calidad de los cuidados.

AUTORES: *Mª LUZ FERNÁNDEZ NÚÑEZ; VERÓNICA BRUGOS LLAMAZARES; ESTHER DÍAZ SAMPEDRO; CELIA FERNÁNDEZ BUSTAMANTE; ROSA ANA REVUELTA ARROYO; Mª JOSÉ GONZÁLEZ GARRIDO.*

ID 523

TITULO ¿SOMOS CONSCIENCTES DEL DOLOR QUE SUFREN LOS NIÑOS DURANTE LA VACUNACIÓN?

OBJETIVOS El dolor es motivo frecuente de consulta pediátrica, requiriendo valoración y manejo por los profesionales sanitarios. El personal sanitario tiene muy presente el dolor en las patologías, sin embargo, no se suele valorar dicho dolor en un procedimiento rutinario como es la vacunación. ¿Somos conscientes del dolor que sufre el niño en la vacunación?
Nuestro objetivo es evaluar el dolor en niños de 2 meses a 2 años tras administración de vacunas sistemáticas según calendario vigente de Cataluña, y no sistemáticas según recomendación de la Asociación Española de Pediatría.

MATERIAL Y METODOS Niños de 2 meses a 2 años sin patología de base, asignados a un equipo de pediatría, que se administren en dicho centro, vacunas sistemáticas y/o no sistemáticas según calendario vacunal recomendado. Se valora frecuencia cardíaca y escala Flacc antes y después del acto vacunal, así como duración del llanto según reciba de una a tres vacunas, siempre con el mismo observador, misma persona que realiza la vacunación y el mismo orden de administración de las vacunas.
Para la realización del estudio se ha utilizado HCP informatizada OMI AP 6.9, base de datos access y programa SPSS 18.

RESULTADOS Hemos analizado la respuesta al dolor en una muestra de 100 niños de 2 meses a 2 años, con distribución homogénea por edad y sexo. Evidenciamos aumento de escala flacc a dolor moderado conforme aumenta el número de vacunas administradas (una vacuna 39,4%; 2 vacunas 77,3%; 3 vacunas 95,6%), sin encontrar diferencias entre los niños de edad menor o igual a 6 meses o mayores de 6 meses. La duración promedia del llanto después de la primera vacuna fue de 15,13 segundos, aumentando un 21,5% después de la segunda vacuna y en un 53,7% después de la tercera.
El promedio de diferencia de FC fue de 23,58lpm, y la escala Flacc fue de 4,49 puntos sobre 10. Analizamos mediante T-student la diferencia de escala Flacc respecto a los niños con edad menor o igual a 6 meses respecto a los mayores y resultó haber diferencias significativas en el grupo de menor edad (IC 95%, P 0,037). No hayamos diferencias significativas respecto a la diferencia de frecuencia cardíaca.

DISCUSIÓN Cada vez es mayor el número de vacunas que recibe un lactante los primeros 24 meses de vida. Dados los resultados que muestran mayor grado de dolor conforme aumenta en número de vacunas en un mismo acto vacunal, pensamos que minimizar el dolor que provocamos en dicho procedimiento debería ser prioridad en la vacunación rutinaria para todo personal sanitario con el fin de mejorar la experiencia del niño entorno a la vacunación, así como la ansiedad de los padres.
A partir de los resultados de nuestro estudio, así como revisando alguna evidencia científica publicada en lactantes de hasta 12 meses de vida, proponemos ampliar el estudio prospectivo utilizando como analgesia sacarosa al 25% como posible mejora asistencial y replantearnos limitar el número de vacunas administradas en un mismo acto vacunal.

AUTORES: *ANA ALEJOS TENA; LORENA BRAVIZ RODRIGUEZ.*

ID 527

TITULO Mejora de la calidad asistencial.. o no envíe a las Unidades de Calidad a luchar contra los elementos..

OBJETIVOS Analizar la evolución de la línea de mejora introducida en el hospital para la reducción de las reprogramaciones en consultas.

MATERIAL Y METODOS Análisis descriptivo transversal. Se analizan las consultas realizadas y reprogramadas de 2 períodos (cada uno pre y post a la introducción de actividades de mejora). Las primeras medidas de mejora se introducen en 2006 y consisten en la elaboración de normativa sobre gestión de agendas y la introducción de un documento para solicitar reprogramación con autorización de la dirección (período pre (2004-2005) y evaluación de las medidas 2006. Las segundas medidas se introducen a finales del 2012 y 2013 y consisten en planificar bloqueos y retomar el control de la dirección de las reprogramaciones (periodo pre 2010-2012; y evaluación 2013 (enero-abril)). Se registran acontecimientos que interfieren en la estrategia en estos años.

RESULTADOS En 2004, hay 64.451 citas, se reprograman 10.093 (15,66%); 2005 se reprograman 11.794 de 62.800 (18,78%), 2006 8.341 de 64.014 (13.03%). En 2010 se reprograman 4.245 de 21.486 (19,76%), en 2011 5.560 de 22.722(24,47%), en 2012 5.423 de 20869 (25.99%), y de enero-abril 2013 1.658 de 7.755 (21,39%). Los acontecimientos registrados son: Cambios de gerencia en 2005, 2007, 2011 y 2012. Cambios sistema informático (Hp-His/SELENE) en 2008.

DISCUSIÓN En 2006 se plantea la necesidad de reducir las reprogramaciones y se diseña una línea estratégica para reducirla, se implantan algunas medidas que dan como resultado la reducción del 5% de las reprogramaciones. No se pueden implantar todas las medidas por la discontinuidad del equipo. El cambio en el sistema informático hace que los datos no sean compatibles y por tanto no podamos comparar resultados (64.014 citas en 2006 frente a 21.486 en 2010); con lo que hay que comenzar de nuevo para valorar incidencia de medidas. Con los siguientes cambios de gerencia se retoma la estrategia. Es curioso ver como se reduce en ambos momentos alrededor del 5%. Es imprescindible la estabilidad de las medidas para lograr un verdadero éxito asistencial, y dejar de hacer cosas para parecer que hacemos algo. Hemos utilizado un ejemplo real como ejemplo de la inestabilidad que sufren las estrategias de calidad en los centros en función de cambios externos y como en muchas ocasiones los resultados que se presentan demuestran un éxito "relativo" y a corto plazo, ya que el abandono de esa línea hace que volvamos a las misma situación.

AUTORES: *RICARDO DE DIOS DEL VALLE; CRISANTO ALONSO ALVAREZ; AMALIA FRANCO VIDAL; ROSA MESA PANDAL; MARÍA JESÚS GARCÍA FERNÁNDEZ; ISAAC MARTÍNEZ GARCÍA.*

ID 541

TITULO EXPERIENCIA EN LA IMPLANTACIÓN EN URGENCIAS DE UN ALGORITMO INFORMÁTICO PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE LA SEPSIS

OBJETIVOS La sepsis presenta una incidencia de 333 casos por 100.000 habitante/año . El 29% se transformarán en graves y el 9% en shock séptico. La mortalidad está entre el 45% (s. grave) y el 84% (shock séptico) y su coste económico supera al del IAM. Es una patología tiempo-dependiente respecto del establecimiento de su diagnóstico y el inicio terapéutico. La mortalidad puede variar desde el 17 al 74 % según se instaure un antibiótico a los 30 minutos o a las 9 – 12 horas

El objetivo del trabajo ha sido la implantación de un algoritmo automatizado-computadorizado de detección precoz de sepsis en el servicio de urgencias, con la finalidad de establecer una terapéutica antibiótica con medidas de resucitación precoz para los diagnósticos CIE 9 – MC 785.52 (shock séptico), 995.91 (sepsis) y 995.92 (sepsis severa) incluidos en los GRDs 584, 900 y 901, para disminuir la mortalidad, la variabilidad de la práctica clínica y optimizar el coste/efectividad del proceso.

