

# XXX

## CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

**Bilbao** 07/09 noviembre **2012**

Palacio de Congresos Euskalduna

### I Congreso de AVCA-AKEB

## Libro de Ponencias y Comunicaciones



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
CALIDAD ASISTENCIAL

[www.calidadasistencial.es](http://www.calidadasistencial.es)



[www.calidadasistencial.es/avca](http://www.calidadasistencial.es/avca)

© SECA. Sociedad Española de Calidad Asistencial

© AVCA-AKEB. Asociación Vasca para la Calidad Asistencial – Asistentzi Kalitaterako Euskal Batzordea.

ISBN13: 978-84-695-5778-5

Depósito Legal: AS-03568-2012

Diseño y maquetación: Cedes congresos, eventos y servicios turísticos, sl.

El LIBRO de PONENCIAS Y COMUNICACIONES ha sido editado con los textos íntegros que los diferentes autores han elaborado y aportado. Por lo tanto, las Sociedades Española y Vasca de Calidad Asistencial, no se hacen responsables de los contenidos u opiniones vertidas, ni de posibles erratas en los mismos.

# ÍNDICE

<b>RECONOCIMIENTO INTERÉS SANITARIO POR EL MINISTERIO DE SANIDAD.</b>	<b>5</b>
<b>RECONOCIMIENTO INTERÉS SANITARIO POR EL GOBIERNO VASCO</b>	<b>7</b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	<b>9</b>
<b>COMITÉS</b>	<b>11</b>
<b>JUNTAS DIRECTIVAS</b>	<b>14</b>
<b>PROGRAMA</b>	<b>16</b>
<b>CONFERENCIAS Y PONENCIAS</b>	<b>23</b>
<b>COMUNICACIONES ORALES A PREMIO</b>	<b>112</b>
<b>COMUNICACIONES ORALES BREVES A PREMIO</b>	<b>124</b>
<b>COMUNICACIONES ORALES</b>	<b>141</b>
<b>COMUNICACIONES ORALES BREVES</b>	<b>287</b>

**RECONOCIMIENTO INTERÉS  
SANITARIO POR EL MINISTERIO  
DE SANIDAD**

04-ABRIL-2012



MINISTERIO  
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD

SUBSECRETARIA



12/167.07  
AR/mja

Se ha recibido en esta Subsecretaría documentación y escrito de Vds., de fecha 14 de marzo de 2012, en el que solicitan el reconocimiento de interés sanitario para el **XXX CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL**, organizado por la referida Sociedad, y a celebrar en Bilbao durante los días 7, 8 y 9 de noviembre de 2012.

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 4/1999, de modificación 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 27 de marzo de 2012

LA SUBSECRETARIA

Maria Jesús Fraile Fabra



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

Pº del Prado, 18-20  
28071 MADRID  
Tf: 91 5962448  
Fax: 91 5961563

**RECONOCIMIENTO INTERÉS**

**SANITARIO**

**GOBIERNO VASCO**

## EUSKO JAURLARITZA

OSASUN ETA KONTSUMO  
SAILA

Kalitate, Ikerketa eta Berrikuntza  
Sanitarioko Sailburuordetza  
Ezagutzaren Gestio eta Ebaluazio  
Zuzendaritza



## GOBIERNO VASCO

DEPARTAMENTO DE SANIDAD  
Y CONSUMO

Viceconsejería de Calidad, Investigación  
e Innovación Sanitaria  
Dirección de Gestión del Conocimiento y  
Evaluación

### EKINTZA ZIENTIFIKOETARAKO INTERES SANITARIOAREN ONARPENA RECONOCIMIENTO DE INTERÉS SANITARIO PARA ACTOS CIENTÍFICOS

Eusko Jaurlaritzako Ezagutzaren Gestio eta Ebaluazio Zuzendaritzak, 2006ko maiatzaren 16ko Aginduan, hots, Euskal Herriko Autonomia Erkidegoan izango diren ekintza zientifikoak osasunerako interesgarritzat jotzea arauten duen Aginduan, erabakitakoari jarraituz eta bertan ezarritako baldintzak bete egiten direla kontuan izanik, *“XXX CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL”* izeneko elkarteak antolatu du eta Bilbon 2012ko azaroaren 7tik 9ra izango da.

La Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, en base a lo dispuesto en la Orden de 16 de mayo de 2006 por la que se regula el reconocimiento de interés sanitario para actos de carácter científico que tengan lugar en la Comunidad Autónoma del País Vasco, y considerando que cumple los requisitos establecidos, concede este Reconocimiento al acto *“XXX CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL”* a celebrar en Bilbao del 7 al 9 de noviembre de 2012.

Vitoria-Gasteiz, 2012ko apirilaren 18.



EUSKO JAURLARITZA  
GOBIERNO VASCO

José Asua Batarrita

EZAGUTZAREN GESTIOKO ETA EBALUAZIOKO ZUZENDARIA  
DIRECTOR DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y EVALUACIÓN

## **AGRADECIMIENTOS**

Las Sociedades Española y Vasca de Calidad Asistencial, desean agradecer su inestimable colaboración a las siguientes Instituciones y Empresas:



## COMITÉS

## Comité Organizador

### **Presidente.**

**Alberto Colina Alonso.**

*JUNTA DIRECTIVA SECA HOSPITAL DE CRUCES.  
JEFE UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE CIRUGÍA GENERAL.*

### **Vocales.**

**Mikel Álvarez Yeregi.**

*CENTRO DE TRABAJO ARRASATE.  
DIRECTOR GENERAL DE MONDRAGON HEALTH.*

**José Luíís Angulo Orue.**

*HOSPITAL SANTIAGO. U.G.S.*

**Joseba Julen Ballesteró Zárraga.**

*GERENTE DEL HOSPITAL DE BASURTO.*

**Jon Darpon Sierra.**

*GERENTE DE LA CLÍNICA ZORROZAURE DEL  
IGUALATORIO MEDICO-QUIRÚRGICO.*

**Eguzkiñe De Miguel Aguirre.**

*DIRECTORA GERENTE DE LA RED DE SALUD MENTAL  
ARABA.*

**Miren Fernández Mújika.**

*RESPONSABLE DE CALIDAD DE MUTUALIA.*

**Inés Gallego Camiña.**

*HOSPITAL GALDAKAO USANSOLO. JEFA UNIDAD DE  
METODOLOGÍA DE CALIDAD.*

**Marbella García Urbaneja.**

*GERENTE DEL HOSPITAL SANTA MARINA.*

**Eduardo González Lombide.**

*OSAKIDETZA- COMARCA EKIALDE DIRECTOR  
GERENTE.*

**Jon Guajardo Remacha.**

*ADJUNTO A GERENCIA DEL HOSPITAL DE BASURTO.*

**Eusebio Rafael Herrero Heredero.**

*H. DE BASURTO. SUB ORGANIZACION, SISTEMAS E  
INFORMACION.*

**Emilio Ignacio García.**

*PRESIDENTE DE SECA JUNTA DIRECTIVA SECA  
FACULTAD DE ENFERMERIA Y FISOTERAPIA  
UNIVERSIDAD DE CADIZ.*

**J. Manuel Ladrón-Guevara Portugal.**

*DIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL DE DONOSTIA.*

**Jesús Larrañaga Garitano.**

*GERENTE DE LA COMARCA BILBAO.*

**M. Edurne Omaetxebarria Legarra.**

*H. CRUCES. SUBD. MEDICA.*

**Carlos Pereira Rodríguez.**

*GERENTE DE LA RED DE SALUD MENTAL DE  
BIZKAIA.*

**Resurrección Perez De Arenaza.**

*UAP ZUMARRAGA.*

**Santiago Rabanal Retolaza.**

*GERENTE DEL HOSPITAL DE GALDAKAO-USANSOLO.*

**Arantxa Retes Saratxaga.**

*HOSPITAL DONOSTIA.  
DIRECTOR ECONOMICO-FINANCIERA.*

**Jorge Taboada Gómez.**

*RESPONSABLE DE CALIDAD DEL H. DE MENDARO.  
MEDICINA PREVENTIVA.*

**Rosa Maria Valverde Citores.**

*RESPONSABLE DE CALIDAD DEL HOSPITAL DE  
ZUMARRAGA.*

**Margarita Viciola García**

*RESPONSABLE DE CALIDAD. HOSPITAL SAN ELOY.*

# Comité Científico

## Presidente.

Oscar Moracho del Río.

INNOVASALUD CONSULTORIA SANITARIA.

## Vocales.

**Andoni Arcelay Salazar**

RESPONSABLE OFICINA ESTRATEGIA DE CRONICIDAD  
OSAKIDETZA.

**Pilar Astier Peña**

JUNTA DIRECTIVA SECA SERVICIO ARAGONES DE  
SALUD. TECNICO DE SALUD EN ATENCION PRIMARIA  
DEL SECTOR 2.

**Ignacio Barrasa Villar**

JUNTA DIRECTIVA SECA HOSPITAL CLINICO  
UIVERSITARIO LOZANO Blesa. COORDINADOR DE  
CALIDAD.

**Mercedes Carreras Viñas**

JUNTA DIRECTIVA SECA COMPLEJO HOSPITALARIO  
UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.  
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD.

**Rafael Gomis Cebrian**

JUNTA DIRECTIVA SECA SERVICIOS CENTRALES  
SERVICIO MURCIANO DE SALUD.

**Rosa M<sup>a</sup> González Linares**

JUNTA DIRECTIVA SECA OSAKIDETZA. SUBDIRECCION  
DE CALIDAD. TECNICO GESTION.

**Rafael Lledó Rodríguez**

FUNDACION HOSPITAL ASIL DE GRANOLLERS.  
DIRECTOR GENERAL

**M<sup>a</sup> Dolores Martín Rodríguez**

JUNTA DIRECTIVA SECA FUNDACION PÚBLICA DE  
URXENCIAS SANITARIAS DE GALICIA. 061  
COORDINADORA DE CALIDAD.

**José M. Mena Mateo**

SOCIO AMCA GRUPO MENSOR SERVICIOS DE SALUD.  
GERENTE.

**Mikel Mújika Orellana**

RESPONSABLE DE CALIDAD DE LA COMARCA SANITARIA  
DE BILBAO.

**Pedro Parra Hidalgo**

SUBDIRECCION GENERAL DE CALIDAD DEL SERVICIOS  
MURCIA DE SALUD.

**Manel Santiña Vila**

JUNTA DIRECTIVA SECA HOSPITAL CLINIC. UNIDAD DE  
DIRECCION DE CALIDAD Y SEGURIDAD CLINICA

**Carmen Silvestre Busto**

OSAKIDETZA. COMARCA GIPUZKOA ESTE.

**Elena Zavala Aizpurua**

MEDICO DE LA UNIDAD DE CALIDAD DEL HOSPITAL DE  
DONOSTIA.

**Jesus M<sup>a</sup> Aranaz Andrés.**

SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA Y CALIDAD  
ASISTENCIAL HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN  
D'ALACANT.

**M<sup>a</sup> Teresa Bacigalupe Artacho.**

JEFE SECCIÓN GESTIÓN SANITARIA HUA SANTIAGO.

**Genis Carrasco Gómez**

EDITOR REVISTA CALIDAD ASISTENCIAL.

**M<sup>a</sup> Isabel Dotor Gracia**

JUNTA DIRECTIVA SECA RESPONSABLE DE CALIDAD Y  
PROCESOS. CONSEJERÍA SALUD JUNTA DE ANDALUCÍA.

**Jonás Gonseth García**

JUNTA DIRECTIVA SECA.

**Mikel Latorre Guisasola**

HOSPITAL DE CRUCES JEFE DE CALIDAD.

**Susana Lorenzo Martínez**

JUNTA DIRECTIVA SECA HOSPITAL UNIVERSITARIO  
FUNDACION ALCORCON. UNIDAD DE CALIDAD

**José M<sup>a</sup> Martín Vázquez**

XANIT HOSPITAL INTERNACIONAL. DIRECTOR  
GERENTE.

**José J. Mira Solves**

JUNTA DIRECTIVA SECA UNIVERSIDAD MIGUEL  
HERNANDEZ PSICOLOGO CLINICO.

**Fernando Palacio Lapuente**

CDS ONDARRETA. MEDICO DE FAMILIA.

**Tomás Quirós Martí**

JUNTA DIRECTIVA DECA HOSPITAL DE LA RIBERA  
(ALZIRA).

DIRECTOR DE ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL Y  
CALIDAD.

**Rafael Sánchez Bernal**

HOSPITAL PSIQUIATRICO Y SALUD MENTAL  
EXTRAHOSPITALARIA DE ALAVA - OSAKIDETZA.

**Elena Seral Muñoz**

RESPONSABLE DE OSAREAN/OSAKIDETZA NO  
PRESENCIAL.

**Fernando Vázquez Valdés**

JUNTA DIRECTIVA SECA HOSPITAL MONTE NARANCO  
JEFE SECCION DE LABORATORIOS-COORDINADOR  
CALIDAD.

## **JUNTAS DIRECTIVAS**

## **Junta Directiva de SECA**

### **Presidente.**

Emilio Ignacio García.

### **Secretario.**

Manel Santiñá

### **Tesorero.**

Alberto Colina Alonso.

### **Vocales.**

María D. Martín.  
Rosa M. González.

José J. Mira.  
Pilar Astier.

## **PRESIDENTES SOCIEDADES AUTONÓMICAS.**

Susana Lorenzo.  
AMCA.  
Jonás Gonseth.  
SCLM.  
Ángel Vidal.  
SCQA.  
Dolors Montserrat Capella.  
AMCA.  
Fernando Vázquez.  
PASCQAL.  
Tomás Quirós.  
SOVCA.

Rafael Gomis.  
SOMUCA.  
Elena Seral Muñío.  
ACCA.  
Fernando Vázquez Valdés.  
PASQAL.  
Ignacio Barrasa  
SACA.  
Mercedes Carreras.  
SOGALCA.  
M<sup>a</sup> Isabel Dotor.  
SADECA.

## **Junta Directiva de la AVCA-AKEB**

### **Presidente.**

Alberto Colina.

### **Secretario.**

Jon Guajardo.

### **Tesorero.**

Rafael Herrero.

### **Vocales.**

Eduardo González – Lombide.  
José Luís Angulo.  
Merche Zuazo.

Inés Gallego.  
Rosa M<sup>a</sup> Valverde.  
Mikel Latorre.

## **PROGRAMA**

Miércoles, 7 de noviembre de 2012

PRECONGRESO	
9,00-13,30	<b>TALLERES.</b>
	<p><b>Activar al paciente: el reto pendiente de la sanidad.</b></p> <p><i>Ponentes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estibaliz Gamboa Moreno. Responsable del Proyecto Paciente Activo - Paziente Bizia.</li> <li>- Oscar Álvarez. Responsable informático de Osarean/Osakidetza No Presencial.</li> <li>- Juan Carlos Arbonies. Médico de AP, C.S. Beraun.</li> </ul>
	<p><b>Estrategias de mejora de la continuidad asistencial al paciente crónico.</b></p> <p><i>Ponentes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rosa María González Llinares.</li> <li>- Profesionales de la Oficina para la Cronicidad de Euskadi (OEC).</li> </ul>
	<p><b>Cómo publicar artículos en Calidad Asistencial.</b></p> <p><i>Ponentes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Susana Lorenzo. Directora de la Revista de Calidad Asistencial.</li> <li>- Genís Carrasco Gómez. Editor de la Revista de Calidad Asistencial.</li> </ul>
	<p><b>Innovación y creatividad en organizaciones sanitarias.</b></p> <p><i>Ponentes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- José Miguel Azkoitia, Director de desarrollo de negocio de la división de SALUD TECNALIA.</li> <li>- Juan José Goñi Zabala, Profesor de la Universidad del País Vasco, Deusto y de escuelas de negocio, Autor del modelo Capital Innovación y del modelo Empresa Virtual Tutelada.</li> </ul>

CONGRESO	
15,00-16,00	<b>Acreditaciones asistentes.</b>
16,00-17,00	<b>Sesiones Comunicaciones Orales / Comunicaciones Orales Breves.</b>
17,00-18,00	<b>Sesiones Comunicaciones Orales / Comunicaciones Orales Breves.</b>
18,00-18,45	<b>Inauguración oficial.</b>
18,45-19,40	<p><b>Conferencia inaugural:</b></p> <p><b>Previsión de innovación: friendo sangría.</b></p> <p>Xavier Gutiérrez. Jefe del laboratorio de investigación de cocina del Restaurante Arzak.</p>
19,45	<b>Asamblea SECA.</b>

Jueves, 8 de noviembre de 2012

8,00-9,00	<b>Cafés de trabajo.</b>
	<p><b>Buen Gobierno desde y para la Sociedad.</b>  Ponentes:  - Miren Ormaetxea Legarreta. Directora de RRHH. Comarca Atención Primaria Bilbao. Osakidetza.  - José Antonio Garrido. Presidente Bilbao Metrópoli 30.</p> <p><b>La nueva norma UNE 179003 de gestión de riesgos para la seguridad del paciente.</b>  Ponentes:  - María Dolores Martín Rodríguez. Jefa de Servicio de Desarrollo de Sistemas de Calidad. Subdirección General de Desarrollo y Seguridad Asistencial. SERGAS.  - Mónica Rodríguez Castaño. Supervisora de Calidad del Hospital Comarcal de Barbanza. Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela. SERGAS.  - M<sup>a</sup> Mar Lale Candal. Técnico de Calidad de la Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela.</p> <p><b>Encuentro con los editores de la Revista de SECA: ¿Qué hacer para publicar en calidad?.</b>  Ponentes:  - Susana Lorenzo (Directora Revista), Genís Carrasco, Manel Santiñá y Carmen Natal (Editores).</p>
9,00-10,30	<b>Sesión plenaria.</b>
	<p><b>Avanzando en la estrategia de cronicidad: Cuatro Poleas de cambio imprescindibles.</b>  <u>Moderador:</u> Andoni Arcelay.  Responsable de la Oficina de la Estrategia de la Cronicidad del Gobierno Vasco.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Estratificación para la acción selectiva.</b>  Jon Orueta. Responsable del proyecto "estratificación de la población". Osakidetza.</li> <li>• <b>Competencias avanzadas de enfermería.</b>  María Jesús Megido. Adjunta a Dirección del Servicio Atención Primaria Baix Llobregat Centre. ICS.</li> <li>• <b>Alianzas y rutas asistenciales para la integración del proceso asistencial.</b>  Manuel Ollero. Jefe de Servicio Hospital Virgen del Rocío. SAS.</li> <li>• <b>El papel de las TIC y la telemedicina.</b>  Manuel Yarza. Director de Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad Comunidad Valenciana.</li> </ul>
10,30-11,30	<b>Sesiones Comunicaciones Orales/ Comunicaciones Orales Breves.</b>

11,30-12,20	<b>Simposios.</b>
	<p><b><i>Simposio I: Eficiencia en la gestión clínica del paciente crónico anticoagulado.</i></b>  <b><i>Moderador:</i></b> Antonio Torres Olivera.  <b><i>Director Agencia Calidad de Andalucía.</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><i>Estrategias de seguridad en pacientes anticoagulados.</i></b> Ana Miquel. Gerenta Adjunta de Planificación y Calidad . Servicio Madrileño de Salud.</li> <li>• <b><i>Manejo del paciente crónico anticoagulado.</i></b> Marisa Dotor Gracia. Presidenta SADECA. Responsable de Calidad y Procesos. Consejería Salud Junta de Andalucía.</li> </ul> <p><b><i>Simposio II: Indicadores de buenas prácticas en el manejo del dolor: un proyecto español pionero en Europa.</i></b>  <b><i>Moderador:</i></b> Dr. Antón Herreros.  <b><i>Director de Fundación para la investigación en Salud.</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><i>Planificando el 2013: ¿Qué esperan de nosotros nuestros pacientes con dolor crónico?.</i></b> Dr. Enrique Báñez. Director Médico Hospital Universitario Araba. Osakidetza.</li> <li>• <b><i>Resultados del Proyecto de Construcción, Validación y Medición de indicadores de buenas prácticas sobre el manejo del dolor en el Sistema Nacional de Salud.</i></b> Dr. Pedro J. Saturno. Visiting Lecturer in Quality Management, Universidad de Harvard; Profesor de Salud Pública Universidad de Murcia.</li> <li>• <b><i>Visión Europea de EFIC en el uso de indicadores de calidad en el manejo del dolor.</i></b> Dr. Juan J. Cajaraville. Responsable de la Unidad del Dolor. Clínica Universitaria de Navarra. Representante de EFIC en España.</li> </ul> <p><b><i>Simposio III: Gestión de Calidad en la atención al paciente con melanoma.</i></b>  <b><i>Moderador:</i></b> Emilio Ignacio García.  <b><i>Presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><i>Paciente con melanoma. Problemática, abordaje y epidemiología.</i></b> Salvador Martín Algarra. Presidente del grupo español de melanoma.</li> <li>• <b><i>Diseño del Proceso de atención al paciente con melanoma.</i></b> David Moreno Ramírez. Jefe de Sección Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena.</li> </ul>

11,30-12,20	<p><b>Simposio IV: Premios Innoba a la gestión sanitaria y calidad asistencial de la Artrosis.</b></p> <p><u>Moderadores:</u></p> <p>Dr. Manel Santiñá. Secretario de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.</p> <p>Dr. Josep Vergés. Director División Pharmascience. BIOIBERICA, SA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>CONFERENCIA MAGISTRAL.</b> <b>La realidad económica: el nuevo escenario y la asistencia sanitaria.</b> Dr. Santiago Niño Becerra. Catedrático de Estructura Económica. Universidad Ramon Llull de Barcelona.</li> <li>• <b>Premios Innoba: Un paso adelante en la innovación en artrosis.</b> José Escaich. Consejero Delegado. BIOIBERICA S.A.</li> <li>• <b>Premio Innoba al mejor proyecto en el ámbito de atención primaria a la gestión sanitaria y calidad asistencial de la artrosis.</b> <b>Comparación de la efectividad de un programa de rehabilitación domiciliaria en prótesis de rodilla con la rehabilitación hospitalaria.</b> Dra. Remedios López Liria. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Almería.</li> <li>• <b>Premio Innoba al mejor proyecto en el ámbito hospitalario a la gestión sanitaria y calidad asistencial de la artrosis.</b> <b>Hombro. Aplicación para smartphones y tablets.</b> Dr. Alberto Sánchez Sobrino. Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital de Galdakao – Usansolo.</li> </ul>
12,30-14,00	<b>Sesión plenaria.</b>
	<p><b>Seguridad Clínica ¿Hemos completado el cambio?.</b></p> <p><u>Moderador:</u> Jesús. Aranaz.</p> <p>Jefe del Servicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial del Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tomando conciencia del problema: ¿Ha llegado la cultura de Seguridad Clínica a la Atención Primaria?.</b> Guadalupe Olivera. Grupo de Seguridad del Paciente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.</li> <li>• <b>Focalizando las acciones: Grado de implantación de programas de Seguridad Clínica prioritarios.</b> Jesús María Casal Gómez. Jefe de Servicio de la Subdirección General de Calidad del Ministerio de Sanidad Servicios e Igualdad.</li> <li>• <b>Midiendo los resultados: A la vista de los resultados conocidos ¿Cómo deberíamos medir el impacto de los Programas de Seguridad Clínica?.</b> Ricard Meneu. Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud.</li> </ul>
14,00-16,00	<b>Comida de trabajo.</b>
16,00-18,00	<b>Sesiones Comunicaciones Orales/ Comunicaciones Orales Breves.</b>

18,00-19,30	<b>Sesión plenaria.</b>
	<p><b><i>Eficiencia y calidad para la sostenibilidad del sistema sanitario.</i></b></p> <p><u>Moderadora:</u> Genís Carrasco.</p> <p>Editor Revista Calidad Asistencial.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><i>Implicación de los profesionales y la sociedad en la eficiencia del sistema sanitario.</i></b> Juan Cabasés. Catedrático de Economía de la Salud. Universidad de Navarra.</li> <li>• <b><i>Perspectiva práctica de los costes de la calidad y la ética de la eficiencia en los servicios clínicos.</i></b> Luis Cabré. Jefe de Cuidados Intensivos del Hospital de Barcelona.</li> <li>• <b><i>Orientación y prácticas de gestión para la mejora de la calidad y la eficiencia.</i></b> Mario González. Gerente Sector Zaragoza I y II.</li> <li>• <b><i>Modelo de contratación enfocado a la eficiencia y la calidad de los resultados en la salud.</i></b> Patricia Arratibel. Directora de Aseguramiento y Contratación. Departamento de Sanidad Gobierno Vasco.</li> </ul>
21,30	<b>Cena de Congreso.</b>

### Viernes, 9 de noviembre de 2012

9,15-10,15	<b>Comunicaciones Orales Breves seleccionadas para premio.</b>
	<p><u>Moderadora:</u> Pilar Astier.</p> <p>Junta Directiva SECA. Servicio Aragonés de Salud.</p> <p><b>CB - 005.- Evolucion de la cultura de seguridad del paciente en un servicio de urgencias de un hospital comarcal.</b> González-Iglesias I, Naves-Gómez C.</p> <p><b>CB - 006.- Detección del cáncer colorrectal - La información: clave del éxito.</b> Garmendia-Mendizabal A, Alargunso-Ugartemendia M, Urteaga-Irizar M, Etcheverry Mugica-Mugica I, Gartziarena-Lasarte S, Barandiarán-Unanue C.</p> <p><b>CB - 007.- ¿Por qué ohsas en sanidad?.</b> Arnau-Plaza T, Tabernero-Alba E, Marti-Roig C, Quiros-Morato T.</p> <p><b>CB - 008.- Calidad de la informacion de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales (TAO) en nuestro hospital.</b> Aguirrezabal-García De Cortázar B, Achaerandio-López MA, Fuentes-Lamelas I, Alvarez-Morezuellas Mn, Pereda-Vicandi A, Díaz De Guereñu-Marín MM.</p> <p><b>CB - 009.- Benchmarking: herramienta para mejorar la seguridad de los centros.</b> Salazar-De La Guerra R, Ayuso-Murillo D, De Andrés-Gimeno B, Ferrer-Arnado C.</p> <p><b>CB - 010.- ¿Pueden las estructuras técnicas de apoyo de las gerencias de Atención Primaria trabajar con un contrato programa?.</b> Jiménez-Domínguez C, Alemany-López A, Mediavilla-Herrera I, Miquel-Gómez A.</p>
10,15-10,45	<p><b>Presentación de Sequálita: una herramienta de gestión de la calidad asistencial para los profesionales sanitarios.</b></p> <p>Proyecto de SECA conveniado con MSD.</p>

10,45-11,45	<b>Comunicaciones Orales seleccionadas para premios</b>
	<p><i>Moderador:</i> Rafael Gomis. <i>Presidente SOMUCA.</i></p> <p><b>CO 005.- Gestión del riesgo en un equipo de Atención Primaria a partir de la implicación de sus profesionales.</b> Ortega-Vila Y, Oya-Girona E, Amigo-Fernandez J, Palacios-Llamazares L, Sanchez-Rus J, Vidal-Esteve E.</p> <p><b>CO 006.- Repercusión económica de la reparación quirúrgica urgente de las fístulas arteriovenosas para hemodiálisis trombosadas.</b> Vega-Lopez L, Lasala-Gausa M, Rueda-Orgaz JA, Quintans-Rodriguez A, Gruss-Vergara E, Jimenez-Almonacid P.</p> <p><b>CO 007.- Información y percepción de seguridad de pacientes atendidos en plantas de cirugía.</b> Nebot-Marzal CM, Navarro-Soler IM, Segura-Sobrino V, Peralta-Ortega A, Ortega-Llavador B, Ortiz-Henarejos L.</p> <p><b>CO 008.- Modelo orientado a individuos para la simulación de un servicio de urgencias hospitalario.</b> Iglesias-Lepine ML, Epelde F, Taboada M, Luque E, Cabrera G.</p> <p><b>CO 009.- Calidad percibida por los usuarios de una unidad de gestión de conflictos sanitarios mediante la escala servqual.</b> Hernandez-Herrero M, Ruiz-Saenz A, Cuevas-Saiz S, Aguirre-Oteiza T, Cayon-De Las Cuevas J.</p> <p><b>CO 010.- Midiendo nuestra huella de carbono.</b> Gomez-Inhieto E, Altuna-Gandarias A, Villa-Valle R, Toro-Sanchez L, Llorente-Uriagereka A, Arriaran-Azpiri JA.</p>
11,45-13,15	<b>Sesión Plenaria.</b>
	<p><b>Experiencias de especial reconocimiento.</b> <i>Moderador:</i> Oscar Moracho. <i>Presidente Comité Científico.</i></p> <p><b>CO 001.- Integración de la RSC en la gestión hospitalaria basada en el Modelo de EFQM.</b> Villa-Valle R.</p> <p><b>CO 002.- Diseño de un modelo de seguridad de pacientes para la atención primaria en una comunidad autónoma.</b> Lushchenkova O, Alava-Cano F, Davins-Miralles J, Gens-Barbera-M, Oliva-Oliva G, Garcia-Carbajo A.</p> <p><b>CO 003.- Diseño y validación de un mapa de riesgos para la mejora de la seguridad del paciente en los servicios de urgencias.</b> Tomas-Vecina S, Roqueta-Egea F, Bueno-Dominguez MJ, Chanovas-Borras M.</p> <p><b>CO 004.- Programa para mejorar la atención al mayor polimedicado.</b> Basauri-Bedoya JM, Elezcano-Olivares B, Gabilondo-Zelaia I, Roncero-Gascon MJ, Garcia-Vega A, Ruiz-Del Palacio B.</p>
13,15-14,15	<b>Entrega de premios y clausura.</b>

**CONFERENCIAS**

**Y**

**PONENCIAS**

## Conferencia Inaugural 26

<b>Previsión de innovación: friendo sangría.</b>	27
Xavier Gutiérrez. Jefe del laboratorio de investigación de cocina del Restaurante Arzak.	

## Sesión Plenaria: 28

<b>Avanzando en la estrategia de cronicidad: Cuatro Poleas de cambio imprescindibles.</b>	
<b>Introducción.</b>	29
Andoni Arcelay. Responsable de la oficina de la estrategia de la cronicidad del Gobierno Vasco.	
<b>Estratificación para la acción selectiva.</b>	32
Jon Orueta. Responsable del proyecto "estratificación de la población". Osakidetza.	
<b>Competencias avanzadas de enfermería.</b>	37
María Jesús Megido.	
<b>Alianzas y rutas asistenciales para la integración del proceso asistencial.</b>	43
Manuel Ollero.	
<b>El papel de las TIC y la telemedicina.</b>	45
Manuel Yarza.	

## Sesión Plenaria: 53

<b>Seguridad Clínica ¿Hemos completado el cambio?</b>	
<b>Introducción.</b>	54
Jesús M <sup>a</sup> Aranzaz Andrés. Servicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant.	
<b>Tomando conciencia del problema: ¿Ha llegado la cultura de seguridad clínica a la Atención Primaria?</b>	57
Guadalupe Olivera.	
<b>Focalizando las acciones: Grado de implantación de programas de Seguridad Clínica prioritarios.</b>	64
Jesús María Casal Gómez.	
<b>Midiendo los resultados: A la vista de los resultados conocidos ¿Cómo deberíamos medir el impacto de los Programas de Seguridad Clínica?</b>	66
Ricard Meneu.	

## Sesión Plenaria: 70

<b>Eficiencia y calidad para la sostenibilidad del sistema sanitario.</b>	
<b>Introducción.</b>	71
Genis Carrasco. Editora de la Revista Calidad Asistencial.	
<b>Perspectiva práctica de los costes de la calidad y la ética de la eficiencia en los servicios clínicos.</b>	73
Luis Cabré.	
<b>Modelo de contratación enfocado a la eficiencia y la calidad de los resultados en la salud.</b>	80
Patricia Arratibel.	

**Sesión Plenaria:**

***Experiencias de especial reconocimiento.***

**88**

**CO 001.- Integración de la RSC en la gestión hospitalaria basada en el modelo de EFQM.**

**89**

*Rebeca Villa Valle.*

**CO 002.- Diseño de un modelo de seguridad de pacientes para la Atención Primaria en una Comunidad Autónoma.**

**97**

*Montserrat Gens Barbera.*

**CO 003.- Diseño y validación de un mapa de riesgos para la mejora de la seguridad del paciente en los servicios de urgencias.**

**104**

*Santiago Tomás Vecina.*

**CO 004.- Programa para mejorar la atención al mayor polimedicado.**

**111**

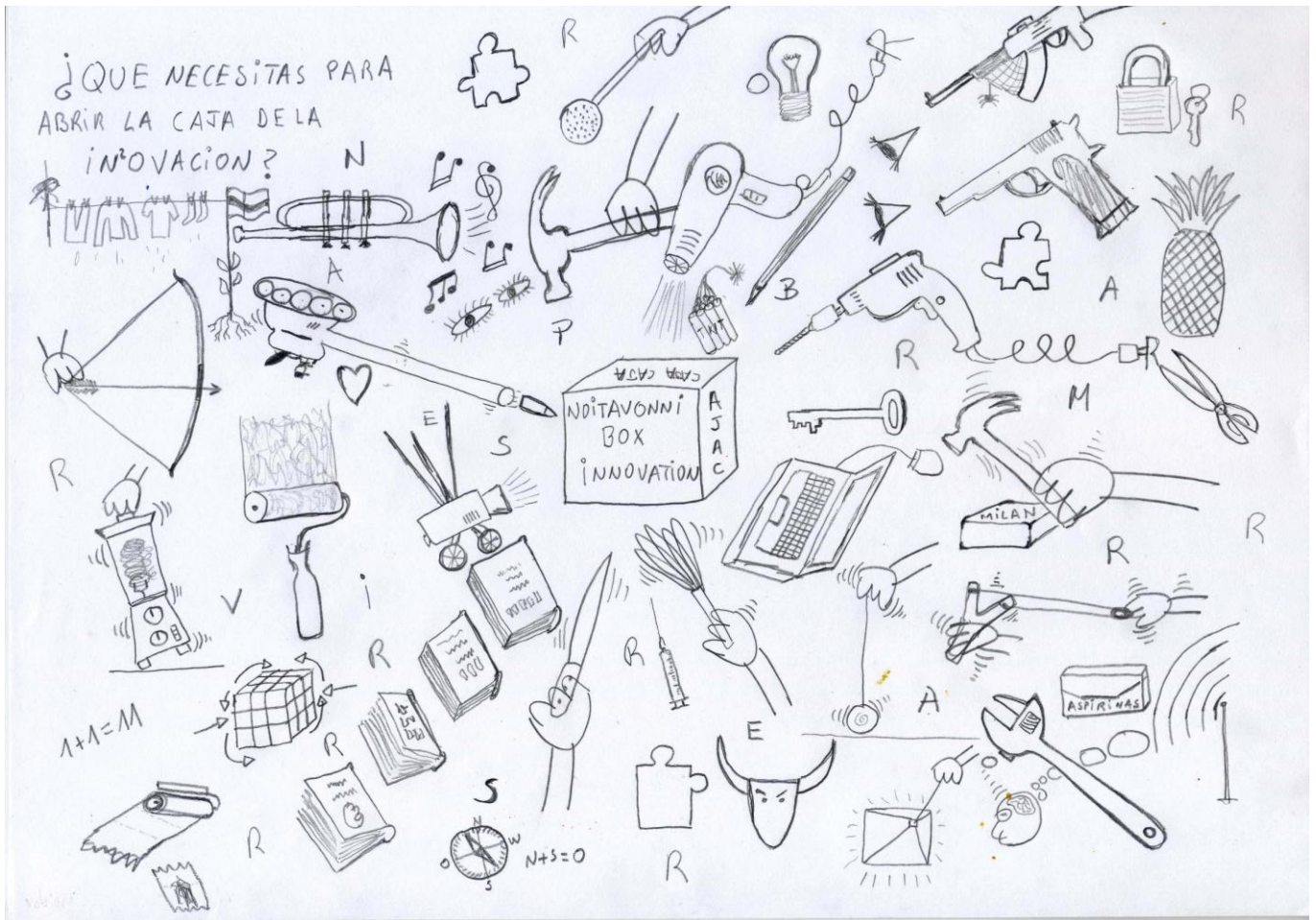
*Itxasne Gabilondo Zalaia.*

## **Conferencia Inaugural**

## PREVISIÓN DE INNOVACIÓN: FRIENDO SANGRÍA.

XAVIER GUTIÉRREZ.

JEFE DEL LABORATORIO DE INVESTIGACIÓN DE COCINA DEL RESTAURANTE ARZAK.



## **Sesión Plenaria**

**Avanzando en la estrategia de  
cronicidad: Cuatro Poleas  
de cambio imprescindibles.**

**MODERADOR:**

ANDONI ARCELAY.

RESPONSABLE DE LA OFICINA DE LA ESTRATEGIA DE LA CRONOCIDAD DEL GOBIERNO VASCO.

Introducción:

Utilizando el abordaje ante el reto de la cronicidad descrito por Wagner y col. en el Chronic Care Model (CCM) y teniendo en cuenta los numerosos ejemplos de planes de cronicidad que se están desarrollando en nuestros sistemas sanitarios, de los que las cuatro ponencias de esta mesa constituyen excelentes ejemplos, debemos contemplar numerosos aspectos que deben ser considerados al diseñar una Estrategia de Cronicidad. Estos aspectos comportan la puesta en marcha en nuestro sistema sanitario de un mosaico de servicios, utilidades, herramientas, cambios organizativos, nuevas tareas y en definitiva, una nueva forma de organizar la atención, fundamental para el logro de mejores resultados clínicos y satisfacción en los pacientes crónicos, así como importantes ganancias en términos de eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario

El despliegue paulatino de todos estos temas, habitualmente en forma de proyectos, propicia una mejora del manejo de los pacientes crónicos por cuanto aporta numerosas ventajas y utilidades para facilitar su atención y seguimiento. Este abordaje ante el reto de la cronicidad propicia una acción multidimensional materializada a través de numerosas "poleas de cambio" a través de las cuales se pretende cambiar la forma de prestar los cuidados sanitarios.

Tomando como ejemplo la estrategia de Cronicidad del País Vasco, a continuación se exponen brevemente las aportaciones de estos proyectos, con especial atención en los 4 que van a ser objeto de exposición en esta sesión plenaria (**Estratificación; Competencias avanzadas de enfermería; Alianzas y rutas asistenciales para la integración del proceso asistencial; El papel de las TIC y la telemedicina**), ya que constituyen piezas indispensables en la mencionada acción multidimensional en el cambio que se está operando en nuestros sistemas sanitarios:

**1.- Proyectos que constituyen herramientas de carácter centralizado** que ejercen un efecto facilitador para mejorar el proceso de atención al paciente crónico. Son los siguientes:

- ♦ Historia clínica electrónica única : Osabide global
- ♦ **El papel de las nuevas tecnologías (Osarean) : Aportación de una cartera creciente de servicios no presenciales a través de una plataforma multicanal. Se trata de aportar un modelo de atención a distancia centrado en las necesidades de los pacientes y ciudadanos. Con ello, se pretende mejorar los procesos asistenciales, implicar a los pacientes de forma más activa en el autocuidado, promover actividades preventivas etc. En este contexto, las TIC constituyen también un valioso instrumento que ofrece la posibilidad de obtener de manera remota información sobre el estado de salud de los pacientes por medios telemáticos, como ayuda al proceso asistencial.**

- ♦ **Receta Electrónica:** Mejora en la calidad de la gestión farmacéutica.
- ♦ **Estratificación:** Revoluciona la atención al aportar una visión poblacional que permite definir grupos de pacientes a partir del nivel de complejidad y comorbilidad de los mismos. Este enfoque permite el diseño de intervenciones proactivas y demostradas eficientes a través de la evidencia científica, adaptadas por tanto a las necesidades de atención de cada uno de estos grupos.
- ♦ **Financiación/Contratación:** Impulsa a trabajar con una visión poblacional (estratificando los pacientes) y coordinando/integrando actuaciones en el ámbito local ("microsistemas" o sistemas integrados locales de salud).

**2.- Proyectos que denominamos "finalistas"** porque su desarrollo se lleva a cabo en las Organizaciones de Servicios, dependiendo de sus particularidades, ritmo de implantación, etc. :

- ♦ **Competencias avanzadas de enfermería :** consiste en el enriquecimiento de la tarea enfermera incorporando nuevos roles y funciones para la atención a la cronicidad en Osakidetza. Constituye un valioso recurso que aporta continuidad, integración y cuidados eficientes a los pacientes crónicos.
- ♦ **Atención clínica integrada:** Por un lado se han creado 4 OSI (Organizaciones sanitarias integradas) que suponen la unificación de diferentes dispositivos asistenciales en una única organización y por otro, se ha impulsado en todos los ámbitos de Osakidetza, experiencias y proyectos de coordinación entre diferentes niveles asistenciales y profesionales, es decir, experiencias de integración clínica en torno a los procesos asistenciales. En este ámbito, existen más de 140 experiencias impulsadas por los profesionales en torno a las patologías más prevalentes, que aunan el quehacer de médicos y enfermeras de A. Primaria, especialistas, trabajadores del ámbito social, etc.
- ♦ **Prevención y Promoción:** Actuaciones en el ámbito de acción institucional, y también local, incorporando una visión poblacional y comunitaria. Se trata de actuar eficazmente sobre los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas potenciando estrategias como la cooperación intersectorial.
- ♦ **Paciente Activo:** Involucrar al paciente/cuidador para que se convierta en protagonista del autocuidado.
- ♦ **Atención Sociosanitaria:** Propiciar una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad de atención
- ♦ **Hospitales de Subagudos:** Incorporar una visión mucho más adaptada en recursos y bagaje de sus profesionales a la atención al paciente crónico complejo, y conexión con la atención primaria y resto de organizaciones

**3.- Proyectos relacionados con la innovación desde los profesionales:**

- ♦ **Innovación desde los profesionales clínicos.** incorpora la visión y capacidad de generar conocimiento asistencial de los verdaderos conocedores del "día a día" del paciente crónico y su interacción con el sistema sanitario.

- ♦ **Kronikgune:** Representa todo lo que el mundo de la investigación puede aportar al manejo del paciente crónico constituyendo la mejor herramienta para situarnos en la vanguardia de la atención al mismo.

Este planteamiento de la EC se ha basado en las mejores evidencias y prácticas recogidas en el ámbito internacional, que cuentan con resultados constatados. En el Sistema Sanitario Vasco, el trabajo de contextualización a nuestro entorno, está aportando las claves para avanzar y para que los resultados sean efectivos y eficientes en nuestros centros. El progreso y dinamismo que requiere la EC, depende ahora de nuestra capacidad para extender todas estas líneas de trabajo a la totalidad de nuestro sistema sanitario, y sin duda, la implicación decidida y cada vez más numerosa de nuestros profesionales es el elemento clave que está contribuyendo a ello.

El camino está definido, y tal y como se ha reseñado, las herramientas diseñadas y los cambios impulsados, representan una realidad con resultados tangibles que aportan a esta nueva forma de abordar la cronicidad, la materia prima imprescindible para avanzar.

## **ESTRATIFICACIÓN PARA LA ACCIÓN SELECTIVA.**

JON ORUETA.

RESPONSABLE DEL PROYECTO "ESTRATIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN".  
OSAKIDETZA.

### Resumen.

La estratificación poblacional tiene como objetivo clasificar a las personas en función de los cuidados sanitarios que requerirán en el futuro. Esta información proporciona a las organizaciones sanitarias la oportunidad de actuar proactivamente, diseñando intervenciones específicas, adecuadas al nivel de necesidad de los distintos grupos de la población.

En el País Vasco el Programa de Estratificación Poblacional se integra, junto con otras políticas y áreas de cambio, dentro de la Estrategia de Cronicidad de Euskadi. Fue puesto en marcha en el año 2010 y realiza una categorización prospectiva de toda la población adscrita a Osakidetza, por medio del sistema Johns Hopkins Adjusted Clinical Groups Predictive Model (ACG-PM). Para ello se utiliza, de forma secundaria, información ya registrada, procedente de las historias clínicas informatizadas de atención primaria, altas de hospital, archivos informatizados de atención especializada sin ingreso y base de datos de farmacia.

La metodología empleada presenta ventajas frente a otros métodos de selección de poblaciones diana. Los resultados de la estratificación poblacional se han utilizado en el País Vasco en programas, dirigidos a enfermos crónicos con distinta carga de comorbilidad, y sirven de apoyo al nuevo modelo de financiación de las organizaciones sanitarias de Osakidetza, implantado en 2012.

### Introducción.

Actualmente observamos como un número creciente de personas tiene que soportar una o más enfermedades crónicas. Si bien este tipo de problemas son más frecuentes a medida que aumenta la edad, la cronicidad no es un fenómeno exclusivo de los segmentos más envejecidos de la población. De hecho, en el País Vasco, durante el año 2011, al menos una de cada 7 personas menores de 45 consultó con un médico de Osakidetza por una o más enfermedades crónicas; esta proporción aumenta a una de cada 3 personas de los 45 a 64 años y a dos de cada tres en mayores de 65.

Por otra parte, los sistemas sanitarios actuales fueron diseñados para atender, principalmente, episodios agudos de enfermedad y, debido a esta concepción, experimentan dificultades para dar respuesta a las necesidades de los enfermos crónicos, especialmente a los que presentan múltiples problemas de salud. Con frecuencia, la atención sanitaria que reciben resulta insuficientemente coordinada, los pacientes muestran escasa adherencia a los regímenes de tratamiento y, todo ello, tiene un impacto negativo en la calidad de los cuidados e incrementa sus costes.

La atención que requieren las personas con estas patologías supone una carga financiera tan importante que, incluso, llega a amenazar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios. Así, aunque sólo el 30% de los ciudadanos del País Vasco presenta algún problema crónico, el coste de su atención alcanza el 84 % del gasto por ingresos en hospital de toda la población y el 70% de los recursos sanitarios totales.

En este contexto, el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco publicó en julio de 2010 la "Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi". Esta Estrategia contiene una serie de políticas y proyectos concretos orientados a reinventar el modelo de prestación sanitaria con el fin de mejorar la calidad de la atención y cuidado a los pacientes crónicos, prevenir estas patologías, y avanzar hacia un modelo más sostenible. Un elemento fundamental para que estas intervenciones sean eficaces es que ejecuten en aquellos pacientes cuyas necesidades de atención respondan al perfil para el que fueron diseñadas. El proyecto de Estratificación Poblacional en el País Vasco tienen como objetivo clasificar a las personas en función de los cuidados sanitarios que requerirán el año próximo, con el fin de que puedan ponerse en marcha programas y actuaciones proactivas que eviten un mayor deterioro de estas personas.

#### Métodos para identificar poblaciones diana.

Natasha Curry y otros investigadores de King's Fund clasificaron los sistemas de identificación propectiva de pacientes en tres categorías:

- Métodos de umbral, según los cuales se considera que un paciente está situación de riesgo cuando supera un criterio establecido, como por ejemplo "más de dos hospitalizaciones no programadas en el último año", "3 o más visitas a urgencias en los últimos 6 meses" o un "gasto en farmacia superior a XX euros en el último trimestre".  
Si bien, se ha comprobado la utilidad de este método en algunas situaciones clínicas concretas presenta limitaciones para ser empleado en la población general. Uno de los problemas más importantes que plantea su uso es el fenómeno de regresión a la media.
- Opinión de los clínicos. Basándose en su experiencia y conocimientos, los médicos y enfermeros que tratan a un paciente habitualmente son capaces señalar si una esa persona se encuentra en una situación de riesgo en el momento actual, pero sus predicciones a futuro tienen, con frecuencia, un valor limitado. Por otra parte, una evaluación de este tipo requiere consumo de tiempo, es difícil de estandarizar y de ella quedarían excluidos los pacientes que acuden a la consulta con menos frecuencia.
- Modelos estadísticos predictivos. Consisten la utilización de determinadas variables explicativas para predecir la situación de las personas en el futuro, respecto a coste de la atención sanitaria que requerirán, riesgo de hospitalización o consumo de otros recursos. Desde el punto de vista de su aplicabilidad, resulta necesario que permitan diferenciar a los pacientes en situación de riesgo con mayor probabilidad de responder a las intervenciones preventivas diseñadas, de aquellos que difícilmente lo harán.

- Existen numerosas publicaciones que describen estos modelos. Aunque su sensibilidad y especificidad siguen siendo limitadas, obtienen una capacidad predictiva más alta que otros sistemas y pueden emplearse como instrumento de screening para identificar a los pacientes que puedan ser candidatos a programas de gestión de casos o de patologías.

#### Proyecto de Estratificación Poblacional en el País Vasco.

La estratificación poblacional comenzó a aplicarse en el País Vasco en 2010. La explotación exhaustiva de la información sanitaria disponible en el Servicio Vasco de Salud ha permitido poner en marcha un sistema para clasificar a la población mediante el case-mix Johns Hopkins Adjusted Clinical Groups Predictive Model (ACG-PM).

El proyecto de Estratificación es distinto de otros métodos utilizados para seleccionar poblaciones diana:

- 1.- Clasifica a todos los ciudadanos de la Comunidad Autónoma del País Vasco. En contraste con otros programas donde se seleccionan pacientes que han visitado o han estado ingresados en un centro sanitario, la estratificación poblacional tienen en cuenta a todos los habitantes. Así, en el año 2011 se agruparon 2.262.707 personas.
- 2.- Combina información procedente de todos los niveles de atención sanitaria (primaria, hospitales y especializada sin ingreso), integrando todas las fuentes de información sanitaria informatizadas de la CAPV, tanto de Osakidetza como Departamento de Sanidad.
- 3.- La información que proporciona puede emplearse en múltiples aplicaciones, que pueden beneficiar a todos los estratos de la población, desde los pacientes más complejos a aquellos que presentan un buen estado de salud. No pretende identificar un solo subgrupo de pacientes que puedan ser adecuados para un programa específico, como por ejemplo, algunos modelos de predicción para seleccionar personas en riesgo de hospitalización.
- 4.- Reutiliza datos que ya están incluidos en los sistemas de información sanitaria de la CAPV y no requiere que los profesionales clínicos hagan un esfuerzo adicional para captar pacientes o registrar más información de la que habitualmente anotan en sus historias clínicas.

#### Descripción y resultados en dos años.

Para su implantación se creó una base de datos, que vincula a cada paciente con un identificador único encriptado y contiene información extraída de las historias clínicas informatizadas de atención primaria, Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de altas de hospital, archivos informatizados de asistencia especializada sin ingreso (consultas externas, urgencias, hospital de día y hospitalización a domicilio) y base de datos de financiación de prescripciones.

Para clasificar a los pacientes se emplean los siguientes datos:

- Edad y sexo.
- Códigos CIE-9-MC de los diagnósticos (diferenciando si fueron realizados en atención primaria, urgencias, especializada sin ingreso u hospitalización).

- Procedimientos realizados en pacientes ingresados y hospital de día.
- Códigos ATC de los fármacos prescritos en atención primaria.
- Número de hospitalizaciones y vistas a urgencias.
- Coste de la atención sanitaria, estimada a partir del coste de los fármacos recetados y el tipo y número de contactos del paciente con el servicio de salud.

Esta información se introduce en el software ACG-pm para un periodo de 12 meses y se obtiene para cada paciente una clasificación de sus problemas de salud y una predicción, expresada en forma de índice, que corresponde al cociente de dividir el gasto esperado de ese paciente entre el promedio de la población; es decir, si una persona presenta un índice de 3,0 lo esperado es que el año próximo requiera el triple de recursos sanitarios que el paciente promedio de la CAPV, mientras que otro cuyo índice sea 0,6 necesitará un 40% menos que el promedio.

En el País Vasco, este proceso se ha repetido en dos ocasiones, empleando datos de los periodos de 1/09/2009 a 31/08/2010 y de 1/09/2010 a 31/08/2011. En la primera ocasión, para los modelos predictivos se emplearon los estimadores calculados en poblaciones americanas que incluye el software por defecto, mientras que en el segundo año se realizó una recalibración completa del modelo a partir de datos propios de la CAPV.

#### Aplicaciones.

La información proporcionada por el case-mix permite la identificación de pacientes con determinados problemas de salud, situaciones especiales de riesgo (como fragilidad o alta probabilidad de hospitalización) y necesidad de atención el año próximo. En función de ello, se han seleccionado poblaciones diana para intervenciones que se están llevando a cabo en Osakidetza. En el año 2011, tales intervenciones fueron principalmente:

- Promoción de actividades de prevención secundaria en pacientes crónicos sin complicaciones.
- Programas diferenciados para pacientes con diabetes mellitus tipo-2, dependiendo de su nivel de comorbilidad y grado de control de su enfermedad.
- Nuevo rol de enfermeras gestoras de competencias avanzadas. Sus funciones son coordinar, gestionar y unificar la atención sanitaria, así como proporcionar cuidados clínicos avanzados y personalizados en pacientes vulnerables en su domicilio.

Cada una cuenta con un listado de unos 50 usuarios con necesidades de atención muy altas, identificados a través de las herramientas de estratificación.

En 2012 se ha incorporado una lógica poblacional al procedimiento de financiación y contratación de servicios por el Departamento de Sanidad. Las organizaciones sanitarias de atención primaria y especializada deben trabajar de forma coordinada y alcanzar unos objetivos estratégicos comunes a través de los Planes de Intervención Poblacional (PIP). El Proyecto de Estratificación ha permitido seleccionar las poblaciones diana de cada intervención.

Los PIP están organizados en 4 grandes áreas:

- Gestión del caso, para pacientes pluripatológicos complejos.
- Gestión de la enfermedad, en enfermos con diabetes, EPOC e Insuficiencia Cardíaca.
- Soporte a la autogestión en enfermos crónicos sin complicaciones ni comorbilidad significativa.
- Intervenciones en la población general de prevención y promoción de la salud, dirigidas a promover hábitos de vida saludable y al control de factores de riesgo.

### Conclusiones.

La adopción de un enfoque poblacional ofrece orientaciones sobre el modo de dirigir nuestros esfuerzos para mejorar la atención a los pacientes crónicos. La combinación de diferentes fuentes de información complementarias ha permitido la estratificación prospectiva de toda la población del País Vasco, a partir de datos registrados por los clínicos en condiciones de práctica habitual. Dicha estratificación ha permitido la implantación de intervenciones específicas, diseñadas en función de las necesidades de cada subgrupo de población.

### **BIBLIOGRAFÍA:**

<sup>1</sup>Curry N, Billings J, Darin B, Dixon J, Williams M, Wennberg D. Predictive Risk Project Literature Review. London: King's Fund; 2005.

<sup>2</sup>Lewis GH. "Impactability models": identifying the subgroup of high-risk patients most amenable to hospital-avoidance programs. *Milbank Q.* 2010;88:240-55.

<sup>3</sup>Nuño-Solinís R, Orueta JF, Mateos M. An answer to chronicity in the basque country: primary care-based population health management. *J Ambul Care Manage.* 2012;35:167-73.

<sup>4</sup>Weir S, Awah G, Clark RE. Case selection for a Medicaid chronic care management program. *Health Care Financ Rev.* 2008 ; 30: 61-74.

## COMPETENCIAS AVANZADAS DE ENFERMERÍA.

MARÍA JESÚS MEGIDO.

ADJUNTA A DIRECCIÓN DEL SERVICIO ATENCIÓN PRIMARIA BAIX LLOBREGAT CENTRE. ICS.

Se entiende **competencia** como el estado de tener el conocimiento, juicio, habilidades, energía, experiencia y motivación necesarios para responder adecuada y eficientemente las demandas derivadas de las propias responsabilidades profesionales<sup>1</sup>.

La competencia se define como la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las "Buenas Prácticas" de su profesión para resolver las situaciones que se le plantean<sup>2</sup>.

Las competencias no solo incluyen los conocimientos sino las habilidades y destrezas que son necesarias para el desempeño profesional y que conforman el marco competencial.

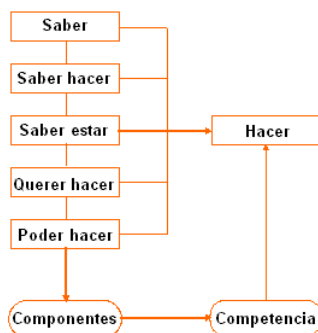


Fig. 1. Componentes de la Competencia.

Fuente: Programa de Certificación de Competencias Profesionales. Agencia de calidad Sanitaria de Andalucía<sup>3</sup>.

## Las competencias avanzadas en España.

En nuestro país, en la actualidad, están definidas "competencias avanzadas" en el decreto que regula la especialidad de enfermería familiar y comunitaria, también algunos autores reflejan como competencias avanzadas las que realizan las gestoras de casos (aunque existe debate al respecto), y se hace referencia también a la "práctica clínica avanzada" con influencia de la "enfermera de practica avanzada" que es una realidad en muchos países, no así en el nuestro.

Además los diferentes modelos organizativos en salud en las diferentes comunidades autónomas han generado diferentes figuras o roles vinculados a las competencias avanzadas en relación a las necesidades de los pacientes crónicos.

Por ejemplo en el País Vasco: Enfermera gestora de competencias avanzadas EGCA, La enfermera gestora de continuidad EGC y Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario EGEH<sup>4</sup>.

En Cataluña el modelo está basado fundamentalmente en la gestora de casos<sup>5</sup> (primaria y hospital).

En Andalucía se están llevando a cabo procesos de certificación de competencias de enfermería avanzada por parte de la Agencia de calidad Sanitaria y la Estrategia de Cuidados del Sistema sanitario de Salud<sup>3</sup>. Estas nuevas acreditaciones de competencias avanzadas surgen como un elemento de reconocimiento de determinadas funciones que ya realizan médicos y enfermeras, siendo un complemento a la certificación de sus competencias en diferentes especialidades.

Existe certificación en Práctica avanzada enfermera en las salas de coordinación de Urgencias y emergencias, en seguimiento de protocolos farmacológicos individualizados en pacientes con Diabetes y con anticoagulación oral (TAO), en sedación paliativa y en riesgo cardiovascular. Y

Además en el BOE del 29 de junio de 2010 en el que se publica la *aprobación del programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, se incluyen competencias avanzadas de la especialidad:*

"Agrupación de las competencias avanzadas en la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. –En el contexto del sistema sanitario **las competencias avanzadas de estos profesionales** pueden agruparse en los siguientes apartados:

a) Competencias vinculadas con **la provisión de cuidados avanzados** en la atención clínica directa en el ámbito de la atención familiar y comunitaria a personas a lo largo de su ciclo vital y a las familias en todas sus etapas, tanto en lo que se refiere a su gestión, como planificación y desarrollo, de acuerdo a las necesidades de la población y a las exigencias de los servicios de salud.

b) Competencias vinculadas **con la salud pública y comunitaria**, relativas al diseño de programas de educación para la salud, a vigilancia epidemiológica y medioambiental, y a situaciones de emergencia y catástrofe.

c) Competencias vinculadas **con la Docencia**, dirigidas tanto a las personas y familias como a estudiantes y otros profesionales.

d) Competencias vinculadas con **la gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario**, con la finalidad de aplicarlos según los principios de equidad, efectividad y eficiencia y desarrollando estrategias de mejora de la calidad asistencial en los cuidados a la comunidad.

Y fuera de nuestro país está en plena expansión la figura de la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) que se caracteriza por ofrecer un nivel avanzado de práctica enfermera, que maximiza la utilización de competencias especializadas y de conocimiento enfermero a fin de responder a las necesidades de los clientes en el dominio de la salud<sup>6</sup>. En EEUU y Canadá se inició en 1960 y posteriormente se han añadido: reino Unido, Finlandia, Australia, Irlanda, Francia, Holanda, Suecia, y 16 países más.

### **¿Por qué se hacen necesarias las competencias avanzadas?**

Los cambios en la población y en las necesidades de salud determinan el contexto y la necesidad de reorientar los cuidados enfermeros. Los sistemas sanitarios han

seguido enfocados durante años al tratamiento especializado. No es necesario profundizar en las necesidades asociadas a personas mayores, con enfermedades crónicas, con pluripatología, con discapacidad, y con menos recursos familiares y de apoyo social en muchas ocasiones.

En el artículo: "Introducing advanced practice nurses in health care systems: a framework for reflection and analysis" <sup>7</sup> los autores expresan también el marco conceptual basado en 5 elementos que contribuyen a la introducción y desarrollo de las enfermeras de práctica avanzada:

***Necesidades de salud de la población:*** es la variable más importante a la hora de prestar cuidados de salud innovadores. Las enfermeras han sido definidas como líderes en la transformación de un sistema basado en cuidados intensivos de salud en un sistema de cuidado que está diseñada para hacer frente a las crecientes necesidades de salud de los enfermos crónicos.

***Patrones o paradigmas de práctica y nuevos modelos de atención:*** relacionados con el cuidado de la salud basados en las necesidades cambiantes de la población. Muchos de estos nuevos modelos de atención implican un cambio en los patrones de práctica y en la necesidad de una fuerte construcción y colaboración interdisciplinar.

***Educación:*** los planes de estudios internacionales de EPA describen las competencias requeridas por los Enfermeros avanzados y que éstas están orientadas hacia el paradigma o modelo de gestión de la enfermedad crónica.

***Temas relacionados con los profesionales y plantillas:*** hace referencia a los problemas relacionados con la escasez de médicos y de enfermeros.

***Contexto político, jurídico y económico de la salud:*** la preparación educativa, la protección de los profesionales títulos, la regulación de las competencias, el acceso a prescripción.

### **Aportaciones enfermeras en cronicidad:**

1. **Valoración holística.** La mayoría de estrategias de abordaje en la cronicidad coinciden en la necesidad de la estratificación. Pero es especialmente relevante que en la atención a las personas la valoración no sea exclusivamente por la/s patología/s crónicas que presenta sino que incluya la valoración de sus capacidades funcionales, de sus dificultades ante la situación por su edad u otras características, por el soporte social que tienen, por su capacidad de afrontamiento, por su capacidad de autocuidado, su nivel de dependencia, etc... Para ello es necesario un plan de cuidados personalizado basado en las necesidades de cada persona y familia y una gestión proactiva.
2. **Coordinación de casos complejos.** Si alguna característica ha dominado en los últimos años la evolución de los sistemas sanitarios ha sido la especialización. Pero una de las consecuencias ha sido la falta de continuidad entre niveles asistenciales lo cual en pacientes crónicos en los que su vulnerabilidad ya suele estar aumentada por disminución en la funcionalidad, por dolor, o preocupación ante la nueva situación, se hace aun más complicado. Las gestoras de casos están facilitando esta transición. Las rutas asistenciales también pueden ayudar a facilitar el engranaje desde el sistema.

La falta de continuidad puede favorecer un aumento de hospitalizaciones evitables y también duplicidad de servicios y pruebas diagnósticas.

Y no solo entre niveles asistenciales también es necesario fomentar la coordinación interdisciplinar y la homogeneización de procesos entre los diferentes profesionales del equipo.

3. **Mejora de la autogestión y el autocuidado.** La necesidad de potenciar las capacidades de autocuidado de los propios pacientes y la implicación en su propia salud es un cambio que debemos facilitar por las consecuencias importantes que tendrá en la salud. Para ello es importante las habilidades comunicativas y motivacionales. Y la capacidad para generar autonomía y corresponsabilidad.
4. **Trabajo conjunto con la familia y soporte al cuidador.** En España una parte muy importante de la atención y cuidados recae en la familia, es por ello imprescindible hacer partícipe a la familia del plan de atención y de cuidados, que disponga de información, de asesoramiento y de soporte.
5. **Promoción y prevención.** Aunque las cifras reflejan claramente que la utilización de los servicios de salud de forma más intensiva, está producido por un porcentaje pequeño de la población si no continuamos priorizando también las actividades preventivas y de promoción de la salud no conseguiremos mejoras en salud.
6. **Activación de recursos.** Los recursos sanitarios y sociales deben activarse así como la valoración de los propios recursos de la persona y familia frente a la enfermedad. Para ello es básica coordinación con las trabajadoras sociales y los profesionales de referencia.
7. **Evidencia.** Es básica la aplicación de guías de práctica clínica y protocolos pactados y evaluados. Las guías NICE ( National Institute for Health and Clinical Excellence) y los estándares de calidad de la NICE, declaraciones destinadas a impulsar y medir las mejoras prioritarias de calidad incluyen check-list para abordajes de patologías crónicas ( ej. EPOC).

---

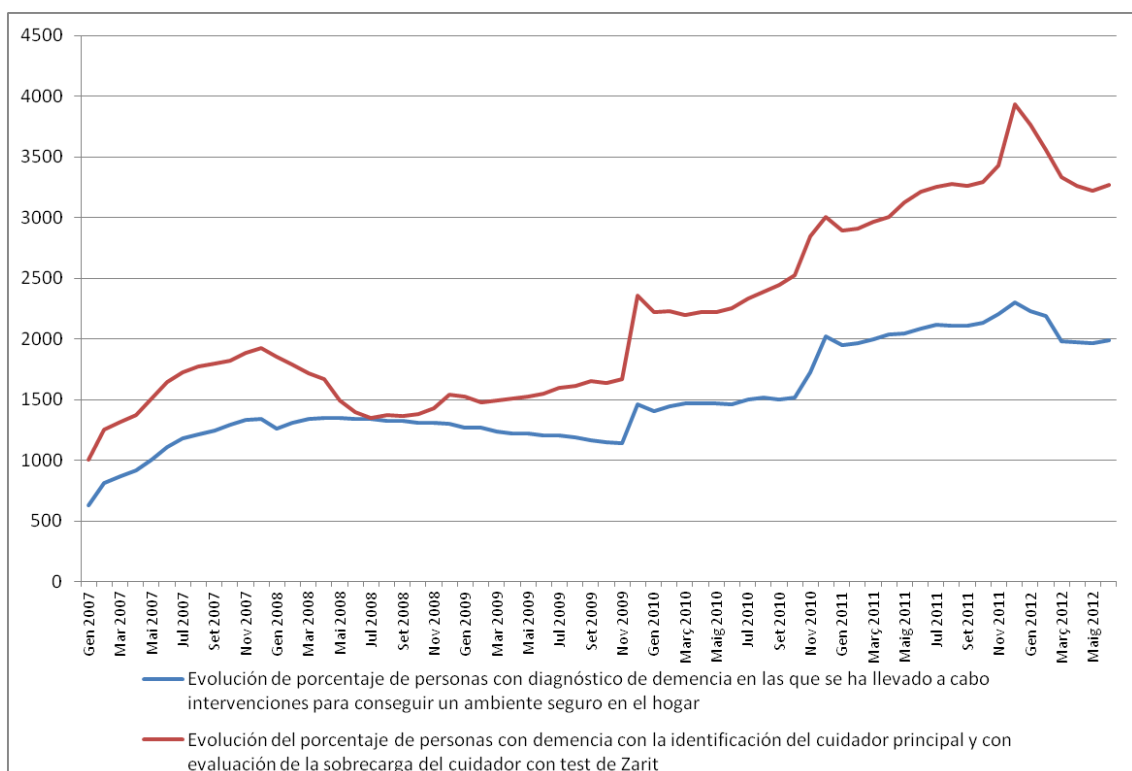
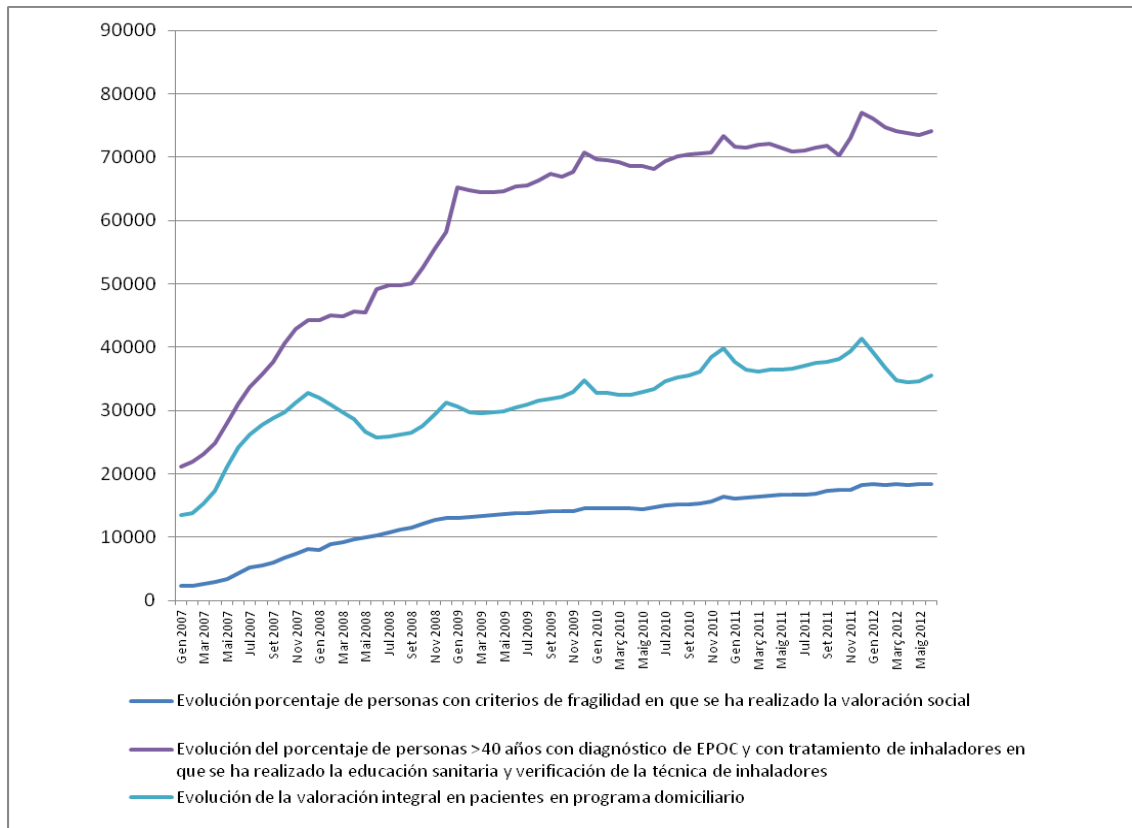
### **Evolución en las estrategias de abordaje de la cronicidad en Cataluña.**

En la mayoría de Comunidades Autónomas el rol que más se ha desarrollado en las estrategias de abordaje de la cronicidad y que podemos asociar con competencias avanzadas en enfermería es la gestora de casos. Desde diferentes modelos: gestora de casos en cada EAP , gestoras en una unidad territorial, en hospital, etc.

Pero es necesaria una reflexión, enfermería está llevando a cabo desde hace muchos años la atención a los enfermos crónicos. Y esa experiencia también forma parte de las actuales competencias avanzadas que ha adquirido.

En Cataluña el Institut Català de la Salut (ICS) desarrollo en 2006 los estándares de calidad asistencial (EQA), un indicador sintético que combina distintos subindicadores clínicos que miden la calidad de la atención recibida por la población asignada a un profesional/EAP.( Están vinculados a un objetivo económico).

En los estándares más relacionados con los cuidados enfermeros podemos observar en la gráfica la evolución entre el año 2007 y su evolución hasta la actualidad con un crecimiento constante. Y con aumentos totales que oscilan entre 162;37% hasta 719,27%.(Gráfica1y2)



## Paciente experto:

En la línea de fomentar el auto cuidado y la capacitación de las personas respecto a sus problemas de salud se lleva a cabo el Programa Paciente Experto de l'ICS. Entre 2006 y 2011 un total de 1310 pacientes han participado de la mano de 111 pacientes expertos, la mayoría han sido en IC y EPOC y de los profesionales participantes (335) la mayoría ha sido por parte de enfermería (202).

## EVALUACION:

Probablemente la evaluación en nuestro país de la gestión de casos en el abordaje de la cronicidad es la asignatura pendiente. A nivel internacional existen evaluaciones de enfermería de práctica avanzada. En la gestión de casos parece que pueden mejorar la asistencia y reducir costes, pero solo en pacientes complejos el costo-efectividad es favorable<sup>8</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA:

<sup>1</sup>Desarrollo competencial en el Modelo de gestión de casos del SSPA. Estrategia de Cuidados de Andalucía. <sup>2</sup>Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Disponible:

[http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr\\_desa\\_Innovacion14](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion14)

<sup>3</sup>Ley de Cohesión y Calidad del SNS, BOE 29 de mayo de 2003 (Art. 42)

<sup>4</sup>El Programa de Certificación de Competencias Profesionales. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. JuntadeAndalucia. Disponible: [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/programas\\_de\\_acreditacion/profesionales/competencias\\_profesionales.html](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/programas_de_acreditacion/profesionales/competencias_profesionales.html)

<sup>5</sup>Definición e implementación de competencias avanzadas de enfermería. Kronikoen programa. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Disponible: <http://cronicidad.blog.euskadi.net/enfermeria/>

<sup>6</sup>Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut. Aplicació del model de gestió de casos a l'atenció primària de salut. Institut Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Febrer 2010. Disponible: [http://www.gencat.cat/icas/professionals/pdf/gestio\\_casos.pdf](http://www.gencat.cat/icas/professionals/pdf/gestio_casos.pdf)

<sup>7</sup>Ramírez P; Hernández O; Sáenz de Ormijana A; Reguera A; Meneses T. Enfermería de práctica avanzada: historia y definición. Enfermería Clínica 2002; 12 ( 6) 286-9

<sup>8</sup>De Geest S, Moons P., Callens B.; Gut C.; Lindpaintner L., Spirig R. Introducing advanced practice nurses /nurse practitioners in health care systems: a framework for reflection and analysis. SWISS MED WKLY 20 08;138(43-44):621-628 ·

<sup>9</sup>J. Meyer and B. Markham . Chronic Disease Management: Evidence of Predictable Savings;. HMA.2008

Webs:

<sup>10</sup>Blog: Enfermería en Practica Avanzada 2.0:

<http://enfermeriaavanzada.blogspot.com.es/>

<sup>11</sup>La enfermería frente al espejo

<http://juherya.blogspot.com.es/2011/11/gestion-de-casos-experiencias-y.html>

## **ALIANZAS Y RUTAS ASISTENCIALES PARA LA INTEGRACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL.**

MANUEL OLLERO.

JEFE DE SERVICIO HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO. SAS.

La atención primaria ha estado estructurada tradicionalmente en base a la continuidad y longitudinalidad. Por tanto está más preparada para dar respuesta a la atención de las enfermedades crónicas. Sin embargo, la atención hospitalaria se ha organizado tradicionalmente en base a episodios. Es por ello por lo que generalmente le resulta más difícil al hospital adecuar su organización a las necesidades de los pacientes crónicos. El objetivo de la Medicina Interna es la atención integral del adulto enfermo en el ámbito hospitalario. Asumir este reto desde la perspectiva biográfica del paciente obliga al internista a buscar nuevas alianzas con atención primaria y con otros servicios hospitalarios para desarrollar un modelo de atención compartida que facilite la atención de los pacientes crónicos.

Durante los últimos años nuestro servicio ha ido formando una Unidad Clínica, la Unidad Clínica de Medicina Interna (UCAMI) que ha permitido agrupar profesionales y dispositivos asistenciales con una misma misión de atención integral en el ámbito hospitalario.

Los cambios fundamentales que se han acometido para afrontar este nuevo modelo de continuidad asistencial han sido:

- Sectorizar la población con un internista de referencia para cada centro de salud: el internista de referencia asume la cartera de servicio identificada en el Plan de Atención Continuada incluyendo las sesiones periódicas del internista de referencia con el equipo de la zona básica en el Centro de Salud, la programación de ingresos hospitalarios y las consultas de alta resolución.
- Creación de la Unidad de día que aglutina las consultas de alta resolución y Hospital de día. Se elimina el concepto de consulta tradicional utilizando la consulta como soporte de alta resolución para atención primaria.
- Reorganización del trabajo asistencial de los internistas para simultanear diariamente la atención de pacientes en camas de hospitalización y en consultas o en Hospital de Día. Esta reorganización permite potenciar la continuidad en la relación médico paciente en los pacientes crónicos lo cual es un elemento fundamental para un adecuado manejo de las incertidumbres propias de los pacientes pluripatológicos. De esta forma el clínico puede gestionar sus propias camas teniendo preferencia los ingresos programados a través de la Unidad de día y el internista de referencia incluso sobre los ingresos procedentes de urgencias.
- Convenios de colaboración con otros servicios para el desarrollo de nuevos dispositivos asistenciales:
  - Creación de la Unidad de Estabilización Clínica (UEC) consorciada con la Unidad de Cuidados críticos y Urgencias.
  - Creación de la Hospitalización de Cuidados Paliativos y Soporte de Enfermedades Avanzadas consorciada con el servicio de oncología e integrada con los dispositivos de soporte domiciliario, hospital de día y consultas de alta resolución.

- Integración de los equipos de Soporte Domiciliaria para facilitar la continuidad asistencial de todo el proceso hasta la muerte.
- Desarrollo de programas de consultoría médica y equipo de soporte de cuidados paliativos en servicios quirúrgicos y médicos especializados asumiendo el mismo equipo la cartera de Medicina Interna, Geriátrica y Cuidados Paliativos.
- Incorporación de nuevas herramientas y nuevos roles en el desarrollo de los cuidados tales como los planes de cuidados estandarizados y personalizados, el informe de continuidad asistencial, La gestión de caso, los programas de educación para la salud, creación de la escuela de pacientes.
- Utilización de herramientas básicas de telemedicina e informatización de la historia clínica compartida tales como:
  - Acceso del médico de familia a todo el sistema de información clínica del hospital.
  - Sistema de identificación de pacientes pluripatológicos.
  - Sistema de alerta ante ingresos y altas hospitalarias de los pacientes pluripatológicos con alertas dirigidas tanto a su internista para el seguimiento en otros servicios como a atención primaria con alertas a la enfermera gestora de caso.
  - Posibilidad de interconsultas del médico de familia al internista de referencia a través de la estación clínica del hospital.
  - Conexión telefónica a través de teléfono móvil para la programación de ingresos y consultas puntuales no memorables o desde el domicilio del paciente.
  - Disponibilidad de sistema de Videoconferencias para evitar los desplazamientos para las sesiones compartidas en los Centros de salud más distantes.
- Colaboración con farmacia hospitalaria para potenciar los equipos multidisciplinarios en el desarrollo de programas de investigación y asistenciales con especial atención a la evaluación de la adecuación y adherencia terapéutica.

De esta forma se ha ido desarrollando dentro de Medicina Interna (UCAMI) el concepto de trabajo en red de todos los dispositivos destinados a la atención clínica de todos los pacientes de Medicina Interna y especialmente de los Pacientes Pluripatológicos y paliativos como destinatarios fundamentales de un modelo de continuidad asistencial. Las Unidades de Gestión Clínica se muestran así como un elemento fundamental de integración de este modelo de atención a pacientes crónicos complejos y especialmente a pacientes pluripatológicos o con enfermedades avanzadas al permitir que todos los profesionales trabajen en red utilizando cada uno los diferentes dispositivos asistenciales según las necesidades de sus pacientes.

## **EL PAPEL DE LAS TIC Y LA TELEMEDICINA.**

MANUEL YARZA.

DIRECTOR DE ASISTENCIA SANITARIA. CONSEJERÍA DE SANIDAD COMUNIDAD VALENCIANA.

### **I. EL RETO DE LA CRONICIDAD.**

La respuesta a las necesidades de las personas que padecen enfermedades crónicas es uno de los principales retos de los sistemas sanitarios en la actualidad. Estas patologías tienen un impacto múltiple: representan una importante limitación en la calidad de vida, productividad y autonomía funcional y social de las personas que las padecen; presentan altos índices en términos de morbilidad y mortalidad; y suponen un significativo incremento de los costes sanitarios y sociales, comprometiendo a medio plazo la sostenibilidad del sistema.

Actualmente alrededor del 60% de la población adulta en la Comunidad Valenciana padece algún tipo de enfermedad crónica, estimándose que dichas enfermedades consumen entre el 70 y el 80% del gasto total del sistema sanitario.

De esta forma, se considera que la atención a los pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad Valenciana supone el 80% de las consultas de Atención Primaria, el 60% de los ingresos hospitalarios, y dos tercios de los pacientes atendidos en urgencias, además del elevado consumo de medicamentos, siendo gran parte de los enfermos crónicos polimedicados.

Por este motivo, la Agencia Valenciana de Salud ha diseñado un conjunto de estrategias encaminadas a la atención de los procesos crónicos, habiendo elaborado recientemente el "Plan de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad Valenciana".

Estas estrategias abarcan desde la transformación hacia nuevos modelos de organización y gestión sanitaria en los que los profesionales de todos los niveles asistenciales se adaptan de manera más efectiva y eficiente a la realidad que supone la enfermedad crónica, hasta iniciativas que buscan la participación activa y el compromiso del paciente, logrando que asuma un nuevo papel y se responsabilice de su enfermedad y cuidados.

En este contexto, las TIC juegan un importante papel como motor de cambio para llevar a cabo una transformación real y eficiente del modelo asistencial, convirtiéndose en un elemento cada vez más importante en la atención integral, continuada y de calidad de los pacientes crónicos, tanto en los procesos asistenciales como en la evaluación de los mismos.

Las TIC ofrecen la posibilidad de obtener de manera remota información sobre el estado de salud de los pacientes por medios telemáticos, como ayuda al proceso de toma de decisiones de los profesionales sanitarios. Esta información capturada puede consistir en medidas biométricas, que se obtienen mediante dispositivos especializados tales como básculas, tensiómetros o glucómetros, o bien en síntomas, obtenidos mediante cuestionarios.

Además, la creciente penetración de internet en los hogares y el vertiginoso aumento en el uso de las tecnologías basadas en internet móvil (smartphones y tabletas) favorecen el desarrollo de la telemedicina como medio habitual en la relación médico-paciente.

En la Comunidad Valenciana se están llevando a cabo múltiples experiencias en programas de telemedicina que persiguen obtener beneficios tanto sobre la salud y calidad de vida de los pacientes que está padeciendo o son susceptibles de padecer una o varias enfermedades crónicas como sobre la eficiencia del sistema sanitario.

Entre estas experiencias, la Agencia Valenciana de Salud está impulsando un ambicioso proyecto cuyo objetivo es evaluar el impacto de un nuevo modelo asistencial de atención integral a los pacientes con enfermedades crónicas apoyándose en la utilización de las TIC, que se ha denominado Programa ValCrònic, y que se describe a continuación.

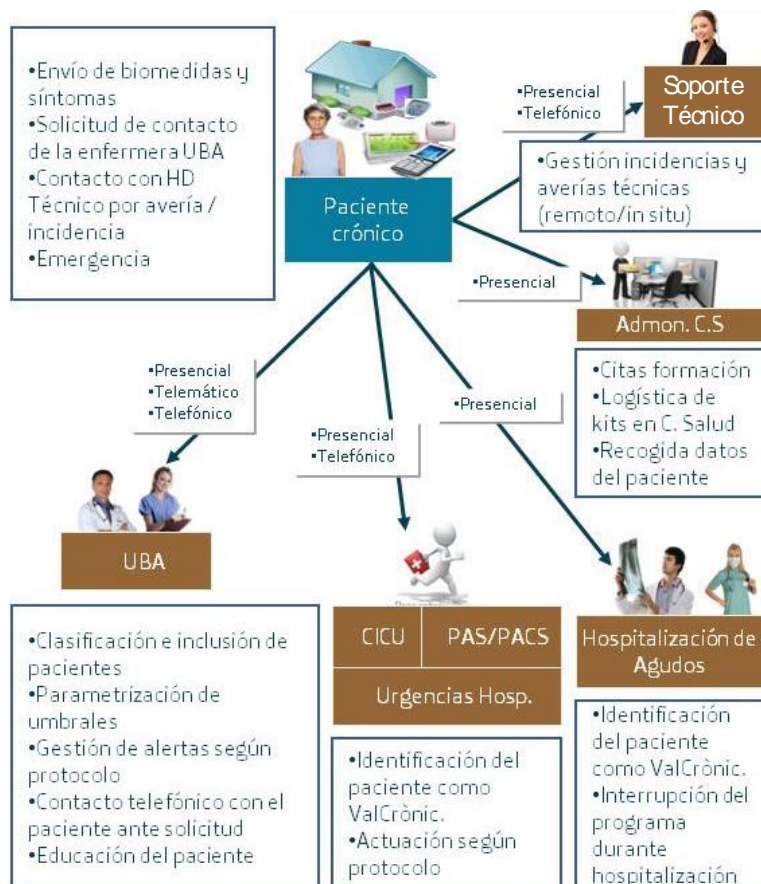
## II. PROGRAMA VALCRÒNIC.

### Descripción General.

El programa ValCrònic es una iniciativa de la Agencia Valenciana de Salud para mejorar la atención de los pacientes crónicos en la Comunidad Valenciana que se apoya en la utilización de las nuevas tecnologías, en un modelo de actuación compartida dentro del equipo de atención primaria y entre los diferentes niveles asistenciales.

El programa se basa en la estratificación inicial de la población para identificar niveles de riesgo con relación a las enfermedades crónicas y de este modo poder diseñar intervenciones adaptadas a las necesidades de cada nivel de riesgo.

Asimismo, el programa busca la coordinación efectiva de todos los recursos y niveles asistenciales en el ámbito de la atención sanitaria, garantizando el proceso de atención integral y la continuidad de los cuidados al paciente con patologías crónicas.



## Objetivos del Programa.

El objetivo final del programa es mejorar el servicio de atención integral a los pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad Valenciana con el apoyo de una solución tecnológica adaptada a las necesidades del servicio.

Los objetivos específicos del programa son los siguientes:

- 1. Mejorar la calidad de atención a los pacientes con patologías crónicas.**
  - Mejorar la comunicación con el paciente (seguimiento presencial y a distancia).
  - Facilitar el acceso a más información para la educación terapéutica.
- 2. Mejorar el grado de control de las patologías crónicas.**
  - Mejorar la eficacia y la eficiencia de la atención prestada.
  - Mejorar el rendimiento de las visitas a los centros de salud.
  - Disminuir las visitas burocráticas o con bajo rendimiento.
- 3. Facilitar la permanencia del paciente en su entorno más próximo.**
  - Evitar la descompensación de los pacientes.
  - Prevenir el ingreso hospitalario.
- 4. Mejorar la comunicación entre profesionales.**
  - Desarrollar vías de comunicación conjunta, ágiles y resolutivas.

## Descripción del ámbito del Programa

El programa se centra en cuatro patologías crónicas y en sus posibles combinaciones:

- 1. Diabetes Mellitus Tipo 2.**
- 2. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).**
- 3. Insuficiencia Cardíaca.**
- 4. Hipertensión Arterial.**

La selección de estas patologías crónicas se ha llevado a cabo en función de su impacto, tanto considerando los problemas de salud que originan estas enfermedades a la población que las padece, como el coste asociado que repercute en el sistema sanitario.

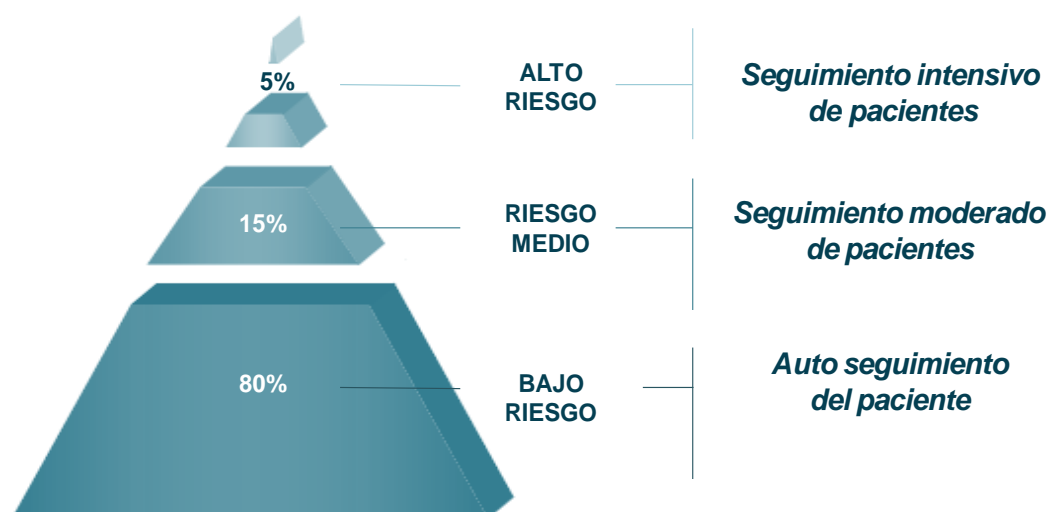
Al considerar la combinación del perfil pluripatológico y riesgo de los pacientes, se han definido los siguientes programas de atención:

Combinación de patologías	Nivel de riesgo		
	Alto	Medio	Bajo
<b>IC AISLADA (EXCEPTO HTA)</b>	●	●	
<b>EPOC AISLADO</b>	●	●	
<b>DIABETES AISLADA</b>		●	●
<b>HIPERTENSIÓN AISLADA</b>			●
<b>IC + EPOC</b>	●		
<b>IC + DIABETES</b>	●		
<b>DIABETES + EPOC</b>	●	●	
<b>EPOC + HTA</b>	●	●	
<b>IC + EPOC + DIABETES</b>	●		
<b>DIABETES + HTA</b>	●	●	

### Estratificación de la población

El programa ValCrònic se apoya en la estratificación de los pacientes con enfermedades crónicas en tres niveles de riesgo diferenciados lo que permite una intervención adaptada a las necesidades de cada paciente de acuerdo a su nivel de complejidad. Se establecen los siguientes niveles:

- 1. Alto riesgo (nivel 3):** Pacientes de mayor complejidad con frecuente comorbilidad. En ellos es necesaria una gestión integral del caso en su conjunto, con cuidados fundamentalmente profesionales, pero también contemplando la autogestión del propio paciente.
- 2. Medio riesgo (nivel 2):** Pacientes de riesgo pero de menor complejidad en lo que respecta a su comorbilidad. Se propone una gestión de la enfermedad que combina autogestión y cuidados profesionales.
- 3. Bajo riesgo (nivel 1):** Pacientes crónicos con condiciones todavía en estadios incipientes. En el enfoque en este segmento consiste en facilitar la prevención y concienciación del paciente con el fin de evitar que su patología alcance estados de complejidad superiores.



Para llevar a cabo la estratificación se ha aplicado el modelo CARS adaptado para el programa junto a la Universidad Politécnica de Valencia. El CARS se ha aplicado para toda la población de la Comunidad Valenciana incluida en el sistema de información poblacional (SIP), en un proceso totalmente automatizado.

### Configuración del servicio.

De acuerdo a la estratificación de la población realizada se ha diseñado un modelo de servicio para cada nivel de riesgo definido, en el que las nuevas tecnologías ofrecen la posibilidad de realizar el seguimiento y evaluar el estado de salud de los pacientes de forma no presencial en los centros sanitarios.

De esta forma, el servicio se articula a través de una plataforma de gestión de pacientes crónicos, la cual da soporte tecnológico a los diferentes funcionalidades que contempla el programa, tanto desde el punto de vista de los profesionales del centro de salud, como desde la perspectiva de los pacientes.

Los pacientes incluidos en programas de alto y medio riesgo son objeto de un control y seguimiento exhaustivo de su enfermedad mediante dispositivos de telemonitorización que permiten la toma de biomédidas y la cumplimentación de cuestionarios de salud. Para ello, cada programa de riesgo alto y medio lleva asociado una relación de equipos de medición y unos cuestionarios de salud.

El paciente, desde su domicilio deberá llevar a cabo la toma de sus biomedidas y la cumplimentación de los cuestionarios de salud, cuyos resultados serán valorados a distancia por los profesionales asistenciales del centro de salud. De esta forma, los profesionales en su entorno de trabajo habitual en Abucasis, atenderán diariamente las posibles alertas que se generen en el sistema ante valores registrados por el paciente el día anterior y que puedan indicar un empeoramiento en su estado de salud. Asimismo, también podrán llevar a cabo un seguimiento periódico del histórico de datos correspondiente a un paciente determinado.

En el caso de los pacientes incluidos en programas de alto riesgo, la toma de biomedidas y la cumplimentación de cuestionarios se plantean con una frecuencia mayor que la de los pacientes en programas de medio riesgo, por lo que el seguimiento tiene un carácter más intensivo. Además, ambos niveles de riesgo llevan asociado también un componente educativo al tener asignados una serie de vídeos educativos sobre el entendimiento y manejo de las diferentes patologías crónicas, así como de los dispositivos para la toma de biomedidas.

Los pacientes de bajo riesgo dispondrán de recursos orientados a la promoción de hábitos saludables y actuaciones educativas, para lo cual se ha creado un espacio web con todos estos contenidos.

Dentro de este espacio Web, el paciente de bajo riesgo tiene la posibilidad de registrar manualmente sus biomedidas. Asimismo este histórico de biomedidas podrá ser consultado por el profesional cuando el paciente acuda a consulta.

La aplicación de este modelo garantiza la implicación del paciente en su cuidado personal y en el seguimiento y control de su estado de salud, generando de esta forma una sistemática de autocontrol y de responsabilidad del propio paciente en el manejo de su enfermedad.

Como marco de apoyo a la actuación de los profesionales sanitarios se han definido una serie de protocolos para la atención de las alertas vinculadas al programa, así como un marco bibliográfico en el que cabe destacar las guías de referencia en la atención a cada una de las patologías crónicas consideradas en el programa ValCrònic.

### Marco bibliográfico y guías de referencia.

Asimismo dentro del programa ValCrònic se ha establecido un marco bibliográfico y se han adoptado las siguientes guías de referencia para cada una de las patologías contempladas en el programa:

- **Diabetes:** Guía de bolsillo Redgedaps en Diabetes. 2010 Redegedaps.
- **EPOC:** Atención integral al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) desde la atención primaria a la especializada. Guía de práctica clínica 2010.
- **Insuficiencia cardíaca:** Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica (2008). Versión revisada a 03/03/2010.
- **Hipertensión arterial:** Revisión de la guía Europea de manejo de hipertensión: documento de la Sociedad Europea de Hipertensión. Journal of Hypertension 2009.

### Modelo de evaluación y seguimiento.

Se ha definido un cuadro de mando con el objetivo de poder evaluar y realizar un seguimiento del grado de cumplimiento de los objetivos del programa ValCrònic.

El conjunto de indicadores seleccionado se obtienen directamente y de forma automática de los sistemas de información de la Agencia Valenciana de Salud.

La medición del impacto del programa se realizará mediante una comparativa de una línea base previamente definida.