MATERIAL Y METODOS La implantación de Cerner Millenium como SI/TIC unificado, proporciona un marco colaborativo entre profesionales, la integración de la información de aplicaciones y equipos de telemedicina, junto a la garantía de disponibilidad y coherencia de la información.

El grupo de trabajo multidisciplinar propuso un abordaje de la vía clínica de la sepsis diferenciando tres fases: Detección, Valoración y Tratamiento.

La regla de sepsis se activa al detectar tres criterios incluidos en el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y dos de disfunción orgánica. Esto activa una alarma en la pantalla del sistema que obliga a la toma de decisiones. La validación del personal facultativo del diagnóstico, pone en marcha todo el protocolo con la cascada de pruebas diagnósticas y las indicaciones del tratamiento.

RESULTADOS Tras el trabajo realizado se dispone de un flujo guiado, con la creación añadida de un equipo de sepsis (Sepsis Team). Se está trabajando en identificar los indicadores que se van a medir para validar su impacto en la reducción de la morbi/mortalidad y mejora del coste/efectividad. Durante el breve periodo analizado desde la implantación hace un mes, se han analizado ya 207 casos, lo que supone un 3,51 % de las asistencias en ese periodo, requiriendo una valoración preliminar en el 23,67 % de ellos, confirmándose en 28 casos (13,53 %) activándose el Equipo de Sepsis en 18 pacientes (8,70 %).

En la fecha de la exposición, se habrá ampliado la casuística a un periodo de 6 meses, lo que permitirá analizar una muestra suficientemente significativa.

En el año 2012, contribuyó a alcanzar el nivel 7 de HIMSS en implantación de la historia clínica electrónica, siendo el primero en España y el segundo de Europa.

DISCUSIÓN Se trata de una solución altamente innovadora, en la que el uso de la tecnología ofrece una práctica clínica basada en la evidencia, creando un entorno donde el personal puede hacer lo correcto para "cada paciente-cada vez".

AUTORES: *AGUSTÍN NAVARRO JUANES; ANGEL MAURI CARDONA; JOSÉ CHORDÁ RIBELLES; PATRICIA MARTÍN RICO; VICENT BARBER COLL; ANTONIO BARCELÓ LÓPEZ.*

ID 542

TITULO TELEOFTALMOLOGÍA Y CRIBADO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

OBJETIVOS La causa más frecuente de ceguera en los países desarrollados es la retinopatía diabética, siendo la fotografía con cámara no midriática una buena alternativa a la oftalmoscopia para su cribado.
Objetivo general:
Iniciar la lectura de las imágenes del fondo de ojo de pacientes diabéticos por parte de médicos de familia.
Objetivos específicos:
- ☐ Efectuar un cribado integral de los pacientes diabéticos
- ☐ Aumentar el número de pacientes diabéticos controlados periódicamente.
- ☐ Disminuir las listas de espera de oftalmología del hospital de referencia.

MATERIAL Y METODOS En verano del 2010 la lectura de las imágenes de fondo de ojo de enfermos diabéticos de la comarca del Berguedà (Cataluña) fue asumida por cuatro médicos de los equipos de atención primaria. La enfermera de la Unidad de Cribado Ocular toma las imágenes de fondo de ojo, la tonometría y la agudeza visual y estas queden registradas en la historia clínica informatizada del paciente. Semanalmente, envía a los médicos lectores los nombres de los pacientes cribados para que valoren las imágenes e informen los resultados. Mensualmente, el equipo se reúne con el oftalmólogo del hospital de referencia para comentar casos. Aquellos pacientes con imágenes, tonometría o agudeza visual patológicas se deriven con carácter preferente o urgente al Servicio de oftalmología.

RESULTADOS Entre enero de 2010 y junio de 2012 se han realizado un total de 1.323 lecturas de fotografías de cámara no midriática sin ninguna incidencia significativa.

DISCUSIÓN Los resultados de esta experiencia indican que es posible que los médicos de familia de los equipos de atención primaria asuman la lectura de las fotografías de la cámara no midriática.
El éxito de esta iniciativa recae en la voluntad de coordinación de los profesionales que participan para garantizar la calidad de la lectura de les fotografías.

AUTORES: *VICTÒRIA ESTRADA PUJOL; JOSEP VIDAL ALABALL; JOSEP LIRIA CASAFONT; MERCÈ FUENTES PUJOL; CASIMIR MONENY SÁNCHEZ; MARÍA PALLER CASALS COROMINAS.*

ID 547

TITULO EVALUACIÓN DE INDICADORES DE DIAGNÓSTICO Y NOTIFICACIÓN COMO MEDIDA DE CALIDAD DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA TUBERCULOSIS.

OBJETIVOS Objetivos: evaluar la demora diagnóstica, la demora en la declaración y la proporción de casos de Tuberculosis con estudio de contactos en los Departamentos de salud 21 y 22.

MATERIAL Y METODOS Estudio observacional retrospectivo. La población de estudio fueron los casos índices de TB declarados en el período 2007 a 2012 en los Departamentos de Salud 21 y 22 de la Comunidad Valenciana. El término municipal de Orihuela está integrado en el Departamento de salud 21 (de gestión sanitaria pública) y el término de Torrevieja en el Departamento 22 (de gestión sanitaria privada); ambos adscritos al Centro de Salud Pública de Orihuela y situados en la provincia de Alicante. Se calcularon indicadores de diagnóstico y notificación de la Tuberculosis: la demora diagnóstica (tiempo transcurrido entre la fecha de inicio de los síntomas y la fecha de diagnóstico) y la demora en la declaración (tiempo transcurrido entre la fecha de diagnóstico y la fecha de la declaración); además de la proporción de casos de TB pulmonar con estudio de contactos realizado. La fuente de información fue el registro de casos de Tuberculosis del Sistema de Información para la vigilancia de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Para la descripción operativa de los casos de tuberculosis se utilizó la Guía para la vigilancia y el control de la Tuberculosis1.
Análisis estadístico: Se realizó un análisis univariante para la descripción de la muestra con proporción para las variables categóricas, y con media y desviación estándar para las variables numéricas. Se analizaron las variables principales separadas por departamentos. Se realizó un análisis bivariante para establecer relaciones entre las variables principales por departamentos (mediante la t-Student y la Chi cuadrado). Los contrastes de hipótesis fueron bilaterales, con un nivel de significación de 0,05. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 15.0.

RESULTADOS Se identificaron un total de 307 casos de TB (116 pertenecientes al Departamento de Orihuela y 191 al de Torrevieja); de los cuales el 59,9% fueron hombres y la media de edad fue de 41,1 (DS±18,7). Para el total de casos de tuberculosis la media en las demoras encontrada fue: demora diagnóstica total 68,5 días (DS: ±79,4), demora en la declaración 9,4 (DS: ±27,7) días. En el 73,6% de los casos de Tuberculosis pulmonar se realizó EC. El análisis por separado de los indicadores de demora analizados no mostró diferencias significativas entre los dos Departamentos.

DISCUSIÓN Tanto la demora diagnóstica como la demora en la declaración de los casos de TB fueron elevadas en relación a los estándares aceptados y el porcentaje de casos de Tuberculosis pulmonar en los que se realizó EC es bajo. Estos resultados encontrados ofrecen importantes oportunidades de mejora en la calidad del Sistema de Vigilancia de la Tuberculosis en los Departamentos de salud analizados.

AUTORES: *CARMEN ROSA GALLARDO QUESADA.*

ID 549

TITULO EFICACIA DE UNA INTERVENCION MULTIMODAL POR ETAPAS EN LA IMPLANTACIÓN DE LA VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD QUIRÚRGICA

OBJETIVOS Las listas de verificación de la seguridad quirúrgica mejoran el trabajo en equipo y la comunicación y permiten reducir notablemente los riesgos y las complicaciones quirúrgicas. Sin embargo, su impacto en la mejora de la seguridad del paciente quirúrgico depende de la efectividad del proceso de implantación, siendo necesario mejorar la cultura de la seguridad, explicar adecuadamente los beneficios y motivar e incentivar a los profesionales.

MATERIAL Y METODOS En noviembre de 2011, iniciamos una estrategia multimodal por etapas para implantar la lista de verificación de la seguridad quirúrgica propuesta por la Alianza de Seguridad de Pacientes de la OMS en intervenciones programadas con anestesia general (meta 95%). El plan de acción incluyó 3 etapas: 1) Preparación (nov.11 a ene.12)- diseño e implantación del libro electrónico de registro en tiempo real de la actividad quirúrgica, diseño del libro electrónico para la verificación de la seguridad quirúrgica, constitución del grupo de trabajo de seguridad quirúrgica y formación de los profesionales, 2) Implantación (feb.12 a dic.12) en 3 fases: ensayo (1 procedimiento/día), extensión (40%, 60% y 80% de los procedimientos/mes) y consolidación (90% de los procedimientos) y 3) Mantenimiento (ene.13 en adelante). El programa se completó con recordatorios gráficos en las áreas quirúrgicas, evaluación periódica de la adherencia con comunicación de resultados comparativos y vinculación de los resultados por servicios y categorías profesionales a los incentivos de productividad.

RESULTADOS El 1 de marzo se inició la fase de implantación de la verificación de la seguridad quirúrgica. Por iniciativa de los profesionales, el grupo de intervenciones diana se amplió con intervenciones programadas con anestesia local con sedación o anestesista y raquídea inicialmente, y posteriormente con intervenciones programadas con bloqueo regional y anestesia epidural. En el grupo de intervenciones diana seleccionadas por los profesionales, la verificación se incrementó desde un 35% al inicio del programa (mar.12) hasta el 66% en julio, 89% en octubre y 92% en diciembre 2012. Durante la fase de mantenimiento (enero.13 a abril.13) se ha verificado la seguridad en el 96% de las intervenciones diana iniciales (886 de 926 intervenciones programadas con anestesia general) y en el 97% de las intervenciones diana seleccionadas por los profesionales (2271 de 2350 intervenciones programadas con anestesia general, local con anestesista o sedación, raquídea, epidural o bloqueo regional). La expansión de la verificación por iniciativa de los profesionales ha supuesto un incremento de intervenciones verificadas del 158% sobre los objetivos contemplados en el programa inicial.

DISCUSIÓN La estrategia multimodal con incentivos de motivación nos ha permitido implantar la lista de verificación de la seguridad quirúrgica de forma efectiva con implicación de los profesionales más allá de lo planificado.

AUTORES: *VICTORIA VALLS JIMENEZ; MARIA JOSE CORRALES FERNANDEZ; ESTHER PAREDES ARACIL; JOSE RAMON OTS GUTIERREZ; PILAR LUCAS MARTINEZ; SOFIA CLAR GIMENO.*

ID 550

TITULO SEGURIDAD Y CALIDAD EN EL CIRCUITO TRANSFUSIONAL EN U.C.I.:APLICACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS

OBJETIVOS Los riesgos actuales de la transfusión no están asociados a la calidad y seguridad de los componentes sanguíneos,sino a los errores que con mayor frecuencia se cometen en relación a la administración de éstos en el ámbito hospitalario.El objetivo es que la transfusión sanguínea alcance el mismo nivel de seguridad y calidad. Los objetivos a alcanzar son:
*Garantizar una asociación identificativa inquebrantable entre paciente,muestra,petición y bolsa.
*Asegurar una correcta entrada de datos en el sistema del laboratorio,evitando errores en la transcripción manual.
*Monitorizar y realizar un seguimiento a tiempo real de todo el proceso transfusional mediante comunicación por red local.

MATERIAL Y METODOS En el Hospital Virgen Macarena se esta llevando a cabo la implantación de un sistema informático,Sistema HemoCord,este sistema pretende asegurar una asociación inquebrantable entre paciente,muestra,petición y bolsa, aplicando de esta forma el concepto de TRAZABILIDAD Y HEMOVIGILANCIA ACTIVA en la cadena transfusional.Los pacientes que van a recibir tratamiento con sangre o hemoderivados,son identificados con una pulsera con sus datos y un código de barras único adaptado al lector Pda que existe en nuestra unidad.Esta pulsera trae varias pegatinas con el mismo código que se colocan en el tubo que se envía a laboratorio para pruebas cruzadas y en la petición,también se envían las pegatinas restantes.En la Unidad de Hemoterapia existe un terminal conectado al ordenador del laboratorio con un lector digital que identifica el código de barras del tubo y petición,introduce los datos del paciente y una vez realizado el estudio de la bolsa a transfundir la identifica con el código del paciente y comprueba en cada paso con el lector de códigos que no hay error en la identificación permitiendo al Banco de Sangre un seguimiento on-line a tiempo real. A pie de cama,se vuelve a comprobar con el lector de códigos que es el paciente correcto,y que coincide con la bolsa a transfundir.Al finalizar la transfusión se vuelve a pasar el lector por la bolsa terminada,quedando registrado el tiempo de transfusión,qué bolsa se ha administrado al paciente,si han existido problemas…Cerrando así todo el circuito transfusional.

RESULTADOS El sistema consigue que exista una comunicación directa, a través de la intranet hospitalaria,desde la cabecera del paciente con el servidor y la unidad informática del Banco de Sangre.También permite registrar si se han producido reacciones adversas.Todo esto hace del proceso transfusional un acto más seguro y de mayor calidad.

DISCUSIÓN La implantación del`Sistema HemoCord´en la UCI ha permitido una mejor y más ágil monitorización del acto transfusional con una trazabilidad adecuada del proceso y su consecuente seguridad.Se trata de una herramienta que,usada correctamente,resulta muy útil para la seguridad transfusional y trazabilidad total de las unidades transfundidas a tiempo real,permitiendo solucionar sobre la marcha las incidencias que puedan generarse.

AUTORES: *LUISA FERNANDA HERNANDEZ PALANCO; MONTSERRAT MONTERO SÁNCHEZ; MARIA DEL CARMEN MARTÍNEZ IGLESIAS.*

ID 565

TITULO INTERVENCIÓN INTEGRAL PARA EL CONTROL DE LA BACTERIEMIA EN AREAS DE HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL COMARCAL.

OBJETIVOS General:
- Optimizar el manejo del paciente hospitalizado adulto que presente una bacteriemia.

Específicos:
- Mejorar el diagnóstico de bacteriemia.
- Identificar precozmente los pacientes con posible bacteriemia y orientar el tratamiento a los gérmenes más probablemente implicados.
- Fomentar el uso racional de los antimicrobianos.