## Indicadores principales.

Indicadores	Definición	Numerador
<b>Frecuentación en Atención Primaria (AP)</b>	Número medio de consultas al médico de familia, realizadas en un mes, por los pacientes incluidos en el Programa de Crónicos	$\frac{\text{Nº de consultas médicas en AP durante un mes}}{\text{Nº de pacientes incluidos en el Programa.}}$
<b>Frecuentación en Urgencias Hospital (URGH)</b>	Número medio de consultas en Urgencia Hospitalaria, realizadas en un mes, por los pacientes incluidos en el Programa de Crónicos.	$\frac{\text{Nº de consultas en urgencias hospitalarias durante un mes}}{\text{Nº de pacientes incluidos en el Programa.}}$
<b>Frecuentación en Urgencias No Hospitalarias (URGEH)</b>	Número medio de consultas en Urgencias NO Hospitalarias, realizadas en un mes, por los pacientes incluidos en el Programa de Crónicos.	$\frac{\text{Nº de consultas en urgencias NO hospitalarias durante un mes}}{\text{Nº de pacientes incluidos en el Programa.}}$
<b>Ingreso Hospitalarios</b>	Número medio de ingresos hospitalarios durante un mes de los pacientes incluidos en programa de crónicos por problemas de salud directamente relacionados con su enfermedad crónica.	$\frac{\text{Nº de ingresos hospitalarios durante un mes}}{\text{Nº de pacientes incluidos en el Programa.}}$
<b>Estancia media</b>	Número medio de días que permanecen ingresados por problemas de salud directamente relacionados con su enfermedad crónica en un hospital los pacientes incluidos en el programa de crónicos.	$\frac{\text{Nº total de estancias hospitalarias de pacientes incl. en el programa}}{\text{Nº de ingresos de pacientes incluidos en el programa}}$
<b>Visitas domiciliarias</b>	Promedio de visitas domiciliarias que recibe cada paciente del programa de crónicos en el periodo de un mes	$\frac{\text{Nº total de visitas a pacientes incluidos en el programa en el periodo}}{\text{Nº de pacientes incluidos en el Programa}}$
<b>Interconsultas</b>	Promedio de interconsultas a especialistas que recibe cada paciente del programa de crónicos en el periodo de un mes	$\frac{\text{Nº total de interconsultas pac. incl. en el programa en el periodo}}{\text{Nº de pacientes incluidos en el Programa}}$
<b>Activación de la actuación compartida</b>	Promedio de mensajes registrados en el sistema de comunicación interno entre AP y hospital por paciente incluido en el programa de crónicos.	$\frac{\text{Nº total de mensajes compartidos entre AP y AE en el periodo}}{\text{Nº de pacientes incluidos en el Programa}}$
<b>Satisfacción de pacientes</b>	Promedio del porcentaje de puntos obtenidos en las encuestas de satisfacción de pacientes.	$\frac{\sum \text{del \% de puntos obtenidos en encuestas a pac. incl. en el programa}}{\text{Nº de pacientes encuestados}}$
<b>Satisfacción de profesionales</b>	Promedio del porcentaje de puntos obtenidos en las encuestas de satisfacción de profesionales.	$\frac{\sum \% \text{ de puntos obtenidos en encuestas a profesionales incl en el programa}}{\text{Nº de profesionales encuestados}}$
<b>Mortalidad</b>	Proporción de pacientes incluidos en programa de crónicos fallecidos en el periodo evaluado.	$\frac{\text{Nº de muertes en pac. incluidos en el programa en el periodo evaluado}}{\text{Nº de pacientes incluidos en el Programa}}$

## Indicadores secundarios

Indicadores	Definición	Numerador
<b>Grado de control de las patologías</b>	Porcentaje de pacientes con criterios de buen control de enfermedad cumplidos.	$\frac{\text{Nº de pacientes con criterios de control cumplidos} \times 100}{\text{Nº de pacientes incluidos en cada Programa}}$
<b>Grado de adecuación del ingreso hospitalario</b>	Porcentaje de pacientes ingresados, incluidos en el programa de crónicos, que cumplen los criterios de ingreso según AEP.	$\frac{\text{Nº de pacientes con criterios de ingreso cumplidos} \times 100}{\text{Nº de pacientes incluidos en Programa}}$
<b>Calidad de vida</b>	Porcentaje de pacientes que cumplen los criterios de calidad de vida	$\frac{\text{Nº de pacientes con criterios de calidad de vida} \times 100}{\text{Nº de pacientes incluidos en Programa}}$
<b>Incidencias tecnológicas</b>	Promedio de incidencia tecnológicas por paciente incluido en el programa.	$\frac{\text{Nº de incidencias tecnológicas en periodo de tiempo} \times 100}{\text{Nº de pacientes incluidos en Programa}}$
<b>Tiempo medio de atención telefónica de pacientes</b>	Tiempo promedio de atención por llamada en minutos.	$\frac{\sum \text{de tiempos de atención de cada llamada}}{\text{Nº de llamadas atendidas}}$

## **Sesión Plenaria**

### **Seguridad Clínica ¿Hemos completado el cambio?**

**MODERADOR.**

JESÚS M<sup>a</sup> ARANAZ ANDRÉS.

SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA Y CALIDAD ASISTENCIAL HOSPITAL  
UNIVERSITARI SANT JOAN D'ALACANT.

**LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (CASI) UNA DÉCADA DESPUÉS.**

Corría el mes de mayo de 2004, cuando la Organización Mundial de la Salud apoyó en su 57 asamblea la creación de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, iniciativa que fue presentada en octubre de 2004 con el objetivo de liderar a nivel internacional una estrategia entre los países, organismos internacionales y otros interesados, para desarrollar programas para mejorar la seguridad de los cuidados sanitarios en el mundo<sup>1</sup>.

Ni nuestro país ni nuestra sociedad se retrasaron en incorporarse a esa iniciativa, que no ha disminuido ni un ápice su interés para los profesionales sanitarios en general, ni para los miembros de SECA en particular. En octubre de 2004 dedicamos una mesa del XXII Congreso Nacional celebrado en Canarias a discutir acerca del riesgo sanitario<sup>2</sup>. Tuve la oportunidad de presentar el "Proyecto IDEA", que nació con vocación de observatorio, estructura de red, y foro de discusión científica y ha servido para promover la investigación y la mejora de la calidad de la asistencia<sup>3</sup>. Y lo hice con las siguientes palabras: "La creciente complejidad de los sistemas sanitarios y del entorno de la práctica clínica en este tercer milenio suponen un nuevo escenario para el ejercicio de las ciencias de la salud. La medicina que en el pasado solía ser simple, poco efectiva y relativamente segura, en la actualidad se ha transformado en compleja, efectiva, pero potencialmente peligrosa<sup>4</sup>". En mi opinión, siguen estando vigentes.

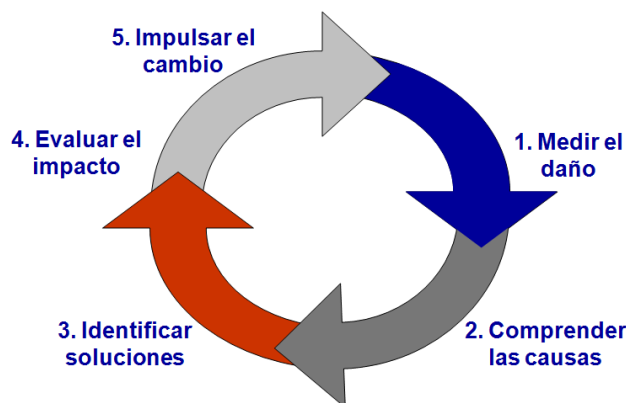
Podemos afirmar con poco riesgo de equivocación que la seguridad del paciente es resultado de la interacción y el equilibrio permanente, por un lado, de una serie de condiciones latentes que incluyen la cantidad y calidad de los recursos, la llamada cultura de la seguridad y las características del contexto institucional, y por otro, de los profesionales y equipos que desarrollan su actividad en el entramado asistencial<sup>5</sup>.

Así mismo, aunque la seguridad del paciente se centra en la prevención de los eventos adversos consecuencia de la atención recibida y no en las complicaciones o consecuencias del devenir desfavorable de la historia natural de la enfermedad del paciente<sup>6</sup>, algunas características de la población atendida, como el envejecimiento, las condiciones socioeconómicas, el nivel educativo y el apoyo familiar, constituyen una amenaza para la seguridad, dado que incrementan la vulnerabilidad del paciente, y consecuentemente no deben ser olvidadas.

Como marco conceptual de lo que venimos comentando resulta extraordinariamente útil el esquema sugerido por la Organización Mundial de la Salud<sup>7</sup> en el que se presentan los cinco pasos que conforman el denominado "Ciclo de investigación en Seguridad del paciente" (figura 1), a saber, en primer lugar medir el daño, en segundo lugar analizar los factores contribuyentes, en tercer lugar encontrar

soluciones, en cuarto evaluar el impacto de esas soluciones y en quinto y último lugar el que cierra y vuelve a abrir el ciclo, impulsar el cambio.

Figura 1. Ciclo de la Seguridad del Paciente



Hemos dedicado tiempo y esfuerzos a conocer nuestra realidad junto con los tres primeros eslabones del ciclo de seguridad del paciente. En el año 2005 se presentó el estudio ENEAS<sup>8, 9, 10, 11.</sup>, que permitió analizar en nuestro medio las relaciones entre los eventos adversos identificados y las características de los pacientes y de la asistencia sanitaria, plantear hipótesis sobre los riesgos asociados a la aparición de los eventos adversos, y aportar estrategias y soluciones para el medio hospitalario. En el año 2008 se presentó el estudio APEAS, sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud<sup>12, 13</sup> y en 2011 el estudio EARCAS, sobre los eventos adversos en residencias y centros asistenciales socio-sanitarios<sup>14</sup>.

Ha llegado por tanto la hora de evaluar el impacto e impulsar el cambio. Es por ello, que de nuevo nuestra sociedad acepta el reto de responder una sugerente pregunta ¿Hemos completado el ciclo en seguridad clínica? Para ello, se discutirá el grado de implantación de los programas de seguridad clínica prioritarios, y a partir de los resultados conocidos, se planteará una cuestión clave: cómo medir el impacto de los programas. Y no hay que olvidar que no se puede impulsar ningún cambio en el sistema sanitario sin la participación activa de la atención primaria, y de ahí que sea esencial conocer la cultura de seguridad en éste ámbito, entendiendo como tal lo que hacemos aquí y ahora, cómo lo hacemos y para quién lo hacemos.

## Referencias

- <sup>1</sup> World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2005. Disponible en [http://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf) [Accedido el 27/09/2012].
- <sup>2</sup> Sociedad Española de Calidad Asistencial. Programa Científico del XXII Congreso Nacional. Disponible en <http://www.elsevier.es/es/revistas/calidad-asistencial-256/volumen-19/numero-extr1>. [Accedido el 27/09/2012].
- <sup>3</sup> Proyecto IDEA: Identificación de efectos adversos. Disponible en <http://www.proyectoidea.com>. [Accedido el 27/09/2012].
- <sup>4</sup> Chantler C. The role and education of doctors in the delivery of health care. *Lancet* 1999; 353 (9159): 1178-81.
- <sup>5</sup> Aibar-Remón C, Aranaz-Andrés JM, García-Montero JI, Mareca-Doñate R. La investigación sobre seguridad del paciente: necesidades y perspectivas. *Med Clí (Barc)*. 2008;131:26-32.
- <sup>6</sup> Aibar C, Aranaz J. ¿Pueden evitarse los sucesos adversos relacionados con la asistencia sanitaria?. *An Sist Sanit Navar*. 2003;26:195-209. Disponible en <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n2/colab.html> [Accedido el 27/09/2012].
- <sup>7</sup> OMS. La investigación en seguridad del paciente. Disponible en [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf) [Accedido el 27/09/2012].

- <sup>8</sup> Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. **Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005.** Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2006. Disponible en [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc\\_sp2.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf) [Accedido el 27/09/2012].
- <sup>9</sup> Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Burillo J, Ruiz-López P, Limón-Ramírez R, Terol-García E and the ENEAS work group. Incidence of adverse events (AEs) related to health care in Spain. Results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). **Journal of Epidemiology and Community Health** 2008;62:1022-9.
- <sup>10</sup> Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Burillo J, Gea-Velázquez de Castro MT, Requena-Puche J, Terol-García E y grupo de trabajo ENEAS. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals. Results of the Spanish Nacional Study of adverse events (ENEAS). **International Journal for Quality in Health Care** 2009;21(6):408-14.
- <sup>11</sup> Aranaz-Andrés JM, Limón R, Mira JJ, Aiba C, Gea MT, Agra Y and ENEAS Wordking Group. What makes hospitalized patients more vulnerable and increases their risk of experiencing an adverse event?. **International Journal for Quality in Health Care** 2011;23(6):705-12
- <sup>12</sup> Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ, Terol E, Agra Y. **Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud.** Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. Disponible en [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio\\_apeas.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf) [Accedido el 27/09/2012].
- <sup>13</sup> Aranaz-Andrés JM, Aibar C, Limón R, Mira JJ, Vitaller J, Agra Y, Terol E. A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. **Eur J Public Health**. 2012 doi: 10.1093/eurpub/ckr168 First published online: November 29, 2011 en prensa).
- <sup>14</sup> Aibar-Remón C, Aranaz-Andrés JM, Mira-Solves JJ, Pérez-Pérez P, Rabanaque-Hernández MJ, Vitaller-Burillo J. **Estudio EARCAS: eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios.** Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Madrid, 2011. Disponible en <http://www.seguridadelpaciente.es/recursos/documentos/earcas.pdf> [Accedido el 27/09/2012].

## **TOMANDO CONCIENCIA DEL PROBLEMA: ¿HA LLEGADO LA CULTURA DE SEGURIDAD A LA ATENCIÓN PRIMARIA?.**

AUTORES: ASTIER MP; MADERUELO JA; OLIVERA G; SILVESTRE C; TORIJANO ML. Y GRUPO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (SEMFYC). PROYECTO FINANCIADO POR EL MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (MSSSI).

### ***Introducción/ objetivo del proyecto.***

Se define la cultura de seguridad de una organización como la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el estilo, la competencia y el compromiso de la gestión de la seguridad en una organización. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua, que comparten la percepción de la importancia de la seguridad y confían en la eficacia de las acciones preventivas <sup>1</sup>. Tanto las personas como la organización son capaces de reconocer errores, aprender de ellos, y actuar para su rectificación.

Promover una cultura de seguridad en las organizaciones sanitarias, es un reto internacional. Reto que ya se contempla en el informe "To err is human". El National Quality Forum identificó como la primera de sus "30 prácticas seguras" promover una cultura de seguridad y la Declaración del Consejo de Europa, también insta a los países miembros a trabajar en mejorar la cultura de seguridad del paciente en sus organizaciones.

En nuestro país, en el marco de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, desplegada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad (MSSSI), se han promovido y financiado diferentes investigaciones para alcanzar los objetivos propuestos en dicha estrategia. Una de estas investigaciones, financiada por el MSSSI, ha consistido en conocer cuál es la cultura/clima de seguridad del paciente (SP) en la atención primaria (AP) del sistema nacional de salud (SNS).

Este proyecto, ha sido realizado por el grupo de trabajo de Seguridad del Paciente (SP) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC), y ha sido desarrollado en dos etapas. La primera, realizada durante los años 2009-2010, ha consistido en la selección de un instrumento para la medición de la cultura de seguridad del paciente, escogiéndose finalmente el cuestionario "Medical Office Survey On Patient Safety Culture" (MOSPS) de la Agency for healthcare Research and Quality (AHRQ) y por lo tanto habiéndose procedido a su traducción, adaptación y validación en la AP de España.

El objetivo de dicho cuestionario es ayudar a los centros de salud a evaluar hasta qué punto la cultura de seguridad de su organización transmite la importancia de la seguridad del paciente, facilita el trabajo en equipo, permite la discusión abierta sobre los errores y crea un clima de aprendizaje y mejora continua. El cuestionario MOSPS pone el énfasis en la seguridad de los pacientes y en la calidad de los cuidados y es un modelo que permite su evaluación, monitorización y comparación interna y externa con otras organizaciones.

La segunda etapa del proyecto ha consistido en la aplicación de dicho cuestionario a nivel nacional. Esto ha permitido una primera aproximación en nuestro país a la

medición de la cultura/ clima de Seguridad del Paciente en AP, dando así respuesta al primer objetivo de la estrategia 8 del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud Español (promover una cultura de la seguridad en todos los niveles de la atención sanitaria, con un enfoque de gestión proactiva, preventiva y de aprendizaje), y siguiendo también las directrices supra e internacionales.

### **Metodología.**

Para llevar a cabo esta segunda fase se ha diseñado un estudio descriptivo transversal en el que la población de referencia han sido todos los profesionales que desarrollan su labor en el ámbito de Atención Primaria de las 17 Comunidades Autónomas de España.

El cálculo del tamaño de la muestra se ha estimado a partir de una población total de 85.000 profesionales (datos recogidos en el Catálogo de centros sanitarios del MSSSI de 2009) Se ha considerado una precisión de 0.1; un margen de confianza del 95%; una desviación estándar, procedente de un estudio piloto, de 2,3; un efecto del diseño de 2,5; y una tasa de reposición del 40% para dar cobertura a pérdidas y reemplazos en el despliegue del cuestionario. Finalmente la muestra obtenida ha sido de 7410 profesionales.

El muestreo se ha realizado de manera estratificada y monoetápica con representatividad nacional. La estratificación se ha efectuado por Comunidad Autónoma. El reducido número de centros de salud que correspondía muestrear en algunas de ellas, ha hecho que se optase por realizar un ajuste incrementando hasta 10 el número de centros de salud (CS) que como mínimo se seleccionarían en cada comunidad autónoma; por ello el número de CS final ha sido de 289 y el número total de profesionales de 8378. El muestreo para los CS ha sido aleatorio simple dentro de cada estrato, siendo la unidad última de análisis considerada cada uno de los profesionales seleccionados.

Las variables que han sido estudiadas son las variables universales y otras variables descriptivas socio-profesionales de la población muestreada (edad, sexo, categoría, puesto que ocupa, número de tarjetas sanitarias adscritas...etc), así como las variables sobre las dimensiones de la cultura de seguridad. Para cada una de las dimensiones se ha calculado una puntuación resumen de la cultura mediante la media de las puntuaciones otorgadas a las preguntas integrantes de la dimensión correspondiente.

Así mismo y con la finalidad de permitir las comparaciones internacionales, usando la herramienta de explotación que oferta la propia AHRQ se han recodificado las puntuaciones a cada ítem (todos ellos tienen entre 5 y 6 categorías de respuestas posibles) resultando tres categorías: percepción negativa, neutra y positiva.

Para evitar errores en el tratamiento posterior de los datos, el cuestionario ha sido editado con el Sistema Teleform, lo que ha permitido su lectura automatizada mediante el scanner de dicha plataforma. Para la distribución del mismo se ha contado con la colaboración de los responsables de seguridad del paciente del MSSSI, con los responsables de seguridad autonómicos, así como con la secretaria técnica de la SEMFyC.

Se ha realizado el estudio descriptivo de las variables y de forma específica de las características de la muestra mediante la distribución de frecuencias para las variables cualitativas y la media y desviación estándar para las cuantitativas.

Para conocer la cultura de los profesionales de atención primaria respecto a la seguridad del paciente, se ha calculado la media y el intervalo de confianza al 95% de cada una de las dimensiones del cuestionario. Con la media de las puntuaciones otorgadas a las preguntas de cada una de las dimensiones que componen el cuestionario se ha construido el índice sintético de seguridad del paciente (ISSP). Se ha calculado también el porcentaje de personas con percepción positiva (puntuación >3) y claramente positiva (puntuación  $\geq 4$ ) para cada dimensión y para dicho índice sintético.

La relación entre las puntuaciones de cada dimensión del cuestionario y las variables socio-profesionales, se ha estudiado con el coeficiente de correlación de Pearson para el caso de variables cuantitativas, la prueba de la t de Student para las variables cualitativas de dos categorías y mediante el análisis de la varianza de una vía para el caso de variables cualitativas de más de dos categorías. En el caso de comparaciones múltiples se ha utilizado el ajuste de Bonferroni de acuerdo al número de comparaciones realizadas.

## Resultados

Han participado en el estudio 15 de las 17 CCAA, lo que ha reducido el número total de CS que estaba previsto, quedando en 245; por el mismo motivo ha disminuido el número estimado de profesionales a encuestar. De los 245 CS han respondido finalmente un total de 215 CS, lo que supone un 87,75% de participación, siendo la tasa promedio de respuesta de los profesionales del 56,16%.

Han cumplimentado el cuestionario un total de 4344 profesionales, de los cuales el 70,7% son mujeres y el 29,3% varones con una media de edad de 47,0 años (IC95% de 46,7 a 47,3).

En cuanto al número de años trabajados en el mismo centro de salud el porcentaje mayor es el que corresponde al intervalo entre 3 y 6 años con un 23,6% teniendo la mayoría de los encuestados un número de horas semanales de trabajo entre 33 y 40. La categoría profesional con mayor representación son médicos, suponiendo un 42,2%, y el 34,9% son profesionales de enfermería, correspondiendo un 18,0% a los profesionales no sanitarios.

Un 8,8% tienen dentro del CS un puesto de responsabilidad de los que el 45,3% son coordinadores o directores médicos, el 19,1% jefes de grupo administrativos y el 35,6% responsables de enfermería. A su vez se identifican un 1,8% como MIR, un 1,4% son trabajadores sociales y un 1,7% se clasifican como otro tipo de trabajadores sanitarios (de los cuales el 45,5% son auxiliares de enfermería, 13,0% odontólogos, 17,7% fisioterapeutas y 23,8% otros profesionales).

En cuanto al número de tarjetas sanitarias individuales (TSI), un 43,5% de los profesionales tiene un número que oscila entre 1500 y 2000 y sólo un 13,8% tienen más de 2000 tarjetas adscritas.

El valor obtenido en el índice sintético ha sido de 3,72 (rango de 1 a 5) (IC 95%; 3,70 - 3,73), con una desviación estándar (DE) de 0,45, siendo el valor obtenido en la variable (G2) del propio cuestionario que solicita dar una puntuación global en seguridad del paciente para el centro de trabajo de 3,25 (IC 95%; 3,23- 3,28). Esta puntuación global tiene un valor menor que el resto de las dimensiones de cultura de seguridad del paciente a excepción de la dimensión de "Ritmo y carga de trabajo" con una media de 2,76. Lo mismo ocurre con los resultados de la AHRQ donde también sólo 2 dimensiones ("Ritmo y carga de trabajo" y "Procedimientos

establecidos en el centro”) consiguen una peor valoración que la global sobre seguridad<sup>2</sup>. Ver tabla I de resultados globales y por dimensiones.

Tabla I

<b>Dimensión (preguntas que la integran)</b>	<b>Total Media (IC95%)</b>
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad (A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9).	4,18 (4,16-4,20)
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (B1 B2 B3 B4).	3,96 (3,93-3,99)
Trabajo en equipo (C1 C2 C5 C13).	3,90 (3,87-3,92)
Ritmo y carga de trabajo (C3 C6 C11 C14).	2,76 (2,74-2,79)
Formación del personal no sanitario (C4 C7 C10).	3,48 (3,45-3,51)
Formación del personal sanitario (C16 C17 C18).	3,49 (3,46-3,51)
Procedimientos establecidos en el centro (C8 C9 C12 C15).	3,45 (3,43-3,48)
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios (C8 C9 C12 C19).	3,50 (3,48-3,52)
Comunicación franca (D1 D2 D4 D10).	3,65(3,63-3,67)
Seguimiento de la atención a los pacientes (D3 D5 D6 D9).	4,00 (3,97-4,02)
Comunicación sobre el error (D7 D8 D11 D12).	3,76 (3,73-3,78)
Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios (D13 D8 D11 D14).	3,81 (3,79-3,83)
Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente (E1 E2 E3 E4).	3,57 (3,55-3,60)
Aprendizaje organizacional (F1 F5 F7).	3,83 (3,81-3,85)
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad (F2 F3 F4 F6).	3,71 (3,69-3,74)
Puntuaciones globales sobre la calidad (G1A G1B G1C G1D G1E)	3,42 (3,40-3,44)
Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2).	3,25 (3,23-3,28)
Índice sintético	3,71 (3,70-3,73)

El análisis desagregado por sexo ha demostrado un patrón de resultados semejante al descrito para el total de la muestra, se repiten por ello las dimensiones mejor y también, la peor valorada. Tanto los varones como las mujeres otorgan puntuaciones medias superiores a 3 en todas las dimensiones excepto en la de “ritmo y carga de trabajo”. Sin embargo las mujeres tienen una percepción de la cultura de seguridad del paciente en el centro de salud ligeramente más positiva (ISSP) media de 3,74; IC 95%, 3,72-3,75) que los varones (ISSP) media de 3,69; IC 95%, 3,66-3,72).

Por categoría profesional, la cultura de seguridad del paciente se percibe de forma diferente, de forma que los profesionales de enfermería (E) tienen la mayor puntuación con un valor de índice sintético de 3,76 (IC95%; 3,73-3,78); le siguen los médicos (M) con una media de 3,69 (IC95%; 3,67-3,71), siendo el colectivo de administrativos (A) los que obtienen la puntuación media más baja, 3,64 (IC95%; 3,60-3,67). Las diferencias entre cada categoría son de pequeña magnitud, aunque todas son estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ).

Todas las dimensiones se perciben de forma positiva, obteniendo puntuaciones medias superiores a 3 por todas las categorías profesionales con excepción de "ritmo y carga de trabajo" que muestra medias entre 2,79 (E) y 2,72 (M) (con diferencias que no son significativas). Es llamativa la valoración que hacen los diferentes colectivos respecto a las dimensiones relativas a la formación. La "formación del personal no sanitario" es la segunda dimensión peor valorada por el colectivo de administrativos, que otorgan una media de 3,18 (IC95%; 3,10-3,25), muy diferente de las puntuaciones efectuadas por médicos, 3,54 (IC95%; 3,49-3,58) y por los profesionales de enfermería, 3,59 (IC95%; 3,54-3,64), no existiendo diferencias entre sanitarios. Al contrario ocurre con la dimensión de "formación del personal sanitario", donde la media de los administrativos (3,69) es significativamente más alta que la de enfermería (3,56) y esta a su vez más alta que la de los médicos (3,37).

Las personas que reconocen desarrollar un puesto de responsabilidad, o liderazgo en el EAP tienen una puntuación total de cultura de seguridad del paciente de 3,84 (IC95%; 3,80-3,88) mayor a la que muestran los profesionales no líderes 3,70.

Los grupos de edad que obtienen una puntuación mayor en el índice sintético de seguridad del paciente son: el grupo más veterano, de 56 a 69 años que tienen una puntuación de, 3,76 (IC 95%; 3,73 – 3,80), y el más joven < de 41 años, con un valor de 3,74 (IC 95%; 3,71 – 3,74), mostrando diferencias significativas con el grupo de 41 a 55 años que tiene un valor de 3,70 (IC 95%; 3,68 – 3,72).

Las puntuaciones medias de las diferentes dimensiones en función de los tres grupos de edad establecidos, menores de 41 años, de 41 a 55 y de 56 a 69 años son, para todos los grupos, superiores a 3 en todas las dimensiones, excepto en la dimensión de "Ritmo y carga de trabajo".

Los profesionales que tienen cupos más pequeños (de < de 1000 tarjetas sanitarias) obtienen mayores puntuaciones en el índice sintético (ISSP) de cultura de seguridad con un valor de 3,82 (IC95%; 3,78-3,87), que a su vez es superior al obtenido por el grupo con tarjetas entre 1000 y 1500, con valor de 3,74 (IC95%; 3,71-3,77) y éste mayor que la del grupo de más de 1500 TSI, que presenta una media de 3,66 (IC95%; 3,64 – 3,69).

Los profesionales con menos de 1000 TSI tienen puntuaciones medias superiores a 3,80 en 8 dimensiones, el grupo entre 1000 y 1500 en 6 dimensiones y los que tienen más de 1500 en 4 dimensiones.

Aquellos profesionales con contrato de carácter eventual tienen un índice sintético de cultura de seguridad de 3,80 (IC95%; 3,76-3,84) que es superior al obtenido por los profesionales con contrato fijo o interino cuyas puntuaciones medias son 3,69 (IC95%; 3,67-3,70) y 3,73 (IC95%; 3,70-3,77) respectivamente.

Los profesionales que hacen guardias tienen un índice sintético de cultura de seguridad del paciente de 3,76 (IC95%; 3,73-3,78) que es más alto que la media de 3,68 (IC95%; 3,66-3,70) que obtienen los que no realizan guardias (3,68 IC95%; 3,66-3,70). Los profesionales que realizan guardias también obtienen medias más elevadas que los que no hacen guardias en la puntuación global de seguridad del paciente (3,30 y 3, 23) respectivamente.

## **Discusión y conclusiones.**

La puntuación total obtenida en el cuestionario y medida tanto por el (ISSP) como por la puntuación global (G2) se considera como percepción “positiva” de la cultura de seguridad del paciente. El resto de dimensiones del cuestionario también son puntuadas positivamente a excepción de una: “ritmo y carga de trabajo”. Esto ha ocurrido igualmente en los resultados publicados por AHRQ en el informe de 2012<sup>1</sup> y en un estudio realizado en centros escoceses<sup>3</sup>.

En la comparación con los resultados americanos, sólo la dimensión de “aprendizaje organizacional” aguanta la comparación, comportándose de la misma forma y con diferencias de solo 1 punto, casi todas sus puntuaciones son superiores a las de este estudio, encontrando diferencias de hasta 30 puntos porcentuales en algún ítem. (No sé si este párrafo iría aquí o más tarde, pero lo incluiría).

Probablemente una mayor dedicación de tiempo y de capacidad de escucha, está influyendo en el hallazgo de que las mujeres presenten una percepción de forma general, más positiva que los varones. En cuanto a que sean las mujeres quienes tengan una percepción de SP mayor que los varones puede ser debido a que éstas dedican más tiempo y capacidad de escucha al paciente<sup>4</sup>.

En general la dimensión mejor valorada por todos los profesionales es la de aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad en la consulta, dimensión que se refiere a aspectos concretos tales como que el paciente consigue una cita para un problema urgente en menos de 48 horas algo que puede tener relación con agendas bien dimensionadas en los equipos, así como la existencia de protocolos o procedimientos para la atención a los pacientes urgentes y sin cita. En relación con la disponibilidad de las historias clínicas, esta disponibilidad ha quedado solventada desde el uso generalizado de la historia clínica electrónica en la AP en todas las CCAA.

El seguimiento de la atención a los pacientes o el intercambio de información con otros dispositivos asistenciales así como el trabajo en equipo, son otras de las dimensiones que tienen una puntuación cercana a 4. En el caso del intercambio con otros dispositivos asistenciales, a pesar de que el flujo de comunicación con especializada no es como se desearía, podría haber influido en esta mejor percepción, por parte de los profesionales, la existencia de iniciativas en las CCAA encaminadas a favorecer la comunicación entre atención primaria y especializada, tales como la puesta en marcha de la figura del especialista consultor, el uso del correo electrónico entre profesionales, los informes al alta para enfermería, la posibilidad de visualizar las historias del hospital etc.

Las diferencias más importantes encontradas según categoría profesional están en la percepción que se tiene en cuanto a la formación, según se pertenezca a una u otra categoría. Así el personal administrativo valora peor su propia formación y considera que la formación de los demás colectivos es mejor y viceversa, el personal sanitario considera que la formación del personal administrativo es buena.

Sigue existiendo todavía una importante cultura enraizada de la culpa entre los profesionales en general y entre el colectivo médico en particular, que valora peor que el grupo de profesionales de enfermería y del grupo de administrativos la dimensión sobre comunicación del error.

Los que se autoclasifican como líderes presentan de forma general una percepción más positiva en prácticamente todas las dimensiones, siendo una tendencia repetida en otras encuestas sobre cultura de seguridad reflejadas en la literatura<sup>5</sup>.

Totalmente coherentes son los resultados que se han obtenido al tener en cuenta el número de las tarjetas sanitarias individuales, siendo éste un factor que influye claramente sobre todo en la percepción obtenida en la dimensión "Ritmo y carga de trabajo". Los profesionales con menos cupo muestran una mejor percepción de cultura de seguridad.

La realización o no de guardias entre los profesionales sanitarios, dada la percepción obtenida entre ambos grupos, probablemente está manifestando la mayor formación, adiestramiento y pericia, ante la existencia de cualquier incidente, urgencia o emergencia que les hace sentirse mucho más seguros en la atención sanitaria en general y por ende, manifestar una mayor percepción de cultura de seguridad del paciente.

En general la percepción de seguridad del paciente entre los profesionales de atención primaria, es positiva de forma generalizada, algo que pudiera ser un reflejo de los esfuerzos que ha realizado el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en la última década por la mejora de esta cultura de seguridad en todos los ámbitos asistenciales<sup>6</sup>. El despliegue de la estrategia de seguridad del paciente en los últimos años ha supuesto un compromiso político y económico con todos los servicios regionales<sup>7</sup>.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

<sup>1</sup>Nieva V.F., Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthacare organizations. Qual Saf Health Care 2003, 12(suppl II): 217-223.

<sup>2</sup>AHRQ 2012 Uses Comparative Database Report. <http://www.ahrq.gov/qual/mosurvey12/mosurv12e.htm> (Consultado en junio 2012).

<sup>3</sup>Wet C; Johnson P; Mash R<sup>0</sup>, McConnachie A<sup>a</sup> and Bowie P. Measuring perceptions of safety climate in primary care: a cross-sectional study. Journal of Evaluation in Clinical Practice 18 (2012) 135-142.

<sup>4</sup>Blendon RJ, DesRoches CM, Mollyann Brodie M, Benson JM, Rosen AB, Schneider E, et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors. N Engl J Med. 2002;347:1933-40.

<sup>5</sup>Madak, I, Sexton, J.B, Lux, T. R, Helmreich, R. L and Thomas, E. J. Measuring safety culture in the ambulatory setting: the safety attitudes questionnaire – ambulatory version. Journal of General Internal Medicine. 2007, 22(1): 1-5.

<sup>6</sup>Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan de calidad 2010. <http://www.mspsi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf> (consultado 25 mayo 2012).

<sup>7</sup>BOE num 166. 9/07/2010. Real Decreto 829/2010, de 25 de junio, por el que se regula la concesión directa de subvenciones a las comunidades autónomas y al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria para la implementación de las estrategias del Sistema Nacional de Salud en cuidados paliativos, seguridad de pacientes, prevención de la violencia de género y atención al parto normal en el año 2010.

## **FOCALIZANDO LAS ACCIONES Y GRADO DE IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SNS.**

JESÚS MARÍA CASAL GÓMEZ.

JEFE DE SERVICIO DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD DEL MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS E IGUALDAD.

La identificación de las áreas de interés, su implantación y los procedimientos que desde el 2005 se han puesto en ejecución desde el Ministerio en el Programa de Seguridad del Paciente, es el objeto de esta intervención.

La tarea no es simple, supone traducir la evidencia en practica; en el Programa de Seguridad del Paciente impulsado por el Ministerio de Sanidad tomamos como referencia metodológílla la propuesta de Peter Pronovost (BJM, 2008), que de manera resumida propone Sumarizar las evidencias, identificar las barreras para su implantación, establecer medidas para su performance y el compromiso en garantizar que todos reciben la intervención, desde el supuesto de involucrar, educar, ejecutar y finalmente evaluar.

La Seguridad del Paciente, es en la actualidad una realidad en el SNS, no es menos cierto que su grado de implantación es no homogéneo, pero si podemos confirmar que esta en la agenda de los servicios de Salud.

La acción colaborativa con los distintos agentes, servicios de salud, universidades, sociedades científicas, colectivos profesionales, y tejido asociativo (asociaciones de consumidores, pacientes y usuarios).

Explorar los avances y revisar los aspectos concretos en la consecución de la introducción de la cultura de la seguridad en la práctica asistencial.

La cultura de la Seguridad cuya implantación ha sido contemplada desde la triple óptica de información, difusión y formación, prioritariamente de los profesionales y en menor medida de la ciudadanía.

La aportación de una masa crítica mas que notable de estudios epidemiológicos referidos a la identificación de los eventos adversos, ENEAS Estudio Nacional de Eventos Adversos (Hospitalización), Apeas (En atención primaria), Ibeas (Multicéntrico en Iberoamérica Hospitales), Earcas (En Centros Socios sanitarios), supusieron un hito en el comienzo del reconocimiento de la existencia de un problema y el punto de partida.

La oferta de un sistema de notificación, como herramienta de a la gestión de riesgos, y la implantación de practicas seguras.

La incorporación de las prácticas seguras, entendidas como tipo de proceso o estructura, cuya aplicación reduce la probabilidad de EAs relacionados con la atención sanitaria.

Desde el punto de vista de la gestión, la creación de Unidades Funcionales de Gestión de riesgos, con arquitecturas variables pero que en cuanto a la su función son una realidad en la practica totalidad de ls sistema.

Los grandes bloques de actuación se han centrado, en la Infección relacionada con la atención sanitaria, programas como Higiene de manos Bacteriemia Zero o Neumonia Zero, son exponentes de los despliegues realizados, en el uso seguro del medicamento, en la identificación inequívoca de pacientes.

Los actuales momentos son una especial oportunidad para poner en valor la eficiencia y la buena gestión, de la capacidad en demostrar que la Seguridad del Paciente si trae a cuenta, son retos que estamos persuadidos que podrán ser consolidados.

## MIDIENDO LOS RESULTADOS: A LA VISTA DE LOS RESULTADOS CONOCIDOS ¿CÓMO DEBERÍAMOS MEDIR EL IMPACTO DE LOS PROGRAMAS DE SEGURIDAD CLÍNICA?.

RICARD MENEU.

FUNDACIÓN INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD.

A primera vista, la pregunta planteada podría parecer una aporía de manual, un "enunciado que expresa o que contiene una inviabilidad de orden racional". Inviabilidad que vendría de la circularidad entre los resultados que se asume conocer y las interrogantes sobre el instrumental para conocerlos. Sin embargo no estamos ante una discusión bizantina, sino más bien ante la pregunta esencial para (re)considerar nuestros ya largos esfuerzos por mejorar la seguridad clínica. Mejorar la seguridad clínica exige a nuestro juicio,- como es de esperar en lo que podría considerarse un aquelarre de "calidólogos"- medir, medir, medir y medir. Más y mejor. Como siempre. Y aquí nos preguntamos por esa medición. Por tanto en esta presentación en papel de la presentación "en vivo" en el trigésimo congreso de la SECA repasaré algunas de las preguntas y respuestas que pueden encontrarse en las lecturas del "catón" a la parte de "*¿Cómo deberíamos medir el impacto de los Programas de Seguridad Clínica?*". La aplicación de este conocimiento "*a la vista de los resultados conocidos*" queda mayoritariamente reservada para los asistentes a la sesión.

### **Nuestros ¿particulares? Problemas con la medición de resultados.**

A pesar de lo apuntado, una mínima referencia contextual exigirá decir algo sobre "los resultados conocidos". Hace ya aproximadamente un lustro que sendos afamados artículos coincidían en cuestionar nuestro conocimiento sobre los resultados. En este asunto la primera pregunta que cabe esperar es "¿están los paciente más seguros?" Para Vincent <sup>(1)</sup> "*la respuesta a esa simple cuestión resulta curiosamente elusiva*", aclarando seguidamente que la carencia de información fiable sobre la seguridad y la calidad de la atención está obstaculizando en todo el mundo la mejora de la seguridad. Por su parte, el demasiado citado. Pronovost respondía un par de años antes a la misma cuestión afirmando que "ni los datos del conjunto del sistema sanitario estadounidense ni los de los hospitales individualmente permiten aportar una respuesta creíble" <sup>(2)</sup>.

Seguramente los interesados en estas cuestiones conocerán los envidiables informes públicos de algunos estados norteamericanos, como California o Massachusetts, en los que desde hace años se aportan, hospital a hospital, indicadores de seguridad que aquí aun no apostaría por llegar a verlos. Y aun así, en sistemas con una más amplia preocupación pública por la seguridad, mayores incentivos para su mejora y mejores condiciones de responsabilidad - en términos de transparencia y rendición de cuentas- sigue sin poderse dar una respuesta mínimamente satisfactoria Tampoco el escrutinio en el NHS británico de las medidas etiquetables como de resultados en los indicadores de la AHRQ permitía ir más allá de afirmar que se aprecia una tendencia en la reducción de mortalidad hospitalaria, general y tras ciertos tipos de intervenciones. Como se ha señalado en otro texto canónico "reflexionar sobre las limitaciones escuetamente descritas en este apartado es condición sine qua non para reducir el espacio entre lo que deberíamos medir y lo que realmente medimos y, así, mejorar las evaluaciones y la cultura de la seguridad" <sup>(3)</sup>

## ¿Qué media entre medir adecuadamente y no medir?.

Vista la situación respecto a “*los resultados conocidos*”, para evitar la melancolía nos centraremos en “*cómo deberíamos medir*”, que no deja de ser otro asunto espinoso. Los avances en la medición de la seguridad del paciente se han visto limitados por muchos factores, entre los que se han destacado las diferencias en las definiciones y los conceptos de efectos adversos, la falta de una taxonomía y un marco conceptual sólido –destaco el adjetivo - de la seguridad del paciente, la naturaleza infrecuente de los eventos, las inconsistencias en los componentes de los datos reunidos a lo largo del sistemas sanitario y la falta de medidas científicamente fundadas. <sup>(4,5)</sup> En este foro no es preciso señalar que todos estos problemas se predicen para la dificultad de “*tasar*” –pásenme el neologismo de uso - los resultados. Lo que podría explicar la proclividad con la que hemos vuelto la mirada hacia las cuestiones de estructura y procesos. Sin embargo no parece que estos problemas justifiquen la retirada hacia los “*procesos*”, ya que su práctica totalidad se reproducen en estos.

En la medición de los avances en materia de seguridad clínica hemos recurrido bastante a las consideraciones de estructura. No es grave. No somos tan naïfs como para validar antiguas asunciones escasamente respaldadas. Recordemos que hace casi medio siglo se afirmaba que en lo que “*may be roughly designated as the assessment of structure (..) The assumption is made that given the proper settings and instrumentalities, good medical care will follow*” <sup>(6)</sup>. Ciertamente no creemos que el mero despliegue de estructuras adecuadas vaya a desembocar en mejoras de calidad. En cambio sabemos sobradamente que en su ausencia será imposible que el cambio se lleve a cabo. Sin una generalizada disposición de solución hidroalcohólica no cabe esperar una sustancial modificación de los hábitos higiénicos. Lo dicho para la higiene de manos es predicable, aunque con distintos grados, también para la identificación inequívoca de pacientes, las estrategias de reducción de bacteriemias y neumonías, y varias de las menos normalizadas estrategias de seguridad con los medicamentos.

Siendo también sobradamente conocedores de que lograr trabajosamente los requisitos materiales ineludibles no garantiza en modo alguno que se produzca un cambio conductual, es comprensible que nos hayamos focalizado con denuedo y más imaginación de la exigible en aproximar la medición del cambio en los procesos implicados. Pero no podemos ignorar que la ausencia de evidencia científica sólida que vincule los procesos con resultados significativos supone una grave limitación de estas medidas de proceso para el estudio de la seguridad del paciente. Así, aunque parece razonable que los cirujanos firmen el sitio quirúrgico para evitar las intervenciones en localización equivocada, carecemos de evidencias que vinculen este proceso a los resultados deseados.

Con todo, lo que resulta preocupante, tras varios años de campañas publicitadas, coordinadas, y variadamente respaldadas desde diferentes instancias gestoras, es nuestra dudosa solvencia en avanzar sobre los resultados mensurables. O peor aun, nuestra escasa confianza en que diseminar dichas medidas vaya a ser positivo.

Aunque es fácil acordar que es idealmente deseable poder conocer resultados directamente atribuibles a los esfuerzos de mejora de la seguridad, convendrá evitar maximalismos y asumir que aun nos falta mucha investigación en la “*ciencia de la medición de la seguridad*”, lo que inicialmente exigirá mejores bases epidemiológicas y avances en la gestión de los datos que pueden contribuir a su adecuada monitorización. Mientras se avanza – esperemos – en este sentido, recordemos la

máxima del general Patton que gustaba citar su *similónimo*, Michael Quinn Patton <sup>(7)</sup> *"Un buen plan hoy es mejor que uno perfecto mañana"*.

Conocemos los pros y contras de las distintas estrategia para medir la seguridad del paciente, recogidos en la **tabla adjunta**. Lo que se precisa es refinar el análisis de factibilidad e identificar de cuales de ellas se puede esperar mayor rendimiento y presentan más potencial de mejora. Un análisis que debería rehuir nuestras declaraciones prejuiciosas de expertos de guardia y bajar a pío de obra, buscando maximizar las sinergias con los intereses de sus potenciales usuarios. Retomar la demasiado a menudo olvidada obviedad de la utilización como primer objetivo de la evaluación. En la revisión citada sobre el NHS se concluía que *"es difícil esperar un compromiso real sin recogida sistemática de datos locales que sean relevantes para las preocupaciones clínicas, ampliamente difundidos y discutidos en el seno de los equipos clínicos."* <sup>(1)</sup>. Convendría recordarlo.

Finalmente, como propuesta operativa, retomando algunas previas, parece ineludible intentar seguir avanzando compaginando diversos abordajes. *"Por ejemplo, los hospitales podrían evaluar las tasas de infecciones relacionadas con catéteres un trimestre, las de trombosis venosas en el siguiente, la utilización de intervenciones avaladas con pruebas científicas en otro, ..."* <sup>(2)</sup>. Más que poner todos los huevos en la cesta de las mejores medidas, diversificar más aun los esfuerzos para componer con distintas piezas el puzzle que represente la imagen de la seguridad de nuestros pacientes. Pero sin dejar de *"tener en cuenta la razón señal/ruido al definir variables. Escoger eventos adversos en el numerador que sean inequívoca consecuencia de un error, o bien solo casos (pacientes) que presentan daño de causa conocida indudable. Deslindar causas y efectos para aislar las diferentes asociaciones causales puede ser muy difícil. Hacer atribuciones infundadas y pagar el alto tributo consiguiente, muy fácil."* <sup>(8)</sup>

Volvamos a la pregunta de partida. No la que hablaba de resultados y modos de medir, si no la que encabeza la mesa. **¿HEMOS COMPLETADO EL CAMBIO?** Creo que es innecesario decir que ni de lejos. Mejor señalar que ya empiezan a atisbarse signos que tal vez lleven a retomar el rumbo que permita disponer de los requisitos que, en el caso de que se de una improbable constelación de condiciones facilitadoras, permitirán iniciar el camino de algún cambio deseable. Pero de suceder esto no será por azar, si no que requerirá de atinados esfuerzos para contribuir a crear las condiciones propicias en el medio. Que mayoritariamente permanece ajeno a estas pre-ocupaciones.

**Tabla. Estrategias para la Medición de la Seguridad del Paciente (\*)**

Estrategias de medición	Ventajas	Desventajas
<b>Revisión retrospectiva</b>	Considerada como el "patrón oro", contiene rica información clínica detallada	Costoso, intensivo en trabajo, calidad de los datos variable debido a la información clínica incompleta, sólo para revisión retrospectiva
<b>Sistemas de notificación de incidentes</b>	Útil para mejora de la calidad interna y hallazgo de casos, pone de relieve los efectos adversos que los proveedores perciben como importante	Captura una pequeña fracción de los eventos adversos que se producen, revisión retrospectiva basada sólo en auto-informes, no hay estandarización o uniformidad de los eventos adversos reportados
<b>Vigilancia Automatizada</b>	Puede utilizarse retrospectiva o prospectivamente, útil mediante protocolos estandarizados para el cribado de pacientes que podrían tener alto riesgo de eventos adversos	Necesita datos electrónicos para llevar a cabo vigilancia automática, una alta proporción de los casos "triggered" son falsos positivos
<b>Bases de datos clínico-administrativos</b>	De bajo coste, datos de fácil acceso, útil para el seguimiento a lo largo del tiempo de eventos en grandes poblaciones, puede identificar "potenciales" eventos adversos	Falta de datos clínicos detallados, problemas con la variabilidad e imprecisión de los códigos CIE-9-MC entre y en los sistemas, puede detectar una alto proporción de falsos positivos

(\*Rosen AK. Are we getting better at measuring patient safety?. <http://webmm.ahrq.gov/printviewperspective.aspx?perspectiveID=94>)

## **REFERENCIAS Y TABLA.**

- 1.- Vincent C, Aylin P, Franklin BD, Holmes A, Iskander S, Jacklin A, Moorthy K. Is health care getting safer?. *BMJ* 2008;337:a2426)
- 2.- Pronovost PJ, Miller MR, Wachter RM. Tracking progress in patient safety – an elusive target. *Journal of the American Medical Association*, 2006. 296(6), 696–699.
- 3.- Campillo C. La seguridad del paciente. ¿Estamos seguros de ella?. *Gest Clin San.* 2009 (3):83-8
- 4.- Leape L, Berwick D, Clancy C, et al; Lucian Leape Institute at the National Patient Safety Foundation. Transforming healthcare: a safety imperative. *Qual Saf Health Care.* 2009;18:424-428.
- 5.- Chang A, Schyve PM, Croteau RJ, O'Leary DS, Loeb JM. The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. *Int J Qual Health Care.* 2005;17:95-105
- 6.- Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care . *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 44, No. 3, Pt. 2, 1966 (pp. 166–203).
- 7.- Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care . *The Milbank Memorial Fund Quarterly.* 1966 44 (3): 166–203
- 7.- Patton MQ. *Utilization-Focused Evaluation.* Sage Publications 1978
- 8.- Campillo-Artero C. La seguridad del paciente en los contratos de gestión. *Rev Calid Asist.* 2012. doi:10.1016/j.cali.2011.07.004

## **Sesión Plenaria**

**Eficiencia y calidad para la sostenibilidad  
del sistema sanitario.**

**MODERADORA.**

GENIS CARRASCO.

EDITORA DE LA REVISTA CALIDAD ASISTENCIAL.

Resulta paradójico que un país que con sólo 1.400 euros por habitante y año ha sido capaz de conseguir uno de los mejores sistemas sanitarios de la Unión europea, vea ahora comprometida la sostenibilidad y la solvencia de su sanidad.

Pero no debería extrañarnos. De todos es conocida la crónica infrafinanciación de la sanidad transferida a las CC.AA., generada por un crecimiento demográfico sin aumento proporcional de la financiación sanitaria que ha ocasionado un déficit de más de 15.000 millones de euros. También somos conscientes de las inaceptables inequidades entre CC.AA. en lo que respecta a la gestión de los recursos sanitarios que han propiciado que algunas CC.AA. dediquen a salud 2.000 € por habitante y año, mientras que otras no lleguen a 1.200 €.

Nadie debe dudar de que es imprescindible una reforma urgente de nuestro Sistema Nacional de Salud para adaptarlo a los vertiginosos cambios de la última década y los nuevos retos que se plantean. Entre ellos destacan la necesaria desinversión en tecnología ineficiente, la exclusión de nuevas tecnologías más costosas pero no más efectivas, la mejora de la gestión de las enfermedades crónicas por unos dispositivos sanitarios que fueron concebidos para tratamientos agudos o la reducción de la excesiva burocratización de nuestra sanidad (por cada euro que gastamos en salud, 0,75 céntimos se dedican a procesos no clínicos).

No cabe duda de que el contexto económico de nuestra sanidad es DIFÍCIL, MUY DIFÍCIL. El crecimiento del gasto sanitario, particularmente el público, no se ha reducido con la irrupción de la crisis y sigue creciendo mientras la economía productiva decrece obligando ahora a una constricción acelerada.

Pero existen soluciones prometedoras e imaginativas como las que presentaremos en esta mesa.

Como sostienen Busse et al, nuestro sistema sanitario se asemeja a una gran caja. Dicha "caja sanitaria" sería un cubo cuyas aristas representan las tres dimensiones que contienen el gasto sanitario: la cobertura poblacional (quien tiene acceso al servicio), la cobertura de servicios (que se financia) y la cobertura del gasto (como se financia).

Para garantizar no sólo la sostenibilidad (capacidad para financiar el sistema tal como está) sino sobre todo la solvencia (capacidad para dar respuesta adecuada a las necesidades asistenciales a pesar de las restricciones presupuestarias) pueden emplearse dos estrategias.

La primera, sin duda la más fácil, es la de los recortes presupuestarios. Consiste en acortar las aristas de la caja sanitaria para reducir el volumen de gasto sin haber previamente intentado encarar el interior de la caja, es decir, la eficiencia del gasto. Este enfoque es el que ha presidido la presentación de las medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en forma de Real Decreto Ley que han introducido modificaciones en las tres dimensiones de la caja. Por un lado ha restringido el acceso a los servicios a determinados ciudadanos (cobertura poblacional), por otro impone una priorización de intervenciones mediante las carteras comunes básica, suplementaria y de servicios auxiliares (cartera de servicios) y finalmente contempla la progresiva introducción de sistemas de copago en la cartera común suplementaria, a los no asegurados y la modificación del copago

farmacéutico en función del nivel de renta. Este enfoque no mejorará la eficiencia del sistema y además podría generar una brecha social de difícil solución.

Pero existe otra alternativa mucho más inteligente y efectiva como la que han seguido países como Gran Bretaña en su *National Health Service*. Consiste en analizar el interior de la caja para eliminar las prácticas poco eficientes y transformar el modelo asistencial mediante la creatividad y la innovación en la prestación de servicios que facilite hacer las cosas de forma diferente para obtener mejores resultados. El consenso y la colaboración con ciudadanos, clínicos y gestores es la estrategia común para promover la mejora de la eficiencia y la legitimación del sistema sanitario.

Profesionales y gestores tenemos que enfrentarnos a estos retos si queremos garantizar la sostenibilidad y la solvencia del sistema. Debemos contribuir a resolver el agujero de déficit y, al mismo tiempo, mantener las actuales prestaciones sin merma alguna de su universalidad y calidad asistencial en un escenario determinado por las limitaciones presupuestarias debidas a las actuales circunstancias económicas (menos ingresos públicos e insuficiencia de financiación) y las legítimas exigencias de los ciudadanos respecto a calidad de la atención y las prestaciones sanitarias.

En este complicado y urgente escenario, profesionales y gestores sólo podemos dar como respuesta nuestra creatividad y nuestra capacidad de innovar.

En esta mesa se presentan cuatro ponencias que abordan prometedoras experiencias sobre estrategias novedosas para mejorar la eficiencia de nuestro comprometido sistema sanitario.

Las aportaciones van desde la promoción de la implicación de los ciudadanos o la responsabilización de los profesionales en los costes hasta nuevos enfoques para mejorar la gestión de los recursos con el fin reducir las bolsas de ineficiencia que todo sistema, aunque sea razonablemente bueno como el nuestro, tiene.

## **PERSPECTIVA PRÁCTICA DE LOS COSTES DE LA CALIDAD Y LA ÉTICA DE LA EFICIENCIA EN LOS SERVICIOS CLÍNICOS.**

LLUIS CABRÉ.

JEFE DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DE BARCELONA.

En el campo de la Microgestión o Gestión Clínica, existe la idea preconcebida de que gerentes y directivos tienen intereses diferentes a los de los profesionales. No obstante, sería más exacto afirmar que comparten los mismos objetivos aunque sus prioridades sean diferentes:

### **Prioridades en la gestión de servicios clínicos**

<b>Gerentes y Directivos</b>	<b>Clínicos</b>
1. Disminuir los costes y mejorar la eficiencia.	1. Aumentar la calidad científico-técnica.
2. Incrementar la satisfacción de los usuarios.	2. Incrementar la satisfacción de los usuarios.
3. Aumentar la calidad científico-técnica.	3. Disminuir los costes y mejorar la eficiencia.

Ante la situación de crisis económica y financiera global y de recortes sanitarios, todos los actores debemos unir esfuerzos para garantizar la solvencia y sostenibilidad de nuestro sistema sanitario. Y el único enfoque posible es el del análisis de eficiencia de los servicios clínicos, aspecto en el que confluyen los intereses de clínicos y gestores.

Se trata de plantear como prioritaria la Gestión Clínica que promueva la eficiencia clínica entendida como: *"Hacer sólo las cosas que hay que hacer, de la mejor manera posible, que en los servicios sanitarios incluye el menor riesgo para los pacientes y profesionales y el menor coste posible"*.

Desde esta perspectiva, los gestores deben incorporar herramientas clínicas como la toma de decisiones basadas en la evidencia científica y los clínicos deben incorporar la evaluación de los costes en su actividad diaria<sup>1</sup>.

Se trata de un nuevo escenario donde la gestión diaria se fundamente en los valores de la Ética de la Eficiencia.

### **Ética de la eficiencia**

Para contribuir al desarrollo sostenible y a la solvencia de nuestro sistema sanitario es imprescindible una actuación eficiente de gestores y profesionales con responsabilidad en los servicios clínicos que consiga una utilización más eficiente de los recursos disponibles. En este sentido los profesionales deben interiorizar los nuevos valores emergentes entre los que destaca la responsabilidad en la administración de los costes (compromiso con la Sociedad) que complemente su tradicional responsabilidad con el paciente y sus familiares, precepto que es uno de los fundamentos de la Gestión Clínica actual. Esta perspectiva establece una nueva concepción en la que basa las decisiones clínicas, la de la Ética de la Eficiencia.

Desde esta perspectiva, el clínico no debe preocuparse sólo de atender al paciente ingresado sino de ser eficiente para disponer de recursos con que poder atender a todos los pacientes que puedan requerir su ayuda.

Esta responsabilidad se basa en que los profesionales asistenciales son los que gestionan, en sus decisiones clínicas, el 70% de los recursos administrables para sanidad. Además debe tenerse en cuenta que la práctica clínica es un campo exclusivo de los profesionales asistenciales donde éstos deben decidir conforme no sólo al conocimiento científico y a su legítima libertad clínica, sino también de acuerdo con esta nueva y urgente responsabilidad de ser eficiente ante la Sociedad<sup>2</sup>.

### **La clave es disponer de información sobre costes.**

No es posible asumir estas responsabilidades sin disponer de información objetiva y fiable sobre cuánto cuestan los antibióticos o la carga de trabajo de enfermería en un servicio clínico. En consecuencia, es necesario un esfuerzo innovador en desarrollar sistemas de contabilidad analítica que faciliten información para tomar decisiones más eficientes.

En este sentido, las UCIs de nuestro país han sido pioneras. Los Servicios de Medicina Intensiva representan únicamente entre el 5% y el 10% de las camas hospitalarias pero consumen alrededor del 30% de los recursos disponibles para cuidados de pacientes agudos<sup>1</sup> y el 8% de los costes hospitalarios. Este dato permite inferir que en España de los casi 25.000 millones de € (4% del producto interior bruto) dedicados atención hospitalaria y especializada, estos servicios administran más de 2.400 millones de € anuales. Esto significa que los intensivistas españoles gestionan dos veces más dinero que los internistas cuya importantísima actividad hospitalaria genera un coste de alrededor de los 1.200 millones de € al año<sup>3</sup>.

Esta realidad fue asumida por esta joven especialidad hace más de dos décadas, estimulando a los profesionales de la Medicina Intensiva a convertirse en pioneros en la implantación de modelos de autoevaluación de buenas prácticas clínicas, sistemas de evaluación de la gravedad de los pacientes y otros métodos de monitorización de la calidad científico-técnica hoy día de uso común en la mayoría de las especialidades<sup>4</sup>.

Esta ponencia, que es fruto de la experiencia del autor, presenta la experiencia en el ámbito del cálculo de los costes de los servicios clínicos.

Se estructura en tres grandes temas. El primero es aplicabilidad de los sistemas disponibles para calcular los costes de los servicios clínicos hospitalarios. En el segundo se presentan la estructura de costes de un Servicio de Medicina Intensiva calculada a partir de datos reales obtenidos con la aplicación de estos métodos en una UCI española que denominaremos a partir de ahora «UCI del Hospital del Milagro» con el fin de preservar su necesario anonimato<sup>5</sup>. El tercer y último apartado revisa los resultados obtenidos con esta metodología al analizar los costes de la calidad resultantes de las actividades de mejora de la calidad en la citada UCI del Hospital del Milagro.

Aunque el trabajo se centra en unos servicios tan peculiares como las UCI, las grandes líneas de esta presentación pueden aplicarse a la mayoría de los servicios clínicos de nuestros hospitales.

### **Sistemas de análisis de costes hospitalarios.**

En la literatura anglosajona se definen dos tipos de sistemas de análisis de costes hospitalarios: *topdown* y *bottom-up*<sup>6</sup>. El primero, cuya traducción libre sería «método de análisis descendente» consiste en la asignación de una parte de los costes hospitalarios totales a cada servicio clínico. Este enfoque retrospectivo no permite conocer el coste por paciente, enfermedad ni procedimiento. El *bottom-up* que traduciremos como «método de análisis ascendente» suele ser el de elección para la mayoría de las evaluaciones económicas publicadas. Los costes son registrados a determinado nivel de objeto de coste (paciente, servicio, etc.). Este método puede usarse tanto retrospectivamente, utilizando historias clínicas o bases de datos, como prospectivamente, registrando los consumos de cada paciente. Permite conocer el coste por paciente, enfermedad o procedimiento<sup>7</sup>. Debido a la dificultad en adscribir los costes indirectos a cada paciente se han propuesto diferentes factores de imputación (*proxies*) para repartirlos de forma reproducible. Entre éstos se han usado los Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD), los índices de gravedad y los sistemas de actividades:

<b>Contabilidad por centros de coste</b>	<b>Coste por GRD*</b>	<b>Coste medio por proceso</b>
Coste de modelo completo	Medida estándar de la producción hospitalaria	Basado en estándares norteamericanos
Incluye <i>outputs</i> de costes directos e indirectos sean fijos o variables	Imputación de costes a un conjunto con similar significación clínica e isoconsumo de recursos	Asignación vertical e indirecta
Aplicable a UCI	Aplicable sólo a servicios que dan el alta, no a intermedios como UCI	Imputación según puntos de intensidad relativa de la escala GRD
		Excesiva complejidad e imprecisión para UCI

En nuestro país el mayor esfuerzo en este campo se desarrolló en los años noventa a través del proyecto SIGNO<sup>8</sup>. Este modelo de análisis de costes puede aplicarse de tres formas distintas configurando tres tipos diferentes de análisis de los costes hospitalarios: la contabilidad por centros de coste, el coste por GRD y el coste medio por proceso. En nuestra experiencia el sistema más práctico de análisis es el del centro de coste.

### **Centro de coste**

Es la unidad mínima de gestión que se caracteriza por tener una actividad homogénea, un único responsable, una ubicación física, unos objetivos propios, una responsabilidad definida y un código identificativo. Por ejemplo, la UCI del Hospital del Milagro tiene el código 1550.

### **Centros de coste hospitalario**

Los centros de coste pueden clasificarse en: *finales*, si son responsables de la atención al alta, o *intermedios* si sirven de soporte o prestan atención en parte del proceso asistencial. En sentido contable el coste total de un centro de coste, durante un determinado período de tiempo, es la suma de todos los costes directos e indirectos atribuibles al objeto de coste, es decir a todos los pacientes adscritos al centro de coste durante el período estudiado.

La complejidad de la producción de una UCI obliga a plantearse tres estrategias de inferencia o cálculo de sus costes:

### **Coste calculado paciente a paciente**

Consiste en medir informáticamente, en tiempo real, el coste paciente a paciente; es decir los costes cercanos a los reales centrados en el paciente como eje del cálculo. Esta estrategia es la que tiene más utilidad, ya que permite conocer con la mayor exactitud posible los costes de los diferentes diagnósticos y procedimientos. No obstante, requiere el registro informático en tiempo real de los consumos en costes directos (farmacia, laboratorio, pruebas complementarias, material fungible y lavandería) y una imputación proporcional según puntuaciones de actividad como TISS<sup>9</sup> o valoraciones de la escala NEMS<sup>10</sup> de los costes indirectos basada en información también obtenida en cada momento. De esta forma los gastos no asignables directamente serán mayores en los pacientes más graves y que requieren más intervenciones terapéuticas.

### **Coste inferido paciente a paciente**

Se basa en medir informáticamente el coste de toda la UCI en cada uno de sus apartados tanto directos (farmacia, laboratorio, pruebas complementarias, material fungible y lavandería) como indirectos (costes de personal, estructurales, etc.) infiriendo en el paciente la parte proporcional que le toca según sus puntuaciones de gravedad y requerimientos terapéuticos medidos con las escalas citadas en el anterior método. Esta forma de cálculo, aunque no es en tiempo real, requiere un sistema informático menos sofisticado que no esté centrado en la historia clínica del paciente sino en los costes de los diversos servicios que intervienen (la propia UCI, laboratorio, farmacia, mantenimiento, etc.). Es una alternativa aceptable que puede emplearse con el nivel de informatización de la mayoría de estos servicios.

### **Coste medio por paciente/estancia**

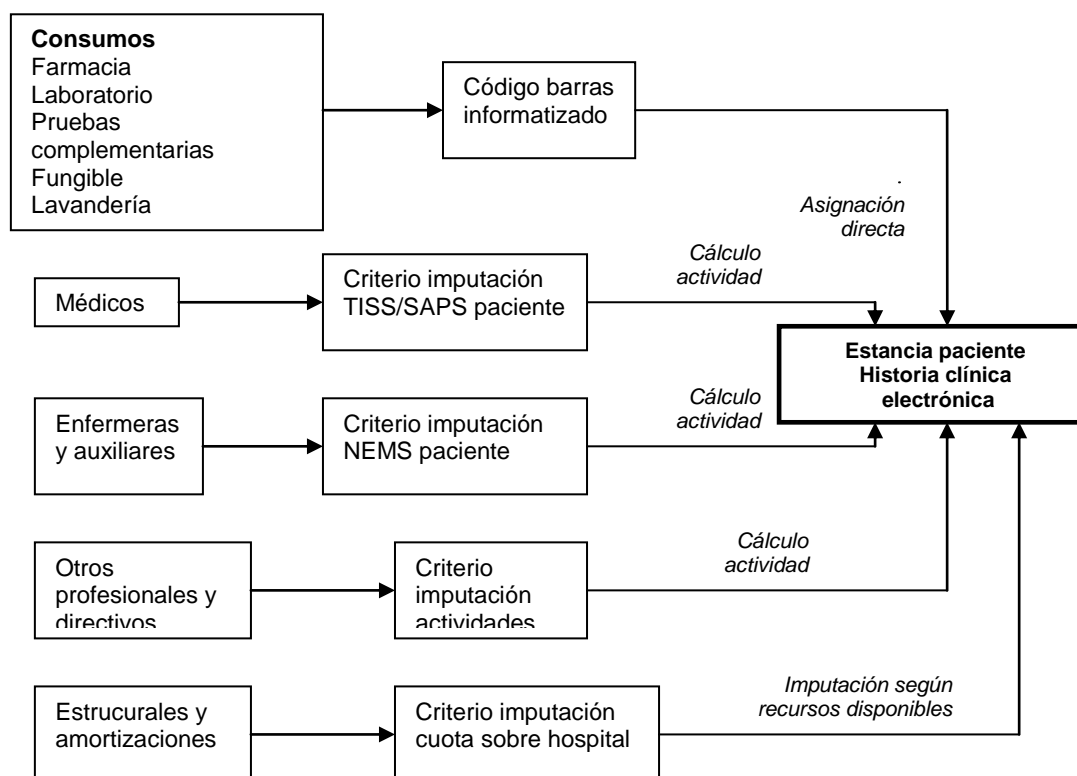
Es el resultado de inferir el coste medio por paciente/ estancia calculado como la relación existente entre el coste TT (qo) de toda la actividad de la UCI (qo) y el número de pacientes/estancias atendidas/ producidas:  $\text{coste medio} = \text{TT (qo)} / \text{qo}$  siendo la función del coste lineal. El resultado obtenido será una aproximación del coste medio por proceso pero no reflejaría la gran diversidad de costes de los diferentes tipos de pacientes por lo que su utilidad sería limitada.

Sin embargo, puede ser la única alternativa para las UCI que carecen de contabilidad analítica.

Debe resaltarse que el método de cálculo de los costes en UCI será mejor cuantos más costes indirectos sea capaz de medir realmente.

## Metodología para el registro informático de los costes centrado en el paciente.

Siempre que dispongamos de un sistema de registro informático en tiempo real podremos conocer en cada momento lo que se ha gastado por un paciente o por un grupo de pacientes determinado para saber al final el coste por producto a partir de la medición y valoración de los consumos (*inputs*) necesarios para obtener las salidas (*outputs*) del proceso productivo. Debe resaltarse la utilización de etiquetas con código de barras para registrar diariamente los gastos de gran parte de los costes directos:



## Proceso de cuantificación De los costes de la calidad de un Programa de mejora continua.

La compleja actividad que desarrollan estos servicios y por ende sus múltiples actuaciones para mejorar la calidad asistencial, obligan a priorizar los elementos en los que se iniciará la práctica de cálculo de los costes de la calidad. En general es recomendable empezar por el análisis de los indicadores básicos de calidad de UCI como primer paso hasta llegar a abarcar la cuantificación de los costes de la calidad de todo el programa de calidad del servicio.

Dicha cuantificación implica tres pasos: priorizar los indicadores a analizar, medir sus resultados antes y después de las acciones de mejora, y valorarlos en términos económicos según la siguiente metodología<sup>11</sup>:

1. Identificación y priorización de los indicadores de calidad de UCI a incluir en el análisis.
2. Medición en unidades de actividad (número de estancias...), a partir de los registros informáticos de los pacientes, de los cambios posprograma en los indicadores.
3. Valoración en términos económicos traduciendo a euros los diferentes costes que intervienen en la actividad asistencial mediante una aplicación informática basada en hoja de cálculo (Excel) o matriz estadística (SPSS).

### **Medición en unidades de actividad De los cambios posprograma En los indicadores.**

Una vez identificados los indicadores a medir, se compararán los registros correspondientes a cada uno de los períodos estudiados. Las variaciones observadas servirán de base para los cálculos de los costes de la calidad. En el caso de la UCI del Milagro, 7 de los 8 indicadores mejoraron después de aplicar las acciones específicas del programa de calidad. En cada caso se registraron las variaciones pre y posprograma. A modo de ejemplo citaremos que en el caso del primer indicador, infección nosocomial, se observó una reducción del 20% en la neumonía asociada a ventilación mecánica tras introducir los tubos endotraqueales con aspiración subglótica.

### **Valoración en términos económicos mediante la elaboración de la matriz de análisis de los costes de la calidad.**

Una vez calculadas las valoraciones de los indicadores tras el programa de calidad procederemos a elaborar una matriz de análisis de los costes de la calidad para cada indicador. En ella contemplaremos no sólo los ahorros, si los hubiera, sino también los gastos producidos por las actividades para mejorar la calidad. En casos complejos puede ser difícil establecer el impacto económico de los fallos en calidad, sobre todo en casos cuyas características varían mucho paciente a paciente como en UCI. Cuando ocurra esto puede emplearse la sencilla metodología de los estudios de casos y controles según la cual en el apareamiento de cada caso se le asignará un control con la misma edad, diagnóstico, gravedad y comorbilidad. La media de diferencias en costes entre casos y controles se asumirá como el coste de la no calidad. Un ejemplo de este tipo de estudios es el de Ríos et al, que calculan que el coste de la infección posoperatoria triplica el coste de la cirugía<sup>12</sup>.

Una vez disponemos de la matriz de coste de cada uno de los indicadores podemos hacer la tabla general que permitirá calcular el ahorro total y el coste del programa de calidad que en el caso que nos sirve de ejemplo consiguió un ahorro anual de 21.354 €.

## Discusión.

La Sociedad exige de los profesionales de los servicios clínicos su compromiso y participación en la gestión de los recursos disponibles. Esta legítima demanda responde a valores emergentes que han establecido una nueva Ética, la de la Eficiencia, asumida por el movimiento cultural denominado Gestión Clínica. Esta nueva disciplina pretende que los clínicos sean más gestores y que los gestores sean más clínicos con el fin de garantizar el crecimiento sostenible de nuestro sistema sanitario. En este nuevo papel de gestores clínicos los profesionales asistenciales deben implicarse más en los aspectos económicos de nuestro trabajo clínico, ya que forman parte del núcleo de todo sistema sanitario cuyo componente principal no son tecnologías sofisticadas o fármacos milagrosos sino los millones de decisiones clínicas que se hacen a diario.

Todo el esfuerzo que hagan los profesionales para implementar sistemas de análisis de los costes en general y de los costes de la calidad en particular redundará en beneficio de todos los actores del sistema sanitario: ciudadanos, profesionales, gestores y financiadores.

Debemos esforzarnos en avanzar en este tipo de estrategias para mejorar la eficiencia, ya que lo que ayer eran sólo legítimas demandas hoy constituyen un compromiso ineludible ante una sanidad en crisis.

## Referencias

- <sup>1</sup>Pellegrino E. The commodification of medical and health care: the moral consequences of a paradigm shift from a professional to a market ethic. *J Med Philos* 1999; 24: 243-266.
- <sup>2</sup>Henning RJ, McClish D, Daly B, Nearman H, Franklin C, Jackson D. Clinical characteristics and resource utilization of ICU patients: implications for organization of intensive care. *Crit Care Med*. 1987;15:264-9.
- <sup>3</sup>Estudio socioprofesional. La Medicina interna en España. Marzo 2003. Disponible en: [http://www.fesemi.org/noticias/prensa/2005/estudio\\_mi.php](http://www.fesemi.org/noticias/prensa/2005/estudio_mi.php) [Consulta: 05-05-05].
- <sup>4</sup>Rivera-Fernández R, Vázquez-Mata G, Bravo M, Aguayo- Hoyos E, Zimmerman J, Wagner D, et al. The Apache III prognostic system: customized mortality predictions for Spanish ICU patients. *Intensive Care Med*. 1998;24:574-81.
- <sup>5</sup>Carrasco G, Pallares A, Cabre L. Costes de la calidad en Medicina Intensiva. Guía para gestores clínicos. *Med Intensiva*. 2006;30:167-79.
- <sup>6</sup>Jegers M, Edbrooke DL, Hibbert CL, Chalfin DB, Burchardi H. Definitions and methods of cost assessment: an intensivist's guide. ESICM section on health research and outcome working group on cost effectiveness. *Intensive Care Med*. 2002; 28:680-5.
- <sup>7</sup>Edbrooke DL, Stevens VG, Hibbert CL, Mann AJ, Wilson AJ. A new method of accurately identifying costs of individual patients in intensive care: the initial results. *Intensive Care Med*. 1997;23:645-50.
- <sup>8</sup>Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
- <sup>9</sup>Cullen DJ, Nemeskal AR, Zaslavsky AM. Intermediate TISS: a new Therapeutic Intervention Scoring System for non- ICU patients. *Crit Care Med*. 1994;22:1406-11.
- <sup>10</sup>Rothen HU, Kung V, Ryser DH, Zurcher R, Regli B. Validation of "nine equivalents of nursing manpower use score" on an independent data sample. *Intensive Care Med*. 1999;25: 606-11.
- <sup>11</sup>Álvarez FR, Lorenzo S, Cardín J. Nuevos sistemas de gestión de costes en el ámbito sanitario. *Rev Adm San*. 1999;11:511- 21.
- <sup>12</sup>Ríos J, Murillo C, Carrasco G, Humet C. Increase in costs attributable to surgical infection after appendicectomy and colectomy. *Gac Sanit*. 2003;17:218-25.

**NUEVO MODELO DE CONTRATACIÓN DIRIGIDO HACIA LA INTEGRACIÓN, EL ENFOQUE POBLACIONAL Y LA EFICIENCIA”.**

PATRICIA ARRATIBEL UGARTE.

DIRECTORA DE ASEGURAMIENTO Y CONTRATACIÓN. DEPARTAMENTO DE SANIDAD GOBIERNO VASCO.

**ANTECEDENTES**

Uno de los retos del Siglo XXI, será conseguir que el Sistema Sanitario sea sostenible. Actualmente existen dos factores que dificultan aún más su sostenibilidad, por una parte, la crisis económica que implica que el gasto sanitario en el mejor de los casos se mantenga en cifras estables y por otra parte, los cambios demográficos y epidemiológicos que conllevan un aumento de enfermos crónicos, que actualmente ya representan el 80% del gasto sanitario.

El actual modelo de provisión de nuestro Sistema Sanitario está muy orientado a la atención de procesos agudos. En este sentido se detecta la necesidad de proceder a una reorientación de dicho modelo de provisión avanzando hacia la creación de “microsistemas”. Se entiende por microsistema el conjunto de agentes que intervienen sobre una población de forma coordinada, aportando el continuo asistencial, compartiendo responsabilidad sobre los resultados en salud de dicha población y buscando eficiencias. Es decir, los “microsistemas” tienen tres características que los identifican: la coordinación de proveedores de servicios sanitarios con responsabilidad compartida; objetivos estratégicos con lógica poblacional según estratificación del riesgo y; generación de mejoras de atención y de salud, así como, eficiencias económicas en su funcionamiento.

El importante avance de los últimos dos años en todos los proyectos de la Estrategia de Cronicidad (estratificación de la población, historia clínica unificada, Osarean, nuevos roles de enfermería, paciente activo, atención clínica integrada, telemonitorización y hospitales de subagudos, entre otros) y, particularmente, el hecho de disponer en esta comunidad autónoma de la estratificación del 100% de su población, permiten situar en 2012 al proyecto de Financiación y Contratación sanitaria como palanca de cambio y acelerador en la creación de estos microsistemas.

**DESCRIPCIÓN**

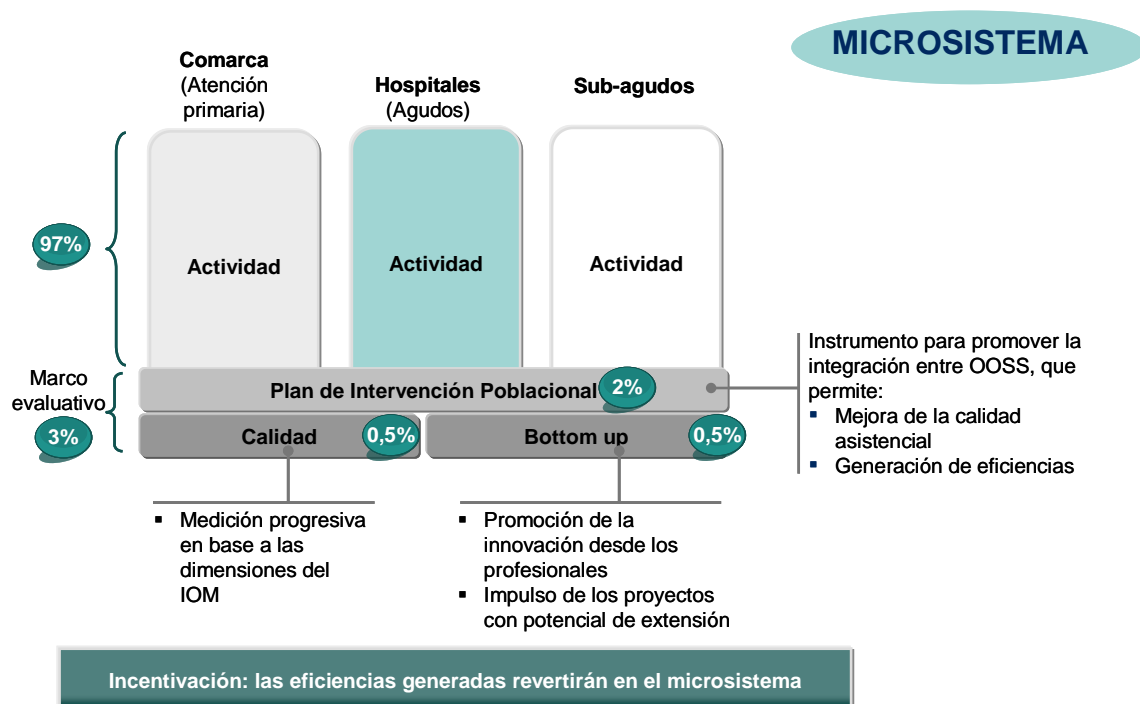
El Proyecto Financiación y Contratación Sanitaria pretende alinear y orientar la provisión de servicios sanitarios hacia el nuevo modelo de provisión definido: los microsistemas. Para alcanzar esta meta, se hace necesario avanzar en la búsqueda de la continuidad de la prestación asistencial; desarrollar un modelo colaborativo de atención y actuar proactivamente ajustando servicios preventivos y asistenciales a los riesgos y las necesidades de las personas de nuestra Comunidad.

En este contexto, es necesario, también, adaptar los mecanismos de financiación de los proveedores sanitarios, pasando progresivamente de un esquema de pago por actividad a un esquema de asignación financiera territorial en base a población ajustada a riesgos y resultados en salud, que vincule a varios agentes de la cadena de provisión.

## 1. Principales cambios en el contrato programa 2012:

Durante el año 2011 se ha llevado a cabo una profunda reflexión y modificación del Marco de Contratación y, especialmente, del Contrato Programa. Este último es el instrumento de que dispone el Departamento de Sanidad para: establecer lo que compra y promover los cambios en el modelo de provisión, alineando a los provisosores con su estrategia, así como, para asignar la financiación disponible a los provisosores de servicios sanitarios.

La nueva propuesta del contrato programa de 2012 vincula un 3% de la financiación de las organizaciones de servicio que conforman cada microsistema, al cumplimiento de objetivos del microsistema sobre intervenciones integradas (**Planes de intervención poblacional**), calidad e innovación.



Para ello, cada organización sanitaria que atiende a la población de un mismo microsistema, aporta un 2% de su financiación a la consecución de los objetivos del Planes de Intervención Poblacional.

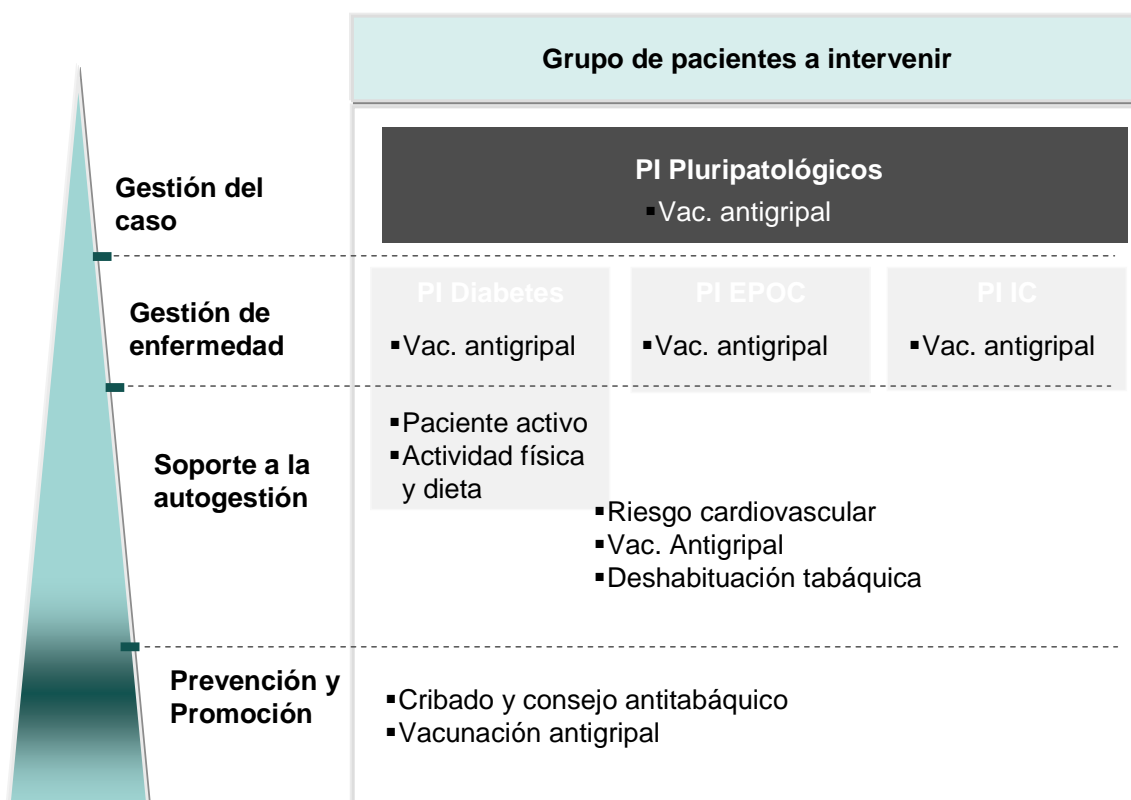
## 2. Los Planes de intervención poblacionales:

Los **Planes de Intervención Poblacional** se han definido en base a criterios de prevalencia de patologías crónicas y existencia de recorrido de avance en la coordinación entre niveles asistenciales. Para la selección de los grupos de población a intervenir en cada nivel de riesgo, se ha utilizado la herramienta de Estratificación. Así, en 2012, se han priorizado las siguientes intervenciones<sup>1</sup> por estrato de la pirámide de Kaiser:

- **Gestión de la enfermedad:** Pluripatológicos.
- **Gestión de la enfermedad:** Diabetes, Insuficiencia Cardíaca (IC) y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
- **Autogestión:** Diabetes, actividad física en diabéticos, Riesgo coronario, deshabituación tabáquica y vacunación antigripal.
- **Prevención y promoción:** deshabituación y consejo antitabáquico y vacunación antigripal.

Estas intervenciones junto a las poblaciones diana conforman el grueso de los Planes de Intervención.

### Resumen de las intervenciones 2012:



Durante el mes de diciembre, las organizaciones de servicios de Osakidetza y los agentes contratadores (Direcciones Territoriales y Dirección de Aseguramiento y Contratación Sanitaria) han abordado con premura la fase de pre-negociación del nuevo contrato programa 2012. Como resultado de este trabajo, los microsistemas disponen de la descripción preliminar de sus Planes de Intervención y los agentes contratadores han

terminado de definir el Marco de la Contratación 2012, esto es, las poblaciones diana, el marco evaluativo y los pesos y ponderaciones de éste.

Así, a enero de 2012, se disponen de 4 planes de intervención por cada uno de los microsistemas (pluripatológico, EPOC, IC, Diabetes). Estos planes, recogen el modelo de atención integrado entre los niveles asistenciales que constituyen cada microsistema a fin de optimizar el uso de los recursos disponibles y mejorar los resultados en salud de las poblaciones diana de intervención.

Dichos Planes de Intervención, respetando su singularidad, tienen una serie de elementos comunes. Todos hacen mención y detallan elementos y/o actuaciones que van a llevar a cabo los microsistemas durante este año y que buscan tanto la coordinación entre los profesionales como poner el foco en la atención al paciente.

En relación a la coordinación entre profesionales todos abordan cómo identificar y realizar el marcaje de las diferentes personas del grupo diana de intervención y realizan propuestas en este sentido; adicionalmente detallan la coordinación organizativa entre niveles, describen canales de comunicación eficaces entre los profesionales y proponen la identificación de profesionales de referencia, el desarrollo de nuevos roles de enfermería o la constitución de pactos de voluntades entre el cuidador y los niveles asistenciales. Por último definen las rutas asistenciales compartidas entre niveles para cada una de las intervenciones.

Por lo que respecta al foco en el paciente, los planes de intervención proponen avanzar en la formación en autocuidado así como en la atención integral.

Por parte de los agentes contratadores se ha procedido a avanzar en la definición de las poblaciones diana y del marco evaluativo de los planes de intervención.

### **3. Selección de poblaciones diana:**

Para la obtención de las poblaciones diana a intervenir en 2012 se ha partido de la base de datos de estratificación que contempla el periodo septiembre 2010 y agosto 2011. Esta base ha sido depurada eliminándose los casos de pacientes fallecidos e inactivos (a través de su cruce con la base de datos de tarjeta individual sanitaria (TIS), así como, procediendo a la eliminación de determinados diagnósticos que distorsionaban las poblaciones diana de cada microsistema, especialmente por tratarse de personas atendidas en centros de referencia de la comunidad autónoma (a modo de ejemplo: neoplasias, inmunosupresión o insuficiencia renal crónica).

Realizado este ejercicio y habiéndose establecido un objetivo de población 2012 a intervenir por nivel de riesgo para toda la CAPV, se ha procedido a la ordenación de las personas incluidas en la base de datos de acuerdo a su índice predictivo (IP), esto es, una estimación del gasto sanitario que presentará cada paciente el año siguiente atendiendo a una serie de variables<sup>1</sup>.

Adicionalmente se han definido los IPs de separación entre los dos primeros estratos de la pirámide de Kaiser<sup>2</sup>.

Con posterioridad se ha procedido a la aplicación de los criterios de selección de personas según las cuatro patologías priorizadas en los planes de intervención 2012 en los niveles de gestión del caso y gestión de la enfermedad: Pluripatológicos, IC, EPOC y Diabetes.

---

<sup>1</sup> Ver proyecto Estratificación de la Estrategia de Conicidad

<sup>2</sup> Tomando como referencia la aplicación de la pirámide de Kaiser que establece que el estrato superior (gestión del caso) concentra en torno al 5% de la población crónica.

Así, los criterios de selección en cada caso para todos los microsistemas han sido los siguientes:

1. Pluripatológicos: 2 o más enfermedades crónicas (seleccionado únicamente los diagnósticos de EPOC, IC Y Diabetes) y haber tenido más de un ingreso durante el año anterior.
2. EPOC: Personas con EPOC con IPs comprendidos en el estrato de gestión de la enfermedad según IP y con edad comprendida entre los 40 y 70 años.
3. Diabetes: Personas con Diabetes comprendidas en el estrato de gestión de la enfermedad según IP y con edad mayor de 30 años.
4. IC: Personas con insuficiencia cardiaca comprendidas en el estrato de gestión de la enfermedad según IP y con edad mayor de 70 años.

Se ha utilizado el corte de IP para llegar al objetivo de población a intervenir 2012.

		PLURIP		EPOC		DM		IC		Total
		>=1 ingr y (>=2 Ollero o 2(Epoc IC DM))		>=40 Años		>= 30 años		>= 70 años		
		IP	SELECC INTERVENCIÓN	IP	SELECC INTERVENCIÓN	IP	SELECC INTERVENCIÓN	IP	SELECC INTERVENCIÓN	
BIZKAIA	BILBAO	>=6,22 y <9,75	1.167	>= 3,2	1.785	>= 3,35	3.491	>=4,1837 and >3,65	2.243	8.686
	INTERIOR	>=6,22 y <9,75	922	>= 3,2	1.259	>=3,25	3.245	>=4,1837 and >3,65	1.616	7.042
	URIBE	>=5,55 y <10,35	662	>= 3,2	689	>=2,90	2.372	>=4,1837 and >3,65	1.018	4.741
	EZK CRUCES	>=6,35 y <9,65	561	>= 3,2	813	>=3,50	1.557	>=4,1837 and >3,65	1.088	4.019
	EZK S.ELOY	>=6,35 y <9,65	412	>= 3,2	458	>=3,50	1.444	>=4,1837 and >3,65	1.143	3.457
ARABA	ARABA	>=6,27 y <9,92	889	>=3,109	1311	>=3,41	2516	>=3,79	1206	5922
GIPUZKOA	ALTO DEBA	>= 6,08 y <9,88	172	>= 3,093	291	>= 3,193	712	>=3,53	437	1612
	BAJO DEBA	>=6,77 y <8,99	228	>= 3,093	387	>= 3,193	1010	>=3,53	603	2228
	BIDASOA	>= 6,08 y <9,88	219	>= 3,093	271	>= 3,193	746	>=3,53	459	1695
	GOIERRI	>= 6,08 y <9,88	314	>= 3,093	386	>= 3,193	1070	>=3,53	608	2378
	GIPUZKOA	>= 6,08 y <9,88	1.183	>= 3,093	1418	>= 3,193	3347	>=3,53	2081	8029
	TOLOSALDEA	>=5,106 y <9,88	201	>= 3,093	367	>= 3,193	621	>=3,53	414	1603
TOTAL			6.930		9.435		22.131		12.916	51.412

## 4. Marco Evaluativo:

En paralelo, los "agentes contratadores" han definido el **marco evaluativo**, con el objetivo de poder evaluar y realizar el correcto seguimiento de los Plan de Intervención Poblacionales de los microsistemas. Para la definición de los indicadores se han seguido las siguientes premisas generales:

1. Definición de indicadores por microsistema y no por nivel asistencial.
2. Homogeneización de indicadores entre microsistemas.
3. Selección de un número reducido de indicadores que reflejen el correcto manejo de los pacientes en función del estrato de la pirámide en que se encuentren y permitan disponer de una foto rápida de la situación del microsistema y de su evolución.

4. Priorización de 3 dimensiones de la IOM: Efectividad, eficiencia y resultados en salud.
5. Eliminación de indicadores perversos.
6. Evaluación con periodicidad trimestral.
7. El horizonte del marco evaluativo se establece en dos años de recorrido, de modo que en el año 2012 se incorporan indicadores a modo "Medición" vs. "Objetivo de cumplimiento".

Dado que en 2012 se hace especial énfasis en la obtención de resultados en las intervenciones dirigidas a los dos niveles superiores de la pirámide (gestión del caso y gestión de la enfermedad), se ha realizado un especial esfuerzo por fijar indicadores en los planes de intervención que contribuyeran a constatar el desarrollo de nuevos procesos o estructuras de coordinación entre los niveles asistenciales de los microsistemas.

En relación a la dimensión de resultados de **efectividad**, los indicadores que se han incluido en cada plan han perseguido, fundamentalmente, la medición de procesos/pruebas o buenas prácticas que se consideraran claves en el correcto abordaje de cada patología, además de buscar la medición de resultados en avances de educación para técnicas de auto cuidado críticas (Ej.: inhalación, administración insulina, etc.) o mejorar el conocimiento o manejo de la patología. Asimismo se ha realizado un esfuerzo por incluir indicadores que ayudaran a medir la comunicación e interrelación entre niveles.

Por lo que respecta a los objetivos de **eficiencia** se han priorizado indicadores que ayuden a probar la disminución de la actividad asistencial derivada de la falta de continuidad asistencial del paciente crónico (a modo de ejemplo: disminución de ingresos en hospitales de agudos, disminución de las urgencias, etc.). Se ha pretendido, por tanto, la incorporación de indicadores que ofrezcan resultados en relación a la atención del paciente crónico en el nivel asistencial más idóneo y en el lugar más adecuado.

Por último, y aun sabiendo que los **resultados en salud** precisan de un horizonte temporal de evaluación que supera el ciclo anual de contratación, se ha buscado la incorporación de indicadores al marco evaluativo que permitan constatar mejora en estos resultados (a modo de ejemplo, resultados en test de agudizaciones o mejora en la calidad de vida del paciente que se traduzca en una mayor estabilización, autonomía, movilidad o estancia en domicilio).

El proceso que se ha seguido para la elaboración del marco evaluativo ha sido el siguiente:

1. Se han definido los criterios y objetivos del marco evaluativo comentados.
2. Se ha realizado una búsqueda de indicadores relacionados con las patologías.<sup>3</sup>
3. Se elaboró un documento Marco Evaluativo de consenso previo entre todos los agentes contratadores.