MATERIAL Y METODOS Se formó un grupo multidisciplinar para el control de las bacteriemias en el seno de la Comisión de Infecciones formado por un microbiólogo, un farmacéutico y tres clínicos. Para responder a los objetivos específicos:
- Se llevó a cabo formación al personal de enfermería (35 personas incluyendo personal de Urgencias y hospitalización) sobre cuándo sacar hemocultivos y cómo hacerlo para evitar el máximo número de contaminaciones.
- Se estableció el circuito para que los pacientes a los que se había pedido hemocultivos y habían sido dados de alta fueran visitados en una consulta de alta resolución como máximo 5 días después de su atención.
- Ante la presencia de crecimiento en hemocultivos (descartando contaminaciones), el clínico valoraba el estado del paciente (menos en pacientes ingresados a cargo de pediatría y UCI) y revisaba la adecuación del tratamiento empírico de la bacteriemia. Posteriormente, ajustaba el tratamiento al antibiograma y hasta el alta hospitalaria valoraba su sustitución por otro oral o incluso su retirada.

RESULTADOS De los 1176 hemocultivos realizados durante el periodo de intervención, 207 presentaron algún crecimiento, de los que fueron considerados como bacteriemia microbiológicamente confirmada 90. Así, la incidencia de contaminación fue de 9.95%. De estos 90, tras la valoración del estado de salud del paciente por parte del clínico, se puso de manifiesto que 64 se correspondían con 32 pacientes que padecían bacteriemia clínicamente relevante. De los pacientes con bacteriemia verdadera, en 2 de ellos (6.25%) estaban asociadas a dispositivo. Aunque en el 90.6%(29) de los pacientes se había pautado un antibiótico, se consideró necesario añadir otro al tratamiento empírico en 2, mientras que sólo en 3 pacientes no existía una prescripción antibiótica. Se cambió de tratamiento inmediatamente tras saber el antibiograma en 17(53.1%) pacientes, haciendo posible el tratamiento secuencial en 9 pacientes. La percepción por parte de los compañeros de las actuaciones del grupo para el control de las bacteriemias en el hospital ha sido muy favorable, animando al grupo a continuar su labor de vigilancia.

DISCUSIÓN La actuación precoz ante una bacteriemia permite una mejor adecuación del tratamiento empírico.
El grupo ha ejercido el liderazgo y ha servido como modelo para el uso racional de antibióticos.

AUTORES: *JOSE MANUEL MARCO LATTUR; ALICIA BALANZA GARZON; AMPARO BLASCO CLARAMUNT; ALBERTO YAGUE MUÑOZ; MARIA DOLORES BELLES MEDALL; RAMON LIMON RAMIREZ.*

ID 566

TITULO Infecciones por Clostridium difficile como indicador para evaluar un programa de optimización de uso antimicrobianos

OBJETIVOS Realizar una evaluación inicial de un Programa de Optimización del Uso de Antimicrobianos (PROA) a partir de uno de sus indicadores de resultado, las infecciones por Clostridium difficile (ICD).

MATERIAL Y METODOS Descripción Programa. En la Comisión de Infecciones del Centro se creó el Grupo de Trabajo del PROA, coordinado por un infectologo y compuesto por dos infectologos, un microbiólogo, dos farmacéuticos y un epidemiólogo. Comenzó en Septiembre de 2012, con un programa de mejora de la atención a las Bacteriemias, y en Enero de 2012, se inicio un programa de control de antibióticos restringidos (Linezolid, Daptomicina, Antifungicos, Ertapenem y Teicoplanina), estando prevista la puesta en marcha en cuatro servicios quirúrgicos de un programa piloto de interrupción automática de la dispensación de antibióticos para profilaxis.
Evaluación. Estudio observacional de cohortes prospectivas. A partir de los aislamientos realizados por Microbiología de la presencia en heces de CD: Ag (+) y Toxina (+) o Ag (+) y Toxina (-), por parte del personal de Medicina Preventiva se realiza hoja de vigilancia epidemiológica del caso (fecha de inicio de la diarrea, consumo previo de antibióticos, etc.) y se dan recomendaciones de Precauciones Ampliadas de Contacto. Con arreglo a los criterios de los CDC se clasifican los casos como de origen comunitario o nosocomial. Se calculo la incidencia de ICD nosocomiales por 10000 días de estancia para los periodos de Enero-Abril de 2012 y de Enero-Abril de 2013, y utilizando como referencia el año 2012, se calculo el Riesgo Relativo con sus Intervalos de Confianza al 95%.

RESULTADOS La incidencia global de ICD nosocomiales en 2012 fue de 1,93*104 días de estancia y la ICD en 2013 fue de 2,53*104 días de estancia, RR=1,32(0,65-2,67). La incidencia de ICD (Ag+Tox+) nosocomiales en 2012 fue de 1,65*104 días de estancia y en 2013 fue de 1,19*104 días de estancia, RR=0,72(0,26-1,92). La incidencia de ICD (Ag+Tox-) en 2012 fue de 0,28*104 días de estancia y la ICD 2013 fue de 1,34*104 días de estancia, RR=4,88(1,00-46,41).

DISCUSIÓN Se trata de una evaluación muy inicial dado que el programa de atención a las Bacteriemias se inicio en Octubre de 2012 y el de antibióticos restringidos en Enero de 2013 y no se ha intervenido sobre los antibióticos con mayor asociación con ICD. Actualmente se objetiva una disminución de la incidencia de infecciones nosocomiales por Clostridium difficile (Ag+Tox+) que no llega a ser estadísticamente significativa. Dada las características de este problema, se hace necesario complementar los programas actuales con otros programas para mejorar el uso de antibióticos (Ej. Programa de interrupción automática de antibióticos utilizados en profilaxis antibiótica en cirugía - julio de 2013- y actualización y mejora del grado de cumplimiento de los protocolos de terapia empírica –a desarrollar a partir de septiembre/octubre de 2013- y futura ampliación de antibióticos restringidos).

AUTORES: *ESPERANZA MERINO DE LUCAS; ADELINA GIMENO GASCÓN; JOSÉ SÁNCHEZ PAYÁ; GENOVEVA MONCHO AGUIRRE; JOSÉ ANTONIO VIUDAS IMBERNÓN; MERCEDES MARATÍNEZ-NOVILLO GONZÁLEZ.*

ID 567

TITULO SISTEMA PARA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. RESULTADOS TRAS UN AÑO DE IMPLANTACIÓN

OBJETIVOS Los sistemas de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente constituyen una herramienta que permite la comunicación y registro de aquellas situaciones que pueden afectarla con el propósito de mejorar a través del aprendizaje. Uno de estos sistemas es el SiNASP (Sistema para la Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del paciente) auspiciado por la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Política Social con la colaboración del Instituto Universitario Avedis Donabedian. De forma electrónica, los profesionales sanitarios pueden comunicar de forma voluntaria y anónima aquellos eventos o circunstancias relacionados con la seguridad del paciente. Se presentan los resultados tras un año de implantación en nuestro centro

MATERIAL Y METODOS Gestión de las notificaciones: Tras la notificación, el gestor principal del SiNASP la asigna a uno de los gestores del sistema para que inicie su análisis. Excepto en aquellos casos en los que los incidentes son de riesgo alto o muy alto, de forma mensual el Núcleo Gestor del SiNASP se reúne para revisar las notificaciones habidas, así como las acciones de mejora iniciadas. Feedback: Trimestralmente se emite un informe a todos los profesionales en el que se presentan las notificaciones desglosándolas por: área dónde ocurrieron, categoría profesional del notificante, tipo, riesgo, consecuencias para el paciente y factores contribuyentes. También se informa de las acciones de mejora iniciadas.

RESULTADOS Ha habido 74 notificaciones de las cuáles 19 (26,8%) sucedieron en el bloque quirúrgico, 18 (25,4%) en Unidades de hospitalización y 10 (14,1%) en Hospital de Día. El 41,9% las notificaron médicos, el 36,5% profesionales de enfermería y el 14,9% técnicos especialistas de laboratorio. Por tipo de incidente, 19 (25,7 %) fueron de identificación (de pacientes, instrumental quirúrgico, etc.), 14 (18,9 %) de gestión organizativa y 12 (10,7%) relacionados con productos sanguíneos. Treinta (40,5%) fueron situaciones con capacidad de causar un incidente, 19 (25,7%) incidentes que no llegaron al paciente y 25 (33,7%) incidentes que llegaron a él (3 de ellos de riesgo alto). En 35 (41,7%) casos los factores contribuyentes fueron profesionales, en 26 (31,0%) organizativos y en 19 (22,6%) del entorno de trabajo. Acciones de mejora: colocación de carteles indicando el tiempo que permanecen abiertas las puertas automáticas urgencias, colocación de cajetines para preservar la confidencialidad de los informes de pruebas diagnósticas, check-list para asegurar que el paciente sale de la REA en condiciones adecuadas, modificación de la hoja de control de anticoagulantes para que figuren en ella todos los tipos que hay.

DISCUSIÓN El SiNASP ayuda a identificar situaciones susceptibles de causar daño al paciente facilitando el establecimiento de medidas correctoras así como la cultura de seguridad entre los profesionales.

AUTORES: *VERÓNICA BRUGOS LLAMAZARES; CRISTINA EZQUERRA CARRERA; MARÍA NELA FERNÁNDEZ RUIZ; LORENZO GUERRA DIAZ; MARÍA JOSÉ MURUZABAL SITGES; MARÍA DEL MAR NAVARRO CÓRDOBA.*

ID 576

TITULO Coordinación con una residencia. Adecuación de la prescripción y el manejo de cuidados a un estándar de calidad

OBJETIVOS Adecuación de la prescripción de los pacientes institucionalizados a los estándares de calidad de prescripción en farmacia de nuestra organización.
Revisión y reducción de polimedicación para incrementar la seguridad del paciente.
Coordinación entre el personal sanitario del centro de referencia y el de la residencia.

MATERIAL Y METODOS Dentro del Área de influencia de nuestro centro se halla una residencia geriátrica con una capacidad para 250 usuarios, que cuenta con el servicio de dos médicos privados y enfermería propios.
Detectamos en al año 2010 el impacto elevado, derivado de la prescripción farmacológica de estos usuarios, que era responsabilidad de sus sanitarios, pero contaba dentro del presupuesto otorgado por el servicio de salud a nuestra Área Básica, consumiendo algo menos de un tercio de nuestros recursos.
La complejidad de estos pacientes, comorbilidad y necesidades de salud nos impulsaron a buscar mecanismos de coordinación eficaces.
Nos propusimos un proyecto de revisión conjunta de estos usuarios por parte de nuestros facultativos, nuestro servicio de farmacología y los facultativos privados.
Se valoro a cada usuario adecuando la prescripción a las necesidades del paciente, siguiendo criterios de evidencia científica y eficiencia en los tratamientos. Se completó el registro de problemas en nuestra historia clínica: antecedentes patológicos, tratamiento y su adecuación, contraindicaciones e interacciones farmacológicas.
Se valoraron todos aquellos pacientes que precisaban cuidados enfermeros, se consensuaron materiales de cura, se formó a los enfermeros de la residencia según nuestros protocolos.
Se realizó un curso de farmacología geriátrica en el ABS al que asistieron los médicos de la institución.
Designamos un médico, una enfermera y un referente de gestión del equipo como interlocutores de los sanitarios de la residencia.

RESULTADOS Se ha establecido un sistema de coordinación on-line para la solicitud y recepción de pruebas, control TAO, adecuación y cambios de tratamientos.
Se realiza mensualmente una reunión de coordinación con el personal sanitario y dirección de la residencia.
Se revisan conjuntamente los pacientes polimedicados según procedimiento iniciado en nuestra institución.
En el año 2009 se revisaron 157 pacientes. Se retiraron 179 fármacos. Detección de 49 potenciales interacciones y efectos adversos. Se cambiaron 86 fármacos a equivalentes terapéuticos más eficientes.
Se ha disminuido el precio medio por receta de 18,68€ a 16,48€.El gasto medio /residente/año ha pasado de 2097,11€ a 1466,75€

DISCUSIÓN Las nuevas tecnologías y la implantación de la receta electrónica permiten un mejor control terapéutico.
La coordinación entre centros mejora la relación e implicación de los profesionales con el consiguiente beneficio para el paciente .
Un sistema continuado de coordinación en la revisión terapéutica ha permitido mejorar la eficiencia de la prescripción y la seguridad del paciente evitando la iatrogenia.

AUTORES: *LOURDES CLOTAS SANCHO; INMACULADA HOSPITAL GUARDIOLA; FILOMENA CALAMOTE MANSO; FERNANDO ANDRÉS FERNÁNDEZ GARCÍA; ANTONI SANTIGOSA AYALA; BELEN ARANDA SANCHEZ.*

ID 584

TITULO La calidad empieza por ti: descentralizando la calidad

OBJETIVOS La calidad es asunto de todos y todos los profesionales sanitarios deben de adoptarla de forma inherente en sus acciones diarias, por el paciente, por sus compañeros y por sus familiares.
Esto que se supone tan obvio es dificil si no "descentralizamos" la responsabilidad de la "calidad".
En el Departamento de Salud de Manises hemos creado la figura de "Referente" de Calidad por Áres/Servicio/Centro para conseguir este objetivo.
Los objetivos generales de este proyecto son:
- Que cada Servicio/Área asuma y mejore sus resultados en la materia
- Crear un sistema de delegación de responsabilidades
- Involucrar a los profesionales en la gestión del Servicio/Área

MATERIAL Y METODOS Para llevar a cabo este proyecto se ha diseñado un mapa de servicios/centros/areas y un sistema de gestion de indicadores de calidad y seguridad asistencial para que los profesionales responsables de la mejora de la calidad tenga la información necesaria.

Los principales objetivos de cada uno de estos referentes son:
- Servicio Clínico: monitorización, análisis y mejora de indice de mortalidad ajustado a riesgo, indice de complicaciones ajustado a riesgo, indice de readmisiones ajustada a riesgo, % de cumplimentación del LVQ, % de reintervenciones (estos dos últimos en los servicios quirúrgicos) y la densidad de incidencia de infecciones nosocomiales (microorganimos seleccionados)
- Enfermería: monitorización, análisis y mejora de los resultados del proyecto de ronda de seguridad, ulceras por presión, caidas e infecciones nosocomiales
- Primaria: monitorización, análisis y mejora de los resultados de caidas e infecciones nosocomiales
- Hospital de Crónicos: monitorización, análisis y mejora de los resultados de caidas, ulceras por presion, infecciones nosocomiales.