---

<sup>3</sup> Las principales fuentes de indicadores han sido: los contrario programa 2011, el documento "Marco Evaluativo de Organizaciones Integradas" elaborado por Osakidetza y O+Berri, el LSN

4. Se llevaron a cabo reuniones de validación del documento anterior con clínicos: endocrinos, cardiólogos, neumólogos y médicos de atención primaria.
5. Por último se ha llevado a cabo un contraste de estos indicadores a efectos de verificar su incorporación a los sistemas de información disponibles para su monitorización.

## **5. Pesos y ponderaciones del Marco Evaluativo:**

En una segunda fase, se han definido los criterios de ponderación y reparto del dinero comprometido por cada microsistema para la consecución del Plan de Intervención (2%), así como, la distribución de la financiación en base a la consecución de objetivos, su posterior reparto en base al cumplimiento entre las OOS y el reparto de la bolsa de dinero resultante de los incumplimientos.

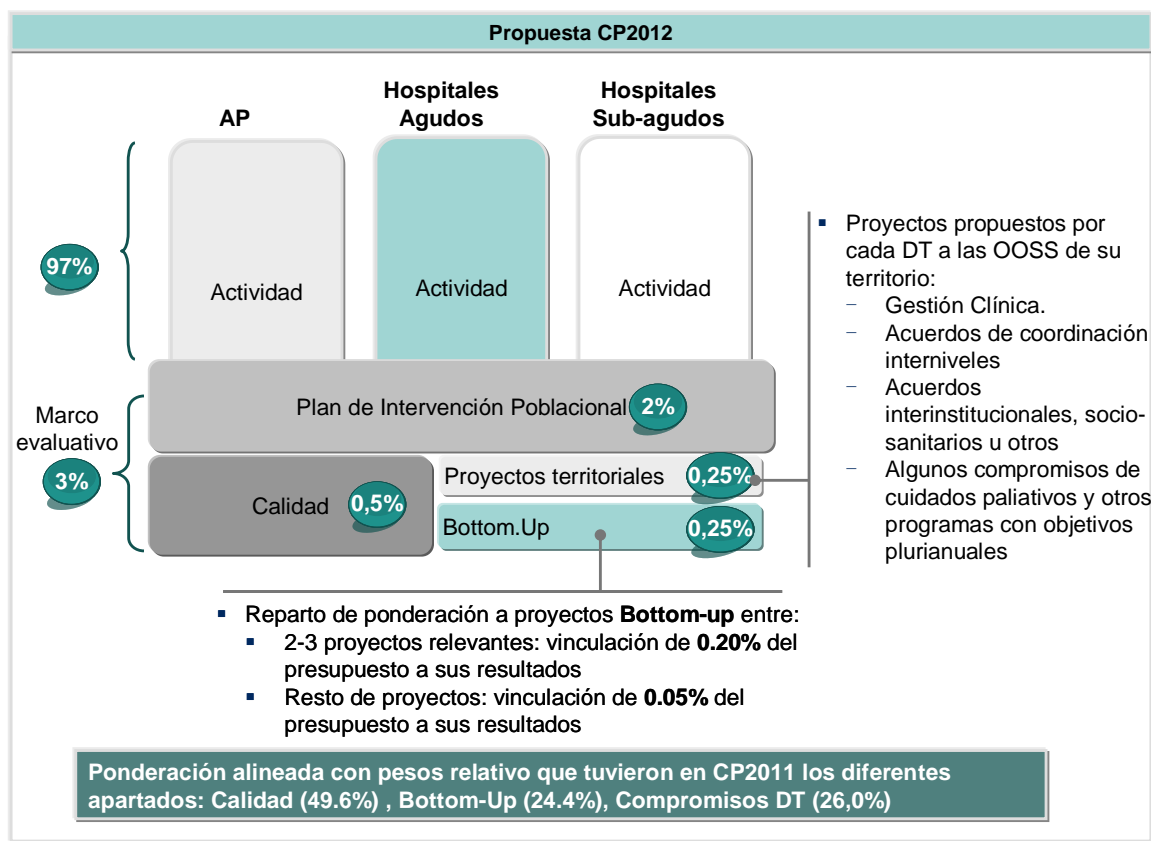
Este proceso se ha llevado a cabo de acuerdo a los siguientes principios generales:

1. Simplicidad.
2. Flexibilidad: reconocimiento de condicionantes relevantes de algunas organizaciones de servicio (ej. Hospitales con elevado peso de pacientes no residentes).
3. Factibilidad: ponderación de indicadores que están ya disponibles.
4. Priorización de indicadores de Eficiencia/ Efectividad sobre Resultados en Salud.
5. Reversión al propio microsistema de eficiencias generadas como incentivo.

Así, el 0,5% de la financiación del contrato programa va dirigida a fomentar la calidad de las Organizaciones Sanitarias, estableciéndose un abanico de indicadores agrupados en las 6 dimensiones de la IOM: efectividad, eficiencia, satisfacción con el paciente, equidad, seguridad con el paciente, accesibilidad y Resultados en Salud

Por otra parte, se destina un 0,2% a financiar proyectos estratégicos priorizados por las direcciones territoriales y un 0.25% para promover la cultura de innovación desde los profesionales, diferenciándose en este último caso dos niveles según su potencial:

- 0.20% se destina a la selección de proyectos que tienen un potencial importante de extensión tanto en número de pacientes como en resultados en salud de los pacientes; que presenten factibilidad de extensión, tanto en términos de velocidad de expansión (horizonte temporal) como en términos de coste; y que se trate de proyectos incluidos en la temática que el Departamento haya priorizado para el desarrollo local de la estrategia de cronicidad.
- El 0.05% restante irá dirigido a mantener proyectos que no son tan relevantes a día de hoy pero que a futuro pueden ser.



## 6. Próximos pasos:

En las próximas semanas se procederá a la firma de los nuevos contratos programa 2012 en todos los territorios de la CAPV. A partir de este momento queda un recorrido de trabajo continuo durante el año 2012 que deberá focalizarse en avanzar, principalmente, en las siguientes áreas:

- Alinear a los diferentes niveles de la organización (macro, meso y micro) con la nueva visión.
- Definir y promover nuevos sistemas de gobernanza en los microsistemas.
- Potenciar la cultura de innovación en las organizaciones.
- Profundizar en la definición conceptual del proyecto en línea con el objetivo último pretendido: la reorientación del modelo de provisión y la creación de "microsistemas"
- Llevar a cabo las evaluaciones periódicas que permitan adecuar la conceptualización del proyecto en base al aprendizaje del primer año de desarrollo (evaluación).

## **Sesión Plenaria.**

**Viernes, 9 de noviembre / 11:45 h. - 13:15 h.**

### **Experiencias de especial reconocimiento.**

## CO 001.- INTEGRACIÓN DE LA RSC EN LA GESTIÓN HOSPITALARIA BASADA EN EL MODELO DE EFQM.

VILLA-VALLE R.

HOSPITAL GALDAKAO USANSOLO.

### 1. Contexto

El HGU adoptó el Modelo de Excelencia EFQM en 1996 como modelo de Gestión. El avance en el conocimiento y práctica del mismo, ha llevado al desarrollo de la RSC como algo natural, puesto que la excelencia la integra entre sus propuestas. Por ello, se entiende que la RSC es un aspecto más del enfoque de la Política y Estrategia, que persigue, como objetivo, el equilibrio de las tres grandes áreas de actuación: sostenibilidad económica, medioambiental y social, permitiendo trabajar en todas ellas sin detrimento de ninguna.

Entre los conceptos fundamentales del modelo EFQM, encontramos referencias claras a la RSC y al equilibrio. Así se habla de lograr **resultados equilibrados** en todos los **grupos de interés**, liderar con visión, **inspiración e integridad**, aludiendo, por tanto, a la ética social de los líderes. También, entiende que la clave del **éxito está en las personas** y en el equilibrio entre los objetivos individuales y los de la organización. Cuando habla de la gestión de las **alianzas**, se refiere a ir más allá de la cadena de suministros a la búsqueda de **beneficios mutuos sostenibles**. Y de manera aún más explícita, entre sus principios está el **asumir la responsabilidad de un futuro sostenible**, responsabilizándose activamente de la conducta y de las actividades de la organización, gestionando su impacto en la comunidad en general.

### 2. Metodología y herramientas.

#### 2.1 Camino recorrido en la integración de la RSC en la estrategia del HGU.

El HGU, a raíz de la reflexión estratégica realizada derivada de la Evaluación externa EFQM 2007, se marca como objetivo, el establecer una Política RSC y un marco estratégico para su desarrollo en el hospital. Si bien el HGU tenía ya una trayectoria clara hacia la sostenibilidad con la implantación de numerosos planes y proyectos relacionados con la RSC, hasta este momento no se planteaba la integración de todos ellos bajo una estrategia conjunta de RSC y el paraguas del Modelo de Gestión EFQM.

	HITO	Ámbito de la RSC
<b>2003</b>	Certificación ISO 9001 Calidad	Responsabilidad sobre productos/servicios
<b>2005</b>	Certificación Ekoscan + Medioambiental (IHOBE) Certificación proceso de Mantenimiento, Aprovisionamiento, Económico-Financiero con la Norma ISO 9001	Dimensión Medioambiental Dimensión Social Dimensión Económica
<b>2007</b>	Celebración del primer Día Mundial del Medioambiente (Anual)	Dimensión Medioambiental
	I Encuestas de Satisfacción de Sociedad (Bienales)	Dimensión Social
	I Jornadas de Puertas Abiertas con los Ayuntamientos (Bienales)	Dimensión Social

	Certificación del Proceso de Gestión de RRHH con la Norma ISO 9001	Dimensión Social Dimensión Económica
<b>2008</b>	Implantación de la contratación "compra verde"	Dimensión Medioambiental
	Auditoria energética	
	Verificación de la primera Memoria RSC 2007/08 (Global Reporting Initiative GRI) alcanzando el A+	Estrategia RSC Gobierno y compromisos Transparencia Dimensión Medioambiental, Social y Económica
	Autoevaluación RSC (Izaite – Euskalit)	Estrategia RSC Gobierno y compromisos
	Diseño del primer Plan de RSC	
	Revisión del enfoque de la Política y Estrategia (enfoque a Grupos de interés)	
<b>2009</b>	Adhesión al Pacto Mundial de la ONU (renovación anual)	Estrategia RSC Gobierno y compromisos Transparencia Dimensión Medioambiental, Social y Económica
	Diseño del Proceso de RSC e integración en el Macro Proceso de Planificación estratégica	Dimensión Medioambiental
	Certificación ISO 14001 Medioambiental	
	Adhesión al proyecto STOP CO2 Euskadi	Dimensión Medioambiental Responsabilidad sobre productos/servicios
	Certificación ISO 9001 del Proceso de Limpieza	
	Certificación ISO 166002 Innovación	Responsabilidad sobre productos/servicios
<b>2010</b>	Nuevo Plan Estratégico HGU: reflejo en la Misión, Visión y Valores, Objetivo Estratégico específico de RSC e Inventario de proyectos de RSC	Estrategia RSC Gobierno y compromisos Transparencia Dimensión Medioambiental, Social y Económica
	Participación de todos los Grupos de Interés en la elaboración del Plan Estratégico. Difusión a través un World Café. Acuden 32 personas de diferentes grupos de interés	Dimensión Medioambiental/Económica
	Sistema de cálculo de Indicadores medioambientales elaborado con una herramienta Business Intelligence (Qlikview)	
	Celebración de las I Jornadas de Puertas Abiertas destinadas a centros escolares (Anual). En tres años visitan el HGU: 542 alumnos	Dimensión Social
	Celebración de las I Jornadas de RSC (Anual)	Estrategia RSC Gobierno y compromisos
	Implantación Proyecto Compartir Coche: aplicación informática interna para poner en contacto a personas que deseen compartir coche	Dimensión social y medioambiental

2011	Premio OMARS a la RSC Finalista en el Premio de mejor práctica en la RSC de <i>Euskalit</i>	Estrategia RSC Gobierno y compromisos
	Ampliación del alcance en las III Encuestas Satisfacción de Sociedad: desde este año se envía no solo a ayuntamientos sino a todos los grupos de interés	Dimensión Social
	I Celebración del Día Mundial Sin Coche (Anual)	Dimensión social y medioambiental I
	Certificación OHSAS 18001	Dimensión Medioambiental Dimensión Social Dimensión Económica
	Certificación de Eficiencia Energética en la instalación de la central de cogeneración y red de calor según Norma ISO 50.001	Dimensión Medioambiental
	Certificación de registro según Reglamento EMAS	Dimensión Medioambiental
	Accésit en la categoría de gestión para el desarrollo sostenible. Premios Europeos de Medio Ambiente 2011-2012 (sección País Vasco).	Dimensión Medioambiental
2012	Certificación Huella de Carbono según Norma ISO 14.064-1	Dimensión Medioambiental
	Constitución del Comité de Ética institucional Código de Ética institucional	Estrategia RSC Gobierno y compromisos

**PLAN ESTRATÉGICO:** El punto de inflexión para la RSC lo ha constituido el desarrollo del nuevo Plan Estratégico (PE) 2010-14. Desde la propia MISION: **“Trabajamos para mejorar la salud de nuestra población”** que incorpora a toda la población como destinatario de los servicios y se establece en la VISION, convertirse en una organización **“que destaque por contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario de Osakidetza”**.

Además, se identifica el **“compromiso con la sociedad”** como uno de los VALORES: “Colaboramos con el resto de agentes del sistema sanitario, buscamos la sostenibilidad del sistema, garantizamos la accesibilidad y fomentamos la transparencia”.

Para poder hacer frente a los retos y cambios de la sociedad este PE ha sido diseñado con una metodología totalmente innovadora apoyándose en herramientas de creatividad, con el objetivo de idear proyectos innovadores que ayuden a afrontar esta realidad tan cambiante. En este desarrollo se ha contado con todos los Grupos de Interés internos y externos.

Entre los objetivos de este nuevo Plan Estratégico, se ha incorporado uno específico en esta área “Ser referentes en RSC”. Detrás de este objetivo se recoge la idea de: promover y desarrollar el concepto de RSC internamente, estar presentes en foros externos porque buscamos ser referente en el desarrollo de estos conceptos en el sector sanitario, contribuir a la legitimación social de “lo público” mediante la

sensibilización sobre la utilización eficiente de recursos públicos y promover la conciencia sobre la RSC en los profesionales del HGU.

## **2.2 El compromiso de la transparencia con la Sociedad en el HGU.**

La **transparencia informativa** es uno de los pilares básicos de la RSC. Son muchas las herramientas que utiliza el HGU para ser transparentes:

- 1) Redacción y verificación bienal de la Memoria GRI.
- 2) Notas de prensa.
- 3) Redes sociales.
- 4) Páginas Web del HGU y de Osakidetza.
- 5) Correo electrónico.
- 6) Revista Galdakao.
- 7) Intranet.
- 8) Boletines internos Zuzenean y Ospipress.

## **2.3 Gobierno y compromisos de participación de los Grupos de Interés.**

Para el HGU, la propia existencia de nuestro PE 2010-14 y su materialización anual en forma de planes de gestión representa un compromiso con el cliente y la sociedad. Además, con el Contrato Programa (CP) se concretan objetivos de actividad, calidad y cartera de servicios. Este año 2011 los compromisos del Anexo de Calidad se han firmado conjuntamente con Atención Primaria. Asimismo, además del cumplimiento de la normativa legal vigente, nos sometemos periódicamente a mecanismos de control y evaluación externa, por parte de diversas entidades, que verifican y garantizan nuestra capacidad de cumplir nuestras promesas y con nuestros compromisos:

- 1) **Osakidetza:** Control de Gestión.
- 2) **Dpto. de Sanidad:** Evaluación del CP y de sus procesos singularizados. Evaluación de la HC. Auditorías de acreditación del Laboratorio. Banco de Sangres y de la Unidad Reproducción Humana.
- 3) **Tribunal de cuentas (de Hacienda):** Evaluación de cuentas.
- 4) **Det Norske Veritas:** Auditoría externa e interna ISO.
- 5) **Euskalit:** Evaluaciones externas.
- 6) **Ministerio de Educación:** Auditorías docentes.
- 7) **Consejo Seguridad Nuclear:** Revisiones y controles de protección radiológica.
- 8) **AENOR:** Verificación de la memoria GRI.
- 9) **Bureau Veritas:** Sistema OHSAS.
- 10) **OSALAN:** Inspecciones de seguridad y salud laboral.
- 11) **Firma de auditoría independiente:** Auditorías contables.
- 12) **Pacto Mundial:** Grado de cumplimiento con los 10 compromisos del Pacto Mundial de las Naciones Unidas.

## **3. RESULTADOS.**

### **3.1 Acciones y Proyectos implantados y enmarcados en el Modelo EFQM: (\*Excluidos los mencionados en el punto 2.1).**

**Liderazgo:**

- 1) Segunda Evaluación 360º del Equipo de Dirección Evaluación 100% de los líderes del HGU y realización de planes individuales de los líderes (PIL).
- 2) Incorporación en la encuesta de liderazgo ítems de RSC como elementos a evaluar.
- 3) Incorporación en el programa formativo del HGU de acciones formativas encaminadas a la mejora de las competencias del liderazgo.
- 4) Participación del 100% de los líderes del HGU en el Plan Estratégico 2010-14.

**Política y estrategia:**

- 1) Cambio del organigrama del HGU hacia un enfoque matricial, con el objetivo de impulsar la descentralización de la gestión y la corresponsabilidad en la gestión (enfoque sostenibilidad económica).
- 2) Impulso del benchmarking en RSC (visita a IKEA y Lantegi batuak).
- 3) Participación en Foros de RSC: Forética, Euskalit.
- 4) Difusión de la Política de RSC mediante las herramientas del HGU (Revista, boletines internos, etc.).
- 5) Diagnóstico RSC del servicio de Psiquiatría y de Neurología.
- 6) Mystery Shopper de Accesibilidad.
- 7) Autoevaluación AENOR Accesibilidad (DALCO) con la que se elabora el Plan de Accesibilidad.
- 8) Celebración de un taller de creatividad con ONGs bajo el título "Colaboración activa con ONGs".

**Personas:**

- 1) Implantación del protocolo de agresiones al trabajador.
- 2) Realización de la encuesta corporativa de satisfacción de personas y, con las áreas de mejora, elaboración del plan de mejora 2010.
- 3) Refuerzo de la Comisión de Formación y del programa formativo HGU.
- 4) Identificación con una marca especial de los contenidos sobre RSC en la revista del Hospital.
- 5) Implantación de la valoración competencial.
- 6) Evaluación del Plan de Comunicación Interna.

**Alianzas y Recursos:**

- 1) Consolidación participación en el Grupo Oligopsonio de Benchmarking.
- 2) Edición del libro de cocina "Menús saludables", en colaboración con Eneko Atxa, para la promoción de hábitos de vida saludables.
- 3) Mejoras en la gestión de residuos (segregación e identificación en origen).
- 4) Instalación de placas solares fotovoltaicas alcanzando una producción de energía eléctrica de 100.000 Kw/h (equivalente a la necesaria para el funcionamiento de cinco quirófanos).
- 5) Mantenimiento de un equilibrio financiero con un margen de desviación financiera en ningún caso mayor al 0,5% del presupuesto de gastos.
- 6) Transparencia de la gestión facilitando el acceso de los líderes a la información económica relevante. Elaboración de un Cuadro de Mando.
- 7) Cumplimiento del 100% de la actividad firmada en el Contrato Programa.
- 8) Implantación de reuniones anuales con todos los Proveedores Clave del HGU, así como la realización de encuesta de satisfacción.
- 9) Desarrollo de alianzas con los Hospitales Públicos Franceses y, en especial, Con el Complejo Hospitalario Universitario de Bordeaux.

## Procesos:

- 1) Ampliación del alcance de certificación ISO 9001:2008 (100% del HGU).
- 2) Implantación del sistema de notificación de eventos adversos.
- 3) Creación e impulso del Equipo de Seguridad Clínica HGU.
- 4) Adhesión a la campaña 10.000 Eventos Adversos.
- 5) Incorporación en las encuestas de pacientes de un ítem sobre RSC.
- 6) Información a pacientes en la página web del HGU.

## 3.2 Mediciones y Percepción.

En coherencia con la Política del HGU en materia de RSC, en los últimos años hemos ido incorporando en nuestros sistemas de información indicadores que pretenden medir la percepción que, tanto nuestros clientes como otros Grupos de Interés, tienen sobre nuestro compromiso con la Sociedad.

**I) ÍTEM EN LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES:** ¿Le parece que el Hospital realiza acciones orientadas a la salud y el bienestar de la sociedad? (% Totalmente de acuerdo + de acuerdo)

	2010	2011	2012
• Hospitalización:	96%	89,8%	97,9%
• Consultas Externas: (Intrahosp)		88% (Extrahosp)	91,1%
• Urgencias:	83%	85,3%	79,9%

**II) ÍTEMS EN LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PERSONAS 2010:**  
(Encuesta bienal)

- HGU es una organización socialmente responsable 63,7%
- Su organización se esfuerza en mejorar su funcionamiento 63,9%
- El nivel de organización con el medio ambiente es adecuado 68,3%
- Las oportunidades de formación y desarrollo son las mismas para las mujeres y hombres 75,7%

**III) ÍTEMS EN LA ENCUESTA DE SOCIEDAD (Encuesta bienal)**

AMBITOS	2007	2009	2011 * Ampliación del alcance
Importancia HGU en la sociedad	9,00	8,50	8,75
Compromiso con medio ambiente	6,50	7,83	6,90
Organización socialmente	8,13	9	8,55
Conocimiento actividades	6,38	7,17	6,75
<b>Valoración Global</b>	<b>7,43</b>	<b>7,65</b>	<b>7,46</b>

**IV) ÍTEMS EN LA ENCUESTA DE LIDERAZGO DEL EQUIPO DIRECTIVO (ED) 2011:** Entre los ítems se mide el "compromiso del ED con la RSC" que obtiene una valoración de 7,7 y los "criterios éticos del ED" que se puntúa con un 8,55.

**V) OTRAS ENCUESTAS:** En la encuesta de Satisfacción de la última Jornada RSC en 2011, la valoración global de los asistentes (Escala 1-5) es de 4,06, mientras que los alumnos que acuden a esta edición de las Jornadas Puertas Abiertas Escolares valoran la iniciativa con 8,51 y los profesores con 9,21.

### **3.3. Proyectos 2011-2012.**

Además de los proyectos plurianuales citados anteriormente y de aquellos que están sistematizados (Jornadas de Puertas Abiertas- centros escolares y ayuntamientos-, Día Mundial del Medioambiente, Día Mundial Sin Coche...), anualmente, el HGU establece unos proyectos para desplegar el objetivo estratégico "Ser referentes en RSC". Entre los proyectos nuevos de 2011-2012 se encuentran:

#### **Visualizar la RSC (tangibilizar y difundir):**

- 1) Identificar acciones RSC, analizarlas y ponerlas en valor en el HGU.
- 2) Marketing viral: creación y potenciación de la marca HGU+ ligada a la RSC y difundirla en las herramientas de comunicación interna.
- 3) Lanzar mensajes en las pantallas del salón de actos sobre igualdad, respeto, PRL, etc.
- 4) Presentación a premios RSC (Fundación Avedis Donabedian, Premio transparencia, Fundamed, etc.).
- 5) Mejorar la comunicación externa y difusión de la RSC: Colaboración con EITB, presencia en Foros RSC

#### **Impacto en Sociedad:**

- 1) Implantación de las mejoras identificadas en el Plan de Accesibilidad física al HGU.
- 2) Evaluar y marcar mejoras en el Proyecto Compartir Coche.

#### **Alianzas con asociaciones de pacientes:**

- 1) Elaborar una encuesta de satisfacción específica.
- 2) Sistematizar la comunicación y espacios de encuentro con el entorno (asociaciones, organizaciones, etc.).
- 3) Potenciar el voluntariado corporativo: Implantación de mejoras fruto del taller de creatividad (creación de una coordinadora de ONGs, espacios de encuentro, etc.).
- 4) Adhesión al Proyecto "Mírame. Diferénciate".
- 5) Impulsar el Plan de Normalización Lingüística del Euskera.

#### **Ética Social:**

- 1) Impulsar la labor del Comité de Ética Institucional.  
Constitución del Consejo de Gobierno HGU.

#### **Hospital Verde:**

- 1) Gestión de residuos: informatización de la gestión de residuos.
- 2) Potenciar la eficiencia energética: Acciones dirigidas a los lugares donde se detecten puntas de consumo energético. Inicio del cambio a sistemas de iluminación más eficientes. Se continuará con el aislamiento y cambio de ventanales en las nuevas obras.
- 3) Reducir la huella de carbono: renovación flota de vehículos de Hospitalización a Domicilio con coches híbridos.

## **5. CONCLUSIONES:**

- 1)** El HGU por sus características, centro sanitario y público tiene, desde sus orígenes, una función social indiscutible; la mejora de la salud de la población a la que da servicio, sin duda, un aspecto básico en la sociedad actual y futura. De manera que la RSC forma parte intrínseca de la Misión del Hospital.
- 2)** La integración de la RSC en los procesos de Planificación Estratégica facilitan la sistematización de la misma como un elemento transversal en la organización.
- 3)** Trabajar la RSC permite avanzar en el despliegue del Modelo EFQM en todos sus criterios.
- 4)** Destacar la aplicabilidad de la experiencia del HGU, dado que es totalmente transferible a otras organizaciones sanitarias.
- 5)** La estrategia y planes de RSC implantados tienen un resultado claro en la organización, no solo en indicadores de rendimiento, sino también en la percepción de nuestros Grupos de Interés.

## CO 002.- DISEÑO DE UN MODELO DE SEGURIDAD DE PACIENTES PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA.

LUSHCHENKOVA O, ALAVA-CANO F, DAVINS-MIRALLES J, GENS-BARBERA M, OLIVA-OLIVA G, GARCIA-CARBAJO A.

DEPARTAMENT SALUT. ALMOSTER (TARRAGONA).

La seguridad de los pacientes es una dimensión y una condición imprescindible de la calidad asistencial. La Organización Mundial de la Salud<sup>1</sup> (OMS) la define como **la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable**. Contempla los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto de la atención, ponderados frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

Diferentes estudios han considerado los daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria como un problema grave, con un elevado impacto económico y social pero previsible<sup>2</sup>.

A nivel estatal, impulsado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en 2008 se realizó el estudio APEAS<sup>3</sup>. Los resultados muestran que los sucesos adversos (definidos en el estudio como el conjunto de incidentes y efectos adversos) se producen en el 18,6‰ de las consultas y la prevalencia de pacientes con algún efecto adverso fue del 10,11‰. El 93% fue de carácter leve o moderado y hasta un 70% evitables. El 7% fueron graves, siendo evitables el 80,2%. El 48,2% relacionados con la medicación, el 30'4% con los cuidados, el 17'4% con la comunicación, el 17'4% con el diagnóstico y el 4'3% con la gestión. Del estudio APEAS se concluye que 1 de cada 100 consultas en un centro salud (CS) presenta un efecto adverso. Teniendo en cuenta que en Cataluña se realizan más de 40 millones de visitas en atención primaria/año, extrapolando estos resultados, se producirían 28.000 eventos adversos/año de los cuales 1.960 serían graves.

En resumen, la práctica clínica en la Atención Primaria (AP) es razonablemente segura. Sin embargo, teniendo en cuenta una frecuentación aproximada de 6 visitas/año, el 6,7% de ciudadanos tendrá un evento adverso en la AP. Por tanto, elaborar estrategias para prevenir los eventos adversos en AP, sería efectivo debido a la magnitud del problema y la elevada probabilidad de prevención, especialmente en los eventos adversos graves.

En Cataluña, en 2009 se creó el **Servicio de Promoción de la Seguridad de los Pacientes del Departament de Salut**<sup>4</sup> para desarrollar e impulsar las estrategias relacionadas con la seguridad de los pacientes.

El **Plan de Salud de Cataluña 2011-15**<sup>5</sup>, dentro del apartado «Más salud y calidad de vida», hace referencia a la necesidad de incrementar la seguridad de los pacientes en los CS, mediante la promoción de políticas de seguridad y de calidad. Durante el año 2010-11 se elaboró el **Plan estratégico de seguridad de los pacientes en la AP**<sup>6</sup>. Paralelamente en el mismo año se priorizó el desarrollo del proyecto de las **unidades funcionales de seguridad de los pacientes en la AP**<sup>7</sup>, que ha permitido operativizar el plan estratégico. Un objetivo clave del proyecto era promover la cultura de seguridad de los pacientes en la AP de Cataluña, y para ello se definió el **marco de gestión en seguridad de los pacientes** en la AP mediante la elaboración de un **modelo de gestión de la seguridad de los pacientes** en la AP, que permitiera identificar, a nivel del Departament de Salut y en cada CS, aquellas áreas críticas en la atención al paciente y poder gestionar el riesgo,

estableciendo un plan de acción orientado a ofrecer una atención más segura. En esta ponencia se presentan el diseño y los principales resultados de la aplicación del Modelo de Seguridad de los Pacientes (MSP) en la AP.

## Objetivos

- 1.- Diseñar y validar un MSP en la AP que permita identificar el riesgo en las áreas críticas de la atención a los pacientes y establecer las acciones de mejora para disminuir los eventos adversos derivados de la atención asistencial al mínimo posible.
- 2.- Implantar una estrategia de gestión de la seguridad de los pacientes en la AP a través del MSP, para impulsar la excelencia en seguridad del paciente en los CS de Cataluña.

## Metodología

**Objetivo 1: Diseño y validación del MSP en AP:** El MSP, se ha diseñado a partir del **modelo de acreditación de CS** elaborado en 2010 en Cataluña. Este modelo de acreditación fue elaborado y consensuado por un grupo de expertos en calidad y seguridad así como miembros de diferentes sociedades científicas y validado mediante un estudio piloto en 30 CS. El manual de estándares para la acreditación de CS, está inspirado en el modelo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM). Consta de 9 criterios, 34 subcriterios y 379 estándares.

A partir de este modelo de acreditación, se procedió a identificar los estándares relacionados con la seguridad de los pacientes. Para identificarlos, en primer lugar, la *Subdirecció General de Serveis Sanitaris* del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya creó un **grupo impulsor** integrado por expertos en calidad y seguridad, y un **grupo de consenso** integrado por el mismo grupo que elaboró el modelo de acreditación de CS.

Mediante un método Delphi modificado en dos rondas, se pidió al grupo de consenso, identificar a partir del modelo de acreditación de CS, los estándares relacionados con la seguridad de los pacientes y, además, seleccionar cuáles se podrían considerar sine qua non, es decir, de obligado cumplimiento en un CS para intentar garantizar una atención sanitaria con el menor riesgo de daño innecesario para los pacientes.

Se analizaron las diferentes aportaciones y se seleccionaron como estándares de seguridad de los pacientes, aquellos en que había un acuerdo de más del 70% de los participantes. De entre los estándares seleccionados como de seguridad de los pacientes, se identificaron los sine qua non, cuando había un acuerdo de más del 80%. Finalmente, se realizó una reunión presencial de los dos grupos para consensuar aquellos estándares que podían presentar puntuaciones próximas a estos límites preestablecidos. Posteriormente, para validar el modelo, se realizó un estudio piloto en 40 CS, en el que se valoraba el funcionamiento del estándar, si se comprendía de forma correcta su contenido y si los profesionales evaluados consideraban el estándar relevante para la seguridad de los pacientes.

**Objetivo 2: Implantación de una estrategia de gestión de la seguridad de los pacientes en AP:** Para obtener el segundo objetivo, se evaluó el grado de cumplimiento de los estándares del MSP y se identificaron las áreas críticas comunes de los 40 CS para poder establecer acciones de mejora en el ámbito institucional. Para realizar la evaluación de cada CS, se creó un instrumento para facilitar la autoevaluación que cumplimentó la dirección y/o responsable de calidad y seguridad de cada CS. Posteriormente se realizó el trabajo de campo en cada CS mediante la realización de una auditoria, cuya duración media fue de 8 horas. Finalmente se diseñó un documento marco de programa de seguridad con el objetivo de que cada

CS tuviera un programa específico con sus áreas críticas identificadas y elaborara un plan de acción orientado a la mejora de las mismas.

## **Resultados.**

**A. Diseño y validación del MSP en la AP:** Se ha elaborado, consensado y validado el MSP<sup>8</sup> para los CS, que está constituido por 207 estándares. De éstos, 33 son considerados sine qua non. El 57% de los estándares se incluyen en el criterio 5 (relacionado con los procesos) y el 27% en el criterio 9 (relacionado con los resultados clave). Respecto a los sine qua non el 63% corresponden al criterio 5 (Tabla 1).

*Tabla 1: Listado de los 33 estándares sine qua non.*

### **CRITERIO 2 (POLÍTICA Y ESTRATEGIA)**

2c-01-E05: El CS dispone y desarrolla un plan de calidad aprobado y vigente.

2c-01-E08: El plan de calidad incluye actividades relacionadas con la seguridad de los pacientes.

### **CRITERIO 3: (PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN)**

3b-02-E01: El CS dispone y desarrolla un plan de formación aprobado y vigente.

3b-02-E07: El plan de formación del CS incluye la formación de las personas en reanimación cardiopulmonar.

3b-02-E1: La organización o el CS forman a las personas del CS respecto a la utilización de los equipamientos.

3d-01-E01: El CS dispone y desarrolla un plan de acogida para las personas de nueva incorporación, aprobado y vigente.

3d-02-E01: El CS dispone y desarrolla un plan de comunicación interna, aprobado y vigente

### **CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS**

4c-01-E04: El CS dispone de un servicio de mantenimiento que está asegurado en todo momento.

4c-02-E05: El CS dispone de recursos para garantizar la comunicación interna y personal en situaciones de urgencia o de necesidad de localización a las personas del CS.

4c-03-E03: El CS dispone de medidas de protección contra la precipitación interior o exterior de personas.

4d-01-E03: El CS dispone de un registro de ejecución de la calibración periódico de los aparatos que lo requieren.

4d-01-E04: El CS tiene identificados los aparatos que requieren un control continuo del estado de funcionamiento.

### **CRITERIO 5: PROCESOS**

5a-01-E04: El CS dispone de un sistema de herramientas de ayuda a la decisión clínica.

5d-01-E17: El CS dispone y desarrolla un sistema de control de caducidades del material fungible.

5d-02-E01: El CS gestiona las solicitudes urgentes de asistencia y prioriza las necesidades asistenciales inmediatas y el tratamiento.

5d-02-E04: El CS revisa el carro de paros periódicamente según se especifique en el procedimiento.

5d-02-E05: El CS dispone de procedimientos para el abordaje de emergencias médicas, que son conocidos por las personas del CS.

5d-02-E06: El CS dispone de un protocolo de tratamiento de las emergencias cardiorrespiratorias conocido por las personas del CS.

5d-02-E07: El CS garantiza la disponibilidad inmediata de medicamentos en situaciones de urgencia.

5d-03.2-E11: La organización o el CS aplica los circuitos de diagnóstico rápido en relación con una posible neoplasia cuando es necesario.

5d-03.2-E21: El CS dispone y desarrolla mecanismos de detección de eventos de salud centinela y de incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes.

- 5d-3.3-E01: El CS aplica una guía farmacoterapéutica actualizada basada en la evidencia que es conocida por las personas del equipo.
- 5d-03.3-E02: El CS dispone y desarrolla un sistema de control de stocks de los medicamentos.
- 5d-03.3-E03: El CS dispone y desarrolla un sistema de control de caducidad de los medicamentos.
- 5d-03.3-E04: La CS dispone y desarrolla un sistema para garantizar la cadena del frío de los medicamentos termolábiles.
- 5d-03.3-E07: El CS dispone y desarrolla de un sistema de notificación relacionado con las reacciones adversas a medicamentos.
- 5d-03.3-E08: El CS dispone y desarrolla un sistema de detección, notificación y registro de errores de medicación.
- 5d-03.3-E09: La organización o el CS dispone y desarrolla un procedimiento estandarizado para garantizar la seguridad del uso del medicamento a los ciudadanos.
- 5d-03.3-E10: El CS entrega a los ciudadanos un plan de medicación con todo el tratamiento farmacológico.
- 5d-06-E01: El CS dispone y desarrolla un programa para disminuir el riesgo de infecciones en los ciudadanos y en las personas del CS.
- 5d-07-E01: El CS dispone y desarrolla mecanismos para garantizar la continuidad asistencial entre la atención primaria y la atención urgente.
- 5d-07-E02: El CS dispone y desarrolla mecanismos para garantizar la continuidad asistencial entre la atención primaria y las consultas de otros especialistas.
- 5d-08-E03: El CS dispone y desarrolla mecanismos de seguridad en el proceso de extracción analítica de la muestra.

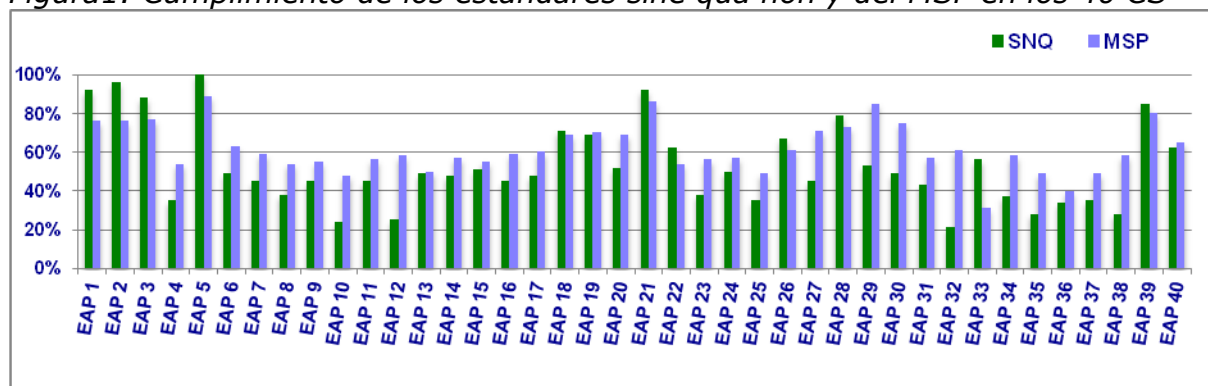
Los códigos de la Tabla mantienen el mismo código del estándar del modelo de acreditación de CS de Cataluña; CS: Centro de Salud.

## B. Implantación de la estrategia de gestión de la seguridad de los pacientes en AP. Resultados de la auditoria realizada según el MSP:

### B1. Resultados del MSP y de los estándares sine qua non por CS

En la Figura 1 se presentan, por separado, los resultados obtenidos al aplicar el MSP y los estándares sine qua non en los CS.

Figura1: Cumplimiento de los estándares sine qua non y del MSP en los 40 CS



EAP: equipo de atención primaria o centro de salud; SNQ: estándares sine qua non; MSP: estándares de seguridad de los pacientes

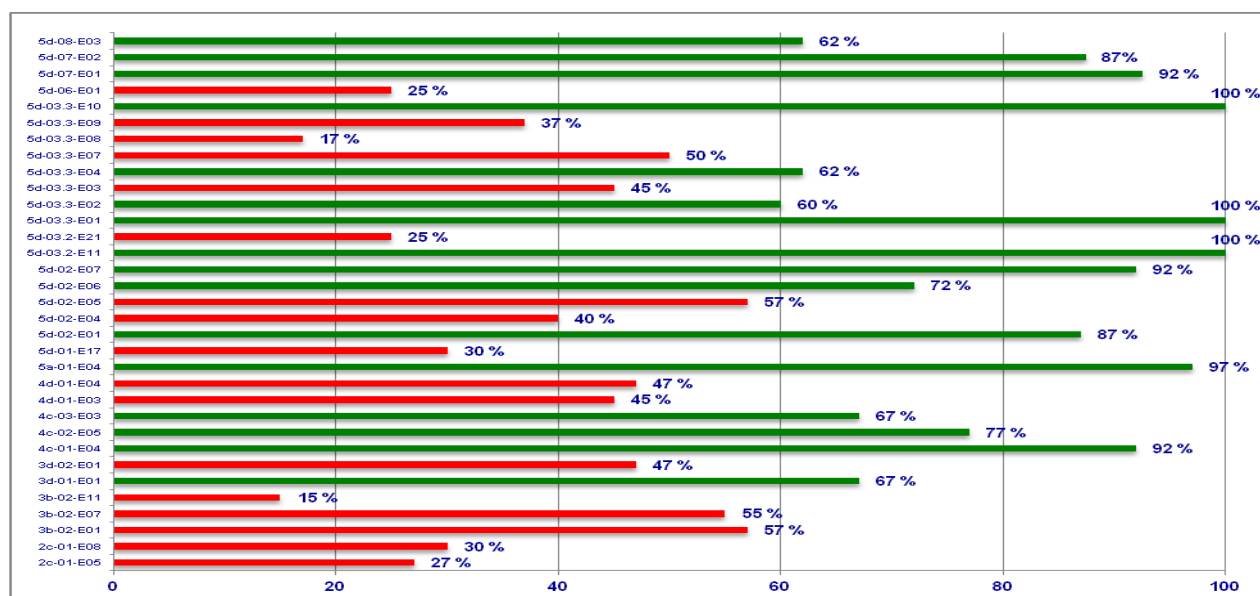
El 44% de CS cumplen con los estándares del MSP si utilizamos como valor de referencia el cumplimiento > 60%, el 10% de los CS si el valor de referencia es > 80% y si analizamos los estándares sine qua non, es decir de obligado cumplimiento, solamente un CS cumple con el 100% de los estándares. Los 5 CS con mayor puntuación son CS acreditados con los estándares de la Joint Commission International y uno de ellos, es el CS que obtuvo el 100% de los estándares sine qua non.

## B2. Resultados del cumplimiento de los estándares sine qua non en los 40 CS

- **Estándares con cumplimiento del 100%:** guía farmacoterapéutica, plan de medicación y diagnóstico rápido ante la sospecha de neoplasia.
- **Estándares con cumplimiento entre el 81% y 100%:** guías de práctica clínica, disponer de medicación en situación de urgencias, servicio de mantenimiento asegurado las 24 horas, mecanismos para garantizar el continuum asistencial y gestión de la demanda aguda.
- **Estándares con cumplimiento entre el 60% y 80%:** plan de acogida de nuevos profesionales, plan de comunicación interna, comunicación en situaciones de urgencias, mecanismos de protección contra la precipitación interior/exterior, control de stock de la medicación, cadena del frío y procedimiento en la extracción sanguínea.
- **Estándares con cumplimiento < 60%:** plan de calidad y actividades de seguridad del paciente, plan de formación, formación en reanimación cardiopulmonar y uso de equipamientos, calibración periódica y control continuo de los recursos tecnoasistenciales, control de caducidades de material fungible, revisión del carro de paros, procedimientos de emergencias médicas y cardiorrespiratorias, sistemas de notificación de incidentes, caducidades de medicamentos, notificación de reacciones adversas a medicamentos, programa de vigilancia-prevención-control de la infección y procedimiento del uso seguro del medicamento.

En la Figura 2 se presentan los resultados obtenidos del cumplimiento de los estándares sine qua non.

*Figura 2: Resultados de los estándares sine qua non en los 40 CS*



*En rojo se identifican aquellos estándares cuyo cumplimiento es < 60%. El enunciado de cada estándar se describe en la tabla 1.*

### B3) Planificación de la gestión del riesgo

El año 2011 el Departament de Salut elaboró un programa de seguridad específico para cada uno de los 40 CS integrado por los resultados del MSP y priorizando los estándares sine qua non. A partir de los resultados obtenidos, se ha diseñado una estrategia departamental orientada a priorizar las áreas críticas identificadas, potenciando la cultura de la seguridad entre los profesionales y priorizando la mejora en dichas áreas críticas. Entre las actividades a destacar para todos los CS durante el año 2012 está la promoción de la formación en seguridad del paciente, el análisis de la percepción de la cultura de seguridad de los pacientes por los profesionales de Cataluña mediante la cumplimentación de cuestionario: Medical Office Survey on Patient Safety Culture, la evaluación de todos los CS con los 33 estándares sine qua non, la implantación de un sistema de notificación y aprendizaje de incidentes y el diseño de registros, listados de verificación e indicadores informatizados para evaluar los estándares sine qua non.

### **Conclusiones.**

Con los resultados presentados en esta ponencia, podemos afirmar que **disponemos de un MSP** en la AP que permite **identificar el riesgo** en áreas críticas de la atención a los pacientes, establecer **acciones de mejora** e **impulsar la excelencia** en seguridad del paciente.

Mediante la aplicación del MSP en los 40 CS de Cataluña se han **identificado áreas deficitarias** relacionadas con la seguridad y se han establecido **acciones de mejora tanto a nivel institucional** como a nivel de **cada CS**. Por tanto, el MSP nos permite establecer estrategias comunes para todos los equipos, en especial dirigidas a aquellos estándares donde la mayoría de CS presenta dificultades para su cumplimiento, y por otro lado, individualizar programas de mejora mediante la realización de proyectos de mejora de aquellos estándares más deficitarios en cada CS.

Destaca el hecho de que **sólo un CS** de los 40 evaluados cumplía con **todos los estándares sine qua non**, y que, en general, el cumplimiento de estos estándares presenta todavía un importante margen para la mejora. Es de esperar que, con políticas dirigidas a la promoción de la seguridad de los pacientes en atención primaria, este porcentaje de cumplimiento presente una mejora considerable. En este sentido, cabe destacar el **margen de mejora** en relación a los siguientes estándares sine qua non, algunos de ellos fácilmente mejorables con estrategias centralizadas:

- El uso del medicamento en el centro (conservación, caducidades, cadena frío, envases multidosis) farmacovigilancia y la notificación de errores de medicación.
- Aspectos relacionados con el mantenimiento preventivo de los aparatos tecnoasistenciales.
- El plan de formación y la formación específica en reanimación cardiopulmonar y uso de los aparatos tecnoasistenciales;

- El plan de calidad, con una estrategia definida de seguridad del paciente.
- El proceso de control de vigilancia, prevención y control de la infección.

Para garantizar una atención más segura se debe impulsar la **cultura de la seguridad** entre los profesionales y diseñar **procesos más seguros**, involucrando a todos los agentes que dan servicios sanitarios, tanto a nivel de planificación de políticas sanitarias, como de los profesionales que impulsan buenas prácticas. Un MSP nos permite impulsar la cultura de la seguridad en las instituciones, promueve la existencia de procesos más sólidos y fomenta la participación en el mismo tanto de los profesionales, como de los órganos de gestión de la organización. Todos los profesionales, los pacientes y el resto de agentes del sistema tienen que ser participantes informados y, si bien el error humano puede aparecer, hay que adoptar las medidas a fin de que las causas que lo producen se reduzcan de forma sistemática.

## Bibliografía

- 1.- Organización Mundial de la Salud. *Marco conceptual para la clasificación internacional para la seguridad del paciente. "Más que palabras"*. Versión 1.1. Enero 2009. [acceso 09/03/2012]. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)
- 2.- IOM Report on Medical Errors, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *To err is human: Building a Safer Health System*. Washington: National Academy Press, 2000.
- 3.- Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. [acceso 09/03/2012]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/LibroAPEAS.pdf>
- 4.- Canal seguretat dels pacients. Canal temàtic del Canal Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible en: <http://seguretatdelspacients.gencat.cat>
- 5.- Pla de salut de Catalunya 2011-2015. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. [acceso 09/03/2012]. Disponible en: [http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Destaquem/Documents/plasalat\\_vfinal.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Destaquem/Documents/plasalat_vfinal.pdf)
- 6.- La seguretat dels pacients en l'atenció primària a Catalunya. Noves perspectives. Pla estratègic 2011-15. Disponible en: [http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/SeguretatPacients/Professionals/Documents/Arxius/DGRPRS%20Pla%20estratègic%20\\_SEPROTEC.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/SeguretatPacients/Professionals/Documents/Arxius/DGRPRS%20Pla%20estratègic%20_SEPROTEC.pdf)
- 7.- Proyecto de unidades funcionales de seguridad de los pacientes en la atención primaria de Catalunya. Disponible en: <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.41e04b39494f1be3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=cb115ec8e4e4f210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=cb115ec8e4e4f210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>
- 8.- Generalitat de Catalunya. Model de seguretat dels pacients a l'atenció primària. Manual d'estàndards. Barcelona (Espanya): Departament de Salut, maig 2012. Disponible en: [http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/SeguretatPacients/Que\\_es\\_la\\_seguretat\\_de\\_pacients/Actualitat/Arxius/MANUAL%20Model%20de%20seguretat%20dels%20pacients%20AP.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/SeguretatPacients/Que_es_la_seguretat_de_pacients/Actualitat/Arxius/MANUAL%20Model%20de%20seguretat%20dels%20pacients%20AP.pdf)

## **CO 003.- DISEÑO Y VALIDACION DE UN MAPA DE RIESGOS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS.**

TOMÁS-VECINA S<sup>1,2</sup>, BUENO-DOMÍNGUEZ MJ<sup>1,3</sup>, CHANOVAS-BORRÁS M<sup>1,4</sup>, ROQUETA-EGEA F<sup>1,5</sup>, Y GRUPO DE TRABAJO MAPA DE RIESGOS SEMES<sup>1</sup>.

CENTROS DE TRABAJO: <sup>1</sup> SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS. <sup>2</sup> SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL MUNICIPAL DE BADALONA. <sup>3</sup> RESPONSABLE DE CALIDAD. GRUP SAGESSA. REUS. <sup>4</sup> SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL VERGE DE LA CINTA. TORTOSA. <sup>5</sup> SERVICIO DE URGENCIAS. FUNDACIÓN ALTHAIA. MANRESA.

### **INTRODUCCION:**

Los Servicios de Urgencias y Emergencias (SU) son una de las áreas asistenciales donde existe mayor riesgo de eventos adversos (EA) <sup>1</sup>. En ellos coinciden diferentes condiciones latentes que favorecen su aparición, como son el alto número de visitas, la diversa complejidad de los pacientes y la toma de decisiones tiempo-dependientes con escasa información clínica, que, junto con factores profesionales, condiciones laborales, de trabajo en equipo y organizativos confieren a los SU un elevado de riesgo de problemas de seguridad <sup>2,3</sup>.

En el año 2008, la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) puso en marcha el Programa SEMES - Seguridad del Paciente (SP) en los SU <sup>4</sup>. Gracias a este programa se ha generado una red de instructores de SP para SU, formada actualmente por 176 profesionales, y desarrollado los estudios EVADUR <sup>5</sup> y CULTURA <sup>6</sup>. Además se dispone de una extensa base de datos sobre aspectos de SP en SU procedente tanto de análisis de casos (AC) como de los Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) <sup>7</sup> de los procesos asistenciales de los SU realizados por los Instructores SEMES en SP.

Una de las estrategias contempladas en este Programa es la posibilidad de diseñar una herramienta de prevención para los SU, mediante la creación de un Mapa de Riesgos (MR) de la Atención Urgente. El concepto de MR englobaría un instrumento que, mediante informaciones descriptivas e indicadores adecuados, permitiera el análisis periódico de los riesgos en un determinado entorno, en este caso el SU. La lectura crítica de las informaciones sintéticas que se originase debería permitir la programación de planes de intervención preventiva y correctiva, así como la verificación de su eficacia una vez implementados <sup>8</sup>.

El objetivo del presente trabajo ha sido el diseño y validación de un MR como herramienta proactiva, aplicable de igual manera para todos los SU hospitalarios, capaz de detectar los riesgos existentes en los procesos asistenciales de la atención urgente hospitalaria, bajo la hipótesis que su aplicación ayudará a reducir la aparición de EA, y mejorar la SP en los SU.

### **MATERIAL Y METODOS.**

El estudio ha consistido en el diseño y validación de un sistema de identificación de riesgos para la evaluación periódica de la asistencia en los SU. El proyecto ha sido realizado por un grupo investigador (GI) formado por 4 miembros del Programa SEMES-Seguridad del Paciente, especialistas en la atención urgente así como en

calidad asistencial y SP. Se ha contado con la colaboración de 18 consultores externos para las rondas de consenso, y con la participación de 23 SU hospitalarios en la validación del documento resultante. El trabajo se ha efectuado entre marzo de 2011 y marzo de 2012 (1 año). Para el diseño del MR se utilizó la metodología del AMFE <sup>7</sup>. El proyecto se dividió en 4 fases de trabajo:

**1.- Fase de diseño:** Diseño y descripción del diagrama de procesos de la atención urgente, desde que el paciente llega al SU hasta que es dado de alta del mismo. Una vez definido, se describieron los subprocesos de cada uno de los procesos diferenciados y se incorporaron los modos de fallo y sus posibles causas que, a criterio del GI se pudiesen generar en los mismos.

A continuación se incorporó información procedente de la Base de Datos del Programa SEMES-SP correspondiente a los AMFE realizados por los instructores SEMES de SP de las promociones 1ª a 6ª (2009-2011). Sobre una base de 153 AMFE, se incorporó información de 52 AMFE realizados sobre diferentes procesos y/o subprocesos asistenciales de urgencias hospitalarias, y 42 AMFE sobre la atención de patologías específicas.

La incorporación de la información y la revisión del documento resultante se adoptó por el GI por consenso.

Posteriormente, al documento se le añadió aquella información considerada como relevante, a criterio del GI, procedente de un total de 82 AC seleccionados sobre una base de 138 AC procedentes del Programa SEMES-SP, correspondiente a los AC realizados por los instructores SEMES de SP de las mismas promociones. Finalmente se analizaron los 505 incidentes detectados en el estudio EVADUR <sup>5</sup> y se incorporaron aquellos datos relacionados con los incidentes que se hubiesen contemplado en el documento elaborado previamente. De igual forma se procedió con los datos de las más de 1300 encuestas del estudio CULTURA <sup>6</sup>

**2.- Fase de consenso:** Tras elaborar el primer documento, se inició una etapa de revisión y consenso en la que participaron 18 profesionales externos ("consultores") seleccionados a propuesta del GI, en función de su experiencia en la atención urgente, calidad y/o SP, que adquirieron el compromiso de revisar el documento manteniendo la confidencialidad del mismo. Esta etapa de consenso se realizó siguiendo el método Delphi modificado en dos rondas <sup>9</sup>

Las aportaciones realizadas por los consultores fueron analizadas posteriormente por el GI, incorporando las sugerencias y/o modificaciones según las siguientes opciones: a) de acuerdo con el factor de riesgo (FR) sin incorporar ninguna modificación, b) de acuerdo pero con modificaciones, explicitando cada una de las modificaciones, c) desacuerdo total (eliminar el FR). El grupo de trabajo valoró todas las respuestas eliminando las preguntas en las que más del 80% de los consultores estaban en desacuerdo, en la primera ronda, y 50% en la segunda ronda. El documento así obtenido se consideró como apto para su validación.

**3.- Fase de validación:** La validación del MR fue realizada por 23 SU hospitalarios de diferentes niveles de complejidad. La condición "sine qua non" para participar era disponer de, al menos, un instructor SEMES en SP para SU. Los hospitales participantes debían aplicar el MR en su SU, identificar y describir si tenían o no sistemas de detección para cada uno de los riesgos referidos en el MR y calcular su propio Índice de Probabilidad de Riesgos (IPR) para cada riesgo. El cálculo del IPR se realizó siguiendo un modelo basado en el *Safety Assessment Code del VA National Center for Patient Safety* <sup>10</sup> adaptado y traducido al castellano. Los participantes

podían aportar opiniones, sugerir modificaciones y/o desacuerdos con el MR. Previamente a la validación todos los participantes fueron instruidos en una reunión de trabajo sobre la metodología a seguir. Al finalizar la validación, se practicó a todos los participantes una encuesta sobre la valoración del contenido y de la utilidad previsible del MR .

**4.- Fase de diseño definitivo:** La información recibida de la validación por los 23 SU participantes fue estudiada por el GI. Las sugerencias aportadas por los mismos fueron incorporadas o no, de acuerdo con la técnica Delphi anteriormente descrita. Se procedió al cálculo de los valores estadísticos de los IPR y la redacción del documento de MR definitivo.

Una vez finalizada la validación se acordó definir tres tipos de documentos: **el MR completo**, con todos los riesgos descritos, sin priorización; **el MR recomendado**, con la eliminación de riesgos con valor de IPR por debajo de la mediana global de cada proceso; **el MR imprescindible**, con los riesgos seleccionados como importantes y graves (IPR > 280 puntos).

### **Método empleado para la priorización y selección de riesgos.**

Para el cálculo de la priorización de riesgos en el diseño de las versiones de MR **"Recomendado"** e **"Imprescindible"** se adoptó, la siguiente metodología:

1. Los validación de los 23 hospitales se incluyó en la aplicación ofimática Microsoft Office Excel® 2003, introduciendo, de cada participante, los valores, correspondientes a la gravedad del riesgo (G), la frecuencia de aparición en su servicio (A) y su capacidad de detección actual (D), calculándose el IPR a partir de la multiplicación de  $G \times A \times D$ .
2. A partir de las puntuaciones de IPR de cada hospital se calcularon la media, desviación estandar, moda, mediana y varianza para cada uno de los riegos a nivel individual y para cada uno de los procesos de manera global (IPR global del proceso).
3. Para eliminar el posible sesgo sobre las puntuaciones derivado de la infravaloración de riesgos y/o de la excepcionalidad, se eliminaron, en los cálculos de cada proceso, las puntuaciones de aquellos hospitales cuyo valor medio del IPR del proceso analizado estuviese por debajo del cuartil 25 del IPR global del mismo proceso. Con los valores resultantes después del paso anterior, se recalcularon de nuevo los parámetros estadísticos y se seleccionaron todos los riesgos con valor de IPR igual o por encima del valor global de la nueva mediana recalculada. Los riesgos así seleccionados formaron parte del 2º documento llamado **MR recomendado**. Asimismo, se seleccionaron todos aquellos riesgos cuyo valor de la mediana de IPR fuese superior a 280 puntos, entendiendo como tal el valor del punto de corte a partir del cual, y siguiendo la metodología del IPR, el riesgo es considerado desde importante (280-512) hasta grave (700-1000). Este tercer documento se consideró como **MR imprescindible**.

## **RESULTADOS**

El GI identificó inicialmente un total de ocho procesos relacionados con la asistencia urgente: *1-llegada, 2-admisiones, 3-triaje, 4-visita de enfermería y médica, 5-pruebas complementarias, 6-tratamiento, 7-observación, 8- destino*. A su vez, el proceso de *pruebas complementarias* se subdividió, por su mayor frecuencia de realización, en: *laboratorio, diagnóstico por imagen y práctica de ECG.*, mientras que

el proceso de *destino* se subdividió en según criterio de posible destino al alta en *alta a domicilio, ingreso hospitalario, traslado a otro centro hospitalario o ingreso a quirófano*. En total ha supuesto un total de 13 procesos.

En el proceso de diseño, el primer documento realizado por el GI, denominado "borrador de MR" recogía un total de 1340 riesgos. Tras las rondas "Delphi", el documento fue modificado y ampliado hasta 1357 riesgos, constituyendo el "MR de prevalidación" remitido a los hospitales participantes para su validación. La validación se realizó entre 23 SU.

El documento definitivo recoge, tras la validación, un total de 13 procesos, 118 subprocesos, 271 fallos posibles y 1368 riesgos (tabla 1). Este documento se denominó "**MR Completo**". Las versiones "**MR Recomendado**" y "**MR Imprescindible**" suponen, respectivamente el 55% (748 riesgos) y el 13% (180 riesgos) de los riesgos del documento original. En la tabla 2, y a modo de ejemplo (por la dificultad en reproducir aquí todo el documento) se presentan los riesgos de mayor puntuación en cada proceso analizado.

En relación con la encuesta sobre la valoración del grado de utilidad del MR, se obtuvieron 3 (14%) respuestas como "útil", 18 (82%) como "muy útil" y 1(4%) como "imprescindible". No existió ninguna respuesta negativa (poco útil/nada útil). En cuanto a su contenido (valorado de 1 a 5 puntos), la puntuación media obtenida fue de 3,95 ( $\pm 0,65$ ) puntos, siendo la nota más repetida la de 4 puntos con 16 respuestas (73%).

## DISCUSION.

Experiencias previas en nuestro entorno han demostrado la capacidad existente entre los profesionales de Urgencias para el diseño y desarrollo de herramientas destinadas a la mejora continua de la calidad de la atención urgente <sup>11, 12, 13, 14</sup>. Sin embargo, son escasas las experiencias en el diseño de MR o de herramientas similares en los SU, estando algunas de ellas realizadas a partir de técnicas de "brainstorming" entre profesionales de un mismo centro, con la dificultad de exportar a otros SU de entorno diferentes <sup>15</sup>, o son herramientas de cribaje para la detección de EA <sup>16</sup> después de la visita, pero que no son herramientas proactivas.

El MR que proponemos se caracteriza, como puntos fuertes, por contener una revisión exhaustiva de todos los procesos asistenciales que acontecen durante una atención urgente, comunes para todo paciente sea cual sea el motivo de la consulta y/o la intensidad de los cuidados, permitiendo, por tanto, un análisis proactivo de todos los procesos. Por su diseño aporta el carácter de homogeneidad y posibilidad de aplicación en cualquier SU facilitando la posibilidad, incluso, de *benchmarking* entre servicios y compartir experiencias ante las soluciones afrontadas delante de idénticos problemas. Además permite ser adaptable a las circunstancias de cada servicio en función de su complejidad organizativa.

Otro punto fuerte del MR es la inclusión de recomendaciones sobre controles de detección y/o acciones de mejora, surgidas de la propia experiencia de los profesionales participantes en su diseño. Este elemento creemos puede ser de gran ayuda para la gestión de riesgos en los SU al aportar ideas que pueden ser aplicables y compartidas entre SU. Hay que mencionar que el MR es compatible con otras herramientas de mejora de la calidad en los SU <sup>11-14 16</sup>.

Por el contrario, y como limitaciones, el MR se caracteriza por ser un documento largo y exhaustivo, cuya aplicación, en su formato completo, puede conllevar una gran inversión de tiempo. A ello ha podido contribuir también a que el MR ha sido diseñado con un cierto grado de sobrevaloración, para reducir la posibilidad que, debido a la posible variabilidad entre observadores durante la validación, existiera el sesgo de eliminar riesgos importantes. Asimismo, se requiere de una cierta experiencia en el manejo de AMFE y del IPR, si bien el diseño del documento pretende reducir dicha complejidad al personal menos experto.

El cálculo del IPR permite conocer el grado de peligrosidad de los riesgos y, en función de éstos, priorizar la urgencia de la intervención y el orden de las acciones correctoras o preventivas <sup>11</sup>, Los valores obtenidos han permitido establecer dos versiones reducidas del MR basadas en el IPR, descartando los riesgos de bajo impacto, para facilitar el enfoque en los análisis de los SU que los apliquen. Los valores adoptados como punto de corte para ambas versiones están de acuerdo con la metodología descrita en la literatura <sup>8,10,13,15</sup>.

En el análisis de la distribución de los riesgos, observamos que un enfermo que acuda aun SU y sea atendido, sin generar ninguna intervención, se encuentra sometido a cerca del 35% de los riesgos recogidos en el documento, siendo de alto riesgo el 2,17%. (llegada-admisión-triaje-visita-alta). Estos datos coinciden también con los hallazgos descritos en la literatura al analizar la incidencia de EA en los SU y hospitalización <sup>5, 17</sup>.

Como conclusión, podemos decir que el MR obtenido es una herramienta proactiva homogénea y validada, que analiza todos los procesos asistenciales urgentes y que permite la gestión de riesgos en cualquier SU. El estudio de los resultados que se obtengan al medir los riesgos deberá servir para evaluar nuestras actuaciones, identificar problemas y emprender acciones de mejora en su caso Si puede constituir una herramienta de orientación y ayuda para disminuir la aparición de incidentes y eventos adversos en los pacientes atendidos en los SU, habrá cumplido con creces su misión.

**TABLA 1. Procesos del Mapa de Riesgosde la Atención Urgente**

PROCESO	Subprocesos	Fallos	Causas	Riesgos	%	Moda	Mediana global	Mediana Max.
LLEGADA	4	13	34	56	4,1	1	28	178
ADMISIONES	6	14	47	64	4,7	16	40	136
TRIAJE	9	23	69	116	8,5	112	112	372
VISITA ENF-MED	14	27	102	196	14,3	280	112	445
PRUEBAS IMAGEN	10	33	54	112	8,2	112	112	280
LABORATORIO	14	22	66	105	7,7	280	160	280
ECG	6	11	29	52	3,8	112	112	280
TRATAMIENTO	12	28	152	192	14,0	112	160	445
OBSERVACION	10	32	127	181	13,3	112	160	490
ALTA DOMICILIO	6	12	42	56	4,1	112	112	400
INGRESO	7	16	49	67	4,9	280	160	400
TRASLADO	7	15	37	53	3,9	112	100	196
QUIROFANO	13	25	76	118	8,6	112	112	490
<b>TOTAL</b>	<b>118</b>	<b>271</b>	<b>884</b>	<b>1368</b>				

**%:** Porcentaje de los riesgos del proceso sobre el total del mapa de riesgos; **Mediana global:** valor de mediana de todo el proceso calculado en conjunto; **Mediana máxima:** mayor valor de mediana obtenido en los riesgos individuales de ese proceso

**Tabla 2. Modo de fallo y causa de los riesgos de mayor puntuación del Índice de Probabilidad de Riesgos en cada proceso.**

PROCESO	SUBPROCESO	MODO DE FALLO	CAUSA
LLEGADA	Llegada por medios propios	Acceso interno por llegada desde otras dependencias del hospital	Desconocimiento circuitos
	Llegada paciente a urgencias en	Transferencia de información	Llegada de varios pacientes
	Llegada paciente a urgencias en	Demora en el transfer	Infravaloración
ADMISIONES	Recogida de datos	Identificación errónea	Similitud de nombres
	Espera triaje	Deterioro del paciente	Demora en el triaje (saturación,
	Espera triaje	Deterioro del paciente	Falta de control en sala de espera
TRIAJE	Valoración	Tiempo de triaje elevado	No seguimiento de circuito/protocolo
	Espera de visita en sala de espera	Demora asistencial	Saturación del servicio
	Reevaluación	Demora/no reevaluación	Inexistencia/incumplimiento del
VISITA	Visita médica	Anamnesis/exploración incompleta	Sobrecarga asistencial
	Valoración enfermería	No valoración/valoración inadecuada de motivo de consulta	Inexperiencia
	Visita médica	Retraso en la visita médica	Cambio de turno
RADIOLOGIA	Indicación prueba radiológica	Prueba indicada no solicitada o	Sobrecarga asistencial
	Indicación prueba radiológica	Indicada incorrectamente	Valoración clínica insuficiente
	Solicitud prueba radiológica	Solicitud de prueba correcta a	Sobrecarga asistencial
LABORATORIO	Indicación prueba laboratorio	No indicada prueba recomendada	Valoración clínica insuficiente
	Recogida de muestra	Extracción/recogida errónea	Inexperiencia/falta de destreza o
	Remisión de muestras a laboratorio	Problemas en envío de muestras	Muestra hemolizada
	Remisión de muestras a laboratorio	Problemas en envío de muestras	Retraso en envío de muestras
ECG	Comunicación a enfermería	Comunicación errónea	Múltiples órdenes simultáneas
	Realización ECG	No realización	No comunicación de la orden
	Interpretación ECG	Interpretación errónea/no	Inexperiencia
TRATAMIENTO	Selección de fármaco	Selección de fármaco inadecuada	Anamnesis/diagnóstico incorrecto
	Orden médica	Orden médica verbal incorrecta	Elección del fármaco incorrecta
	Administración de fármaco	Administración incorrecta del	Dosis incorrecta
	Monitorización de constantes y	Deficiente monitorización de la	Distracción/olvido/interrupciones
OBSERVACION	Valoración de enfermería	Fallo en el sistema de alarmas de	No comprobación del paciente
	Valoración de enfermería	Error en la valoración de signos de	Déficit de conocimientos
	Administración de tratamiento	Preparación/Administración errónea	Orden verbal no verificada
ALTA DOMICILIO	Informar al paciente y familia	Información Inadecuada sobre tratamiento y seguimiento	Sobrecarga asistencial
	Decisión de alta	Alta no indicada (o prematura)	Déficit de conocimientos y/o
	Informar al paciente y familia	Información Inadecuada sobre tratamiento y seguimiento	Déficit de comunicación del profesional
TRASLADO	Decisión de alta	Alta no indicada (o prematura)	Déficit de conocimientos
	Emitir informe clínico	Informe incompleto	Falta de competencia
	Emitir informe clínico	Informe incompleto	Cambio de turno
INGRESO	Gestión de cama	No disponibilidad de cama	Retraso en las altas de hospitalización (causa paciente o
	Gestión de cama	No disponibilidad de cama	Camas disponibles reservadas para actividad programada
	Gestión de cama	No disponibilidad de cama	Retraso en el acondicionamiento de la cama /hospitalización
QUIROFANO	Valoración anestesia	Demora en acudir a urgencias	Realización de otras tareas: intervención, CCEE, pase de
	Traslado del paciente/HC por el	Error en la identificación del	Barrera idiomática
	Traslado del paciente/HC por el	Condiciones del traslado	Deficits de conocimientos y/o

## BIBLIOGRAFÍA

- <sup>1</sup>- Chanovas Borrás M, Campodarve I, Tomás Vecina S. Eventos adversos en los servicios de urgencias: ¿El servicio de urgencias como sinónimo de inseguridad clínica para el paciente?. Monografías Emergencias 2007; 3: 7-13.
- <sup>2</sup>- Tomás S, Duaso E, Ferrer JM, Rodríguez M, Porta R, Epelde F. Evaluación del uso apropiado de un área de observación de urgencias mediante el Appropriateness Evaluation Protocol: un análisis de 4.700 casos. An Med Intern (Madrid) 2000;17: 229-237.
- <sup>3</sup>- Bleetman A, Sanusi S, Dale T, Brace S. Human factors and error prevention in emergency medicine. Emerg Med J 2012;29:389-393.
- <sup>4</sup>- Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Toranzo T. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias: balance de cuatro años del Programa SEMES-Seguridad Paciente. Emergencias 2012; 24: 225-233
- <sup>5</sup>- Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T y Grupo de Trabajo EVADUR-SEMES. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los Servicios de urgencias de hospitales españoles. Emergencias 2010; 22: 415-428
- <sup>6</sup>- Roqueta Egea F, Tomás Vecina S, Chanovas Borrás M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud Español. Emergencias. 2011;23:356-64.
- <sup>7</sup>- Institute for Healthcare Improvement and QualityHealthCare.org, Failure Modes and Effects Analysis (FMEA). 2004. (Consultado 4 julio 2012) Disponible en: [http://www.ihl.org/knowledge/layouts/download.aspx?SourceURL=%2fknowledge%2fKnowledge+Center+Assets%2fTools+-+FailureModesandEffectsAnalysisFMEATool\\_3fd4e6fd-b819-4f14-89ba-fb3563dd4e2d%2fFailureModesandEffectsAnalysis\\_IHI.pdf](http://www.ihl.org/knowledge/layouts/download.aspx?SourceURL=%2fknowledge%2fKnowledge+Center+Assets%2fTools+-+FailureModesandEffectsAnalysisFMEATool_3fd4e6fd-b819-4f14-89ba-fb3563dd4e2d%2fFailureModesandEffectsAnalysis_IHI.pdf)
- <sup>8</sup>- García Gomes MM. Los mapas de riesgos. Concepto y metodología para su elaboración. Rev San Hig Pub 1994; 68: 443-453.
- <sup>9</sup>- Rowe G, Wright G. The Delphi technique as a forecasting tool: Issues and analysis. International Journal of Forecasting 1999; 15: 353-375
- <sup>10</sup>- Safety Assessment Code (SAC) Matrix. (Consultado 4 julio 2012). Disponible en : [http://www.patientsafety.gov/SafetyTopics/HFMEA/HFMEA\\_SAC.html](http://www.patientsafety.gov/SafetyTopics/HFMEA/HFMEA_SAC.html)
- <sup>11</sup>- SEMES. Estándares de Acreditación para Servicios de Urgencias de Hospitales. (2ª ed) Madrid: Grupo Saned; 2009.
- <sup>12</sup>- SEMES. Estándares de Acreditación para Servicios de Emergencias. Madrid: Grupo Saned; 2006.
- <sup>13</sup>- Tomás Vecina S, Toranzo Cepeda T. SEMES: Premio Avedis Donabedian a la Excelencia en Calidad de Sociedades Científicas-2012. Emergencias. 2012; 24:5-6.
- <sup>14</sup>- SEMES. Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencias de Hospitales. Madrid: Grupo Saned; 2009.
- <sup>15</sup>- Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations, "Failure Mode and Effects Analysis in Health Care: Proactive Risk Reduction", Third edition, USA, 2010.
- <sup>16</sup>- Requena J, Aranaz JM, Mira JJ, Gea MT, Miralles JJ, Limón R et al. ¿Como identificar los efectos adversos en urgencias? Una guía consensuada para el cribado. Rev Calid Asist. 2009; 24:272-279.
- <sup>17</sup>- Hall KK, Schenkel SM, Hirshon JM, Xiao Y, Noskin GA. Incidence and types of non-ideal care events in an emergency department. Quality & Safety in Health Care 2010; 19: i20-i25.

**CO 004.- PROGRAMA PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL MAYOR POLIMEDICADO.**

BASAURI-BEDOYA JM, ELEZCANO-OLIVARES B, GABILONDO-ZELAIA I, RONCERO-GASCON MJ, GARCIA-VEGA A, RUIZ-DEL PALACIO B.

COMARCA BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Diseñar y evaluar el programa de atención al mayor polimedicado, BiE- Kronikoak, planteado para mejorar la atención sobre el uso de medicamentos, aumentar la seguridad clínica y mejorar la eficiencia de los tratamientos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

BiE-Kronikoak se planteó como un estudio de investigación en acción con una duración de 1 año (fecha finalización Mayo 2012). Ámbito de estudio: Tres centros de salud de una comarca de atención primaria. Población: pacientes de 75 años o más con 6 o más principios activos prescritos con carácter crónico. Las fases para su puesta en marcha han pasado por la constitución de un grupo de proyecto multidisciplinar (formado por enfermeras, médicos y una farmacéutica de atención primaria), formación de profesionales sanitarios en herramientas básicas del programa y evaluación continua mediante indicadores. Cuenta con la financiación del Departamento de Sanidad y Consumo.

**RESULTADOS:**

La prevalencia de polimedicación en los centros de estudio era del 42%. Diseño: Se elaboraron los protocolos asistenciales compartidos (incluyendo a farmacéuticos comunitarios y trabajadores sociales). Se enviaron listados de pacientes polimedicados a los cupos médicos participantes (total 2.588 pacientes con una carga media de medicación de 8,8 medicamentos/persona/día). Actividades a realizar: 1) Revisión de las prescripciones utilizando fundamentalmente los criterios STOPP/START. 2) Revisión del uso de la medicación mediante el método de la "bolsa marrón": En una cita específica se valora el cumplimiento (Morisky -Green) y la concordancia/adecuación entre la medicación que aporta el paciente y la registrada en historia clínica, interviniendo individualmente si se precisa. 3) Conciliación: Se resuelven las posibles discrepancias detectadas. 4) Educación Sanitaria. Evaluación: En un año se ha llegado a trabajar con 2.495 pacientes (episodio específico abierto). Se han registrado 1.277 actos de revisión de la medicación, 1.193 de valoración de la adherencia (94,8% cumplidores), y 1.181 actos de adecuación. En 207 casos se detectaron posibles discrepancias (la mayoría por omisión de medicación, 34,8%). Se imprimió la hoja de medicación para 1.229 pacientes. Se diseñó un folleto informativo para su distribución entre los usuarios y se celebraron reuniones de coordinación con farmacias en los tres centros de salud y con agentes de servicios sociales.

**DISCUSIÓN:**

Alta prevalencia de polimedicación en pacientes ancianos. Las revisiones de la medicación sirven para detectar problemas de adherencia, concordancia, facilitan la conciliación y refuerzan la educación sanitaria. Se detecta menor tasa de incumplimiento que en la bibliografía revisada, que se cifra en torno a 20-50%. Se deben considerar siempre los medicamentos iniciados en otros niveles asistenciales y las posibles omisiones de medicación. El programa constituye una herramienta útil y activista para implantar protocolos de revisión de la medicación.

# **COMUNICACIONES ORALES A PREMIO.**

**Sala A1.**

**Viernes, 9 de noviembre / 10:45 h. – 11:45 h.**

**CO 005 / CO 010**

<b>CO 005.- GESTIÓN DEL RIESGO EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA A PARTIR DE LA IMPLICACIÓN DE SUS PROFESIONALES.</b>	<b>114</b>
<i>ORTEGA-VILA Y, OYA-GIRONA E, AMIGO-FERNANDEZ J, PALACIOS-LLAMAZARES L, SANCHEZ-RUS J, VIDAL-ESTEVE E.</i>	
<b>CO 006.- REPERCUSIÓN ECONÓMICA DE LA REPARACIÓN QUIRÚRGICA URGENTE DE LAS FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS PARA HEMODIÁLISIS TROMBOSADAS.</b>	<b>115</b>
<i>VEGA-LOPEZ L, LASALA-GAUSA M, RUEDA-ORGAS JA, QUINTANS-RODRIGUEZ A, GRUSS-VERGARA E, JIMENEZ-ALMONACID P.</i>	
<b>CO 007.- INFORMACIÓN Y PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD DE PACIENTES ATENDIDOS EN PLANTAS DE CIRUGÍA.</b>	<b>117</b>
<i>NEBOT-MARZAL CM, NAVARRO-SOLER IM, SEGURA-SOBRINO V, PERALTA-ORTEGA A, ORTEGA-LLAVADOR B, ORTIZ-HENAREJOS L.</i>	
<b>CO 008.- MODELO ORIENTADO A INDIVIDUOS PARA LA SIMULACIÓN DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.</b>	<b>118</b>
<i>IGLESIAS-LEPINE ML, EPELDE F, TABOADA M, LUQUE E, CABRERA G.</i>	
<b>CO 009.- REGISTROS HOSPITALARIOS DEL CÁNCER DE OSAKIDETZA: TIEMPOS DE ATENCIÓN DEL CÁNCER EN LAS PRINCIPALES LOCALIZACIONES.</b>	<b>120</b>
<i>IRURETAGOYENA-SANCHEZ ML.</i>	
<b>CO 010.- MIDIENDO NUESTRA HUELLA DE CARBONO.</b>	<b>122</b>
<i>GOMEZ-INHIESTO E, ALTUNA-GANDARIAS A, VILLA-VALLE R, TORO-SANCHEZ L, LLORENTE-URIAGEREKA A, ARRIARAN-AZPURI JA.</i>	

**CO 005.- GESTIÓN DEL RIESGO EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA A PARTIR DE LA IMPLICACIÓN DE SUS PROFESIONALES.**

ORTEGA-VILA Y, OYA-GIRONA E, AMIGO-FERNANDEZ J, PALACIOS-LLAMAZARES L, SANCHEZ-RUS J, VIDAL-ESTEVE E.

ABS SALOU. SALOU (TARRAGONA).

**OBJETIVOS:**

Valorar el grado de implicación del personal del centro en la gestión del riesgo. Detección de prácticas inseguras mediante la comunicación de problemas. Describir las prácticas seguras implantadas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Realización de un curso de formación en seguridad de pacientes a todo el personal del centro, para potenciar la cultura de seguridad y estimular la detección de situaciones de mejora. Análisis de las aportaciones realizadas por nuestros profesionales durante el año 2011 a partir de: comunicación de oportunidades de mejora (Problem Report PR), comunicación de incidencias (CI), revisión de estándares relacionados con la seguridad de pacientes de Manual de Acreditación de calidad del Departament de Salut (DS), comunicación de casos centinela, auditorias internas relacionadas con el cumplimiento de los procedimientos que tienen que ver con la utilización segura de medicamentos ( control de caducidades, conservación adecuada, cadena del frio,...), utillaje, equipamiento y competencias profesionales. Los profesionales comunican, la comisión de calidad (CQ) recibe, analiza y propone los grupos de mejora para la gestión de las situaciones detectadas. Se utilizan las herramientas para la gestión del riesgo: ACR (análisis causa raíz) para medidas correctoras y el AMFE (análisis modal de fallos y efectos) para las medidas preventivas. Los grupos proponen los planes de mejora, se consensúa con todo el personal y se implementan las prácticas seguras.

**RESULTADOS:**

El EAP (equipo atención primaria) está compuesto por 57 personas. Se reciben 59 PR y 37 incidencias de urgencias. En relación a la seguridad de paciente se detectan 9 PR y 37 incidencias. Se priorizan los PR relacionados con los estándares sinequanon del Programa de Seguridad de Pacientes del DS. Los grupos de trabajo proponen 9 planes de mejora que generan las siguientes prácticas seguras: Circuitos de actuación en PCR en Área básica y urgencias. Contenido del maletín de urgencias, verificación y sellado. Manejo seguro de pacientes con tratamiento citostático. Identificación de padres y/o tutores en la historia clínica de los menores. Circuito para pacientes con tratamiento anticoagulante oral en el domicilio y /o institucionalizados. Ubicación y administración de la medicación en ABS. Seguridad en la administración de vacunas.

**DISCUSIÓN:**

La detección de situaciones de riesgo, es una práctica habitual entre nuestros profesionales, la participación es del 100% y como mínimo realizan una aportación. Se generan planes de mejora que aumentan la seguridad y la confianza en el equipo. El feedback entre Comisión de calidad y profesionales del EAP es una herramienta dinamizadora y potenciadora de la calidad.

## **CO 006.- REPERCUSIÓN ECONÓMICA DE LA REPARACIÓN QUIRÚRGICA URGENTE DE LAS FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS PARA HEMODIÁLISIS TROMBOSADAS.**

VEGA-LOPEZ L, LASALA-GAUSA M, RUEDA-ORGAN JA, QUINTANS-RODRIGUEZ A, GRUSS-VERGARA E, JIMENEZ-ALMONACID P.

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON. ALCORCÓN (MADRID).

### **OBJETIVOS:**

Los accesos vasculares son la principal causa de ingresos en los pacientes en programas de hemodiálisis. El mejor acceso vascular para hemodiálisis es la fístula arteriovenosa (FAV) porque aumenta la supervivencia de los pacientes respecto a los que se dializan por un catéter venoso central. La complicación más frecuente de las FAV es su trombosis, cuando esta se produce, existen dos opciones: la colocación de un catéter para dializar al paciente o intentar la reparación de la fístula de forma urgente.

Objetivos:

Valorar la posibilidad de reparación de las FAV dentro de la actividad de urgencias de un servicio de cirugía general.

Determinar la posible repercusión económica de la implantación de este protocolo de trabajo en un área sanitaria.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Ámbito: Área 8 de la Comunidad de Madrid, con una población de referencia de 550.000 habitantes. Periodo de estudio 2000-2012.

Se definió e implantó el proceso clínico fístula arteriovenosa trombada, estableciéndose los indicadores para su monitorización. La recogida de datos se realizó de forma prospectiva en una base de datos creada al efecto que incluye información clínica y demográfica.

Análisis de resultados clínicos: se consideró el rescate exitoso si la FAV se pudo utilizar al menos en las 3 siguientes sesiones de diálisis evitando la colocación de un catéter. Se analizó la tasa de trombosis (episodios/paciente/año) para la estimación del gasto en el ámbito de referencia.

Análisis de repercusión económica: definición del proceso nueva FAV y análisis de coste incluyendo: colocación y mantenimiento de catéter, consultas de cirugía y anestesia, TQE (tiempo quirúrgico estándar) y ausencia laboral asociada.

### **RESULTADOS:**

Durante el periodo de estudio se produjeron 268 episodios de trombosis. Se atendieron de forma urgente por el servicio de cirugía general 203 (75%). Se rescataron 168 FAV (82%), en los que se evitó colocar catéter.

El gasto añadido en los pacientes a los que colocó catéter fue de 2.889 euros.

### **DISCUSIÓN:**

La reparación urgente de las FAV para hemodiálisis no es un procedimiento habitual en nuestro medio dentro de la cartera de servicios de la mayoría de los servicios de cirugía.

Sin embargo, en nuestra experiencia es posible realizar el rescate quirúrgico urgente de la mayoría de los casos. La implantación de un protocolo de tratamiento urgente evita la colocación de catéteres en estos pacientes y disminuye gasto asociado a los mismos; en nuestro estudio no se han tenido en cuenta los gastos asociados al incremento de ingresos y complicaciones asociados a los catéteres.

El ahorro estimado en el periodo de estudio en nuestra área sanitaria fue de 57.780 euros/año. Considerando una tasa de trombosis y rescate similar a los de nuestro hospital, el ahorro anual estimado en España para una población de 21.000 pacientes en hemodiálisis sería de 4.974.858 euros/año.

**CO 007.- INFORMACIÓN Y PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD DE PACIENTES  
ATENDIDOS EN PLANTAS DE CIRUGÍA.**

NEBOT-MARZAL CM, NAVARRO-SOLER IM, SEGURA-SOBRINO V, PERALTA-ORTEGA A,  
ORTEGA-LLAVADOR B, ORTIZ-HENAREJOS L.

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ. ELCHE (ALICANTE).

**OBJETIVOS:**

Analizar la frecuencia de eventos adversos desde la perspectiva del paciente de cirugía y determinar el efecto que produce la información, que transmite el personal sanitario, sobre la percepción de seguridad clínica del paciente quirúrgico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo basado en encuestas de opinión a pacientes que fueron ingresados durante 2011 en plantas de cirugía en 27 hospitales de la Comunidad Valenciana. Estos resultados forman parte de un estudio financiado por FIS (PS09/00802). Se obtuvieron un total de 2.568 cuestionarios válidos. El tamaño muestral se determinó para una  $p=q=0,5$  y un error máximo del 5%, en función de la actividad en plantas de cirugía para cada uno de los hospitales. Aproximadamente el 55% ( $n=1.212$ ) de los pacientes fueron hombres y un 35% ( $n=842$ ) no superaba los 50 años de edad.

**RESULTADOS:**

El 19% ( $n=440$ ) de los pacientes que contestaron el cuestionario informaron de indicio de evento adverso (haber sufrido alguna complicación o haber necesitado tratamiento adicional porque la intervención quirúrgica no fue bien del todo). No se hallaron diferencias en las respuestas en función del sexo ( $\chi^2=0,27$ ;  $p=0,598$ ) o de la edad del paciente ( $\chi^2=3,755$ ;  $p=0,289$ ). La frecuencia de notificación de un indicio de evento adverso fue menor en aquellos casos en los que los pacientes dijeron haber sido informados de forma clara sobre su intervención ( $\chi^2=11,22$ ;  $p=0,01$ ); cuando habían sido informados de los posibles efectos y precauciones a tener en cuenta tras la intervención ( $\chi^2=11,66$ ;  $p=0,01$ ); cuando se habían sentido escuchados ( $\chi^2=11,82$ ;  $p=0,01$ ); y cuando le habían explicado con claridad las precauciones que debían tener con la herida quirúrgica o cuidados que debían realizar una vez en casa ( $\chi^2=15,91$ ;  $p=0,01$ ).

**DISCUSIÓN:**

Los resultados obtenidos en este estudio van en línea con otros estudios que relacionan carencias en la información al paciente y una mayor probabilidad de sufrir alguna complicación relacionada con la cirugía. Las iniciativas que buscan implicar al paciente y que éste pregunte y no se quede con dudas se ven reforzadas a la vista de estos datos.

## **CO 008.- MODELO ORIENTADO A INDIVIDUOS PARA LA SIMULACIÓN DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.**

IGLESIAS-LEPINE ML, EPELDE F, TABOADA M, LUQUE E, CABRERA G.

HOSPITAL DE SABADELL. CONSORCI HOSPITALARI PARC TAULÍ. UAB. DEPARTAMENTO DE ARQUITECTURA DE COMPUTADORES Y SISTEMAS OPERATIVOS. UAB. ESCUELA UNIVERSITARIA DE INFORMÁTICA TOMÁS CERDA. UAB. SABADELL (BARCELONA).

### **OBJETIVOS:**

El objetivo de este trabajo es diseñar y desarrollar un modelo y un simulador aplicando técnicas MoI, que puedan ser utilizados como sistema de ayuda a la toma de decisiones por los responsables del SUH, permitiéndoles disponer de información adicional sobre el comportamiento del servicio en diferentes escenarios y alternativas posibles antes de tomar decisiones operativas.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Para el diseño del modelo y el simulador se utilizó una metodología de desarrollo continuado y evolutivo que fue identificada a partir de la experiencia acumulada en el desarrollo previo de otros trabajos de naturaleza parecida, siguiendo la propuesta de Macal y North. El proceso se organizó en iteraciones estructuradas en 5 etapas:

1. Análisis del sistema: se obtuvo información de tipo descriptivo-cualitativo y cuantitativo del SUH, que permitió identificar la funcionalidad del sistema, los diferentes agentes que intervienen en él y las interacciones que tienen lugar entre ellos.
  2. Diseño del modelo: definición formal del modelo, incluyendo el entorno físico, los agentes que intervienen y su comportamiento.
  3. Diseño e implementación del simulador: En lugar de desarrollar un simulador nuevo se optó por trabajar con un entorno de desarrollo existente debidamente contrastado y aceptado por la comunidad científica. Analizadas las alternativas se eligió NetLogo, un entorno especialmente indicado para el modelado de sistemas complejos, que permite dar instrucciones a millares de agentes independientes. Resultado de esta etapa se obtuvo una simulación completa del sistema.
  4. Verificación funcional del simulador: se introdujo en el simulador la información cuantitativa que caracteriza el SUH objeto de estudio y se ejecutó en diferentes escenarios para verificar su funcionalidad.
  5. Validación-sintonización del simulador con el SUH real: se compararon los resultados obtenidos en la simulación con datos reales del SUH con la finalidad de obtener los valores de los parámetros del simulador que permiten replicar el comportamiento del SUH en los escenarios que fueron monitorizados, permitiendo que pueda ser usado para predecir el comportamiento del SUH en otros escenarios distintos.
- Completada una primera iteración se identificaron las mejoras a introducir en la siguiente, repitiéndose el proceso hasta que modelo y simulador recogían de forma suficiente el comportamiento del SUH real.

**RESULTADOS:**

Se realizaron 12 baterías de simulación en las que se modificaron los flujos de pacientes así como la composición del personal (médico, de enfermería y auxiliar), tanto en calidad como en nivel de experiencia, obteniendo la composición más coste-efectiva para atender al flujo de pacientes presentados con la menor demora.

**DISCUSIÓN:**

Un modelo orientado a individuos según técnicas de MoI es útil en la planificación de un Servicio de Urgencias Hospitalario.

## **CO 009.- REGISTROS HOSPITALARIOS DEL CÁNCER DE OSAKIDETZA: TIEMPOS DE ATENCIÓN DEL CÁNCER EN LAS PRINCIPALES LOCALIZACIONES.**

IRURETAGOYENA-SANCHEZ ML.

EN NOMBRE DEL EQUIPO INVESTIGADOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN COMISIONADA 2008 DEL DEPARTAMENTO DE SANIDAD DEL GOBIERNO VASCO. EVALUACIÓN DE LOS TIEMPOS DE ATENCIÓN AL CÁNCER EN LAS PRINCIPALES LOCALIZACIONES: PULMÓN, MAMA, COLON-RECTO Y PRÓSTATA.

ORGANIZACIÓN CENTRAL DE OSAKIDETZA. VITORIA-GASTEIZ.

### **OBJETIVOS:**

Los tiempos de atención del cáncer son uno de los indicadores más importantes del conjunto de los registros poblacionales y hospitalarios. Desde 2003 se recoge en la nueva aplicación de los Registros Hospitalarios del Cáncer de Osakidetza la fecha de primera sospecha diferenciada de la fecha de diagnóstico lo que permite obtener datos de tiempos de atención del tumor independientemente de donde haya sido atendido el paciente. Sin embargo, la fiabilidad de la fecha recogida como de primera sospecha se encontraba cuestionada.

### **OBJETIVOS:**

Mejorar la validez de los tiempos de diagnóstico del cáncer en las cuatro localizaciones principales. Comparar los tiempos desde la primera sospecha hasta el primer tratamiento calculados por el método actual con los obtenidos en este estudio y determinar la fecha óptima de primera sospecha.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Revisión sistemática de la literatura para conocer qué fechas o periodos de atención a los pacientes de cáncer se consideran al medir las demoras en la atención.

Estudio retrospectivo de casos de cáncer de las localizaciones más incidentes (colon-recto, pulmón, mama y próstata) diagnosticados en el año 2006 en la Comunidad Autónoma del País Vasco, registrados en la base de datos de los Registros Hospitalarios del Cáncer. Criterios de inclusión: mayores de 19 años y menores de 80 años, casos diagnosticados en el año 2006, casos con diagnóstico primario en el hospital, tratamiento primario en el hospital o diagnóstico y tratamiento primario en el hospital. Las variables a estudio incluían datos en relación con el paciente, el tumor y fechas de contacto con el sistema sanitario. Fuentes utilizadas para obtener información no disponible en los registros: sistemas de información asistencial de Osakidetza, Osabide AP, e Osabide y Global. Análisis de los datos: programa SPSS Statistics 19. Utilización de test no paramétricos para comparar las medianas entre los tiempos.

### **RESULTADOS:**

Se han analizado 359 neoplasias de localización primaria de cáncer colorrectal, 396 de pulmón, 320 de mama y 377 de próstata. El tiempo entre el primer contacto con el sistema sanitario y el diagnóstico es mayor que el tiempo de sospecha que consideramos actualmente en las cuatro localizaciones. El análisis en función de la vía de acceso muestra tiempos menores hasta el diagnóstico en los pacientes que acceden por urgencias. El estar en seguimiento aumenta los tiempos desde el primer contacto al diagnóstico en los cánceres colorrectal y próstata y el tiempo entre la petición de la prueba y el diagnóstico en pulmón.

**DISCUSIÓN:**

La fecha de primer contacto con el sistema sanitario o la de petición de la primera prueba considerada como diagnóstica reflejan mejor el proceso asistencial que la fecha recogida actualmente. La utilización de una de estas dos fechas alternativas pudiera posibilitar la disponibilidad de tiempos de diagnóstico más fiables lo que facilitaría un buen indicador para medir eventuales mejoras del proceso asistencial oncológico.

## **CO 010.- MIDIENDO NUESTRA HUELLA DE CARBONO.**

GOMEZ-INHUESTO E, ALTUNA-GANDARIAS A, VILLA-VALLE R, TORO-SANCHEZ L, LLORENTE-URIAGEREKA A, ARRIARAN-AZPIRI JA.

HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO. GALDAKAO (VIZCAYA).

### **OBJETIVOS:**

El Hospital Galdakao-Usansolo (HGU) establece en su Plan Estratégico 2010-2014 el objetivo estratégico "Referentes en Responsabilidad Social Corporativa en el que se enmarca el proyecto "Hospital Verde". Dentro de este proyecto una de las líneas de actuación del Plan de Gestión Ambiental, certificado bajo ISO 14001 y EMAS, es reducir los Gases de Efecto Invernadero (GEI).

En 2008, el HGU comienza a dar los primeros pasos en materia de reducción de emisiones y se adhiere a la iniciativa "STOPCO2 Euskadi", liderada por IHOBE (Agencia Vasca de Gestión Ambiental), enmarcada dentro de una estrategia global del Gobierno Vasco de lucha contra el cambio climático.

El objetivo es contribuir a la lucha contra el cambio climático mediante la medición y reducción de emisiones de GEI.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

En 2011, la iniciativa de STOP CO2 propone al HGU, junto con otras 6 empresas, de diferentes sectores, formar parte de un proyecto piloto para realizar la verificación voluntaria de GEI según la Norma ISO 14064.

Esta normativa específica marca las directrices para la elaboración de un procedimiento de cálculo para la realización de un inventario y el informe anual de emisiones. Una vez finalizados se certifican externamente bajo esta normativa internacional y se hace público el informe que queda a disposición de los grupos de interés y sociedad.

### **RESULTADOS:**

Identificamos y clasificamos las fuentes de emisión y las medimos en base a su alcance (emisiones directas y emisiones indirectas).

Analizamos la tendencia anual y la eficacia de las acciones del plan de gestión ambiental puestas en marcha para la reducción de emisiones GEI.

Disponemos de un inventario transparente y real que está certificado por una empresa verificadora.

Somos un hospital pionero en implantación ISO 14064. Además, se ha compartido la experiencia, con el resto de participantes, dentro del foro de STOP CO2, quienes han elaborado una Guía que sirva a otras organizaciones para la implantación de la norma ISO 14064.

Hemos identificado fuentes de emisión no contempladas anteriormente como es el gas medicinal anestésico, que supone el 12% de nuestras emisiones anuales totales.

En el año 2011 hemos reducido nuestras emisiones de CO2 en 8,16%. Siendo el inventario del 2010 de 9344 Tn de CO2 equivalente y en 2011 de 8581 Tn de CO2 equivalente.

**DISCUSIÓN:**

- La implantación de esta norma nos ha permitido identificar todas nuestras fuentes de emisión y conocer su impacto, lo que a su vez nos ha permitido orientar acciones concretas, en aquellas fuentes más contaminantes y medir su eficacia.
- Es preciso estandarizar la metodología de cálculo de GEIs para promover comparaciones. La Norma ISO 14064 establece un marco idóneo para elaborar y comunicar el inventario, aumentando la credibilidad, la coherencia y la transparencia de la cuantificación.
- Nuestra experiencia ha servido como ejemplo para otras organizaciones de la CA y es extrapolable a otros hospitales y a organizaciones de distintos sectores.

# **Comunicaciones Orales Breves a Premio.**

**Sala A1.**

**Viernes, 9 de noviembre / 09:15 h. – 10:15 h.**

**CB – 001 / CB – 010**

<b>CB - 001.- RESULTADOS DEL GRUPO DE TRABAJO DEL USO RACIONAL DE LA SANGRE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.</b>	<b>126</b>
<i>ORTEGA-LÓPEZ AB, GARCÍA-RUIZ MA, ROMERO-MARTÍNEZ FJ, HERNÁNDEZ-VIDAÑA AM, JURADO-CHACÓN M, BUENO-RODRIGUEZ A.</i>	
<b>CB - 002.- RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL DE ZUMARRAGA.</b>	<b>127</b>
<i>BUSTO-VICENTE MJ, BERNARDO-ORMAZABAL MJ, ARRUABARRENA-OYARBIDE A, ERRO-AZCARATE JM, ARANDA-LOZANO F, LANZETA-VICENTE I.</i>	
<b>CB - 003.- ESTRATEGIAS PARA LA INTEGRACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN EN LAS UNIDADES DE UNA COMARCA DE ATENCIÓN PRIMARIA.</b>	<b>129</b>
<i>COLLAZOS-DORRONSORO A, SÁEZ-LARRUCEA I, GALÍNDEZ-ALBERDI I, CAMINERO-IBARRETXE M, BANUELOS-DÍAZ I, ORMAETXEA-LEGARRETA MJ.</i>	
<b>CB - 004.- EL DOLOR COMO QUINTA CONSTANTE EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA ¿RETO SUPERADO?.</b>	<b>131</b>
<i>CARRERAS-VIÑAS M, RODRÍGUEZ-PÉREZ B, FIUZA-BARREIRO B, MARTÍN-RODRÍGUEZ MD, PAIS-IGLESIAS B, GARCÍA-CEPEDA B.</i>	
<b>CB - 005.- EVOLUCION DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL.</b>	<b>133</b>
<i>GONZÁLEZ-IGLESIAS I, NAVES-GÓMEZ C.</i>	
<b>CB - 006.- DETECCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL - LA INFORMACIÓN: CLAVE DEL ÉXITO.</b>	<b>134</b>
<i>GARMENDIA-MENDIZABAL A, ALARGUNSORO-UGARTEMENDIA M, URTEAGA-IRIZAR M, ETCHEVERRY MUGICA-MUGICA I, GARTZIARENA-LASARTE S, BARANDIARÁN-UNANUE C.</i>	
<b>CB - 007.- ¿POR QUÉ OHSAS EN SANIDAD?.</b>	<b>136</b>
<i>ARNAU-PLAZA T, TABERNERO-ALBA E, MARTI-ROIG C, QUIROS-MORATO T.</i>	
<b>CB - 008.- CALIDAD DE LA INFORMACION DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES (TAO) EN NUESTRO HOSPITAL.</b>	<b>137</b>
<i>AGUIRREZABAL-GARCÍA DE CORTÁZAR B, ACHAERANDIO-LÓPEZ MA, FUENTES-LAMELAS I, ALVAREZ-MOREZUELAS MN, PEREDA-VICANDI A, DÍAZ DE GUEREÑU-MARÍN MM.</i>	
<b>CB - 009.- BENCHMARKING: HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS CENTROS.</b>	<b>138</b>
<i>SALAZAR-DE LA GUERRA R, AYUSO-MURILLO D, DE ANDRÉS-GIMENO B, FERRER-ARNEDO C.</i>	
<b>CB - 010.- ¿PUEDEN LAS ESTRUCTURAS TÉCNICAS DE APOYO DE LAS GERENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA TRABAJAR CON UN CONTRATO PROGRAMA?.</b>	<b>139</b>
<i>JIMÉNEZ-DOMÍNGUEZ C, ALEMANY-LÓPEZ A, MEDIAVILLA-HERRERA I, MIQUEL-GÓMEZ A.</i>	

**CB - 001.- RESULTADOS DEL GRUPO DE TRABAJO DEL USO RACIONAL DE LA SANGRE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.**

ORTEGA-LÓPEZ AB, GARCÍA-RUIZ MA, ROMERO-MARTÍNEZ FJ, HERNÁNDEZ-VIDAÑA AM, JURADO-CHACÓN M, BUENO-RODRIGUEZ A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

**OBJETIVOS:**

La transfusión alogénica es una terapia muy común en el ámbito quirúrgico, aunque es un bien escaso y no exenta de riesgos. Con el fin de mejorar el índice transfusional en nuestro centro y evitar transfusiones innecesarias, creamos un grupo de trabajo multidisciplinar, "Uso racional de la sangre y hemostasia periquirúrgica", integrado por personal de los Servicios de Hematología y Anestesiología. Una de las estrategias de ahorro de sangre, llevada a cabo por dicho grupo para reducir el índice transfusional, fue la corrección de anemia preoperatoria en cirugía mayor ginecológica electiva, cuyo índice transfusional global entre 2008 y 2010 fue del 10%.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realiza la evaluación del riesgo transfusional en cirugía ginecológica mediante la valoración del tipo de intervención, hemoglobina preoperatoria, masa corporal, sexo y fármacos preoperatorios. Para desarrollar una óptima estrategia transfusional se elabora un programa de ahorro de sangre (PAS) que incluye: Realizar un protocolo restrictivo de transfusión, corrección de la anemia preoperatoria, reducción del sangrado perioperatorio y uso de sangre autóloga. La medida implementada por PAS consiste en corregir la anemia ferropénica y mixta (ferropenia y trastornos crónicos) preoperatorio (Hb 13gr/dl), principal factor predictivo de transfusión y factor pronóstico negativo de morbilidad. Se incluyen las cirugías de alto riesgo transfusional. La terapia de corrección se realiza con hierro intravenoso (sacarosa y/o carboximaltosa) adecuando la misma a la fecha de IQ (2-3 semanas previas a la intervención) y calculando el déficit con la fórmula de Ganzoni (según ficha técnica de los preparados). El día previo a la cirugía se realiza un control de Hb preoperatorio y se pauta hierro sacarosa en la primera semana postoperatoria.

**RESULTADOS:**

Se corrige la anemia ferropénica y mixta preoperatoria en 26 pacientes sometidos a cirugía mayor ginecológica durante 2011. De este grupo de pacientes sólo hubo un caso de transfusión postoperatoria debido a una complicación postquirúrgica (hematoma de pared) siendo su índice transfusional de 0.4%.

**DISCUSIÓN:**

La implantación de este protocolo ha sido muy satisfactoria tanto por mejoría clínica del paciente previo a la intervención como por la reducción del índice transfusional en esta cirugía. La reducción de los efectos adversos potenciales de la transfusión alogénica y el impacto económico derivado de esta estrategia fomenta la extensión de este proyecto a otros servicios quirúrgicos en un futuro próximo.

## **CB - 002.- RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL DE ZUMARRAGA.**

BUSTO-VICENTE MJ, BERNARDO-ORMAZABAL MJ, ARRUABARRENA-OYARBIDE A, ERRO-AZCARATE JM, ARANDA-LOZANO F, LANZETA-VICENTE I.

HOSPITAL DE ZUMARRAGA. ZUMARRAGA (GUIPÚZKOA).

### **OBJETIVOS:**

Analizar la utilización del Listado de Verificación Quirúrgico (LVQ) en nuestro Hospital a los 6 meses de su implantación: Pasos, dificultades y resultados; Cumplimentación según especialidad quirúrgica y según estamento profesional (enfermería, especialista quirúrgico y anestesista); Percepción de utilidad por los profesionales.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se creó un grupo de trabajo con un coordinador, (médico de Cirugía General). Se acordó un modelo de LVQ adaptado a nuestro centro. Se realizaron sesiones informativas para médicos y enfermeras del área quirúrgica.

Se pilotó el LVQ en el Servicio de Cirugía General (junio-septiembre 2011), en actividad programada de mañana, identificando problemas de uso y recogiendo sugerencias. Se realizó una encuesta de percepción su utilización. Posteriormente se extendió al resto de especialidades quirúrgicas.

Se creó una base de datos para los LVQ realizados.

### **RESULTADOS:**

Del 15-10-2011 al 15-04-2012: Se realizaron en el hospital un total de 1413 intervenciones en actividad programada de mañana y se cumplimentaron 706 LVQ (50%). Realización del LVQ por servicios: Cirugía General 77,27%, ORL 66,36%, Ginecología 65,66%, Urología 49,74%, Oftalmología 41,63% y Traumatología 40,91%.

Media de ítems cumplimentados por estamentos: Enfermería 89,23%, llegando al 100% en la fase de entrada (resultados similares analizándolos por especialidades); Desigual participación entre los cirujanos que varía desde el 4% (oftalmología), hasta más del 70% (urología, cirugía general). Cumplimentan mejor en la fase de pausa (65,28%) que en la fase de salida (55,61%); Anestesistas, 47%, siendo similar en las fases de entrada y pausa y algo menor en la de salida. Los datos del paciente, fecha, tipo de intervención y quirófano se recogen de forma correcta en un alto porcentaje (95%).

Encuesta: El 23,5% no tenían información previa del LVQ. El 95% opina que es útil, sobretodo para prevenir errores. 58% lo cumplimentan siempre o casi siempre y la mayor dificultad es la poca colaboración entre miembros del equipo.

### **DISCUSIÓN:**

El LVQ es una herramienta de uso fácil, rápido, seguro, escaso coste y que no interrumpe la actividad normal del quirófano.

Su utilización por parte del personal médico es bastante irregular. A pesar de las reticencias en asumir responsabilidad en el proceso por parte del personal de Enfermería, su participación es mayoritaria y más correcta.

La escasa utilización del LVQ en las intervenciones de Oftalmología, está en relación con la necesidad de un modelo específico, que actualmente ya está confeccionado y se adapta mejor a las características de sus intervenciones ( 90% cataratas).

El LVQ se realiza mejor cuando es una sola persona la que asume toda su cumplimentación. El factor más importante para su realización es "las ganas del personal".

Según los datos de la encuesta, debemos insistir en reuniones de información, comunicación de resultados e implicación del personal.

**CB - 003.- ESTRATEGIAS PARA LA INTEGRACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN EN LAS UNIDADES DE UNA COMARCA DE ATENCIÓN PRIMARIA.**

COLLAZOS-DORRONSORO A, SÁEZ-LARRUCEA I, GALÍNDEZ-ALBERDI I, CAMINERO-IBARRETXE M, BANUELOS-DÍAZ I, ORMAETXEA-LEGARRETA MJ.

COMARCA BILBAO. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

La Comarca de Atención primaria dispone de una Unidad Básica de Prevención(UBP) propia desde el año 1993 para gestionar la Prevención de Riesgos Laborales (PRL). Sin embargo, tras más de 15 años de actividad de esta UBP la encuesta de satisfacción de personas(ESP) indicaba una baja puntuación en el área de Salud laboral y escaso conocimiento por parte de los trabajadores de la Comarca. Tras el análisis de estos resultados la Dirección de Comarca se plantea los siguientes objetivos con el apoyo de la UBP:

- Mejorar el conocimiento en PRL de las personas de la Comarca.
- Acercar la prestación del servicio a las Unidades de Atención Primaria (UAPs), visibilizando la UBP.
- Establecer indicadores de gestión de prevención en la Comarca, definiendo indicadores tanto para la UBP como para las UAPs.
- Someter esta gestión a certificación externa, como elemento de control y mejora continua del proceso.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El proceso se inicia en el año 2007, e incorpora de forma progresiva las siguientes acciones:

- Designación del Directivo responsable del proceso de PRL.
- Definición del proceso de prevención y sus dos subproceso (Vigilancia de la Salud y Gestión de riesgos), y asignación de responsables de los mismos.
- Establecimiento de objetivos e indicadores para la UBP, las UAPs con seguimiento cuatrimestral y anual de los mismos, así como con la posibilidad de su inclusión voluntaria en el plan de incentivos anuales.
- Coordinación UBP-UAP para el seguimiento de indicadores.
- Comunicación de la PRL a todas las personas de la Comarca incluyendolo en: Consejos de dirección, canales de comunicación de la Comarca (intranet).
- Promover la implicación de los delegados de prevención, incorporándolos en equipos de trabajo e informando al Comité de Seguridad y Salud.
- Incorporación al proyecto piloto de Certificación OHSAS de Osakidetza.
- Implantar proyecto DEPARIS(despistaje participativo de riesgos).

## **RESULTADOS:**

La comarca obtiene en todos sus centros su primera certificación OHSAS en el año 2008, siendo recertificada este año 2012, sin no conformidades.

Uno de los puntos fuertes reflejados por los auditores, internos y externos, es el amplio conocimiento que muestran los trabajadores entrevistados tanto de prevención como de los recursos humanos y materiales disponibles (UBP, intranet)

Mejora la puntuación de salud laboral en ESP.

Premio OSALAN 2010 al proyecto DEPARIS realizado por los propios trabajadores en coordinación con la UBP.

## **DISCUSIÓN:**

La gestión correcta de la PRL debe ser un elemento más de la gestión responsable de las organizaciones.

Necesita del compromiso y liderazgo de la Dirección, de las personas dedicadas a prevención y la aplicación de herramientas de gestión.

El despliegue de indicadores y la responsabilidad de su consecución por parte de las UAPs es el elemento crítico de éxito del proceso pues favorece el conocimiento y la integración real de PRL en el trabajo de las personas.

La certificación OHSAS somete todo el sistema a un proceso de revisión sistemático y de mejora continua.

## **CB - 004.- EL DOLOR COMO QUINTA CONSTANTE EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA ¿RETO SUPERADO?.**

CARRERAS-VIÑAS M, RODRÍGUEZ-PÉREZ B, FIUZA-BARREIRO B, MARTÍN-RODRÍGUEZ MD, PAIS-IGLESIAS B, GARCÍA-CEPEDA B.

SERGAS. EDIFICIO ADMINISTRATIVO SAN LÁZARO. 15703. SANTIAGO DE COMPOSTELA. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

### **OBJETIVOS:**

Implantar la valoración del dolor como 5ª constante en todos los hospitales de la Comunidad. 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 MÉTODOS:**

Sistematización del procedimiento de valoración del dolor agudo. Incorporación de la escala EVA. Implantación de registro de dolor en aplicativo de cuidados GACELA en la gráfica de constantes y registro cualitativo. Formación de profesionales. Distribución reglas con EVA y con escala de valoración facial a profesionales, póster informativos y dípticos para pacientes. Aprobación por la dirección e implantación en los hospitales de la Comunidad (14). Inclusión como objetivo en el contrato de gestión. Estándar valoración del 50% de los pacientes hospitalizados. Auditoría de registros trimestral. Análisis descriptivo de datos con SPSS 15.0. Feedback a dirección de centros trimestral con datos comparativos de los 14 hospitales. Periodo estudio enero2011-marzo2012.

### **RESULTADOS:**

Procedimiento de valoración del dolor y registro en GACELA implantado en los 14 hospitales. En 2011 Ingresan 220.706 pacientes. Registro dolor 5ª constante en 71.235 (32.3%). 18.4% 1º trimestre, 26.8% el segundo, 30.2% el tercero y 44.9% el cuarto. Registro cualitativo de dolor en 22.075 pacientes. Dos centros alcanzaron el estándar  $\geq 50\%$ . En el 1º trimestre 2012 ingresos 61.681 con registro dolor en gráfica 37.842 (61.4%). 9 hospitales alcanzaron el objetivo.

En 2011 un 30.2% de pacientes hospitalizados sufren dolor (VAS mayor de 0). El 58 % mujeres (43.4% edad60).

59.7% pacientes presentan dolor leve (58.2% mujeres, 43% edad 60, y 41.9% hombres, 58.6% edad60); 35.8% dolor moderado (58.9% mujeres, 43.6% edad60 y 41.3% varones, 55% edad 60 años); y 6.6% dolor severo (53% mujeres, 45.7% edad 60, y 47% varones, 57.5% edad60).

En el 34.4% de los pacientes el dolor está relacionado con patología médica, 24% con cirugía y 14.4% con traumatismos. Un 79.8% presenta dolor localizado. El abdomen es la localización más frecuente 36.1%, seguida de extremidades 26.7%, y cabeza/cuello 12%.

Síntomas asociados más frecuentes: náuseas/vómitos 5.7%, debilidad/parestesias 3.5%, signos infección 3%.

Se administró analgesia intravenosa intermitente en 52.7% casos y oral en 23.8%, un 10% no tenían pauta analgesia.

El dolor cedió con analgesia en 45.6% pacientes, y disminuyó en 32.2%. Un 3% necesitó analgesia de rescate.

### **DISCUSIÓN:**

La sistematización e implantación de un procedimiento de información con el seguimiento trimestral del cumplimiento de objetivos con datos comparativos de todos los hospitales ha favorecido la competencia entre centros y la implantación de mejoras, logrando incrementos trimestrales en el cumplimiento del 8.4%, 3.4%, 14.7% y 16.5%.

Aun tenemos un amplio margen de mejora en la atención al paciente con dolor.

**CB - 005.- EVOLUCION DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL.**

GONZÁLEZ-IGLESIAS I, NAVES-GÓMEZ C.

HOSPITAL DE CABUEÑES. GIJÓN. OVIEDO (ASTURIAS).

**OBJETIVOS:**

- 1) Evaluar el cambio en la Cultura de Seguridad del Paciente (SP) en un Servicio de Urgencias Hospitalaria (SHU) tras recibir formación sobre Seguridad del Paciente.
- 2) Averiguar si el nivel de cultura difiere del obtenido en estudios realizados en otros SUH.
- 3) Conocer las dimensiones valoradas negativamente y proponer estrategias de mejora.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo en el que se recogen los resultados de la valoración del nivel de cultura de seguridad en el SHU del Hospital Alvarez-Buylla (Mieres. Asturias) en el año 2010 y 2011 utilizando como instrumento de medición la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) adaptada al castellano. La encuesta se realizó a los profesionales del SUH, y fué administrada por el responsable de SP del SUH. Se analizaron las respuestas positivas y negativas a 42 preguntas que configuran un total de 12 dimensiones sobre cultura de seguridad, así como la calificación de 0 a 10 otorgada a la seguridad del paciente en el SUH. En el intervalo de tiempo de 2010 a 2011 el SUH realizó las siguientes actividades: Un adjunto del Servicio se formó como Instructor de Seguridad Clínica de SEMES. Parte del personal del SUH ha recibido formación en "Lavado de Manos", "Uso del Programa Informático CRMS de Gestión y Notificación de Incidentes del SESPA" y un "Curso de Formación Básica en Seguridad del Paciente". Así mismo se ha elaborado un AMFE del proceso de observación en Urgencias y se ha realizado un Análisis Causa-Raíz de un evento centinela del SUH.

**RESULTADOS:**

La encuesta se aplicó a los profesionales del SUH del Hospital Alvarez-Buylla del Area VII SESPA en el mes de Junio de 2010 y en Junio de 2011. La nota media sobre nivel de seguridad fué de 4,6 puntos en 2010 y de 6,09 puntos en 2011. Las dimensiones que mejoraron notablemente del 2010 al 2011 fueron las de "Frecuencia de eventos notificados"; "Aprendizaje organizacional/Mejora continua" y "Respuesta no punitiva a los errores". Por otro lado empeoraron sensiblemente "Feed-Back y Comunicación sobre Errores" y "Apoyo de la Gerencia del Hospital en Seguridad del Paciente".

**DISCUSIÓN:**

La formación sobre Seguridad del Paciente promueve la notificación de eventos adversos y crea un clima propicio para el aprendizaje y la mejora en SP en los SUH. El aumento en la frecuencia de notificación de eventos adversos provocó la percepción negativa sobre Feed-Back de esas notificaciones y del apoyo de la Gerencia en SP. Los datos obtenidos en ambas encuestas no difieren mucho de los obtenidos en otros SUH. Es preciso incidir por tanto en la mejora de los cauces de comunicación sobre errores notificados y una mayor implicación de las Gerencias en el desarrollo de políticas de promoción de SP que sean bien percibidas por los profesionales de los SUH.

**CB - 006.- DETECCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL - LA INFORMACIÓN: CLAVE DEL ÉXITO.**

GARMENDIA-MENDIZABAL A, ALARGUNSORO-UGARTEMENDIA M, URTEAGA-IRIZAR M, ETCHEVERRY MUGICA-MUGICA I, GARTZIARENA-LASARTE S, BARANDIARÁN-UNANUE C.

OSI GOIERRI-ALTO UROLA, CENTRO DE SALUD DE ORDIZIA. ORDIZIA (GUIPUZKOA).

**OBJETIVOS:**

- Dispensar información sencilla y facilitadora para la realización de la prueba de cribado.
- Conseguir un alto índice de participación de la población.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- En una primera fase se realizó la formación del personal de la UAP en dos ediciones.
- Se trabajó la información al paciente para unificarla y evitar informaciones diferentes que pudieran confundirle.
- En la UAP se designaron las personas referentes y se establecieron las tareas en cada una de las fases: invitación a la población, entrega de kits, resultados de TSOH.
- Se realizó una reunión de A. Primaria y diferentes servicios del Hospital para unificar criterios, establecer protocolos y procedimientos a seguir.
- Se estableció un procedimiento para detectar las personas con resultado positivo que no pedían cita para resultado.

**RESULTADOS:**

- Se confeccionó un manual de información y respuestas con el que cualquiera de las profesionales de la UAP pudiera responder, con rapidez y eficacia, a las dudas que se planteaban: uso de kit, participación, dudas clínicas, ....
- Se confeccionaron hojas informativas para los pacientes con notas aclaratorias para facilitar la realización del procedimiento.
- La población a estudio era de 2.806 siendo la participación de 1.987 (74%) superando la participación de las UAPs que ya han realizado el cribado y la media de la comunidad autónoma vasca (65,67%) e incluso de otras comunidades como Catalunya 17,2 % Valencia 35,2%, Murcia 42,3% y 36,1% en Cantabria y países europeos (Reino Unido 52%, Italia 45%)-

oPersonas con resultado TSOH+: 139 (7%).

oPólipo canceroso 1 (0,73%).

oCarcinoma 8 (5,84%).

oPatología relevante no neoplásica 4 (2,92%)

**DISCUSIÓN:**

Estos datos indican que el trabajo en equipo, la coordinación de las unidades, servicios implicados y la formación de las personas que participan en el proyecto son importantes para su implicación.

Una información facilitadora para las personas incluidas en la población a estudio favorece la participación en el mismo y ambas son importantes para el éxito del proyecto y la mejora de la salud de la población.

En este momento, nuestra labor es;compartir nuestra experiencia; con el resto de las UAPs que van a poner en marcha el programa.

**CB - 007.- ¿POR QUÉ OHSAS EN SANIDAD?.**

ARNAU-PLAZA T, TABERNERO-ALBA E, MARTI-ROIG C, QUIROS-MORATO T.  
HOSPITAL DE LA RIBERA. VALENCIA.

**OBJETIVOS:**

El objetivo consistía en certificar el Departamento de salud de La Ribera bajo los criterios de la norma OHSAS 18001 Gestión de la Seguridad y Salud de los trabajadores, estándar reconocido internacionalmente. Los retos eran varios, los trabajadores de los Ribera pertenecen a dos tipos de contractuales diferentes, estatutarios y UTE. Sin olvidar la dispersión de los 42 centros de salud y Hospital repartidos por toda la comarca de La Ribera e integrarlo con el Sistema de Gestión de Calidad, medioambiente y energética ya implantados en la organización.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El Departamento de Salud de La Ribera ya contaba con un Servicio de Prevención de riesgos laborales mancomunado. Además se unió al proyecto la Dirección de Organización Asistencial y Calidad conectora de los requisitos de la norma OHSAS 18001. El trabajo consistía en adecuar el manual de prevención existente basado en la obsoleta norma UNE a un sistema estructurado de gestión que permitiera la certificación OHSAS. Siguiendo la legislación existente en PRL se adecuaron los procedimientos (radiaciones, protección embarazadas, planes de emergencia, control de subcontratas, etc.) al estándar de calidad OHSAS. Por otra parte se elaboraron los procedimientos que faltaban (auditorias, control de la documentación, NC, AC, etc.), completando así todos los requisitos establecidos.

**RESULTADOS:**

En poco mas de un año, se ha conseguido adaptar todos los procedimientos existentes crear los necesarios para el cumplimiento de la norma y seguir con la actividad normal del servicio. El sistema de gestión de seguridad y salud se ha certificado y con unos resultados excelente en 2011, con 650 profesionales formados en diferentes áreas (Educación vial, Formación on-line, Prevención TME, Residuos, Acogidas de trabajadores de nueva contratación), 255 profesionales formados presencialmente en planes de emergencia, 6 simulacros en Centros de Salud y un simulacro en el Hospital, 36 profesionales formados con Bomberos en Formación Práctica, 100% de los reconocimientos médicos planificados. Lo que nos ha llevado a tener una Tasa de Absentismo de un 2% y una reducción de la siniestralidad laboral. Con ello hemos conseguido no solo cumplir lo establecido en la ley sino ir mas allá consiguiendo unas mejores inmejorables condiciones para los trabajadores.

**DISCUSIÓN:**

No podemos olvidar que en sanidad además del paciente debemos cuidar a los profesionales. Este sistema permite de una manera fácil y continúa, conseguir un lugar de trabajo más seguro, identificando prioridades y objetivos. En estos momentos de dificultades económicas este sistema estructurado nos facilita la gestión de la prevención consiguiendo entre otros una tasa de accidentabilidad y de absentismo inferior a la media en el sector, repercutiendo de una manera directa en una disminución de los costes. Por ultimo nos garantizar el cumplimiento de la obligación legal de auditorias reglamentarias a las que estamos sujetos de una manera sencilla.

**CB - 008.- CALIDAD DE LA INFORMACION DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES (TAO) EN NUESTRO HOSPITAL.**

AGUIRREZABAL-GARCÍA DE CORTÁZAR B, ACHAERANDIO-LÓPEZ MA, FUENTES-LAMELAS I, ALVAREZ-MOREZUELAS MN, PEREDA-VICANDI A, DÍAZ DE GUEREÑU-MARÍN MM.

HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA-SANTIAGO. VITORIA - GASTEIZ.

**OBJETIVOS:**

Nos propusimos 1) conocer y medir la calidad de la información de nuestros pacientes sobre los motivos y precauciones que deben tomar por su TAO con dicumarínicos (Sintrom®) y 2) disponer de datos para establecer acciones que nos permitan mejorar la información de estos pacientes sobre su tratamiento.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

durante Noviembre de 2011 encuestamos a 298 pacientes que acudieron a control hospitalario especializado de su TAO. Se entregó un cuestionario con items sobre el motivo para TAO, calidad de la información, comprensión de conceptos, hábitos de ingesta, relación con actividad física, posibles interacciones o necesidad de consultar con su médico.

**RESULTADOS:**

El 37% de pacientes eran menores de 70 años, y el 26% mayor de 80 años. El 61% eran varones, el 47% llevaba más de 5 años con TAO y un 27% menos de uno. Al preguntarles si conocían los motivos para recibir TAO, el 95% afirmaban que sí, pero sólo el 83% de las respuestas coincidía con el motivo anotado en su ficha de tratamiento, detectándose un 9% de fichas con motivo mal registrado tras revisión de historia. Sobre la calidad de la información aportada, un 15.1% afirmaba que era excelente y un 73% muy buena o buena. Encuestando sobre cómo se medía el efecto del TAO, el 37% refería conocerlo y un 49% afirmaba que nunca se lo habían explicado. Al preguntar por el valor de un INR alto, sólo un 70% de la muestra conocía el significado. Sólo el 60% conocía la actuación correcta para tomar última dosis, previa al control. Sobre las interacciones con la alimentación (56% de respuestas correctas) e ingesta de bebidas alcohólicas (76% conocían la pauta adecuada). En lo relativo a la actividad física o sexual, interacción con tratamientos "naturales", cuándo informar o ante qué síntomas consultar al personal sanitario, ofrecieron resultados satisfactorios de conocimiento que iban del 77% (actividad sexual) al 96 %. Encuestados sobre los efectos derivados de la ingesta de Sintrom, excluidos los sangrados, el 65% afirmaba que no era de esperar ninguno, y curiosamente un 26% afirmaba mejoría de la arritmia, la gran mayoría de estos últimos en TAO por fibrilación auricular. Por último destacaba favorablemente el conocimiento de la actuación ante olvidos y la interacción con otros medicamentos de uso común (96% y 94,3% escogían la mejor opción respectivamente).

**DISCUSIÓN:**

debemos aumentar la calidad de la información suministrada a los pacientes, mejorar el conocimiento del significado del INR, los motivos para TAO, y realizar acciones de recuerdo de los aspectos más trascendentes. Es llamativo el porcentaje de pacientes que afirman una mejoría de su arritmia no esperable como efecto directo del TAO. Además se ha detectado un 10% de fichas que tenían mal registrado el motivo para TAO. Este hecho aconsejaría repreguntar periódicamente al paciente o revisar su historia clínica cada cierto tiempo.

**CB - 009.- BENCHMARKING: HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS CENTROS.**

SALAZAR-DE LA GUERRA R, AYUSO-MURILLO D, DE ANDRÉS-GIMENO B, FERRER-ARNEDO C.

HOSPITAL DE GUADARRAMA. MADRID.

**OBJETIVOS:**

1. Realizar benchmarking de procedimientos y resultados relacionados con la seguridad del paciente, en dos organizaciones con procesos comunes y derivación de pacientes.
2. Identificar los procedimientos que deben ser estandarizarse para garantizar la continuidad de cuidados, normalizar los procesos relevantes y mejorar la seguridad de los pacientes que se derivan entre los centros.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se trata de un estudio descriptivo de las actuaciones que se llevan a cabo en los hospitales, Puerta de Hierro Majadahonda y Guadarrama en materia de seguridad del paciente en los cuidados de enfermería. Se han comparado procesos comunes y que precisan de una continuidad de cuidados al alta del paciente en Atención Especializada.

El Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda deriva pacientes al Hospital de Guadarrama, principalmente de los Servicios de Medicina Interna, Neurología y Traumatología. El hospital Guadarrama es un hospital de cuidados de media estancia con 160 camas. El número de derivaciones realizadas en 2011 fue de 198 pacientes. 100 en Recuperación funcional (pacientes con Ictus, Deterioro funcional y procesos de ortogeriatría), 17 en Cuidados Continuados (pacientes dependientes con gran necesidad de cuidados de enfermería), 56 en la Unidad de Paliativos, 14 en Crónicos Agudizados y 11 en Neumología.

**RESULTADOS:**

Se han comparado un total de 39 indicadores: 21 de estructura (procedimientos para mejorar la seguridad de los pacientes), 12 de proceso y 6 de resultado. El Hospital U. Puerta de Hierro Majadahonda no dispone de dos procedimientos, (Higiene del paciente, normas para el traspaso de información clínica), es decir, 90% de los procedimientos están implantados. En el Hospital Guadarrama tienen un 95% de los procedimientos (no dispone del procedimiento: uso de contenciones).

Los indicadores de proceso están relacionados con el cumplimiento de procedimientos de higiene de manos, sondaje vesical, cateterización venosa periférica, valoración del dolor, valoración del riesgo de UPP, y profesionales formados en temas de seguridad. Los indicadores de resultados se relacionan con la incidencia y prevalencia de UPP, identificación de pacientes, dolor, caídas e informes de continuidad de cuidados.

**DISCUSIÓN:**

El benchmarking es una herramienta fundamental para la detección de oportunidades de mejora en los centros. La comparación de variables cualitativas como pueden ser la existencia o no de protocolos o procedimientos (indicadores de estructura), puede realizarse cuando los procesos asistenciales son comunes entre los centros. Por otro lado, la medición de indicadores de proceso y resultado debe realizarse con una metodología común para poder establecer comparación entre las variables cuantitativas.

**CB - 010.- ¿PUEDEN LAS ESTRUCTURAS TÉCNICAS DE APOYO DE LAS GERENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA TRABAJAR CON UN CONTRATO PROGRAMA?.**

JIMÉNEZ-DOMÍNGUEZ C, ALEMANY-LÓPEZ A, MEDIAVILLA-HERRERA I, MIQUEL-GÓMEZ A.  
DIRECCIÓN TÉCNICA DE PROCESOS Y CALIDAD. MADRID.

**OBJETIVOS:**

Somos la Dirección técnica (DT) de procesos y calidad de una gerencia de atención primaria cuya función es el despliegue de la estrategia de calidad. Decidimos en 2011 trabajar con un contrato programa (CP), como lo hacen nuestros centros de salud y elaborarlo siguiendo el esquema EFQM.

OBJETIVO: elaborar el CP de la DT de procesos y calidad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Por consenso, entre las directoras y el equipo de 10 técnicos se define la misión de la DT así como el mapa de procesos y el lienzo de nuestro modelo de negocio donde quedan relacionados nuestros clientes, qué relaciones y por qué canales nos comunicamos con ellos y qué propuestas de valor les proporcionamos.

Se establecen también los objetivos, actividades, indicadores y metas del CP. Se elaboran documentos con objetivos individuales para los 10 técnicos.

**RESULTADOS:**

MISIÓN: Somos un equipo técnico cuya misión es planificar y desplegar la calidad en la Gerencia de Atención Primaria desarrollando el sistema de gestión de calidad del Servicio de Salud.

Definimos objetivos, medimos, analizamos y mejoramos los procesos con la participación de los grupos de interés. Diseñamos y actualizamos la cartera de servicios. Damos apoyo metodológico a los profesionales. Incorporamos el aprendizaje, la creatividad y la innovación para alcanzar la visión de la organización.

**NUESTROS PROCESOS CLAVE:**

- Desarrollar y mejorar procesos, procedimientos, protocolos, planes y proyectos.
- Desplegar la estrategia de calidad y seguridad.
- Actualizar, evaluar y mejorar la cartera de servicios.
- Desarrollar la calidad de los cuidados.
- Diseñar, evaluar y mejorar el contrato programa de los centros de salud.
- Contribuir a desarrollar el cuadro de mando.
- Formar a profesionales postgrado.
- Investigar.
- Difundir los resultados de investigación, calidad y seguridad.

## NUESTRO CONTRATO PROGRAMA: 118 indicadores

□6 indicadores de liderazgo, estrategia y alianzas que incluyen definir nuestra arquitectura funcional, desarrollar documentos individuales de objetivos para nuestros técnicos, elaborar una memoria anual y un documento con los requisitos de calidad del servicio que prestamos según las expectativas de nuestros clientes.

□10 indicadores de personas (agentes y resultados): número de despachos con los técnicos, reuniones de equipo, reuniones de reflexión, evaluación y mejora, resultado del termómetro del clima laboral del equipo y todo lo referido a la formación en nuestro ámbito de competencias.

□58 indicadores de procesos que incluyen objetivos referidos a nuestros procesos clave.

□2 indicadores de resultados en cliente que incluyen el resultado de la encuesta de satisfacción.

□9 indicadores de resultados en sociedad que incluyen comunicaciones, publicaciones, proyectos de investigación, referencias en medios de comunicación, premios.

□33 indicadores de resultados claves.

### **DISCUSIÓN:**

La elaboración de nuestro CP ha permitido desarrollar nuestra misión de una forma planificada, con actividades y metas que hemos evaluado.

## **COMUNICACIONES ORALES**

## Sesión de Comunicaciones Orales. Sala A2.

### Seguridad clínica. CO – 011 / CO – 023

**CO - 011.- BENCHMARKING EN 100% HOSPITALES: MEDIMOS, COMPARAMOS, COMUNICAMOS, MEJORAMOS Y VOLVEMOS A MEDIR.** 149

PAIS-IGLESIAS B, CARRERAS-VIÑAS M, GRAÑA-GARRIDO I, GARCIA-CEPEDA B, MARTIN-RODRIGUEZ D, RODRIGUEZ-PÉREZ B.

**CO - 012.- ANALISIS DE RIESGOS EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRITICO.** 151

GARCIA-DIEZ R, GOMEZ-ALCIBAR A, ISASI-PEREZ A, ANDRES-JAUREGUI A, DELICADO-DOMINGO M, FILARDO-MANERO E.

**CO - 013.- ¿CÓMO ACTUAR CUANDO EL EVENTO CENTINELA SE PRESENTA? IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA DE RECOMENDACIONES.** 152

GRAÑA-GARRIDO I, MARTÍN-RODRÍGUEZ MD, GARCÍA-CEPEDA B, RODRÍGUEZ-PÉREZ B, PAIS-IGLESIAS B, CARRERAS-VIÑAS M.

**CO - 014.- PULSO AL DOLOR: CUANDO EL CIRCUITO DEL DOLOR AGUDO POSTQUIRÚRGICO SE ROMPE EXPERIENCIA PRÁCTICA DE LAS CLINICAS IMQ.** 153

CALLE-ARRINDA N, ARRANZ-GOMEZ M, URRUTIA-JOHANSSON I, ALONSO-ANDRÉS L, MUÑOZ-NUÑEZ E, URRACA-VILLAR A.

**CO - 015.- ESTUDIO DE LA CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNOSTICO DEL MEDICO DE FAMILIA Y EL OFTALMOLOGO.** 155

SALGADO-GIL MR, MORENO-UTRERA C, DOMINGUEZ-GARCIA F, RIAÑO-LUNA MA.

**CO - 016.- EVALUACIÓN SÉNECA:1500 RAZONES PARA MEJORAR RESULTADOS DE 100 INDICADORES DE SEGURIDAD EN CUIDADOS X 15 HOSPITALES.** 157

CARRERAS-VIÑAS M, MARTÍN-RODRÍGUEZ D, RODRÍGUEZ-PÉREZ B, GARCÍA-CEPEDA B, PAIS-IGLESIAS B.

**CO - 017.- SEGURIDAD CLINICA: PREVENCION DEL SUICIDIO EN EL HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO.** 158

MATE-TRASVIÑA MC, MARTIN-ZURIMENDI JA.

**CO - 018.- GRUPO DE ANÁLISIS DE LAS NOTIFICACIONES AL BUZÓN DE INCIDENTES (GANBI): UNA MEJOR GESTIÓN DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN.** 159

PRATS-ALONSO E, BUENO-DOMÍNGUEZ MJ, BESORA-CUNILLERA JA, GARCIA-NAVARRO JA, BRIANSÓ-FLORENCIO M, COLOMÉS-FIGUERA L.

**CO - 019.- GESTION DE RIESGOS EN UCI: EL SISTEMA DE NOTIFICACION COMO HERRAMIENTA BASICA.** 161

RUILOPE-ALVARO L, QUINTANO-RODERO A, VALLEJO-LOPEZ MF, MANZANO-RAMIREZ A, RUIZ DE OCENDA-SANZ E, CORRAL-LOZANO E.

**CO - 020.- ESTUDIO DE COLONIZACIÓN NASAL POR S AUREUS EN EL PERSONAL SANITARIO DEL HOSPITAL DR. MOLINER.** 162

SABATER-BORÍ C, SÁNCHEZ-ROLDÁN MD, GIL-APARICIO MD, GINER-ALMARAZ S, ROMERO-ROMERO C, ORTOLÁ-SORIA I.

**CO - 021.- EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS ADVERSOS POR NEUROLÉPTICOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA.** 164

MORENO-CALVETE MC.

**CO - 022.- APLICACIÓN DE LA NORMA UNE 179003 DE GESTIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS EN UN HOSPITAL DE DÍA DE ONCOHEMATOLOGÍA.** 165

MAGARIÑOS-IGLESIAS JR, LAMAS-DÍAZ MJ, PÉREZ-ENCINAS M, REGOS-BARRIO C, CASTRO-GIADÁNS A, VÁZQUEZ-RIVERA F.

**CO - 023.- ESTRATEGIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRURGICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.** 167

TORIJANO-CASTILLO MJ, NAVARRO-GIL P, PLA-MESTRE R, RODRÍGUEZ-PÉREZ MP, CANTERO-CABALLERO M, JIMÉNEZ-MUÑOZ AB.

## Sesión de Comunicaciones Orales. Sala A4.

### Seguridad clínica y gestión de riesgos. CO – 024 / CO – 036

**CO - 024.- ESTRATEGIA TÁCTICA PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS EN LA ATENCIÓN SANITARIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO.** 169

ALAMEDA-ETXEBARRIA S, UTRERA-MORENO ML, RUIZ-ETXEBARRIA MA, LLARENA-CUEVAS MJ, IBARRA-HERNÁNDEZ K, GONZÁLEZ-MOLINA Y.

**CO - 025.- IMPLANTACIÓN DE LA NORMA 179003: GESTIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN HEMODIÁLISIS Y LABORATORIO.** 170

VIZOSO-LORENZO N, CASTRO-CASTRO M, REY-MARTÍNEZ MA, GARCÍA-RIVELA LM, ALBÁN-SALGADO A, RODRÍGUEZ-CASTAÑO M.

**CO - 026.- PROGRAMA DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SARM: UNA MEDIDA EFICIENTE Y EFICAZ PARA LA SEGURIDAD DE NUESTROS PACIENTES.** 172

IBÁÑEZ-ROMAGUERA JM, TRICAS-LERIS JM, VIDAL-GALVE R, REDON-RUIZ E, MAURI-NICOLAS E.

**CO - 027.- ¿TIENEN MÁS EVENTOS ADVERSOS LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN AISLAMIENTO POR INFECCIÓN?.** 173

ARROSPIDE-ELGARRETA A, MENDIZABAL-LARRAÑAGA M, TABOADA-GOMEZ J, LANZETA-VICENTE I, ARROYO-RODRIGO MJ, DELGADO-PAEZ DL.

**CO - 028.- ANÁLISIS DE SEGURIDAD EN TIEMPO REAL (AASTRE). DISEÑO DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN A TRAVÉS DEL MÉTODO DELPHI.** 175

POBO-PERIS A, SIRGO-RODRÍGUEZ G, MARTÍN-DELGADO MC, BODÍ-SAERA MA, OLONA-CABASES M.

<b>CO - 029.- DESARROLLO DE UNA APLICACIÓN INFORMÁTICA COMO AYUDA A LA CONCILIACIÓN EN SALUD MENTAL.</b>	<b>176</b>
<i>ZARDOYA-MATEO MJ, PRIETO-PERAITA M, LOPEZ-ORTIZ M, ARANA-OSINAGA A.</i>	
<b>CO - 030.- ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, SÍNTOMA DE CALIDAD.</b>	<b>177</b>
<i>PRIETO-PERDIGÓN D, DOBLADO-LÓPEZ O, MORAN-VALLE I.</i>	
<b>CO - 031.- ¿HAY VIDA DESPUÉS DEL PROYECTO SÉNECA?.</b>	<b>178</b>
<i>HERRERA-CARRAL P, FERNÁNDEZ-NÚÑEZ ML, RUIZ-MARAÑA MF, FREIRE-RUIZ RG, SÁNCHEZ-CALLES D, RODRÍGUEZ-GARRIDO MM.</i>	
<b>CO - 032.- CRIBADO MEDIANTE UN TEST RÁPIDO DE PACIENTES CON RIESGO ELEVADO DE ESTAR COLONIZADOS POR SAMR.</b>	<b>179</b>
<i>ANTON-PASCUAL JL, ORTIZ V, REQUENA-PUCHE J, ARANAZ-ANDRES JM, ANTEQUERA P, GEA-VELAZQUEZ DE CASTRO MT.</i>	
<b>CO - 033.- IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA CULTURA DE SEGURIDAD EN UNA MUESTRA DE HOSPITALES.</b>	<b>180</b>
<i>SILVESTRE-BUSTO C, (CSPH) GRUPO DE TRABAJO DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN HOSPITALES.</i>	
<b>CO - 034.- SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE INCIDENTES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES.</b>	<b>182</b>
<i>IZARZUGAZA-ITURRIZAR E, SAN SEBASTIAN-DOMINGUEZ JA, BILBAO-UNIBASO I, LLAMAS-HERMOSILLA AM, LATORRE-GUISASOLA M.</i>	
<b>CO - 035.- LA ADHERENCIA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS A LA HIGIENE DE MANOS: UNA PERCEPCIÓN ERRÓNEA DE LA REALIDAD OBSERVADA.</b>	<b>183</b>
<i>ALOY-DUCH A, SABATER-RAGA RM, VAZQUEZ-SAEZ R, CUQUET-PEDRAGOSA J, NAVARRO-SOLA D, TUSQUELLAS-OTO D.</i>	
<b>CO - 036.- CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS A PACIENTES EN TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO. 2006 -2011.</b>	<b>184</b>
<i>FERNANDEZ-DIEZ R, REVUELTA-ARROLLO R, ALIJA-LOPEZ V, VALDOR-ARRIARAN M, FARIÑAS-ALVAREZ MC, BRUGOS-LLAMAZARES V.</i>	
<b>Sesión de Comunicaciones Orales. Sala B1.</b>	<b>185</b>
<b>Evaluación de calidad y resultados. CO – 037 / CO – 049</b>	
<b>CO - 037.- IMPLEMENTACIÓN Y EVOLUCIÓN EN EL TIEMPO DE UNA REGLA NEMOTÉCNICA COMO CHECKLIST EN UCI: ACTUACIONESDIA.</b>	<b>186</b>
<i>GAMBOA-LEDESMA MI, GÓRGOLAS-ORTIZ C, AGUILERA-CELOORRIO L, GÓMEZ-SAINZ JJ, CASTELLANOS-AMIGO MI.</i>	
<b>CO - 038.- EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INCONTINENCIA FECAL TRATADOS CON ESTIMULACIÓN NERVIOSA ELÉCTRICA.</b>	<b>188</b>
<i>JIMENEZ-TOSCANO M, CLIMENT-MARTÍNEZ N, VALLE-MARTÍN B, RODRÍGUEZ-MUÑOZ T, VEGA-MENENDEZ D, MARTÍNEZ-MORÓN V.</i>	
<b>CO - 039.- IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL EN CIRUGÍA COLORRECTAL. DEL MITO A LA EVIDENCIA.</b>	<b>189</b>
<i>MARQUINA-TOBALINA T, RAMOS-PRADA J, URIGÜEN-ECHEVERRÍA A, SANTAMARÍA-OLABARRIETA M, CERVERA-ALDAMA J, SENDINO-CAÑIZARES P.</i>	
<b>CO - 040.- UTILIDAD DEL ÍNDICE PRONÓSTICO SAPS 3 EN PACIENTES CORONARIOS INGRESADOS EN UCI. ESTUDIO MULTICÉNTRICO.</b>	<b>190</b>
<i>QUIRÓS-BARRERA R, LÓPEZ-CALER C, GARCIA-DELGADO M, BARRUECO-FRANCCIONE J, RUCABADO-AGUILAR L, ALVAREZ-RODRIGUEZ J.</i>	
<b>CO - 041.- ANALISIS DE ATENCION PALIATIVA EN UNA ZONA RURAL.</b>	<b>191</b>
<i>BASTERRETXE-OLARZABAL J, ODRIOTZOLA-GOJENOLA M.</i>	
<b>CO - 042.- GRUPOS RELACIONADOS POR LA URGENCIA, DESTINO Y EDAD (GRUDE): ENFOQUE CUALITATIVO EN URGENCIAS CON EL TRIAJE MAT-SET.</b>	<b>192</b>
<i>ALOY-DUCH A, SÁNCHEZ-CUADAL B, SÁNCHEZ-MOLINA E, CLARAMBO-SEMIS M, RIFÀ-SOLSONA J, SABATER-RAGA RM.</i>	
<b>CO - 043.- EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA NEUMOLÓGICA (ARNAS).</b>	<b>193</b>
<i>BALLAZ-QUINCOCES A, GARCIA-LOIZAGA A, AZCUNA-FERNANDEZ H, PASCUAL-ERQUICIA S, GORORDO-UNZUETA I, DORADO-ARENAS S.</i>	
<b>CO - 044.- EVALUACIÓN DEL ÍNDICE PRONÓSTICO SAPS 3 EN EL PACIENTE CRÍTICO INGRESADO EN UCI. RESULTADOS DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO.</b>	<b>195</b>
<i>QUESADA-GARCIA G, CASTILLO-LORENTE E, GARCIA-DELGADO M, ALVAREZ-RODRIGUEZ J, CARPIO-SANZ J, QUIRÓS-BARRERA R.</i>	
<b>CO - 045.- CONOCIMIENTOS REALES SOBRE EL CUÁNDO, EL CÓMO Y EL POR QUÉ DE LA HIGIENE DE MANOS.</b>	<b>196</b>
<i>VÁZQUEZ-VÁZQUEZ M, PÉREZ-PÉREZ P, SANTANA-LÓPEZ V.</i>	
<b>CO - 046.- EL RETRASO EN LA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DEL PACIENTE RESPIRATORIO GRAVE TIENE IMPLICACIONES.</b>	<b>198</b>
<i>MORAZA FJ, AGUIRRE U, CAPELASTEGUI A, ESTEBAN C, ABURTO M, GARCIA-LOIZAGA A.</i>	
<b>CO - 047.- EVALUACION DE LA CALIDAD EN LA INDICACION DE LA GASTROSCOPIA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO EN UN HOSPITAL GENERAL.</b>	<b>199</b>
<i>GARCÍA-TERCERO I, MARTÍNEZ-OTÓN JA, CARRIÓN-GARCÍA F, MORÁN-SÁNCHEZ S, SERRANO-LADRÓN DE GUEVARA S.</i>	
<b>CO - 048.- MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INCONTINENCIA FECAL TRATADOS CON ESTIMULACIÓN DEL TIBIAL POSTERIOR.</b>	<b>200</b>
<i>VEGA-MENENDEZ D, CLIMENT-MARTÍNEZ N, JIMENEZ-TOSCANO M, RODRÍGUEZ-MUÑOZ T, MARTÍNEZ-MORÓN V, VALLE-MARTÍN B.</i>	

<b>CO - 049.- LA CALIDAD AL SERVICIO DE LA GESTIÓN CLÍNICA. SISTEMA DE INFORMACIÓN NORMALIZADO PARA OBJETIVOS DE CALIDAD (SINOC).</b>	<b>201</b>
<i>DÍAZ-CORTE C, SÁNCHEZ-FERNÁNDEZ AM, DÍAZ-VÁZQUEZ CA, MOLA-CABALLERO DE RODAS P, SUÁREZ-ÁLVAREZ O, SUÁREZ-GUTIÉRREZ R.</i>	
<b>Sesión de Comunicaciones Orales. Sala A2.</b>	<b>203</b>
<b>Atención Primaria y coordinación. CO – 050 / CO – 055</b>	
<b>CO - 050.- ANÁLISIS DE INCIDENTES RELACIONADOS CON UN PROCESO DE RIESGO Y ELABORACIÓN DE UNA PRÁCTICA SEGURA GENERALIZABLE.</b>	<b>204</b>
<i>GARCÍA-CUBERO C, MARTÍNEZ-PATIÑO MD, CAÑADA-DORADO A, DRAKE-CANELA M.</i>	
<b>CO - 051.- DISEÑO, IMPLANTACION Y DESPLIEGUE DEL PROCEDIMIENTO DEL PEGAMENTO TISULAR EN ATENCION PRIMARIA DEL AREA V.</b>	<b>206</b>
<i>SORIANO-JIMÉNEZ A, CASTILLO-GÓMEZ C.</i>	
<b>CO - 052.- GESTION DE LA DEMANDA Y PROCESOS LEVES AUTOLIMITADOS, CLAVES PARA MEJORAR LA EFICACIA Y LA EFICIENCIA.</b>	<b>208</b>
<i>MARTÍNEZ-PÉREZ R, JAUREGUI-GARCIA ML, OTEGUI-RECIO A, PÉREZ DE ARENAZA-RUIZ DE MUNAIN R, HERNANDO-UZKUDUN A, DAVILA-JUAREZ I.</i>	
<b>CO - 053.- GESTOR DE CASOS Y DE RECURSOS EN HOSPITALIZACIÓN: PROFESIONAL DE SOPORTE PARA LA MEJORA DE LA EFICIENCIA HOSPITALARIA.</b>	<b>209</b>
<i>ALOY-DUCH A, LLEDÓ-RODRÍGUEZ R, TUSQUELLAS-OTO C, RODRÍGUEZ-SADURNÍ J, CLARAMBO-SEMIS M, FELIP-SABORIT M.</i>	
<b>CO - 054.- CONSULTOR DE TRAUMATOLOGÍA DE ALTA RESOLUCIÓN: COORDINACIÓN INTERNIVELES. QUÉ PIENSA EL TRAUMATÓLOGO?.</b>	<b>210</b>
<i>RUIZ-ARMIÑO J, ULIBARRENA-SÁINZ M, ASTOBIZA-BRETONES I, GAREA-IBÁÑEZ J, LLEDÓ-VICENTE P, ARAUJO-CAMAÑO K.</i>	
<b>CO - 055.- ¿ESTÁ GARANTIZADA LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL CÁNCER DE MAMA?.</b>	<b>211</b>
<i>MÁS-CASTILLO A, LÓPEZ-ROJO C, FONSECA-MIRANDA YA, CALLE-URRA JE, PARRA-HIDALGO P, ARELLANO-MORATA C.</i>	
<b>Sesión de Comunicaciones Orales. Sala A3-2.</b>	<b>212</b>
<b>Seguridad clínica y gestión de incidentes. CO – 056 / CO – 061</b>	
<b>CO - 056.- PROGRAMAS DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES COMO HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</b>	<b>213</b>
<i>HERCE-MUÑOZ AM, ROJAS-DE MORA FIGUEROA A, ALMUEDO-PAZ A, MUÑOZ-CASTRO FJ, DE BURGOS-POL R, TURIÑO-GALLEGO JM.</i>	
<b>CO - 057.- EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN UN HOSPITAL COMARCAL.</b>	<b>215</b>
<i>CASTRO-FERNANDEZ I, ABRAIRA-GARCÍA L, MARTINEZ-LOPEZ MA, PEREZ-RODRIGUEZ MT.</i>	
<b>CO - 058.- SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES: CÓMO EL TRIÁNGULO GESTIÓN-ACCIÓN-INFORMACIÓN PUEDE CAMBIAR EL CHIP.</b>	<b>216</b>
<i>FACCIO-LOPEZ S, GROBA-PEREZ F, MENDEZ-SANTERVAS M, PARGA-LAGO A, ROMAN-VILA A.</i>	
<b>CO - 059.- ANÁLISIS DE DOS EPISODIOS DE INCIDENTES CON MÚLTIPLES VÍCTIMAS.</b>	<b>218</b>
<i>BUSCA-OSTOLAZA P, MORALES-MARQUES O, PRECIADO-BARAHONA MJ, VENTURA-HUARTE I, ARANZABAL-CONDE MA, AGINAGA-BADIOLA JR.</i>	
<b>CO - 060.- IMPLANTACIÓN DEL SINASP EN TODA UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA: ¿PARA QUÉ NOS ESTÁ SIRVIENDO?.</b>	<b>219</b>
<i>CARRERAS-VIÑAS M, RODRÍGUEZ-PÉREZ B, GARCÍA-CEPEDA B, PAIS-IGLESIAS B, MARTÍN-RODRÍGUEZ MD, GRAÑA-GARRIDO I.</i>	
<b>CO - 061.- VIOLENCIA DE GENERO EN URGENCIAS. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE REGISTRO.</b>	<b>221</b>
<i>HERRER-CASTEJÓN A, MARRÓN-TUNDIDOR R, GROS-BAÑERES B, RICARTE-URBANO E, ASCASO-MARTORELL C, PALAZÓN-SAURA P.</i>	
<b>Sesión de Comunicaciones Orales. Sala A4.</b>	<b>222</b>
<b>Calidad percibida y atención al cliente. CO – 062 / CO – 067</b>	
<b>CO - 062.- PERCEPCIÓN QUE PACIENTES Y PROFESIONALES TIENEN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN LOS CENTROS ICAMS DE BARCELONA Y TARRAGONA.</b>	<b>223</b>
<i>GOMILA-VILA X, PASTOR-MILAN JR, IBAÑEZ-DE LA CHICA D, GÁLVEZ-HERNANDO G, GOMIS-BLANCH J, JARDÍ-LLIBERIA J.</i>	
<b>CO - 063.- SATISFACCIÓN DE PACIENTES DE UCI: MEJORAS A IMPLEMENTAR.</b>	<b>224</b>
<i>BRAÑA-CIURO O, BUENO-DOMÍNGUEZ MJ, RUIZ-EGEA S, QUEROL-DE CARDENAS M, CANTO-RUTIA MP, QUESADA-MERINO AI.</i>	
<b>CO - 064.- EVALUACIÓN DEL PLAN DE COMUNICACIÓN DE UN ÁREA SANITARIA.</b>	<b>226</b>
<i>GARCIA-CACHAFEIRO LV, RUBIO-DOMÍNGUEZ J, ARIAS-BARRIENTOS S, DE DIOS-DEL VALLE R, CUADRA-ROMERO R, EIROA-LEÓN R.</i>	
<b>CO - 065.- PERSONALIZACIÓN DEL DINTEL DE REFERENCIA: PATRÓN ORO PARA EVALUAR LA CALIDAD DEL SERVICIO.</b>	<b>227</b>
<i>REYES-PÉREZ M, TIRAPU-LEÓN B, MARTÍNEZ-LOZANO ME, ZABALZA-LÓPEZ P, RODRIGO-RINCON M.</i>	

<b>CO - 066.- ¿DUELE ESTAR HOSPITALIZADO?.</b>	<b>228</b>
<i>PARRA-HIDALGO P, MONTEAGUDO-PIQUERAS O, CALLE-URRA JE, MÁ-S-CASTILLO A, RAMÓN-ESPARZA T, NIETO-MARTÍNEZ P.</i>	
<b>CO - 067.- DERECHO A LA INTIMIDAD, ¿SE RESPETA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS?.</b>	<b>229</b>
<i>MOZOTA-DUARTE J, MOLINER-LAHOZ J, BOLDOVA-AGUAR R, GARCÍA-NOAÍN A, MORENO-MIRALLES MJ, RABANAQUE-HERNÁNDEZ MJ.</i>	
<b>Sesión de Comunicaciones Orales. Sala B1.</b>	<b>231</b>
<b>Calidad: Sistemas, modelos y programas / Crónicos. CO – 068 / CO – 073</b>	
<b>CO - 068.- ¿SE BENEFICIAN LOS PACIENTES DE EDAD AVANZADA DE INGRESAR EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS?.</b>	<b>232</b>
<i>GILI-SERRAT G, DE HARO-LÓPEZ C, ARTIGAS-RAVENTÓS A, GUÍA-RAMBLA C, GUÍA-RAMBLA V, BAIGORRI-GONZÁLEZ F.</i>	
<b>CO - 069.- LA MEMORIA DE SOSTENIBILIDAD COMO HERRAMIENTA ÚNICA DE COMUNICACIÓN HACIA EL EXTERIOR.</b>	<b>233</b>
<i>JARDI-LLIBERIA J, GALVEZ-HERNANDO G, MANZANERA-LÓPEZ R, GOMILA-VILA X, PASTOR-MILAN JR.</i>	
<b>CO - 070.- ÁREA DE MEJORA: ¿COMO AUDITAR LOS LIBROS DE ESTUPEFACIENTES EN UN HOSPITAL.</b>	<b>234</b>
<i>GALINDO-GALLEGO M, FIDALGO-HERMIDA B, MATEOS-ROMERO M, TAFALLA-BORDONADA C, MOLINA-ALEN E.</i>	
<b>CO - 071.- UTILIDAD DE LOS ÍNDICES PRONÓSTICOS PROPORCIONADOS POR EL LABORATORIO EN LA VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL.</b>	<b>235</b>
<i>TENLLADO-DOBLAS P, MERINO-PLAZA MJ.</i>	
<b>CO - 072.- NÚMERO DE FÁRMACOS CONSUMIDOS Y ERRORES DE MEDICACIÓN DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS Y POLIMEDICADOS.</b>	<b>237</b>
<i>VITALLER-BURILLO J, NAVARRO-SOLER I, PÉREZ-JOVER V, OROZCO-BELTRÁN D.</i>	
<b>CO - 073.- DEFINICIÓN DE UN MODELO PREDICTIVO DE FRAGILIDAD Y COMPLEJIDAD DE CUIDADOS, UN EJEMPLO DE IDENTIFICACIÓN PROACTIVA.</b>	<b>238</b>
<i>CAROT-DOMENECH J, SOLA-MIRAVETE E, JOVE-EDO N, VERDOY-CUEVAS S, ROIG-PANISELLO A, CUEVAS-BATICÓN B.</i>	
<b>Sesión de Comunicaciones Orales. Sala A2.</b>	<b>239</b>
<b>Gestión de personas. CO – 074 / CO – 086</b>	
<b>CO - 074.- DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN MODELO DE COMPETENCIAS CLÍNICAS PARA ENFERMERAS HOSPITALARIAS.</b>	<b>240</b>
<i>MORALES-ASENCIO JM, CANCA-SÁNCHEZ MC, TORIBIO-MONTERO JC.</i>	
<b>CO - 075.- MEJORA EN EL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES TRAS LA IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLOS HOSPITALARIOS.</b>	<b>242</b>
<i>GARCÍA-MARÍN JA, AGUAYO-ALBASINI JL, VERDÚ-FERNÁNDEZ MA, SORIA-ALEDO V, GUILLÉN-PAREDES MP, GARCÍA-GARCÍA ML.</i>	
<b>CO - 076.- CULTURA DE SEGURIDAD EN EL ÁMBITO QUIRÚRGICO DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA.</b>	<b>243</b>
<i>ELIA-GUEDEA M, OBÓN-AZUARA B, GUTIÉRREZ-CÍA I.</i>	
<b>CO - 077.- INFORMACIÓN, ¿REALMENTE LA GESTIONAMOS?: TAREA PENDIENTE EN CALIDAD.</b>	<b>244</b>
<i>MARTIN-GONZALEZ V, ZAFRA-SANCHEZ JJ, FULLAONDO-BARRUTIA R, VIVANCO-GOMEZ ML, FERNANDEZ-RODRIGUEZ M, MADRIGAL-PARRADO JI.</i>	
<b>CO - 078.- UTILIZACIÓN DE LA APLICACIÓN INFORMÁTICA PRESTAKUNTZA COMO ELEMENTO FACILITADOR EN LA GESTIÓN DE LA FORMACIÓN.</b>	<b>245</b>
<i>BILBAO-MAIZA A, ISASI-ACOSTA L, MATTHIES-BARAIBAR C.</i>	
<b>CO - 079.- APRENDIZAJE COLABORATIVO A TRAVÉS DE COMUNIDADES DE PRÁCTICA ONLINE.</b>	<b>246</b>
<i>FUENTES-BARRERA F, DOMÍNGUEZ-ROJAS D, PERIÁÑEZ-VEGA M, ESPOSITO-GONFIA T, RODRÍGUEZ-CONTRERAS H.</i>	
<b>CO - 080.- IMPLANTACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN UN CENTRO HOSPITALARIO.</b>	<b>247</b>
<i>MARTINEZ-SANCHEZ MA, BARRACHINA-CARICCHIO D, IBÁÑEZ-ROMAGUERA JM.</i>	
<b>CO - 081.- DEFINICIÓN E IMPLANTACION DE FUNCIONES DE SUPERVISION EN LA RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA.</b>	<b>248</b>
<i>FENTANES-HERNANDEZ L, RODRÍGUEZ-ITURRIZAR A, SALAZAR-TORRES A, GUTIERREZ-MUÑOZ JM, MARTÍNEZ-MAGUNACELAYA J, ARRUBARRENA-ORMAETXEA MA.</i>	
<b>CO - 082.- CONTRIBUCIÓN DE LAS ALIANZAS A LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.</b>	<b>249</b>
<i>HERRERA-USAGRE M, TORRES-OLIVERA A, REYES-ALCÁZAR V, BUIZA-CAMACHO B.</i>	
<b>CO - 083.- LA EXCELENCIA COMO VALOR EN LA ORGANIZACIÓN: APRENDIENDO DE LOS RESULTADOS. DE 0 A 500 PUNTOS EFQM..</b>	<b>250</b>
<i>PUJOL-COLOMER J, SOLS-LLADÓ P, MARTÍNEZ-MOURIN C, ALONSO-CARRASCO T, JOVER-MORENO A.</i>	
<b>CO - 084.- ALINEAMIENTO DE LA GESTIÓN DE PERSONAL A LA ESTRATEGIA DE LA RSMB.</b>	<b>251</b>
<i>MATTHIES-BARAIBAR MC, ARRIZABALAGA-CALZACORTA M, URRAZA-BERNAOLA M.</i>	

<b>CO - 085.- IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DOCENTE (PGCD) EN FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA.</b>	<b>252</b>
<i>CORBELLA-VIRÓS X, COSCUJUELA-MANA A, SALAZAR-SOLER A, VILLALONGA-VADELL RM.</i>	
<b>CO - 086.- PACIENTES, PROFESIONALES Y SOCIEDAD EN UNA CAMPAÑA DE HIGIENE DE MANOS: DIFERENTES CARAS DE UNA MISMA MONEDA.</b>	<b>253</b>
<i>DULANTO-BANDA RA, DE LA HIJA-DÍAZ MB, TORIJANO-CASALENGUA ML, PACHECO-JIMÉNEZ FJ, MINGO-BLANCO M, FLURIACHE-GARCÍA-CARO MP.</i>	
<b>Sesión de Comunicaciones Orales. Sala A4.</b>	<b>254</b>
<b>Eficiencia, procesos y gestión de servicios. CO – 087 / CO – 099</b>	
<b>CO - 087.- LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA: ACCIONES DE MEJORA PARA REDUCIR EL TIEMPO DE ESPERA.</b>	<b>255</b>
<i>ULIBARRENA-SÁINZ M, GAVIRIA-BARANDICA C, ZABALLA-AYESTARAN C, ASTOBIZA-BRETONES I, MARTINEZ-VARELA C, ROMERO-BASTERRETxea E.</i>	
<b>CO - 088.- GESTIÓN DE LA DEMANDA DE LABORATORIO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.</b>	<b>256</b>
<i>GALLARDO-REBOLLAL MS, MAR-MEDINA C, AMOROTO-DEL RIO E, SÁNCHEZ-FERNÁNDEZ M, QUINTEIRO-GARCÍA AI, PULIDO-HERRERO E.</i>	
<b>CO - 089.- INGRESO EL MISMO DIA DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.</b>	<b>257</b>
<i>OCHOA DE ECHAGUEN-AGUILAR A, CEBRIÁN-RUBIO R, ARMENGOL-CARRASCO M, MARTÍNEZ-IBÁÑEZ V, MEJÓN-BERGÉS R, OLIVERAS-GIL M.</i>	
<b>CO - 090.- CRITERIOS DE EFICIENCIA EN EL MANTENIMIENTO DE LA ELECTROMEDICINA HOSPITALARIA.</b>	<b>258</b>
<i>BARRAGÁN-PÉREZ AJ, DEVESA-ORTEGA M, SANTIAGO-GARCIA C, ALVAREZ-DOMINGUEZ GM, MORENO-VALERO MA, FERNANDEZ-ALVAREZ J.</i>	
<b>CO - 091.- IMPLANTAR UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN REDUCIRÍA UN 42.9% EL TIEMPO EN URGENCIAS HOSPITALARIAS DEL PACIENTE CON LUMBALGIA.</b>	<b>259</b>
<i>ARAUZO-ALONSO S, RON-MARTINEZ N.</i>	
<b>CO - 092.- CUATRO AÑOS DE EVOLUCIÓN: CONSOLIDACIÓN DE PROCESOS COMO INSTRUMENTO DE GESTIÓN CLÍNICA EN UN SECTOR SANITARIO 2012.</b>	<b>260</b>
<i>VILLA-GAZULLA MT, VELA-MARQUINA ML, TEJADA-ARTIGAS A, GOTOR-LÁZARO MA, GARCÍA-MATA JR, GALICIA-FLORES T.</i>	
<b>CO - 093.- MEJORA E INNOVACIÓN EN EL PROCESO DE ATENCIÓN QUIRÚRGICA.</b>	<b>261</b>
<i>PUJOL-BORRÁS D, MESTRES-MIRALLES C, RIBA-CÓ X, MAURI-SANTURÉ J, MONSO-MOLAS A, PÉREZ-SEGARRA AC.</i>	
<b>CO - 094.- EVITAMOS IR AL CENTRO DE SALUD A 1.810.298 PERSONAS GRACIAS A LAS CONSULTAS VIA TELÉFONO EN ATENCIÓN PRIMARIA.</b>	<b>262</b>
<i>LLANOS-HERNANDEZ J, HIDALGO-ARIAS M, SÁNCHEZ-BERNAL R, GOMEZ-BRAVO B, GONZALEZ-HIERRO A, ALVAREZ-GUERRAS O.</i>	
<b>CO - 095.- IMPACTO DE LA LABOR ASISTENCIAL REALIZADA POR UN NEUMÓLOGO EN JORNADA DE TARDES EN EL HOSPITAL DE GALDAKAO-USÁNSOLO.</b>	<b>263</b>
<i>GORORDO-UNZUETA I, GARCÍA-LOIZAGA A, AZCUNA-FERNANDEZ H, SALINAS-SOLANO C, BALLAZ-QUINCOCES A, DORADO-ARENAS S.</i>	
<b>CO - 096.- ENTRE TODOS UN PLAN ESTRATÉGICO COMPARTIDO.</b>	<b>264</b>
<i>BALLESTEROS-ZARRAGA JJ, ZUAZO-OCAMICA I, MEZKORTA-ETXAURREN K, REGULEZ-ARIÑO MP, LLARENA-CUEVAS MJ, DE ALLENDE-ACHALANDABASO A.</i>	
<b>CO - 097.- CIRUGÍA TIROIDEA CON INGRESO INFERIOR A 24 HORAS.</b>	<b>265</b>
<i>MATEO-SAINZ S, POCINO-MARTIN R, EMALDI-ABASOLO A, NAVARRO-MARTINEZ A, TOBALINA-AGUIRREZABAL E, BASAÑEZ-AMUCHASTEGUI A.</i>	
<b>CO - 098.- MEJORA DE LA CALIDAD EN LA GESTION DE LOS CENTROS DE SALUD A TRAVÉS DEL BENCHMARKING INTERNO.</b>	<b>266</b>
<i>LÓPEZ-PALACIOS S, MOLINER-PRADA C, ARROYO-MOROLLÓN J, GARCÍA-PARDO RM, LÓPEZ-GÓMEZ C, CURIESES-ASENSIO A.</i>	
<b>CO - 099.- CIRUGÍA SUSTITUTIVA DE RODILLA BILATERAL EN UN TIEMPO. ANÁLISIS DE COSTES.</b>	<b>268</b>
<i>LEÓN-MUÑOZ VJ, MOLINA-MILANÉS J, LORCA-SÁNCHEZ I.</i>	
<b>Sesión de Comunicaciones Orales. Sala B1.</b>	<b>269</b>
<b>e-Salud, Innovación Tecnología / Farmacia / Sociosanitario. CO – 100 / CO – 112</b>	
<b>CO - 100.- TELEMEDICINA EN EL CONTROL DEL PACIENTE EPOC.</b>	<b>270</b>
<i>CAPELASTEGUI A, ESTEBAN C, MORAIZA J, AZCUNA H, GALLEGU-CAMIÑA I, VILLA R.</i>	
<b>CO - 101.- INNOVANDO EN SEGURIDAD RADIOLOGICA CON LA INCORPORACIÓN DEL HISTORIAL DOSIMÉTRICO A LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.</b>	<b>271</b>
<i>MADRID-CONDE M, SANCHEZ-BERNAL R, OGUETA-LANA M, IBARZABAL-ASTIGARRAGA X, AULESTIA-SEOANE L, ALVAREZ-GUERRAS O.</i>	
<b>CO - 102.- MEJORA EN SEGURIDAD CLINICA MEDIANTE INCORPORACIÓN DE LA CARTILLA DE EMBARAZO EN LA HISTORIA CLÍNICA DE OSAKIDETZA.</b>	<b>272</b>
<i>DELGADO-NARANJO J, ALVAREZ-GUERRAS O, AULESTIA-SEOANE L, MADRID-CONDE M, OGUETA-LANA M, SANCHEZ-BERNAL R.</i>	
<b>CO - 103.- DESARROLLO DE APPS DE SALUD: IMPLICANDO AL PACIENTE EN SU PROPIA SEGURIDAD.</b>	<b>273</b>
<i>VÁZQUEZ-VÁZQUEZ M, PÉREZ-PÉREZ P, SANTANA-LÓPEZ V, RODRÍGUEZ-CONTRERAS H.</i>	
<b>CO - 104.- EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA RACIONALIZACIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES.</b>	<b>275</b>
<i>LÓPEZ-GARCÍA M, PÉREZ-HERNÁNDEZ R, FUSTER-JORGE P, MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ A, BULLEJOS-MOLINA M, HERNÁNDEZ-BORGES AA.</i>	

<b>CO - 105.- COMUNIDAD DE PRÁCTICA PROFESIONAL PARA LA INNOVACIÓN (HOBE+) EN AP DE BIZKAIA. RESULTADOS DEL PRIMER SEMESTRE.</b>	<b>276</b>
<i>ANCHIA-LARRUCEA L, MARTÍN-RODRIGUEZ MJ, NUÑO-SOLINIS R, ORTE-GARCÍA AI, BIKANDI-IRAZABAL J, ABOS-MENDIZABAL G.</i>	
<b>CO - 106.- ¿QUÉ OPINAN LOS ENFERMEROS ANTE LA INCORPORACIÓN DE ESTACIONES DE TRABAJO MÓVILES EN UNIDADES ASISTENCIALES?.</b>	<b>278</b>
<i>DIAZ-CUASANTE AI, CONDE-ANTÓN JM, MARTÍNEZ-PIEDROLA M, NOGUERA-QUIJADA C, SÁNCHEZ-ROMERO S, PRIETO-ALAGUERO MP.</i>	
<b>CO - 107.- MEJORA DE LA GESTIÓN DE VISITAS EN ATENCIÓN AMBULATORIA HOSPITALARIA MEDIANTE SMS: ESTUDIO PRE/POST-IMPLANTACIÓN.</b>	<b>279</b>
<i>ALOY-DUCH A, NAVINÉS-VERA A, LARREA-BAEZA JC, FUSTÉ-BALLÚS C, CLARAMBO-SEMIS M, MARTÍN-SÁNCHEZ E.</i>	
<b>CO - 108.- CONTENCIÓN CERO EN LOS CENTROS RESIDENCIALES.</b>	<b>280</b>
<i>ROCA-BURGUEÑO I.</i>	
<b>CO - 109.- SEGURIDAD CLÍNICA. TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN EN REGISTROS ENFERMEROS. ¿CLARA COMUNICACIÓN O POSIBLE CONFUSIÓN?.</b>	<b>281</b>
<i>GARCIA-MANTAS A, CARVAJAL-SALGUERO MJ, JUANDO-PRATS C, PEÑALBA-NOVO MC, SÁNCHEZ-LINARES A.</i>	
<b>CO - 110.- EVALUACION DE UN PROGRAMA DE AJUSTE POSOLÓGICO EN PACIENTES CON FUNCION RENAL ALTERADA.</b>	<b>283</b>
<i>BILBAO-AGUIRREGOMEZCORTA J, FLORISTÁN-IMÍZCOZ C.</i>	
<b>CO - 111.- EVALUACIÓN DE LA REPERCUSIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UN MANUAL DE MANEJO DE EXTRAVASACIONES.</b>	<b>284</b>
<i>PÉREZ-ESPAÑA Z, BALZOLA-REGOUT B, VILELLA-CIRIZA ML, VIDAL-UGARTE M, LOIZAGA-DÍAZ I, YURREBASO-IBARRECHE MJ.</i>	
<b>CO - 112.- RETRATO DEL PERFIL SOCIOSANITARIO DEL PACIENTE PLURIPATOLOGICO.</b>	<b>285</b>
<i>CRESPAN-AMAS A, GARCIA-GONZALEZ M, TELLERIA-ASTARLOA A, LARRAÑAGA-GARAÍKOETXEA N, RODRIGUEZ-LORENZO MJ, BEREZIARTUA-UNZUETA A.</i>	

## **Sesión de Comunicaciones Orales.**

### **Sala A2.**

**Miércoles, 7 de noviembre / 16:00 h. – 18:00 h.**

### **Seguridad Clínica.**

**CO – 011 / CO – 023**

**CO - 011.- BENCHMARKING EN 100% HOSPITALES: MEDIMOS, COMPARAMOS, COMUNICAMOS, MEJORAMOS Y VOLVEMOS A MEDIR.**

PAIS-IGLESIAS B, CARRERAS-VIÑAS M, GRAÑA-GARRIDO I, GARCIA-CEPEDA B, MARTIN-RODRIGUEZ D, RODRIGUEZ-PÉREZ B.

SERVICIO GALLEGO DE SALUD. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

**OBJETIVOS:**

Mejorar la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes mediante un proceso sistemático y continuo de evaluación comparativa de los objetivos de calidad y seguridad del plan estratégico de la Comunidad Autónoma.

Aplicar el Benchmarking, para lograr comportamientos competitivos en la mejora.

Consensuar y poner en marcha los indicadores que identifiquen las mejores prácticas para replicarlas en todas las áreas de salud.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Nuestro Plan estratégico contempla una línea de Calidad y Seguridad con objetivos operativos para 4 años.

En tres años, se han implementado los objetivos del plan y los indicadores de cumplimiento.

Los resultados se miden semestralmente y se comparan entre ellos, con la media de la comunidad, con datos nacionales y con el estándar consensuado. Se establece un ranking anonimizado por códigos de todos los centros; cada centro conoce su código, sus datos, su nivel de cumplimiento de cada indicador y su lugar en el ranking. Los indicadores se siguen semestralmente, se compran y se envían los resultados de todos los centros a todos los responsables de calidad y directivos mediante un informe. Anualmente se presentan los resultados finales a los gerentes, directores y responsables de los núcleos de seguridad en una reunión que preside la Consejera y la Gerente del Servicio de Salud. Se señalan en rojo los estándares no conseguidos, en naranja los no conseguidos pero con resultados superiores a la media y en verde los conseguidos. Se proponen medidas de mejora, se anima a mejorar, se reconoce a los mejores informando de las mejores prácticas.

Los indicadores comparados son:

100 Indicadores de Seguridad SENECA.

Sistema de Notificación de eventos adversos.

Úlceras por Presión.

Caídas.

Identificación de Pacientes.

Uso Seguro medicamentos.

Autoevaluación Seguridad de Medicamentos.

Higiene de Manos.

Bacteriemia y Neumonía Zero.

Dolor.

Indicadores de Seguridad Consenso Nacional.

Certificaciones de Gestión de la Calidad.

Formación profesionales.

Formación de pacientes.

Violencia Género.

Premios.

**RESULTADOS:**

Hemos medido y comparado 166 indicadores en el 100% de los hospitales y se han comunicado los resultados en dos informes y una reunión anual.

El 52% de los indicadores están por encima del estándar, el 33% superan la media pero no llegan al estándar y el 15% no cumplen.

Existe gran variabilidad entre hospitales.

Se han propuesto 68 acciones de mejora.

Los indicadores de resultado alcanzan con mayor facilidad el estándar que los de proceso.

Tras la reunión de seguimiento semestral, se ha observado una importante mejora de los resultados.

**DISCUSIÓN:**

Los estándares comparados con la media nacional en general son mejores. Seneca.

Se han evidenciado las mejores prácticas.

El hecho de saberse medidos y comparados actúa como un incentivo para la mejora en todos los centros. Los centros con peores resultados han solicitado ayuda a los centros con mejores prácticas o a servicios centrales para mejorar.

**CO - 012.- ANALISIS DE RIESGOS EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRITICO.**

GARCIA-DIEZ R, GOMEZ-ALCIBAR A, ISASI-PEREZ A, ANDRES-JAUREGUI A, DELICADO-DOMINGO M, FILARDO-MANERO E.

HOSPITAL DE BASURTO. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Identificar las principales causas y factores de riesgo asociados al traslado intrahospitalario que pueden contribuir o facilitar la aparición de EA.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio basado en técnicas de investigación cualitativa con la participación de un grupo de trabajo multidisciplinar formado por enfermeras, médicos, auxiliares y celador. El grupo nominal estuvo constituido por profesionales con experiencia en cuidados intensivos superior a 5 años, vinculados con aspectos relacionados con la seguridad del paciente, la participación fue voluntaria.

El análisis causa raíz, permitió representar un diagrama de Ishikawa del proceso de traslado intrahospitalario del paciente crítico.

**RESULTADOS:**

Del evento adverso analizado, se identificaron 8 ámbitos de riesgo relacionado con el paciente, el equipo, la comunicación, formación, equipamiento y recursos, individuales, condiciones de trabajo y asociados a la organización.

Fueron seleccionadas 25 causas y factores de influencia que se agruparon en cada ámbito de riesgo identificado. La clasificación se realizó según "The National Patient Safety Agency- National Health Service" (NPSA-NHS).

**DISCUSIÓN:**

- Es necesario protocolizar el proceso de TIH en el paciente crítico basándose en las recomendaciones existentes y el uso de herramientas que permitan iniciar el proceso con los requisitos de seguridad necesarios.
- La gestión de la seguridad, a partir del análisis de los riesgos, permite establecer estrategias e introducir intervenciones dirigidas a mejorar y hacer más seguras los TIH.
- La necesidad de incrementar la seguridad del paciente, facilitar el ejercicio profesional y mejorar la calidad asistencial, justifican todos los esfuerzos dirigidos a reducir el impacto de los eventos adversos.

**CO - 013.- ¿CÓMO ACTUAR CUANDO EL EVENTO CENTINELA SE PRESENTA?  
IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA DE RECOMENDACIONES.**

GRAÑA-GARRIDO I, MARTÍN-RODRÍGUEZ MD, GARCÍA-CEPEDA B, RODRÍGUEZ-PÉREZ B,  
PAIS-IGLESIAS B, CARRERAS-VIÑAS M.

SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD A. SERVICIO GALLEGO DE SALUD. SANTIAGO  
DE COMPOSTELA.

**OBJETIVOS:**

Aunque sabemos que los eventos adversos ocurren, no siempre estamos preparados a nivel organizativo para reaccionar ante ellos. Esta Guía pretende:

Facilitar un abordaje sistemático de los eventos adversos en cuatro aspectos: acciones inmediatas, tratamiento del paciente y su familia, tratamiento del profesional afectado (segunda víctima), e investigación del incidente para su prevención en el futuro.

Fomentar la investigación de los incidentes graves mediante ACR.

Mejorar la comunicación institucional con las personas afectadas por un evento grave.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En el año 2011 en nuestra Subdirección, se realizó una revisión bibliográfica sobre la gestión de los eventos centinela en las organizaciones sanitarias. Se elaboró un documento con las recomendaciones aceptadas internacionalmente, desde un enfoque multidisciplinar, y se remitió a las gerencias atención primaria y especializada para su revisión externa. Se remitió a gerentes y responsables de calidad de todos los centros sanitarios y se publicó en la Intranet. El documento fue aprobado en Consejo de Gobierno, y la Consejería de Sanidad lo presentó a los medios de comunicación. Para valorar su impacto, en mayo 2012 se realizó un cuestionario a responsables de Calidad de los hospitales, para valorar el impacto de la Guía. Se remitió a 19 profesionales. Contestaron 17. Hubo al menos una respuesta por cada uno de los hospitales.

**RESULTADOS:**

Se recogieron en un documento las pautas sistemáticas de actuación ante eventos graves según literatura vigente.

Se utilizaron las vías habituales de comunicación interna (correo corporativo e Intranet) para su difusión. En relación con el cuestionario de impacto, se presentan las respuestas a los cuatro ítems siguientes:

1) Sabes que existe este documento? SI: 14 // NO: 3.

2) ¿Sabrías localizarlo en la Intranet? SI: 7 // NO: 10.

3) ¿Lo has leído alguna vez? SI: 13- NO: 4. Si SI ¿crees que le resultaría de utilidad a tu hospital si se presentara un evento centinela? SI: 13 // NO: 0.

4) ¿Has tenido ocasión de usar la Guía para la gestión de algún evento? SI: 3 NO: 14 ¿te ha resultado útil? SI: 3 NO: 0.

En el último año se ha incrementado la realización de ACR. Varios hospitales han solicitado la colaboración de la S X Desenvolvimento.

**DISCUSIÓN:**

La mayoría de los responsables de calidad de los hospitales conocen la existencia de la Guía y la han leído al menos una vez. Desde la presentación de la Guía, al menos tres hospitales han hecho uso de ella.

Todos los entrevistados consideran que se trata de una herramienta potencialmente útil.

También los gerentes de hospitales han agradecido esta iniciativa, solicitando varios de ellos la colaboración de nuestra Subdirección para realizar ACR ante eventos graves. El incremento en el número de ACR ante eventos graves, puede deberse en parte a las recomendaciones de la Guía, y refleja que la cultura de seguridad va calando entre directivos y profesionales.

**CO - 014.- PULSO AL DOLOR: CUANDO EL CIRCUITO DEL DOLOR AGUDO POSTQUIRÚRGICO SE ROMPE. EXPERIENCIA PRÁCTICA DE LAS CLÍNICAS IMQ.**

CALLE-ARRINDA N, ARRANZ-GOMEZ M, URRUTIA-JOHANSSON I, ALONSO-ANDRÉS L, MUÑOZ-NUÑEZ E, URRACA-VILLAR A.

CLÍNICA IMQ ZORROTZAURRE. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

1. Estudiar el dolor en las Clínicas IMQ, respondiendo a :
  - a. ¿tienen dolor nuestros pacientes a lo largo del circuito asistencial?
  - b. ¿Es efectivo el tratamiento contra el dolor?
  - c. ¿qué efectos secundarios se derivan del tratamiento del el dolor?
  - d. ¿qué percepción tiene el paciente sobre la atención de su dolor?
  - e. Paciente médico ¿cómo interactúa su tratamiento domiciliario con el tratamiento hospitalario del dolor?
  - f. ¿son conocidos los protocolos de analgesia del paciente en el circuito asistencial: QUIRÓFANO, URPA,UCI, PLANTA?
  - g. Al Alta: ¿sale algún paciente con dolor?.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

1. Constitución del equipo de trabajo, elaboración de enfoque, registros asociados y definición de pacientes diana.
2. Aplicación del estudio:
  - ☐ Medición de la intensidad del dolor (EVA).
  - ☐ Si el paciente es quirúrgico y se encuentra ingresado en CVSS, se inicia el registro en la URPA, continuando esta sistemática de registro en planta.
  - ☐ Para el resto de pacientes, los quirúrgicos de la CVB y pacientes no quirúrgicos se inicia el registro en la unidad de hospitalización. La sistemática es:
    - o registro del EVA en la acogida en planta.
    - o revaloraciones EVA siempre que el paciente tenga dolor o en cada turno.
  - ☐ Al Alta del paciente, y previa información al mismo y firma del Consentimiento Informado, se pasará un cuestionario para valorar las actitudes de los pacientes hacia el dolor, los posibles efectos secundarios asociados a los tratamientos del dolor, así como la valoración que realizan del abordaje del dolor de ambas Clínicas.
3. Procesamiento de datos.
4. El análisis y conclusiones serán realizadas por la Comisión del Dolor.
5. La difusión del estudio e iniciativas de mejora que se pudieran derivar, será realizada por la Dirección de las Clínicas.

**RESULTADOS:**

- ☐ El dolor está menos controlado en el paciente quirúrgico, siendo la patología con mayor umbral y nº de EVAS realizados la cirugía ginecológica.
- ☐ Se han identificado efectos adversos al tratamiento contra el dolor en el 0,5%.
- ☐ Se utiliza medicación de rescate en el 15% de los casos.
- ☐ En el 10% de los casos se desconoce la analgesia y tratamientos previos de otras áreas Quirófano, UCI, URPA- Planta. Fallas en la comunicación.
- ☐ En el 0,4% ha habido interacciones o complicaciones por interacción de la medicación prescrita con el tratamiento habitual.
- ☐ El 1% de pacientes sale con un dolor a 4 en EVA.

**DISCUSIÓN:**

El estudio ha demostrado que en ocasiones falta la sistemática y hay variabilidad en los protocolos asociados al dolor cuyo impacto se evidencia en valores altos en la escala de EVA y, en ocasiones, efectos secundarios asociados a los tratamientos del dolor.

También hay una valoración subjetiva mejorable, en lo que a enfoque de valoración y tratamiento de dolor por parte de ambas clínicas se refiere.

Este estudio ha sido parte del enfoque estratégico de las Clínicas IMQ por afianzar los protocolos del dolor y una cultura de “clínicas sin dolor” en todos los estamentos profesionales.

**CO - 015.- ESTUDIO DE LA CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNOSTICO DEL MEDICO DE FAMILIA Y EL OFTALMOLOGO.**

SALGADO-GIL MR, MORENO-UTRERA C, DOMINGUEZ-GARCIA F, RIAÑO-LUNA MA.  
CENTRO DE SALUD CISNEO ALTO LAS NACIONES. SEVILLA.

**OBJETIVOS:**

- Conocer si los médicos de familia (MF), después de un entrenamiento adecuado pueden identificar con fiabilidad un fondo de ojo normal de otros con signos de Retinopatía Diabética (RD).
- Analizar el proceso de cribado de la retinografías de pacientes diabéticos tipo II para las posteriores propuestas de mejora.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realizó un estudio descriptivo transversal de 508 pacientes diabéticos tipo II del Centro de Salud de Cisneo Alto Las Naciones, no diagnosticados ni tratados previamente de retinopatía diabética.

Las imágenes fueron obtenidas con un Retinógrafo no Midriático TOPCON modelo TRC NW6S.

Los MF debían decir si los pacientes tenían RD o no y el tipo, tanto las dudas como los enfermos diagnosticados de RD se envían, por aplicación web, a oftalmología del Hospital Virgen Macarena para posteriormente ser citado y tratado.

Se informó a los pacientes de la pertinencia de realizar la retinografía digital, y se explicó en qué consiste la misma. Se les entregó una hoja de información y el documento oficial de consentimiento.

En cada ojo se valoró los campos temporal superior, temporal inferior, nasal a papila, temporal a mácula, papila y mácula, señalando si hay o no lesiones de retinopatía diabética o si estas zonas exploradas no son valorables.

Estos datos fueron introducidos en una tabla de datos Excel. El estudio estadístico fue realizado mediante el programa IBM Statistics SPSS 20(SPSS inc, Chicago, Illinois, USA).

Para la valoración de la concordancia, se utilizó el índice Kappa. Se estimó como adecuado un porcentaje de desacuerdo del 15% con una precisión del 5% con un nivel de confianza del 95%.

**RESULTADOS:**

Los médicos de familia interpretaron 49 retinografías como patológicas (9.6 % del total de retinografías solicitadas. El servicio de oftalmología del hospital de referencia confirmó como patológicas un total de 15, lo que supone un 30.61% del total de retinografías cribadas como patológicas y un 2.95% del total de retinografías solicitadas.

La concordancia global entre el cribado en atención primaria y la lectura definitiva de oftalmología fue buena, con un índice kappa de 0.700.

Asumiéndose la hipótesis alternativa.

**DISCUSIÓN:**

El cribado de RD en nuestro estudio presenta una validez aceptable, con valores de sensibilidad y especificidad cercanos al estándar de oro (80% sensibilidad y 95% La concordancia en la interpretación de imágenes retinianas en la RD entre oftalmólogos y médicos de familia es buena, con un índice kappa entre 0.78-0.95, en nuestro estudio 0.700, como en el estudio de Andonegui J. (2008) y a diferencia del estudio realizado por nosotros en 2008, y del de Vargas Sanchez C.(2011) en el que el índice de concordancia fue bajo.

Los MF pueden diferenciar con una fiabilidad muy alta un ojo normal de uno patológico con el método de cribado de la RD, esto permite un mayor control del diabético en atención primaria así como una disminución del gasto sanitario y de la demanda de la atención oftalmológica especializada.

**CO - 016.- EVALUACIÓN SÉNECA:1500 RAZONES PARA MEJORAR. RESULTADOS DE 100 INDICADORES DE SEGURIDAD EN CUIDADOS X 15 HOSPITALES.**

CARRERAS-VIÑAS M, MARTÍN-RODRÍGUEZ D, RODRÍGUEZ-PÉREZ B, GARCÍA-CEPEDA B, PAIS-IGLESIAS B.

SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO Y SEGURIDAD ASISTENCIAL. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

**OBJETIVOS:**

Conocer el grado de cumplimiento del modelo de calidad de cuidados para seguridad del paciente (SENECA 100). Identificar áreas de mejora para establecer acciones oportunas. Sensibilizar y mejorar la cultura de seguridad entre directivos, responsables de calidad y profesionales de los hospitales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo transversal, 100% Hospitales. Variables: 100 indicadores del Modelo Séneca. Grupo de trabajo centralizado para coordinación y apoyo, información a direcciones de enfermería y responsables de calidad, creación de grupos de trabajo en cada centro. Realización evaluaciones, duración 3 días en hospitales grandes y 2 en pequeños. Cumplimentación de indicadores entre equipo coordinador y responsables Séneca de cada hospital. Análisis de datos mediante hoja de cálculo Excel y paquete estadístico SPSS.

**RESULTADOS:**

Se ha obtenido un informe de resultados para cada hospital evaluado, 15 en total. Un informe global de Comunidad Autónoma con la media de cumplimiento de cada indicador comparada con la media de cumplimiento del Séneca Nacional. Presentamos las medias comparadas de Autonomía vs España de los siguientes criterios - Liderazgo: 61% vs 68%; Política y Estrategia: 49.2% vs 47.5%; Personas: 44% vs 45%, Alianzas y Recursos: 79% vs 69.7%; Procesos 60.1% vs 43.4%. En el 50% de los indicadores del criterio Resultado en los Pacientes obtenemos mejores datos que en estudio nacional, pero tan sólo en el 30% de indicadores incluidos superamos el umbral de cumplimiento recomendado. En Resultados en las Personas sólo cumplimos en el indicador "profesionales que perciben autonomía en su trabajo". En cuanto a los resultados clave, precisamos mejorar la monitorización de algunos eventos adversos, hemos evidenciado que existe infra-registro en algunos hospitales.

Resumimos oportunidades de mejora más relevantes tras el análisis de los resultados obtenidos: elaborar cuadro de mando con indicadores de seguridad; potenciar canales de difusión de resultados e información; instaurar vías de reconocimiento y recompensa a profesionales implicados; incluir aspectos relacionados con la seguridad de pacientes en carrera profesional y evaluación del desempeño. Implantar protocolos: cuidados paliativos; dolor; contención mecánica; caducidades de materiales fungibles; seguridad del paciente quirúrgico; uso y manejo de medicamentos. Mejorar la información que se les proporciona a pacientes sobre su proceso, cuidados y tratamiento farmacológico e implicarlos en la toma de decisiones.

**DISCUSIÓN:**

La evaluación ha permitido a los hospitales conocer su situación y de manera inmediata se han puesto a trabajar en acciones para la mejora de la seguridad en sus cuidados. La comparación entre hospitales ha generado un movimiento importante de motivación hacia el logro. El Proyecto Séneca se comporta como buen instrumento para sensibilizar y mejorar la cultura de seguridad, así como para obtener un mapa de situación que permita realizar un plan estratégico para la seguridad de pacientes.

**CO - 017.- SEGURIDAD CLINICA: PREVENCION DEL SUICIDIO EN EL HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO.**

MATE-TRASVIÑA MC, MARTIN-ZURIMENDI JA.

HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO (OSAKIDETZA). GALDAKAO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

Mejorar la seguridad del paciente, reduciendo efectos adversos evitables, como el suicidio, previniendo su aparición, en el Servicio de Psiquiatría y el resto de Unidades del Hospital Galdakao Usansolo. Participar en la Campaña de reducción de 10.000 eventos adversos\*, impulsado por Osakidetza (2010). Potenciar la sensibilidad de los profesionales del HGU con respecto a esta problemática, mejorando su formación y satisfacción en la tarea.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

La metodología de trabajo integra un diagnóstico de situación, así como los talleres de creatividad para identificar áreas/líneas de trabajo. Con el fin de generar ideas para la prevención de suicidio, en plantas de Hospitalización, se propusieron dos talleres de creatividad, coordinados por Txapeldurdines, (facilitadores de creatividad del Hospital). Uno de ellos se desarrolló en el Servicio de Psiquiatría y un segundo, con personal de diferentes especialidades médicas y quirúrgicas, orientado a la prevención del suicidio en el Hospital en su conjunto, en especial en las áreas más "sensibles" con respecto a esta problemática.

**RESULTADOS:**

Aunque las tasa de suicidios en plantas de Hospitalización es limitado ésta puede ser minimizada si se llevan a cabo acciones de prevención. Un total de 20 personas han participado en los talleres de creatividad y 2 personas del S. de Psiquiatría participan en el Equipo de Seguridad del HGU. Uno de las dos Txapeldurdines pertenece al S. de Psiquiatría. Los resultados del taller han sido operativos para: 1) Diseño de la reforma arquitectónica y de las infraestructuras del Servicio de Psiquiatría incorporando las acciones propuestas. 2) Mejora de la comunicación del equipo sobre el riesgo de los pacientes, revisando los protocolos de la Unidad. La mejora de la seguridad de los profesionales, con timbres, apoyo al estrés laboral, protocolo de contención mecánica. 3) Elaboración de una Guía de intervención para su difusión, revisión bibliográfica y diseño de indicadores de seguimiento y evaluación de la intervención.

**DISCUSIÓN:**

El plan contempla medidas en todos los ámbitos: 1)INFRAESTRUCTURAS: ventanas, armarios, luminarias, espejos, duchas, antibloqueos, video vigilancia en áreas comunes, sensores de movimiento, visagras de libro, camas seguras).2) PROFESIONALES: Timbres de alarma y formación.3)PROTOCOLOS: Control de neceseres y ropa al ingreso / permisos.Vigilancia de materiales (cubiertos y herramientas) y piezas resultantes de la manipulación (camas, ropas...). Control de comportamientos: comer tierra, beber agua de la fregona. d) Vigilancia/ acompañamiento: habitación doble, rondas, toma de medicación. e) Comunicar el riesgo suicida. f) Evitar errores como no preguntar, ocultar información, pautas confusas, etc...

**CO - 018.- GRUPO DE ANÁLISIS DE LAS NOTIFICACIONES AL BUZÓN DE INCIDENTES (GANBI): UNA MEJOR GESTIÓN DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN.**

PRATS-ALONSO E, BUENO-DOMÍNGUEZ MJ, BESORA-CUNILLERA JA, GARCIA-NAVARRO JA, BRIANSÓ-FLORENCIO M, COLOMÉS-FIGUERA L.

GRUP SAGESSA. REUS (TARRAGONA).

**OBJETIVOS:**

Definir las mejoras que ha aportado el GANBI en la mejor gestión del sistema de notificación propio: análisis, definición de propuestas de mejora y seguimiento de su implantación.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Constitución de GANBI en cada centro o por ámbito en caso de Atención Primaria (AP) y Atención Social.

Unificación de registros y criterios tanto cualitativos como cuantitativos para el análisis y evaluación de los incidentes.

Diseño de una herramienta informática para la explotación de los resultados y poder gestionar los incidentes y las propuestas de mejora.

**RESULTADOS:**

Notificaciones octubre 2005-junio 2012: 1331. 81% centros de agudos, 18% AP Y 1% social. 80% inocuos (16,2% hechos o circunstancias que pueden ser causa de error, 20,5% no ha llegado al paciente, 20,8% no ha causado daño, 16,6% ha precisado seguimiento) y 11% nocivos (7% daño temporal reversible, 2% intervención u hospitalización, 0,2% daño permanente, 0,5% intervención para salvar vida, 0,2% muerte).

Tipología: 53% prescripción y administración de fármacos, 21% identificación, 19% procedimientos, 2% transporte de muestras y pruebas, 5% medios disponibles, 1% seguridad medioambiental y 1% dieta.

Calidad de la notificación con escala propia: 6,9/10.

Diseño de una hoja de registro para la evaluación de cada notificación con los siguientes apartados: N. incidente, pertinente o no pertinentes, N. relacionado con duplicaciones, breve descripción del incidente, tipología, grados de gravedad del notificante y del analista, calidad de la notificación ( grado de cumplimiento, claridad y sencillez de la descripción, sucesión de acontecimientos y factores que pudieron causar el incidente, concordancia de la atribución del grado de gravedad y propuestas de mejora), comentarios a la notificación y propuestas de mejora del grup GANBI.

Diseño de una base de datos Access que permite la gestión de las notificaciones, la emisión de informes periódicos y a demanda y el seguimiento de la implementación de las acciones de mejora con la recogida de la información al respecto: acción, responsable, fecha de inicio y finalización, estado de implementación y tipo (inversión, acción formativa, protocolo,...).

**DISCUSIÓN:**

Se ha mejorado la gestión de las notificaciones hasta cerrar el círculo de mejora, incluso facilita el feedback a los profesionales dado el anonimato de la notificación y el no poder dar respuestas personalizadas.

Se definen claramente las acciones de mejora aceptadas por la Dirección de los centros y los responsables de su consecución. Por ejemplo, en uno de nuestros centros en el curso de los 5 primeros meses del 2012 se han propuesto 36 acciones de mejora y de ellas se han finalizado 28: 1 inversión, 13 seguimientos de casos, 3 reuniones, 2 acciones formativas, 2 London, 1 protocolo y 2 revisión de material.

Esta herramienta, factibiliza el seguimiento de la implementación de las acciones, cerrando el círculo de mejora que se inicia con la notificación anónima, no punitiva y confidencial.

**CO - 019.- GESTION DE RIESGOS EN UCI: EL SISTEMA DE NOTIFICACION COMO HERRAMIENTA BASICA.**

RUILOPE-ALVARO L, QUINTANO-RODERO A, VALLEJO-LOPEZ MF, MANZANO-RAMIREZ A, RUIZ DE OCENDA-SANZ E, CORRAL-LOZANO E.

HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA-SANTIAGO. VITORIA - GASTEIZ.

**OBJETIVOS:**

Describir la gestión de riesgos en una UCI, teniendo como base el análisis de las notificaciones relativas a los eventos de seguridad por parte de un grupo multidisciplinar de análisis del propio servicio, con la puesta en marcha de acciones de mejora.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se constituye un grupo de trabajo multidisciplinar de seguridad en una UCI de 17 camas de un hospital terciario de 300 camas, con 800 ingresos y 4500 estancias al año. Se integra la gestión de riesgos dentro de la gestión de procesos de la certificación ISO 9001:2008. En una primera fase se realizan sesiones de formación a todo el personal del servicio (18 médicos, 40 enfermeras, 20 auxiliares de enfermería, 2 celadores, 1 administrativo). Se implanta un Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad de Pacientes (SNASP), excluyendo los relacionados con infección nosocomial, realizándose el análisis de las notificaciones en sesiones cada 2 meses. De dicho análisis se proponen una serie de acciones de mejora relacionadas con las notificaciones, en ocasiones tras la realización de AMFE o de ACR.

**RESULTADOS:**

Desde diciembre de 2006 hasta mayo de 2012 se han realizado 324 notificaciones, con una media mensual de 5. El 45,4% han sido notificadas por enfermeras, el 38,3% por médicos de staff, el 8% por MIR, el 5,6% por auxiliares de enfermería y el 2,7% por otros. El 79% han sido incidentes con daño. Tan solo 9 notificaciones han sido con daño fatal o con secuelas severas. Se consideraron incidentes evitables el 80%. Los incidentes se relacionaron más frecuentemente con: equipos y dispositivos (95), medicación (92), diagnóstico clínico y seguimiento (52), procedimientos terapéuticos (25). Mediante consenso se priorizó la actuación según frecuencia de declaración y gravedad del evento. Del análisis de los incidentes se propusieron acciones de mejora relacionadas con: transfusión de hemoderivados (comprobación a pie de cama, separación de historias), medicación (cambios de casa comercial, organización del carro, prescripción electrónica), equipos/dispositivos (renovación de equipos, protocolo de alarmas, mantenimiento preventivo), identificación (muestras de laboratorio), diagnóstico o seguimiento (protocolos de extubación, sedación, aseo, pantalla de seguimiento de pacientes), procedimientos (extubaciones no programadas, técnicas por personal en formación), rondas de seguridad en cambios de turno, acogida de nuevo personal, modificación de horarios de las reuniones del grupo de seguridad.

**DISCUSIÓN:**

Desde nuestra experiencia, el Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad de Pacientes analizados por un grupo de seguridad multidisciplinar del propio servicio, permite establecer acciones de mejora priorizadas según frecuencia de los incidentes y gravedad de los mismos, dirigidas a especialmente a la organización y los procedimientos. La gestión de riesgos en nuestra UCI facilita diseminar la cultura de la seguridad y favorece que el personal realice su trabajo en un ambiente más relajado.

**CO - 020.- ESTUDIO DE COLONIZACIÓN NASAL POR S AUREUS EN EL PERSONAL SANITARIO DEL HOSPITAL DR. MOLINER.**

SABATER-BORÍ C, SÁNCHEZ-ROLDÁN MD, GIL-APARICIO MD, GINER-ALMARAZ S, ROMERO-ROMERO C, ORTOLÁ-SORIA I.

HOSPITAL DR MOLINER. SERRA (VALENCIA).

**OBJETIVOS:**

- Control y la vigilancia de los mecanismos que favorecen la propagación de infecciones nosocomiales por SARM.
- Conocer la prevalencia de personal sanitario cuyas fosas nasales están colonizadas por SAMR.
- Adoptar medidas de prevención que eviten la transmisión cruzada de SARM a través del personal sanitario.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- Diseño: Estudio Transversal.
- Muestreo: No probabilístico y consecutivo. Los sujetos estudiados fueron los trabajadores que prestaban sus servicios en una de las unidades de hospitalización del centro durante los meses de noviembre y diciembre.
- El estudio consistía en realizar un frotis de ambas fosas nasales a dicho personal, para su posterior cultivo microbiológico.
- Variables:
  - a)Explicativas: Edad, sexo, categoría profesional.
  - b)Variables respuesta:
    - Cultivo microbiológico (positivo, negativo o flora residente).
- Tratamiento Estadístico:
  - Con el programa SPSS se ha realizado:
    - a) Estudio descriptivo.
    - b) Estudio inferencial.

**RESULTADOS:**

Los resultados de los 25 cultivos microbiológicos realizados fueron:

Flora regional (FR) =15,

S Aureus Oxacilin Sensible (SAOS) = 6

S Aureus Oxacilin Resistente (SARM) = 4

Todos los trabajadores con frotis nasal positivo, tanto para SAOS como para SARM, fueron tratados con pomada de Mupirocina nasal (Bactroban) durante 7 días. Una vez finalizado el tratamiento, se les practicó frotis nasal de control post- tratamiento.

Los resultados de los controles post-tratamiento se negativizaron, si bien quedó 1 cultivo pendiente de realizar por ILT del trabajador y sólo en un caso del control post-tratamiento fue positivo para SAOS. En este último caso, el tratamiento con mupirocina se interrumpió antes de los 7 días.

**DISCUSIÓN:**

- 1.- El 40% del personal sanitario estudiado era portador de S aureus en el cultivo del frotis nasal.
- 2.-La prevalencia de personal sanitario colonizada por SARM fue del 16%.
- 3.- La prevalencia de personal sanitario colonizada por SAOS fue del 24%.
- 4.- El tratamiento con mupirocina dio buenos resultados.

5.- El control y la vigilancia del *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM), patógeno virulento presente prácticamente en todos los hospitales españoles, debe convertirse en una prioridad, ya que su presencia está muy relacionada con el aumento de la mortalidad en los pacientes a los que infecta, así como también en el aumento del coste económico en la atención sanitaria.

6.- Para concluir, queremos resaltar la importancia que juega el personal sanitario como vehículo de transmisión cruzada de la Infección nosocomial.. Por ello resulta muy útil la realización de estos controles de forma periódica a todo el personal en contacto con los pacientes ingresados, así como el posterior tratamiento del personal colonizado dada la efectividad del mismo.

## **CO - 021.- EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS ADVERSOS POR NEUROLÉPTICOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA.**

MORENO-CALVETE MC.

RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA. BILBAO.

### **OBJETIVOS:**

Evaluar la presencia de efectos adversos en pacientes con esquizofrenia ingresados con un tratamiento con neurolépticos igual o superior a 6 meses.

Objetivos secundarios:

Determinar la prevalencia de efectos adversos por neurolépticos.

Analizar la existencia de asociación entre las distintas variables que se miden en el estudio.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se llevó a cabo un estudio transversal de 12-15 meses sobre una muestra de 28 personas tras el cumplimiento de los criterios de inclusión: Diagnóstico de esquizofrenia y sus distintos tipos según el CIE-10, Ingresados en el Hospital, Tratamiento con neurolépticos típicos y/o atípicos con una duración mayor a 6 meses, Mayores de 18 años de ambos sexos. Y el no cumplimiento de los criterios de exclusión. Las variables independientes fueron: Sexo, edad, tabaco, tiempo de ingreso. Tratamiento con neurolépticos y duración. Otros fármacos. Y las variables dependientes: Efectos anticolinérgicos. Efectos extrapiramidales. Obesidad. Síndrome Metabólico.

Los instrumentos de medida fueron: Las escalas de Barnes, Simpson y Angus y la de AIMS. Para Obesidad (IMC  $\geq 30$ ), Síndrome Metabólico: Consenso de la IDF, AHA/NHLBI, WHF e International Association Atherosclerosis Society. Estreñimiento: Diagnóstico y/o tratamiento.

La estadística usada fue para las variables cuantitativas: Medidas de tendencia central, medidas de dispersión (desviación estándar) la mediana y el rango intercuartil (percentil75-percentil25). Para las variables cualitativas: Medidas de frecuencias y porcentajes. Test exacto de Fisher, IC del 95% y OR. Se consideró significativa una p menor o igual a 0,05.

### **RESULTADOS:**

Se encontró una prevalencia de un 57,1% (n=16) para el estreñimiento, un 46,4% (n=13) para la obesidad y para el síndrome metabólico, y dentro de los efectos extrapiramidales se encontró un 14,3% (n=4) para el parkinsonismo, un 7,1% (n=2) para la acatisia y un 3,6% (n=1) para las discinesias tardías. Más de la mitad de los pacientes presentó más de un efecto adverso a la vez. Se observó una asociación estadísticamente significativa con la edad, para la obesidad y síndrome metabólico (p=0,042). En cuanto a las variables de sexo y presencia del estreñimiento se encontró una relación estadísticamente significativa la p fue igual a 0,050.

### **DISCUSIÓN:**

La prevalencia de estreñimiento como efecto anticolinérgico fue superior a la de otro estudio en el que encontraron una prevalencia de 10-50%. La prevalencia de obesidad también fue superior a la de otro estudio en el que la situaron en hasta un 40%. La alta prevalencia detectada para el estreñimiento, obesidad y síndrome metabólico hace evidente la necesidad de incorporar medidas de prevención, detección precoz e intervención temprana para su control. Sería asimismo interesante dar continuidad a esta investigación realizando una réplica del estudio con una muestra más amplia en un ámbito no hospitalario.

**CO - 022.- APLICACIÓN DE LA NORMA UNE 179003 DE GESTIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS EN UN HOSPITAL DE DÍA DE ONCOHEMATOLOGÍA.**

MAGARIÑOS-IGLESIAS JR, LAMAS-DÍAZ MJ, PÉREZ-ENCINAS M, REGOS-BARRIO C, CASTRO-GIADÁNS A, VÁZQUEZ-RIVERA F.

GERENCIA DE GESTIÓN INTEGRADA DE SANTIAGO. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

**OBJETIVOS:**

El proyecto tiene por objeto establecer un sistema de gestión de riesgos clínicos en un Hospital de Día de Oncohematología según requisitos de la norma UNE 179003, implantada por primera vez en una unidad clínica de este tipo, cuya finalidad es identificar y analizar los riesgos clínicos para posterior tratamiento destinado a su reducción y/o eliminación.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

La implantación de la norma UNE 179003 se ha desarrollado según metodología PDCA:

1. La Dirección define política de gestión de riesgos y plan de gestión de riesgos en Hospital de Día.
2. Se constituye grupo de trabajo multidisciplinar en la Unidad: oncóloga, hematólogo, farmacéutica oncológica, supervisora de enfermería, DUE, auxiliar de enfermería, celadora y auxiliar administrativo, coordinado por Unidad de Calidad y responsable de:
  - ☐ Identificación de riesgos de procesos asistenciales
  - ☐ Análisis de riesgos con método AMFE.
  - ☐ Evaluación de riesgos según criterios predefinidos.
  - ☐ Identificación de acciones de tratamiento de riesgos.
  - ☐ Definición de indicadores de control de riesgos.
3. Se sistematiza el proceso de mejora continua de gestión de riesgos: indicadores; seguimiento de planes de tratamiento; auditorías internas y externas; revisión por Dirección.

**RESULTADOS:**

Los resultados de implantación del sistema son:

- ☐ Se han identificado 51 riesgos potenciales y valorado en cuanto a probabilidad de ocurrencia y gravedad de consecuencias para paciente. El 68% fueron valorados con niveles máximos de gravedad para el paciente (4 y 5) y el 5,8% con probabilidad máxima de ocurrencia (5).
- ☐ Se han analizado mediante metodología AMFE los riesgos con nivel máximo de gravedad para paciente (5), entre ellos: identificación errónea de paciente; error diagnóstico; error prescripción: esquema, dosis; omisión interacciones medicamentosas; errores validación farmacéutica; errores en preparación: identificación medicamentos, dosis; administración paciente erróneo; error vía de administración; error secuencia administración; error medicación de soporte.
- ☐ Se han definido 24 acciones de tratamiento, agrupadas en 17 objetivos de mejora priorizados según factibilidad y coste, entre ellos: formación y experiencia de personal; análisis cargas de trabajo de profesionales; sistema automatizado identificación pacientes y medicación; punto único de información a pacientes; acceso a historia farmacoterapéutica completa de pacientes; mejora programa informático de prescripción y validación; sistemas de administración incompatibles según vía; información y educación del paciente para participación activa en su asistencia.

**DISCUSIÓN:**

La implantación de la norma UNE 179003 en Hospital de Día de Oncohematología ha posibilitado la identificación de los riesgos potenciales de los procesos asistenciales de la Unidad y de las acciones de tratamiento a desarrollar para su control, y ha potenciado la cultura de seguridad entre los profesionales y la mejora de la calidad asistencial en la Unidad.

**CO - 023.- ESTRATEGIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.**

TORIJANO-CASTILLO MJ, NAVARRO-GIL P, PLA-MESTRE R, RODRÍGUEZ-PÉREZ MP, CANTERO-CABALLERO M, JIMÉNEZ-MUÑOZ AB.

GREGORIO MARAÑÓN. MADRID.

**OBJETIVOS:**

- 1.Implementar el Listado de Verificación Quirúrgica(LVQ) en el HGUGM.
- 2.Evaluar la efectividad de la implantación.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

La implementación del LVQ ha sido realizada en tres partes por un grupo de trabajo multidisciplinar. Se pilotó en los meses de noviembre, diciembre del 2010 y enero 2011. Tras el cual se realizó un informe, incluyendo la evaluación inicial y se modificó sustancialmente la LVQ. La segunda parte de la estrategia comenzó en el verano del 2011, con reuniones del grupo de trabajo, preocupado por el bajo seguimiento de la LVQ. Se decidió llevar a cabo un programa de formación y motivación exhaustivo. Durante los meses de septiembre, octubre y noviembre se impartieron un total de 24 charlas a médicos y personal de enfermería pertenecientes a todas las especialidades quirúrgicas y turnos de trabajo. Fueron enviadas por parte de la dirección del centro, cartas a todos los jefes de servicios comunicándoles que de forma masiva el día 15 de noviembre debería comenzarse con la realización del LVQ en todas las cirugías. Durante la tercera fase del proyecto, con el objetivo de mantener motivados a los profesionales y enmarcado dentro de un ciclo de mejora continua de la calidad, se ha realizado una encuesta a todos los cirujanos. También mensualmente se remiten informes sobre el grado de implantación, la calidad del LVQ y propuestas de mejora.

**RESULTADOS:**

De la implantación:

El grado de implantación en los meses del pilotaje fue bajo y además se observó como iba disminuyendo (50,9% en noviembre, 34,2% en diciembre y 14,9% en enero). Tras la segunda fase la cobertura en noviembre del 2011 fue del 79,1% en diciembre del 82,1%(llegando al 100% en algunas especialidades). Durante los primeros 4 meses del 2012 se ha mantenido entre el 80,5% (del mes más bajo que correspondió a enero) y el 83,1% del mes de abril. Dado que la firma del anestesista en los primeros meses fue baja, se modificó el procedimiento para adaptarse a las necesidades de estos especialistas, aumentando su presencia del 81% al 87,2% actual.

De la encuesta: Se obtuvo representación de 76,5% de los servicios encuestados. El 83,3% eran médicos adjuntos, y el resto Jefes de servicio. En la pregunta sobre la utilidad del LVQ, el 79% lo consideran útil o muy útil. En relación con las sugerencias establecidas, están siendo estudiadas para su incorporación.

**DISCUSIÓN:**

La seguridad del paciente es una estrategia fundamental en la calidad de la atención sanitaria. Las estrategias de implantación de los LVQ son complicadas, debido a las reticencias de los profesionales a la modificación de su práctica habitual y a la tendencia a disminuir los efectos de las campañas formativas. Por todo ello requiere de un recordatorio casi constante y una estrategia persuasiva hasta conseguir el hábito deseado.

Conclusiones: El apoyo institucional ha sido decisivo para conseguir buenos resultados. Es necesario continuar con medidas de soporte una vez logrado el resultado deseado.

## **Sesión de Comunicaciones Orales.**

### **Sala A4.**

**Miércoles, 7 de noviembre / 16:00 h. – 18:00 h.**

## **Seguridad Clínica y Gestión de riesgos.**

**CO – 024 / CO – 036**

**CO - 024.- ESTRATEGIA TÁCTICA PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS EN LA ATENCIÓN SANITARIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO.**

ALAMEDA-ETXEBARRIA S, UTRERA-MORENO ML, RUIZ-ETXEBARRIA MA, LLARENA-CUEVAS MJ, IBARRA-HERNÁNDEZ K, GONZÁLEZ-MOLINA Y.

HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Planificar y desarrollar una estrategia proactiva de gestión y manejo de las situaciones de peligro para los pacientes, derivadas de la atención clínica, integrando la estructura en red de seguridad del paciente con la que cuenta el hospital: Comisiones con impacto en seguridad, el Plan Estratégico y Plan de Gestión de los Procesos a objeto de crear una atención sanitaria más segura. La gestión proactiva de riesgos clínicos tiene el objetivo de reducir y/o eliminar fuentes de peligro asistenciales y organizativas e identificar y valorar los riesgos durante la estancia del paciente. Elaborar un Mapa de Riesgos Sanitarios permite analizar fuentes de peligro (falta de comunicación del equipo...) y los riesgos derivados (empeoramiento del paciente, aumento de estancias...) facilitando su gestión mediante planes de acción concretos (a nivel estratégico y de proceso).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se han utilizado diferentes metodologías de análisis:

- Matriz de DOBLE ENTRADA, utilizada para relacionar las fases del circuito de actividades de cada área asistencial con potenciales fuentes de peligro, definidas por un equipo multidisciplinar.
- Metodología AMFE, se ha utilizado para identificar, priorizar y tratar los riesgos a nivel de proceso. Se han constituido cuatro grupos de análisis multidisciplinarios, coordinados desde la Unidad de Calidad.
- Matriz REDER, a objeto de establecer iniciativas de amplio alcance en el hospital, derivadas de la línea estratégica de Calidad y Seguridad Clínica encuadrada en el Plan Estratégico.
- Metodología PDCA, materializada a través de la Gestión por Procesos (Estrategia de Gestión del hospital).

**RESULTADOS:**

- Se ha elaborado un Manual de Seguridad del Paciente que describe el Sistema de Gestión de Seguridad Clínica del hospital.
- Se ha elaborado un Mapa de Riesgos del hospital que permite conocer qué áreas del centro son más proclives a desarrollar potenciales peligros para los pacientes.
- Se han identificado de manera proactiva aquellos riesgos de mayor peso (mediante el índice IPR), indicando planes de acción concretos para su tratamiento, tanto de eliminación, reducción y/o control, a lo largo del circuito de los macroprocesos de Hospitalización Médica, Quirúrgica (circuito quirúrgico), Urgencias Generales y de Pediatría.

**DISCUSIÓN:**

La estrategia táctica del hospital alineando la estructura en red de seguridad del paciente en conjunción con la gestión proactiva de riesgos clínicos, ha permitido la homogenización de dinámicas de desempeño en pro de la seguridad clínica, mediante sistemáticas de identificación, evaluación y tratamiento de los riesgos derivados de la clínica, tanto a nivel estratégico como de proceso. Se han creado planes de mejora que engloban las líneas de seguridad estratégicas, logrando establecer un sistema de atención marcadamente más seguro.

**CO - 025.- IMPLANTACIÓN DE LA NORMA 179003: GESTIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN HEMODIÁLISIS Y LABORATORIO.**

VIZOSO-LORENZO N, CASTRO-CASTRO M, REY-MARTÍNEZ MA, GARCÍA-RIVELA LM, ALBÁN-SALGADO A, RODRÍGUEZ-CASTAÑO M.

HOSPITAL DA BARBANZA. SANTA UXÍA DE RIBEIRA (A CORUÑA).

**OBJETIVOS:**

Los Servicios de Hemodiálisis (HD) y laboratorio están certificados en la Norma 9001 (enero 2004 y marzo 2010 respectivamente), por tanto, con sistema de gestión por procesos.

Se propone al personal de ambos Servicios enfocar el sistema de Calidad a la gestión de riesgos (GR) siguiendo la Norma 179003. Servicios Sanitarios. GR para la Seguridad del paciente (SP).

**OBJETIVOS**

Objetivo principal:

Gestionar los riesgos para la SP en HD y Laboratorio, según la Norma 179003. Certificarse en ella.

Específicos:

- Crear cultura de seguridad y GR en el personal y en los líderes.
- Identificar los riesgos potenciales y reales derivados de la atención.
- Analizar y evaluar los riesgos. Elaborar planes de tratamiento para aquellos inaceptables o severos según clasificación y recursos.
- Elaboración del soporte documental.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Reuniones con la alta dirección con objeto de implicarles en el proyecto. Definición de la Política de GR.

Elaboración del plan de implantación, en el que se incluyen sesiones formativas e informativas a cargo de la Responsable de Calidad y GR, dirigidas a la alta dirección y al personal.

Constitución de los GIAR (Grupo de Identificación y Análisis de Riesgos), del que forma parte todo el personal de HD y de laboratorio.

Planificación del trabajo: identificar, analizar y evaluar los riesgos.

Para el análisis se establecen criterios de gravedad, probabilidad y capacidad de no detección en función de los datos del servicio.

Elaboración del Mapa de riesgos.

Establecimiento e implantación de planes de tratamiento. En HD, entre ellos, 2 listas de verificación (una al ingreso en la unidad y otra antes y durante las sesiones de HD).

Elaboración el soporte documental.

Sistema de notificación obligatorio.

**RESULTADOS:**

El Servicio de HD obtiene la certificación en la Norma 179003 en dic. 2011.

Mediante actas se comprueba la participación del personal en la implantación de las directrices de esta norma, en la identificación, análisis y evaluación de riesgos y en las propuestas de planes de tratamiento.

El personal realiza notificaciones: HD 12 en el 1º trimestre de 2012 y laboratorio 11.

Existe soporte documental.

Existe el mapa de riesgos de ambos servicios.

Planes de tratamiento implantados y efectivos.

El personal de HD realiza formación sobre SP y Norma 179003.

**DISCUSIÓN:**

El Servicio de HD es el 1º en España en certificarse en la Norma 179003.

En laboratorio se trabaja según sus directrices; planificada auditoría para certificación en último trimestre 2012.

El personal con cultura de seguridad del paciente hace que su labor sea más segura, y gestiona y controla los riesgos de su Servicio. Este personal trabaja en equipo.

Registros de controles y barreras evidencian las actuaciones que el personal realiza día a día para GR.

Observamos que el personal de laboratorio se ha implicado en el trabajo en esta norma de forma extraordinaria, bastante más de lo que estaba en la 9001: han mejorado los registros y en general la comunicación.

**CO - 026.- PROGRAMA DE VIGILANCIA Y CONTROL DE SARM: UNA MEDIDA EFICIENTE Y EFICAZ PARA LA SEGURIDAD DE NUESTROS PACIENTES.**

IBÁÑEZ-ROMAGUERA JM, TRICAS-LERIS JM, VIDAL-GALVE R, REDON-RUIZ E, MAURINICOLAS E.

HOSPITAL DE MOLLET. MOLLET DEL VALLÈS (BARCELONA).

**OBJETIVOS:**

*Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) es un microorganismo virulento causante de infecciones invasivas asociadas a una elevada mortalidad y gran coste económico; constituyendo un grave problema de salud en todo el mundo y afectando en gran medida a personas ingresadas en residencias de ancianos, socio-sanitarios o antecedentes de contacto con el sistema sanitario. La importancia de programas para la prevención de la infección por SARM está descrita por la mayoría de sociedades científicas. El objetivo del estudio es valorar el impacto de un programa de vigilancia y control sobre las tasas de infección de SARM durante un periodo de 5 años, dentro de una política de mejora en la seguridad de nuestros pacientes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Desde el año 2007 tenemos instaurado un protocolo que se aplica desde el área de Urgencias a todos los pacientes con los siguientes factores de riesgo: haber estado ingresado en un centro de agudos (especialmente UCI), procedencia de residencia o socio-sanitario y antiguo colonizado/infectado por SARM. A estos pacientes se les realiza un frotis nasal, faríngeo, rectal y úlceras como cribaje para SARM, iniciando un aislamiento preventivo hasta obtener los resultados definitivos.

Dependiendo de los resultados del cribaje aplicamos las medidas de precaución de contacto. Desde el año 2008 en el marco del programa de formación se incluye un curso de Estrategias de Prevención Relacionadas con la Atención sanitaria, con talleres prácticos de las medidas de precaución que hay que aplicar en los pacientes con SARM. A partir del año 2011 incorporamos una alerta informática a través de la cual queda identificado todo aquel paciente que ha estado colonizado/infectado por SARM, ayudando a la instauración rápida de las Precauciones de Contacto.

**RESULTADOS:**

Desde el año 2007 participamos en el programa de Vigilancia de Infección nosocomial instaurado en Catalunya (VINCat) y siguiendo la metodología del estudio hemos obtenido los siguientes indicadores de resultado en el periodo 2005-2011. El porcentaje de SARM del total de *Staphylococcus aureus* en el año 2005 era de un 15 % disminuyendo a un 8,84 % en el año 2011. En cuanto a la densidad de incidencia de bacteriemia por SARM en el año 2005 era de un 0.97\*1000 estancias hospitalarias y en el año 2011 el resultado es de 0.05\*1000 estancias hospitalarias.

**DISCUSIÓN:**

El protocolo aplicado hasta el momento para la prevención de microorganismos multirresistentes como SARM en nuestro hospital ha conseguido que la tasa de SARM haya ido disminuyendo a lo largo de los años de forma significativa. Creemos que es importante continuar con la vigilancia activa manteniendo desde urgencias las medidas de aislamiento preventivo y continuar con los programas de formación y desarrollo para todos los profesionales. La implantación de este programa de control es coste-efectivo y con impacto directo sobre la seguridad y mortalidad de los pacientes causada por este microorganismo.

## **CO - 027.- ¿TIENEN MÁS EVENTOS ADVERSOS LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN AISLAMIENTO POR INFECCIÓN?**

ARROSPIDE-ELGARRESTA A, MENDIZABAL-LARRAÑAGA M, TABOADA-GOMEZ J, LANZETA-VICENTE I, ARROYO-RODRIGO MJ, DELGADO-PAEZ DL.

HOSPITAL DE ZUMARRAGA. ZUMARRAGA (GUIPÚZKOA).

### **OBJETIVOS:**

Calcular la tasa de sucesos adversos en los pacientes adultos aislados por infección durante un año.

Analizar si hay diferencias en términos de seguridad entre pacientes aislados y no aislados, de similares características y en el mismo periodo.

Estudiar la posible asociación de estos sucesos con factores de riesgo identificados.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio de cohortes retrospectivo multicéntrico.

Cohorte de expuestos: pacientes adultos que, durante su ingreso, han estado en aislamiento por estar colonizado/infectado por microorganismos multirresistentes.

Cohorte de no expuestos: selección aleatoria desde el CMBD de pacientes no aislados que cumplieran las siguientes características similares a los pacientes de la cohorte de aislados:

Hospitalización en el mismo periodo de tiempo, Servicio médico, Edad: Menor de 65 años/Mayor o igual a 65 años, Índice de Charlson.

Período de estudio: 1 año.

Para la recogida de datos se utilizó la guía de cribado del proyecto IDEA, y los pacientes que dieron positivo se estudiaron más en profundidad mediante el cuestionario modular para identificación de eventos adversos por revisión de historias clínicas.

Variables resultado: Afectación psicológica, error de medicación, úlcera por presión, infección nosocomial, caída, suceso relacionado con procedimiento, y otros.

Análisis: Se calculó la tasa de sucesos adversos en las dos cohortes de pacientes durante su hospitalización en el periodo de un año en tres hospitales comarcales similares.

Se calculó el Riesgo Relativo de los factores de riesgo. Se utilizó T test para comparar medias y chi cuadrado para comparar proporciones.

### **RESULTADOS:**

Pacientes estudiados: 89 en cada cohorte.

Cribados positivos: 55,68% en no aislados y 64,77% en aislados (no hay diferencias estadísticamente significativas).

Aislados: pacientes con EA, 22,5% y EA, 28,1% (2 afectaciones psicológicas, 2 errores de medicación, 7 infecciones, 4 úlceras, 2 caídas, 6 asociados a procedimiento, 2 otro).

No aislados: pacientes con EA, 25,8% y EA, 30,3% (3 errores de medicación, 10 infecciones, 2 caídas, 9 relacionados con procedimiento, 3 otros).

No hay diferencias estadísticamente significativas en EA entre cohortes. Tampoco hay diferencias en edad, sexo ni estancia media.

Factores de riesgo: los pacientes aislados tienen significativamente más diabetes y uso de bombas de infusión, pero no influyen en los resultados.

### **DISCUSIÓN:**

Los pacientes aislados tienen más cribados positivos y a su vez el hecho de tener más hospitalizaciones y más antibióticos favorece el ser portador de multirresistentes.

El porcentaje de EA hallados en los pacientes que han estado aislados es relativamente alto, sin embargo no podemos concluir que el hecho de estar aislado suponga un mayor riesgo para estos pacientes.

Es de destacar la baja tasa de sucesos relacionados con la medicación y que se infectan más los pacientes no aislados.

No hemos podido asociar ningún riesgo de seguridad para el paciente con los sucesos adversos encontrados.

**CO - 028.- ANÁLISIS DE SEGURIDAD EN TIEMPO REAL (AASTRE). DISEÑO DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN A TRAVÉS DEL MÉTODO DELPHI.**

PROYECTO AASTRE- GRUPO DE EXPERTOS, POBO-PERIS A, SIRGO-RODRÍGUEZ G, MARTÍN-DELGADO MC, BODÍ-SAERA MA, OLONA-CABASES M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TARRAGONA JOAN XXIII / IISPV. TARRAGONA.

**OBJETIVOS:**

Diseño de una herramienta para el análisis aleatorio de seguridad en tiempo real (AASTRE), tipo listado de verificación, para su utilización en tiempo real, que incluya los aspectos más relevantes de la seguridad del paciente crítico. Las medidas incluidas en el listado de verificación estarán basadas en la evidencia, y seleccionadas y mejoradas por un grupo de expertos nacionales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El listado de verificación de las medidas seguras se ha realizado mediante a) revisión bibliográfica b)Proceso Delphi.

Fases del proceso Delphi: 1) Creación, por parte del grupo de investigación, de un listado de medidas relacionadas con la seguridad del paciente crítico basadas en la evidencia científica. 2) Selección de un grupo de expertos nacionales de contrastada relevancia en diferentes ámbitos del cuidado del paciente crítico. Condición: mantener anonimato entre ellos. 3) Envío del listado original a cada investigador. 4) Evaluación del listado por cada investigador en base a: a) Puntuación que evalúe la importancia (0-7) y factibilidad (0-7) de cada medida. b) Comentario de cada variable. c) Propuesta de nuevas variables. 5) Envío de cada evaluación al grupo investigador y redacción de un nuevo listado de verificación en base a las modificaciones aportadas por los expertos. Se han realizado 3 rondas.

Criterios para exclusión de medidas:- Si existe variabilidad en las respuestas: 3 ó más expertos puntúan alguna pregunta con  $\geq 6$  y otros tres con  $\leq 2$ . - Si en importancia, más del 20% de los expertos puntúan 5, y/o - Si en factibilidad, más del 20% de los participantes puntúan 4.

**RESULTADOS:**

38 medidas (distribuidas en 8 áreas) fueron extraídas de la literatura. Áreas: 1) ventilación mecánica (3 medidas, 7.9%). 2) Hemodinámica y nefrología (7, 18.4%). 3) Sedación y analgesia (4, 10.5%). 4) Tratamiento (8, 21%). 5) Técnicas y pruebas (4, 10.5%). 6) Nutrición (3, 7.9%). 7) Cuidados de enfermería (4, 10.5%). 8) Estructura (5, 13.1%). Se contactó con 21 expertos, el 100% aceptó la participación. 1ª ronda: eliminación de 3 variables (7.9%, 2 de técnicas y pruebas y 1 de nutrición). Creación de 4 nuevas (10.5%, 1 ventilación mecánica, 1 sedación y analgesia, 1 tratamiento, 1 estructura). Además, se fusionan 2 (5.6%) de sedación y analgesia, 1 (2.6%) se reformula y otra (2.6%) no se llega a un acuerdo sobre la importancia. 2ª ronda: se reevalúan las nuevas variables: 1 de sedación y analgesia (2.6%) es eliminada. Se redefine otra (2.6%). 3ª ronda: versión definitiva. Acuerdo sobre la definición de las 37 variables.

**DISCUSIÓN:**

Se ha elaborado el primer listado de verificación de seguridad global en el paciente crítico, basándose en la participación de 21 expertos de prestigio nacional. El método Delphi ha sido útil para obtener el consenso en el diseño de la herramienta que puede permitir la mejora de la seguridad en el paciente crítico. Dicha herramienta requiere ser evaluada en cuanto a factibilidad y viabilidad en la práctica diaria.

Estudio financiado por ISCIII (FIS PI11/02311).

## **CO - 029.- DESARROLLO DE UNA APLICACIÓN INFORMÁTICA COMO AYUDA A LA CONCILIACIÓN EN SALUD MENTAL.**

ZARDOYA-MATEO MJ, PRIETO-PERAITA M, LOPEZ-ORTIZ M, ARANA-OSINAGA A.  
RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA. BILBAO.

### **OBJETIVOS:**

Facilitar la recogida y análisis de los datos necesarios para la conciliación de la medicación al ingreso hospitalario mediante la creación de una herramienta informática.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

La conciliación es un procedimiento formal que consiste en obtener el listado completo y exacto de la medicación previa al ingreso y compararla con la prescrita en el hospital para detectar y corregir discrepancias en el tratamiento farmacológico.

A partir de un fichero de datos que diariamente informática de e-Osabide coloca en el servidor de cada hospital con la información de la prescripción del día anterior y utilizando el programa Access se ha diseñado una consulta que permite la selección de los pacientes por fecha de ingreso.

Se identificaron los campos de interés de la consulta : nº historia, nº de cama, edad, sexo, fecha ingreso, grupo terapéutico, principio activo, dosis, frecuencia de administración y nº de medicamentos. Y como hoja de trabajo se ha diseñado un informe acces que facilita la comparación con los datos contenidos en la historia clínica global del paciente. Aunque la conciliación se realiza en el momento del ingreso, la hoja de trabajo se cumplimenta al día siguiente, quedando los datos registrados en una tabla de la cual se extrae la información para el análisis posterior de los datos. Esta tabla se complementa con dos nuevos campos: si ha requerido intervención farmacéutica y otro de observaciones donde se describe la actuación y/o el resultado.

### **RESULTADOS:**

Durante un periodo de 4 meses se incluyeron 154 pacientes en el programa de conciliación, la mayoría de ellos con edad 60 años o 60 con patología orgánica crónica asociada, encontrándose en un 48% algún tipo de discrepancia. La utilización de esta herramienta ha supuesto un ahorro de tiempo al automatizar la hoja de tratamiento farmacológico al ingreso, evitando, además, la transcripción del mismo y con ello la probabilidad de cometer errores en la propia conciliación. Los medicamentos se ordenan automáticamente por grupo terapéutico lo que permite visualizar de forma fácil las duplicidades farmacéuticas, que supusieron un 3,5%.

### **DISCUSIÓN:**

Gracias a la herramienta informática se está en disposición de realizar el registro y la explotación de los datos en la conciliación del 100% de los ingresos hospitalarios.

Disminuye la probabilidad de errores de transcripción en la propia conciliación y permite la utilización más eficiente del tiempo. Además, el análisis de la información va a permitir identificar y cuantificar áreas de riesgo, así como implementar mejoras que redunden en la seguridad del paciente.

**CO - 030.- ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, SÍNTOMA DE CALIDAD.**

PRIETO-PERDIGÓN D, DOBLADO-LÓPEZ O, MORAN-VALLE I.  
HOSPITAL LLEUGER CAMBRILS. TARRAGONA.

**OBJETIVOS:**

Detectar el nivel de adherencia al tratamiento crónico en pacientes diabéticos, hipertensos, dislipémicos y con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).  
Evaluar la efectividad del procedimiento de comprobación de tratamiento farmacológico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realiza estudio retrospectivo descriptivo de los datos obtenidos del 2011 basado en el procedimiento implementado en el 2010.

Este procedimiento consiste en visitas programadas con los profesionales de enfermería donde se revisan in situ los fármacos prescritos. Esta comprobación se realiza con el paciente y en su defecto con un familiar y/o cuidador donde acuden con los envases de los medicamentos. Se comprueba de forma exhaustiva: el fármaco, la dosis y la hora de la toma teniendo en cuenta que no haya duplicidad de los mismos, por ejemplo genéricos y comerciales y que la adherencia sea la correcta.

Se utiliza material de apoyo para los paciente elaborado en el 2010: gráfico con el número de dosis y la hora en que se lo debe tomar y se acompaña de información general sobre el medicamento prescrito.

**RESULTADOS:**

Periodo de estudio año 2011.

Total de pacientes visitados en consulta programada de enfermería con las patologías crónicas: dislipemia, hipertensión, diabetes y EPOC. N: 4630.

Hombres 2319.

Mujeres 2311.

Mayores de 65 años 2101, menores o iguales de 65 2529.

Total de pacientes con tratamiento crónico prescrito 2521 54%.

Comprobación de tratamiento farmacológico por enfermería 2145 85%.

Toman correctamente el tratamiento 2368 94%.

No lo toman correctamente 153 6%.

Motivos de mala adherencia al tratamiento:

- abandono de tratamiento 45 29%.
- dosis incorrecta 10 7%.
- omisión de toma 64 42%.
- toma incorrecta 9 6%.
- no registrado 25 16%.

**DISCUSIÓN:**

Uno de los objetivos marcados cuando se elaboró este procedimiento en el 2010 fue la concienciación a los profesionales de enfermería de la importancia de la comprobación de la adherencia al tratamiento y del registro en historia clínica. Los datos obtenidos son gratamente satisfactorios.

Podemos afirmar que enfermería es un eje sólido para la motivación y control de los tratamientos crónicos y así aumentar la calidad y seguridad de nuestros pacientes.

**CO - 031.- ¿HAY VIDA DESPUÉS DEL PROYECTO SÉNECA?.**

HERRERA-CARRAL P, FERNÁNDEZ-NÚÑEZ ML, RUIZ-MARAÑA MF, FREIRE-RUIZ RG, SÁNCHEZ-CALLES D, RODRÍGUEZ-GARRIDO MM.

SIERRALLANA. TORRELAVERGA (SANTANDER).

**OBJETIVOS:**

Diseñar un plan de acción en materia de Seguridad de Cuidados Enfermeros basado en la autoevaluación del Proyecto Séneca.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En 2009 nuestro hospital fue seleccionado para participar en el Proyecto Séneca, promovido por el Ministerio de Sanidad y Política Social, que pretendía medir la seguridad de los cuidados en 35 hospitales del SNS.

Los criterios de autoevaluación definidos en el proyecto constituyen un modelo de Excelencia de un hospital que ofrece cuidados seguros.

Con el fin de utilizar los resultados obtenidos, se constituye la Comisión de Seguridad de Cuidados Enfermeros, integrada por 8 personas clave en materia de seguridad de cuidados en el hospital.

Siguiendo la metodología de Mejora Continua de la Calidad, la Comisión planifica 5 etapas:

1. Análisis y detección de áreas y acciones de mejora con competencia del personal de enfermería para actuar y cuyos resultados reflejen mejor calidad de los cuidados.
2. Priorización utilizando la matriz de clasificación de Prácticas Seguras para la Prevención de Eventos Adversos empleada en el estudio de revisión de las "Prácticas Seguras Simples" (informe 2008 del Ministerio de Sanidad y Consumo).
3. Elaboración de un plan de acción.
4. Implantación.
5. Evaluación.

**RESULTADOS:**

- 6 reuniones (9horas) + dedicación personal para algunos aspectos como la priorización.
- Revisión de todos los indicadores y encuestas del Proyecto Séneca.
- 130 acciones de mejora detectadas (reflexión y consenso siguiendo Técnica de Grupo Nominal).
- Plan de acción designando responsables y cronograma, compuesto por 10 acciones priorizadas en la matriz con mayor impacto en la Seguridad del Paciente y menor complejidad de implantación, designando responsable y cronograma para cada acción: Desarrollar un Plan de Seguridad Integral en una Unidad de hospitalización, elaborar un decálogo de riesgos sanitarios para pacientes, diseñar estudio de complicaciones relacionadas con sondaje vesical, crear registro complicaciones sondaje vesical en Gacela, elaborar protocolo de broncoaspiración, elaborar procedimiento y registro de control de caducidades, etc.
- Implantación y evaluación: 4 de las 10 acciones están implantadas o en fase de implantación y una de ellas está siendo evaluada (estudio complicaciones sondaje vesical).

**DISCUSIÓN:**

- La autoevaluación Séneca es una herramienta válida para detectar acciones de mejora en materia de seguridad en cuidados enfermeros.
- La detección de un número muy amplio de acciones de mejora obliga a la priorización. La matriz empleada ha sido útil para visualizar y priorizar enfocando los resultados a la mejora de la Seguridad.
- Fruto de nuestra participación en el Proyecto, se están desarrollando acciones para mejorar la Seguridad de los cuidados.

**CO - 032.- CRIBADO MEDIANTE UN TEST RÁPIDO DE PACIENTES CON RIESGO ELEVADO DE ESTAR COLONIZADOS POR SAMR.**

ANTON-PASCUAL JL, ORTIZ V, REQUENA-PUCHE J, ARANAZ-ANDRES JM, ANTEQUERA P, GEA-VELAZQUEZ DE CASTRO MT.

HOSPITAL SAN JOAN D'ALACANT. SAN JUAN DE ALICANTE (ALICANTE).

**OBJETIVOS:**

SAMR es uno de los patógenos más frecuentes, estando su tratamiento limitado por las múltiples resistencias a antibióticos lo que producen una mayor morbilidad y mortalidad. La colonización generalmente precede a la infección, puede ser duradera y se transmite de persona a persona. La discusión sobre si es necesaria para su control la aplicación de sistemas de vigilancia activa universales o en pacientes seleccionados y las pruebas a utilizar, cultivos o pruebas rápidas, está aún sin resolver.

**Objetivos**

Determinar la prevalencia de portadores de SAMR en los pacientes de riesgo en el momento de la admisión.

Aplicar las medidas de aislamiento de contacto en el 80% de los pacientes portadores en las primeras 24 horas.

Determinar la incidencia de infección relacionada con la asistencia en la cohorte.

Determinar el rendimiento de la nueva prueba.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Diseño: estudio de cohortes durante 8 meses.

Aplicación de la prueba rápida (PCR) y la convencional.

Cribado en pacientes de riesgo: ingresados en la UCI, con más de tres ingresos en el último año, procedentes de residencias, con estancia >24 horas en otros hospitales ingresados en el Servicio de Medicina Interna, pacientes ingresados en traumatología que vayan a recibir una prótesis de rodilla o cadera. Se realizó la doble toma de fosas nasales para PCR y cultivo. Si el resultado de PCR era positivo se aplicó aislamiento de contacto, descolonización (mupirocina nasal al 2% más higiene con gel de clorhexidina) 5 días. Se realizó el seguimiento de los pacientes y se recogió la información mediante la Encuesta del sistema de Vigilancia Avatar.

**RESULTADOS:**

La prevalencia de portadores de SAMR en los pacientes seleccionados fue de 9,4% (IC 95% 6,9-11,9%), oscilando entre un 19,9% en Medicina Interna y un 3,4% en la UCI. Entre los que proceden de residencias la prevalencia fue de 21,6%. La mediana del tiempo entre el resultado del test rápido y el aislamiento fue 24 horas, mientras que con el cultivo hubiera sido 4 días. Durante este tiempo ningún paciente desarrolló IRA por SAMR. La sensibilidad y especificidad de la prueba fue de 93,9% y 95,4% respectivamente. El VPP y VPN fueron respectivamente 68,7% y 99,3%.

**DISCUSIÓN:**

La prevalencia de portadores de SAMR en los pacientes de riesgo es elevada. La prueba en pacientes seleccionados mejoraría el control y la vigilancia de IRA por SAMR porque reduce el tiempo de aplicación de las medidas de aislamiento. El VPN de la prueba es muy elevado, lo que reduciría el seguimiento de pacientes colonizados.

**CO - 033.- IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA CULTURA DE SEGURIDAD EN UNA MUESTRA DE HOSPITALES.**

SILVESTRE-BUSTO C.

CSPH - GRUPO DE TRABAJO DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN HOSPITALES.

OSAKIDETZA - COMARCA GIPUZKOA. DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN.

**OBJETIVOS:**

Evaluar el impacto de las intervenciones para mejorar la cultura de seguridad del paciente realizadas por las organizaciones sanitarias..

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Diseño antes-después con muestras independientes, mediante dos encuestas anónimas en 2007 y 2010.

Sujetos: Profesionales de enfermería y medicina de 9 hospitales españoles, en 8 CCAA, seleccionados en una muestra de conveniencia de distintas Unidades del hospital.

Instrumento: versión española del cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente para hospitales (HSOPS) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) validado en castellano.

Variables. Categoría profesional, Unidad o servicio y años trabajados. Relativas a la cultura de seguridad: las 12 dimensiones que componen el cuestionario

**RESULTADOS:**

Número de participantes: 272 en 2007 (57% enfermería y 43% medicina) y 464 en 2010 (65% enfermería y 35% medicina).

Se presentan los porcentajes de las valoraciones positivas de las dimensiones en las encuestas de 2007 y 2010: "Valoración del grado de seguridad de su hospital", 2007:45% y 2010:36%. La dimensión mejor valorada es el "Trabajo en equipo en la unidad o servicio" (76% y 73%), mientras que la peor valorada es "el interés que muestra la dirección del centro por la seguridad del paciente" (35% y 29%). La valoración del resto de las dimensiones se presenta de mayor a menor: "Acciones de los jefes inmediatos para promover la seguridad": 74% y 70%; "Comunicación franca y abierta en la Unidad o Servicio": 62% y 57%; "Transmisión de información durante traslados y cambios de turno": 60% y 55%; "Aprendizaje organizacional y mejora continua": 53% y 54%; "Comunicación y feedback sobre errores":51% y 41%; "Percepciones globales de seguridad":50% y 43%; "Frecuencia de notificación de sucesos": 49% y 36%; "Colaboración entre Unidades /Servicios": 47% y 37%; "Respuesta no punitiva al error":43% y 34%; Plantilla:35% y 32%.

En cuanto a las categorías profesionales, las valoraciones de enfermería fueron más altas que las de medicina. En 2010 coinciden en identificar Areas Fuertes y de Mejora y lo hacen en las mismas dimensiones que en 2007. En 2007, enfermería identificó más Areas Fuertes que en 2010.

**DISCUSIÓN:**

Las valoraciones de 2010 son más bajas que las de 2007, excepto en la dimensión de "Aprendizaje organizacional y Mejora continua". Las dimensiones de "Trabajo en equipo" y las "Acciones de los jefes inmediatos para promover la seguridad" mantienen una alta valoración positiva. Tampoco ha variado el sentido de las valoraciones.

Una mayor información y conocimientos de los factores que influyen en la seguridad del paciente ha podido crear una conciencia más crítica y menos complaciente en los profesionales para valorar la cultura de seguridad de sus centros.

Miembros del Grupo de Trabajo CSPH: Aloy Duch A, Cestafe Martínez A, Del Valle M, Fernández Sierra A, Fariñas Álvarez C, Gonzalez García E, Herrera A, Lorenzo Martínez S, Nuñez Cobo RA, Orbegozo Alberdi J, Sabater Raga R, Silvestre Busto C, Soria Sarnago MT.

**CO - 034.- SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE INCIDENTES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES.**

IZARZUGAZA-ITURRIZAR E, SAN SEBASTIAN-DOMINGUEZ JA, BILBAO-UNIBASO I, LLAMAS-HERMOSILLA AM, LATORRE-GUISASOLA M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES. BARACALDO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

Definir el sistema de notificación, investigación y gestión de eventos adversos en el Hospital Universitario Cruces.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

1. En el proceso de gestión de eventos adversos, se establecen cuatro fases (detección, investigación, decisión y difusión) 2. Se identifican las fuentes de información y las herramientas a utilizar en cada fase del proceso 3. Se definen las responsabilidades de los equipos de gestión (a nivel de Servicio/Unidad, equipo central de investigación y Comisión del Hospital) 4. Se realizan las sesiones de difusión para el personal del hospital y una planificación de investigación 5. Se planifica la formación para los equipos de investigación a nivel de Servicio/Unidad.

**RESULTADOS:**

1. Desde junio de 2011 hasta mayo de 2012 se han notificado 330 incidentes, de los que llegan al paciente el 70, y son evitables el 90%. Respecto al tipo de incidente, el 39% están relacionados con la medicación, 10% con equipos y dispositivos y un 8% con pruebas diagnósticas. La distribución según la valoración de la gravedad es: no tienen consecuencias para el paciente el 32%, es baja el 41%, severa el 5% y fatal el 1%. 2. Los servicios y unidades con mayor número de notificaciones son: U.C.I. de Pediatría 69 (21%), Farmacia 57 (17%), Urgencias Médico-Quirúrgicas 50 (5%). 3. Se ha realizado una actividad formativa en investigación de incidentes, en la que han participado los servicios de Cirugía General, ORL/Maxilofacial, Radiodiagnóstico Reanimación, Lactantes, Oncología Infantil / Hospital Día Infantil y Medicina Interna. 4. Se han investigado 84 incidentes según el modelo "Protocolo de Londres", con resultado de 26 informes de recomendaciones, que generan acciones a nivel de los Servicios/Unidades y a nivel general.

**DISCUSIÓN:**

1. La estructura descrita permite integrar responsabilidades de todos los niveles de la organización (desde la Dirección hasta los Servicios y Unidades). 2. La organización de la formación en tres niveles ha facilitado extender cultura de seguridad en todas las categorías profesionales. 3. Son los equipos investigadores formados en cada Servicio/Unidad los responsables de gestionar, investigar, difundir y realizar las recomendaciones en sus áreas.

**CO - 035.- LA ADHERENCIA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS A LA HIGIENE DE MANOS: UNA PERCEPCIÓN ERRÓNEA DE LA REALIDAD OBSERVADA.**

ALOY-DUCH A, SABATER-RAGA RM, VAZQUEZ-SAEZ R, CUQUET-PEDRAGOSA J, NAVARRO-SOLA D, TUSQUELLAS-OTO D.

HOSPITAL GENERAL GRANOLLERS. GRANOLLERS (BARCELONA). GRANOLLERS (BARCELONA).

**OBJETIVOS:**

Presentar los resultados obtenidos de una encuesta anónima en la que se pretendía conocer los conocimientos que tienen nuestros profesionales sobre la Higiene de Manos (HM), la percepción individual sobre la realización de la HM de los propios profesionales y las medidas que creen son más o menos efectivas para mejorar la adherencia a la HM, comparándolos con los obtenidos de la observación directa real de las oportunidades de la HM (tasa de adherencia).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

La Dirección asistencial de nuestro hospital organizó un grupo de sesiones sobre actualización en procedimientos y técnicas. Aprovechando los talleres teórico-práctico realizados sobre la HM, se distribuyó la encuesta anónima previa "Cuestionario acerca de los conocimientos sobre la higiene de las manos destinado a los profesionales sanitarios" propuesto por la World Health Organization. Así mismo, se realizó un estudio mediante observación directa para determinar la tasa de adherencia en la HM de los profesionales.

**RESULTADOS:**

1º. De las 165 (100% de tasa de respuesta) encuestas tabuladas (resultados provisionales) destacamos sobre la HM: el 46% refería haber recibido formación reglada en los últimos 3 años; el 91% desconocía el porcentaje de infección nosocomial; el 94% afirmaba utilizar regularmente soluciones de base alcohólica; un 83% opinaba que era una medida eficaz para la prevención de la transmisión de infecciones; en las situaciones en las que se precisaba la HM, se creía que ésta se realizaba en un 75%. A pesar de que el 98% afirmaba que disponía con facilidad de soluciones alcohólicas, la tasa de adherencia subjetiva era de un 85%. Las medidas de mejora más valoradas por los profesionales fueron: 90% que existieran preparados de solución alcohólica en todos los puntos de atención; el 86% que todos los profesionales recibieran formación; el 79% que existieran instrucciones claras y simples; el 68% que existieran carteles a modo de recordatorio; y la medida con menos aceptación era con un 38% que los pacientes recordaran la HM a los propios profesionales.

2º. Estudio transversal de observación directa: la tasa de adherencia fue del 46% sobre un total de 205 oportunidades.

**DISCUSIÓN:**

Contrasta la doble percepción errónea que tienen los profesionales respecto a la realidad observada. Éstos opinaban que personalmente cumplían en un 85%, y que el resto de profesionales lo hacían en un 75%. La realidad demostró que la tasa de adherencia real era del 46%. Un punto clave a destacar es que la gran mayoría de profesionales desconocían la magnitud y el impacto de las infecciones nosocomiales. Al valorar la percepción de los profesionales sobre las medidas a realizar y al compararnos con otros estudios observamos que todos los profesionales coincidían en que la disponibilidad de la solución de alcohólica era la acción más útil, mientras que el recordatorio de los familiares a los profesionales de que deberían lavarse las manos, se percibía como la menos útil.

**CO - 036.- CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS A PACIENTES EN TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO. 2006 -2011.**

FERNANDEZ-DIEZ R, REVUELTA-ARROLLO R, ALIJA-LOPEZ V, VALDOR-ARRIARAN M, FARIÑAS-ALVAREZ MC, BRUGOS-LLAMAZARES V.

HOSPITAL SIERRALLANA-TRES MARES. TORRELAVEGA.

**OBJETIVOS:**

El "Protocolo de Administración de Citostáticos" se implanta en el Hospital de Día Médico en el año 2004 con el objetivo de promover estrategias destinadas a mejorar los conocimientos y habilidades de los profesionales implicados en el proceso, siendo actualizado el año 2009. De forma anual, se evalúa para determinar el grado de cumplimiento e identificar posibles áreas de mejora.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El periodo de estudio ha sido un mes durante los años 2006-2011. Se ha realizado un estudio de cohortes con todos los pacientes a los que se ha administrado algún tratamiento con citostáticos evaluando el protocolo mediante un cuestionario que incluye: datos clínicos, tiempo de administración del tratamiento, datos relacionados con el cumplimiento del protocolo (entrega del manual de información a los pacientes que acuden a su primer ciclo de quimioterapia y en pacientes sometidos a tratamiento por vía parenteral además de esto: toma de constantes [pacientes tratados con taxanos, bortezomib y alemtuzumab], cumplimentación de la hoja de tratamiento [con medicación, dosis, tiempo de administración y lavados con suero salino al final de cada citostático], administración del tratamiento con bomba en vesicantes, prescripción y confirmación de la administración del ciclo en el programa informático, colocación del brazalete identificativo [ambos a partir del año 2008]) y aplicación del protocolo de extravasaciones.

**RESULTADOS:**

Se han incluido 1.319 pacientes, 191,1 pacientes-año (DE: 40,2). 122 de ellos (9,2%) recibían por primera vez el ciclo de quimioterapia. Los diagnósticos más habituales fueron: neoplasias hematológicas 326 (27,7%), de pulmón 280 (21,2%) y de tracto digestivo 279 (21,2%). Los tratamientos administrados más frecuentemente fueron: folfox 61 (4,6%), bortezomib 56 (4,3%) y gemcitabina 54 (4,1%). La entrega del manual de información, ha ido aumentando a lo largo del periodo (83,3% en el 2006, 92,9% en el 2011). Respecto al tiempo de administración del citostático ha disminuido en relación al tiempo estimado (27,3% de los casos en el 2006, 38,5% en el 2011). El porcentaje de cumplimiento del protocolo en pacientes sometidos a tratamiento por vía parenteral ha ido sido prácticamente del 100% durante estos años. La evolución del cumplimiento de los indicadores ha sido: toma de constantes 99,1% en el 2006 al 67,5% en el 2011; la cumplimentación de la hoja de tratamiento, la administración del mismo, la prescripción y confirmación de la administración del ciclo en el programa informático y la colocación del brazalete fueron del 100%. Se han producido 2 extravasaciones (año 2006) en las que se aplicó el protocolo.

**DISCUSIÓN:**

El grado del cumplimiento del protocolo de administración de citostáticos en el hospital ha sido elevado a lo largo del periodo estudiado. Esto ha permitido disminuir la variabilidad asistencial asociada al proceso minimizando los riesgos derivados de la manipulación de estos fármacos aumentando la seguridad del proceso.

## **Sesión de Comunicaciones Orales.**

### **Sala B1.**

**Miércoles, 7 de noviembre / 16:00 h. – 18:00 h.**

## **Evaluación de calidad y resultados .**

**CO – 037 / CO – 049**

**CO - 037.- IMPLEMENTACIÓN Y EVOLUCIÓN EN EL TIEMPO DE UNA REGLA NEMOTÉCNICA COMO CHECKLIST EN UCI: ACTUACIONES DIA.**

GAMBOA-LEDESMA MI, GÓRGOLAS-ORTIZ C, AGUILERA-CELORRIO L, GÓMEZ-SAINZ JJ, CASTELLANOS-AMIGO MI.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

El año 2005 Vincent preconiza la utilización de listas de verificación tipo FASTHUG para asegurar que algunos aspectos claves del cuidado del paciente crítico sean trasladados diariamente al paciente.

Feed

Analgesia

Sedation

Thromboembolic prevention

Head of the bed elevation

Stress Ulcerprophylaxis

Glucose control

En el 2006 comenzamos a aplicar este tipo de herramienta adaptándola a la palabra ACTUACION integrando los mismos ítems de cuidado sugeridos por Vincent e incorporando nuevos ítem de acuerdo con los proyectos de ámbito nacional en los que nos hemos integrado.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En el 2006 adaptamos la palabra nemotécnica FASTHUG a ACTUACIÓN como listado de verificación:

A-Aislamiento

C-Cabecera elevada

T-Tromboembolismo profilaxis

U-Ulcera profilaxis

A-Analgesia

C-Control sedación

I-Insulina control

O-oxigenoterapia

N-nutrición

En el 2007 se incorpora a la documentación de nuestro servicio como hoja de órdenes médicas no farmacológicas.

En el 2008, comenzamos con el proyecto Bacteriemia Zero, lo que conlleva una adaptación de la hoja de verificación añadiendo la letra E (eliminación) para valorar diariamente la retirada de vías centrales.

En el 2011, nos incorporamos al proyecto Neumonía Zero, lo que obliga una nueva adaptación, incorporamos la letra D (destete) para valorar diariamente la posibilidad del destete del respirador.

**RESULTADOS:**

El objetivo del Proyecto Bacteriemia Zero a nivel nacional fue conseguir una tasa de bacteriemia relacionada con catéter venoso central (CVC) inferior al 4/1000 días de CVC.

Los resultados obtenidos en nuestra unidad durante el periodo del proyecto fueron de 0,75 bacteriemias/1000 días de CVC.

Desde el 01-01-2008 al 31-05-2012 nuestra tasa ha sido de 1,15 bacteriemias/1000 días de CVC.

El objetivo del Proyecto Neumonía Zero a nivel nacional es conseguir unas tasas de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) inferiores a 9/1000 días de NAV. Los resultados obtenidos en nuestra unidad desde el inicio del proyecto son de 3,44 neumonías/1000 días de ventilación mecánica. Desde el 01-01-2008 al 31-05-2012 nuestra tasa ha sido de 7,43/1000 días de NAV.

### **DISCUSIÓN:**

La incorporación de un listado de verificación a nuestra rutina diaria de cuidado y su incorporación a la hoja de órdenes médicas nos permite chequear una serie de ítems y asegurar que la evidencia se traslade al paciente.

Se facilita el conocimiento de esos objetivos diarios por todo el personal que trabaja en la unidad.

Sirve de guía para realizar el pase de visita multidisciplinario que se realiza diariamente.

Facilita el cumplimiento de ciertos ítems claves en la implementación de los bundles de neumonía zero y bacteriemia zero

Creemos que la estrategia de seguridad utilizada en nuestra unidad en los últimos años ha facilitado el cumplimiento de los objetivos preconizados en los proyectos nacionales neumonía y bacteriemia zero.

**CO - 038.- EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INCONTINENCIA FECAL TRATADOS CON ESTIMULACIÓN NERVIOSA ELÉCTRICA.**

JIMENEZ-TOSCANO M, CLIMENT-MARTÍNEZ N, VALLE-MARTÍN B, RODRÍGUEZ-MUÑOZ T, VEGA-MENENDEZ D, MARTÍNEZ-MORÓN V.

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN. ALCORCÓN (MADRID).

**OBJETIVOS:**

Evaluar la mejora de calidad de vida en pacientes con incontinencia fecal (IF) tratados con estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) del nervio tibial posterior.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Ámbito: hospital público de 448 camas. Período de estudio: 2010-12. Estudio prospectivo no aleatorizado a pacientes con IF. Instrumentos de medida: Escala de gravedad en incontinencia fecal (test Wexner con rango de 0-20, a mayor cifra peor calidad de vida e incontinencia), escala analógica de rangos IF (VAC con rango de 0-10 siendo 10 el estado excelente) y diario defecatorio. La técnica se realiza durante un mes con electroestimulador durante 20 minutos/día/ 5 días/semana. Análisis al inicio y mes de tratamiento. En los casos de mejoría clínica los pacientes continúan 2 meses más su tratamiento. Evaluación al tercer mes. Seguimiento trimestral. En todas las evaluaciones se realizan Wexner, VAC y diario defecatorio.

**RESULTADOS:**

20 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. Después del primer mes 16 pacientes (80%) continuaron el tratamiento (14 mujeres y 2 hombres). La mejoría del 68,75% de los pacientes fue mayor del 40% tras el tercer mes de tratamiento según la escala Wexner. Edad  $66,05 \pm 10,76$  años. Para comparar los resultados de la escala de severidad de incontinencia (Wexner) y escala analógica de rangos IF (VAC) antes y después del tratamiento hemos utilizado la prueba no paramétrica de Wilcoxon. Los pacientes presentan mejoría significativa en la escala Wexner después de tres meses de tratamiento ( $Z=3,02$   $p0,003$ ) y en la escala de VAC ( $Z=2,86$   $p0,004$ ). Esta mejoría es aún significativa tanto en la puntuación del Wexner ( $Z=2,76$   $p0,006$ ) como en la del VAC ( $Z=2,53$   $p0,011$ ) tras 6 meses de finalización de la técnica. Individualmente, con el estadístico de Wilcoxon se calcula la diferencia de los promedios de cada ítem del Wexner basal respecto a 3 meses de tratamiento con mejoría de todos ellos siendo significativa en el ítem referente a incontinencia a: heces líquidas ( $Z=2,53$   $p0,011$ ), gases ( $Z=2,28$   $p0,023$ ) y a la modificación del estilo de vida ( $Z=2,44$   $p0,014$ ). De igual modo se analiza respecto a 6 meses sin tratamiento mostrando mejoría en todas ellas llegando a ser significativa en el uso de pañales, gasas o papel para protección ( $Z=2,22$   $p0,026$ ) y la modificación del estilo de vida ( $Z=2,04$   $p0,040$ ). Utilizando el mismo estadístico comparamos las deposiciones/día basal y a los 3 meses de tratamiento con disminución de éstas. Se mantiene esta mejoría tras 6 meses de finalizar la técnica.

**DISCUSIÓN:**

La aplicación de TENS en el nervio tibial posterior es una alternativa no invasiva y fácil de usar en IF. Los datos de este estudio sugieren que es costo/efectiva. La disminución del número de deposiciones/día y la reducción significativa en el uso de pañales, gasas o papel para protección implica un ahorro económico. Además, y este es el aspecto más relevante, va a mejorar significativamente la calidad de vida de estos pacientes.

**CO - 039.- IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL EN CIRUGÍA COLORRECTAL. DEL MITO A LA EVIDENCIA.**

MARQUINA-TOBALINA T, RAMOS-PRADA J, URIGÜEN-ECHEVERRIA A, SANTAMARÍA-OLABARRIETA M, CERVERA-ALDAMA J, SENDINO-CAÑIZARES P.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES. BARACALDO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

Los programas de rehabilitación multimodal perioperatoria o Fast-Track (FT) han supuesto una revolución en los últimos años, tanto por la disminución de las complicaciones, como por la reducción de costes, estancias y reingresos.

El objetivo es evaluar los resultados de la implantación de un protocolo de FT en una unidad de cirugía colorrectal.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se ha incluido prospectivamente a 78 pacientes intervenidos de forma electiva por enfermedad colorrectal entre los meses de Junio de 2011 a Marzo de 2012 a los que se aplicó el protocolo de FT. Se ha comparado la estancia hospitalaria, reingresos, reintervenciones y complicaciones de los pacientes con adherencia al programa FT, con los que no ha sido posible completar el protocolo.

**RESULTADOS:**

En los 78 pacientes seleccionados para cirugía programada de colon la estancia media es de 6 días, con una tasa de reingreso y reintervención del 2%. La sonda nasogástrica se retira en todos los pacientes en el quirófano. En las primeras 24 horas se retira la sonda vesical, se procede a la movilización del paciente y se comienza con dieta oral. El restablecimiento del tránsito intestinal se da a partir del segundo día tras la intervención.

La adherencia al programa de FT es del 56%, habiendo diferencias significativas respecto al abordaje laparoscópico (72,7%) frente a la cirugía abierta (52,9%). En estos pacientes, la estancia se reduce a 5 días, sin incremento del número de complicaciones.

**DISCUSIÓN:**

La utilización de un programa de Rehabilitación Multimodal o FT en cirugía colorrectal permite una más rápida recuperación de los pacientes operados sin aumentar las complicaciones, permitiendo un alta hospitalaria precoz.

La razón de la escasa implantación de estos protocolos es debida al mantenimiento de ciertos mitos quirúrgicos entre los cirujanos.

**CO - 040.- UTILIDAD DEL ÍNDICE PRONÓSTICO SAPS 3 EN PACIENTES CORONARIOS INGRESADOS EN UCI. ESTUDIO MULTICÉNTRICO.**

QUIRÓS-BARRERA R, LÓPEZ-CALER C, GARCIA-DELGADO M, BARRUECO-FRANCCIONE J, RUCABADO-AGUILAR L, ALVAREZ-RODRIGUEZ J.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. JAÉN.

**OBJETIVOS:**

Analizar la mortalidad hospitalaria en función del sistema pronóstico SAPS 3, en pacientes ingresados en UCI con cardiopatía isquémica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El estudio se ha realizado en varios hospitales españoles. Los datos fueron recogidos desde el año 2006 hasta el 2011, en varios Hospitales de nuestra geografía. El mayor número de pacientes son los del Hospital Motril (196 pacientes), Hospital Carlos Haya (85 pacientes), Hospital Virgen de Las Nieves (112 pacientes) y Hospital de Fuenlabrada (72 pacientes). Además también participaron los Hospitales Infanta Margarita de Cabra y Neurotraumatológico de Jaén.

Se han recogido los datos necesarios para la realización del índice pronóstico SAPS 3, y se ha estudiado la mortalidad en UCI y la mortalidad hospitalaria (UCI y planta) del episodio. El protocolo que recogía la información necesaria fue realizado por personal entrenado de los hospitales participantes. Los datos se expresan como media + desviación estándar para las variables cuantitativas y como frecuencias y proporciones para los cualitativos. Se utilizó el Test de Hosmer Lemeshow para evaluar el acuerdo entre la mortalidad observada y la predicha y el área bajo la curva ROC para evaluar la discriminación.

**RESULTADOS:**

Ingresaron 486 pacientes. La edad media fue de  $65.83 \pm 13.72$  años, la mortalidad en UCI fue del 5% y la mortalidad hospitalaria del 8.44%.

La puntuación SAPS 3 fue de  $43.37 \pm 10.57$  puntos, y la probabilidad de fallecer según la ecuación española fue de 12.61% y según la ecuación general del 13.33% y la mortalidad hospitalaria fue del 8.44% como hemos dicho previamente.

Se analizó el acuerdo entre la mortalidad predicha y la observada con el Test de Hosmer Lemeshow. Para ello se dividió a la población en cinco grupos, el primero fue el de los pacientes con probabilidad de fallecer inferior a 0.2, otro entre 0.2 y 0.4, y los siguientes fueron 0.4-0.6, 0.8-1.

El valor del Test de Hosmer Lemeshow para la ecuación general fue  $H=17.40$  ( $p=0.05$ ) y para la ecuación de nuestra zona geográfica  $H=21.78$  ( $p=0.05$ ).

La discriminación del SAPS 3 respecto a la mortalidad hospitalaria evaluada con el área bajo la curva ROC fue del 0.865 (0.8-0.929).

**DISCUSIÓN:**

Nuestro estudio muestra, en los pacientes coronarios ingresados en UCI, una buena discriminación del sistema SAPS 3 pero con una mortalidad inferior a lo esperado según el sistema SAPS 3. Los datos parecen apuntar a una mala calibración de este sistema en los pacientes coronarios en nuestro país.

**CO - 041.- ANALISIS DE ATENCION PALIATIVA EN UNA ZONA RURAL.**

BASTERRETxea-OIARZABAL J, ODRIOZOLA-GOJENOLA M.

MARKINA. MARKINA (BILBAO).

**OBJETIVOS:**

Valorar fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades de mejora en la atención paliativa (AP) ofrecida por equipos de atención primaria (EAP) a pacientes terminales (PT) en una zona rural sin cobertura de "Hospitalización a Domicilio" (HD).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Cuestionarios estructurados con una pregunta abierta, vía email a todos (61) los médicos de familia (MF) titulares de la zona, así como a otros 10 cercanos con responsabilidad en gestión o considerados líderes de opinión. De las respuestas obtenidas se buscaron coincidencias para realizar un análisis cualitativo.

**RESULTADOS:**

Se obtuvieron 37 respuestas bien cumplimentadas. De ellas se pueden destacar las siguientes:

**Dificultades:** Plantea bastantes dudas diagnosticar a un paciente como PT. Las justificaciones dejan entrever cuestiones emocionales ("suena fuerte", "lo que cuesta es que la familia lo admita") o conceptuales ("límites no precisos entre cronicidad y paliativos"). No se reconocen dificultades técnicas en uso de medicación y vías de administración aunque sólo el 43% usa infusores subcutáneos (recomendado en las Guías). Los que no aducen "falta de experiencia con bombas de perfusión y dificultad para conseguir los materiales, aunque me parece muy interesante su uso". El 94% seda al PT en su fase de agonía, aunque al 69% le cuesta encontrar el momento y se siente con falta de apoyo.

**Fortalezas:** La mayoría de los MF (80%) atienden siempre o casi siempre a sus PT. A un 90% le resulta gratificante hacerlo, también un 90% se muestra bien formado para hacerlo, aunque se reconocen lagunas en campos técnicos y/o emocionales. La colaboración de otros estamentos aparece como muy valorada y necesaria.

**Amenazas:** La gran movilidad de los profesionales de la Atención Urgente y la poca coordinación con los EAP son destacadas.

La ausencia de HD es percibida como poco equitativa, se valoraría como apoyo y se reconoce que obliga a más implicación.

**Oportunidades de mejora:** hay casi unanimidad en que es necesaria más coordinación entre los profesionales implicados en la AP, se sugieren diferentes vías de canalizar información.

**DISCUSIÓN:**

Son destacables las dificultades para diagnosticar la situación de terminalidad en los pacientes, lo reconocieron espontáneamente el 60% de los MF encuestados, incluso en los pacientes oncológicos. Consideramos que clasificar a un paciente como PT es imprescindible para actuar paliando y porque la comunicación con la familia se orientaría más a lo que ésta pide (información y apoyo). En un estudio danés se vio que el diagnóstico formal reducía los ingresos hospitalarios y aumentaba las probabilidades de morir en casa. En los no oncológicos (EPOC, Insuficiencia cardíaca, Alzheimer...) este hecho se agudiza por la dificultad de distinguir entre cronicidad y terminalidad. No existe una definición aceptada de "fase final de la enfermedad", pero se han propuesto algunas directrices para poder ofrecer AP (tratar síntomas) a los PT y evitar que buscar la precisión en el pronóstico lleve a la parálisis terapéutica.

**CO - 042.- GRUPOS RELACIONADOS POR LA URGENCIA, DESTINO Y EDAD (GRUDE): ENFOQUE CUALITATIVO EN URGENCIAS CON EL TRIAJE MAT-SET.**

ALOY-DUCH A, SÁNCHEZ-CUADAL B, SÁNCHEZ-MOLINA E, CLARAMBO-SEMIS M, RIFÀ-SOLSONA J, SABATER-RAGA RM.

HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS (BARCELONA). GRANOLLERS (BARCELONA).

**OBJETIVOS:**

Presentar los resultados de un análisis comparativo interno de la casuística del Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) en 2010 – 2011, y externo de “benchmarking” con otros centros, a partir de la aplicación de los “Grupos Relacionados por la Urgencia, el Destino desde urgencias y la Edad” (GRUDE) en el Sistema Español de “Triage” (SET), con la finalidad de proporcionar una mejor información en la gestión de la calidad en el proceso de la atención urgente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El Hospital General de Granollers atiende anualmente entre sus 2 dispositivos a 115.000 pacientes urgentes. En nuestro centro el SET se implantó en el año 2009, integrado en la historia clínica informática de urgencias y realizado por enfermería. Se realiza el triaje en todas las especialidades, excepto en ginecología y obstetricia y en el dispositivo ambulatorio de urgencias banales, por estar ubicados ambos en áreas y dispositivos alejados del SUH. Se ha utilizado la tabla de Peso Medio Relativo (PMR) de los GRUDE, a partir de los pesos específicos calculados en 2003 por los creadores del SET de acuerdo al consumo asistencial de recursos, edad, tipo de urgencia y destino al alta. En los estudios bibliográficos comparados, uno de los autores participó en los datos posteriormente referenciados.

**RESULTADOS:**

Se incluyeron en el estudio descrito los pacientes atendidos en el SUH propiamente, con un total de 72.434 pacientes en 2010 y 72.368 en 2011. En ambos años, respectivamente, se realizó el triaje en el 95% y 97 % de los pacientes del SUH; la huella digital fue para los niveles I (0,14% y 0,08%), II (5,52% y 2,62%), III (32,74% y 31,69%), IV (43,95% y 46,80%) y V (17,65% y 18,81%). El PMR de todos los GRUDE promedio total fue, respectivamente, de 1,065 y 1,048; el PMR GRUDE por nivel de triaje fue para el nivel I (2,070 y 1,98), nivel II (1,465 y 1,495), nivel III (1,261 y 1,268), nivel IV (0,973 y 0,976), y nivel V (0,795 y 0,788); el PMR GRUDE por servicios fue para cirugía (1,127 y 1,102), medicina (1,205 y 1,181), pediatría (0,871 y 0,868), psiquiatría (1,166 y 1,124), y traumatología (1,035 y 1,0157). Sin significación estadística en el análisis comparativo anual.

**DISCUSIÓN:**

La utilización de los GRUDE por los SUH referenciada en la bibliografía ha sido escasa y menos en grandes hospitales generales. En un estudio realizado en 2003 con la participación de 4 centros generales pequeños de ámbito comarcal, los pesos medios relativos de los GRUDES oscilaron entre 1,030 y 1,090, siendo nuestros datos no muy diferentes a los referenciados, excepto una leve disminución interna en la urgencia y complejidad de los pacientes atendidos. La utilización de este tipo de instrumentos nos permite clasificar cualitativamente los pacientes en grupos de isointensidad (urgencia), isocomplejidad e isoconsumo, a modo de Case Mix de urgencias, permitiendo la comparación interna y externa de los datos anuales, independientemente de la patología o diagnóstico final del paciente.

**CO - 043.- EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA NEUMOLÓGICA (ARNAS).**

BALLAZ-QUINCOCES A, GARCIA-LOIZAGA A, AZCUNA-FERNANDEZ H, PASCUAL-ERQUICIA S, GORORDO-UNZUETA I, DORADO-ARENAS S.

HOSPITAL DE GALDAKAO-USANSOLO. GALDAKAO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

En nuestra sociedad es cada vez más importante reducir costes y mejorar la eficiencia revisando la utilización hospitalaria, incluyendo la satisfacción del paciente además del coste económico. Así, las Unidades de Corta Estancia basan su éxito en una gestión administrativa ágil e implicación de los facultativos para mejorar la calidad asistencial. Los objetivos principales de nuestro estudio son:

- Descripción de los resultados de la puesta en marcha de una Unidad Neumológica de Corta Estancia (ARNAS).
- Comparación de la satisfacción de los pacientes con los de la planta neumológica convencional.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El Hospital de Galdakao-Usansolo es un hospital de agudos que abarca una población de 300000 habitantes, con una capacidad de 439 camas de hospitalización, 32 de las cuales están asignadas al Servicio de Neumología y 8 de las mismas a ARNAS, que está atendida por dos neumólogos en turno de mañana y tarde y enfermería especializada.

Criterios de ingreso en ARNAS: NAC, grupo de riesgo Fine I-III, con decisión de ingreso y puntuación evaluada por el score SCAP9; broncopatía aguda y crónica (asma bronquial y EPOC de grado leve-moderado agudizado); e imagen pulmonar a estudio.

Criterios de exclusión: Pacientes graves y/o con criterios de ingreso en UCI o UCRI.

Del 1 de marzo al 30 de junio de 2011 se recogen prospectivamente datos sociodemográficos y variables tales como demora de ingreso, estancia media, hora del alta hospitalaria, porcentaje de ingresados con criterio ARNAS, destino al alta, reingresos en los siguientes 30 días, número de visitas al Servicio de Urgencias tras el alta, mortalidad intrahospitalaria y al de 30 días, y motivo de fallecimiento. Se les realiza una encuesta de satisfacción tras el alta, tanto a los pacientes ingresados en ARNAS como a los de planta convencional, realizando análisis estadístico mediante Cochran-Mantel-Haenszel Statistics ajustado por edad y sexo, con intervalos de edad de 10 años.

**RESULTADOS:**

- Ingresos: 156 pacientes (64% criterio ARNAS)
- Demora de ingreso: 58 minutos
- Alta antes de las 13.00h: 79,7%
- Patología prevalente: NAC e infección respiratoria (45,35%)
- Alta domiciliaria: 98%
- Visita al Servicio de Urgencias en 30 días: 7,6%
- Reingresos en 30 días: 4% (Pacientes NO ARNAS)

Por causa respiratoria: 66% (4/6) Estancia media: 3,5 días

- Diferencias estadísticamente significativas en comparación con la planta convencional en cuanto a la satisfacción percibida por el paciente, el trato recibido por el médico, la información proporcionada y la estancia media.

**DISCUSIÓN:**

Podemos concluir que: ARNAS funciona como una unidad ágil, con una demora de ingreso y una estancia media cortas, sin repercusión en los resultados y con un nivel de satisfacción incluso superior al de la planta convencional.

**CO - 044.- EVALUACIÓN DEL ÍNDICE PRONÓSTICO SAPS 3 EN EL PACIENTE CRÍTICO INGRESADO EN UCI. RESULTADOS DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO.**

QUESADA-GARCIA G, CASTILLO-LORENTE E, GARCIA-DELGADO M, ALVAREZ-RODRIGUEZ J, CARPIO-SANZ J, QUIRÓS-BARRERA R.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. JAÉN.

**OBJETIVOS:**

Analizar, en un estudio multicéntrico realizado en varios hospitales españoles, la mortalidad hospitalaria de los pacientes críticos ingresados en UCI en función del sistema pronóstico SAPS 3.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El estudio se ha realizado en varios hospitales españoles. Los datos fueron recogidos desde el año 2006 hasta el 2011, en varios hospitales de nuestra geografía. El mayor número de pacientes son los del Hospital Motril (568 pacientes), Hospital Carlos Haya (550 pacientes), Hospital Virgen de Las Nieves (469 pacientes) y Hospital de Fuenlabrada (433 pacientes). Además, también participaron los Hospitales Infanta Margarita de Cabra y Neurotraumatológico de Jaén.

Se han recogidos los datos necesarios para la realización del índice pronóstico SAPS 3, y se ha estudiado la mortalidad en UCI y la mortalidad hospitalaria (UCI y planta) del episodio. El protocolo que recogía la información necesaria fue cumplimentado por personal entrenado de los hospitales participantes. Los datos se expresan como media + desviación estándar para las variables cuantitativas y como frecuencias y proporciones para los cualitativos. Se utilizó el Test de Hosmer Lemeshow para evaluar el acuerdo entre la mortalidad observada y la predicha y el área bajo la curva ROC para evaluar la discriminación.

**RESULTADOS:**

Se han estudiado 2130 enfermos. Con una edad media de  $61.43 \pm 16.13$  años, la mortalidad en UCI fue del 11% y la mortalidad hospitalaria del 15.55%. La puntuación SAPS 3 fue de  $46.22 \pm 14.35$  puntos, siendo la probabilidad de fallecer según la ecuación española de 18.48% y según la ecuación general del 17.89% y la mortalidad hospitalaria del 15.55% como se ha dicho previamente.

Se analizó el acuerdo entre la mortalidad predicha y la observada con el Test de Hosmer Lemeshow. Para ello se dividió a la población en 10 grupos, el primero fue el de los pacientes con probabilidad de fallecer inferior a 0.1, otro entre 0.1 y 0.2, y los siguientes fueron 0.2-0.3, etc. El valor del Test de Hosmer Lemeshow para la ecuación de nuestra zona geográfica fue  $H=63.65$ , ( $p<0.05$ ) y para la ecuación general  $H=23.07$ , ( $p<0.05$ ).

La discriminación del SAPS 3 respecto a la mortalidad hospitalaria evaluada con el área bajo la curva ROC fue del 0.84 (0.82-0.87).

**DISCUSIÓN:**

Nuestro estudio muestra, en las Unidades de Cuidados Intensivos estudiadas, una buena discriminación del sistema SAPS 3 y la existencia de diferencias entre la mortalidad predicha por el sistema SAPS 3 y la mortalidad observada, siendo estas diferencias estadísticamente significativas, existiendo más similitud con la ecuación general que con la ecuación de nuestra zona geográfica. Estos resultados muestran una mala calibración del sistema SAPS 3 para nuestro país.

**CO - 045.- CONOCIMIENTOS REALES SOBRE EL CUÁNDO, EL CÓMO Y EL POR QUÉ DE LA HIGIENE DE MANOS.**

VÁZQUEZ-VÁZQUEZ M, PÉREZ-PÉREZ P, SANTANA-LÓPEZ V.  
AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. SEVILLA.

**OBJETIVOS:**

Evaluar la percepción y conocimientos de los profesionales sanitarios sobre las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) y la higiene de las manos (HM), analizando los resultados según el ámbito sanitario y perfil profesional, con vistas a identificar áreas de mejora.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo trasversal.

Periodo: 2011.

Sujetos: Profesionales sanitarios que voluntariamente han cumplimentado los cuestionarios de conocimientos o de percepción sobre la HM realizados por la Organización Mundial de la Salud.

Instrumentos: Cuestionario de conocimientos: 25 ítems sobre aspectos esenciales de la HM y transmisión de microorganismos a través de las manos durante la atención sanitaria (variables categóricas). Cuestionario de percepción: 18 ítems que pretenden valorar la percepción de los profesionales sanitarios acerca del efecto de las IRAS, la importancia de la HM como medida preventiva y la eficacia de los diferentes elementos de la estrategia multimodal de la HM (variables categóricas semicuantitativas y cuantitativas).

Análisis: variables categóricas en forma de distribución de frecuencias y cuantitativas con su media e intervalo de confianza del 95% (IC95%). Comparación de proporciones mediante Chi cuadrado/Fischer y de medias mediante t de student/ANOVA. Significación estadística  $p < 0,05$ .

**RESULTADOS:**

2610 cuestionarios de conocimientos, 42% de atención hospitalaria y 42,1% de primaria. El 21,2% profesional médico, 38,9% de enfermería y 15,7% auxiliar de enfermería. Sólo el 20,5% contestó correctamente más de 20 preguntas. Existen diferencias significativas ( $p < 0,001$ ) entre atención hospitalaria (18,5%) y primaria (15,6%), y entre médicos (20,6%), enfermeros (18,3%) y auxiliares (13,0%).

1910 cuestionarios de percepción, 46,1% de atención hospitalaria y 48,9% de primaria. El 23,9% de personal médico, 41,3% enfermero y 15,8% auxiliar de enfermería. Como media, los encuestados opinan que en un 79,7% (IC95% 78,8-80,6) de las situaciones en las que se requiere HM la realizan realmente, existiendo diferencias significativas ( $p < 0,001$ ) entre atención hospitalaria (81,79%) y primaria (77,99%), y entre médicos (77,39%), enfermeros (80,23%) y auxiliares de enfermería (84,13%). Las acciones más efectivas para mejorar la HM (puntuación del 1 al 7) son: formación 6,39 (IC95% 6,35-6,43), instrucciones explícitas y simples 6,37 (IC95% 6,33-6,41) y disponibilidad de preparados de base alcohólica (PBA) en los puntos de atención 6,37 (IC95% 6,32-6,41).