RESULTADOS A día de hoy disponemos de un facultativo referente para cada uno de los Servicios Clínicos que tienen pacientes ingresados a su cargo en el Hospital. Asimismo, tenemos un referente para enfermería y otro para el Hospital de Crónicos.
Mensualmente estos referentes disponen de la información necesario para poder analizar los casos de los indicadores seleccionados y durante la primera y segunda semana del mes realizan el análisis de los mismos y en la tercera o cuarta presentan los resultados en su Servicio y frente a tendencias negativas se deciden, en consenso, la implantacion de planes de acción.
Asimismo, trimestralmente realizamos una reunión con todos los referentes, el Departamento de Calidad y las Direcciones correspondientes para ver la evoluación de los resultados y reforzar los planes de acción que lo requieran.

DISCUSIÓN Para que los profesionales puedan responsabilizarse de sus resultados y mejorarlos deben de tener el poder y la información necesaria para poder realizar el análisis y los cambios que se requieran.
La figura de "referentes" tiene todos los ingredientes, ahora tenemos que trabajar para que se produzca el cambio.

AUTORES: *PATRICIA LACRUZ GIMENO; MAITE BAVIERA RODRIGO; CARLOS RODRIGO BENITO.*

ID 585

TITULO Es superponible la notificación voluntaria de incidentes a la realidad obtenida por audit de historias clinicas?

OBJETIVOS Conocer si el registro de los incidentes notificados de forma voluntaria en una UCI es superponible a los identificados por Audit de Historias clinicas

MATERIAL Y METODOS Analisis descriptivo de los incidentes notificados durante el año 2011 mediante el sistema de registro y notificacion del hospital y ocurridos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
Audit de 100 historias clinicas (HªCª) seleccionadas de forma aleatoria de pacientes ingresados en la UCI durante el año 2011.
En ambos casos se recogieron tipo de incidente (con/sin daño), gravedad del daño (leve/moderado/grave), lugar de ocurrencia del incidente (antes/durante el ingreso en UCI) y actividad relacionada con el incidente (cuidados, medicacion, infeccion, procedimiento, diagnostico)

RESULTADOS Se notificaron de forma voluntaria al Sistema de Registro del Hospital 13 incidentes de seguridad de pacientes (76% sin daño) ocurridos todos ellos en la UCI. Mediante el audit de HªCª se identificaron 42 incidentes (38% sin daño), y de los que 12 se habian producido en la Unidad. Llama la atención que la notificacion voluntaria del profesional se centra en exclusiva sobre la ocurrencia en su ambito sin detectar incidentes ocurridos antes del ingreso. Así mismo parece que la notificación se centra más en incidentes sin daño, que son los que pueden generar menos temor o reparo a su comunicacion.
De los 13 incidentes notificados, 3 tuvieron consecuencias para pacientes pero ninguno grave (0%). En cambio, de los 12 identificados en el audit, y ocurridos durante su estancia en UCI, 3 (23%) tuvieron consecuencias graves para los pacientes.
Los incidentes notificados de forma voluntaria se relacionaban principalmente con la medicación (70%), además de 15% con la identificación y 15% con los cuidados. En el audit, el 23% estaba relacionado con la medicación, no aparecian incidentes asociados con la identificación (dificil de registrar en la historia clinica) y el 61% se asociaba a los cuidados. Estas diferencias parecen orientar de nuevo a que se notifican incidentes que no generan temor o bien expresan reticencia a notificar incidentes en el cuidado asociados a errores propios o de compañeros.

DISCUSIÓN El sistema de notificación voluntaria no aproxima a la realidad de los incidentes que acaecen en nuestra Unidad.
Esto es debido a que se notifican principalmente incidentes que no generan temor como son los que no producen daño. No obstante sí facilita la deteccion de incidentes que por sus caracteristicas son dificil de registrar en la historia clínica como ocurre con los asociados a la identificación del paciente.
El analisis conjunto mediante notificación y audit aporta valor al sistema de gestion de riesgos

AUTORES: *MARIA JOSE MAIRENA VALDENEBRO; SILVIA MARIA GARCIA FERNANDEZ; GONZALO SUAREZ ALEMAN.*

ID 587

TITULO COSTES DERIVADOS DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD EVITABLES QUE OCURREN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA DE NUESTRA REGIÓN

OBJETIVOS El objetivo de este estudio es valorar los posibles costes derivados de los incidentes de seguridad evitables que ocurren en los Servicios de Urgencia de nuestra Región.

MATERIAL Y METODOS Se trata de un estudio observacional en todos los Servicios de Urgencia Hospitalarios del Servicio Murciano de Salud, por personal sanitario del propio servicio. La toma de datos sobre incidentes ocurridos ha tenido de base la historia del paciente, el informe de alta y la observación directa por parte de los evaluadores durante todo el periodo de la asistencia en Urgencias. En todos ellos se ha buscado la presencia de incidentes de seguridad, definidos como tales por la OMS en 2009 como "todo evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente".
La metodología utilizada y los documentos elaborados, han sido autorizados previamente por el Comité de Ética Asistencial del Hospital Morales Meseguer.
Se ha calculado el tamaño muestral mínimo, teniendo como referencia la incidencia de eventos del 12% y una precisión del 4% (IC-95% de eventos: 8% a 16%) y aceptando un riesgo alfa de 0.05 para una precisión de +/- 0.04 unidades en un contraste bilateral para una proporción estimada de 0.12, se precisaba una muestra aleatoria poblacional mínima de 254 sujetos, asumiendo que la población atendida en la Región al año es de 6100000 pacientes.
Para el cálculo de la muestra por cada centro, se ha tomado como base el número de casos atendidos en el año anterior en cada centro.
Se han valorado el número de pacientes que acuden debido a un incidente de seguridad previo y las consecuencias de los incidentes en los pacientes.

RESULTADOS Se ha recogido una muestra de 375 casos válidos entre todos los centros. De ellos, 9 casos (2,95%) presentaron un incidente de seguridad previo como motivo de consulta.
En 44 pacientes el 11,7% del total (intervalo de confianza 8,5-14,9%) se ha detectado al menos un incidente. En tres casos el número de incidentes ha sido de dos, con lo que el total de incidentes detectados sube a 47.
Del total de incidentes, en el 51,1% la atención recibida no se vio afectada, pero en el 6,4% (0,7% de la población) necesitó una prueba diagnóstica adicional, en el 23,4%, que supone el 2,85% de la población, precisaron una nueva consulta, lo que coincide con el dato recogido del motivo de consulta inicial, y en el 4,2% (0,5% del total de atendidos) motivó el ingreso. Según estas cifras, al año en nuestra Región los incidentes de seguridad del paciente ocasionan en urgencias 4.200 pruebas complementarias extra, 16.800 reconsultas y 3.000 ingresos.
El 60% de los incidentes se consideraron evitables.

DISCUSIÓN Los problemas de seguridad del paciente evitables suponen un gasto considerable en los servicios de Urgencia de la Región.

AUTORES: *CRISTINA N ESTEBAN LLORET; ISABEL MARÍA REINA NICOLAS; FRANCISCO JAVIER MAS LUZÓN; Mª SANDRA MORENO REINA; PILAR MUÑOZ LOPEZ; JULIÁN ALCARAZ MARTÍNEZ.*

ID 589

TITULO Es posible impulsar un proyecto de calidad en un centro de atención primaria de pequeño tamaño?

OBJETIVOS Implantar un proyecto de mejora continua de calidad en un centro de atención primaria.
Hacer participes a los profesionales del equipo con un liderazgo adecuado para conseguir su empoderamiento
Formar al equipo en técnicas de trabajo para iniciar equipos de mejora
Conseguir la acreditación de nuestro equipo según criterios del Departamento de Salud.