**DISCUSIÓN:**

La información extraída de los cuestionarios de conocimientos muestra que, pese a que más de un 75% de los profesionales recibió formación sobre HM y más de un 80% utiliza PBA de forma habitual, siguen existiendo lagunas en relación al cuándo, cómo y por qué realizar la HM.

El cuestionario de percepción refleja dónde habría que realizar un mayor esfuerzo a nivel institucional: formación, información e infraestructuras, ya que está demostrado que la percepción que poseen los profesionales influye en la disposición para aceptar las mejoras.

**CO - 046.- EL RETRASO EN LA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DEL PACIENTE RESPIRATORIO GRAVE TIENE IMPLICACIONES.**

MORAZA- FJ, AGUIRRE- U, CAPELASTEGUI- A, ESTEBAN- C, ABURTO- M, GARCIA-LOIZAGA A.

H.GALDAKAO. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

El desarrollo creciente de la Ventilación Mecánica No invasiva ha permitido el crecimiento de Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) en nuestro país, donde los neumólogos tienen la posibilidad de manejar a pacientes críticos con enfermedades respiratorias graves.

La aplicación precoz de medidas diagnóstico-terapéuticas tempranas incide en el resultado final de pacientes graves según se desprende de los estudios realizados en Unidades de Cuidados Intesnsivos, así como en pacientes con sepsis y neumonía. Se desconoce si estas diferencias son aplicables en otras unidades, como las UCRI, y si su implantación repercute en el pronóstico del paciente y en los indicadores de salud.

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el resultado de los pacientes ingresados en nuestra UCRI en función de la procedencia del ingreso y la identificación temprana de la gravedad de estos pacientes neumológicos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Durante un periodo de 5 años (Feb2007-Ene2012) se estudiaron todos los pacientes ingresados en nuestra UCRI. Se recogieron de manera prospectiva las características demográficas, variables clínicas, APACHE II, Índice de Charlson. Se compararon los resultados de los pacientes ingresados directamente desde la urgencia y los trasladados desde la planta convencional (neumología, cardiología y medicina interna) en términos de duración de la estancia hospitalaria, mortalidad y reingreso hospitalario.

Se excluyeron a los pacientes que provenían de UCI, derivados de Consultas Externas y aquellos pacientes que ingresaron desde la planta de hospitalización convencional, pasadas 48 horas desde el ingreso. Estos pacientes fueron excluidos, porque se atribuyó que la gravedad del paciente pudiera estar condicionado con una mala evolución de su patología y no tratarse de pacientes graves desde el inicio. Se analizaron los resultados; según la asociación entre las variables categóricas, se utilizó el test de Chi-cuadrado. En cuanto a las diferencias de medias de las variables continuas, se utilizó la T-student. Asumiéndose la significación estadística con  $p < 0.05$ .

**RESULTADOS:**

Se analizaron los resultados de 656 episodios procedentes del Sº de urgencias, y 240 procedentes de planta convencional. De estos se visualizó que los pacientes procedentes de la planta convencional poseían una mayor estancia media, así como mortalidad hospitalaria, donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.001$ ). Asimismo, se encontraron diferencias en el tipo de patología ingresada en nuestra unidad, siendo la EPOC la más prevalente. Los pacientes ingresados desde la planta poseen mayor mortalidad en los casos de retraso de su ingreso en UCRI.

**DISCUSIÓN:**

El retraso en la identificación del paciente crítico y su ingreso en una planta convencional multiplica la mortalidad hospitalaria.

La ausencia o falta de identificación del paciente crítico respiratorio y la falta de asignación del tratamiento y cuidados necesarios específicos prolonga la estancia media durante dicho ingreso/proceso.

**CO - 047.- EVALUACION DE LA CALIDAD EN LA INDICACION DE LA GASTROSCOPIA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO EN UN HOSPITAL GENERAL.**

GARCÍA-TERCERO I, MARTÍNEZ-OTÓN JA, CARRIÓN-GARCÍA F, MORÁN-SÁNCHEZ S, SERRANO-LADRÓN DE GUEVARA S.

HGU SANTA LUCÍA. CARTAGENA (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

la gastroscopia es una técnica que se realiza habitualmente en los servicios de endoscopias de cualquier hospital. Esta técnica no está exenta de complicaciones, pudiendo ocasionar una importante morbilidad. En las últimas décadas se ha observado un aumento de la indicación de la gastroscopia en pacientes cada vez más mayores que constituyen una población más propensa a las complicaciones endoscópicas, por ello el objetivo de este estudio es la valoración de la calidad de la indicación en dichos pacientes, en función de los hallazgos diagnósticos encontrados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realiza un estudio descriptivo y retrospectivo, revisándose las gastroscopias realizadas en el servicio de endoscopias de nuestro hospital en pacientes mayores de 90 años durante un periodo de tres años (Enero 2009-Diciembre 2011), y se han recogido las siguientes variables: sexo, edad, indicación, servicio peticionario y hallazgos diagnósticos.

**RESULTADOS:**

se incluyeron 120 pacientes según los criterios descritos en el apartado anterior. De estos un 36% fueron hombres y un 64% mujeres, con una edad media de 90.09 años y un intervalo entre 90 y 109 años. La exploración fue solicitada en un 45.8% por el servicio de M. Interna, un 35% por Digestivo y un 20% por el resto de servicios (incluyendo urgencias, UCI u oncología). La indicación más frecuente por la que se solicitó fue la anemia (36%), seguida de los vómitos en posos de café (21%), y las melenas y disfagia (11 y 10% respectivamente), siendo mucho menos frecuente la indicación por vómitos (2.5%), o úlceras (2.5%), el sd. Constitucional (1.6%), o las angiodisplasias (1.6%). Los hallazgos diagnósticos más frecuentes fueron la gastritis crónica atrófica (23.3%), seguida por los trastornos motores (9.1%), angiodisplasias (8.3%), y hernia de hiato (6.6%), siendo menos frecuente el hallazgo de úlceras (3.3%), candida (2.5%) o tumores (1.6%). Es importante destacar que en un 21.6% de los pacientes nonagenarios sometidos a una gastroscopia no se encontró ningún hallazgo diagnóstico, catalogándose la exploración como normal.

**DISCUSIÓN:**

según los resultados de nuestro estudio, el servicio que más gastroscopias solicita es M. Interna seguida por digestivo, siendo una de las indicaciones más frecuente la hemorragia digestiva en forma de melenas o vómitos en posos de café tras la anemia. Sin embargo, en los hallazgos diagnósticos es importante destacar que un gran número de pacientes presenta una exploración normal y que entre los hallazgos encontrados el más frecuente es la gastritis crónica atrófica, que constituye un cambio histológico relacionado con la edad y en la mayoría de los pacientes no origina clínica alguna. Por tanto, dado que la gastroscopia no está exenta de riesgos (mayores en estos pacientes) y tras los hallazgos diagnósticos encontrados, podemos concluir que la calidad de la indicación no es adecuada y que se deben de optimizar las peticiones solicitadas al servicio de endoscopias en nuestro hospital.

**CO - 048.- MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INCONTINENCIA FECAL TRATADOS CON ESTIMULACIÓN DEL TIBIAL POSTERIOR.**

VEGA-MENENDEZ D, CLIMENT-MARTÍNEZ N, JIMENEZ-TOSCANO M, RODRÍGUEZ-MUÑOZ T, MARTÍNEZ-MORÓN V, VALLE-MARTÍN B.

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN. ALCORCÓN (MADRID).

**OBJETIVOS:**

Evaluar la eficacia de la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) del nervio tibial posterior en pacientes con incontinencia fecal (IF). Factor limitante de la calidad de vida de los pacientes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Ámbito: hospital público de 448 camas. Período de estudio: 2010-12. Estudio prospectivo no aleatorizado. Instrumentos de medida: evaluación basal mediante manometría, ecografía anal, diario de defecación, RNM pélvica, colonoscopia y escalas: severidad incontinencia (Wexner), calidad de vida (SF-36), calidad de vida en la IF (FIQL) y analógica de rangos IF (VAC). La técnica se realiza con un electroestimulador durante 20 minutos/día/5 días/semana. Análisis al mes con: diario defecatorio, escalas de incontinencia (Wexner y VAC) y calidad de vida (SF-36 y FIQL). En caso de mejoría clínica los pacientes continúan tratamiento 2 meses. Evaluación funcional al tercer mes: examen físico, manometría, diario defecatorio y escalas de incontinencia y calidad de vida. Seguimiento trimestral.

**RESULTADOS:**

20 pacientes cumplen criterios de inclusión. Tras el primer mes 16 pacientes (80%) continúan tratamiento (14 mujeres). La mejoría dl 68,75% de los pacientes es mayor del 40% después del tercer mes de tratamiento. Edad  $66,05 \pm 10,76$  años. El 40% IF sólida. El 25% IF sólida y gases. El 35% muestra urgencia defecatoria. El 25% mixta. El 65% asociada a incontinencia urinaria. Para comparar los resultados de la escala de severidad de incontinencia (Wexner) antes y después del tratamiento se usa la prueba no paramétrica de Wilcoxon. Los pacientes presentan mejoría significativa en la escala Wexner después de tres meses de tratamiento ( $Z=3,02$   $p0,003$ ). Esta mejoría en la puntuación del Wexner es aún significativa después de 6 meses de finalización de la técnica ( $Z=2,76$   $p0,006$ ). Con la prueba no paramétrica de Wilcoxon comparamos los valores de calidad de vida en la incontinencia fecal FIQL a los 3 y 6 meses de retirar el tratamiento, encontrando mejoría en conducta ( $Z=2,70$   $p0,007$  y  $Z=2,29$   $p0,022$  respectivamente) y vergüenza ( $Z=1,95$   $p0,047$  a los 6 meses) así como en estilo de vida y depresión. Comparando las medias de cada una de las dimensiones del SF-36 de nuestros pacientes frente a la población normal española (T-student) los pacientes presentan peor calidad de vida, con significación en rol físico (28,30  $p0,019$ ), dolor corporal (22,13  $p0,014$ ), salud general (12,90  $p0,050$ ) y vitalidad (16,16  $p0,050$ ). Los valores del SF-36 mejoran a los 3 meses de tratamiento y tras 6 semanas sin éste, sin llegar a alcanzar los valores de la población normal española. No se observan efectos secundarios.

**DISCUSIÓN:**

La estimulación eléctrica nerviosa transcutánea del tibial posterior es una técnica no invasiva, de fácil procedimiento, económica y sin complicaciones para IF. La calidad de vida de estos pacientes es inferior a la de la población normal española sobre todo en las dimensiones físicas. Los parámetros evaluados en escalas de calidad más específicas de IF mejoran más que los generales.

**CO - 049.- LA CALIDAD AL SERVICIO DE LA GESTIÓN CLÍNICA. SISTEMA DE INFORMACIÓN NORMALIZADO PARA OBJETIVOS DE CALIDAD (SINOC).**

DÍAZ-CORTE C, SÁNCHEZ-FERNÁNDEZ AM, DÍAZ-VÁZQUEZ CA, MOLA-CABALLERO DE RODAS P, SUÁREZ-ÁLVAREZ O, SUÁREZ-GUTIÉRREZ R.

SERVICIO DE GESTIÓN CLÍNICA. SERVICIOS CENTRALES DEL SESPA. OVIEDO (ASTURIAS).

**OBJETIVOS:**

En el año 2009 arranca la implantación de las Unidades de Gestión Clínica (UGCs) en el Servicio de Salud. Uno de los pilares en el desarrollo del trabajo de las UGCs es el abordaje de la calidad. Con el objetivo de facilitar el despliegue y evaluación de los objetivos de calidad se plantea la necesidad de diseñar una herramienta institucional que permita desarrollarlos y dar soporte a la implantación del modelo de gestión clínica.

Como objetivo principal se plantea desarrollar un sistema de información normalizado que facilite la implantación y seguimiento de los objetivos de calidad en las Unidades y Áreas de Gestión Clínica (UGCs/AGCs).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El desarrollo de los objetivos de calidad se estructura a través de indicadores de desempeño. El abordaje de los mismos es progresivo en cada etapa y acorde con el nivel de avance en calidad: básica, avanzada y excelente.

El SINOC se ha desarrollado como una herramienta para el abordaje de las acciones de calidad y es autosuficiente, sin dependencia de agencias de evaluación externas. La herramienta de trabajo se nutre de los puntos fuertes de otros modelos ya conocidos e implantados (ISO 9001, JCI, EFQM).

El SINOC se estructura a partir de objetivos e indicadores de desempeño. La información se obtiene de dos fuentes: revisión de documentación y evaluaciones que se realizan in situ por un evaluador externo a la UGC/AGC.

Actualmente se ha definido un SINOC para Atención Primaria con 85 indicadores y otro para Atención Especializada con 152 indicadores.

El abordaje de la calidad se complementa con una herramienta de evaluación para el despliegue de cada indicador: DAIME. Esta herramienta permite cuantificar el nivel de desarrollo para cada indicador. Establece cinco pasos claves en el desarrollo de cada indicador: Documentado-Aprobado-Implantado-Monitorizado-Evaluado, y permite establecer, para cada indicador evaluado una puntuación objetiva, que va de 0 a 10 puntos DAIME.

**RESULTADOS:**

En el año 2009 el SINOC-DAIME se pilota en 9 UGCs, en el año 2010 salta de Primaria a Especializada y se despliega en 28 dispositivos, y pasa a 32 UGCs/AGCs en el 2011. Desde su implantación se han llevado a cabo 133 auditorías presenciales, 531 horas de formación distribuidas en 30 cursos para 578 profesionales y 106 directivos y se ha formado un panel de auditores internos integrado por 95 profesionales.

La previsión para el año 2012 es que se implante este modelo de calidad en 52 UGCs/AGCs, integradas por 3420 profesionales.

Los rangos de puntuación consolidados por las UGCs/AGCs desde el año 2009 oscilan entre los 58,86-100 puntos.

**DISCUSIÓN:**

El SINOC-DAIME se ha configurado como una herramienta propia y autosuficiente, en continua actualización, que permite estructurar el desarrollo de un sistema de mejora continua con acciones concretas y evaluables en los centros sanitarios.

El SINOC-DAIME se ha configurado como el sistema de referencia institucional para el despliegue y evaluación de la calidad en nuestro Servicio de Salud.

## **Sesión de Comunicaciones Orales.**

### **Sala A2.**

**Jueves, 8 de noviembre / 10:30 h. – 11:30 h.**

## **Atención Primaria y Coordinación.**

**CO – 050 / CO – 055**

**CO - 050.- ANÁLISIS DE INCIDENTES RELACIONADOS CON UN PROCESO DE RIESGO Y ELABORACIÓN DE UNA PRÁCTICA SEGURA GENERALIZABLE.**

GARCÍA-CUBERO C, MARTÍNEZ-PATIÑO MD, CAÑADA-DORADO A, DRAKE-CANELA M.  
DIRECCIÓN TÉCNICA DE PROCESOS Y CALIDAD. MADRID.

**OBJETIVOS:**

Debido a la alta notificación de incidentes de seguridad relacionados con resultados anómalos no explicados en las determinaciones de INR con coagulómetro portátil a pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales (TAO) en atención primaria (AP); se propone como objetivo: aumentar la seguridad de dichos pacientes mejorando el control y seguimiento del TAO en AP mediante análisis de causas de los incidentes notificados y elaboración de una práctica segura generalizable a todos los centros de salud.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En junio de 2011 se adjudica concurso centralizado y se distribuye nuevo coagulómetro en 5 Direcciones Asistenciales (DA). En seis meses se recogen 144 incidencias de profesionales de 27 centros. Se decide realizar un análisis de la situación y se constituye un equipo de mejora que centra el problema y realiza análisis de causas. Se identifican causas raíces, se realiza propuesta de acciones, priorización y elaboración de plan de acción, que queda recogido en la Práctica Segura Generalizable.

**RESULTADOS:**

El 93% de los incidentes procedían de centros pertenecientes a áreas donde se introdujo el nuevo coagulómetro. Entre septiembre y diciembre, se observó una variación en el % de INR en rango mayor a la media de la comunidad (-1,74%), en las mismas áreas. Se retiró un lote de tiras defectuoso en 51 centros de salud.

Causas raíces identificadas:

- Escasa formación en técnica, material, validez, actitud resultados inexplicados y escaso entrenamiento.
- Tiras y coagulómetros defectuosos, material inadecuado.
- Falta de procedimientos unificados de control y seguimiento de TAO.
- Falta mecanismo de coordinación empresa distribuidora y Dirección de Compras (DTCSyGE) en caso de incidencias con el producto.
- Inexistencia de procedimientos de coordinación unidades funcionales de gestión de riesgos (UFGR) - DTCSyGE ante incidencias o defectos de productos.

Acciones correctoras:

Se ha elaborado una Práctica Segura Generalizable (PSG), que incluye:

- Revisión de la técnica, mejorando puntos críticos identificados.
- Procedimiento de actuación ante resultados inesperados de INR.
- Elaboración de informe con especificaciones a incorporar a pliego de prescripciones para asegurar disponibilidad del material adecuado.
- Circuito de gestión de incidencias relacionadas con defectos de coagulómetros y /o tiras entre la empresa y DTCSyGE.
- Procedimiento marco normalizado de control y seguimiento del TAO en AP.

Se definen indicadores para la evaluación del impacto de la PSG a los seis meses de su implantación :

- nº de incidentes notificados.
- % de INR en rango respecto al total de INR registrados.
- incidencias relacionadas con defectos de calidad comunicadas por la empresa.

**DISCUSIÓN:**

El control y seguimiento de TAO es un proceso complejo y de riesgo. Para mejorar la seguridad de los pacientes es preciso analizar y monitorizar las incidencias detectadas y elaborar procedimientos unificados que una vez implantados contribuyan a mejorar la seguridad de éstos pacientes.

**CO - 051.- DISEÑO, IMPLANTACION Y DESPLIEGUE DEL PROCEDIMIENTO DEL PEGAMENTO TISULAR EN ATENCION PRIMARIA DEL AREA V.**

SORIANO-JIMÉNEZ A, CASTILLO-GÓMEZ C.

HOSPITAL VIRGEN DEL CASTILLO (YECLA). YECLA (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

Normalizar el procedimiento.

Innovar métodos de cicatrización.

Avanzar en resultado de salud, cicatrización, control del dolor reducción de efectos adversos y mejora de los resultados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se crea un grupo de trabajo para desarrollo, diseño e implantación del pegamento tisular en A.P, cuya población diana son los niños del Área V.

Se realiza diagrama de Gantt (distribuir responsabilidades, intervenciones, analizar la situación, búsqueda bibliográfica y artículos de investigación).

Su estructura sigue la guía Agree, evidencia científica.

Diseño registro con: datos del paciente, localización/tipo de herida, antecedentes personales, estado vacunal, signos/síntomas y problemas de aplicación, tiempo de aplicación, valoración de la herida en el momento, en 5 días y al mes. Valoración por parte del profesional.

Se realizaron encuestas de satisfacción para usuarios y profesionales.

Reunida la información, mayo de 2011, se elabora un dossier, se presenta a Dirección Enfermería, Unidad de Calidad y Comisión de Cuidados para su revisión.

Tras ser aprobado, 23 de mayo de 2011, se presenta a los profesionales (C.Salud) con 15 días de pilotaje. En él se realizan dos sesiones clínicas (25/30 mayo) para formar profesionales y analizar posibles problemas, llevando a cabo medidas correctoras necesarias.

Tras su implantación, 1 junio de 2011, se registran 23 heridas traumáticas en niños, de ellas; 7 frontales, 3 palpebrales, 3 pómulos, 3 nasofrontales, 2 mentón, 3 labiales.

En la primera valoración (1ª asistencia) se observó: 4 con eritema, 1 con hematoma, 18 con buen aspecto.

En la segunda valoración (a 5 días) se observó: 1 con hematoma, 1 con queloide, 21 buen aspecto.

En la tercera valoración (al mes) se observó: 1 herida con queloide y 22 buen aspecto.

Llama la atención la ausencia de signos de infección.

El 100% de los pacientes tenía el calendario de vacunas según su edad.

**RESULTADOS:**

Las acciones emprendidas logran una mejora en asistencia y tratamiento de los niños con heridas por: tranquilidad psicofísica, 92% de los casos, (padres y niños); técnica sencilla y rápida en comparación a la sutura.

Profesionalmente se logró: optimizar tiempos enfermeros (de 15 minutos/sutura a 8 minutos/pegamento; simplificar la técnica, rápida, sencilla y menos dolorosa sin alterar el resultado e implicar al profesional en la satisfacción del usuario.

Económicamente: elegir el pegamento supone un ahorro del 20% frente a la sutura, y hay que añadir el ahorro en material de curas, en tiempo del profesional y esterilización del material.

**DISCUSIÓN:**

11/23 refieren calor local durante la aplicación.

8/23 refieren picor durante la aplicación.

6/23 tenían experiencia previa en suturas, coinciden que este método es mas confortable (psicológica y físicamente), disminuyendo el dolor.

Sorprendió que tras unos meses los usuarios demandaban esta técnica como primera elección.

Ausencia de signos y/o síntomas de infección en el 100% de los casos.

Los profesionales calificaron de bueno, por: fácil uso, seguimiento y satisfacción con el resultado. Así como por ser sencillo y rápido.

**CO - 052.- GESTION DE LA DEMANDA Y PROCESOS LEVES AUTOLIMITADOS, CLAVES PARA MEJORAR LA EFICACIA Y LA EFICIENCIA.**

MARTÍNEZ-PÉREZ R, JAUREGUI-GARCIA ML, OTEGUI-RECIO A, PÉREZ DE ARENAZA-RUIZ DE MUNAIN R, HERNANDO-UZKUDUN A, DAVILA-JUAREZ I.

OSI GOIERRI ALTO UROLA. ZUMARRAGA (GUIPÚZKOA).

**OBJETIVOS:**

Desarrollar un nuevo modelo asistencial, que dé respuesta a las necesidades sanitarias del paciente, favorezca el desarrollo de todos los profesionales y vaya orientado a la obtención de los mejores resultados en salud, la satisfacción de pacientes y profesionales, todo ello de manera sostenible. Objetivos específicos:

- gestionar la demanda de manera que el paciente sea atendido por el profesional más adecuado al problema o demanda que presente y
- evitar la medicalización de procesos leves autolimitados a través de una educación sanitaria que favorezca la autonomía del paciente y que le ayude a una mejor gestión de su salud-enfermedad
- reducir las listas de espera en agenda médica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Creación de un equipo de trabajo en el que participaron médicos, enfermeras y administrativas. Reuniones mensuales en las que se acordaban las funciones y procesos que cada categoría profesional debía asumir. Definición de aquéllos procesos administrativos y clínico-administrativos susceptibles de ser atendidos por las administrativas, de forma autónoma o en colaboración con el médico. Selección y protocolización, de acuerdo a la evidencia existente, de procesos leves autolimitados susceptibles de ser atendidos por enfermeras. Diseño de herramientas facilitadoras y seguras para el registro de la actividad asistencial (lanzaderas). Rediseño de agendas médicas y de enfermería. Establecimiento de una estrategia de implantación, que incluye información a la población, sobre el nuevo modelo de atención. Pilotaje del nuevo método de trabajo en una Unidad de Atención Primaria. Despliegue al resto de Unidades.

**RESULTADOS:**

Se protocolizaron los siguientes Procesos Leves Autolimitados: Gripe, Catarro, Náuseas y diarrea, Dolor de garganta, Dolor dental, Tapón de Cerumen, Atención postcoital y Cistitis. Pilotaje. Durante los seis meses que duró la fase de pilotaje se atendieron un total de 674 pacientes adultos. El grado de resolución por parte de enfermería fue del 59% y la tasa de reatenciones del 7,3%.

En los tres primeros meses de la fase de implantación en cuatro UAPs, han sido atendidos en primera instancia, por enfermeras 1767 pacientes adultos y 1829 niños. De ellos, 881 adultos han sido derivados a su médico y 874 niños a su pediatra. El grado de resolución por parte enfermería ha sido del 50,1% en adultos y del 52,2% en niños. Los administrativos han resuelto autónomamente y/o en colaboración con el médico 4365 demandas de pacientes.

**DISCUSIÓN:**

Los datos del primer trimestre de implantación en cuatro UAPs, se corresponden con los obtenidos al inicio del pilotaje. La tendencia posterior en el pilotaje fue de incremento de la capacidad de resolución por parte de enfermería. Se observa un incremento de las consultas telefónicas. Tanto los procesos resueltos por enfermería, como la demanda gestionada por el personal administrativo, han evitado consultas médicas presenciales, lo que ha favorecido la reducción de la lista de espera en consulta médica y las reclamaciones derivadas.

**CO - 053.- GESTOR DE CASOS Y DE RECURSOS EN HOSPITALIZACIÓN: PROFESIONAL DE SOPORTE PARA LA MEJORA DE LA EFICIENCIA HOSPITALARIA.**

ALOY-DUCH A, LLEDÓ-RODRÍGUEZ R, TUSQUELLAS-OTO C, RODRÍGUEZ-SADURNÍ J, CLARAMBO-SEMIS M, FELIP-SABORIT M.

HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS. GRANOLLERS (BARCELONA). GRANOLLERS (BARCELONA).

**OBJETIVOS:**

Presentar los resultados de un estudio prospectivo de intervención pre y post-implantación de un profesional "Gestor de Casos y de Recursos en hospitalización" (GCRH), en un contexto sanitario de reajuste, para colaborar en la mejora de la eficiencia en la gestión de camas, la disminución de las estancias hospitalarias y el ahorro en el coste económico de los procesos y, todo ello, manteniendo la calidad asistencial y el aumento de la satisfacción de los profesionales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se evaluaron 1º unos indicadores basados en 5 variables independientes para demostrar la comparabilidad de ambos períodos; y 2º se definieron 21 indicadores dependientes, según los objetivos anteriores descritos. La población de estudio fueron los pacientes ingresados en los servicios de máximo impacto respecto a la gestión de camas, con una estancia  $\geq 24$  horas. Se calculó la muestra necesaria. Las fases pre/post-intervención se realizaron durante la 2ª quincena de octubre y el mes de noviembre de 2010 y de 2011, respectivamente. El GCRH escogido fue una enfermera experimentada, empática y capacitada para la gestión de un equipo de trabajo. La satisfacción de los profesionales con la GCRH se evaluó mediante una encuesta anónima en febrero-2012. Se utilizó el programa SPSS 19.0.

**RESULTADOS:**

En cada fase del estudio pre- y post-intervención se incluyeron un total de 1.652 pacientes hospitalizados en el de 2010, y de 1.165 en el de 2011. Las muestras escogidas eran comparables en sus variables básicas. Por lo que se refiere a los resultados significativos ( $P0,001$ ) destaca la disminución: de los pacientes ingresados en urgencias  $\geq 24$  horas por falta de camas, de las estancias totales y de los ingresados por especialidades médicas; también disminuyen las demoras: en las intervenciones, y en la realización de las interconsultas y pruebas complementarias. La disminución de las estancias totales ha coincidido, recíprocamente, con el cierre de 43 camas durante un largo período del año 2011 permitiendo el ahorro consiguiente y el necesario esfuerzo de gestión por parte de la GCRH para dar cabida a toda la actividad, en estrecha colaboración con el equipo médico. El cálculo económico del ahorro global alcanzado en el período de 2011 fue de 112.267 euros respecto al 2010. La encuesta enviada a los profesionales mostró un 80% global de satisfacción con la GCRH.

**DISCUSIÓN:**

Una de las limitaciones de nuestro trabajo residió en su metodología al verse influenciados, fundamentalmente, los resultados por otros factores complementarios y, entre ellos, la eficiencia alcanzada por el conjunto de profesionales del centro en el contexto de la crisis. La implementación de una enfermera GCRH como soporte a la coordinación del equipo de salud, bien valorado por los profesionales con quienes interacciona, ha permitido mejorar la eficiencia en la gestión de la hospitalización, permitiendo aglutinar todos los circuitos y profesionales que giran en torno al enfermo, colocándolo en el verdadero centro de la asistencia.

**CO - 054.- CONSULTOR DE TRAUMATOLOGÍA DE ALTA RESOLUCIÓN: COORDINACIÓN INTERNIVELES. QUÉ PIENSA EL TRAUMATÓLOGO?.**

RUIZ-ARMIÑO J, ULIBARRENA-SÁINZ M, ASTOBIZA-BRETONES I, GAREA-IBÁÑEZ J, LLEDÓ-VICENTE P, ARAUJO-CAMAÑO K.

CLÍNICA ERCILLA. MUTUALIA. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Chequear la percepción que tienen los traumatólogos de la figura CART(Consultor de Alta Resolución en Traumatología), evaluar fortalezas y debilidades y establecer acciones de mejora.

Medimos el uso que desde los Centros Asistenciales Periféricos (CAPs) se hace del CART. La figura CART se crea en 2010 como herramienta para mejorar la coordinación entre los CAPs, atendidos por especialistas en MFyC, y el Sº hospitalario de Traumatología, mejorando así los criterios de derivación al especialista, de determinación de contingencia y como apoyo interno al propio servicio de Traumatología. Consiste en un traumatólogo, dedicado a atender las consultas de los CAPs (videoconferencia, teléfono o derivación directa del paciente al hospital). Otras funciones son pasar planta de traumatología, apoyo a Urgencias hospitalarias o sustituir a compañeros ante ausencias imprevistas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se evalúa la figura CART a través de una encuesta de 8 preguntas a los 10 traumatólogos de la plantilla del hospital en marzo de 2012. Explora su percepción en conceptos como cumplimiento de expectativas, de las tareas asignadas, utilidad clínica, en determinación de contingencia, accesibilidad o adecuación de uso. Las preguntas fueron: 1¿consideras que la figura CART cumple las funciones asignadas/ayuda a mejorar los criterios de derivación de pacientes entre CAPs y traumatología?. 2¿existe alguna labor que crees innecesaria o debe modificarse?. 3¿Cumple con tus expectativas?, señala qué aporta al servicio de traumatología, en qué resulta útil y en qué no. 4¿Crees que el CART ayuda a mejorar la calidad en las derivaciones a consultas de traumatología?. 5¿consideras accesible el contacto con el CART, necesita mejorarse?. 6¿Qué quejas tienes del uso que hacen los CAPs?. 7¿en qué crees que puedes dar más servicio a tus ;clientes;: Urgencias y CAPs?. 8¿Crees que hay que mantener el CART en el futuro, qué mejorarías?.

**RESULTADOS:**

Contestan 9 traumatólogos. Utilización: 2 llamadas diarias y una consulta presencial. Aspectos positivos: Mejoría de criterios de derivación, resuelve dudas diagnósticas, aporta orden y accesibilidad al sº COT.

Negativos: que el sistema informático no refleja quién es el CART, que muchas veces no se escribe en la historia clínica. Que se consulta por patología no traumatólica, mala cobertura telefónica en algunas zonas. Falta de comunicación y de unificación de criterios entre los diferentes CART.

**DISCUSIÓN:**

La opinión global sobre la figura CART es muy positiva en todos los entrevistados, consiguiendo sus principales objetivos. Se apuntan 5 aspectos negativos. Acciones de mejora: reflejar la consulta y el nombre del CART en la hª clínica, unificar criterios de actuación y de derivación tanto entre CAPs y hospital como entre los propios miembros del Sº de Traumatología, no derivar al CART las dudas no traumatólicas, mejorar la cobertura telefónica.

**CO - 055.- ¿ESTÁ GARANTIZADA LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL CÁNCER DE MAMA?.**

MÁS-CASTILLO A, LÓPEZ-ROJO C, FONSECA-MIRANDA YA, CALLE-URRA JE, PARRA-HIDALGO P, ARELLANO-MORATA C.

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL DE MURCIA. MURCIA.

**OBJETIVOS:**

Evaluar el grado de adecuación de la atención al cáncer de mama en una red de 9 hospitales públicos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se han evaluado 13 indicadores elaborados a partir de la Estrategia de Cáncer del Ministerio de Sanidad (5 de estructura y 8 de proceso y resultado). En los indicadores de estructura los datos se corresponden con la situación de los centros en 2011, utilizándose como fuente de datos los protocolos, documentos constitutivos y/o actas de los comités, el cuestionario de situación de los hospitales y entrevistas realizadas a referentes de los mismos. En los indicadores de proceso y resultado las unidades de estudio fueron las pacientes dadas de alta en 2009 por cáncer de mama, excluyendo los carcinomas in situ y las recidivas. 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 185 casos o más (30 en cada hospital, obtenidos aleatoriamente, o el total del universo si se habían producido menos). Para cada indicador se ha calculado su valor y el intervalo de confianza, desagregado por hospital, y la razón de variación entre centros (RV).

**RESULTADOS:**

Los indicadores de proceso y resultado alcanzaron los siguientes valores: pacientes evaluadas por el Comité de Mama (50,8%, varía entre 0 y 100%), TNM preoperatorio en la historia clínica (16,9%, varía entre 0 y 30%), informes de anatomía patológica con pTNM (98,4%), pacientes con cirugía conservadora (54,7%, RV 2,86), pacientes con linfadenectomía con obtención de 10 o más ganglios (86%, RV 1,36), pacientes con receptores hormonales positivos y tratamiento hormonal (98,6%), pacientes con intervalo diagnóstico-terapéutico de 28 días o menos (56%, RV 2), pacientes con intervalo entre cirugía y primer tratamiento adyuvante de 42 días o menos (66,7%, RV 1,23). En cuanto a los indicadores de estructura: todos los centros disponían de profesional para el apoyo psicológico y 7 de ellos tenían validada la técnica de ganglio centinela. Más del 50% contaban con consulta de rehabilitación para linfedema. No existía protocolo completo en ninguno de los centros y en un tercio de ellos no existía Comité de Mama.

**DISCUSIÓN:**

Se observa una alta variabilidad entre hospitales y un alejamiento de los estándares en la mayor parte de los indicadores. En tres de ellos la RV era del 50% o más y tenían diferencias estadísticamente significativas con respecto al estándar (evaluación por el Comité de Mama, TNM preoperatorio en la historia clínica e intervalo diagnóstico-terapéutico). El porcentaje de pacientes con cirugía conservadora presentaba una alta variabilidad entre hospitales, aunque sin diferencias con el estándar. La existencia de Comité no garantiza el que se evalúen todos los casos. Como primeras medidas de intervención se proponen la elaboración de un protocolo completo y la valoración de todos los casos por el Comité.

## **Sesión de Comunicaciones Orales.**

### **Sala A3-2.**

**Jueves, 8 de noviembre / 10:30 h. – 11:30 h.**

## **Seguridad Clínica y Gestión de Incidentes.**

**CO – 056 / CO – 061**

**CO - 056.- PROGRAMAS DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES COMO HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

HERCE-MUÑOZ AM, ROJAS-DE MORA FIGUEROA A, ALMUEDO-PAZ A, MUÑOZ-CASTRO FJ, DE BURGOS-POL R, TURIÑO-GALLEGO JM.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCIA. SEVILLA.

**OBJETIVOS:**

La seguridad es una de las dimensiones de la calidad y se refiere, según propuesta de OMS, a la "ausencia de daño innecesario, real o potencial, asociado a la atención sanitaria". El estudio de la seguridad incluye no sólo los incidentes que causan daño sino también los fallos de la atención que no lo causan pero que potencialmente podrían causarlo.

El análisis individual de incidentes y eventos adversos es indispensable para mejorar la seguridad del paciente.

Analizar el cumplimiento de la evidencia: "Análisis de un cuasi-incidente surgido en el desarrollo de su actividad en los últimos 24 meses" en los Programas de Acreditación de Competencias Profesionales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo transversal de los proyectos acreditados por los Programas de Acreditación de Competencias Profesionales de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) durante el periodo mayo 2007-abril 2012 en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

En el periodo de análisis se han acreditado un total de 6.135 proyectos de 72 Manuales de Competencias (MC), de ellos 4.404 de Atención Hospitalaria (AH) y 1.507 de Atención Primaria (AP).

Los datos se han desagregado por niveles asistenciales AH y AP y por MC (con mas de 100 proyectos acreditados).

El cumplimiento está asociado a un informe que solicita una breve descripción del cuasi-incidente, el registro clínico de las causas y del impacto del cuasi-incidente sobre el paciente y/o curso de su enfermedad y las medidas adoptadas destinadas a mitigar los efectos o disminuir el riesgo de presentación de cuasi-incidentes similares.

**RESULTADOS:**

El cumplimiento de la evidencia en todos los proyectos acreditados es del 42,39% siendo el 43,60% en AH y el 39,28% en AP, siendo el cumplimiento global para todas las evidencias del 56,72%. La evidencia ha sido aportada en el 51,47% de proyectos de AH y del 48,63% de AP.

El cumplimiento por MC es: Pediatra de AH 75,36%, Enfermera de Cuidados infantiles 66,46%, Enfermera de AH Atención ambulatoria 64,39%, Enfermera de AH Bloque quirúrgico 50,0%, Enfermera de AH Hospitalización y Cuidados Especiales 36,22%, Enfermera de AP 35,14%, Médico de Familia de AP 31,12%.

**DISCUSIÓN:**

El cumplimiento de la evidencia es inferior al cumplimiento global para todas las evidencias, identificándose oportunidades de mejora. El cumplimiento es superior en AH. Los profesionales de Pediatra de AH, Enfermera de Cuidados infantiles, Enfermera de Atención Ambulatoria y Enfermera de bloque quirúrgico obtienen el mayor cumplimiento.

El Modelo de Acreditación de Competencias Profesionales de ACSA promueve las estrategias del Programa para la Seguridad del Paciente de la OMS, a través de reconocer

los cuasi-incidentes, analizar las causas que los originan y establecer acciones para prevenirlos en el futuro.

Sería recomendable continuar impulsando el análisis de cuasi-incidentes para una atención más segura.

Se ha demostrado que el Modelo de Acreditación es útil como herramienta para la identificación de oportunidades de mejora.

**CO - 057.- EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN UN HOSPITAL COMARCAL.**

CASTRO-FERNANDEZ I, ABRAIRA-GARCIA L, MARTINEZ-LOPEZ MA, PEREZ-RODRIGUEZ MT.

HOSPITAL DE MONFORTE. MONFORTE DE LEMOS (LUGO).

**OBJETIVOS:**

Evaluar si el sistema de notificación SiNASP posee los atributos de calidad adecuados para facilitar la gestión de los procesos en un hospital comarcal de 135 camas, que cuenta con un equipo gestor de eventos adversos de 3 profesionales ninguno de ellos con dedicación exclusiva a esta gestión.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Unidad de análisis: programa de notificación de efectos adversos Sinasp modalidad de acceso del gestor. Método de análisis: encuesta a los gestores. Atributos cualitativos a valorar: Flexibilidad (fácilmente adaptable las necesidades de los gestores), sencillez (facilidad de acceso, exportación de datos por parte de los gestores), cumple el objetivo para lo cual fue diseñado (cultura de la organización sobre seguridad del paciente). Indicadores de carga de trabajo del gestor: 1- Nº eventos notificados/estancias hospitalarias\*1000; 2- Nº planes de acciones propuestas/total eventos notificados\*100. 3- Nº de informes periódicos y extraordinarios / total eventos\*100. 4-Nº de Análisis de causa raíz (ACR) o similar llevados a cabo/ total Incidentes que causan daño temporal y precisa o prolonga la hospitalización (SAC 2).

**RESULTADOS:**

Desde el 1/1/2011 hasta 31/3/2012 se notificaron en formato electrónico 106 eventos adversos e incidentes sin daño. Flexibilidad: El sistema no permite explotaciones de datos más allá de los disponibles de forma global para todos los usuarios gestores. Sencillez: El acceso al programa de notificación es sencillo; la exportación de datos del registro no está disponible; la visualización en la web global de los datos aparece recortada; el acceso al total de cada notificación no es posible a través de la web; el acúmulo de notificaciones dificulta su explotación global; los filtros son escasos. El sistema permite obtener información puntual pero parcial sobre los problemas que afectan a la seguridad del paciente ya que no existe la obligatoriedad de la notificación.

La evolución por mes de las notificaciones respecto a estancias se mantuvo más o menos estable durante todo el período de estudio excepto en el mes de marzo 2012 que experimentó un incremento muy notable llegando a producirse 7 notificaciones por mil estancias (media del período= 2.4). El número de planes de acciones globales sobre eventos notificados fue del 20%. El número de informes periódicos más extraordinarios fue del 8%. Los ACR llevados a cabo sobre total de eventos adversos como SAC 2 fue del 100%.

**DISCUSIÓN:**

La mejora de la consolidación del sistema de notificación hace que se incremente la participación de los profesionales, pero para que esto se mantenga es preciso motivar periódicamente y gestionar adecuadamente las notificaciones.

Para mejorar la gestión de las actividades a desarrollar por el gestor es preciso agilizar la gestión de la base de datos y mejorar las herramientas de apoyo a la gestión. Se proponen como áreas de mejora: posibilidad de exportación automática de los datos de cada notificación más el diseño de herramientas de apoyo a la gestión de los procesos.

**CO - 058.- SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES: CÓMO EL TRIÁNGULO GESTIÓN-ACCIÓN-INFORMACIÓN PUEDE CAMBIAR EL CHIP.**

FACCIO-LOPEZ S, GROBA-PEREZ F, MENDEZ-SANTERVAS M, PARGA-LAGO A, ROMAN-VILA A.

HOSPITAL POVISA. VIGO.

**OBJETIVOS:**

Convertir a la mayor parte posible de los profesionales de nuestro Hospital en Agentes de Cambio a través de la estrategia de Aprender de los Errores.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Tras 4 años de gestión del Comité de Eventos Adversos las herramientas eran:

-Un sistema de notificación en papel, anónima y no punitiva para todo el hospital.

Las notificaciones las analizaba el Comité de E. A. quien realizaba las acciones de mejora, pero la información no llegaba a todos.

-Un sistema de notificación para Enfermería a través de la Unidad de Calidad que añadía circuitos específicos de declaración para:

- Caídas y Bacteriemias Asociadas a Catéter (declaración obligatoria).
- Errores de Medicación (voluntario y anónimo).

El equipo de analizadores de enfermería se reunía sólo cuando había notificaciones, se realizaban las acciones de mejora pero la información no llegaba a todos.

En 2011 el Comité de E. A. se convierte en Núcleo de Seguridad:

-Se adopta SiNASP como sistema de notificación en Marzo de 2011.

-Se incluyen gestores representando todas las áreas y servicios.

-Se reorganizan los equipos de analizadores con reuniones regladas para los que no las tienen.

-Se crea un acceso directo a SiNASP desde el programa de cuidados informático.

-Se crea un Informe mensual en la intranet de acceso universal, con la evolución de las acciones de mejora propuestas.

-Se hace un seguimiento permanente de las mismas, con una auditoría de los profesionales que pueden comprobar qué pasó con su notificación o la de otros.

-Formación:

.Talleres de Seguridad "Aprender de los Errores", al principio para presentar el programa, después con presentación de casos, su análisis (cuando hay ACR se expone todo el análisis) y explicación de las acciones de mejora.

.Sesiones clínicas intra servicios.

**RESULTADOS:**

Respuesta masiva en las notificaciones:

Nº total de abril 2011 a abril 2012: 396

- Enfermería: 300
- Médicos: 76
- Otros: 20

Clasificación:

- SAC 1: 2
- SAC 2: 37
- SAC 3: 98
- SAC 4: 115
- Sin SAC: 144

Acciones de Mejora implantadas: 54.

Mayor participación en la formación ofertada:

- Curso on line: Enfermeras: 235; Auxiliares de Enfermería: 125; Médicos 31
- Asistentes a cursos de enfermería "Aprender de los errores": 429.

### **DISCUSIÓN:**

El SiNASP garantiza la confidencialidad del notificante y la actitud de nuestros gestores es la de preservarla, haciendo siempre hincapié en el por qué de los incidentes, esto da confianza. La "vuelta" de la información y su accesibilidad ha permitido un feedback real que ayuda a creer en el sistema.

El triángulo gestión-acción-información, ha logrado que muchos profesionales pasen de una actitud indiferente o pasiva a una de participación activa, transformándose en verdaderos agentes de cambio. Los profesionales sienten que el sistema puede funcionar y que su aporte se plasma en acciones reales.

## **CO - 059.- ANÁLISIS DE DOS EPISODIOS DE INCIDENTES CON MÚLTIPLES VÍCTIMAS.**

BUSCA-OSTOLAZA P, MORALES-MARQUES O, PRECIADO-BARAHONA MJ, VENTURA-HUARTE I, ARANZABAL-CONDE MA, AGINAGA-BADIOLA JR.

SERVICIO DE URGENCIAS. DONOSTIA-SAN SEBASTIÁN.

### **OBJETIVOS:**

En los eventos en los que participan o se reúnen múltiples personas pueden suceder situaciones imprevisibles que conlleven a incidentes con múltiples víctimas (IMV). La masiva afluencia de éstas a los Servicios de Urgencias Hospitalarios puede afectar al normal desempeño de la actividad y asistencia que ofrecen. De la clasificación de IMV el Grado 2 es aquél en que se llega a atender un volumen de víctimas equivalente al 50% de la urgencia diaria en el plazo de 4-5 horas.

Analizamos la organización y gestión de un Servicio de Urgencias en dos Incidentes con múltiples víctimas Grado 2, ocurridas en el plazo de 4 días: Carrera popular Behobia-San Sebastián 20 Km de distancia con participación de 23.000 corredores (13/11/2011) y Intoxicación por escape de cloro en un centro de Talasoterapia (17/11/2011).

Proponemos acciones de mejora tras el análisis de las situaciones.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

- ☐ Análisis de los pacientes atendidos: cronología, gravedad, destino de los pacientes, recursos movilizados,..
- ☐ Encuesta anónima al personal interviniente: médico, personal de enfermería, celadores y administrativos.

### **RESULTADOS:**

- ☐ En el 1º IMV se atendieron a 40 corredores en el plazo de una hora, que se añadieron a la afluencia habitual. En el 2º IMV se atendieron 14 pacientes en una hora como consecuencia de un escape de cloro.
- ☐ En el 1º IMV no hubo coordinación del Centro de emergencias; en el 2º sí.
- ☐ Se realizó la encuesta a 44 profesionales que participaron directamente en los incidentes, con una tasa de respuesta de 47.7%.
- ☐ Del personal encuestado en el 1º IMV sólo el 20% tuvo conocimiento previo de la llegada de los pacientes a Urgencias en estos IMV; en el 2º, el 73%.
- ☐ El 93% consideró que los responsables inmediatamente superiores (Jefe de Servicio, Supervisora General, Jefe de Celadores) hicieron acto de presencia en el Servicio para tomar las decisiones oportunas en los dos IMV.
- ☐ En el 1º IMV el 60% de los encuestados tuvo la sensación de que se dejó de atender correctamente al resto de pacientes; en el 2º IMV sólo el 6%.
- ☐ En el 1º IMV el 100% consideró que el personal que había era insuficiente para atender toda la demanda; en el 2º sólo el 13%.
- ☐ El 13% de los intervinientes en el 1º IMV tenía información o había recibido alguna charla sobre cómo tenía que actuar en caso de Catástrofe; en el 2º IMV, el 26%.

### **DISCUSIÓN:**

Conclusiones.

Para mejorar la gestión y asistencia en los IMV es necesaria por una parte la coordinación desde un centro de emergencias que de aviso de la situación de IMV y organice la derivación de pacientes a los Servicios de Urgencias, y por otra, poner en conocimiento de todo el personal de Urgencias y actualizar periódicamente el plan de actuación ante IMV, así como la realización de simulacros.

**CO - 060.- IMPLANTACIÓN DEL SINASP EN TODA UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA: ¿PARA QUÉ NOS ESTÁ SIRVIENDO?.**

CARRERAS-VIÑAS M, RODRÍGUEZ-PÉREZ B, GARCÍA-CEPEDA B, PAIS-IGLESIAS B, MARTÍN-RODRÍGUEZ MD, GRAÑA-GARRIDO I.

SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD A. SERVICIO GALLEGO DE SALUD. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

**OBJETIVOS:**

En el año 2011 se implantó en toda la CCAA el SiNASP. 15 meses después pretendemos:

1. Determinar el nivel de implantación y desarrollo del SiNASP en nuestros hospitales.
- 2.- Valorar la utilidad de este sistema de notificación en la implantación de mejoras para la seguridad de los pacientes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se revisaron los indicadores sobre gestión del SiNASP en todos los hospitales a través del aplicativo.

Se recogieron los planes de mejora puestos en marcha en los centros a partir de notificaciones de incidentes de seguridad.

**RESULTADOS:**

- La totalidad de los hospitales de la CCAA tienen implantado el SiNASP.
- El estándar del indicador "nº de notificaciones/ nº profesionales 3%", que se incorporó a los Acuerdos de Gestión de los centros, obtuvo una media de 4'6% en 2011.
- Se objetiva importante variabilidad interhospitales (rango de 1'6% a 23%). El compromiso de los gestores del SiNASP y la implicación de los directivos en la gestión del sistema resulta relevante para justificar estas diferencias. No lo es el tamaño del hospital ni su número de profesionales.
- La implantación de mejoras es asimismo variable de unos hospitales a otros, pero en todos ellos se ha desarrollado al menos un plan de mejora a raíz de alguna notificación.
- Entre las más interesantes destacan:
  - . Elaboración de un circuito de revisión/información/registro tras la realización de RX en una UCI de un Complejo Hospitalario.
  - . Elaboración y difusión de boletines periódicos con feedback de resultados a los profesionales.
  - . Extensión de prescripción electrónica a todas las áreas de un hospital comarcal.
  - . Procedimiento de prevención de caídas en un Servicio de Rayos, en un hospital comarcal.
  - . Revisión y cambios en los formatos de petición de pruebas diagnósticas en varios hospitales.
  - . Procedimiento de traslado de pacientes entre centros, en un Complejo Hospitalario Universitario.
  - . Procedimiento de TRIAJE de PRUEBAS de imagen en un hospital comarcal.
  - . Modificación del circuito de petición/registro y recogida de muestras de AP en un Complejo Hospitalario y un hospital comarcal.
  - . Adaptación/Implantación/Ampliación del alcance de un procedimiento corporativo de Identificación Inequívoca de Pacientes.
  - . Implantación en todos los hospitales de una Guía de Recomendaciones para la gestión de eventos centinela.

**DISCUSIÓN:**

El SiNASP está implantado en todos los hospitales de la Comunidad. La existencia de un indicador sobre el sistema a los Acuerdos de Gestión ha tenido un efecto incentivador del proyecto. También destaca como buena práctica la elaboración de boletines informativos. El reto permanente sigue siendo la puesta en marcha de mejoras a partir del conocimiento de los incidentes de seguridad, para lo cual es precisa la implicación permanente y activa de directivos y Núcleos de Seguridad.

**CO - 061.- VIOLENCIA DE GENERO EN URGENCIAS. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE REGISTRO.**

HERRER-CASTEJÓN A, MARRÓN-TUNDIDOR R, GROS-BAÑERES B, RICARTE-URBANO E, ASCASO-MARTORELL C, PALAZÓN-SAURA P.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ZARAGOZA.

**OBJETIVOS:**

Diseñar una herramienta que ayude al adecuado manejo en nuestros servicios de urgencias de los casos de violencia de Género (VG) y que nos facilite: Conocer la magnitud del problema, Identificar los casos y factores que lo caracterizan.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En Abril 2011 se implementó en el programa de historia clínica informatizada de los servicios de urgencias de Aragón, una aplicación automatizada para el registro y manejo de los casos de violencia de género.

Se realizaron cursos de formación del personal del servicio de urgencias para utilización de dicha herramienta. Hemos recogido los casos registrados desde su implantación hasta Diciembre 2011. Exponemos un análisis descriptivo de los casos y de la situación epidemiológica de los mismos así como el grado de cumplimiento del protocolo de VG.

**RESULTADOS:**

Se registraron 68 casos, 3 de los cuales fueron atendidas en 2 ocasiones. Ninguna de ellas se encontraba embarazada. La media de edad de las pacientes fue de 38 años (rango de 15,3 a 90,6). El tipo de maltrato fue Lesión Física en 38 casos (55,9%). Lesión Física y Maltrato Psíquico 23 (33,8%), Maltrato Psíquico 5 (7,4%) y Maltrato Sexual en 2 casos (2,9%). La media de edad de las pacientes que sufrían maltrato psicológico era superior a las que sufrían maltrato físico y las que padecían maltrato sexual era inferior; sin embargo estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas. La distribución por prioridades asistenciales fue 44% prioridades II, 47% III y 8,8% IV. El país de origen de las pacientes fue España en el 51,5% de los casos; 52,2% países Sudamericanos, 42,9% procedentes de Rumanía y países del Este de Europa, y 4,8% de Guinea. El agresor fue el compañero íntimo en 37 (54,4%), Ex-compañero íntimo 10 (14,7%), Otro familiar 6 (8,8%), hombre que no pertenece al ámbito familiar 12 (17,6%) y Padre, padrastro ó compañero 1 (1,5%). No se realizó parte al juzgado en el 44,1% de los casos. 6 pacientes (8,8%) tenían alguna discapacidad y 24 (35,3%) hijos menores a su cargo. La mujer declaraba temer por su vida en 22 casos (32,4%), en 19 de ellos (27,9%) el agresor les había amenazado con matarlas a ellas, a sus hijos o suicidarse y solo uno disponía de armas de fuego. 3 pacientes requirieron ingreso hospitalario. Un 16,2% de las pacientes referían ser agredidas de forma habitual, mensual o diariamente. El 100% de los partes de VG fueron remitidos de forma automática a la policía a través de la herramienta informática.

**DISCUSIÓN:**

Existe una mayor proporción de casos por habitante en la población sudamericana y no existen casos en marroquíes, argelinas, portuguesas ni chinas que son un porcentaje importante de la población inmigrante aragonesa.

Se constata la efectividad del parte de VG en la recogida de datos epidemiológicos que ayuden a realizar un estudio de campo de la realidad del problema, y de esta forma optimizar los recursos destinados a su erradicación. Además la emisión automática de parte en la comisaría de policía hace que todos los casos reciban una adecuada intervención legal.

## **Sesión de Comunicaciones Orales.**

### **Sala A4.**

**Jueves, 8 de noviembre / 10:30 h. – 11:30 h.**

## **Calidad Percibida y Atención al Cliente.**

**CO – 062 / CO – 067**

## **CO - 062.- PERCEPCIÓN QUE PACIENTES Y PROFESIONALES TIENEN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN LOS CENTROS ICAMS DE BARCELONA Y TARRAGONA.**

GOMILA-VILA X, PASTOR-MILAN JR, IBAÑEZ-DE LA CHICA D, GÁLVEZ-HERNANDO G, GOMIS-BLANCH J, JARDÍ-LLIBERIA J.

INSTITUT CATALÀ D'AVALUACIONS MÈDIQUES I SANITÀRIES (ICAMS). BARCELONA.

### **OBJETIVOS:**

- Conocer y contrastar la percepción y expectativas que tienen pacientes y profesionales del servicio que presta el Institut Català d'Avaluacions Mèdiques i Sanitàries (ICAMS) de Tarragona y Barcelona.
- Identificar posibles áreas de mejora en la atención a los pacientes.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio cualitativo basado en una aproximación subjetiva a través de 5 grupos nominales, 3 de pacientes y dos de profesionales. La muestra teórica pertenecía al área de Tarragona y de Barcelona. Se seleccionaron de manera aleatoria pacientes que habían sido visitados durante los últimos 18 meses en el ICAMS de Tarragona (n=11) y en el ICAMS de Barcelona (n=5). También participaron profesionales médicos (n=10) y profesionales de primer contacto(n=6). Además de las preguntas abiertas, se plantearon preguntas cerradas para valorar prioridades.

### **RESULTADOS:**

Los pacientes valoran positivamente el trato que reciben tanto de médicos como de profesionales de primer contacto, independientemente de si han sido dados de alta o han continuado en situación de incapacidad laboral. Los profesionales de primer contacto se aproximan más que los médicos, a la hora de intuir que visión pueden tener los pacientes de los diferentes aspectos considerados en este estudio, afirmando que lo que más valoran éstos es el trato, y el aspecto que valoran como más negativo son las esperas para ser evaluados. La visión de los médicos se aleja de la priorización que realizan los pacientes; así, piensan que el tiempo que dedican al paciente sería bien valorado, cuando no fue así, mientras que piensan que la Organización no sería tan bien valorada como finalmente fue. Los médicos se consideran satisfechos de la tarea que realizan, independiente de criterios económicos, y que el sistema les facilita.

### **DISCUSIÓN:**

El médico Inspector-evaluador realiza su función en la intersección entre los criterios médicos que determinan el derecho a la prestación económica por incapacidad laboral y las expectativas de los pacientes, que pueden verse contrariadas cuando se determina que esta prestación económica no les corresponde. Contrariamente a lo que se pensaba, los pacientes en situación de baja laboral por enfermedad común, valoran de forma similar la labor del médico que los pacientes que han sido dados de alta.

Se debería impulsar la comunicación con los pacientes, sobre todo en relación a las funciones del ICAMS y sobre los procedimientos de trabajo, para evitar expectativas poco realistas por parte de éstos.

También sería necesario hacer un replanteamiento de las agendas de los médicos con el fin de evitar tiempos de espera demasiado largos.

Este estudio puede considerarse pionero en este ámbito. No ha sido posible localizar otros de corte similar, por tanto no se pueden establecer comparaciones de los datos.

**CO - 063.- SATISFACCIÓN DE PACIENTES DE UCI: MEJORAS A IMPLEMENTAR.**

BRAÑA-CIURO O, BUENO-DOMÍNGUEZ MJ, RUIZ-EGEA S, QUEROL-DE CARDENAS M, CANTO-RUTIA MP, QUESADA-MERINO AI.

HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN DE REUS. REUS (TARRAGONA).

**OBJETIVOS:**

- Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes ingresados en el servicio de UCI de nuestro centro de nueva apertura menor de un año.
- Definir acciones a implantar para mejorar su satisfacción.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- Revisión bibliográfica.
- Estudio observacional prospectivo descriptivo a los usuarios de UCI desde 13/6/11 a 9/3/12.
- Elaboración y validación de encuesta para evaluar la satisfacción en 3 idiomas.
- Definición criterios de exclusión: alta a otro centro, ingreso menor a 24h, dificultad idiomática, deterioro cognitivo.
- Pasación de la encuesta en planta a 24 horas del alta de UCI, entregada al paciente y recogida posterior en otras 24 horas.
- Introducción y exportación de datos en base Excel.
- Definición de áreas de mejora según resultados.
- Encuestas con diferentes tipologías de preguntas según ítems a evaluar: abiertas, dicotómicas, escala Lickert y de valoración de 0 a 10.

**RESULTADOS:**

N=108.

Sexo: hombres 59'26%, mujeres 40'74%.

Promedio de edad 60 años.

Mayores 60 años 50'92%.

Estancia media 7'63 días.

Mayor estancia de 10 días 17'43%.

Pacientes sedados 30'55%.

Contención mecánica 20'37%.

Procedencia más frecuente: Quirófano 16'66%, Urgencias 59'26% y Hospitalización 14'81%.

Resultados por preguntas encuesta:

- Conocían motivo ingreso UCI 85%.
- Ítems valorados muy bien, bien y perfecto: comodidad 97%, tranquilidad para descansar y dormir 85%, comida 69%, información 95%, comprensión de las explicaciones 95%, tuvieron suficiente información 52%, intimidad 97%.
- Sensación que transmiten aparatos y tecnología: seguridad 76%, control 60%, vigilancia 34%, gravedad 10%, preocupación 10, malestar 4%.
- Qué le generaba miedo: futuro 35%, muerte 25%, desconocimiento enfermedad 24%, soledad 23%, dolor 23%, técnicas 2%, otros 7%.
- Ítems valorados a menudo, casi siempre y siempre: control dolor 83%, información contradictoria 15%, sensación de estar en buenas manos 95%.
- Eran informados por: médicos 90%, enfermeras y auxiliares 42%, familiares 40%.
- Quería pasar más tiempo con la familia 85%.
- Posibilidad de distraerse con medios 51%.
- Disminuyeron el aburrimiento 57%.
- Preocupación por el bienestar familiar 77%.

- Grado satisfacción global 8'65/10.
- Si pudiera escoger volvería a este servicio 91%.

### **DISCUSIÓN:**

#### **CONCLUSIÓN**

Los resultados obtenidos son bastante satisfactorios pero se plantean la implantación de mejoras, como resultado del análisis individualizado de los ítems.

Un 15% de pacientes refieren no haber podido descansar ni dormir por la noche. Un 30% no valoró positivamente la comida. Un 48% hubiese querido recibir más información. Un 15% desconocía su motivo de ingreso en UCI.

La implantación de mejoras en curso son las siguientes:

- Selección menú a la carta.
- Ampliar horario de visita familiares.
- Disponer de TV en el box.
- Orientación temporo-espacial con calendarios y reloj dentro del box.
- Cambiar condiciones lumínicas nocturnas.
- Actitud proactiva en la emisión de información por parte del personal sanitario.

**CO - 064.- EVALUACIÓN DEL PLAN DE COMUNICACIÓN DE UN ÁREA SANITARIA.**

GARCIA-CACHAFEIRO LV, RUBIO-DOMÍNGUEZ J, ARIAS-BARRIENTOS S, DE DIOS-DEL VALLE R, CUADRA-ROMERO R, EIROA-LEÓN R.

ÁREA SANITARIA I-HOSPITAL DE JARRIO. JARRIO - COAÑA (ASTURIAS).

**OBJETIVOS:**

Evaluar el plan de comunicación externa del Área Sanitaria I de Asturias.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo transversal. Se analizan todas las noticias publicadas de 1989 a 2010 sobre el área sanitaria. Variables: año, medio, tipo artículo, ámbito asistencial, quién genera la noticia, tema. Variables dependientes: valoración de la noticia, exclusividad. Análisis estadístico: Se describe la muestra mediante distribución porcentual de frecuencias. Análisis bivalente con la prueba de chi-cuadrado. Análisis multivariante: regresión logística (método ENTER). Nivel de significación estadística del 5%. Se exponen los intervalos de confianza del 95%. Se realiza con el paquete estadístico SPSS v.15.0.

**RESULTADOS:**

Se analizan 640 noticias. El 48,9% (44,96-52,86) se publicaron antes del plan (1989-2007). Hay un incremento del 85% en las noticias publicadas cada año tras el plan. El 51,4% de las noticias pre-plan fueron positivas frente al 80,1% (p0,001). Se pasó de un 48,6% de noticias generadas por la institución a un 71,9% (p0,001). El ámbito asistencia reflejado es el hospital mayoritariamente pasando de un 73,8% a un 52,6%; y la atención integrada pasa del 6,5% al 33,5% (p0,001). No hay diferencias respecto a la exclusividad (81,5% vs 84,4%). Existe 33,5 veces más posibilidades de una noticia positiva si la genera la institución, casi tres veces más posibilidades de una noticia positiva si se ha publicado tras el plan (2008-2010) y dos veces más posibilidades si trata de la atención integrada (atención primaria y coordinación asistencial y sociosanitaria) que sobre el hospital.

**DISCUSIÓN:**

El plan ha sido una buena herramienta para tener mayor presencia en los medios permitiendo mejorar la imagen publicada al permitir a la institución generar sus propias noticias, informando a los ciudadanos de las actividades y resultados obtenidos de una forma planificada. Un elemento esencial es que ha contribuido a generar una imagen pública de sistema sanitario integrado, abandonando la imagen de sistema centrado en la atención hospitalaria. Debemos reflexionar sobre la responsabilidad que tenemos todos los agentes en la imagen que proyectamos a la sociedad de nuestras instituciones sanitarias. Profesionales, gestores, políticos, sindicatos y periodistas lanzan mensajes a los medios que van construyendo el imaginario social y en muchas ocasiones esos mensajes buscan alcanzar metas propias sacrificando intereses colectivos. Las instituciones deben diseñar políticas activas de comunicación para informar a la sociedad como primer paso para lograr una participación ciudadana efectiva.

**CO - 065.- PERSONALIZACIÓN DEL DINTEL DE REFERENCIA: PATRÓN ORO PARA EVALUAR LA CALIDAD DEL SERVICIO.**

REYES-PÉREZ M, TIRAPU-LEÓN B, MARTÍNEZ-LOZANO ME, ZABALZA-LÓPEZ P, RODRIGO-RINCON M.

SERVICIO NAVARRO DE SALUD. PAMPLONA.

**OBJETIVOS:**

Las organizaciones evalúan la calidad de servicio para extraer puntos fuertes y áreas de mejora. Para ello, se utilizan cuestionarios con distintas escalas siendo la escala de tipo Likert muy utilizada (barómetro sanitario...) ya que permite una mejor discriminación de las puntuaciones que otras escalas pero resulta difícil determinar el punto de corte a partir del cual se considera que un elemento evaluado es un área de mejora. Habitualmente el dintel de referencia lo establece la propia organización evaluada sin preguntar al individuo que está contestando al cuestionario. Otras veces, para medir la calidad de servicio, se calcula la diferencia entre percepciones y expectativas, aunque hay mucha controversia en la utilización de este método.

El objetivo del trabajo es conocer si la utilización de un dintel de calidad fijado por cada sujeto evaluador modifica la imagen final de la calidad del servicio prestado con respecto a un dintel establecido "a priori" por la organización.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Cuestionario autocumplimentado para valorar la calidad de servicio que proporciona Medicina Nuclear (MN) según los profesionales de otros servicios. Cuestionario con 14 preguntas, siendo 6 los ítems relacionados con la calidad del servicio. Dentro del cuestionario había una pregunta específica en la que se preguntaba al encuestado a partir de qué puntuación numérica se podía considerar que la calidad del servicio era buena, utilizándose esa puntuación como primer dintel de referencia.

Previamente al análisis de los resultados el servicio de MN fijó por consenso el valor 7 como dintel para evaluar la calidad de su servicio. Contestaron 71 profesionales (tasa de respuesta: 30%). Periodo de estudio: junio-julio 2011.

**RESULTADOS:**

Los valores medios obtenidos oscilaron entre 7,93 puntos (información que proporciona el servicio cuando deciden no realizar una prueba solicitada) y 8,79 (calidad de los informes). Se calcularon las áreas de mejora de dos maneras diferentes. Con el primer método se realizó un cálculo con el dintel individual fijado por cada sujeto. Con el segundo, se utilizó el dintel de referencia establecido por el servicio (7). El % de valoraciones negativas por ítems osciló entre 7 y 28% para el dintel individual y entre el 4 y el 21% para el dintel fijado por el servicio.

Utilizando el dintel individual, se detectaron un total de 62 valoraciones no conformes (14,5%), mientras que mediante el dintel del servicio se detectaron 41 (9,6%) resultando las diferencias estadísticamente significativas (4,9% IC 95% 0,6-9,3).

**DISCUSIÓN:**

El dintel individual proporcionó una imagen de la calidad del servicio distinta a la obtenida cuando se utilizó el dintel establecido por la organización. Conceptualmente, el dintel individual podría constituir el gold estándar ya que permite comparar la puntuación que otorga cada sujeto con respecto a su propio nivel de aceptabilidad y el mapa de áreas de mejora podría fluctuar en función del dintel elegido cuando no se tiene información sobre el mismo.

## **CO - 066.- ¿DUELE ESTAR HOSPITALIZADO?.**

PARRA-HIDALGO P, MONTEAGUDO-PIQUERAS O, CALLE-URRA JE, MÁS-CASTILLO A, RAMÓN-ESPARZA T, NIETO-MARTÍNEZ P.

SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD ASISTENCIAL. MURCIA.

### **OBJETIVOS:**

El objetivo de este trabajo es describir la percepción en los pacientes hospitalizados del control de su dolor realizada por el personal sanitario, en las áreas médicas, quirúrgicas y obstétricas de los hospitales de agudos de los hospitales públicos de un Servicio de Salud desde el año 2003 al 2010.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Desde el año 2002 se recoge, a través de la Encuesta EMCA de Calidad Percibida, la opinión de los pacientes dados de alta en los Servicios Médicos, Quirúrgicos y de las mujeres que han dado a luz en los 9 hospitales de agudos de nuestra Región. Este cuestionario incluye una pregunta explícita sobre el dolor y los medios utilizados durante la estancia en el hospital para controlarlo.

Población: Muestra de 12.207 pacientes dados de alta en los Servicios Médicos y Quirúrgicos de 9 hospitales de agudos.

Periodo de estudio: 2003-2010

Variable a estudio: pregunta "Durante el tiempo que estuvo ingresado ¿cree que se utilizaron los medios necesarios para quitarle el dolor?", incluida en cada uno de los tres tipos de cuestionarios EMCA, cumplimentados por una muestra de pacientes atendidos en los Hospitales del Servicio Murciano de Salud, enviados por correo postal para ser autocumplimentados al alta hospitalaria.

### **RESULTADOS:**

Pacientes encuestados: 12.207

Pacientes que manifiestan haber tenido dolor: 10.803 (88,5%) S. Quirúrgicos 4.726 (92,9%), S. Médicos 3.531 (82,9%) y 2.546 (89%) mujeres de los S. Obstétricos

Pacientes que indican que siempre se utilizaron los medios adecuados para controlar su dolor: 8.326 (77,1%). S. Quirúrgicos 81,6%, S. Médicos 78,6% y el 66,5% de las mujeres de los S. Obstétricos. Diferencias encontradas estadísticamente significativas

Pacientes que indican nunca se utilizaron los medios adecuados para controlar su dolor: 106 (1%). S. Quirúrgicos 0,7% S. Médicos 0,4% y el 2,3% de las mujeres que parieron en los S. Obstétricos

Se controla más el dolor a los pacientes quirúrgicos que a los no quirúrgicos y estas diferencias son significativas (p 0,01). Se controla más el dolor a los pacientes médicos que a las mujeres que han parido y estas diferencias son significativas (p 0,01).

Satisfacción y dolor. El 91,1% de los pacientes que manifiestan que siempre se utilizaron los medios adecuados para controlar el dolor manifiestan estar muy satisfechos (puntuación 9 y 10 en una escala 0-10) con la atención recibida.

### **DISCUSIÓN:**

El control adecuado del dolor en el paciente hospitalizado influye en la satisfacción con la atención recibida. En los hospitales de nuestra Región se valora y controla más el dolor en los pacientes quirúrgicos en relación al resto de pacientes ingresados en otros servicios, siendo las diferencias encontradas significativas. Se deben incrementar los esfuerzos para valorar y controlar el dolor ya que es una obligación ética de las instituciones sanitarias proveer a sus pacientes de un adecuado manejo del mismo.

## **CO - 067.- DERECHO A LA INTIMIDAD, ¿SE RESPETA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS?.**

MOZOTA-DUARTE J, MOLINER-LAHOZ J, BOLDOVA-AGUAR R, GARCÍA-NOAÍN A, MORENO-MIRALLES MJ, RABANAQUE-HERNÁNDEZ MJ.

HOSPITAL CLÍNICO LOZANO BLESA. FACULTAD DE MEDICINA. INSTITUTO ARAGONES DE CIENCIAS DE LA SALUD. ZARAGOZA.

### **OBJETIVOS:**

Conocer la percepción de intimidad de los pacientes en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) y los factores que se asocian al respeto de la intimidad.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio multicéntrico prospectivo, sobre la percepción del respeto a la intimidad en los SUH, mediante cumplimentación de un cuestionario. Seleccionamos una muestra estratificada aleatoria de los pacientes dados de alta de los SUH.

Otras variables estudiadas: hospital; edad, sexo del paciente; hora de ingreso; horas de estancia; día de ingreso; área de cumplimentación (primera asistencia o sala observación) y destino (alta/ingreso).

Las 11 preguntas de la encuesta exploran la intimidad auditiva (1ª a 4ª), visual (5ª a 8ª) y global (9ª a 11ª). Cada pregunta tiene cinco opciones de escala de Likert (de 1 a 5).

Para realizar el análisis transformamos las respuestas cualitativas a un valor numérico con el propósito de realizar un análisis cuantitativo. Agrupamos así mismo las preguntas según el tipo de intimidad que exploraba con el propósito de obtener un valor único, que utilizaríamos posteriormente en el análisis estadístico.

Utilizamos test no paramétricos para la comparación de medias: test de U de Mann-Whitney y test de Kruskal Wallis.

### **RESULTADOS:**

Realizamos 3949 cuestionarios, en 9 hospitales de la Comunidad de Aragón. 51% hombres/49% mujeres, edad media 51 años. 74,2% cumplimentados en área de primera asistencia y el 25,3% en sala de observación. El 76,1% de pacientes fueron dados de alta y el 23,9% ingresaron.

La intimidad auditiva fue valorada con un valor de 3,93 (3,89-3,96), la intimidad visual con 4,32 (4,29-4,35) y la intimidad global con 4,17 (4,15-4,21).

Al comparar los resultados según el sexo de los pacientes se halló mayor puntuación en los varones vs mujeres en la intimidad auditiva ( $p=0,01$ ), en la intimidad visual ( $p=0,04$ ) y en la intimidad global ( $p=0,01$ ).

Los centros privados obtuvieron mejores puntuaciones que los públicos, en todos los ámbitos de la intimidad estudiados ( $p<0,0001$ ).

Clasificamos los hospitales por tamaño según las camas: pequeño (200), mediano (200-500) y grande (500), hallando diferencias estadísticamente significativas ( $p<0,0001$ ). Obtuvieron mayor puntuación los pequeños, luego los grandes y finalmente los medianos.

En los hospitales rurales se valoró mejor la intimidad que en los urbanos ( $p<0,0001$ ).

Los pacientes que fueron dados de alta desde el área de primera atención consideraron que su intimidad se había respetado más que los que estuvieron en la sala de observación ( $p<0,0001$ ). También la valoraron mejor los que fueron dados de alta vs los que requirieron ingreso ( $p<0,0001$ ).

**DISCUSIÓN:**

La intimidad auditiva es la peor valorada.

Los pacientes atendidos en SUH privados, rurales y pequeños son los que sienten que se ha respetado más la intimidad.

Los pacientes que acceden a la Sala de Observación y los que requieren ingreso ven infringida su intimidad con mayor frecuencia, son los pacientes que permanecen más tiempo en los SUH.

## **Sesión de Comunicaciones Orales.**

### **Sala B1.**

**Jueves, 8 de noviembre / 10:30 h. – 11:30 h.**

### **Calidad: Sistemas, Modelos y Programas/Crónicos.**

**CO – 068 / CO – 073**

**CO - 068.- ¿SE BENEFICIAN LOS PACIENTES DE EDAD AVANZADA DE INGRESAR EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS?.**

GILI-SERRAT G, DE HARO-LÓPEZ C, ARTIGAS-RAVENTÓS A, GUÍA-RAMBLA C, GUÍA-RAMBLA V, BAIGORRI-GONZÁLEZ F.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. SABADELL (BARCELONA).

**OBJETIVOS:**

Estudiar el efecto de la edad en la mortalidad y en la calidad de vida a los seis meses del alta de la UCI.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio unicéntrico, observacional, prospectivo, de cohortes (pacientes jóvenes (CJ), 65 años / pacientes de edad avanzada (CEA),  $\geq 65$  años) que incluye todos los pacientes con criterios de inclusión, ingresados consecutivamente en una UCI polivalente de un Hospital Universitario durante 20 meses. Se han registrado las variables demográficas y clínicas (índice de comorbilidad de Charlson, motivo de ingreso, procedencia, tipo de admisión, APACHE II modificado, calidad de vida en relación con la salud previa al ingreso y a los seis meses del alta de UCI -escala de PAEEC-, intensidad del tratamiento, existencia de limitación de esfuerzo terapéutico -LET-, estancia en UCI y hospitalaria y mortalidad en UCI, hospitalaria y a los seis meses del alta de críticos). Ambas cohortes se comparan mediante modelos de regresión múltiple ajustados por las variables confusoras.

**RESULTADOS:**

Se han incluido 466 pacientes (208 CJ / 258 CEA), con edad media 50+/-11 (CJ) y 75+/-6 (CEA) años; APACHE II modificado 10,8 CJ / 10,9 CEA; p ns; índice de comorbilidad de Charlson 1,4 CJ / 2,5 CEA; p 0,05; Índice de Barthel 96,6 CJ / 94,7 CEA; p 0,063 y calidad de vida previa al ingreso en UCI 3,1 CJ / 4,4 CEA; p 0,055. Hubo diferencias significativas en el diagnóstico al ingreso en UCI pero no en la procedencia ni en el tipo de admisión. No hubo diferencias significativas en la intensidad de tratamiento aplicado, estancia en UCI ni estancia hospitalaria, pero sí en la LET en UCI (7,7% CJ / 15,5% CEA p0,05). La mortalidad en UCI, hospitalaria y a los 6 meses fue significativamente mayor en la CEA (CJ 5,3%; 10,1%; 4,3% / CEA 11,6%; 19,4%; 14,5% p0,05). En el seguimiento a los 6 meses ambas cohortes muestran un empeoramiento similar de la calidad de vida (CJ 5,8 / CEA 6,5 p ns). Los factores asociados a mayor mortalidad son el APACHE II modificado (OR 1,1; p0,05) y la aplicación de LET en UCI (OR 24,2; p0,05). La edad avanzada tiende a asociarse a un incremento de mortalidad aunque sin significación estadística (OR 2,1; p 0,09). Una mayor comorbilidad y una peor calidad de vida previa al ingreso no se asocian a mayor mortalidad.

**DISCUSIÓN:**

Los pacientes de edad avanzada ingresados en nuestra UCI tienen diferente diagnóstico, mayor comorbilidad y tienden a tener peor estado funcional y peor calidad de vida basal que los pacientes de menor edad. Sin embargo, la gravedad al ingreso en UCI y la intensidad de tratamiento administrado es similar en ambos grupos de edad. La comorbilidad y la calidad de vida previa al ingreso en UCI no influyen en el pronóstico. Aunque la edad avanzada por sí misma tiende a asociarse a una mayor mortalidad, los factores asociados de manera independiente a mayor mortalidad son la gravedad al ingreso en UCI y la aplicación de LET en UCI. La calidad de vida presenta un empeoramiento similar a los 6 meses del alta de UCI independientemente de la edad.

## **CO - 069.- LA MEMORIA DE SOSTENIBILIDAD COMO HERRAMIENTA ÚNICA DE COMUNICACIÓN HACIA EL EXTERIOR.**

JARDI-LLIBERIA J, GALVEZ-HERNANDO G, MANZANERA-LÓPEZ R, GOMILA-VILA X, PASTOR-MILAN JR.

INSTITUTO CATALÁN DE EVALUACIONES MÉDICAS Y SANITARIAS. BARCELONA.

### **OBJETIVOS:**

Presentar la memoria de sostenibilidad como herramienta básica de la comunicación externa de la organización conteniendo los elementos básicos del sistema integrado de gestión, las estrategias, y la organización de las personas en el marco del modelo EFQM.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se describen los diferentes aspectos de información tratados en las memorias económicas, financieras, de actividades, EFQM, informes sobre normas ISO 9001 i 14001 y en el manual del sistema integrado de gestión. Para realizar el análisis se toman los datos y las memorias de ICAMS de los últimos cuatro años. Se analiza y determina si los informes de sostenibilidad cumplen con los requerimientos de información. Caso de detectar aspectos no abordados o bien deficientemente tratados se proponen soluciones para incorporarlas dentro del informe de sostenibilidad. Se revisa en qué medida la memoria de responsabilidad social de ICAMS reúne los elementos fundamentales de la documentación referida de la organización.

### **RESULTADOS:**

Resultados referidos a los informes de sostenibilidad:

En el apartado de perfil de la organización hay que incorporar los objetivos estratégicos anuales, su nivel de consecución y el tratamiento de las desviaciones y acciones correctoras.

En el apartado de compromiso con los resultados económicos hay que incorporar las liquidaciones anuales de los presupuestos, sus resultados de ejecución y el estado del remanente de tesorería anual.

En el apartado de compromiso con las personas hay que incorporar acciones y resultados relativos a la gestión del desempeño.

En los compromisos con la calidad hay que tratar la atención al usuario.

El compromiso adquirido respecto la sociedad permite explicar los compromisos adquiridos y los beneficios que recibe la sociedad más allá de las medidas legales que la organización debe de cumplir.

Los compromisos ambientales, adquiridos de acuerdo con la ISO 14001 han de recoger también las estrategias adoptadas frente a la responsabilidad social en forma de dimensiones económica, ambiental y social.

Esta herramienta es la memoria de sostenibilidad con ciertos ajustes que se presenta para el caso del ICAMS i que se ha ido comentando a lo largo del texto.

### **DISCUSIÓN:**

Los resultados aportados permiten afirmar que los informes de sostenibilidad constituyen una herramienta suficiente para dar respuesta a los requerimientos de información. Sin embargo no eximen de la elaboración periódica de informes y cuadros de mando integrales necesarios para ejercer un adecuado control de gestión de la organización. La memoria de sostenibilidad del ICAMS se ajusta en un grado muy amplio a la propuesta pero requiere de añadidos en algunos apartados (estrategias medioambientales, dimensiones económica y social) para ofrecer evolución a cuatro años. En cambio el tratamiento de la orientación hacia las personas, la orientación hacia la calidad y hacia los usuarios dispone de un tratamiento muy destacado.

**CO - 070.- ÁREA DE MEJORA: ¿COMO AUDITAR LOS LIBROS DE ESTUPEFACIENTES EN UN HOSPITAL.**

GALINDO-GALLEGO M, FIDALGO-HERMIDA B, MATEOS-ROMERO M, TAFALLA-BORDONADA C, MOLINA-ALEN E.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOSTOLES. MOSTOLES (MADRID).

**OBJETIVOS:**

Nuestro hospital tiene 50 servicios certificados en calidad y medioambiente según las Normas ISO 9001 y 14001. En junio de 2011, la Unidad de Calidad (UC) se planteó como acción de mejora de su Sistema de Gestión de Calidad (SGC) "auditar los libros de estupefacientes (LE)" de todas las Unidades del hospital. Con ello, pretendemos alcanzar mejores resultados para el próximo seguimiento de Certificación según las Normas ISO 9001 en junio de 2012. La auditoría interna (AI) es una auditoria realizada por una organización o un departamento a sus propios sistemas, procedimientos e instalaciones. Los auditores pueden provenir de la misma organización o ser contratados para actuar en nombre de ella.

**Objetivos**

1. Revisar de forma sistemática el proceso de cumplimentación de los libros de estupefacientes (LE).
2. Encontrar y corregir las no conformidades antes de que estas sean encontradas en las Auditorías Externas.
3. Demostrar que las AI son un medio efectivo para mejorar el SGC del Hospital.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Fase documental: Revisión de la normativa vigente que regula el control de los estupefacientes en las unidades externas de la Farmacia Hospitalaria.

Fase de diseño: Elaboración de un chek list con 17 ítems y base de datos en Microsoft Excel 97/2003 para tabular los datos analizarlos. Nos planteamos como criterios de Buena Práctica: 1. Calidad Buena (CB): > 85% de los ítems cumplidos; 2. Calidad Deficiente (CD): > 15% de los ítems incumplidos; Fase de auditorías: Se programaron 3 AI: septiembre y diciembre de 2011 y abril de 2012. Fase de análisis: analizar los datos de las AI y plantear acciones correctivas.

**RESULTADOS:**

Los 3 profesionales de la UC auditaron tanto las cajas fuertes como los LE de 17 Servicios/Unidades de Hospitalización y Especiales. Presentamos los datos según cronología: septiembre y diciembre 2011 y abril 2012. Se auditaron 16, 25 y 21 LE, un total (T) de 62 LE; Los servicios auditados fueron 11, 17 y 15, T=43; se entrevistaron a 28, 38 y 28 profesionales, T=94; se detectaron 15, 33 y 6 No Conformidades, T=54 y 2,17 y 7 Observaciones, T= 26;

Se han analizado los ítems de forma individual, por Unidades y globalmente; a) AI de septiembre 2011: el 69% de los libros obtuvieron el criterio de calidad CB frente al 31% que obtuvieron CD. b) AI de diciembre 2011: el 75% de los libros obtuvieron el criterio de CB y 25% CD. c) AI de abril 2012: el 100% de los libros obtuvieron el criterio de CB.

**DISCUSIÓN:**

La AI es una herramienta que se ocupa de la evaluación sistemática, formal, crítica y constructiva con el propósito de mejorar la calidad mediante acciones correctivas y docentes. Permite observar y medir la práctica habitual y compararla con los estándares. Establece un procedimiento para evaluar periódicamente el grado de cumplimiento del LE. Destacamos la implicación del personal auditado, cada vez más concienciados e implicados en el SGC. Apreciamos una sensible mejoría en el grado de cumplimentación de los LE.

**CO - 071.- UTILIDAD DE LOS ÍNDICES PRONÓSTICOS PROPORCIONADOS POR EL LABORATORIO EN LA VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL.**

TENLLADO-DOBLAS P, MERINO-PLAZA MJ.

HOSPITAL DR MOLINER. SERRA (VALENCIA).

**OBJETIVOS:**

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

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio observacional descriptivo realizado a los pacientes ingresados en el centro durante 2011.

El filtro CONUT se basa en las recomendaciones de la SENPE y se aplica automáticamente cuando se solicita una analítica básica.

Los pacientes con riesgo de DN son valorados y seguidos por la unidad de nutrición.

Variables:

-Explicativas: Edad, sexo, CONUT, IMC, PCT, % pérdida de peso, CMB, transferrina, prealbúmina.

-Variables respuesta:

Tipo de desnutrición.

Grado de desnutrición.

El tratamiento estadístico se hizo con SPSS.

**RESULTADOS:**

-La prevalencia de DN detectada con CONUT en las 2044 determinaciones realizadas a los pacientes ingresados en 2011 es del 65,4% con 38% de DN leve, 30% de DN moderada y 6,4% de DN grave.

-En los 133 pacientes valorados en la unidad de nutrición la prevalencia de DN al ingreso detectada con CONUT es de 84,2% con 38,3% de DN leve, 34,6% de DN moderada y 11,3% de DN grave.

-Al alta los valores fueron de 46,6% de DN leve, 24% de DN moderada y 9% de DN grave.

-Con la VNC realizada a estos pacientes la prevalencia de DN al ingreso es del 80,7% con 37% de DN leve y 33,8% de DN moderada (7,4% de DN calórica, 12,5% de DN mixta y 60,7% de DN proteica).

-Los valores al alta fueron de 41,6% de DN leve y 26,3% de DN moderada (15,7% DN calórica, 26,9% DN proteica y 28,9 DN mixta).

-CONUT tiene una buena sensibilidad para detectar los pacientes con riesgo de DN.

-La intervención nutricional reduce el % de DN especialmente en los pacientes con DN proteica.

**DISCUSIÓN:**

-La DN en el paciente anciano es muy prevalente pero ignorada e infratratada.

-Incrementa la morbimortalidad.

-Aumenta la frecuencia de aparición de complicaciones.

-Prolonga la estancia hospitalaria.

-Es menos costosa de prevenir que de tratar.

- La valoración nutricional al ingreso disminuye los riesgos secundarios a la DN preexistente en nuestros pacientes pues se tratan de forma precoz situaciones de riesgo y permiten reorientar el trabajo hacia donde es más necesario.
- La evaluación BQ complementa la información obtenida por otros procedimientos de evaluación.
- Son métodos económicos, fáciles de realizar y requieren poco tiempo y experiencia.
- Los perfiles nutricionales son una forma costo-efectiva adecuada para apoyar los cuidados nutricionales del paciente hospitalizado.
- La eficiencia de los filtros depende de la petición de analíticas al ingreso.
- CONUT es un método de cribado automatizado, sencillo, eficiente, universal, sensible y económico que detecta los pacientes a los que hay que realizar algún tipo de intervención nutricional y hace el seguimiento evolutivo del cuadro tras la aplicación del plan de actuación nutricional.

**CO - 072.- NÚMERO DE FÁRMACOS CONSUMIDOS Y ERRORES DE MEDICACIÓN DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS Y POLIMEDICADOS.**

VITALLER-BURILLO J, NAVARRO-SOLER I, PÉREZ-JOVER V, OROZCO-BELTRÁN D.  
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ. ELCHE (ALICANTE).

**OBJETIVOS:**

Comprobar si quienes consumen más fármacos cometen un mayor número de confusiones de fármacos en la autoadministración de medicación.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo, transversal, basado en entrevistas a una muestra aleatoria de 382 pacientes pluripatológicos mayores de 65 años, polimedicados (con 5-6 fármacos versus con 7 o más fármacos). El estudio de campo se realizó en 3 centros de salud. Un 57% eran hombres. La edad media fue de 74.6 años (dt=6.5).

**RESULTADOS:**

El 45,9% de los entrevistados tomaba 7 o más fármacos. El porcentaje de mujeres que consumían 7 fármacos o más fue superior al de los hombres (65.4% vs 34.6%). La media de edad de los que consumían 5 fármacos era significativamente inferior a los que consumían 7 o más (73.93 años vs 76.10 años;  $p=0.007$ ). Quienes consumen más fármacos al día tienden significativamente a "confundir la medicación y tomar la que no es". Los pacientes que tomaban 7 o más fármacos informaron con mayor frecuencia cometer este error frente a los que consumían 5 fármacos (26.2% vs 9.8%;  $\chi^2=13.123$ ;  $p=0.001$ ), independientemente de la edad.

**DISCUSIÓN:**

Los pacientes cometen errores con la medicación que pueden limitar efectividad terapéutica. A mayor número de fármacos consumidos, la frecuencia de confundir la medicación se incrementa. Es aconsejable desarrollar herramientas para ayudar a los pacientes a gestionar la medicación evitando estos errores.

Proyecto financiado con las AYUDAS PARA EL FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA INDEPENDIENTE, MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD, Ref: EC11-527. Título: "Eficacia y utilidad de una herramienta personalizada de ayuda virtual para reducir errores de medicación de pacientes mayores de 65 años pluripatológicos y polimedicados". Convocatoria 2011.

**CO - 073.- DEFINICIÓN DE UN MODELO PREDICTIVO DE FRAGILIDAD Y COMPLEJIDAD DE CUIDADOS, UN EJEMPLO DE IDENTIFICACIÓN PROACTIVA.**

CAROT-DOMENECH J, SOLA-MIRAVETE E, JOVE-EDO N, VERDOY-CUEVAS S, ROIG-PANISELLO A, CUEVAS-BATICÓN B.

GERENCIA TERRITORIAL TERRES EBRE. TORTOSA (TARRAGONA).

**OBJETIVOS:**

A partir de iniciativas descritas de aplicación de modelos predictivos del sector salud se decide abordar la problemática de los pacientes considerados frágiles o complejas (PaFiC) de nuestro territorio.

Objetivos:

- Identificar los PaFiC según variables definidas.
- Evaluar después de un año los efectos (disminución ingresos, de estancias, de visitas a urgencias ya consultas externas) de la identificación de los nuevos pacientes PaFiC.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio de intervención antes-después. Definido el modelo del PaFiC (edad 65<sup>a</sup>, reingresos  $\geq 2$  últimos dos años y  $\geq$  nueve días de estancias acumuladas, diagnósticos activos de diabetes; ICC, enfisema o EPOC, polimedicación) hicieron cribado de estas variables en bases de datos específicas (AP: ECAP y CIM\_10, hospital: CMBD) para finalmente identificar los PaFiC en la historia clínica de AP a disposición de los profesionales para gestión clínica (test fragilidad, priorización, programa ATDOM, gestión de casos, apoyo al autocuidado). Según objetivos descritos se evalúan los beneficios obtenidos por la intervención.

**RESULTADOS:**

Con la intervención se detectaron 1.280 pacientes nuevos, de los cuales finalmente se quedaron al cabo de un año de seguimiento 839 como PaFiC (1280 -  $\Sigma$ 466 éxitos, 12 traslados, 35 no identificados). Medidas preintervención finales 2010 / postintervención finales 2011: PaFiC hospitalizados 158/126; total de estancias en el hospital 1438/1106; estancia media paciente: 9.1 / 8.8; atendidos en urgencias: 257/221; media de urgencias por PaFiC: 2.0 / 1.7; visitas a consultas externas hospital: 442/407; media visitas a consultas PaFiC: 3.4 / 2.7.

**DISCUSIÓN:**

Tras un año de intervenciones proactivas se observan mejoras en la mayoría de los indicadores, observando menos requerimientos de atención especializada, menor desestabilizaciones de las patologías prevalentes; por tanto un mayor control y consecuentemente un descenso en recursos sanitarios.

## **Sesión de Comunicaciones Orales.**

### **Sala A2.**

**Jueves, 8 de noviembre / 16:00 h. – 18:00 h.**

### **Gestión de Personas.**

**CO – 074 / CO – 086**

## **CO - 074.- DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN MODELO DE COMPETENCIAS CLÍNICAS PARA ENFERMERAS HOSPITALARIAS.**

MORALES-ASENCIO JM, CANCA-SÁNCHEZ MC, TORIBIO-MONTERO JC.

AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL. MARBELLA (MÁLAGA).

### **OBJETIVOS:**

#### 1.General

Conocer la fiabilidad de un sistema de competencias técnicas de enfermería y los factores del profesional y de los entornos que pueden influir en los niveles competenciales.

#### 2.Específicos

- Desarrollar la validación de contenido del modelo de competencias clínicas para enfermeras de atención hospitalaria.
- Evaluar la fiabilidad interobservador de la herramienta de evaluación de competencias clínicas desarrollada en la ASCS (Agencia Sanitaria Costa del Sol).

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Diseño.

Estudio en tres fases:

Fase 1: Diseño y validación de contenido del modelo de competencias clínicas, mediante revisión bibliográfica y juicio de expertos.

Fase 2: Evaluación de la fiabilidad del modelo, mediante un estudio observacional transversal de fiabilidad.

Fase 3: Análisis de la relación de los niveles competenciales con características de los profesionales y de los entornos de práctica de éstos, mediante un estudio observacional transversal analítico, con un componente ecológico.

El proceso de evaluación se realiza con 36 observadores que analizan todas las competencias presentadas.

Mediante análisis exploratorio se realizó estadística descriptiva de las variables y se evaluó la normalidad de la distribución de todas mediante test de Kolmogorov-Smirnov.

Se realizó análisis bivalente mediante t de Student en distribuciones normales, (en caso contrario, se emplearon pruebas no paramétricas, como el test de Wilcoxon y la U de Man-Whitney), así como chi cuadrado según las características de las variables analizadas. También se efectuó ANOVA para la relación de variables cuantitativas y cualitativas en los casos pertinentes, con medidas de robustez central en caso de no homocedasticidad (prueba de Levene) mediante prueba de Welch y Brown-Forsythe.

Para el análisis de la fiabilidad interobservador se efectuó análisis de correlaciones paramétricas y no paramétricas, mediante correlación de Spearman, Tau de Kendall y Rho de Spearman.

### **RESULTADOS:**

De los 420 profesionales de enfermería que forman parte de la plantilla del centro, 369 cumplían los criterios de inclusión.

Se han desarrollado:

- 7 competencias clínicas Generales.
- 105 competencias clínicas Específicas.

Fiabilidad interobservador en competencias generales: Rho Spearman:0,171 con Informe Reflexión y 0,582 sin Informe Reflexión.

Fiabilidad interobservador en competencias específicas: 0,765 Rho Spearman.

**DISCUSIÓN:**

Se ha desarrollado un modelo de competencias técnicas enfermeras, implantado en 369 enfermeras y con 112 competencias. Utiliza el sistema multimétodo de evaluación que permite la evaluación 360º del enfermero. Su nivel de fiabilidad es alto, cumpliendo con la validez de contenido pero no con la de constructo (reducida muestra de profesionales por competencia). Se recomienda extender este modelo a otros centros para validez constructo. Garantiza la seguridad y calidad de las intervenciones enfermeras y se integra en la contratación de personal.

**CO - 075.- MEJORA EN EL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES TRAS LA IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLOS HOSPITALARIOS.**

GARCÍA-MARÍN JA, AGUAYO-ALBASINI JL, VERDÚ-FERNÁNDEZ MA, SORIA-ALEDO V, GUILLÉN-PAREDES MP, GARCÍA-GARCÍA ML.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. MURCIA.

**OBJETIVOS:**

El uso de los IBP (inhibidores de la bomba de protones) está ampliamente extendido hoy día, muchas veces de manera indiscriminada. La finalidad de este trabajo es documentar si prescribimos los IBP ajustados a las indicaciones aceptadas hoy día, así como evaluar si hay cambios tras la implantación de un protocolo claro en un hospital de segundo nivel.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio comparativo utilizando dos cortes transversales en los años 2007 y 2011, antes y después de la implantación del protocolo. Se cumplimentó el formulario de recogida de datos, basado en las actuales indicaciones del tratamiento con IBP en una muestra representativa de 100 casos en cada año, elegida mediante aleatorización simple, entre todos los pacientes con tratamiento gastroprotector. Las variables analizadas han sido servicio al que pertenecía el paciente, fármaco usado, dosis, intervalo de dosificación, indicación de tratamiento y medicación concomitante. Se ha utilizado análisis con Chi cuadrado par variables cualitativas y t Student para cuantitativas con SPSS 17 para Windows.

**RESULTADOS:**

: Tras la implantación del protocolo hemos documentado un descenso en el número de indicaciones no documentadas, que pasan del 17 % en 2007 al 10,6 % en 2011 ( $p = 0.201$ ). Han aumentado las indicaciones en cuanto a profilaxis (87 % en 2007, 94.7 % en 2011,  $p 0.05$ ). Entre ellas la prevención de la úlcera por toma de AINES ha aumentado del 23 % en 2007 al 50 % en 2011 a expensas de la disminución de la profilaxis por úlcera de estrés que pasa del 53 % en 2007 al 21 % en 2011 ( $p 0,05$ ).

Hay un aumento significativo en el número de tratamiento pautados como "otra indicación de profilaxis", fundamentalmente a expensas de la doble antiagregación, pasando del 4 al 17 % en 2007 y 2011 respectivamente ( $p = 0.003$ ).

**DISCUSIÓN:**

La utilización de protocolos de indicación terapéutica constituye una herramienta que mejora la calidad en la prescripción de IBP en el ámbito hospitalario. Es importante adecuar la prescripción a la indicación ya que aunque son fármacos relativamente seguros no están exentos de efectos adversos y suponen un gasto económico muy elevado.

## **CO - 076.- CULTURA DE SEGURIDAD EN EL ÁMBITO QUIRÚRGICO DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA.**

ELIA-GUEDEA M, OBÓN-AZUARA B, GUTIÉRREZ-CÍA I.  
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO. ZARAGOZA.

### **OBJETIVOS:**

Evaluar la cultura de seguridad (CS) entre los profesionales quirúrgicos de la Comunidad Autónoma de Aragón. Detectar las necesidades formativas en Seguridad del Paciente (SP) de los residentes y facultativos de las especialidades quirúrgicas para introducir medidas de intervención.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Población: residentes y adjuntos jóvenes de las especialidades quirúrgicas. Ámbito: Comunidad Autónoma de Aragón. Estudio descriptivo, transversal cualitativo. Utilización de la encuesta de P. Saturno, para la medición de las actitudes y comportamientos relacionados con la SP en el ámbito hospitalario del SNS. Distribución del cuestionario en nuestro hospital a los residentes y adjuntos del área quirúrgica con menos de 6 años de experiencia. Distribución simultánea a residentes y adjuntos del resto de hospitales de la CCAA. Análisis estadístico descriptivo de la frecuencia de cada ítem. Criterios de clasificación de Fortalezas:  $\geq 75\%$  respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en positivo.  $\geq 75\%$  de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «nunca/raramente») a preguntas formuladas en negativo.

Criterios de clasificación de Debilidades:  $\geq 50\%$  de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «raramente/nunca») a preguntas formuladas en positivo.  $\geq 50\%$  de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en negativo.

### **RESULTADOS:**

100 encuestas distribuidas. Respuesta 59% de los encuestados. 70% de los encuestados valoró con un 7 la SP en su Servicio. En positivo, las dimensiones de comunicación, el trabajo en equipo y la franqueza en la comunicación. Debilidades, dimensiones de comunicación y traslados entre Servicios/Unidades, apoyo de la gerencia del hospital en la SP, problemas en cambios de turnos y guardias.

### **DISCUSIÓN:**

Propuestas de intervención tras los resultados:

- 1.-Facilitar la comunicación entre Servicios, mejorando la coordinación dentro del Hospital.
- 2.-Facilitar la transferencia de información en los cambios de guardia/turno.
- 3- Mejorar la formación en SP.
- 4.- Aprovechando la fortaleza de la buena comunicación, facilitar un clima de confianza que favorezca la comunicación y el análisis de los efectos adversos.

Realizar la encuesta de CS en el ámbito quirúrgico en Aragón, permite diseñar programas de mejora y de formación dirigidos.

## **CO - 077.- INFORMACIÓN, ¿REALMENTE LA GESTIONAMOS?:TAREA PENDIENTE EN CALIDAD.**

MARTIN-GONZALEZ V, ZAFRA-SANCHEZ JJ, FULLAONDO-BARRUTIA R, VIVANCO-GOMEZ ML, FERNANDEZ-RODRIGUEZ M, MADRIGAL-PARRADO JI.  
HOSPITAL SAN ELOY. BARACALDO (VIZCAYA).

### **OBJETIVOS:**

La necesidad de una atención rápida, bien por presentarse una patología grave o vital o por la propia percepción del usuario de la necesidad de una atención inmediata, hace que los servicios de urgencias presenten unas características propias. La ansiedad que acompaña a este tipo de asistencia y la incertidumbre de la demora, añade a la patología del paciente un componente de estrés.

Información, trato y accesibilidad son puntos clave en la atención de calidad; no son indicadores inconexos, y así se refleja en los principales motivos de reclamaciones de los usuarios en los Servicios de Urgencias.

Aumentar la satisfacción del paciente a través de la mejora de la información en los distintos momentos de la atención sanitaria, modulando sus expectativas acerca de la inmediatez de esta asistencia, e influir en la percepción de los pacientes acerca de la calidad en la atención recibida.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

- Creación de un grupo multidisciplinar de profesionales.
- Análisis de los momentos clave en los que la información impacta en la satisfacción del paciente, en base al circuito de atención de pacientes tanto ambulatorios como de la zona de boxes.
- Tras la gestión de la reclamación con el paciente, se extrajeron conclusiones relacionadas con las deficiencias de la información, aunque en un principio no fuera el motivo de la misma (ejemplo demoras).
- Se analizaron los resultados de la encuesta de satisfacción.
- Se tomaron una serie de medidas clave:

Pantalla en sala de espera con tiempos reales de demora para la atención por facultativo.

Video informativo que recogiera aquella información de interés para el usuario del servicio. (identificación del personal, procedimiento del triaje, priorización de pacientes, identificación de zonas de atención, información a pacientes y acompañantes...etc.

### **RESULTADOS:**

- Disminución de las reclamaciones relacionadas con las demoras.
- Aumento de la satisfacción de los usuarios con la información recibida.
- Conocimiento por parte del usuario de la fase del proceso en la que se encuentra y del personal por el que es atendido.

### **DISCUSIÓN:**

-Una mejora de la información influye de manera directa en la mejora de otras dimensiones de calidad asociadas a la atención sanitaria.

-La información facilita que los usuarios generen expectativas reales en cuanto a la atención que van a recibir, sobre todo, en lo relativo al tiempo de espera.

-El conocimiento del circuito de atención por el paciente/usuario le implica en el proceso de la asistencia sanitaria.

-Un paciente bien informado genera menos conflictos con el personal del servicio y colabora con los mismos.

**CO - 078.- UTILIZACIÓN DE LA APLICACIÓN INFORMÁTICA PRESTAKUNTZA COMO ELEMENTO FACILITADOR EN LA GESTIÓN DE LA FORMACIÓN.**

BILBAO-MAIZA A, ISASI-ACOSTA L, MATTHIES-BARAIBAR C.

RED DE SALUD MENTAL BIZKAIA. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

La Red de Salud Mental Bizkaia cuenta con una plantilla estructural de más de 900 profesionales, con una dispersión importante entre hospitales y recursos comunitarios. Se requiere diseñar e implantar una sistemática que permita difundir de forma ágil la oferta formativa, gestionando con eficacia las solicitudes recibidas, la asignación de plazas, y la comunicación con las personas interesadas en este proceso.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En diciembre de 2010 la Comisión de Formación aprueba la normativa de gestión y organización de cursos, que incluye criterios para adjudicación de acciones formativas, valorando; 1)necesidad para desempeño del puesto 2)relación laboral 3)cálculo horas formación en dos últimos años. La ejecución del I Plan de Formación en 2011 revela una gran dificultad para difundir la oferta y un gran volumen de trabajo administrativo para ordenar y priorizar las solicitudes recibidas. Para facilitar esta tarea se diseña con apoyo de una empresa externa la aplicación informática PRESTAKUNTZA tomando como clave de diseño los criterios establecidos por la Comisión. El programa accesible desde la intranet, se carga con la información de cursos disponibles. Cualquier trabajador puede inscribirse fácilmente en la misma, al mismo tiempo que visualiza a tiempo real el número de solicitudes en cada curso, con lo que puede ajustar sus expectativas de obtener plaza. El gestor cuenta automáticamente con listados de solicitantes, preseleccionados, que se valoran con los mandos, y le permite ir asignando las plazas y controlar el estado de admitidos, excluidos y denegados en cada curso. El trabajador puede en todo momento consultar el estado en el que se encuentra su solicitud y su histórico de formación con cursos realizados, % de asistencia y cálculo de horas realizadas en los dos últimos años.

**RESULTADOS:**

La implantación se realiza durante el verano de 2011. El 21 de septiembre se realiza la puesta en marcha con una carga inicial de 1301 usuarios. Actualmente hay 1447 usuarios dados de alta. Desde entonces se han gestionado más de 50 cursos, lo que suponen más de 2.000 plazas con una media de 2,5 solicitudes por cada plaza. Tras el cierre del plazo de inscripción el tiempo medio de resolución es de 48 horas para el listado provisional y de 5,4 días para la publicación del listado definitivo, con las variaciones que se deben a renuncias tras la asignación y/o retraso en alguno de los puntos clave del proceso – control de fechas de publicación, resolución y comunicación con los mandos-. El nivel de satisfacción con la oferta formativa en los cursos propios supera el 8 sobre 10.

**DISCUSIÓN:**

PRESTAKUNTZA facilita significativamente el trabajo administrativo, en tiempo y forma al automatizar los procesos y gestiones ligados a la difusión y gestión de la oferta de formación continuada. Como mejoras se están trabajando en la inclusión de un tablón de anuncios en la propia aplicación, la mejora de los filtros para organización de listados y el cálculo automático de indicadores de formación.

## **CO - 079.- APRENDIZAJE COLABORATIVO A TRAVÉS DE COMUNIDADES DE PRÁCTICA ONLINE.**

FUENTES-BARRERA F, DOMÍNGUEZ-ROJAS D, PERIÁÑEZ-VEGA M, ESPOSITO-GONFIA T, RODRÍGUEZ-CONTRERAS H.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. SEVILLA.

### **OBJETIVOS:**

El Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía) surge en el marco del Plan Estratégico de Formación Integral del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) para dar soporte a los procesos de aprendizaje y desarrollo profesional continuo de los profesionales de la salud.

Una de sus iniciativas fue la puesta en marcha en junio de 2011 de una plataforma para Comunidades de práctica para la calidad y la seguridad del paciente', un espacio abierto que ofrece a los usuarios la posibilidad de crear y gestionar sus propias comunidades para compartir experiencias, conocimiento y recursos sobre salud.

La finalidad de esta iniciativa es propiciar el aprendizaje colaborativo de los usuarios que participan en las comunidades, así como fomentar la generación de nuevas propuestas y la búsqueda de nuevas vías para mejorar la calidad de los servicios de salud.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

El Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud ha implementado una plataforma para la constitución de comunidades de prácticas, basada en el software ELGG. La plataforma favorece el desarrollo de flujos de trabajo on-line y el intercambio de experiencias alrededor de distintas líneas temáticas en un único espacio compartido, permitiendo generar y compartir conocimiento para la mejora de la práctica asistencial y la atención que se presta al ciudadano.

Entre las herramientas que el usuario encuentra en la plataforma están: gestión de grupos, blogs, chat, gestión de calendario y archivos compartidos, favoritos, fotos, micro-blogging, correo interno, enlaces a las redes sociales más conocidas, etc.

### **RESULTADOS:**

En un año, 768 usuarios se han registrado en la plataforma, creando y gestionando, autónomamente y de forma espontánea, 38 comunidades de práctica para debatir y trabajar de forma colaborativa sobre distintos aspectos de los servicios de salud. Se han intercambiado 1.773 mensajes, 560 archivos y 67 enlaces, y se han producido 88 entradas en los blogs internos. Las comunidades que se han ido creando en la plataforma presentan características muy distintas entre ellas. Se pueden encontrar grupos, abiertos o privados, creados por unidades funcionales del SSPA, grupos de comités o comisiones interprofesionales, grupos de trabajo creados por estudiantes de ciencias de la salud y comunidades desarrolladas alrededor de un tema o interés compartido.

### **DISCUSIÓN:**

Los datos sobre la participación de los profesionales y sus aportaciones en la plataforma demuestran su interés en este tipo de metodología y la utilidad de esta herramienta para aprender de la experiencia de los demás y participar en flujos de trabajos colaborativos. La utilización de un espacio de encuentro virtual está favoreciendo el desarrollo de dinámicas de trabajo horizontales y el intercambio de conocimiento y experiencias entre los profesionales de la salud, convirtiéndolos en agentes y referentes de estos mismos procesos.

**CO - 080.- IMPLANTACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN UN CENTRO HOSPITALARIO.**

MARTINEZ-SANCHEZ MA, BARRACHINA-CARICCHIO D, IBÁÑEZ-ROMAGUERA JM.  
HOSPITAL DE MOLLET. MOLLET DEL VALLÈS (BARCELONA).

**OBJETIVOS:**

La norma OHSAS 18001:2007 (Occupational Health and Safety Assessment Series), es una norma que establece el modelo para la gestión de la prevención de riesgos laborales y su certificación internacional.

La implantación de la norma y la obtención de dicha certificación tiene como objetivo posibilitar a las organizaciones a disponer de un sistema proactivo para la gestión de la seguridad y salud en el trabajo, que permite, por un lado, identificar y evaluar los riesgos laborales, así como los requisitos de aplicación; y por el otro, definir la estructura organizativa de las responsabilidades, funciones, la planificación de las actividades, procesos, procedimientos, etc., para desarrollar, poner en práctica, revisar y mantener una política de seguridad y salud en el trabajo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El método utilizado para su consecución fue la elaboración del manual del sistema de gestión de acuerdo con la norma OHSAS tomando como punto de partida los procedimientos en materia de seguridad y salud ya existentes en el centro.

A partir de aquí, se siguieron los distintos pasos establecidos en el ciclo de gestión; esto es, revisar y establecer la política de prevención del centro como pilar básico de la prevención de riesgos laborales, la planificación de las distintas actividades, la implantación e implementación de los distintos procedimientos internos, la verificación de su correcto funcionamiento y difusión, el establecimiento de las medidas correctoras necesarias y la revisión de todo el sistema.

Asimismo se implantó la metodología para mantener el sistema de gestión, aplicable a todas las actividades y trabajadores del centro, así como a las empresas externas en este mismo ciclo de gestión, basado en la mejora continua.

**RESULTADOS:**

Después de un proceso que duró cerca de un año, a finales del año 2011, se consiguió la primera certificación en la norma OHSAS que se concede a un hospital público de Catalunya.

**DISCUSIÓN:**

Uno de los aspectos que pudieran discutirse sería si en la situación económica actual tiene sentido invertir recursos en implantar sistemas de gestión, y ahorrarse los costes directos del proceso de implantación como son las auditorías.

Desde la propia experiencia del centro se pone en evidencia, que si no podemos dedicar tiempo y recursos para analizar los errores; ¿cómo los identificaremos y dedicaremos medios para su corrección?.

La implantación de sistemas de gestión permite demostrar cuál es la forma de ser y de funcionar de una organización; a la vez que permite una mejor gestión (fidelidad de clientes, fomento de la participación y motivación de todos los miembros de la organización a todos los niveles y mejora la organización del trabajo), una mejor eficiencia desde el punto de vista económico (mejora la confianza de la administración, aseguradoras, etc., y reduce los costes derivados de la accidentalidad de los empleados, inspecciones y sanciones) y una mejor imagen (tanto interna como externa).

**CO - 081.- DEFINICIÓN E IMPLANTACION DE FUNCIONES DE SUPERVISION EN LA RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA.**

FENTANES-HERNANDEZ L, RODRÍGUEZ-ITURRIZAR A, SALAZAR-TORRES A, GUTIERREZ-MUÑOZ JM, MARTÍNEZ-MAGUNACELAYA J, ARRUABARRENA-ORMAETXEA MA.

SEDE RSMB. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

La creación de la RSMB pone en evidencia diferentes formas de dirigir, coordinar, supervisar, diferentes formas de trabajar en las 4 organizaciones que se integran. La Dirección de Enfermería de la nueva organización aborda la necesidad de establecer un único estilo de supervisión, mediante el consenso y participación del 100% de supervisores y en coherencia con la Misión, Visión y Valores y en línea con el PE y PG anual.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

1 Se realiza un análisis bibliográfico y de los documentos existentes en las 4 exorganizaciones, teniendo en cuenta la Misión, Visión y Valores y el PE con el fin de elaborar un borrador del "Manual de Funciones". Se difundió a todos los supervisores, los cuales realizaron las aportaciones que consideraron oportunas para disponer del documento final consensuado.

2 Se constituye un equipo de trabajo compuesto por 4 supervisores representando cada una de las exorganizaciones. Analizan la situación actual respecto a lo recogido en el manual y crean un documento con las áreas de mejora y las necesidades para desempeñar las funciones consensuadas. Cada representante trabajó el documento con el resto de supervisores de sus centros, con el fin de alcanzar el máximo consenso.

3 Se priorizan las áreas de mejora y se diseña un plan de acción. Cada representante trabajará las propuestas en sus centros con los supervisores y las conclusiones se expondrán en el equipo de trabajo común donde se consensuará el Plan de acción.

4 Aprobación por la Dirección e Implantación.

**RESULTADOS:**

Disponemos de un manual único y consensuado de las Funciones de Supervisión, clasificadas en 6 áreas funcionales: Estrategia, Gestión Asistencial, Gestión de Personas, Gestión de Materiales y Equipos, Investigación y Docencia. Se está elaborando un documento con las necesidades para el ejercicio de las mismas agrupadas en áreas de: formación, comunicación, recursos, estandarización y otros. En Junio se finalizarán las fases 3 y 4, estableciendo un estilo homogéneo y equilibrado de supervisión.

**DISCUSIÓN:**

En un proceso de integración de diferentes organizaciones, nos encontramos con estilos heterogéneos de coordinación y supervisión. Esta situación puede generar malestar en las personas que desempeñan la supervisión y en los equipos que dirigen debido a diferencias en el alcance de sus funciones, enfoque, distribución del trabajo asistencial y de coordinación. Por otro lado, la diversidad de actuación puede permitir identificar internamente mejores prácticas, superar posibles ineficiencias en algunos ámbitos y dar mayor coherencia y uniformidad a la gestión de los recursos. La implantación de las mejoras detectadas, dará homogeneidad y coherencia a la figura de supervisión y a su desempeño, como pilares que son del desarrollo y trabajo de sus equipos, siguiendo el estilo de liderazgo definido por la Dirección, contribuirá a difundir las buenas prácticas y las estrategias comunes de resolución de los problemas contribuyendo así a mejorar la calidad y eficiencia de los servicios prestados.

**CO - 082.- CONTRIBUCIÓN DE LAS ALIANZAS A LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.**

HERRERA-USAGRE M, TORRES-OLIVERA A, REYES-ALCÁZAR V, BUIZA-CAMACHO B.  
AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. SEVILLA.

**OBJETIVOS:**

Describir la orientación proactiva hacia la internacionalización y las relaciones institucionales, que permite difundir los activos tangibles e intangibles de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El despliegue del objetivo estratégico "Establecer Alianzas", contemplado dentro del Plan estratégico 2010-2013 se refleja a través de múltiples iniciativas orientadas a la difusión del Modelo de Acreditación y el impulso de la Gestión del Conocimiento a través de proyectos de investigación.

**RESULTADOS:**

- Colaboraciones con entidades hispanoamericanas: 1. Instituto de Biomedicina de la Universidad de Monterrey; 2. COSALE (Comando de Salud del Ejército de Chile); 3. ITAES - CENAS de Argentina; 4. Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA); 5. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León (Méjico); 6. Superintendencia de Salud del Gobierno de Chile; 7. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Chile; 8. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria de Buenos Aires.
- Colaboraciones con Sociedades Científicas y Colegios Profesionales para el desarrollo de los Programas de Acreditación.
- Colaboraciones para una mejor distribución de los productos y servicios de ACSA:
  - Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos en relación al Programa de Acreditación de Oficinas de Farmacia.
  - Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud para la Implantación del Programa de Acreditación de Competencias Profesionales en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón.
  - Grupos de trabajo de la Comisión Nacional de Formación Continuada de las Profesiones Sanitaria, en relación al proceso de acreditación de actividades para todo el SNS.
  - Acuerdo de Colaboración con la Dirección General de Salud de Portugal para la Implantación del Modelo de Acreditación de la Calidad Sanitaria de Andalucía.
- Colaboraciones en el ámbito seguridad de pacientes: 1. The Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA); 2. Fundación IAVANTE. Publicación de vídeo demostrativo sobre Prácticas Seguras en Cirugía; 3. Red ciudadana de formadores en seguridad del paciente. Aplicación para smartphones basado en la iniciativa de la AHRQ "Questions are the answers".
- Acuerdo con la OMS. ACSA está reconocida como organización de soporte para la puesta en marcha del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica y, a través del Observatorio para la Seguridad del Paciente, participa en la red SAVE LIVES: Clean Your Hands de la OMS.
- Colaboraciones con entidades proveedoras del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al Baremo de méritos de la Carrera Profesional de sus profesionales sanitarios.

**DISCUSIÓN:**

El establecimiento de Alianzas con otras organizaciones refuerza la visibilidad de la organización, que se logra a partir del reconocimiento externo y, facilita la incorporación en las dinámicas de trabajo internas de modelos basados en la cooperación, la colaboración y las redes de equipos de trabajo.

**CO - 083.- LA EXCELENCIA COMO VALOR EN LA ORGANIZACIÓN: APRENDIENDO DE LOS RESULTADOS. DE 0 A 500 PUNTOS EFQM.**

PUJOL-COLOMER J, SOLS-LLADÓ P, MARTÍNEZ-MOURIN C, ALONSO-CARRASCO T, JOVER-MORENO A.

HOSPITAL PLATÓ. BARCELONA.

**OBJETIVOS:**

Explicar la experiencia de 8 años con el modelo de gestión EFQM y la mejora de los resultados, identificando áreas de mejora en relación a nuestra visión, misión y valores.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

La autoevaluación 2011 contempla:1) actualización evidencias según REDER,2) utilización herramienta Perfil v6.0: matriz REDER para evaluar y gestionar los agentes facilitadores y resultados,3) Memoria en línea con los criterios del modelo EFQM. Para asegurar el proyecto se creó un equipo coordinador, de actualización de evidencias, evaluador y consultores externos. En paralelo, para mejorar el liderazgo y personas se ha implantado la Responsabilidad y Gestión Social como eje fundamental. Ello ha comportado, un Plan de Mejoras Sociales, de Comunicación (Comunicar-nos) y de Colaboración con los Grupos de Interés, creándose un grupo de participación ciudadana (con las asociaciones de distrito) y el fomento del voluntariado entre nuestros profesionales (tercer y cuarto mundo).

**RESULTADOS:**

En 2003 para conseguir la sostenibilidad en la calidad iniciamos la implantación de la gestión basada en procesos, la metodología de la mejora continua y autoevaluación EFQM como herramienta de mejora continuada. Desde el inicio hemos ido mejorando obteniendo en el 2011, 525 puntos, siendo los resultados aproximados: Liderazgo, 65%; Estrategia, 50%; Personas, 60%; Alianzas y Recursos, 55%; Procesos, Productos y Servicios, 60%; resultados en los clientes, 60%; Resultados en las Personas, 60%; Resultados en la Sociedad, 50%; Resultados Clave, 65%.Obteniendo por tanto, el reconocimiento de la EFQM con el sello de excelencia 500+. Respecto a la sostenibilidad social se ha ido mejorando los resultados de las encuestas de clima laboral estando en este momento, según Best Place to Work, en la empresa nº 90 de España y habiendo mejorado la relación agradecimientos (399) y reclamaciones de los clientes (159).Respecto a la sostenibilidad económica los resultados, de igual forma, han ido mejorando consiguiendo la estabilidad.

**DISCUSIÓN:**

En 1999 se tomó la decisión estratégica de profundizar en Objetivos Esenciales: Excelencia en la Calidad, Sostenibilidad Social y Económica. Se implantó el modelo de excelencia EFQM y de Responsabilidad y Gestión Ética. Esto permitió la introducción de la metodología de mejora continua, que configura la evidencia de nuestra vocación y de nuestro esfuerzo hacia la mejora de la calidad en la atención de nuestros clientes, esforzándonos para dar respuesta a las expectativas que tienen nuestros grupos de interés. La mejora continua también nos brinda la capacidad de anticiparnos a las oportunidades y riesgos que surgen de un mercado y de una sociedad en constante cambio. Por ello, el diálogo con nuestros grupos de interés y el modelo de gestión EFQM permiten avanzarnos a estos nuevos retos y gestionarlos respondiendo adecuadamente a las expectativas que plantean.

**CO - 084.- ALINEAMIENTO DE LA GESTIÓN DE PERSONAL A LA ESTRATEGIA DE LA RSMB.**

MATTHIES-BARAIBAR MC, ARRIZABALAGA-CALZACORTA M, URRAZA-BERNAOLA M.  
RED DE SALUD MENTAL BIZKAIA (OSAKIDETZA). BILBAO.

**OBJETIVOS:**

En marzo de 2010, se integran las cuatro OS de Osakidetza que trabajan en el ámbito de la salud mental en el Territorio de Bizkaia. El Acuerdo de creación de la RSMB establece como objetivos estratégicos la ordenación del medio hospitalario, la reconversión de recursos hospitalarios en estructuras alternativas y el impulso y normalización de los programas de rehabilitación. En este marco, se considera necesario definir las áreas de actuación de gestión de personas para asegurar el cumplimiento de estos objetivos estratégicos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Reflexión asistencial en la que se plantean los principales objetivos derivados de la reordenación hospitalaria, así como del modelo asistencial. Los ámbitos en los que el esfuerzo de alineamiento de gestión de personas ofrece mayores oportunidades son: equilibrio entre recursos hospitalarios y comunitarios, y dotar a los profesionales de las competencias necesarias para el modelo asistencial de la RSMB. Se identifican como procesos de personal con mayor influencia: planificación y gestión de plantilla, selección y contratación, movilidades, y formación continuada. Se alcanzan acuerdos con los representantes sindicales que permiten movilidades por adecuación de plantillas. Se acuerda con SSCC de Osakidetza el bloqueo de plazas hospitalarias tanto a concurso de traslados como OPE, así como el cambio de destino de plazas hospitalarias a comunitarias. El año 2010 se identifican las competencias técnicas necesarias para los profesionales de las 10 categorías mayoritarias de la RSMB, y tras validar dicha identificación con la participación de los profesionales de dichas categorías, se realiza el diagnóstico de necesidades de formación tomando como base dichas competencias. En dicho diagnóstico participan en dos fases todos los profesionales de la RSMB y los responsables.

**RESULTADOS:**

Gracias a los acuerdos con sindicatos y con SSCC, el cierre de camas hospitalarias ha venido acompañado de una reducción de 28 trabajadores estructurales en el ámbito hospitalario. Lo cual ha permitido un incremento de 24 trabajadores el ámbito comunitario y con ello, poner en marcha 3 nuevos dispositivos TAC (atención domiciliaria), completar el programa de primeros episodios psicóticos, reforzar los CSM infantojuvenil con más facultativos, e incrementar las plazas de hospitales de día de 300 a 368.

Se han aprobado dos Planes de Formación alineados al modelo asistencial de la RSMB priorizando la formación dirigida a nuevos perfiles y trabajadores que han cambiado de puesto.

**DISCUSIÓN:**

El alineamiento de la gestión de personas con la estrategia se ha construido desde la creación de espacios comunes de reflexión y debate, que permiten el conocimiento mutuo de las necesidades y oportunidades existentes. El apoyo desde la gestión de personas en la dirección trazada por la estrategia permite enfocar la adecuación y formación de la plantilla de la forma más eficaz, que se expresa en resultados cuantitativos compartidos.

**CO - 085.- IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DOCENTE (PGCD) EN FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA.**

CORBELLA-VIRÓS X, COSCUJUELA-MANA A, SALAZAR-SOLER A, VILLALONGA-VADELL RM.  
VOCALES COMISIÓN DE DOCENCIA.

HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE. L'HOSPITALET DE LLOBREGAT (BARCELONA).

**OBJETIVOS:**

- 1.Realización del Plan de Gestión de Calidad Docente (PGCD) de la Formación Sanitaria Especializada (FSE) del Hospital.
- 2.Establecimiento del organigrama docente del centro.
- 3.Diseño del mapa de procesos docentes en FSE.
- 4.Establecimiento de indicadores de calidad generales del centro y específicos de: la jefatura de estudios, Comisión de docencia (CD) y tutores docentes.
- 5.Documentación de procesos e indicadores.
- 6.Valoración de resultados de la aplicación de un PGCD.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Desarrollo del proyecto: 2009-2011. Fase 1 (2009): Creación del grupo de trabajo. Estudio y documentación de procesos e indicadores en FSE. Elaboración el PGCD. Presentación y aprobación del mismo por la CD y el Comité de dirección del Hospital. Fase 2 (2010-11): Establecimiento de objetivos docentes para la jefatura de estudios, representantes de los tutores en la CD y tutores docentes. Para cada objetivo docente se establecieron: indicador, atributo, cálculo de resultados, fuente de información, periodicidad y responsable de la evaluación. Inclusión de los diferentes objetivos docentes dentro del complemento de productividad variable (CPV) para todos los docentes implicados.

**RESULTADOS:**

Diseño del PGCD del Hospital el año 2009. Aprobación por la CD y por el Comité de dirección (octubre de 2009). Establecimiento del organigrama docente del centro y del mapa de procesos docentes. Determinación de 4 grupos de procesos docentes con sus respectivos indicadores (Ind): Planificación (8 Ind.), Formación (11 Ind.), Evaluación (7 Ind.) y Apoyo institucional (7 Ind.). Todos los procesos e indicadores se documentaron de manera informática. Para los años 2010-11 se establecieron 5 indicadores para la jefatura de estudios, 7 para la CD y 6 para los tutores. Durante el periodo estudiado se cumplieron todos los objetivos e indicadores docentes establecidos (100%).

**DISCUSIÓN:**

La FSE de calidad es uno de los objetivos prioritarios para un hospital docente. En los últimos 6 años se han ido introduciendo diferentes criterios de calidad para poder gestionar con eficiencia la docencia impartida. El Real Decreto 183/2008 especifica que las CD elaboraran su propio PGCD. En Europa y América del norte empieza a haber estudios de sobre calidad de la docencia. En el estado español no hay todavía antecedentes suficientes al respecto. En nuestro estudio, la inclusión de objetivos docentes en el CPV facilitó el cumplimiento de los objetivos docentes establecidos. El tener planificada toda la actividad docente mediante un PGCD ha favorecido un correcto seguimiento por parte de la CD de la actividad docente desarrollada. El establecimiento de objetivos docentes ha facilitado la acción tutorial y la evaluación de los tutores, quedando ambas acciones formativas perfectamente estructuradas. En base a nuestra experiencia, podemos decir que el establecimiento de un PGCD facilita la actividad formativa y favorece la realización de una docencia de calidad.

## **CO - 086.- PACIENTES, PROFESIONALES Y SOCIEDAD EN UNA CAMPAÑA DE HIGIENE DE MANOS: DIFERENTES CARAS DE UNA MISMA MONEDA.**

DULANTO-BANDA RA, DE LA HIJA-DÍAZ MB, TORIJANO-CASALENGUA ML, PACHECO-JIMÉNEZ FJ, MINGO-BLANCO M, FLURIACHE-GARCÍA-CARO MP.

GERENCIA DEL ÁREA DE SALUD DE TALAVERA DE LA REINA. TALAVERA DE LA REINA (TOLEDO).

### **OBJETIVOS:**

Describir los resultados de una campaña de higiene de manos en un área sanitaria y el grado de participación de los diferentes grupos implicados.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Con motivo de la última Jornada Mundial de Higiene de Manos, la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGR) planificó una serie de actividades divididas en 5 bloques: 1) CENTROS DE SALUD (CS): Se envió una encuesta a los profesionales sobre cómo se lavan las manos los sanitarios según estudios recientes, y una invitación al concurso "3D" usando el simulador del Observatorio de Seguridad del Paciente (SP). 2) UNIVERSIDAD: Se contactó con docentes y alumnos de enfermería para la realización de talleres demostrativos con la comunidad universitaria. 3) FARMACIAS: Se solicitó a la empresa de distribución de productos farmacéuticos ayuda en la entrega de material a las Oficinas de Farmacia de la ciudad. 4) CIUDADANOS: Se pidió el apoyo de una asociación de vecinos y de la Red de Ciudadanos Expertos en SP para difundir el mensaje de la higiene de manos entre la población. 5) PEDIATRÍA: Se diseñaron dibujos con mensajes específicos para pacientes de Pediatría (CS y hospital). Se cuantificó el material entregado, la participación en la encuesta, la participación ciudadana y se preguntó por la satisfacción de los grupos 2) y 4).

### **RESULTADOS:**

Se repartieron 800 folletos, 120 pegatinas, 160 dibujos, 40 carteles y 200 marcapáginas (100% del material). La aceptación de los grupos invitados fue masiva, excepto del grupo 1). Entre estos últimos, el 3,2% respondió la encuesta, solo 2 participaron en el concurso 3D y 3 realizaron actividades con los colegios, aunque en 13 CS (76,5%) y en el Servicio de Pediatría del hospital, auxiliares administrativos y/o pediatras repartieron los dibujos. Por otro lado, 40 Oficinas de Farmacia se informaron de la campaña (100%), enfermeras docentes realizaron 1 taller de la técnica de la higiene de manos a alumnos quienes a su vez lo replicaron en la Universidad, y la asociación de vecinos cedió un puesto en el mercadillo mensual en donde 5 ciudadanos expertos hicieron demostraciones de la higiene de manos (83% de la ayuda solicitada, 2,5 horas de trabajo cada uno). La satisfacción con la campaña fue buena o muy buena según el 100% de los encuestados, aunque surgieron comentarios como la necesidad de mayor anticipación en la solicitud de colaboración y mejorar la comunicación con la Red Ciudadana.

### **DISCUSIÓN:**

La colaboración ciudadana y aquella orientada al público infantil fueron las que tuvieron mayor éxito, consiguiendo repartir todo el material distribuido y realizar las actividades programadas por la UFGR. Sin embargo las intervenciones dirigidas a los profesionales consiguieron una participación muy baja, aunque valiosa en los casos en los que se obtuvo respuesta. Tan necesario como revisar y atajar las causas de la poca colaboración de profesionales, es contar con los pacientes y la sociedad en campañas de SP, además de reforzar la comunicación con ellos y mejorar los plazos de planificación.

## **Sesión de Comunicaciones Orales.**

### **Sala A4.**

**Jueves, 8 de noviembre / 16:00 h. – 18:00 h.**

## **Eficiencia, Procesos y Gestión de Servicios.**

**CO – 087 / CO – 099**

**CO - 087.- LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA: ACCIONES DE MEJORA PARA REDUCIR EL TIEMPO DE ESPERA.**

ULIBARRENA-SÁINZ M, GAVIRIA-BARANDICA C, ZABALLA-AYESTARAN C, ASTOBIZA-BRETONES I, MARTINEZ-VARELA C, ROMERO-BASTERRETxea E.

CLINICA ERCILLA. MUTUALIA. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Reducir el tiempo de espera quirúrgica desde que se decide un tratamiento quirúrgico hasta que se realiza la intervención en pacientes en situación de baja laboral.

Lo medimos a través de un indicador cuya fórmula es: número de intervenciones quirúrgicas de pacientes con baja, que superan los diez días en lista de espera quirúrgica, multiplicado por 100 y dividido por el número total de intervenciones quirúrgicas en pacientes con baja. Nuestro objetivo es que el 90% de los que están en lista de espera no supere los diez días.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Desde año 2010 se establece una sistemática de registro mensual de las intervenciones quirúrgicas anotando fecha de solicitud de preoperatorio, de reserva de quirófano y de intervención. Además se registra el tipo de procedimiento quirúrgico, tipo de anestesia, cirujano, diagnóstico y situación de baja o no del trabajador.

A partir de los resultados iniciales, fuera de nuestro objetivo, ponemos en marcha las siguientes acciones de mejora:

- 1- Se desarrolla una herramienta informática para el registro de la actividad de quirófano más accesible y sencillo.
- 2-Se aumenta la capacidad quirúrgica, pasando de uno a dos quirófanos en horario matutino y manteniendo uno a la tarde.
- 3-Reformulamos las agendas de trabajo (enfermería, traumatología y anestesia) creando equipos quirúrgicos nuevos.
- 4-Se reorganizan las agendas de preoperatorios de enfermería y anestesia.
- 5-Se realizan reuniones periódicas con los responsables de traumatología y de gestión sanitaria para evaluar el indicador y plantear acciones de mejora.
- 6-Se trasladan los resultados a toda la plantilla de traumatología y se realiza feed-back con sus aportaciones.
- 7-Se establecen criterios para realizar la solicitud de preoperatorio y reserva de quirófano inmediatamente tras la indicación quirúrgica.
- 8- El comité de quirófano evalúa semanalmente la programación quirúrgica con el objetivo de optimizar tiempo y recursos.

**RESULTADOS:**

En el año 2010: de 947 intervenciones, 783 se realizaron en el intervalo de los diez días (82,7%), 164 intervenciones no cumplían el objetivo.

En el año 2011: de 724 intervenciones, 635 se realizaron en el intervalo de los diez días (87,7%), 89 intervenciones no cumplían el objetivo.

En el primer trimestre de 2012: de 202 intervenciones, 187 se realizaron en el intervalo de los diez días (92,6%), 15 intervenciones no cumplían el objetivo.

**DISCUSIÓN:**

La medición de indicadores es una herramienta importante para monitorizar y evaluar el alcance de los objetivos planteados, de hecho hemos incluido este indicador dentro de los estratégicos de nuestro proceso de Prestación de Servicios Sanitarios. Las acciones de mejora planteadas nos han permitido ir mejorando poco a poco hasta llegar a cumplir el objetivo planteado.

**CO - 088.- GESTIÓN DE LA DEMANDA DE LABORATORIO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.**

GALLARDO-REBOLLAL MS, MAR-MEDINA C, AMOROTO-DEL RIO E, SÁNCHEZ-FERNÁNDEZ M, QUINTEIRO-GARCÍA AI, PULIDO-HERRERO E.

SERVICIO DE URGENCIAS. GALDAKAO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

El incremento progresivo de las peticiones de analíticas desde los Servicios de Urgencias conlleva unas consecuencias económicas, con aumentos de los costes directos e indirectos, además de mayores tiempos de estancia en el Servicio, mayor ansiedad en el paciente, efectos adversos no deseados, aumento de falsos positivos y utilización de recursos inadecuados. Así, nos planteamos como objetivo una optimización de las peticiones de laboratorio en base a la evidencia científica y a las necesidades de manejo de estos pacientes, centrándonos en los pacientes con EPOC, neumonía, dolor torácico de etiología coronaria y dolor abdominal, analizando los costes asociados y actuando sobre un total de 14 pruebas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En primer lugar se revisó la literatura científica existente en relación a las pruebas de laboratorio para las patologías señaladas, estableciéndose un sistema basado en protocolos médicos y perfiles. También se modificó la estructura del petitorio de pruebas, cambiando de un sistema centrado en diagnósticos finales a uno basado en tipo de pruebas, que además fueron ordenadas en base a su complejidad.

Para las patologías señaladas se excluyeron del petitorio inicial aquellas que se consideraron innecesarias, sin excluir la posibilidad de pedir cualquier prueba existente previamente.

**RESULTADOS:**

Se analizaron los datos correspondientes a los pacientes atendidos entre el 1 de Marzo de 2010 y el 28 de Febrero de 2011 y 1 de Marzo de 2011 hasta 29 de Febrero de 2012, correspondiendo el primer periodo al previo a la implementación de las modificaciones y el segundo periodo al posterior a la implementación de estas, centrando el análisis en 14 parámetros previamente definidos y ajustándose los datos al número de pacientes atendidos en cada periodo.

Para las gasometrías arteriales se produjo una reducción del 19% de estas, para el Ag de Legionella en orina 31,5% menos, Ag S.Pneumoniae una reducción del 31,3%, hemogramas 4,3% menos, TTPA 15,45% menos, INR e Índice de Protrombina 12,5% menos. Para la GPT una reducción del 20,8%, Bilirrubina 62,5% menos, proteínas totales 71,5% de reducción, albúmina 72,3% menos. Para el caso de la troponina bajaron las peticiones un 2,1%, la CK un 4,9%, la CK-MB un 97,8%.

Finalmente, la reducción en este número de exploraciones, supuso un ahorro anual de 69.284,96 euros.

**DISCUSIÓN:**

La optimización de las peticiones de las pruebas de laboratorio ha permitido reducir de una manera importante el número de pruebas solicitadas para los procesos seleccionados, lo cual supone un importante ahorro económico y de tiempo.

El análisis de estos resultados dentro del Servicio ha permitido interiorizar la importancia de una buena gestión de los recursos disponibles, sin perder calidad en la asistencia prestada al paciente.

## **CO - 089.- INGRESO EL MISMO DIA DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.**

OCHOA DE ECHAGUEN-AGUILAR A, CEBRIÁN-RUBIO R, ARMENGOL-CARRASCO M, MARTÍNEZ-IBÁÑEZ V, MEJÓN-BERGÉS R, OLIVERAS-GIL M.

HOSPITAL VALL D'HEBRON. BARCELONA.

### **OBJETIVOS:**

El objetivo de este estudio es reducir el tiempo de la estancia prequirúrgica para mejorar la calidad de la atención de los pacientes y la optimización de los recursos disponibles.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

1. Se analizaron todos los procedimientos quirúrgicos por especialidad y se elaboraron unos criterios de selección de pacientes tributarios del ingreso el mismo día de la intervención.

2. Se diseñó el circuito específico unificado para los tres bloques quirúrgicos desde su inicio en las consultas externas hasta el momento de la intervención:

Información escrita para el paciente explicando el tipo de procedimiento y preparación previa antes del ingreso y el día del ingreso, así como el tipo de pruebas preoperatorias, hoja de prescripción para que el paciente escriba la medicación que toma.

Nuevas normas de programación quirúrgica para recordar la hora del ingreso y la preparación en el domicilio.

Reorganizar la admisión de pacientes para que sea segura: reserva de cama y cambio de horario.

Nuevo protocolo de acogida y preparación del paciente y un check list quirúrgico en planta.

Revisión del circuito de reserva de sangre.

3. Se consensuaron protocolos específicos médicos, de enfermería y administrativos para dichos pacientes.

### **RESULTADOS:**

Los resultados han sido los siguientes:

Se tomó como referencia el ingreso el mismo día del año 2010 siendo de un 22,31%.

Desde que se inició el nuevo circuito de ingreso en abril de 2011, el porcentaje obtenido fue del 43,24%.

El primer trimestre de 2012 la cifra se situó en el 48,12%

### **DISCUSIÓN:**

Los resultados obtenidos muestran una tendencia de incremento en el número de ingresos el mismo día de la intervención. Se irá consolidando en los próximos meses como consecuencia de la adaptación de los profesionales a los nuevos circuitos y a la introducción de mejoras en los protocolos de preparación de los pacientes más complejos y con reserva de sangre.

La implantación de este nuevo modelo implica una mejora en la atención del paciente, reduciendo el tiempo de estancia hospitalaria y, por tanto, aumentando su confort.

Asimismo se reduce la variabilidad del manejo del paciente quirúrgico y ayuda a mejorar la gestión, consiguiendo una mayor satisfacción de pacientes y profesionales con el máximo nivel de equidad, seguridad y eficiencia.

La participación e implicación de profesionales en proyectos de gestión sigue siendo clave en las organizaciones para poder unificar esfuerzos hacia el éxito y poder avanzar en el camino de la excelencia y la innovación.

**CO - 090.- CRITERIOS DE EFICIENCIA EN EL MANTENIMIENTO DE LA ELECTROMEDICINA HOSPITALARIA.**

BARRAGÁN-PÉREZ AJ, DEVESA-ORTEGA M, SANTIAGO-GARCIA C, ALVAREZ-DOMINGUEZ GM, MORENO-VALERO MA, FERNANDEZ-ALVAREZ J.

HOSPITAL G. UNIVERSITARIO DE SANTA LUCÍA. CARTAGENA (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

Evaluar la eficiencia en la gestión del mantenimiento de equipos de electromedicina e informática en un hospital con contrato de colaboración público-privada.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Monitorización de indicadores que permiten conocer el cumplimiento del contrato, asegurando la máxima disponibilidad de los aparatos y la optimización de los equipos. El incumplimiento de ciertos estándares, genera deducciones en la facturación mensual del proveedor. El plan general de deducciones se basa en el resultado de la combinación de 2 variables: disponibilidad del equipo (tiempo de funcionamiento por trimestre) y tiempo máximo de parada continuada (TMPC: tiempo en que el equipo dejó de prestar todas sus aplicaciones por avería). Estas variables se relacionan con otros factores para modular la trascendencia y repercusión de las averías de los equipos:

1.- Bandas tecnológicas: Van desde la Banda 1 (Mobiliario Clínico y camas con deducción única por TMPC de 2€/hora y tiempo máximo de demora permitido de 96h) hasta las bandas 3, 4 y 5 que se refieren respectivamente a equipos electromédicos de bajo, medio y alto nivel tecnológico (con penalizaciones por disponibilidad y TMPC según la criticidad de cada equipo).

2.- Criticidad del equipo: valor numérico que relaciona horas de uso del equipo, repercusión sobre el paciente, precio global del equipo y centro de coste de procedencia. Será más crítico cuanto mayor nº de horas se use, mayor sea su precio, más repercuta en el paciente (unidades) y se halle en una zona más crítica (UCI, Urgencias, etc).

La criticidad total se obtiene por fórmula matemática que combina estos parámetros y, según el resultado, asigna a cada equipo una penalización por disponibilidad y otra por tiempo máximo de parada continuada. Otros indicadores de calidad relacionan la gravedad del fallo (grave, medio o leve) con una deducción cuantificada previamente (1800, 1200 y 800 € respectivamente).

**RESULTADOS:**

Facturación prevista Enero-Marzo-2012 por mantenimiento de electromedicina e informática (IT): 312.498 €: Por electromedicina 217.469 €. Por IT 95.029 €. Deducción por penalizaciones 32.620,35 € (10.44% de la facturación total).

**DISCUSIÓN:**

- Este sistema ha permitido monitorizar los tiempos de respuesta evaluando la calidad del servicio y la optimización de los equipos.
- Las deducciones por fallos de disponibilidad permiten que el proveedor preste aparatos en sustitución cuando la reparación puede demorarse, con el consiguiente impacto en la actividad asistencial.
- La monitorización de tiempos ha originado que el proveedor incremente su personal técnico in situ en el Hospital en un 20%.
- El establecimiento de criticidades por Áreas del Hospital, horario de funcionamiento de los equipos y sus niveles tecnológicos y precios ha generado un alto índice de respuesta en estos aparatos con pocas deducciones por fallos de disponibilidad.

**CO - 091.- IMPLANTAR UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN REDUCIRÍA UN 42.9% EL TIEMPO EN URGENCIAS HOSPITALARIAS DEL PACIENTE CON LUMBALGIA.**

ARAUZO-ALONSO S, RON-MARTINEZ N.

HOSPITAL DEL ORIENTE DE ASTURIAS. ARRIONDAS (ASTURIAS).

**OBJETIVOS:**

Primario: Determinar la repercusión del tratamiento parenteral y de la radiología simple sin indicación en pacientes atendidos en un servicio de urgencias hospitalario (SUH) por lumbalgia.

Secundarios: Determinar los factores que influyen en la tasa de reconsulta. Valorar el cumplimiento de las guías clínicas en el SUH y el potencial de mejora de una intervención formativa.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

MÉTODO: Estudio retrospectivo. Se incluyeron 422 pacientes dados de alta con codificación CIE-9 de lumbalgia (724-724.5) en 2011 y que cumplían criterios de inclusión. La adecuación de tratamiento parenteral y de radiografía se determinó según las guías clínicas vigentes y una revisión bibliográfica. Se revisó informe de urgencias e historia clínica completa hospitalaria y de Atención Primaria (AP) para recoger variables demográficas, clínicas, y de funcionamiento del SUH, así como la evolución posterior del paciente. Análisis estadístico con SPSS 15. Comparación de medias e intervalos de confianza al 95% con T de Student. Comparación de variables categóricas con Chi cuadrado y regresión logística binaria. Modelo de regresión logística múltiple con variables control y las que demostraron significación estadística.

**RESULTADOS:**

El 55% fueron mujeres, edad media 54 años. El 45.26% acudieron en día laboral de 8 a 15 h. No tenía indicación de pruebas complementarias el 59.48%, ni criterios de tratamiento parenteral el 77.96%. A pesar de ello se hizo radiografía en el 71.8% y tratamiento parenteral en el 66.35% de los casos (Dexketoprofeno en el 43.15%). El resultado de la radiografía fue clínicamente relevante en el 0.80% de las no indicadas y el 13.45% de las indicadas. La tasa de reconsulta en 72 h fue mayor que la media del servicio (6.16% vs 4.92%). El tiempo de estancia en urgencias medido en minutos fue mayor en los pacientes que recibieron tratamiento parenteral (86.70 vs 129.02, p0.01), radiografía (77.27 vs 137.28, p0.01) y atención por residente (164.77 vs 115.57, p 0.02). La realización de ambos procedimientos sin indicación supuso El 42.9% (21194 minutos) del tiempo de estancia en urgencias de los pacientes con lumbalgia hubiera sido evitable. El facultativo que atendió al paciente fue la única variable asociada con la tasa de readmisión (p0.01), decisión de administrar tratamiento parenteral (p0.01) y realizar radiografía sin indicación (p0.01).

**DISCUSIÓN:**

La lumbalgia es un motivo de consulta frecuente en los SUH a pesar de que la mayoría de los casos pueden manejarse en AP. Es frecuente realizar pruebas complementarias y administrar tratamiento parenteral sin indicación, con importante repercusión sobre el tiempo en urgencias. El facultativo que atiende al paciente influye de forma decisiva en las readmisiones. Las guías clínicas son eficaces para determinar la pertinencia de radiografía en la lumbalgia. Existe potencial de mejora importante en este campo, lo que plantea la conveniencia de una intervención formativa, implantación de un protocolo y posterior evaluación de resultados.

**CO - 092.- CUATRO AÑOS DE EVOLUCIÓN: CONSOLIDACIÓN DE PROCESOS COMO INSTRUMENTO DE GESTIÓN CLÍNICA EN UN SECTOR SANITARIO 2012.**

VILLA-GAZULLA MT, VELA-MARQUINA ML, TEJADA-ARTIGAS A, GOTOR-LÁZARO MA, GARCÍA-MATA JR, GALICIA-FLORES T.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ZARAGOZA.

**OBJETIVOS:**

Evaluación y seguimiento de los procesos implantados en el Sector, a través del contrato de gestión.

Impulsar e integrar la gestión por procesos en la gestión clínica del sector, incrementado los procesos diseñados, implantados y evaluados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Identificación de procesos prioritarios, nombramiento del gestor de proceso y constitución del grupo de trabajo. Formación del equipo, apoyo metodológico y diseño del proceso.

Aprobación por la comisión de Dirección y difusión del mismo.

Implantación del proceso, y elaboración de Contrato de Gestión.

Firma del Contrato de Gestión Anual entre el equipo del Proceso y el equipo directivo del Sector.

Evaluación y Seguimiento.

**RESULTADOS:**

15 procesos implantados, 3 en fase de diseño.

De los 15 procesos implantados, los siguientes se evalúan mediante contrato de gestión anual: Cáncer de colon; Ictus; Infarto agudo de miocardio; Formación Continuada; Cuidados de Enfermería, Cáncer de mama, Parto y puerperio, Reagudización de EPOC y Fractura de Cadera Osteoporótica.

Solo se realiza contrato de gestión con los procesos que cumplen los siguientes requisitos: Diseñados, aprobados, implantados, con indicadores definidos y con un año de recorrido.

En el contrato de gestión se evalúan los siguientes aspectos:

- 1.- Proceso documentado, actualizado en el año y evaluado.
- 2.- Indicadores de proceso, al menos dos indicadores por subproceso: 40 puntos.
- 3.-Objetivos específicos del proceso alcanzados: 50 puntos.
- 4.- Revisión y mejora: Constancia de acciones emprendidas en acta o ficha de revisión y mejora del proceso: 10 puntos.

En el contrato de gestión se especifican también los compromisos de la dirección. En el año 2011 han sido 8 los procesos evaluados y las puntuaciones superaron los 80/100 puntos.

**DISCUSIÓN:**

Para que la gestión por procesos se difunda, aplique y sirva como instrumento de gestión clínica, es necesaria la implicación de la dirección al más alto nivel.

El contrato de gestión ha demostrado, en nuestro entorno, ser una buena herramienta para el compromiso directivo y para la gestión por procesos.

Es necesario el apoyo metodológico previo y continuo a los profesionales en el diseño, implantación y evaluación de los procesos.

## **CO - 093.- MEJORA E INNOVACIÓN EN EL PROCESO DE ATENCIÓN QUIRÚRGICA.**

PUJOL-BORRÁS D, MESTRES-MIRALLES C, RIBA-CÓ X, MAURI-SANTURÉ J, MONSO-MOLAS A, PÉREZ-SEGARRA AC.

HOSPITAL SAN RAFEL. BARCELONA.

### **OBJETIVOS:**

El fuerte compromiso del Hospital con la excelencia en la gestión orientó una de las líneas del Plan Estratégico 2008 - 2012 introduciendo la Gestión Basada en Procesos.

Este enfoque viene ratificado por el Criterio 5 del Modelo de Acreditación de Hospitales en Cataluña, inspirado a la vez en el Modelo EFQM.

El proyecto, iniciado el año 2010 desarrolló la implantación de los procesos clave de la organización, concretamente el proceso de atención quirúrgica, con el objetivo de mejorar sus resultados.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

La definición del proceso se ha materializado con la diagramación según la metodología IDEF junto con sus respectivas fichas, protocolos y procedimientos asociados, así como con sus indicadores de gestión.

Una vez definido el proceso de atención quirúrgica, se implantó una metodología que motivara la mejora continua y la innovación, a través del análisis del proceso, la identificación de oportunidades de mejora, la priorización de las oportunidades, la definición y validación del plan anual de mejora, la ejecución del plan y el seguimiento y cierre del plan anualmente.

### **RESULTADOS:**

En dos años se han ejecutado 40 proyectos de mejora de la atención quirúrgica y de sus 9 subprocesos definidos.

Una de las claves del proyecto es la implicación de los profesionales líderes o propietarios del proceso y subprocesos. Ellos son el eje vertebrador que hace posible la sistematización de la mejora continua.

Durante la fase de definición participaron 30 profesionales, si bien todo el personal implicado en el proceso quirúrgico ha participado de un modo u otro.

Las funciones del líder del proceso son: garantizar un buen desarrollo y cumplimiento de su misión, liderar la mejora continua, liderar el grupo de trabajo formado por los líderes de los subprocesos, asegurar la correcta interacción con el resto de procesos, monitorizar los indicadores, mantener actualizada la documentación y centralizar la gestión de incidencias.

### **DISCUSIÓN:**

La gestión por procesos supone una nueva forma de trabajar, más metodológica y abierta que permite consolidar un grupo de expertos multidisciplinares responsables de gestionar y mejorar el proceso.

La metodología de mejora continua ha supuesto la mejor herramienta para inducir un cambio cultural organizativo y empoderar a los profesionales para detectar oportunidades de mejora, desarrollar ideas creativas e innovadoras y proporcionar soluciones basadas en criterios de calidad y eficiencia.

**CO - 094.- EVITAMOS IR AL CENTRO DE SALUD A 1.810.298 PERSONAS GRACIAS A LAS CONSULTAS VIA TELÉFONO EN ATENCIÓN PRIMARIA.**

LLANOS-HERNANDEZ J, HIDALGO-ARIAS M, SÁNCHEZ-BERNAL R, GOMEZ-BRAVO B, GONZALEZ-HIERRO A, ALVAREZ-GUERRAS O.

OSAREAN: OSAKIDETZA NO PRESENCIAL. VITORIA - GASTEIZ.

**OBJETIVOS:**

La estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en el País Vasco (2. 2.183.615 habitantes) se basa en 14 Proyectos, uno de los cuales se llama Osarean: Osakidetza no Presencial, que pretende facilitar a quien lo desee, pacientes, familiares y profesionales, poder relacionarse con Osakidetza de forma no presencial, a través de varios canales entre los cuales está el teléfono fijo o móvil.

Objetivos: 1. Crear un sistema de cita previa basado en agendas no presenciales para los ciudadanos que lo deseen 2. Habilitar consultas telefónicas en los médicos de cabecera, pediatras, enfermeras y matronas 3. Evitar el traslado físico de los pacientes, tanto para ser citados como para ser atendidos en aquellos casos en que no se precise su presencia. 4. Valorar la aceptación de los pacientes y profesionales para ser atendidos mediante esta modalidad. 5. Buscar un perfil de paciente idóneo para consulta no presencial.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Instauración de un sistema de telefonía automatizada por respuesta interactiva (IVR); extensión de la cita Web en toda la red de Osakidetza, creación de un Call Center para dar soporte a aquellas llamadas cuya petición de cita no se da respuesta por el IVR, citación por teléfono en los centros de salud y consultorios rurales, y por último formación de las áreas de atención al cliente para facilitar las consultas telefónicas.

Se habilita en la agenda una modalidad de prestación de Cita no Presencial: Telefónica que se puede solicitar para que el medico o la enfermera te llame por teléfono a la hora pactada.

**RESULTADOS:**

El número de citas dadas mediante el sistema del IVR y Vía Web se han obtenido en el conjunto del año 1.035.740.

El nº de Consultas Telefónicas que se han realizado a lo largo de 2011 y 2012 ha ascendido a un total de 1.810.298, con una media mensual de 113.144, y diarias de 5.954, lo que significa un total de 716 a la hora. El 96% de los ciudadanos está satisfecho con esta nueva modalidad de atención y del 90% de los médicos de primaria lo valoran positivamente. Disponemos de perfiles de pacientes con problemas específicos que son susceptibles de esta modalidad de atención.

**DISCUSIÓN:**

Se han evitado desplazamiento de forma rutinaria, siendo de especial interés en pacientes con domicilio lejano al centro y/o consultorio, pacientes con trabajo activo y pacientes y familiares con dificultad para el desplazamiento (silla de ruedas, andadores, muletas).

La utilización de consultas no presenciales, facilita la atención a los pacientes crónicos y asegura el registro de toda la información correspondiente al paciente, incrementa su satisfacción, se evitan los riesgos, incomodidades y costes correspondientes a los desplazamientos del paciente y acompañantes, y ayuda a la sostenibilidad del sistema.

**CO - 095.- IMPACTO DE LA LABOR ASISTENCIAL REALIZADA POR UN NEUMÓLOGO EN JORNADA DE TARDES EN EL HOSPITAL DE GALDAKAO-USÁNSOLO.**

GORORDO-UNZUETA I, GARCIA-LOIZAGA A, AZCUNA-FERNANDEZ H, SALINAS-SOLANO C, BALLAZ-QUINCOCES A, DORADO-ARENAS S.

HOSPITAL DE GALDAKAO-USANSOLO. GALDAKAO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

Dentro del Hospital de Galdakao-Usánsolo, el servicio de Neumología, representa uno de los servicios con mayor número de ingresos anuales. Puesto que nuestra estancia media (3,5 días), es relativamente corta, pensamos que existen pacientes que podrían beneficiarse de un ingreso en una unidad de corta estancia o de un alta precoz, disminuyendo así en número total de ingresos anuales, además de suponer para el hospital un ahorro económico importante.

El objetivo fundamental de nuestro estudio fue analizar la labor realizada por el neumólogo en el servicio de Urgencias, con el objetivo de disminuir el número de ingresos y el gasto sanitario subsiguiente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

De Enero de 2009 a Junio de 2009, se recogieron los datos de todos los pacientes vistos por el Neumólogo durante una jornada de tarde, en horario comprendido desde las 14 horas a 21 horas. El trabajo del Neumólogo consistía en reevaluar a todos los pacientes que iban a ingresar en planta de Neumología o que ingresaban en el Area de Observación de Urgencias o Área de Corta estancia. El neumólogo se encargaba de decidir su destino final: ingreso en planta, ingreso en la Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios, paso al Area de Observación o alta precoz. Se analizaron posteriormente el número de ingresos evitados así como su repercusión económica.

**RESULTADOS:**

- Se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al número de ingresos evitados en comparación con los años previos y con los servicios médicos con más ingresos en el hospital (Cardiología, Neurología, Digestivo).
- De los 220 pacientes que inicialmente iban a ingresar en planta convencional, 153 de ellos (69%) no lo hicieron, 74 de los mismos (34%) fueron altas precoces y 79 (36%) subsidiarios de un ingreso de corta estancia (24-48h).
- Desde el punto de vista económico y teniendo en cuenta el coste tanto en el servicio de urgencias como en el área de observación de Urgencias, se estimó un ahorro total de unos 500.000 euros, lo que justificaría la presencia de un Neumólogo con esta función en el servicio de Urgencias.

**DISCUSIÓN:**

Parece claro que la existencia de un especialista cualificado en un servicio de Urgencias hospitalarias podría ser beneficiosa, tanto para el paciente, ya que se podría beneficiar de un alta precoz o ingreso corto, como para la gestión del hospital, pudiéndose ahorrar un importante número de ingresos y costes, sobre todo en los periodos de mayor demanda asistencial.

**CO - 096.- ENTRE TODOS UN PLAN ESTRATÉGICO COMPARTIDO.**

BALLESTEROS-ZARRAGA JJ, ZUAZO-OCAMICA I, MEZKORTA-ETXAURREN K, REGULEZ-ARIÑO MP, LLARENA-CUEVAS MJ, DE ALLENDE-ACHALANDABASO A.  
BASURTO. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Elaborar un Plan Estratégico flexible, con capacidad de adaptarse a la constante situación de cambio en el actual entorno socioeconómico, participado por todas las personas del Hospital y por nuestros aliados del Área Local de Bilbao y compartido con el resto de Grupos de Interés. Queremos también un Plan Estratégico ágil, que como herramienta de avance, permita un despliegue sencillo que se articule con facilidad en los procesos de la organización.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Partiendo del principio “el conocimiento reside en las personas” se ha planificado una metodología participativa que comunica las reflexiones estratégicas desde su inicio y aglutina la reflexión del mayor número de profesionales, de forma dirigida y estructurada. Se han seleccionado varias metodologías de análisis, combinadas en función de los Grupos de Interés participantes y de la fase del proceso de reflexión.

Talleres de reflexión y talleres de contraste donde se han utilizado brainstorming, brainwriting, metaplan, y metodologías de participación y difusión como Worl café.

Cuestionarios abiertos on-line dirigido a los profesionales del Hospital.

**RESULTADOS:**

El proceso ha seguido las siguientes fases. 1) Fase de reflexión inicial: se han realizado 3 sesiones de reflexión para la definición de la Misión, Visión, Valores y líneas estratégicas en el que ha participado el ED, miembros del Consejo Técnico y la Unidad de Calidad. 2) Fase de contraste con los líderes. Para cada Reto Estratégico se constituyó un Taller presencial y un Grupo Espejo al que se le envió un cuestionario on-line con idéntico guión de análisis. Los talleres se formaron con equipos multidisciplinares. En esta fase han participado 260 personas. Todas las sesiones fueron lideradas y dinamizadas por los líderes del Equipo Directivo.

2) Fase de difusión y contraste con el Grupo Personas. Mediante la utilización de cuestionarios on-line.

3) Fase de contraste con los Grupos Externos: se constituyen dos grupos de contraste; uno formado por las organizaciones del Área Local de Bilbao y la Dirección Territorial y otro con el resto de Grupos Externos.

4) Fase de reflexión final: El ED valora y prioriza las acciones y proyectos para su incorporación a la estrategia. 5) Comunicación y Despliegue.

**DISCUSIÓN:**

El despliegue de la estrategia requiere compromiso y participación de las personas. Incorporar a las personas desde el inicio del proceso de reflexión estratégica, fortalece el grado de adhesión de los grupos de interés al PE facilitando su puesta en marcha. La participación activa de los líderes del Equipo Directivo dinamizando los talleres de contraste y aplicando metodologías participativas potencia la reflexión. Disponer de la reflexión multidisciplinar e interniveles enriquece el proceso aportando numerosas ideas y proyectos que convergen en la reflexión final.

**CO - 097.- CIRUGÍA TIROIDEA CON INGRESO INFERIOR A 24 HORAS.**

MATEO-SAINZ S, POCINO-MARTIN R, EMALDI-ABASOLO A, NAVARRO-MARTINEZ A, TOBALINA-AGUIRREZABAL E, BASAÑEZ-AMUCHASTEGUI A.  
HOSPITAL DE Galdácano. GALADÁNO.

**OBJETIVOS:**

- Disminuir la alteración socio-laboral de los pacientes sometidos a cirugía tiroidea.
- Disminuir el coste de los procesos quirúrgicos tiroideos.
- Disminuir la estancia media de los pacientes sometidos a cirugía tiroidea.
- Todo ello sin aumentar las complicaciones ni el riesgo quirúrgico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

De forma consensuada con el servicio de anestesia y de endocrinología diseñamos una Vía Clínica del proceso quirúrgico y unos protocolos de actuación para poner en marcha un programa de Fast-Track aplicado a la cirugía tiroidea con alta antes de las 24 horas. Diseñamos informes de alta prerredactados, con el número de localización telefónica de un cirujano de la unidad.

A los pacientes se les telefoneaba a las 24 y 48 horas del alta hospitalaria.

Se seleccionaron aquellos pacientes que iban a ser sometidos a cirugía tiroidea y que cumplían criterios de CMA. Se excluyeron los portadores de bocio con gran prolongación mediastínica, hipertiroidismos y los portadores de cáncer de tiroides que precisaban una linfadenectomía asociada a la tiroidectomía.

Recogemos los datos de los pacientes incluidos en el programa Fast-Track de cirugía tiroidea entre febrero del 2008 y diciembre del 2011.

**RESULTADOS:**

Se realizaron 375 intervenciones sobre la glándula tiroides, de ellas fueron incluidas en el protocolo de Fast-Track 209.(178M/31H). Las edades oscilaron entre 19 y 82 años (EM51 años). Se practicaron, 55 tiroidectomías totales, 7 por cáncer y el resto por bocio, 142 hemitiroidectomías, 9 tiroidectomías totalizadoras, 2 istmectomías y una extirpación de la pirámide.

8 pacientes(3,8%) no fueron dados de alta antes de la 24 horas(3 por reintervención, 2 por hipocalcemia sintomática, 3 por negativa del paciente).

Hubo 6 hematomas (2,9%) de los cuales 2 precisaron reintervención. 11 parálisis recurrenciales transitorias (4,2% de los recurrentes en riesgo). 1 parálisis recurrencial definitiva (0,4 % de los recurrente en riesgo). 13 hipoparatiroidismos transitorios entre las tiroidectomías totales o totalizadoras (20,3 %). 2 hipoparatiroidismos definitivos (3,2 %). 3 reintervenciones (1,4%), 2 por hematoma 1 por dolor. 3 infecciones de herida (1,4%) de las cuales 2 reingresan. 3 reingresos (1,4%). Se dejó drenaje en 3 pacientes (1,4%). Ningún paciente presentó vómitos en el postoperatorio.

**DISCUSIÓN:**

Aunque la mayoría de los autores consideran la cirugía tiroidea como cirugía mayor, asociada a corta estancia (48-72 h), no hay un consenso sobre realizarla con estancias de menos de 24 horas, ya que a la mejora del rendimiento económico, se puede contraponer la seguridad del paciente, debido a que las complicaciones, aunque poco frecuentes, pueden llegar a comprometer la vida del paciente. En nuestro grupo las complicaciones han sido escasas y siempre antes de las 24 horas. La estancia inferior a 24 horas es segura si hay una unidad experimentada, implicación de todo el personal, protocolos y vías de actuación, teléfono de contacto 24 horas, buena selección y educación de los pacientes.

**CO - 098.- MEJORA DE LA CALIDAD EN LA GESTION DE LOS CENTROS DE SALUD A TRAVÉS DEL BENCHMARKING INTERNO.**

LÓPEZ-PALACIOS S, MOLINER-PRADA C, ARROYO-MOROLLÓN J, GARCÍA-PARDO RM, LÓPEZ-GÓMEZ C, CURIESES-ASENSIO A.

DIRECCION ASISTENCIAL CENTRO. GERENCIA ATENCION PRIMARIA MADRID. MADRID.

**OBJETIVOS:**

**GENERALES**

Cumplir con el objetivo institucional de apoyo y seguimiento de los indicadores del Contrato Programa (CP).

Establecer documentación de referencia, para el planteamiento de áreas de mejora futuras en la Dirección Asistencial (DA).

Dar utilidad práctica a la documentación, facilitando a los Centros de Salud (CS) aquellos documentos con mayor calidad.

**ESPECIFICOS**

Revisar los documentos enviados por los 48 centros de la DA, para seleccionar aquellos especialmente recomendables seleccionando las aportaciones novedosas para configurar las líneas de trabajo que nos marcan los CS.

Conocer y abordar la situación y problemática real de los CS.

Ayudar y facilitar la actividad de los centros mejorando la calidad de su funcionamiento a través de sus procedimientos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Teniendo como referencia la secuencia de etapas propuesta por Spendolini y Boxwell para la aplicación del proceso de benchmarking interno, se estableció el equipo de trabajo de la DA, se realizó una revisión por pares estableciéndose las correspondientes tareas y el cronograma de Mayo a Septiembre de 2011.

Se registran y clasifican 196 documentos remitidos de CS en 7 carpetas: Asunción Responsabilidades, Plan de Actuación, Documento de Acogida, Plan de Formación, Circuito IT, Circuito Recetas y Otros. Se establecen como criterios de valoración: Pertinencia, Factibilidad, Claridad, Rigor metodológico, Relevancia y Aportaciones novedosas. El análisis se efectuó a través de una Escala de Likert, desde muy completo a muy deficitario.

La fase final comprendió la elaboración de un documento-informe, un acceso informático desde los centros a la carpeta de documentos recomendables y la presentación, en sesión informativa con los ED de los 48 CS, del informe y los documentos elaborados.

**RESULTADOS:**

Tras revisar los 196 documentos recibidos, se seleccionan 27 que se incluyen dentro del documento-informe.

Como resultado del estudio se exponen sugerencias, críticas, aportaciones novedosas y líneas de trabajo.

En nuestro caso, establecimos las líneas de actuación que sirvieron de base para elaborar el Plan de Actuación de la DA para 2011 y que ha servido como elemento de referencia para el de 2012.

**DISCUSIÓN:**

Tras la elaboración del documento y selección de los recomendables, los Directores de Centro han utilizado estos documentos como orientación o punto de partida para mejorar los suyos o aportado ideas para proyectos futuros. Así como para mejorar información y acogimiento de los nuevos profesionales.

Son documentos esenciales para el funcionamiento del CS. La visión conjunta de todos ellos aporta valor añadido. En estos documentos está la base para el cambio en el trabajo de los profesionales de los CS. Es un elemento de aprendizaje de metodología, ideas innovadoras, modelos organizativos, y sobre todo se constata que la aplicación práctica y real de la Gestión de Calidad, sea cual sea el modelo organizativo, es la que nace de las ideas, aportaciones y compromiso de los profesionales.

**CO - 099.- CIRUGÍA SUSTITUTIVA DE RODILLA BILATERAL EN UN TIEMPO. ANÁLISIS DE COSTES.**

LEÓN-MUÑOZ VJ, MOLINA-MILANÉS J, LORCA-SÁNCHEZ I.  
HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO. CIEZA (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

Los resultados clínicos de la cirugía sustitutiva de rodilla bilateral en un único acto quirúrgico o en dos intervenciones espaciadas en el tiempo en el mismo paciente son comparables, atendiendo a diferentes publicaciones. La cirugía bilateral en un tiempo en España es una práctica clínica anecdótica. Nuestra Unidad de Cirugía de Rodilla practica desde el año 2003 cirugía sustitutiva bilateral de rodilla de forma estandarizada. El objetivo primario del estudio es el análisis de costes de la cirugía practicada en uno o dos tiempos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se ha realizado un análisis de costes siguiendo las etapas: clasificación de costes, localización de costes, imputación de los costes y determinación de resultados. Se han analizado los casos intervenidos por un único cirujano en el periodo 2007-2011. 19 casos intervenidos en un tiempo (61,3%) y 12 casos en dos tiempos (38,7%). Variables: estancia, implantes y cementos, costes de CCEE pre y postoperatorios, costes de pruebas complementarias, fungibles, sesiones de RHB, etc. y coste estimado del capítulo de personal. Precio unitario ajustado de cada variable. Paquete estadístico SPSS v.15 para Windows: prueba t para variables independientes dado que la distribución de contraste ha sido la normal. Hemos asumido como beneficio la calidad de vida postoperatoria relacionada con la salud de los pacientes mediante el cuestionario COOP/WONCA.

**RESULTADOS:**

El coste medio total del proceso (la cirugía de ambas rodillas) ha sido significativamente inferior ( $p < 0,001$ ) en las cirugías bilaterales en un tiempo ( $13.150,06 \pm 1.905,45$  € frente a  $16.013,75 \pm 2.189,69$  €), con un ahorro medio superior a los 2.800 € por paciente. La estancia media y su coste han sido significativamente inferiores ( $p < 0,000$ ) en las cirugías bilaterales en un tiempo ( $8,89 \pm 3,65$  días con un coste medio de  $2.393,07 \pm 860,67$  € frente a  $15,75 \pm 4,14$  días con un coste medio de  $4.176,71 \pm 1.102,26$  €). No ha existido diferencia significativa ( $p < 0,436$ ) en el coste de implantes y cemento ( $6.777,85 \pm 1.015,01$  € los dos implantes en la cirugía bilateral y  $7.126,36 \pm 1.444,91$  € los dos implantes en la cirugía en dos tiempos). También ha existido una diferencia significativa ( $p < 0,05$ ) en el contraste de los costos agrupados de las restantes variables (incluido el capítulo de personal) a favor de la cirugía bilateral en un tiempo. COOP/WONCA casos bilateral en un tiempo  $22,07 \pm 7,2$  y ATR en dos tiempos  $24,83 \pm 6,36$  puntos (la mejor puntuación de los casos en un tiempo no difiere estadísticamente).

**DISCUSIÓN:**

Si asumimos idéntico beneficio para la cirugía en un único proceso y en dos procesos, los resultados de nuestra experiencia indican que la cirugía sustitutiva de rodilla bilateral en un tiempo presenta una relación coste-beneficio favorable.

**Sesión de Comunicaciones Orales.  
Sala B1.**

**Jueves, 8 de noviembre / 16:00 h. – 18:00 h.**

**e-salud, Innovación, Tecnología / Farmacia /  
Sociosanitario.**

**CO – 100 / CO – 112**

**CO - 100.- TELEMEDICINA EN EL CONTROL DEL PACIENTE EPOC.**

CAPELASTEGUI- A, ESTEBAN- C, MORAZA- J, AZCUNA- H, GALLEGU-CAMIÑA I, VILLA- R. GALDAKAO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

Los pacientes con EPOC muy grave generan muchas consultas e ingresos hospitalarios. En la actualidad surgen nuevos enfoques de seguimiento y control de la enfermedad con el avance tecnológico y la aplicación de la telemedicina.

El objetivo es ver si mediante un programa multidisciplinar que incluye la utilización de la telemedicina disminuyen los reingresos, valoraciones en Urgencias y mejora la calidad de vida.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se seleccionan a pacientes diagnosticados de EPOC con más de 3 ingresos en el último año o 4 en los 2 años previos. Firmado el consentimiento informado para participar en el proyecto, los participantes son evaluados en su capacidad pulmonar, capacidad de ejercicio y calidad de vida y serán educados sobre aspectos básicos de la enfermedad, adherencia al tratamiento y hábitos de vida saludables. Les suministramos dispositivos domiciliarios y los pacientes contestan diariamente preguntas sobre el estado de su enfermedad. Esta información es enviada a un ordenador del hospital desde el cual se da seguimiento al paciente. Se establecen alarmas que activan un dispositivo que implica la atención de enfermería, asistencia primaria o la atención hospitalaria.

**RESULTADOS:**

Actualmente disponemos de 105 pacientes incluidos en el programa, 15 fallecidos y 6 que rehusaron participar. De los 105, 84 son los pacientes en los que se ha hecho el seguimiento completo, de los que el 88% son hombres con edad media de 71.2 años e índice de Charlson de 3.5. El 13% son fumadores activos, con un FEV1 de 43.6% y con un grado de disnea de 2.3 según la escala de MRC. El 55.9% precisan de oxigenoterapia domiciliaria, son tomadores de 11.3 fármacos de media y consideran que su estado de salud es regular-malo el 75%.

En el periodo pre-intervención, los ingresos durante el primer y segundo semestre son de 1.11 y 1.51, respectivamente. Respecto a los ingresos hospitalarios inferiores a 4 días, durante el primer semestre han sido el 56.8% y durante el segundo semestre 57.8%.

En el periodo post-intervención, los ingresos en el primer semestre han sido 0.47 y en el segundo semestre 0.28. Los ingresos hospitalarios con estancia inferior a 4 días, en el primer semestre han sido el 55.1% y en el segundo el 64.7%.

En cuanto a la satisfacción de los pacientes, el 94.1% señalan que comparando con antes el control de su enfermedad es algo-mucho mejor, y el 100% se encuentran bastante-muy satisfecho con el programa. La satisfacción de los profesionales sanitarios de atención especializada es de muy satisfechos en el 100% de los casos.

**DISCUSIÓN:**

En los pacientes con EPOC susceptibles de ser manejados a través de este nuevo modelo asistencial basado en la telemedicina se aprecia una tendencia a la mejoría del control de la enfermedad con menor tasa de hospitalizaciones y mejoría de la calidad de vida, así como la satisfacción de paciente y profesionales implicados.

**CO - 101.- INNOVANDO EN SEGURIDAD RADIOLOGICA CON LA INCORPORACIÓN DEL HISTORIAL DOSIMÉTRICO A LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.**

MADRID-CONDE M, SANCHEZ-BERNAL R, OGUETA-LANA M, IBARZABAL-ASTIGARRAGA X, AULESTIA-SEOANE L, ALVAREZ-GUERRAS O.

ORGANIZACIÓN CENTRAL DE OSAKIDETZA. VITORIA - GASTEIZ.

**OBJETIVOS:**

1. Disponer dentro de la Historia Clínica Electrónica Única, Osabide Global de un Historial Dosimétrico para concienciar y capacitar a los profesionales para el uso racional de los procedimientos radiológicos en aquellos pacientes que los precisen. 2. Prevenir la incidencia de efectos deterministas, que producen la muerte de un elevado número de células tras superar un límite. 3. Limitar la probabilidad de aparición de efectos no deterministas o estocásticos, que producen daño subletal (mutación) en unas pocas células.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se establece el proyecto de registro de la dosis de radiación aplicada a los pacientes en los TAC, y se establece la conveniencia de recoger en registro electrónico, la medida que da el equipo (Producto-Dosis-Longitud). Los equipos digitalizados recogen dicho valor de forma automática y el mismo se vuelca posteriormente a la Historia Clínica Electrónica: Osabide Global, y se presentan en producto-dosis- longitud (PDL) en las unidades de mGy. CTDIvol (Índice de dosis en TC) en las unidades de mGy.. Este valor obtenido puede generar incertidumbre y por ello, se propone denominarlo "indicador de dosis efectiva", en unidades de mSv.

**RESULTADOS:**

Durante el año 2011 se implanta en Osakidetza la Historia Clínica Electrónica, Osabide Global, permitiendo a los profesionales acceder de forma ágil y sencilla a todas las pruebas radiológicas realizadas al paciente. En Diciembre de 2011 se integra, dentro de la historia clínica, el Historial Dosimétrico del paciente, contribuyendo a la información de los clínicos y favoreciendo de esta manera el uso racional de los procedimientos radiológicos. Con los datos mostrados en el Informe Dosimétrico el clínico dispone de más información que le permita realizar una indicación mas precisa, aunque flexible, permitiendo en todo caso exposiciones más altas si están indicadas, consiguiendo de este modo mejorar la praxis y pudiendo adecuar las indicaciones de pruebas a las necesidades reales del paciente.

**DISCUSIÓN:**

Gracias a la Historia Clínica Electrónica de Osakidetza se ha conseguido el objetivo marcado, puesto que ha permitido integrar la información referente al historial radiológico y dosimétrico del paciente. Ello ha permitido optimizar las aplicaciones médicas de las radiaciones para alcanzar los propósitos clínicos, con una irradiación no mayor que la necesaria, teniendo en cuenta los recursos y tecnologías disponibles. La utilización de esta aplicación informática, permite a los médicos prescriptores, conocer el número de exploraciones radiológicas realizadas al paciente a lo largo de su vida y la dosis correspondiente a cada una ellas. Esta información está mostrando ser una ayuda de gran interés para el mejor cumplimiento del principio de justificación a la hora de solicitar nuevas exploraciones radiológicas.

**CO - 102.- MEJORA EN SEGURIDAD CLÍNICA MEDIANTE INCORPORACIÓN DE LA CARTILLA DE EMBARAZO EN LA HISTORIA CLÍNICA DE OSAKIDETZA.**

DELGADO-NARANJO J, ALVAREZ-GUERRAS O, AULESTIA-SEOANE L, MADRID-CONDE M, OGUETA-LANA M, SANCHEZ-BERNAL R.

ORGANIZACIÓN CENTRAL DE OSAKIDETZA. VITORIA - GASTEIZ.

**OBJETIVOS:**

1 Diseñar una solución informática que contemple la implantación de un sistema orientado a la mejora de la seguridad clínica de las pacientes en Ginecología y Obstetricia, con de sistemas de gestión de riesgos, a través de la Historia Clínica Única. 2 Sistematización y protocolización del proceso de asistencia a la mujer gestante. 3 Introducción de barreras que mejoren la seguridad y que limiten la posibilidad de error humano en aquellos puntos vulnerables del proceso. 4 Conseguir integrar toda la atención al embarazo en una única aplicación, accesible por cualquier profesional que participe en dicho proceso asistencial, desde cualquier nivel asistencial.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Para la realización del proyecto se tuvo en cuenta el proceso de atención a la gestación, desde el diagnóstico de gestación hasta el inicio del parto, con entradas a dicho subprograma de todas aquellas mujeres con sintomatología de embarazo o embarazo (prueba de embarazo positiva). Para el diseño de la cartilla de embarazo, se contó con un grupo de expertos que propusieron un proceso sistematizado de atención, con una serie de "tareas" a realizar a lo largo de las 40 semanas de gestación. El programa informático, propone al profesional las diferentes tareas a realizar en cada consulta y los diferentes apartados de interés a valorar en función de la edad gestacional. Mediante una línea cronológica en la parte superior de la pantalla, es fácil conocer, tanto la edad gestacional como el historial de visitas. La aplicación integra todos los sistemas de información que maneja el profesional y la información obtenida del Programa de Cribado de Cromosomopatías. En cada visita, a la mujer se le entrega una ficha que irá completando la propia "cartilla" de la mujer.

**RESULTADOS:**

Durante el año 2011 se implanta un piloto en cuatro centros de salud y dos hospitales de Osakidetza dentro de la Historia Clínica Electrónica, Osabide Global. Participan tanto matronas como médicos Ginecólogos, colaborando en su desarrollo y adaptándolo a las necesidades. Así se permite a cualquier profesional clínico, acceder de forma ágil y sencilla a toda la información relativa al proceso de embarazo, desde cualquier ámbito asistencial. La mujer embarazada deja de ser en sí misma vehículo de la información clínica de su gestación, asegurándose los flujos de información entre los profesionales que la atienden, y facilitando la sistematización del proceso de atención al utilizar una única herramienta de información.

**DISCUSIÓN:**

Destacar, que gracias a la Historia Clínica Electrónica de Osakidetza se ha conseguido el objetivo marcado, integrar la información referente a la cartilla de embarazo de la paciente, permitiendo la optimización de las aplicaciones médicas para alcanzar los propósitos clínicos.

La utilización de esta aplicación informática, permite a cualquier profesional clínico que intervenga en el proceso asistencial del embarazo, aumentar la seguridad de la paciente, realizando un seguimiento de mayor calidad.

**CO - 103.- DESARROLLO DE APPS DE SALUD: IMPLICANDO AL PACIENTE EN SU PROPIA SEGURIDAD.**

VÁZQUEZ-VÁZQUEZ M, PÉREZ-PÉREZ P, SANTANA-LÓPEZ V, RODRÍGUEZ-CONTRERAS H.  
AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. SEVILLA.

**OBJETIVOS:**

Entre las principales recomendaciones dirigidas a los pacientes para mejorar su seguridad se encuentran hacer una relación de las cuestiones que se quieren consultar, advertir que se es alérgico a un medicamento y tener una lista con la medicación que se toma.

En esta línea, planteamos diseñar dos aplicaciones móviles (apps) que faciliten el empoderamiento y la corresponsabilidad del paciente en su seguridad:

- Pregunta por tu salud (PPTS): favorece la comunicación entre pacientes y profesionales sanitarios mediante la elaboración de listados de preguntas que el paciente no quiere olvidar hacer en su próxima consulta.
- RecuerdaMed (RM): facilita al paciente, o su cuidador, la creación de un listado completo de los medicamentos que está tomando, aumentando la adherencia al tratamiento y mejorando la conciliación de la medicación, especialmente en polimedicados y crónicos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Revisión de apps existentes.

Definición de requisitos, con un comité asesor formado por farmacéuticos, médicos, enfermeras, expertos en seguridad del paciente y expertos en usabilidad.

Diseño y desarrollo de las apps.

Pilotaje de las apps, por la Red Ciudadana de Formadores en Seguridad del Paciente y la Escuela de Pacientes de Andalucía.

Mejora de las mismas tras el feedback obtenido.

Publicación en AppStore y GooglePlay.

**RESULTADOS:**

PPTS: Sugiere al usuario preguntas, agrupadas temáticamente y basadas en los listados de la Agency for Healthcare Research and Quality: prescripción de un medicamento, pruebas médicas, diagnóstico de una enfermedad, intervenciones quirúrgicas, tratamiento del dolor. El usuario configura sus listados con las preguntas que le interesan. Las respuestas pueden ser anotadas en la aplicación para consultarlas posteriormente.

1083 instalaciones en Android y 634 en iOS desde su lanzamiento en noviembre de 2011. Instalaciones en 28 países (especialmente en Latinoamérica).

RM: El listado de medicamentos es configurado por el paciente a partir de la base de datos de medicamentos más completa provista por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, "Integra". Se pueden añadir medicamentos a partir del principio activo o del código nacional. Además, se deben incluir la dosis y la frecuencia de toma y se pueden cargar fotos de los medicamentos para facilitar su reconocimiento.

La app permite añadir tantos usuarios como se quiera, con los datos: nombre, fecha de nacimiento, foto y alergias.

El usuario puede establecer una alarma que le recuerde el momento de la toma e imprimir un cuadrante semanal con toda la medicación para ese periodo.

333 instalaciones en iOS y 302 en Android desde su lanzamiento en abril y mayo de 2012, respectivamente.

**DISCUSIÓN:**

Las aplicaciones móviles en salud se erigen como canal idóneo para llegar a un amplio número de personas de forma rápida, sencilla y diferente, abordando problemas de seguridad, como la comunicación, la conciliación o la adherencia a la medicación, con un nuevo enfoque, atractivo, fácil de usar y con difusión internacional.

**CO - 104.- EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA RACIONALIZACIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES.**

LÓPEZ-GARCÍA M, PÉREZ-HERNÁNDEZ R, FUSTER-JORGE P, MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ A, BULLEJOS-MOLINA M, HERNÁNDEZ-BORGES AA.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. LA LAGUNA (TENERIFE).

**OBJETIVOS:**

1. Evaluar la efectividad del plan de racionalización del gasto farmacéutico durante 2011 en nuestra unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), referido a los medicamentos que en 2010 representaron el 91% de nuestro gasto farmacéutico, esto es, palivizumab y óxido nítrico
2. Evaluar la seguridad de este plan.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

UCIN de ocho camas. Medidas implantadas en 2011:

- Palivizumab: adecuación de sus indicaciones en prematuros moderados (32-35 semanas) a las guías 2010 de la Asociación Española de Pediatría; agrupación de pacientes para reducir el uso de viales de 50 mg (18% más caros).

- Óxido Nítrico: divulgar entre el staff su forma de facturación (por hora de uso); seguimiento de la retirada del gas en los debriefings diarios de la UCIN.

Comprobación de la seguridad del uso del óxido nítrico: se compararon retrospectivamente las series de prematuros de ambos periodos en cuanto a factores de riesgo (peso medio, proporción de grandes prematuros, CRIB medio) y resultados clave (mortalidad, infecciones, retinopatía-ROP, enterocolitis-ECN, hemorragia intraventricular severa-HIV, enfermedad pulmonar crónica-EPC, neumotórax, leucomalacia periventricular quística-LQP). En cuanto al palivizumab, se analizaron los ingresos por bronquiolitis en intensivos en la estación comprendida entre octubre 2011 y marzo 2012.

**RESULTADOS:**

En 2011 se usó óxido nítrico en 9 pacientes (15 en 2010). En ambas series la indicación más frecuente fue fallo respiratorio hipoxémico (8/9 en 2011 vs 9/15 en 2010), en grandes prematuros (7/9 vs 8/15), y con resultado de exitus (6/9 vs 6/15). El consumo global disminuyó un 82%, y el gasto por paciente tratado pasó de 5825 euros en 2010 a 1613 en 2011. Ambas series fueron similares en cuanto a porcentaje de prematuros 1000 gramos (2010, 31%; 2011, 30%), y CRIB medio (4,8 vs 4,4). Los resultados clínicos fueron mejores en 2011 en mortalidad (16,1 vs 33,3%), EPC (4,5 vs 11,8), neumotórax (6,5 vs 12,1), infección bacteriana tardía (9,7 vs 12,9%), infección por estafilococo coagulasa negativo (3,2 vs 25,8%), infección fúngica (3,2 vs 6,5 %), HIC (6,5 vs 9,4%) y ECN (6,5 vs 9,1%); fueron peores los resultados en ROP (13 vs 11,1%) e idénticos en LQP (3,2%).

Hubo una reducción importante de prematuros moderados incluidos en programa de prevención con palivizumab (4 vs 24). Pero además, se produjo una disminución mayor del consumo de palivizumab de 50 frente al de 100 mg (34 vs 27%). A pesar del menor uso de palivizumab, de los 17 pacientes que ingresaron en intensivos por bronquiolitis, ninguno pertenecía al grupo de 32-35 semanas.

Este plan supuso una reducción total del gasto farmacéutico del 36% (unos 150.000 euros).

**DISCUSIÓN:**

La drástica reducción del gasto farmacéutico lograda (36%) no ha repercutido negativamente en las series tratadas. Además, esto se ha conseguido con medidas sencillas basadas en evidencia, como un ajuste de las indicaciones y la adecuada información del staff en cuanto a ciertas peculiaridades en la facturación y uso de los fármacos.

**CO - 105.- COMUNIDAD DE PRÁCTICA PROFESIONAL PARA LA INNOVACIÓN (HOBE+) EN AP DE BIZKAIA. RESULTADOS DEL PRIMER SEMESTRE.**

ANCHIA-LARRUCEA L, MARTÍN-RODRIGUEZ MJ, NUÑO-SOLINIS R, ORTE-GARCÍA AI, BIKANDI-IRAZABAL J, ABOS-MENDIZABAL G.

BIOEF. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

El objetivo de HOBE+ es dotar de un lugar para debate y poder seleccionar ideas que luego puedan llevarse a cabo en la práctica. Se compone de una herramienta tecnológica (web) y un proceso para la selección, debate, desarrollo de las ideas para su aplicación en la práctica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

a)Definición de la comunidad de Innovación

El primer paso fue la definición de la propia comunidad de innovación en 2011, estableciendo la estructura de funcionamiento básica, el modelo de gestión y el proceso de innovación.

b)Creación de grupos de trabajo para la gestión de la Comunidad de innovación.