MATERIAL Y METODOS Se cuenta con 22 profesionales de atención primaria, 6 médicos de familia, 2 pediatras 7 en fermeras una auxiliar de enfermería, 6 profesionales de gestión y servicios
Se realiza un curso de formación de 20 horas a todos los profesionales, procesos de mejoras, instruyéndoles en trabajo en equipos de mejora, realización de un DAFO, priorización de procesos de mejora, elaboración de indicadores i evaluación de resultados, ciclo de mejora continúa de la calidad.
Se realiza una autoevaluación del centro respecto al cumplimiento de los ítems de un estándar de calidad para centros de atención primaria
Se liga la participación de los profesionales al complimiento de objetivos con incentivo económico

RESULTADOS El primer año se forma un grupo de calidad en el equipo; multidisciplinario, que impulsara las acciones a realizar. Junto al equipo directivo elaboran un plan de calidad.
Se priorizan los proyectos de mejora a implantar a partir del resultado de la primera autoevaluación del equipo. Esta hace respondiendo un check- list elaborado por el departamento de salud que valora nueve estándares:
Liderazgo 85,71%
Política y estrategia 68,75%
Gestión de personas 97;30%
Alianzas y recursos 2,27%
Procesos 88,03%
Resultados en los clientes 100%
Resultados en las personas 75%
Resultados en la sociedad 100%
Resultados clave 55.88%
. Resultado global año 2011 73,61%
Segundo año.
Entramos a formar parte en nuestro territorio de un proyecto de seguridad del paciente, con algunos ítems comunes a los previos, se eliminan algunos no valorables por depender de la organización, se prioriza la mejora de aquellos relacionados con la seguridad del paciente.
Se actualiza el plan de calidad y la priorización de planes de mejora.
Nuevamente participan un 100% de profesionales del equipo, responsables de evaluar los trabajados el año previo e implantar los nuevos.
Obteniendo en el año 2012 un resultado global de 96,70%,al ser nuevamente auditados por un auditor externo.

DISCUSIÓN Es posible implantar un proyecto de mejora continua de calidad en un equipo de pequeño tamaño con resultados óptimos.
La implicación de todo el equipo y un liderazgo adecuado son fundamentales para que todos los profesionales se impliquen.
La creación de grupos de trabajo y un objetivo común han creado en nuestro equipo alianzas, sentimiento de unidad y mejor ambiente de trabajo.
Los profesionales muestran su satisfacción al comprobar que la mejora de la calidad sirve para mejorar nuestro trabajo diario y la salud de nuestros usuarios.

AUTORES: *LOURDES CLOTAS SANCHO; BELEN ARANDA SANCHEZ; FILOMENA CALAMOTE MANSO; ELENA AINSA ABÓS; ESPERANZA ARTEAGA NORIEGA; ASSUMPTA GONZÁLEZ GARCÉS.*

ID 592

TITULO ¿Qué opinamos sobre la seguridad de los pacientes en nuestro centro de trabajo?

OBJETIVOS Conocer la opinión que tienen las personas que trabajan en el Servicio Aragonés de Salud (SALUD) respecto a algunas cuestiones relacionadas con la seguridad de los pacientes para afrontar su mejora con más datos y mejores evidencias.

MATERIAL Y METODOS Desde 2006 se ha incluido en la encuesta de calidad de vida profesional un apartado diferenciado sobre aspectos de seguridad clínica con seis preguntas sobre seguridad clínica y otras sobre la categoría profesional, sexo y edad de los encuestados.
Así, la población objeto de estudio son todas las personas que trabajan en SALUD, tanto en el ámbito asistencial como en el administrativo.
Se solicita en cada pregunta el grado de acuerdo con una escala de medida 1-5. Todas las preguntas menos una se han basado en el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality.
El cuestionario se remite a todos los trabajadores de SALUD entre diciembre y febrero desde la Gerencia del sector sanitario o centro correspondiente.

RESULTADOS Se envían anualmente unas 23.000 encuestas con un índice de respuesta en torno al 16%, procediendo la mayoría (75%) de profesionales del sexo femenino.
En general los resultados son similares cada año. Las respuestas obtenidas indican estar de acuerdo o bastante de acuerdo con la afirmación "cuando cometemos errores los comentamos con los compañeros".
Un valoración semejante es la asignada a la afirmación "el intercambio de información entre primaria y especializada es insuficiente". Sin embargo, la afirmación "en el centro de trabajo tenemos problemas de seguridad del paciente" obtiene una valoración de poco acuerdo o solo acuerdo.
Tanto las afirmaciones indicadas como las restantes presentan además otros resultados destacables según la categoría profesional, edad o ámbito de trabajo de los profesionales.

DISCUSIÓN En general los profesionales de SALUD que responden la encuesta están de acuerdo con la existencia de situaciones que pueden poner en riesgo la seguridad de los pacientes. La evolución entre 206 y 2011 no presenta una mejoría destacable de esa opinión.

AUTORES: *JUAN CARLOS GARCÍA AÍSA; MARÍA ANTONIA GARCÍA OREA; ELENA ALTARRIBAS BOLSA; CARLOS AIBAR REMÓN.*

ID 596

TITULO PREVALENCIA DE SEGUNDAS VÍCTIMAS ENTRE LOS PROFESIONALES ASISTENTES A UNAS JORNADAS DE SEGURIDAD DE UN SERVICIO DE SALUD

OBJETIVOS 1.Difundir entre los profesionales el concepto de segundas víctimas como otro componente dentro de la gestión de los eventos adversos.
2.Identificar el conocimiento previo y medir la prevalencia del problema entre los profesionales participantes.

MATERIAL Y METODOS Tras la realización de una revisión exhaustiva de la literatura científica sobre el estudio de las segundas víctimas actualizada hasta el año 2013, analizando y estructurando la información de interés tanto para los profesionales como para la institución sanitaria, se decidió su presentación como ponencia en la Jornada de Seguridad del Paciente que se realiza anualmente en un Servicio Regional de Salud. Se proyectaron vídeos que complementaron la disertación establecida.
Se diseñó un cuestionario que recogió variables demográficas, profesionales, del conocimiento previo sobre el concepto y la propia experiencia como segunda víctima. El cuestionario fue entregado a los asistentes en el momento de la ponencia para su cumplimentación anónima.
Se realizó un análisis descriptivo de los datos recogidos, mediante frecuencias y porcentajes, se evaluó la relación entre las variables mediante la prueba de chi cuadrado, y la fuerza de asociación mediante la OR. Para los cálculos se utilizó el programa SPSS v.19.

RESULTADOS Tras la ponencia, se obtuvieron un total de 30 cuestionarios cumplimentados (mujeres: 60%, hombres: 40%). La distribución de los respondedores por ámbito laboral fue: 23,3% de Atención Primaria (AP) y 73,3% de Atención Especializada (AE). Por categoría profesional: Médicos: 36,7%, DUEs: 33,3%, Personal en formación: 6,7%, Otro profesional sanitario: 20%, Profesional no sanitario: 3,3%.
Un 40% de los profesionales encuestados no conocían previamente el término de segunda víctima. El 63,3% de los participantes reconocieron haberse visto envueltos en un error con daño o posible daño en el paciente, el 3,3% no respondió esa pregunta. Se encontró una prevalencia de segundas víctimas de 90,9% entre los médicos, 30% entre las enfermeras y 100% entre el personal de formación, 66,7% entre otros profesionales sanitarios. Refirieron ser más afectados hombres (75%) que mujeres (58.8%) y de AP(100%) que de AE(54,5%), no siendo significativo. El ser médico representó 10 veces más riesgo (IC: 1,05-95,23) de manifestar experiencia de segunda víctima frente a ser otro profesional.
De los que reconocieron algún evento de segunda víctima, presentaron síntomas: el 90% de los médicos frente al 33,3% de las enfermeras.
El 76,7% manifestó conocimiento de algún compañero que se ha visto envuelto en la situación de segunda víctima.

DISCUSIÓN -La prevalencia encontrada es elevada y concuerda con encuestas realizadas a nivel internacional.
-Nuestros resultados aportan una aproximación al conocimiento del problema en nuestro entorno y una base para nuevos estudios.
-Se sugiere la necesidad de difundir el concepto de segundas víctimas como aspecto clave de la seguridad, y de que las instituciones brinden apoyo a los profesionales afectados.

AUTORES: *ANGELICA BONILLA ESCOBAR.*

ID 602

TITULO ELIMINANDO INEFICIENCIAS: UNIFICAR LOS SISTEMAS DE CALIDAD DE UN HOSPITAL

OBJETIVOS Establecer un sistema de calidad único en el Hospital para normalizar y unificar criterios y estándares comunes.

MATERIAL Y METODOS Ámbito: hospital de 408 camas del SERMAS. Periodo de trabajo: enero 2012- junio 2013.
Una de las líneas estratégicas de la Dirección Gerencia definidas en 2011 fue la unificación del sistema de gestión de calidad del hospital. El proyecto se ha desarrollado en 7 fases: 1. Aprobación por Dirección Gerencia del proyecto. 2. Identificación de las Unidades del Hospital con Sistema de calidad propio certificado con la norma ISO 9001. 3. Creación del grupo de trabajo integrado por los coordinadores de dichos sistemas y la Unidad de Calidad, al que se incorporó el coordinador de ISO 14.001. 4. Creación del sistema común. 5. Análisis de los procedimientos existentes en todos los sistemas. 5. Unificación de nomenclatura y procedimientos. 6. Implantación y difusión. 7. Evaluación previa a auditoría interna.

RESULTADOS El grupo de trabajo ha estado constituido por 6 personas. Para el consenso se han realizado reuniones semanales (exceptuando el periodo vacacional) en las que se analizaron los procedimientos y se han unificado los comunes. Se ha actualizado el mapa de procesos del hospital, integrando los diferentes alcances. Se ha definido la gestión de la norma, incluyendo el formato para procedimientos asistenciales (protocolos, guías, etc.) y no asistenciales, de acuerdo a la norma ISO y a las recomendaciones AGREE II cuando procede. Se ha unificado la gestión de las encuestas a través de un sistema telemático común. Las Unidades certificadas integradas en el sistema son: Admisión, Banco de Huesos y Biobanco, Farmacia y Laboratorio (Análisis Clínicos, Anatomía Patológica, Hematología y Microbiología). El sistema de calidad consta de: 20 procedimientos de alcance general y 35 documentos internos de alcance general, 13 procedimientos específicos de unidad, 25 documentos internos específicos de unidad, e instrucciones técnicas, etc.
Se han programado 8 evaluaciones en las unidades integradas en el sistema y en las de nueva incorporación para identificar el nivel de conocimiento e implementación previo a la auditoría interna como requiere la norma.

DISCUSIÓN La unificación del sistema ha permitido consensuar y establecer criterios comunes en la gestión de la calidad, definir indicadores de alcance general y estándares comunes. Como consecuencia de ello se produce una reducción de costes y tiempo de evaluación. El éxito de la estrategia precisa del liderazgo directivo y la motivación del conjunto de la organización.

AUTORES: *SUSANA LORENZO MARTINEZ; M MARTÍNEZ PIEDROLA; MC HERRERO ML CASAS; P TORO; JL DE LOS FRAILES.*

ID 603

TITULO HACIENDO DE LA NECESIDAD VIRTUD: PLAN DE MEJORA DE LA GESTIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS

OBJETIVOS Objetivo general: Mejorar la accesibilidad al hospital de la población atendida en consultas externas. Específicos: Reducir el tiempo necesario para obtener cita. Disminuir el tiempo de espera para ser atendido en consultas (espera media). Reducir el número de reclamaciones.

MATERIAL Y METODOS Ámbito: hospital de 408 camas del SERMAS. Periodo de trabajo: diciembre 2011- junio 2013.
A raíz de los resultados de las encuestas que realiza el SERMAS, en 2011 se diseñó una estrategia para la mejora de satisfacción de los usuarios del hospital. Dicha estrategia incluía la mejora en la organización y gestión de pacientes en consultas externas. Se revisaron las agendas de todas las especialidades y sus prestaciones, estableciéndose normas de funcionamiento siguiendo la ISO 9001, se definieron y automatizaron paulatinamente indicadores para realizar seguimiento y mejorar la gestión de las citas, se han revisado circuitos asistenciales y de facturación, estableciéndose como objetivo 2013 el cierre de las ventanillas de atención al público para citación, con una ventanilla "rápida" para modificación de datos de filiación. En paralelo se han implantado mecanismos para que el paciente gestione sus citas sin desplazarse al hospital (centralita inteligente y correo electrónico).

RESULTADOS Se ha unificado en un solo área Admisión, Gestión de Pacientes, Recepción y Atención al Usuario. Se han normalizado los procedimientos de trabajo de acuerdo a la norma ISO 9000. Se ha facilitado formación e instrucciones técnicas ad-hoc a todo el personal administrativo que gestiona citas y facilita información al paciente. Se ha constituido un grupo de trabajo multidisciplinar con facturación e informática para enlazar los procesos de asistencia y su correcta facturación.
Se ha implantado el recordatorio a través de SMS 72h antes de la cita, se ha cerrado el 50% de las ventanillas, con gestión diferida de citas a través de buzones electrónicos que gestionan los Jefes de Servicio. Se ha implantado un sistema de localización y llamada de pacientes. Se han establecido programas de citación única en algunos procesos (embarazo, hospital de día, etc.) para evitar al paciente esperas innecesarias.
Los resultados de algunos de los indicadores utilizados para la monitorización 2011/13 son los siguientes: nº de pacientes en espera: 18.639/8.022; espera media (días): 53,59/22,6, inasistencias a consultas: 10,78%/7,31%, reclamaciones: 96/39. La percepción de los usuarios en la encuesta realizada por el SERMAS 2010/12 fue 69,4%/88.7% de satisfacción.

DISCUSIÓN El trabajo en equipo multidisciplinar, la normalización de procedimientos de trabajo, el rediseño de circuitos orientados al paciente se traduce en una gestión más eficiente, con mejor accesibilidad. El paciente se ha constituido en nuestro mejor aliado para difundir las excelencias en la gestión de la organización, a tener en cuenta en el marco de libre elección en vigor en la Comunidad de Madrid.

AUTORES: *SUSANA LORENZO MARTINEZ; ML CHECA -; MT RODRÍGUEZ MUÑOZ; MT ALONSO SALAZAR; R OVEJA -; M GARRIDO -.*

ENTIDADES COLABORADORAS

XXXI CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

775 anys de Comunitat
GENERALITAT VALENCIANA
AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT
BIOIBERICA FARMA
Boehringer Ingelheim
Bristol-Myers Squibb
www.bms.es
MSD
NOVARTIS
astellas
Leading Light for Life
BAYER
150 Years
Science For A Better Life
3M
abbvie
AMGEN
BUREAU VERITAS
ESTEVE
Hospital Universitario de La Ribera
OXIMESA
GRUPO PRAXAIR
Pfizer
Trabajando juntos por un mundo más sano