Para gestionar las actividades en cada fase del proceso de innovación, se crearon dos grupos de trabajo; Grupo Ideas y Grupo Innovación.

c)Lanzamiento y puesta en marcha de la comunidad de innovación HOBE+.

Antes de la apertura de la comunidad, se diseñó y ejecutó un plan de difusión.

**RESULTADOS:**

a)Datos de actividad en HOBE+:

-Número de profesionales invitados: 4059

-Número de profesionales registrados: 1427

-Número de ideas aportadas: 113

-Número de comentarios realizados a las ideas: 916

-Número de votaciones realizadas a las ideas: 2013

-Número de ideas de priorizadas para el estudio de su desarrollo: 14

-Número de ideas seleccionadas para su implantación: 7

A lo largo del primer semestre de actividad, los profesionales han aportado 113 ideas a HOBE+, (un promedio de 0,62 ideas/día). Las ideas han recibido un promedio de 6,3 comentarios por idea. El promedio de número de votos (positivos o negativos) por idea ha sido de 16,4.

b)Perfil y organización de los registrados en HOBE+

Casi un tercio de los profesionales registrados son facultativos de AP en Bizkaia, el 29% corresponde a profesionales de enfermería, EL 20 personal administrativo, eL 6% técnicos y el 13% "otros".

c)Situación de las ideas en HOBE+

De las 113 ideas dadas de alta en HOBE+, 35 (31% de las ideas) siguen activas.

Se han seleccionado 14 ideas para el estudio de su implantación, habiéndose comunicado una propuesta de trabajo de las mismas a las 4 Gerencias de Atención Primaria de Bizkaia. De estas 14 ideas, las 4 Gerencias de Atención primaria han seleccionado 7 para su implantación.

## **DISCUSIÓN:**

HOBE+ se muestra como un lugar abierto para el intercambio de ideas, donde interactúan por igual todos los colectivos profesionales. El apoyo de las gerencias de Atención Primaria implicadas ha sido esencial en la generación de capacidades y aportación de recursos para el éxito del proyecto, si bien han delegado en los grupos de trabajo formados, facilitando así la participación y el carácter profesional de la iniciativa.

En definitiva, la incipiente experiencia de HOBE+ como lugar de intercambio y debate en torno a ideas facilita la implantación de una dinámica de innovación abierta y participativa en las organizaciones de Atención Primaria que puede servir de inspiración a otras organizaciones que pretendan incorporar de forma efectiva una sistemática de innovación y mejora.

## **CO - 106.- ¿QUÉ OPINAN LOS ENFERMEROS ANTE LA INCORPORACIÓN DE ESTACIONES DE TRABAJO MÓVILES EN UNIDADES ASISTENCIALES?.**

DÍAZ-CUASANTE AI, CONDE-ANTÓN JM, MARTÍNEZ-PIEDROLA M, NOGUERA-QUIJADA C, SÁNCHEZ-ROMERO S, PRIETO-ALAGUERO MP.

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN. ALCORCÓN (MADRID).

### **OBJETIVOS:**

Conocer la opinión de las enfermeras ante la incorporación de nuevas tecnologías que incrementan el tiempo de atención directa al paciente.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo retrospectivo. Periodo de estudio: noviembre de 2011 tras la realización de una prueba piloto con estación de trabajo móvil (ETM). Ámbito: unidad de hospitalización de medicina interna de un hospital de nivel 2 de la Comunidad de Madrid. Para conocer la opinión de las enfermeras que utilizaron ETM, se diseñó una encuesta específica con 28 preguntas, en la que se incluyeron aspectos relacionados con: la ergonomía, utilidades de la ETM y actividades administrativas de enfermería, así como ocho indicadores basados en el "Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales" y se contrastó los resultados con los criterios de seguridad de paciente. El análisis de los datos se realizó mediante SPSS 15 para Windows, las variables cuantitativas se presentaron con su media y desviación estándar. Se entregó la encuesta a 26 enfermeros respecto de 27 de plantilla de la unidad piloto.

### **RESULTADOS:**

Tasa de respuesta: 92,3%. Para las preguntas planteadas los resultados fueron: pueden consultarse los cambios de prescripción en tiempo real (75%), no ha perdido la información registrada (91,7%), ha tenido problemas con la lectura del código de barras de la pulsera de identificación del paciente (45,8%), ha tenido en todo momento acceso a la información básica del paciente (83,3%), permite seleccionar y/o preparar toda la medicación a un paciente inmediatamente antes de su administración (50%); ha disminuido el tiempo empleado para el registro de cuidados (54,2%); ha disminuido el nº de veces empleado en transcribir los datos (62,5%), ha aumentado el tiempo de atención directa junto al paciente (91,7%), desde una estimación media de 100 minutos empleados para el registro con el sistema tradicional de Hª clínica informatizada frente a los 25 min. (DE: 30,67 min) necesarios con sistema de ETM.

### **DISCUSIÓN:**

Los cuidados enfermeros contribuyen significativamente a la reducción de la morbilidad y de la mortalidad. Las intervenciones enfermeras son coste-efectivas, e invertir en enfermería supone mejores cuidados y una disminución del gasto sanitario. Las tecnologías de la información y comunicación son cada vez más utilizadas en el ámbito de la salud, proporcionando servicios de salud de valor agregado. En general los enfermeros están satisfechos con las utilidades de la ETM asociada al módulo informático WiFi. En su experiencia como usuarios, han realizado una serie de propuestas de mejora en aspectos tanto ergonómicos como de seguridad del paciente que han sido reportados para la mejora a proveedores de equipamiento sanitario.

**CO - 107.- MEJORA DE LA GESTIÓN DE VISITAS EN ATENCIÓN AMBULATORIA HOSPITALARIA MEDIANTE SMS: ESTUDIO PRE/POST-IMPLANTACIÓN.**

ALOY-DUCH A, NAVINÉS-VERA A, LARREA-BAEZA JC, FUSTÉ-BALLÚS C, CLARAMBO-SEMIS M, MARTÍN-SÁNCHEZ E.

HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS. GRANOLLERS (BARCELONA). GRANOLLERS (BARCELONA).

**OBJETIVOS:**

Realizar un análisis comparativo pre y post implantación parcial de un procedimiento de mejora de SMS para móviles de pacientes y usuarios en el área de admisiones en el proceso de "Atención Ambulatoria Hospitalaria (AAH)", con la finalidad de mejorar la agilidad de la citación, aumentar el índice de citas realizadas, proporcionar una información más rápida al usuario de la gestión de sus citas y optimizar el coste de este procedimiento.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El Hospital General de Granollers atendió en 2011 un total de 285.000 consultas ambulatorias. Durante el año 2010 el circuito de citación, cambios y recordatorio de las visitas y pruebas ambulatorias se realizaba mediante correo postal convencional con un soporte telefónico; durante el último trimestre de 2010 se realizó una prueba piloto de envío de citaciones mediante SMS, introducido de forma parcial como soporte al correo postal, implantándose durante todo el año 2011 (de acuerdo a la LOPD). Los SMS enviados se clasificaban: nueva cita, recordatorio de cita o solicitud de respuesta sobre una cita. Se evaluaron los indicadores descritos en los "Resultados", comparando el primer cuatrimestre de los años 2010 (fase de pre-implantación), con 2011 (post-implantación) y 2012 (consolidación).

**RESULTADOS:**

Acudieron al AAH, durante el primer cuatrimestre de cada año, una media de 90.000 pacientes. Se evaluaron 14 indicadores; de los 3 de "proceso", significativamente (P0,05), destacamos: la disminución del 42% en el número de cartas enviadas y del 65% en el tiempo de demora para el envío de la cita, así como el aumento superior al 100% del número de SMS totales enviados. De los 4 de "estructura" (P0,05), la disminución del 66% de los envíos por correo postal respecto al total de envíos, y el aumento 100% de los envíos por SMS, del 30% en los pacientes con SMS incorporado en su historia clínica, y del 10% con correo electrónico en la misma (P=NS). De los 7 de "resultado" (P0,05) destacan: el aumento en las citas realizadas en un 15%, el ahorro del 45 % en los envíos por correo postal, y el 19% de ahorro en el balance postal/SMS; mejorando (P=NS), tanto las respuestas recibidas a los recordatorios de SMS, como el número de reclamaciones, ya de por sí escasas, debidas a ambos sistemas.

**DISCUSIÓN:**

El sistema SMS ha permitido mejorar sensiblemente la gestión de las citaciones, el índice de las realizadas, la rapidez en la información enviada al usuario y la optimización del coste al disminuir el número de cartas enviadas. La implantación del mismo en nuestro entorno, aunque parcial e inicialmente como soporte a la citación mediante correo postal, ha mejorado todo el proceso en más de la mitad de los indicadores evaluados, además de promover una comunicación entre el hospital y el paciente más amable y cercana, dando soporte a la gestión de la lista de espera y reutilización de las citas libres.

**CO - 108.- CONTENCIÓN CERO EN LOS CENTROS RESIDENCIALES.**

ROCA-BURGUEÑO I.

RESIDENCIA I CENTRO DE DIA ; LES ESCOLES; . FLIX (TARRAGONA).

**OBJETIVOS:**

Todos los profesionales que trabajamos en atención sociosanitaria debemos promover la calidad de vida de las personas institucionalizadas y la mejora continua de las condiciones asistenciales de las mismas.

Tenemos que conseguir un uso racional y justificado clínicamente, de las sujeciones, trabajando para eliminar totalmente y con garantía la contención mecánica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Para adecuarnos a las nuevas tendencias y después de hacer una revisión bibliográfica y una revisión de estudios recientes, en nuestro centro, planteamos un nuevo modelo de organización y desarrollo de las funciones del equipo para incidir directamente en la calidad asistencial y mejorar en el uso de las sujeciones y en consecuencia en su disminución.

Empezando por la formación de los profesionales en las medidas alternativas y posteriormente en la implantación de las mismas.

Todo el equipo multidisciplinario conoce los criterios de inclusión, contraindicaciones, efectos no deseados y aspectos éticos y legales. A su vez saben cuales son las estrategias posibles destinadas a disminuir el uso de las contenciones como son la implicación, formación y entrenamiento de todo el equipo de profesionales, la información e implicación de las familias, la estimulación tanto física como cognitiva de los usuarios y la revisión periódica del estado de salud y factores clínicos.

**RESULTADOS:**

La experiencia de nuestro centro, nos permite afirmar que todas estas actividades, son medidas alternativas a la sujeción que hacen posible una disminución significativa de la inmovilización en los ancianos, pasando del 16% al 5% de residentes que precisan del uso de la contención mecánica, en un periodo de 3 meses. Actualmente de un total de 90 usuarios, el porcentaje de usuarios que están sometidos a inmovilización, sigue siendo del 5 %.

Des del mes de Diciembre de 2011 se está realizando la formación y asesoramiento de los profesionales de otros centros residenciales y junto con la aplicación de medidas alternativas, hay centros, que han conseguido disminuir hasta un 35 % del uso de la contención mecánica de sus residentes.

**DISCUSIÓN:**

En España la prevalencia de ancianos ingresados en centros residenciales, sometidos a inmovilización, es del 39%, debido a los grandes niveles de dependencia de los usuarios.

Es posible hacer un cambio en el modelo asistencial para conseguir un uso racional y justificado de la inmovilización en el ámbito residencial ya que esta práctica implica un alto riesgo clínico y legal si se utiliza de forma indiscriminada.

Por tanto ha de ser una medida terapéutica excepcional y nunca será la primera elección si existen actuaciones alternativas, que ha de conocer todo el equipo multidisciplinario.

**CO - 109.- SEGURIDAD CLÍNICA. TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN EN REGISTROS ENFERMEROS. ¿CLARA COMUNICACIÓN O POSIBLE CONFUSIÓN?.**

GARCIA-MANTAS A, CARVAJAL-SALGUERO MJ, JUANDO-PRATS C, PEÑALBA-NOVO MC, SÁNCHEZ-LINARES A.

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. BARCELONA.

**OBJETIVOS:**

La historia clínica debe contener la información trascendental para el conocimiento veraz y actualizado de la salud del paciente.

Según Organizaciones de Seguridad del paciente algunos incidentes/eventos adversos se relacionan con una comunicación oral/escrita insuficiente o deficiente.

Los registros enfermeros deben cumplir varios requisitos: permitir la continuidad de los cuidados/asistencial y preservar la seguridad del paciente. Deben expresar-se de forma inteligible, con terminología científica, no usar abreviaturas que lleven a errores de interpretación y si se usan, deben ser universales o normalizadas.

Objetivos estudio: Conocer el uso de abreviaturas, símbolos o signos en registros enfermeros del curso evolutivo de pacientes de unidades de hospitalización de hospital de tercer nivel y valorar su comprensión entre profesionales de la propia disciplina.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio observacional de un solo corte de los cursos evolutivos de toda la población ingresada.

Revisión bibliográfica: Seguridad y uso de abreviaturas, siglas y símbolos en ciencias de la salud.

Revisión de cursos por 3 enfermeras auditoras buscando abreviaturas, siglas, símbolos y unidades de medida. Base de datos Excel para los Ítems observados.

Interpretación del significado de cada ítem en contexto por las auditoras y significado y validez de cada ítem fuera de contexto por supervisoras y enfermeras referentes.

Tabulación y explotación de datos.

**RESULTADOS:**

Revisados 471 cursos evolutivos. Observados 514 ítems: 168 abreviaturas, 255 siglas/acrónimos, 9 símbolos, 14 unidades de medida. Formulaciones mixtas: 10 abreviaturas más siglas, 13 abreviaturas más símbolos, 13 Siglas/acrónimos más abreviaturas, 16 siglas/acrónimos más símbolos, 1 siglas más símbolos más abreviaturas, 15 siglas más palabra sin abreviar.

12 enfermeras referentes y 12 supervisoras valoraron los ítems.

Las enfermeras auditoras adjudicaron "posible significado; al 93,38% de los ítems,

11 enfermeras referentes al 52,92% y 12 supervisoras al 50,08%.

11 enfermeras referentes dieron validez al 17,67% de los ítems y 12 supervisoras al 18,27%. El número de ítems en el que coincidieron en su validez fue: 177 (34,44%).

**DISCUSIÓN:**

Uso de gran número de abreviaturas, siglas/acrónimos, símbolos y unidades de medida para simplificar la escritura en los registros, y que no siguen ninguna normativa al crearlas. Diferencias en la interpretación de los ítems si estos están dentro o fuera de contexto y según el profesional que los valora.

El estudio pone de manifiesto que hace falta establecer normativas sobre el uso de abreviaturas, siglas/acrónimos, símbolos y unidades de medida en los registros enfermeros

y establecer consensos entre las enfermeras en aquellas expresiones o palabras propias de la disciplina susceptibles de ser abreviadas.

Se inicia la realización de una normativa interna sobre uso de abreviaturas a pesar de considerar que la normalización debería realizarse desde organismos enfermeros superiores.

**CO - 110.- EVALUACION DE UN PROGRAMA DE AJUSTE POSOLÓGICO EN PACIENTES CON FUNCION RENAL ALTERADA.**

BILBAO-AGUIRREGOMEZCORTA J, FLORISTÁN-IMÍZCOZ C.  
SAN ELOY. BARACALDO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

Evaluar un programa de atención farmacéutica a pacientes hospitalizados con función renal alterada y determinar el grado de aceptación del mismo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio prospectivo de cuatro meses de duración (Enero-Abril 2012) en pacientes ingresados con una cifra de creatinina sérica  $\geq 1,2$  mg/dl. El filtrado glomerular se ha estimado mediante la fórmula de Cockcroft-Gault (60 Kg en las mujeres y 70 Kg en los hombres).

La identificación de los pacientes se realizó utilizando la información obtenida del programa de prescripción electrónica (eOsabide) y de la aplicación INFOMEGA del laboratorio. Los datos recogidos son: edad, sexo, creatinina sérica, perfil farmacoterapéutico y servicio clínico. El cruce de datos se ha realizado en Access 2003.

El informe de ajuste posológico se realizó de forma escrita en la historia clínica informatizada del paciente (Osabide global). A las 24-48 horas, se comprobó la aceptación del mismo.

**RESULTADOS:**

Durante el periodo de estudio se identificaron 384 pacientes ingresados con una creatinemia  $\geq 1,2$  mg/dl. La edad media fue de 79,5 años, siendo el 56% hombres y el 44% mujeres. Del total de pacientes, 7 tenían un aclaramiento de creatinina 10 ml/min, 119 un aclaramiento de creatinina comprendido entre 10 y 30 ml/min, 196 comprendido entre 30 y 50 ml/min y 60 un aclaramiento de creatinina a 50 ml/min. El número de medicamentos susceptibles de ajuste posológico revisados fue de 2.337. El número de intervenciones farmacéuticas realizadas fue de 428, de las cuales 26 lo fueron en forma de recomendación y 54 no se pudieron valorar por haber dado el alta al paciente. De las 348 intervenciones farmacéuticas restantes, 177(51%) fueron aceptadas. La distribución de las intervenciones por grupo terapéutico fue la siguiente: 98 (28%) antibióticos (42% levofloxacino), 95 (27%) anticoagulantes, 56 (16%) benzodiacepinas, 22 (86%) antieméticos y 13 (4%) digitálicos.

**DISCUSIÓN:**

Es necesario el desarrollo de herramientas informáticas que integren información de diferentes orígenes para establecer programas de monitorización intensiva de fármacos en la insuficiencia renal.

La implantación del proyecto ha tenido una buena acogida entre los facultativos prescriptores.

Los programas de atención farmacéutica a pacientes, mejoran la calidad de la prescripción y son un complemento a prescripción electrónica.

## **CO - 111.- EVALUACIÓN DE LA REPERCUSIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UN MANUAL DE MANEJO DE EXTRAVASACIONES.**

PÉREZ-ESPAÑA Z, BALZOLA-REGOUT B, VILELLA-CIRIZA ML, VIDAL-UGARTE M, LOIZAGA-DÍAZ I, YURREBASO-IBARRECHE MJ.

HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO. BILBAO.

### **OBJETIVOS:**

Analizar las extravasaciones de citostáticos ocurridas en un hospital de día onco-hematológico y evaluar el impacto de la implantación de un manual de manejo de extravasaciones.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio observacional retrospectivo en el que se estudian todas las extravasaciones notificadas al Servicio de Farmacia desde junio del 2010 hasta febrero del 2011, periodo que lleva en vigor el nuevo manual de manejo de citostáticos. Se analizó la incidencia de extravasación, citostáticos implicados, tipo de vía, efecto post-extravasación en el paciente, motivo de la extravasación, medidas utilizadas para tratar la lesión, tiempo transcurrido hasta la aplicación de las mismas y grado de cumplimiento de las recomendaciones del manual.

### **RESULTADOS:**

El número de pacientes que ha presentado extravasación ha sido de 16, incidencia: 0.072%. De los citostáticos extravasados 4 fueron vesicantes (25%), 11 irritantes (69%) y en un caso una medicación no agresiva. El citostático que más veces ha estado presente en las extravasaciones ha sido la vinorelbina. Solamente en uno de los casos el tipo de vía utilizada fue central (catéter reservorio), mientras que las 15 restantes fueron periféricas. En 3 casos (19%) se trataba del primer ciclo de tratamiento. Las medidas aplicadas fueron antídotos y medidas físicas en 10 casos (62.5%) y en los otros 6 (37.5%) únicamente físicas. El tiempo transcurrido entre la detección de la extravasación y la aplicación de la medida fue inmediato en un 93.75%. Las lesiones ocasionadas fueron: 11 induraciones (69%) y 5 enrojecimientos (31%), en el caso de la vía central el área de enrojecimiento fue amplio. En 4 casos el paciente presentó dolor y únicamente un paciente precisó de interconsulta de Dermatología. Los factores de riesgo asociados a la extravasación fueron: tipo de vía utilizada central/periférica, mal acceso venoso 56.25%, ausencia de colaboración por parte del paciente 6.25% y movimientos de la extremidad durante la administración 18.75%. Comprobamos que todas las extravasaciones recogidas en la historia del paciente fueron notificadas a la farmacia y que las medidas empleadas corresponden a las especificadas del manual.

A los pacientes se les llamaba a su domicilio para realizar seguimiento o se les indicaba que acudieran a la Unidad para ser evaluados. En todos los casos se les entregó un documento con las recomendaciones a seguir.

### **DISCUSIÓN:**

Se ha conseguido unificación en la recogida de datos, aumento de las notificaciones de extravasaciones y seguimiento del protocolo, logrando un aumento en la calidad asistencial tras la implantación del manual. Se debería prestar más atención a los pacientes que no pueden colaborar, a los portadores de vías periféricas y a los que tienen mal acceso venoso.

**CO - 112.- RETRATO DEL PERFIL SOCIOSANITARIO DEL PACIENTE PLURIPATOLOGICO.**

CRESPAN-AMAS A, GARCIA-GONZALEZ M, TELLERIA-ASTARLOA A, LARRAÑAGA-GARAIKOETXEA N, RODRIGUEZ-LORENZO MJ, BEREZIARTUA-UNZUETA A.  
OSI DEBABARRENA. COMARCA BAJO DEBA (GUIPÚZKOA).

**OBJETIVOS:**

Conocer el perfil de necesidades sociosanitarias del paciente pluripatológico incluido en el Plan de Atención Integral (PAI) implantado en la Comarca Debabarrena.

- Conocer el grado de dependencia para las AVD (Actividades de la vida diaria).
- Conocer estado cognitivo de estos pacientes.
- Conocer el porcentaje de pacientes que requieren y cuentan con cuidador y la sobrecarga de estos.
- Conocer el riesgo social de nuestros pacientes.
- Conocer el conocimiento de los recursos sociosanitarios de la población.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio Descriptivo Observacional, se han recogido datos sobre variables cuanti-cualitativas entre marzo de 2011 y Mayo de 2012 durante un año. Los datos han sido rescatados de las valoraciones realizadas por la Enfermera Referente del proyecto. Estos datos han sido mecanizados y procesados en una "base de datos access" que ha sido diseñada, creada y gestionada exclusivamente por personal de enfermería. Tamaño de muestra, todos los pacientes incluidos en el programa PAI, alcance 175 pacientes pluripatológicos. El análisis de las variables según tipo han sido reevaluadas entre 321-581 ocasiones. La media de edad de la población estudiada ha sido de 77 años (Rango 55-96 años) entre los cuales el 44% son mujeres y el 56% son hombres.

**RESULTADOS:**

Población estudiada: 175 pacientes pluripatológicos incluidos en el programa PAI.

Reevaluación del análisis de variables entre 321-581 ocasiones según tipo.

48,95% de los pacientes tienen una dependencia de moderada a total para la realización de AVD Barthel 60).

24,22% de pacientes con un deterioro cognitivo entre moderado y grave (Pfeiffer 5).

Requiere cuidador principal el 53% de los pacientes de estos el 97% cuentan con cuidador principal (Pfeiffer 5 y/o Barthel 60).

De toda la muestra el 85% de los pacientes cuentan con cuidador principal a pesar de que haya un 47% de los pacientes que no lo precisan.

33% de los pacientes presentan riesgo social al alta (Escala sociofamiliar Gijón 10) de ellos 97% cuentan con cuidador pero el 67,86% NO MANEJAN RECURSOS SOCIOSANITARIOS frente a un 32,15% que SI.

33% de los cuidadores presentan una sobrecarga (Zarit 46).

**DISCUSIÓN:**

La población incluida en el programa PAI se puede describir como una población, envejecida, añosa, que cuenta con graves problemas de dependencia física y mental y que requiere mucho apoyo familiar e institucional. Muchos de estos pacientes con problemas de dependencia presentan riesgo social al alta hospitalaria y no manejan recursos sociosanitarios para abastecer sus necesidades. A esto hay

que añadir que a pesar de que la mayoría cuenta con cuidador principal, este cuidador soporta una gran sobrecarga. Ante este escenario, es imprescindible e indemorable establecer y priorizar una estrategia de trabajo para impulsar la coordinación sociosanitaria, que garantice la optimización de los recursos y aumentar la continuidad de asistencial de nuestros pacientes.

## **COMUNICACIONES ORALES BREVES**

**Sesión de Comunicaciones Orales Breves. Sala A3-1.**

**Calidad: Sistemas, Modelos y Programas. CB – 011 / CB – 037**

	<b>314</b>
<b>CB - 011.- DEFINIR LA ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE ACREDITACIÓN(MA) EN ATENCIÓN PRIMARIA(AP) EN UN TERRITORIO.</b>	<b>315</b>
<i>GARCIA-GONZALO C, ANSA-ECHEVERRIA X, GENS-BARBERA- M, HERNÁNDEZ-VIDAL N, FERRER-VIDAL-CORBELLA D, ADELL-AGUILO N.</i>	
<b>CB - 012.- SOSTENIBILIDAD DE LA TUTORIZACIÓN EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES.</b>	<b>316</b>
<i>OVIES-FERNÁNDEZ A, ROJAS-DE MORA FIGUEROA A, VILLALÓN-HABA EM, CARRASCOSA-SALMORAL MP, BREA-RIVERO P, MARTÍN-GARCÍA SM.</i>	
<b>CB - 013.- ... Y AHORA TE LO DIGO EN SERIO: ¿TODAVÍA CREES QUE NO DEBES ACREDITARTE?.</b>	<b>318</b>
<i>GAVILAN-CARRASCO JC, BUFORN-CRESPO P, GARCIA-TORMO C, GARCIA-RUIZ JA, MARTIN-VAZQUEZ JM, GONZALEZ-GARCIA A.</i>	
<b>CB - 014.- PLAN ESTRATÉGICO: UNA APUESTA POR LAS PERSONAS DE MUTUALIA.</b>	<b>320</b>
<i>FERNÁNDEZ-MUJICA M.</i>	
<b>CB - 015.- ANALISIS DE LA TENDENCIA DE LA SATISFACCION CON LA UNIDAD DE CALIDAD DE UN HOSPITAL REALIZADA POR CLIENTES INTERNOS.</b>	<b>322</b>
<i>TAFALLA-BORDONADA C, FIDALGO-HERMIDA B, GALINDO-GALLEGO M, MOLINA-ALEN E, TARIN-VICENTE N.</i>	
<b>CB - 016.- DAFO Y CAME: DOS HERRAMIENTAS DE APOYO PARA EL DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN EN LA ELABORACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE CUIDADOS.</b>	<b>324</b>
<i>DE FRANCISCO-CASADO MA, BARBERÁ-MARTÍN A, JIMÉNEZ-GÓMEZ C, FERNÁNDEZ-DÍAZ C, AUBAREDE-SORIANO C, PÉREZ-RIVAS FJ.</i>	
<b>CB - 017.- GESTIÓN DE LA CALIDAD. AUTOEVALUACIÓN SEGÚN EL MODELO EFQM. HOSPITAL GUADARRAMA.</b>	<b>325</b>
<i>SALAZAR-DE LA GUERRA RM.</i>	
<b>CB - 018.- MANEJO DEL PACIENTE ASMÁTICO AMBULATORIO EN LA COMARCA INTERIOR DE VIZCAYA.</b>	<b>326</b>
<i>GALLEGO I, DORADO-ARENAS S, LARRAURI M, SALINAS C, EGURROLA M, URRUTIA I.</i>	
<b>CB - 019.- UTILIDAD DE UNA HERRAMIENTA INFORMÁTICA PARA EVALUAR LA DISFONIA.</b>	<b>327</b>
<i>ZABALA-LOPEZ DE MATURANA A, SANTAOLALLA-MONTOLLA F, GARCÍA-ZAPIRAIN B, MENDEZ-ZORRILLA A, PÉREZ-IZQUIERDO A.</i>	
<b>CB - 020.- ESTUDIO DE LA SATISFACCION DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS CENTRALES Y ADMINISTRATIVOS DE UN HOSPITAL DURANTE 5 AÑOS.</b>	<b>328</b>
<i>TARIN-VICENTE N, GALINDO-GALLEGO M, MOLINA-ALEN E, FIDALGO-HERMIDA B, TAFALLA-BORDONADA C.</i>	
<b>CB - 021.- CALIDAD Y CALIDEZ: EJES DE DISEÑO DE UN MODELO DE ATENCION PERSONALIZADA PARA PERSONAS MAYORES.</b>	<b>329</b>
<i>FERRARI MC, ITHURBURU MT, DI-CESARE L, CAMJALLI N.</i>	
<b>CB - 022.- AVANZANDO HACIA LA IMPLANTACION DE LAS NORMAS ISO EN EL SECTOR ZARAGOZA II.</b>	<b>330</b>
<i>GALICIA-FLORES TANIA, VELA-MARQUINA ML, GARCÍA-MATA JR, COCA-MORENO J.</i>	
<b>CB - 023.- CERTIFICACIÓN ISO 9001: 2008. CAMBIOS FUNCIONALES Y ESTRUCTURALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LAS CLÍNICAS IMQ.</b>	<b>331</b>
<i>GONZÁLEZ-SÁNCHEZ C, RUIZ-GARCÍA I, GUERRA-ZALDUA N, PRIETO-EGURROLA JL, FUENTES-FELIPE F, URRUTIA-JOHANSSON I.</i>	
<b>CB - 024.- IMPACTO DE UN TRASLADO HOSPITALARIO SOBRE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL USO DE MEDICAMENTOS MEDIANTE EL CUESTIONARIO ISMP.</b>	<b>332</b>
<i>FONT-NOGUERA I, EDO-SOLSONA MD, POVEDA-ANDRÉS JL.</i>	
<b>CB - 025.- GESTIÓN POR PROCESOS Y NORMA ISO COMO SISTEMA DE CALIDAD EN UN COLEGIO PROFESIONAL, NUESTRA EXPERIENCIA.</b>	<b>333</b>
<i>ABULÍ-PICART F, ROURA-MARTÍ P, REY-MIGUEL A, PEREZ-GARCIA MA, PUIGVERT-VILALTA C, COLON-MORENO L.</i>	
<b>CB - 026.- EVALUACIÓN DEL ESTUDIO DE CONTACTOS DE TUBERCULOSIS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD 17 DE ALICANTE, ESPAÑA..</b>	<b>334</b>
<i>GALLARDO-QUESADA CR, ARANAZ-ANDRÉS JM, GEA-VELÁZQUEZ DE CASTRO MT, MIRALLES-BUENO JJ, REQUENA-PUCHE J.</i>	
<b>CB - 027.- EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.</b>	<b>335</b>
<i>SOTERAS-RAMÍREZ M, LABIANO-TURRILLAS J, ANDUEZA-MICHELENA P, LIZARRAGA-URSUA Y, GORDO-LUIS C, VILLEGAS-OLAZARÁN B.</i>	
<b>CB - 028.- ESTUDIO COMPARATIVO DE ÍNDICE TRANSFUSIONAL EN CIRUGÍA MAYOR GINECOLÓGICA (2008/2011) TRAS PROGRAMA DE AHORRO DE SANGRE.</b>	<b>337</b>
<i>GARCÍA-RUIZ MA, HERNÁNDEZ-VIDAÑA AM, ROMERO-MARTINEZ FJ, RIOS-TAMAYO R, ORTEGA-LÓPEZ AB, JURADO-CHACÓN M.</i>	
<b>CB - 029.- CAMPAÑA DE FOTOPROTECCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE PIEL DEL ÁREA SANITARIA COSTA DEL SOL: BALANCE 2011.</b>	<b>338</b>
<i>RIVAS-RUIZ F, TORIBIO-MONTERO JC, DELGADO-SÁNCHEZ N, BLAZQUEZ-SÁNCHEZ N, DE TROYA-MARTIN M, JABALERA-MESA L.</i>	

<b>CB - 030.- PROYECTO COLABORATIVO PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN INTEGRADA DE PACIENTES CON EPOC.</b>	<b>339</b>
<i>ESTEBAN-GONZÁLEZ C, ZUAZO-ONAGOITIA M, PIÑERA-ELORRIAGA K, ARTAZA-ARISTONDO N, MARTÍNEZ-GOROSTIAGA J, FERNÁNDEZ DE PINEDO-LANDA C.</i>	
<b>CB - 031.- GESTIÓN DE LA CENTRAL DE OXIGENO MEDIANTE UNA HERRAMIENTA INFORMÁTICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.</b>	<b>341</b>
<i>DOBLADO-LOPEZ O, PEÑA-CAPSIR I, MARTIN-QUÍLEZ M.</i>	
<b>CB - 032.- ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA Y GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD EN EL PARC SANITARI SANT JOAN DE DÉU (PSSJD).</b>	<b>342</b>
<i>DE LA PUENTE-MARTORELL ML, GARCÍA-CARO Y, CRUZ-ANTOLIN AJ.</i>	
<b>CB - 033.- IMPLANTACION DE UN CHEK LIST PARA AUDITAR EL LIBRO DE ESTUPEFACIENTES.</b>	<b>343</b>
<i>FIDALGO-HERMIDA B, MATEOS-ROMERO M, MOLINA-ALEN E, GALINDO-GALLEGO M, TAFALLA-BORDONADA C.</i>	
<b>CB - 034.- UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS CUALITATIVAS PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE FORMACIÓN.</b>	<b>344</b>
<i>OBÓN-AZUARA B, ELIA-GUEDEA M, GUTIÉRREZ-CÍA I.</i>	
<b>CB - 035.- OPTIMIZACIÓN DEL MANEJO DE PACIENTES ANTICOAGULADOS Y/O ANTIAGREGADOS SOMETIDOS A TERAPIAS ENDOSCÓPICAS.</b>	<b>345</b>
<i>SEVILLA-CÁCERES L, MARTÍNEZ-OTÓN JA, BAÑOS-MADRID R, MORÁN-SÁNCHEZ S, SERRANO-LADRÓN DE GUEVARA S, CARRIÓN-GARCÍA F.</i>	
<b>CB - 036.- EL CAMINO DEL FUTURO, METODOLOGÍA PARA LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA.</b>	<b>346</b>
<i>ALONSO-MARTÍN P, MATEOS-RODILLA J, ARÉJULA-TORRES JL, JIMÉNEZ-GÓMEZ C, ARNAL-SELF A, PÉREZ-RIVAS FJ.</i>	
<b>CB - 037.- IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE TRAZABILIDAD EN EL ÁREA DE FARMACIA ONCOLÓGICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.</b>	<b>347</b>
<i>CAÑAMARES-ORBIS I, CORTIJO-CASCAJARES S, FERRARI-PIQUERO JM, GARCÍA-MUÑOZ C, GOYACHE-GOÑI MP.</i>	
<b>Sesión de Comunicaciones Orales Breves. Sala A3-2.</b>	<b>348</b>
<b>Calidad Precibida. CB – 038 / CB – 064</b>	
<b>CB - 038.- CORRELACIÓN ENTRE CVRS Y GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL RESULTADO DE LA CIRUGÍA.</b>	<b>349</b>
<i>LEÓN-MUÑOZ VJ, SÁNCHEZ-GUERRERO MJ, JULIÁ-VILLA ME.</i>	
<b>CB - 039.- ¿ESTÁN LOS PACIENTES SATISFECHOS CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA POR PARTE DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS?.</b>	<b>350</b>
<i>MATEOS-GRANADOS A, DEL RIO-MORO O, MANZANARES-MARTÍNEZ FJ.</i>	
<b>CB - 040.- REVISIÓN METODOLÓGICA DE LOS CUESTIONARIOS DE SATISFACCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA, HOSPITALARIA Y SALUD MENTAL.</b>	<b>351</b>
<i>AGUADO-BLÁZQUEZ H, GIRONA-ALFONSO A, CERDÀ-CALAFAT I, PIQUÉ-SÁNCHEZ JL, BROSÀ-LLINARES F, PAIRÓ-TEIXIDOR A.</i>	
<b>CB - 041.- HACIENDO DE LA NECESIDAD VIRTUD: MEJORANDO LA CALIDAD PERCIBIDA.</b>	<b>352</b>
<i>ZAZO-CARRETERO J, LORENZO-MARTÍNEZ S, MARTÍNEZ-PIEDROLA M, ABREU-GALÁN MA, ALONSO-SALAZAR MT, GARRIDO-MARTÍN M.</i>	
<b>CB - 042.- LA PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS EN SUS HÁBITOS DIARIOS.</b>	<b>353</b>
<i>VÁZQUEZ-SAEZ R, REMEDIOS-ROMAN V, ALOY-DUCH A, SABATER-RAGA RM, FUSTÉ-BALLÚS C, MARTÍN-SÁNCHEZ E.</i>	
<b>CB - 043.- CALIDAD PERCIBIDA POR LOS USUARIOS DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN DE CONFLICTOS SANITARIOS MEDIANTE LA ESCALA SERVQUAL.</b>	<b>354</b>
<i>HERNANDEZ-HERRERO M, RUIZ-SENZ A, CUEVAS-SAIZ S, AGUIRRE-OTEIZA T, CAYON-DE LAS CUEVAS J.</i>	
<b>CB - 044.- LA INFORMACIÓN Y FORMACIÓN DEL PACIENTE: UN CONTINUO EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE LAS CLÍNICAS IMQ.</b>	<b>355</b>
<i>URRUTIA-JOHANSSON I, RUBIO-IÑURRATEGUI N, RUIZ-SAN VICENTE B, ALONSO-ANDRÉS L, LANDABEREA-COLINA A, LOPEZ DE ABERASTURI-IBAÑEZ DE GARAYO A.</i>	
<b>CB - 045.- EVALUAR PARA CONOCER Y COMUNICAR PARA MEJORAR. EXPERIENCIA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD CLÍNICA.</b>	<b>356</b>
<i>CAMIRUAGA-ZALBIDEA I, SANTO TOMÁS-PAJARRÓN A, ILARDIA-LORENTZEN R, FALTA REVISAR-BEITES AM, URIARTE-GARCIA MT.</i>	
<b>CB - 046.- ¿CÓMO RECIBEN LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN EL PLAN DE ACOGIDA?.</b>	<b>357</b>
<i>LOPEZ-GOMEZ C, VAZQUEZ-CASTRO J, LOPEZ-PALACIOS S, CALDAS-BLANCO R, LOPEZ-ROMERO A, OCHANDORENA-JUANENA MS.</i>	
<b>CB - 047.- CALIDAD DE LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN UN HOSPITAL GENERAL.</b>	<b>359</b>
<i>MARTÍNEZ-OTÓN JA, SERRANO-LADRÓN DE GUEVARA S, CARRIÓN-GARCÍA F, MORÁN-SÁNCHEZ S, BAÑOS-MADRID R, SEVILLA-CÁCERES L.</i>	
<b>CB - 048.- “ALZHEIMER, VENTAJA O INCONVENIENTE EN UN AREA QUIRURGICA”?</b>	<b>360</b>
<i>GAMEZ-MORENO JM, MARTIN-RODRIGUEZ D, MENOR-RODRIGUEZ MJ.</i>	

<b>CB - 049.- SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE FARMACIA DE UN HOSPITAL.</b>	<b>361</b>
<i>DIEZ-MORENO R, LEAL-ALVAREZ M, CARRASCO-GARCÍA MC, DURO-MARTÍNEZ AM, TROMPETA-PASCUAL JL, PEREZ-ENCINAS M.</i>	
<b>CB - 050.- ESTUDIO DE LA CALIDAD PERCIBIDA EN LA OXIGENOTERAPIA A DOMICILIO.</b>	<b>362</b>
<i>ARGIMON-PALLÀS JM, GIRONA-ALFONSO A, MURILLO-FORT C, PAIRÓ-TEIXIDOR A, CERDÀ-CALAFAT I, AGUADO-BLÁZQUEZ H.</i>	
<b>CB - 051.- SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.</b>	<b>363</b>
<i>GOMA-FERNÁNDEZ G, GUÍA-RAMBLA V, BAIGORRI-GONZÁLEZ F, DE HARO-LÓPEZ C, GUÍA-RAMBLA C, ARTIGAS-RAVENTÓS A.</i>	
<b>CB - 052.- APLICACIÓN DEL QFD EN LA MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PROCESO FARMACOTERAPÉUTICO DEL PACIENTE ONCO-HEMATOLÓGICO.</b>	<b>364</b>
<i>MOYA-GIL A.</i>	
<b>CB - 053.- EL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA INSTITUCIÓN SANITARIA. ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN.</b>	<b>365</b>
<i>GARCÍA-CÁNOVAS S, MERA-LÓPEZ R, FERNÁNDEZ-LIRIA A, MORENO-PÉREZ A.</i>	
<b>CB - 054.- CINCO AÑOS DE ENCUESTAS A PACIENTES/USUARIOS: RESULTADOS Y EVOLUCIÓN.</b>	<b>366</b>
<i>MOLINA-ALÉN E, FIDALGO-HERMIDA B, GALINDO-GALLEGO M, TAFALLA-BORDONADA C.</i>	
<b>CB - 055.- PANTALLAS TÁCTILES:MIDIENDO LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES EN REHABILITACIÓN.</b>	<b>367</b>
<i>ZUAZO-AGUIRREBENGOA I, IRARRAGORRI-PAGAZAORTUNDUA I, GANGOITI-ITURRI G.</i>	
<b>CB - 056.- "ENCUESTA A PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL".</b>	<b>368</b>
<i>ORTIZ-OTERO MM, MARINERO-ROJAS O, DONGIL-GARRALON M, SERRANO-BALAZOTE P.</i>	
<b>CB - 057.- VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA.</b>	<b>370</b>
<i>MARTÍN-CABREJAS BM, MARTÍNEZ-PIEDROLA M, GUILABERT-MORA M, GARCÍA-RUBIO MJ, MARTÍN-CABALLERO C, LORENZO-MARTINEZ S.</i>	
<b>CB - 058.- GUIA DE INFORMACION ENFERMERA A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.</b>	<b>371</b>
<i>MEDINA-REINA AM, GARCÍA-GÁLVEZ MM, ARROGANTE-MAROTO O, HOLGUIN-FERNÁNDEZ MC, APARICIO-ZALDIVAR EG, ANTUNEZ-PUERTA DL.</i>	
<b>CB - 059.- OPORTUNIDAD DE MEJORAR LA CALIDAD DE LAS ASISTENCIA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN RURAL.</b>	<b>372</b>
<i>SOTO-DÍAZ S, MARTÍNEZ-PIEDROLA M, GÓMEZ-MONTERO G, BECERRIL-ROJAS B, BERMEJO-CAJA C, JIMÉNEZ-TELO F.</i>	
<b>CB - 060.- Y PARIRÁS A TUS HIJOS.... SIN DOLOR.</b>	<b>373</b>
<i>NIETO-MARTÍNEZ P, CALLE-URRA JE, PARRA-HIDALGO P, RAMÓN-ESPARZA T, MÁS-CASTILLO A, ARELLANO-MORATA C.</i>	
<b>CB - 061.- EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN EN EL PACIENTE AMBULATORIO ONCO-HEMATOLÓGICO Y ACCIONES DE MEJORA.</b>	<b>374</b>
<i>BLEDA-PEREZ C.</i>	
<b>CB - 062.- HERRAMIENTA ON-LINE PARA EVALUACIÓN DE PERCEPCIÓN DE RESULTADOS EN EL CLIENTE.</b>	<b>375</b>
<i>BUIZA-CAMACHO B, FERNÁNDEZ-BERMEJO MC, GALLEGU-DÍAZ M, ESCOBAR-UBREVA A.</i>	
<b>CB - 063.- IDENTIFICACIÓN PRECOZ DE FACTORES DE RIESGO Y MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CIRRÓTICOS CON INFECCIÓN.</b>	<b>377</b>
<i>MARTÍNEZ-OTÓN JA, MORÁN-SÁNCHEZ S, CARRIÓN-GARCÍA F, BAÑOS-MADRID R, SERRANO-LADRÓN DE GUEVARA S, SEVILLA-CÁCERES L.</i>	
<b>CB - 064.- PILOTAJE DE GRUPOS FOCALES COMO COMPLEMENTO A LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE HOSPITALIZACIÓN.</b>	<b>368</b>
<i>GUAJARDO-REMACHA J, GONZALEZ-MOLINA Y, UTRERA-MORENO ML, IBARRA-HERNANDEZ K, LLARENA-CUEVAS MJ, ALAMEDA-ETXEBARRIA S.</i>	
<b>Sesión de Comunicaciones Orales Breves. Sala A3-4.</b>	<b>380</b>
<b>e-salud, Tic y Telemedicina/Documentación Clínica. CB – 065 / CB – 091</b>	
<b>CB - 065.- INFORME DE ALTA: INDICADOR DE CALIDAD.</b>	<b>381</b>
<i>CHAPARRO-JIMENEZ A, GONZALEZ-SORIA J, MINAYA-SAZ J, LOPEZ-RUIZ-VALDEPEÑAS E, CEBRIAN-NOVELLA D, ALONSO-MARTIN MS Y M.</i>	
<b>CB - 066.- INFORME DE ALTA: INDICADOR DE CALIDAD.</b>	<b>382</b>
<i>MINAYA-SAZ J, GONZALEZ-SORIA J, CHAPARRO-JIMENEZ AI, LOPEZ-RUIZ-VALDEPEÑAS E, ALONSO-MARTIN MS Y M, CEBRIAN-NOVELLA D.</i>	
<b>CB - 067.- GESTIÓN DOCUMENTAL HUB.</b>	<b>383</b>
<i>GONZALEZ-MOLINA Y, GARTZIA-ASENJO T, IBARRA-HERNANDEZ K, GUAJARDO-REMACHA J, UTRERA-MORENO ML, REGULEZ-ARIÑO MP.</i>	
<b>CB - 068.- OPORTUNIDAD DE MEJORA DE LA CODIFICACIÓN DIAGNÓSTICA EN UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN.</b>	<b>384</b>
<i>QUDSI-SINCLAIR S, CRESPO-SÁNCHEZ J, SEVILLA-HERNÁNDEZ EA, SABATER- N, PELLICER-FERNÁNDEZ E, GIMÉNEZ-ABADÍA MA.</i>	
<b>CB - 069.- CICLO DE MEJORA: CODIFICACIÓN DIAGNÓSTICA EN UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN.</b>	<b>386</b>
<i>QUDSI-SINCLAIR S, GIMÉNEZ-ABADÍA MA, PELLICER-FERNÁNDEZ E, CRESPO-SÁNCHEZ J, SABATER- N, SEVILLA-HERNÁNDEZ EA.</i>	

<b>CB - 070.- ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA.</b>	<b>387</b>
<i>GABARI-MACHÍN MM.</i>	
<b>CB - 071.- ESTUDIO DEL GRADO DE UTILIZACIÓN LA HISTORIA CLÍNICA DIGITAL EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA.</b>	<b>389</b>
<i>BILBAO-AMEZAGA C, GONZALEZ-ARZA E, DIAZ-DE LA HORRA P, MARTÍNEZ-MAGUNACELAYA J.</i>	
<b>CB - 072.- PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL CIRCUITO DE PETICIÓN Y REALIZACIÓN DE ANALÍTICAS EN EL CENTRO DE SALUD VALDEZARZA.</b>	<b>391</b>
<i>HERNÁNDEZ-DE LAS HERAS JL, RIUS-FORTEA P, ANDÚJAR-PARRAS A, LLAMAS-SANDINO NB, GÓMEZ-GARCÍA I.</i>	
<b>CB - 073.- LEGIBILIDAD ES IGUAL A SALUD."UNA CORRECTA INFORMACIÓN ESCRITA AYUDA A DAR SEGURIDAD A LA POBLACIÓN MÁS VULNERABLE".</b>	<b>393</b>
<i>MOMPEL-IGLESIAS L, BALLESTER-ROCA M.</i>	
<b>CB - 074.- DEFINICIÓN DE UNA CATEGORIZACIÓN DE APLICACIONES MÓVILES RELACIONADAS CON SALUD.</b>	<b>395</b>
<i>FERRERO-ÁLVAREZ-REMENTERÍA J, SANTANA-LÓPEZ V, ESCOBAR-UBREVA A, RODRÍGUEZ-CONTRERAS H, VÁZQUEZ-VÁZQUEZ M.</i>	
<b>CB - 075.- GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA EL DESARROLLO DE APLICACIONES MÓVILES RELACIONADAS CON LA SALUD.</b>	<b>396</b>
<i>RODRÍGUEZ-CONTRERAS- H, FERRERO-ÁLVAREZ-REMENTERÍA J, VÁZQUEZ-VÁZQUEZ M, ESCOBAR-UBREVA A, SANTANA-LÓPEZ V.</i>	
<b>CB - 076.- IMPACTO DE LAS TIC EN LA CALIDAD ASISTENCIAL, CLÍNICA ONLINE.</b>	<b>397</b>
<i>GUELL-UBILLOS J, TEIXIDÓ-MARTÍNEZ P, DEVESA-PARDO J, LÓPEZ-LERA C, NAVARRO-ROMERO C, BLANCO-GONZALEZ F.</i>	
<b>CB - 077.- DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE TIC´S PARA UN PROGRAMA DE APOYO EDUCATIVO EN HEPATOLOGÍA.</b>	<b>399</b>
<i>MASNOU-RIDAURA H, MORILLAS-CUNILL RM, SALA-LLINAS M, PLANAS-VILA R, ARDEVOL-ARAGONES M, SOLER-CLIMENT E.</i>	
<b>CB - 078.- OSABIDE GLOBAL URGENCIAS. ATENCIÓN DE CALIDAD HECHA REALIDAD EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS DE OSAKIDETZA.</b>	<b>400</b>
<i>SANCHEZ-BERNAL R, AULESTIA-SEOANE L, MADRID-CONDE M, ALVAREZ-GUERRAS O, OGUETA-LANA M, BAREZ-HERNANDEZ EM.</i>	
<b>CB - 079.- APAGÓN ANALÓGICO DEL DIAGNOSTICO POR IMAGEN EN UN ÁREA DE SALUD.</b>	<b>401</b>
<i>PÉREZ-ALBERTO JAVIER B, DE MIGUEL-GÓMEZ A, SEOANE-CEGARRA L, CÁCERES-MARTÍNEZ F, LÓPEZ-LACOMA JC, ALCÁNTARA-ZAPATA F.</i>	
<b>CB - 080.- CHECK LIST DE CIRUGÍA UNIDO A REGISTRO DE INCIDENCIAS: EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN.</b>	<b>402</b>
<i>CUÉLI-ARCE M, GONZÁLEZ-MARTÍNEZ O, BRUGOS-LLAMAZARES V, RAVELO-MIRELES R, FARIÑAS-ÁLVAREZ C, GIL-PIEDRA F.</i>	
<b>CB - 081.- MEJORANDO LA GESTIÓN DE DIVERSOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA INFORMATIZADO.</b>	<b>403</b>
<i>ALFARO-CADENAS L, GÓMEZ-FELIPE E, BLANCO-RODRIGUEZ M.</i>	
<b>CB - 082.- LA GESTIÓN DOCUMENTAL COMO HERRAMIENTA COLABORATIVA. EXPERIENCIA DE IMPLANCIÓN.</b>	<b>404</b>
<i>GÓMEZ-FELIPE E.</i>	
<b>CB - 083.- MEJORA DE LA ATENCIÓN A LOS ESCOLARES CON PARÁLISIS CEREBRAL GRACIAS AL APOYO DE LA TELEMEDICINA EN DIRECTO.</b>	<b>405</b>
<i>GERRAS-OSCAR A, LLANOS-HERNÁNDEZ J, SÁNCHEZ-BERNAL R, HIDALGO-ARIAS M, GONZALEZ-HIERRO A, GOMEZ-BRAVO B.</i>	
<b>CB - 084.- INTERCONSULTAS NO PRESENCIALES ENTRE PRIMARIA Y ESPECIALIZADA: SE REDUCE LA DEMORA Y AUMENTA LA SATISFACCIÓN.</b>	<b>406</b>
<i>ARMENTIA-FRUCTUOSOS J, OGUETA-LANA M, SÁNCHEZ-BERNAL R, ALVAREZ-GUERRAS O, BAREZ-HERNANDEZ EM, MADRID-CONDE M.</i>	
<b>CB - 085.- INTRANET: ESPACIO PARA LA ACTUALIZACIÓN Y AUTOFORMACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA.</b>	<b>407</b>
<i>HERNANDEZ-PASCUAL M, RUBIO-TOLEDANO L, RUIZ-ALONSO S, JÍMEZ-TELO F, RODRÍGUEZ-BENITO U, ARÉJULA-TORRES JL.</i>	
<b>CB - 086.- CALIDAD DE LA INFORMACIÓN AL PACIENTE SOBRE MEDICAMENTOS EN INTERNET.</b>	<b>408</b>
<i>MARTÍN DE ROSALES A, PÉREZ-JOVER V, MIRA-SOLVES JJ, LORENZO-MARTÍNEZ S, GUILABERT M.</i>	
<b>CB - 087.- SEGURIDAD DEL PACIENTE A TRAVÉS DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA INTEGRADA EN URGENCIAS.</b>	<b>409</b>
<i>LACALLE-MARTÍNEZ JM, MARZAL-SOROLLA P, DOMENECH-MARTÍ RM, NAVARRO-JUANES A, MONCHO-MÁS V, FORNES-VIVAS RM.</i>	
<b>CB - 088.- INTEGRACIÓN DE CENTROS SOCIO-SANITARIOS EN EL USO DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA DE ATENCIÓN PRIMARIA.</b>	<b>410</b>
<i>MALILLOS-PEREZ D, RAMOS-CORDERO P, FERNANDEZ-GALLARDO I, HERNÁNDEZ-PASCUAL M, HERNANDEZ-OVEJERO H, SANCHEZ-PERRUCA L.</i>	
<b>CB - 089.- ESPACIO DE INTRANET: UNA VENTANA ATRACTIVA QUE INVITE AL ACCESO A UN CUADRO DE MANDO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</b>	<b>411</b>
<i>SÁNCHEZ-PERRUCA L, GIRALT-RABENTOS J, MARTI-ARGANDOÑA M, JIMÉNEZ-CARRAMIÑANA J, BARTOLOME-BENITO E, DOMÍNGUEZ-MADUENYO AB.</i>	
<b>CB - 090.- APLICACIÓN WEB PARA LA GESTIÓN DESCENTRALIZADA DE LA EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.</b>	<b>412</b>
<i>RODRÍGUEZ-CONTRERAS H, PERIÁÑEZ-VEGA M, ESPOSITO-GONFIA T, PACHECO-MERA ME, FUENTES-BARRERA F, DOMÍNGUEZ-ROJAS D.</i>	

<b>CB - 091.- NORMALIZACIÓN DE PLANTILLAS EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA.</b>	<b>413</b>
<i>CASADO-LÓPEZ M, AYLÓN-DE PABLO JJ, SÁNCHEZ-NIÑO V, TOLEDO-GÓMEZ D, DÍAZ-HOLGADO A, RINCÓN-VILLAREAL Y.</i>	
<b>Sesión de Comunicaciones Orales Breves. Sala C1.</b>	<b>415</b>
<b>Formación Continuada / Gestión de Personas. CB – 092 / CB – 118</b>	
<b>CB - 092.- MEJORA DE LA CALIDAD DE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL.</b>	<b>416</b>
<i>RIBALTA-TORRADES T, PALAU-PUJOL M.</i>	
<b>CB - 093.- ANÁLISIS DE LA ACREDITACIÓN DE PROGRAMAS DE FORMACIÓN CONTINUADA.</b>	<b>417</b>
<i>VALVERDE-GAMBERO E, ALMUEDO-PAZ A, VILLANUEVA-GUERRERO L, MUDARRA-ACEITUNO MJ, MUÑOZ-CASTRO FJ.</i>	
<b>CB - 094.- IMPACTO SOBRE EL NÚMERO DE RECLAMACIONES TRAS LA INTRODUCCIÓN DE PERSONAL DE INFORMACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.</b>	<b>418</b>
<i>TORRES-MACHO J, SÁNCHEZ-ÁLVAREZ MT, GARCÍA RISCO-GARCÍA EV, GARCÍA DE CASASOLA G.</i>	
<b>CB - 095.- CALIDAD DE VIDA DE LOS PROFESIONALES (CVP) EN EL MODELO ASTURIANO DE GESTIÓN CLÍNICA.</b>	<b>419</b>
<i>RANCAÑO-GARCÍA I, SÁNCHEZ-FERNÁNDEZ AM, DÍAZ-VÁZQUEZ C, SUÁREZ-ÁLVAREZ O, SUÁREZ-GUTIÉRREZ R, DÍAZ-CORTE C.</i>	
<b>CB - 096.- ANÁLISIS DE LAS PRÁCTICAS QUE REALIZAN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.</b>	<b>420</b>
<i>MARCELLÁN-NARROS C, AGINAGA-BADIOLA JR, AVILÉS-AMAT J, ZUPIRIA-GOROSTIDI X, BUSCA-OSTOLAZA P, GARCIARENA-EZQUERRA J.</i>	
<b>CB - 097.- HERRAMIENTA WEB PARA LA GESTIÓN DE LA FORMACIÓN EN SALUD EN UN ENTORNO CORPORATIVO Y COLABORATIVO.</b>	<b>422</b>
<i>GARCÍA-RIOJA F, FERNÁNDEZ-SACRISTÁN-GARRIDO B, PERIAÑEZ-VEGA MT, ESPÓSITO-GONFÍA T.</i>	
<b>CB - 098.- ANALISIS DE LAS EXPECTATIVAS DE LOS NUEVOS RESIDENTES EN CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.</b>	<b>423</b>
<i>TENZA-SOTO MJ, PÉREZ-GARCÍA MC, LÓPEZ-LÓPEZ E, ALCARAZ-MARTINEZ J, VIVES-HERNÁNDEZ JJ, ANDREO-MARTÍNEZ J.</i>	
<b>CB - 099.- DISEÑO DE UN PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA Y NUEVAS HERRAMIENTAS DE COMUNICACIÓN Y EVALUACIÓN.</b>	<b>424</b>
<i>DE ALLENDE-ACHALANDABASO A, VALTIERRA-ARAGON MT, TAMARGO-ALONSO A, SOLOZABAL-ORBEGOZO K, GARAY-RUBIO T.</i>	
<b>CB - 100.- EXPERIENCIA FORMATIVA EN EL ALUMNADO DE PRE GRADO DE LAS ESCUELAS UNIVERSITARIAS DE ENFERMERÍA.</b>	<b>425</b>
<i>PRADOS-MORENO JC, LÓPEZ-SILVA MC, DE LA PEÑA-CRISTÍ M, RODRÍGUEZ-GONZÁLEZ DEL BLANCO PS, GRAÑA-GARRIDO MI.</i>	
<b>CB - 101.- EVOLUCIÓN DE LAS SESIONES CLÍNICAS ACREDITADAS EN ANDALUCÍA.</b>	<b>426</b>
<i>VILLANUEVA-GUERRERO L, MUDARRA-ACEITUNO MJ, HERCE-MUÑOZ A, ALMUEDO-PAZ A, VALVERDE-GAMBERO E, MUÑOZ-CASTRO FJ.</i>	
<b>CB - 102.- DESPLIEGUE DE UN PROGRAMA FORMATIVO INTEGRAL EN TAXONOMIA Y METODOLOGÍA ENFERMERA EN SALUD MENTAL.</b>	<b>427</b>
<i>LOPEZ-ZABARTE P, ISASI-ACOSTA L, DEL CAMPO-GONZALO MT, BILBAO-MAIZA A, MATTHIES-BARAIBAR MC, RODRIGUEZ-ITURRIZAR AI.</i>	
<b>CB - 103.- VMNI: ¿EMPEZAMOS DE NUEVO?.</b>	<b>428</b>
<i>HORTELANO-GUILLAMÓN A.</i>	
<b>CB - 104.- JORNADAS DE INTERCAMBIO DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL HOSPITAL SIERRALLANA.</b>	<b>429</b>
<i>LÓPEZ-MAZA R, HERRERA-CARRAL P, GONZÁLEZ-PUENTE MM, PAZ-ZULUETA M, SANTAMARIA-CORONA G, DIAZ-SAMPEDRO E.</i>	
<b>CB - 105.- CÓMO HA IMPACTADO LA CRISIS EN LA ACREDITACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUADA.</b>	<b>431</b>
<i>VALVERDE-GAMBERO E, MUÑOZ-CASTRO FJ, VILLANUEVA-GUERRERO L, MUDARRA-ACEITUNO MJ.</i>	
<b>CB - 106.- INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN SEXUAL AL PACIENTE CARDIOLÓGICO PARA ENFERMERAS.</b>	<b>432</b>
<i>DAROCA-MARTÍNEZ T, GÓMEZ-FERNÁNDEZ MC, TORRES-PÉREZ E, GÓMEZ-VIDAL MA, BERMÚDEZ-GARCÍA AJ, GARCÍA-CAMACHO C.</i>	
<b>CB - 107.- FORMACIÓN EN LACTANCIA MATERNA DE LOS PROFESIONALES DEL ÁREA MATERNO-INFANTIL DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA.</b>	<b>433</b>
<i>GOMEZ-FERNANDEZ C, FAJARDO-EXPOSITO M, GARCIA-OREA-ALVAREZ M, MELERO V, HERVIAS B, DIAÑEZ G.</i>	
<b>CB - 108.- DEFINICIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO, EN UN ENTORNO WEB COLABORATIVO, EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ.</b>	<b>434</b>
<i>ESPÓSITO-GONFIA T, GARCÍA-RIOJA F, PERIAÑEZ-VEGA M, FERNÁNDEZ-SACRISTÁN-GARRIDO B.</i>	
<b>CB - 109.- EVOLUCIÓN DE LAS JORNADAS DE ENFERMERÍA EN UN ÁREA DE SALUD.</b>	<b>435</b>
<i>PARDES-PÉREZ FJ, NAVEDO-SÁNCHEZ P, INIESTA-SÁNCHEZ J.</i>	
<b>CB - 110.- CULTURA EN POSICIONES QUIRÚRGICAS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE QUIRÓFANO DE UN HOSPITAL.</b>	<b>436</b>
<i>RODRIGUEZ-GARCÍA BRIOLES MP, SÁNCHEZ-MORENO MP, BATUECAS-GONZALEZ JJ, POLO-DÍAZ RM.</i>	

<b>CB - 111.- AVANZANDO EN LA GESTIÓN: INCENTIVOS LIGADOS A CUMPLIMIENTO INDIVIDUAL DE OBJETIVOS DEL CONTRATO PROGRAMA DE CENTRO.</b>	<b>438</b>
<i>LÓPEZ-ROMERO A, MEDIAVILLA-HERRERA I, JIMÉNEZ-CARRAMIÑANA J, MARTÍNEZ-PATÍÑO MD, BARBERÁ-MARTÍN A, TELLO-GARCÍA ML.</i>	
<b>CB - 112.- ENCUESTA DE CLIMA LABORAL: PROCESO 2010 – 2012 DE IMPLANTACIÓN Y RESULTADOS DE LAS ACCIONES DE MEJORA REALIZADAS.</b>	<b>440</b>
<i>MARTÍN-MARTÍN A, LUNA-SÁNCHEZ JL, PLA-POVEDA C, ALOY-DUCH A, LLEDÓ-RODRÍGUEZ R, CAMPOS-ARMENGOU L.</i>	
<b>CB - 113.- REDUCCION DE VARIABILIDAD INTER-AUDITORES EN LAS AUDITORÍAS INTERNAS OHSAS 18001:2007 DE ORGANIZACIONES SANITARIAS.</b>	<b>441</b>
<i>COLLAZOS-DORRONSORO AI, ALONSO-ENCINAS M, CABRERO-GARCÍA MA, VILLARREAL-ARANDA S, GALINDEZ-ALBERDI I.</i>	
<b>CB - 114.- RESULTADO DE LA ENCUESTA MBI REALIZADA A LOS TRABAJADORES DEL CENTRO. DISEÑO DE TALLERES PARA LA PREVENCIÓN DEL BURNOUT.</b>	<b>443</b>
<i>TRULL-MARAVILLA E, MERINO-PLAZA MJ, VICENTE-CUENCA E, NEBOT-SÁNCHEZ MC, ORTI-BRUNO C, MARTINEZ-ASENSI A.</i>	
<b>CB - 115.- LA CALIDAD, UNA HERRAMIENTA PARA EL LIDERAZGO EFECTIVO.</b>	<b>445</b>
<i>HERNANDEZ-VIAN O, DE LA FUENTE-CADENAS JA, RECASENS-CALVO I, BADIA-PERICH E, REINA-RODRIGUEZ D, MORENO-RAMOS C.</i>	
<b>CB - 116.- REDISEÑO DE UN PROCESO DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS ENFERMEROS: ESTUDIO PROSPECTIVO Y ACCIONES DE MEJORA REALIZADAS.</b>	<b>446</b>
<i>ALOY-DUCH A, MASSÓ-GAROLERA M, TUSQUELLAS-OTO C, TOLOSA-MUÑOZ C, RODRÍGUEZ-SADURNÍ J, LARREA-BAEZA MJ.</i>	
<b>CB - 117.- ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE QUIRÓFANO DE UN HOSPITAL.</b>	<b>447</b>
<i>SÁNCHEZ-MORENO MP, MORENO-MEDINA F, BARRAJÓN-MARTÍN DE LA SIERRA JJ.</i>	
<b>CB - 118.- EVALUANDO EL LIDERAZGO EN MUTUALIA.</b>	<b>449</b>
<i>LEKUNBERRI-HORMAETXEA I, SAINZ DE VICUÑA-BRAVO L, MIRANDA-ESTEBAN I, MEDINA-VALBUENA R, FERNÁNDEZ-MUJICA M.</i>	
<b>Sesión de Comunicaciones Orales Breves. Sala B3.</b>	<b>450</b>
<b>Seguridad Clínica. CB – 119 / CB – 145</b>	
<b>CB - 119.- ¿ES SEGURA LA ATENCIÓN SANITARIA EN LOS PACIENTES TOTALMENTE DEPENDIENTES?.</b>	<b>451</b>
<i>ARROSPIDE-ELGARRESTA A, ÁLVAREZ-GÓMEZ BI, DELGADO-PÁEZ DL.</i>	
<b>CB - 120.- MINIMIZANDO EL RIESGO DE INFECCIONES EN MUTUALIA.</b>	<b>452</b>
<i>AGUIRRE-ZUBILLAGA IM, MARTÍNEZ-VARELA C, RUIZ-ARETA Z, RIGÜELA-JIMÉNEZ S, SAINZ DE VICUÑA-BRAVO L, TELLERIA-MACAZAGA A.</i>	
<b>CB - 121.- PROTOCOLO DEL DOLOR POSTQUIRÚRGICO: MEJORA DEL CONFORT DEL PACIENTE QUIRÚRGICO TRAS 5 AÑOS DESDE SU IMPLANTACIÓN.</b>	<b>454</b>
<i>FARIÑAS-ALVAREZ C, BRUGOS-LLAMAZARES V, FERNÁNDEZ-NÚÑEZ ML, CUELI-ARCE M, GONZÁLEZ-MARTÍNEZ O, RAVELO-MIRELES R.</i>	
<b>CB - 122.- ANALISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS. 4 AÑOS DESPUES.</b>	<b>455</b>
<i>ALCARAZ-MARTÍNEZ J, GÓMEZ-GARCÍA C, BOSQUE-LORENTE P, LORENTE-CONESA MC, ORTIZ-GONZÁLEZ O, RAMOS-LÓPEZ S.</i>	
<b>CB - 123.- AMFE DE PROCESO DE URGENCIAS HOSPITALARIO. HERRAMIENTA PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA SEGURIDAD CLINICA.</b>	<b>456</b>
<i>CANO-SANCHEZ L, TOMAS-VECINA S, GARCIA-FERNANDEZ C, GALAN-TRABA M, CONTRERAS-MARTINEZ V, LUCAS-IMBERNON FJ.</i>	
<b>CB - 124.- UN AÑO TRABAJANDO EN PREVENCIÓN DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA EN LAS UNIDADES DE CRÍTICOS EN UNA CCAA.</b>	<b>457</b>
<i>MARTÍN-RODRÍGUEZ MD, MOSTEIRO-PEREIRA F, CARRERAS-VIÑAS M, FERNÁNDEZ-VILLANUEVA JR, PAREDES-RODRÍGUEZ M, ALEMPARTE-PARDAVILA E.</i>	
<b>CB - 125.- MEJORA DEL PROCESO DE MEDICACIÓN.</b>	<b>458</b>
<i>PUCHE-RUBIO G, JABALERA-CONTRERAS M, TORRES-RUIZ CI, LOPEZ-FERNANDEZ E, GARGALLO-BURRIEL E, SANTOS-SEGURA S.</i>	
<b>CB - 126.- APLICACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS.</b>	<b>459</b>
<i>INIESTA-SÁNCHEZ J.</i>	
<b>CB - 127.- INMUNOMODULACIÓN POR TRANSFUSIÓN, Y SU RELACION CON ENFERMEDAD NOSOCOMIAL Y MORTALIDAD EN PROTESIS TOTAL DE CADERA.</b>	<b>461</b>
<i>GUTIERREZ-MOEDA E, PICO-FERNÁNDEZ FJ.</i>	
<b>CB - 128.- PÍDEME QUE ME LAVE LAS MANOS ANTES DE ATENDERTE: UNA IDEA PARA UN DÍA.</b>	<b>463</b>
<i>VALDOR-ARRIARÁN M, ALIJA-LOPEZ V, BOO-PUENTE MJ, FARIÑAS-ALVAREZ C, PÉREZ-PALOMARES CA, MORENO-DE LA HIDALGA MA.</i>	
<b>CB - 129.- INFORMATIZACIÓN DEL TRABAJO DE CELADORAS Y CELADORES: ¿PUEDE MEJORAR LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD ASISTENCIAL?.</b>	<b>465</b>
<i>AREITIO-SARRIA JA, CASTELO-ZAS S, ALVAREZ-GÓMEZ BI, ALVAREZ-INFANTE JI, GALLEGU-CAMIÑA I, ALONSO-HERNÁNDEZ F.</i>	
<b>CB - 130.- EFECTOS ADVERSOS E INCIDENTES NOTIFICADOS POR PROFESIONALES EN UN HOSPITAL REGIONAL.</b>	<b>467</b>
<i>FERNÁNDEZ-SIERRA MA, MOLINA-RUEDA MJ, RODRÍGUEZ-DEL ÁGUILA MM, TEJADA-VALDEZ DR, ENRÍQUEZ-MAROTO MF, MARTÍNEZ-DIZ S.</i>	

<b>CB - 131.- ESTUDIO DE COLONIZACIÓN EN LAS MANOS DEL PERSONAL SANITARIO DEL HOSPITAL DR. MOLINER.</b>	<b>468</b>
<i>SÁNCHEZ-ROLDÁN MD, SABATER-BORÍ C, GIL-APARICIO MD, GINER-ALMARAZ S, MERINO-PLAZA MJ, MARTÍNEZ-MORENO C.</i>	
<b>CB - 132.- GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE TRATAMIENTO, EN LOS PACIENTES POLIMEDICADOS.</b>	<b>470</b>
<i>SUKIA-ARMENDARIZ G, SARRIEGUI-URANGA MI, MENDIA-GOROSTIDI JL, JIMENEZ-SERRALTA A, SAEZ DE CABEZON-BUSTINDUY MA, ARSUAGA-BILBAO E.</i>	
<b>CB - 133.- SEMANA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: CAMPAÑA VIRTUAL DE SENSIBILIZACIÓN EN UNA COMARCA DE ATENCIÓN PRIMARIA..</b>	<b>471</b>
<i>DE LA PRIETA-VELASCO Y, LEKUBE-ANGULO K, GARCÍA-PÉREZ R, FERNANDEZ-URIA J, ZUNZUNEGUI-MARCAIDA J, ETXEBERRIA-ATXURRA I.</i>	
<b>CB - 134.- MEJORA DEL AJUSTE DE DOSIS DE HEPARINA EN INSUFICIENCIA RENAL EN URGENCIAS.</b>	<b>472</b>
<i>ARRIBAS-DÍAZ B, COMESAÑA-LÓPEZ M, RAMOS-LÓPEZ S, SÁNCHEZ-MULERO MC, SÁNCHEZ-ANDUJAR L, GÓMEZ-GARCÍA C.</i>	
<b>CB - 135.- 5 AÑOS PREVIENIENDO LAS CAÍDAS DE PACIENTES EN UN HOSPITAL DE AGUDOS GERIÁTRICO.</b>	<b>473</b>
<i>MENÉNDEZ-FRAGA MD, VÁZQUEZ-VALDÉS F, ARIAS-TOBIO HM, NOVAL-SUÁREZ AI, GIÓN-MÉNDEZ M, GARCÍA-LÓPEZ N.</i>	
<b>CB - 136.- IMPLANTACIÓN Y MEJORA DEL "CHECKLIST" QUIRÚRGICO: ESTUDIOS PROSPECTIVOS DE INCIDENCIA Y PROPUESTA DE NUEVO APARTADO.</b>	<b>474</b>
<i>ALOY-DUCH A, BADIA-PÉREZ JM, VILA-SENANTE M, RIU-ALBORNÁ T, MARZUELO-FUSTÉ L, TOLOSA-MUÑOZ C.</i>	
<b>CB - 137.- IMPACTO DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN LA MORBI-MORTALIDAD DE LOS PACIENTES.</b>	<b>475</b>
<i>MERINO-PERALTA MA, VILLALGORDO-ORTIN P, RODRIGO-RINCON MI, TIRAPU-LEÓN B, MARTÍN-VIZCAINO M, ZABALZA-LÓPEZ P.</i>	
<b>CB - 138.- PROGRAMA DE AYUDA INFORMÁTICA A LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS (PAIFAR).</b>	<b>476</b>
<i>FERNÁNDEZ-LOBATO B, RUIZ-RAMÍREZ JC, CONTESSOTTO-SPADETTO C, FERNÁNDEZ-MONTOYA FJ, BELTRÁN-MONTALBÁN R, ABELLÓN-RUIZ J.</i>	
<b>CB - 139.- MEDICACIÓN POTENCIALMENTE INAPROPIADA EN PACIENTES CON DEMENCIA AVANZADA.</b>	<b>477</b>
<i>HERNANDEZ-PALACIOS R, CIBRIAN-GUTIERREZ F, YOLLER-ELBURGO AB, AUDICANA-URIARTE A, BARRIO-LÓPEZ Y, LERTXUNDI-ETXEBARRIA U.</i>	
<b>CB - 140.- AUTOEVALUACION DEL SNS 2007-2011 SOBRE LA SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO EN LOS HOSPITALES. H. U. BASURTO.</b>	<b>478</b>
<i>RUIZ-ETXEBARRIA MA, ETXABE-RUIZ ML, ALVAREZ-LAVIN MM, IBARRA-HERNANDEZ K, RODRIGUEZ-MOLINUEVO A, ARANGUREN-RUIZ MT.</i>	
<b>CB - 141.- OPINION DE LOS PROFESIONALES SOBRE EL USO DEL CHECKLIST DURANTE LA COLOCACION DE CATETERES VENOSOS CENTRALES.</b>	<b>479</b>
<i>GARCIA-DÍEZ R, FILARDO-MANERO E, GÓMEZ-ALCIBAR A, DELICADO-DOMINGO M.</i>	
<b>CB - 142.- CONTRIBUCIÓN A LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DEL PROFESIONAL.</b>	<b>480</b>
<i>ANTEQUERA-LARDÓN MT, URBIETA-SANZ E, SÁNCHEZ-MARTÍNEZ A, INIESTA-SÁNCHEZ J, GUIRAO-SASTRE JM, LÁZARO-GÓMEZ MJ.</i>	
<b>CB - 143.- USO DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA: PROGRESA ADECUADAMENTE.</b>	<b>481</b>
<i>CONTESSOTTO-SPADETTO C, SANCHEZ-RUIZ G, GRACIA-ROS J, GILBERT-MURCIA J, ORTUÑO-ALBALADEJO S, MUÑOZ-SANCHEZ M.</i>	
<b>CB - 144.- ¿PUEDEN LA ESTACIONES DE TRABAJO MÓVILES Y LOS SISTEMAS INFORMÁTICOS FACILITAR A LOS ENFERMEROS SEGURIDAD DEL PACIENTE?.</b>	<b>482</b>
<i>PRIETO-ALAGUERO MP, DÍAZ-CUASANTE AI, CONDE-ANTÓN JM, NOGUERA-QUIJADA C, MARTÍNEZ-PIEDROLA M, SÁNCHEZ-ROMERO S.</i>	
<b>CB - 145.- EVOLUCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN EL HOSPITAL COSTA DEL SOL. COMPARATIVA 2009-2012.</b>	<b>483</b>
<i>PÉREZ-TRUEBA E, FUENTES-GÓMEZ V, MORA-BANDERAS A, SANTOS-RODRÍGUEZ M, CANCA-SÁNCHEZ JC, FAUS-FELIPE V.</i>	
<b>Sesión de Comunicaciones Orales Breves. Sala C3.</b>	<b>484</b>
<b>Atención Primaria. CB – 146 / CB – 172</b>	
<b>CB - 146.- A PROPÓSITO DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA QUE EMPEZÓ A ELABORAR SU PLAN DE CALIDAD ASISTENCIAL.</b>	<b>485</b>
<i>FERNÁNDEZ-PAGÈS Y, PEPIÓ-TOMÁS M, AGUIRRE-ALAVA G, MARTÍNEZ-BLESA T, ROBLES-PADILLA MJ, BLADÉ-CREIXENTÍ J.</i>	
<b>CB - 147.- MEJORA DE LAS INTERCONSULTAS A OFTALMOLOGÍA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA EN DOS ZONAS BÁSICAS DE SALUD.</b>	<b>486</b>
<i>RAMÍREZ-ESPÍN F, MORALES-LÓPEZ R, GUERRERO-DÍAZ MB, ALONSO-GARCÍA C, LUQUIN-MARTÍNEZ R, ROS-MARTINEZ ME.</i>	
<b>CB - 148.- REALIZACIÓN DE UN CICLO DE MEJORA EN LA GESTIÓN DEL CARNET DE LARGO TRATAMIENTO.</b>	<b>488</b>
<i>GUERRERO-DÍAZ MB, RAMÍREZ-ESPÍN F, MUÑOZ-UREÑA A, LUQUIN-MARTÍNEZ R, SALGUERO-MERINO AB, ROS-MARTÍNEZ ME.</i>	
<b>CB - 149.- EDUCACIÓN SANITARIA DEL PACIENTE ANTICOAGULADO:TOMO SINTROM.</b>	<b>490</b>
<i>ALBIZU-SANTAMARÍA G, TEJADA-HERNANDEZ F, MERINO-MÚGICA MA, SENDINO-LAYA I, MONGE-MARTIN M.</i>	
<b>CB - 150.- EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE LA AGENDA DE DEMANDA ABIERTA.</b>	<b>491</b>
<i>TERÓN-MARTÍNEZ MJ, RUIZ-SÁNCHEZ AJ, TALAVE-LÓPEZ J, SOLANO-BROTONS E, INIESTA-SÁNCHEZ J, BERMEJO-MERCADER E.</i>	

<b>CB - 151.- ¿TIENEN NUESTROS PACIENTES ANTICOAGULADOS UNA BUENA CALIDAD DE VIDA?.</b>	<b>492</b>
<i>GUERRERO-DÍAZ MB, MUÑOZ-UREÑA A, RAMÍREZ-ESPÍN F, CAÑADAS-GONZÁLEZ S, ROS-MARTÍNEZ ME.</i>	
<b>CB - 152.- UNA ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA CALIDAD PERCIBIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA.</b>	<b>493</b>
<i>OLIVERA-CAÑADAS G, BAYÓN-CABEZA M, GARCÍA-CUBERO C, DRAKE-CANELA M, CORNEJO-GUTIERREZ AM.</i>	
<b>CB - 153.- DIABETES II, EVALUACIÓN CONTINUA.</b>	<b>494</b>
<i>GONZÁLEZ-ALBERT A, ANDÍA-CHONG M, MEDINA-ABELLÁN M, PEREÑIGUEZ-BARRANCO J, ZARAGOZA-RIPOLL A.</i>	
<b>CB - 154.- ¿UNA PSEUDOISO? UTILIZACIÓN DE ISO 9001 PARA IMPLANTAR LA GESTIÓN POR PROCESOS EN LAS ADMISIONES DE EAPS URBANOS.</b>	<b>495</b>
<i>COCA-MORENO J, MORO-LARA J.</i>	
<b>CB - 155.- UNIDADES DE PROFESIONALES EXPERTOS: NUESTRA EXPERIENCIA DE DOS AÑOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA.</b>	<b>496</b>
<i>FERNANDEZ-GARCIA P, MARGALEF-PALLARES F, MORAN-VALLE I, RIOS-VALLES L, MARTINEZ-MARTINEZ N, DOBLADO-LOPEZ O.</i>	
<b>CB - 156.- CREAR E IMPLANTAR UN CIRCUITO DE RECETAS PARA LA MEDICACIÓN CRÓNICA DE LAS RESIDENCIAS ASIGNADAS AL EQUIPO.</b>	<b>498</b>
<i>ALONSO-FERNÁNDEZ J, MARTÍN-MARTÍN MA, SUÁREZ-GONZÁLEZ-ESTEFANI G, RUIZ-ESCOLAR S.</i>	
<b>CB - 157.- ¿LAS ESPIROMETRÍAS EN ATENCIÓN PRIMARIA CUMPLEN CRITERIOS DE CALIDAD?.</b>	<b>499</b>
<i>GARCIA-SOLANS M, IBAÑEZ-CASTELLAR L, VALLES-TORRES E, LUEZA-LAMPURLANÉS C, TORRES-CLEMENTE E, ALLUÉ-CIUDAD M.</i>	
<b>CB - 158.- EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES EN ACTIVIDAD PROGRAMADA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA AL AÑO DE UN TERREMOTO.</b>	<b>501</b>
<i>GARCIA-GARCIA M, MUÑOZ-JIMENEZ H, CASADO-GALINDO EJ, ANZA-AGUIRREZABALA I, SALAS-LARIO M, ESTÉVEZ-FERNANDEZ JA.</i>	
<b>CB - 159.- MEJORA SOBRE LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS BEERS EN PACIENTES POLIMEDICADOS DE UN CENTRO DE SALUD.</b>	<b>502</b>
<i>GORDO-LAZARO MJ, VELASCO- C, ZAMARRÓN-FRAILE ME, PORRIS- MJ, ELRAHABI- S, CARRA-MEANA B.</i>	
<b>CB - 160.- ¿SINTRON POR VENOPUNCIÓN VERSUS SINTRON CAPILAR?.</b>	<b>504</b>
<i>CHICLANO-CASTAÑO JA, GOMEZ-VILLALBA MA, MORENO-GOMEZ A, NAVARRO-YEPES J, TORNERO-MARTINEZ MC, MARTINEZ-GIMENEZ A.</i>	
<b>CB - 161.- ESTRATEGIA PARA IMPLANTAR UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UNA ORGANIZACIÓN.</b>	<b>505</b>
<i>CRUSAT-SABATE D, FRÍAS-VALLE JC, PLANESAS-COLOMER MR, BADIA-PERICH E, SOLÀ-MIRAVETE ME, SUAREZ-MAGAÑA EM.</i>	
<b>CB - 162.- TITULO: ¿SE AHORRA TIEMPO CON EL VISADO AUTOMATICO? REPERCUSION EN EL PACIENTE.</b>	<b>506</b>
<i>CHICLANO-CASTAÑO AJ, MORENO-GÓMEZ A, MARTÍNEZ-GIMÉNEZ A, TORNERO-MARTÍNEZ MC, GÓMEZ-VILLALBA MA, NAVARRO-YEPES J.</i>	
<b>CB - 163.- CONCORDANCIA INTEROBSERVADOR EN LOS TEST DE DIAGNOSTICO DEL SÍNDROME DE ISQUIOSURALES CORTOS (SIC).</b>	<b>507</b>
<i>GÓMEZ-GARCÍA C, SÁNCHEZ-ANDÚJAR L, RAMOS-LÓPEZ S, COMESAÑA-LÓPEZ M.</i>	
<b>CB - 164.- “MEJORA DE LA COBERTURA DEL TRATAMIENTO CON ANTIAGREGANTES EN PREVENCIÓN SECUNDARIA EN LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA”.</b>	<b>508</b>
<i>SALGADO-RAMOS J.</i>	
<b>CB - 165.- PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA CON ADOLESCENTES.</b>	<b>509</b>
<i>MURGIÓNDO-MUJICA E, JUARISTI-KEREJETA D, GALPARSORO-GOIKOETXEA M, LARRAÑAGA-KORTABARRIA I, PÉREZ DE ARENAZA-RUIZ DE MUNAIN R, ELZO-ITURBE MJ.</i>	
<b>CB - 166.- EFECTOS DEL EJERCICIO FÍSICO REGULAR SOBRE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD.</b>	<b>511</b>
<i>MUÑO-BOVÉ MI, LARRONDO-PAMIES S, LORENTE-TEN E, HERNÁNDEZ-ANADÓN M.</i>	
<b>CB - 167.- VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y SATISFACCIÓN DEL SERVICIO DE CIRUGÍA MENOR EN UN CENTRO DE SALUD.</b>	<b>512</b>
<i>JAREÑO-SANZ MJ, BABA-MOADEM Z, BURGOS-CASADO S, GARCIA-TRISTANTE D, ESTEBAN-MONREAL X, GIMÉNEZ-JORDAN L.</i>	
<b>CB - 168.- PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER CUTÁNEO CON DERMATOSCOPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA.</b>	<b>513</b>
<i>JAREÑO-SANZ MJ, BURGOS-CASADO S, GARCIA-TRISTANTE D, RODRÍGUEZ-HERNÁNDEZ Y, TORRES- D, GIMÉNEZ-JORDAN L.</i>	
<b>CB - 169.- IMPLICAR A LOS PROFESIONALES DESDE UNA COMISIÓN LOCAL DE CALIDAD: SI PODEMOS.</b>	<b>514</b>
<i>CAÑADA-DORADO A, DEL REY-GRANADO Y, MILLARA-LAGO C, CAUTO-ARAGONÉS P, MALLO-FERNANDEZ JM, PRIETO-BARBOSA MD.</i>	
<b>CB - 170.- ACERCÁNDONOS A LA REALIDAD ASISTENCIAL: NUEVOS ESTÁNDARES DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA..</b>	<b>515</b>
<i>BARTOLOMÉ-BENITO E, BAYÓN-CABEZA M, GALLEGU-BERCIANO P, OLIVERA-CAÑADA G, PÉREZ-RIVAS FJ, MARTÍNEZ-PATÍÑO MD.</i>	
<b>CB - 171.- RESULTADOS DE UNA ESTRATEGIA PARA DISMINUIR LA LISTA DE ESPERA EN LA REALIZACIÓN DE ECOGRAFÍAS EN UN CENTRO DE SALUD.</b>	<b>517</b>
<i>COLLADO-CUCÒ A, CRESPO-PALAU JM, MORALES-SUÁREZ E, NIGHT-RIVALTA NO, OCETE-MANERO M, SILVESTRE-GARCÍA E.</i>	

<b>CB - 172.- CUANDO LA DEMANDA APRIETA, REINVENTARSE O SUCUMBIR: NUESTRA EXPERIENCIA EN REDISTRIBUCIÓN DE LAS AGENDAS.</b>	<b>518</b>
<i>CRESPO-PALAU JM, ESPEJO-VIDAL T, MORALES-SUÁREZ E, OCETE-MANERO M, ESQUIUS-RODRÍGUEZ M, COLLADO-CUCO A.</i>	
<b>Sesión de Comunicaciones Orales Breves. Sala BT1.</b>	<b>520</b>
<b>Acreditación / EFQM / Medioambiental / Otros. CB - 173 / CB - 198</b>	
<b>CB - 173.- EVOLUCIÓN DE LA EFICIENCIA EN LOS PROCESOS DE ACREDITACION.</b>	<b>521</b>
<i>BURGOS-POL R, CARRASCO-PERALTA JA, CASTELLANO-ZURERA MM, BARRENAS-PADURA F, NÚÑEZ-GARCÍA D.</i>	
<b>CB - 174.- CALIDAD EN LA CRISIS: EL VALOR DE LAS SINERGIAS.</b>	<b>523</b>
<i>CAÑELLAS-MARTINEZ G, SERVER-PENOSA MD, GIL-COLLADOS MC, BARÓ-SALVADOR ME, GISBERT-ROSIQUE E.</i>	
<b>CB - 175.- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLÍNICA EN UNIDADES SANITARIAS ACREDITADAS Y NO ACREDITADAS.</b>	<b>524</b>
<i>BUIZA-CAMACHO B, CARRASCO-PERALTA JA, NÚÑEZ-GARCÍA D, CASTELLANO-ZURERA M, DE BURGOS-POL R.</i>	
<b>CB - 176.- LA AUTOEVALUACIÓN COMO HERRAMIENTA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.</b>	<b>525</b>
<i>NÚÑEZ-GARCÍA D, CARRASCO-PERALTA JA, CASTELLANO-ZURERA MM, DE BURGOS-POL R.</i>	
<b>CB - 177.- ADECUACIÓN A LA LEY EN MATERIA DE PROTECCION DE DATOS EN ANDALUCÍA.</b>	<b>526</b>
<i>CASTELLANO-ZURERA MM, NÚÑEZ-GARCÍA D, CARRASCO-PERALTA JA, BURGOS-POL R, PASCUAL-PISA J.</i>	
<b>CB - 178.- CERTIFICACIÓN ISO 9001 DE UN CENTRO DE SALUD: LA VOZ DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA GESTIÓN DE UN SECTOR DE SALUD.</b>	<b>528</b>
<i>PASCUAL-GAVIN MC, ANDREU-ARASCO L, MORALES-EMPERADOR J, TELMO-HUESO S, ASTIER-PEÑA MP, FERNANDEZ-ARENAS E.</i>	
<b>CB - 179.- ¿ES POSIBLE MANTENER VIVA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO LA NORMA UNE-EN-ISO 9001:2008 EN EL DÍA A DÍA?.</b>	<b>529</b>
<i>COSTA V, RIERA A, GILABERT E, MARTINEZ-ESPARZA A, SEGARRA-CASTELLÓ L.</i>	
<b>CB - 180.- CAPIOSER: CERTIFICACIÓN ISO 9001:2008, ORGANIZACIÓN QUE PRESTA SERVICIOS NO SANITARIOS.</b>	<b>530</b>
<i>MARTÍNEZ-RODRÍGUEZ I, ALFARO-CADENAS L, BLANCO-RODRÍGUEZ M.</i>	
<b>CB - 181.- PROYECTO DE COORDINACION SOCIO SANITARIA DE LA COMARCA DEBABARRENA.</b>	<b>532</b>
<i>TELLERIA-ASTARLOA A, LARRAÑAGA-GARAÍKOETXEA N, RODRIGUEZ-LORENZO MJ, CRESPIAN-AMAS A, GARCIA-GONZALEZ M, BEREZIARTUA-UNZUETA A.</i>	
<b>CB - 182.- ¿CUÁLES SON LOS FACTORES CLAVE EN LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO EFQM?.</b>	<b>533</b>
<i>COLINA-ALONSO A, MARTINEZ-CARAZO C, MATTHIES-BARAIBAR MC, DE LA RICA-JIMENEZ JA.</i>	
<b>CB - 183.- NUEVO ENFOQUE DEL PROCESO ECONÓMICO FINANCIERO.</b>	<b>534</b>
<i>CARRERO-TOTORIKAGUENA MJ, GÓMEZ-INHIESTO E, GUEDE-FERNANDEZ A, SAINZ-CAREAGA MI, GONZALEZ-DIEZ J, FERNANDEZ-FERNANDEZ-MONGE MC.</i>	
<b>CB - 184.- MODELO DE LA EFQM. EXPERIENCIA DE SU APLICACIÓN EN LA FUNDACIÓN PÚBLICA URXENCIAS SANITARIAS DE GALICIA-061.</b>	<b>536</b>
<i>CARTELLE-PÉREZ T, PENAS-PENAS M, BARREIRO-DÍAZ MV, IGLESIAS-VÁZQUEZ JA, BERNÁRDEZ-OTERO M, CODESIDO-MIRAS R.</i>	
<b>CB - 185.- IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO EFQM EN OSAKIDETZA.</b>	<b>537</b>
<i>ARCELAY-SALAZAR A, GONZALEZ-LLINARES RM, LETONA-ARAMBURU J, NUÑO-SOLINIS R, GARCÍA-URBANEJA M, MATEOS-DEL PINO M.</i>	
<b>CB - 186.- MEJORA EN LA GESTIÓN DE RESIDUOS DE UN HOSPITAL CERTIFICADO EN ISO 14001:2004.</b>	<b>538</b>
<i>FIDALGO-HERMIDA B, TAFALLA-BORDONADA C, MOLINA-ALÉN E, GALINDO-GALLEGO M.</i>	
<b>CB - 187.- GESTION Y AHORRO DE LOS RECURSOS NATURALES EN EL AMBITO HOSPITALARIO. HOSPITAL PSIQUIATRICO DE ALAVA.</b>	<b>539</b>
<i>LOPEZ DE CALLE-ARNAL JA.</i>	
<b>CB - 188.- ECOGESTIÓN: EFICIENCIA EN LA GESTIÓN DE LAS INSTALACIONES Y LOS RECURSOS.</b>	<b>540</b>
<i>IBÁÑEZ-ROMAGUERA JM, TRULLAS-PÉREZ M, BARRACHINA-CARICCHIO D.</i>	
<b>CB - 189.- UN PASO HACIA DELANTE EN LA GESTIÓN SANITARIA SOSTENIBLE.</b>	<b>541</b>
<i>MATEOS-VARAS MA, VILLAR-PIZARRO A.</i>	
<b>CB - 190.- INSTRUMENTO DE MEDIDA DEL RIESGO SOCIAL EN SALUD.</b>	<b>542</b>
<i>BEATO-MORENO A, FERNÁNDEZ-SANTIAGO E, FERNÁNDEZ-MARTÍNEZ MD, LUQUE-CALVO PL, POZO-CHIA A, GARCÍA-ROLDÁN P.</i>	
<b>CB - 191.- ¿INFLUYE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y RESULTADO DEL TEST DE ALIENTO?.</b>	<b>543</b>
<i>GAGO-GÓMEZ MC, PAGE-HIGUERAS M, LILLO-RUBIO MP, AMESCUA-ALCAZAR L, GIL-GABARRÓN MS, ARRANZ-ANDRÉS E.</i>	
<b>CB - 192.- IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO CLÍNICO EN EL CIRCUITO TRANSFUSIONAL.</b>	<b>544</b>
<i>MUÑOZ-MELLA MA, SIMIELE-NARVARTE A, CABIRTA-CARAMES P, ROMAN-VILA A, ALBORS-FERREIRO M, PEDROSA-SILVA A.</i>	
<b>CB - 193.- HIPOTERMIA TERAPÉUTICA INTRAHOSPITALARIA.</b>	<b>545</b>
<i>CAMÓS-ENJARQUE M.</i>	

<b>CB - 194.- ¿MEJORA LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES TRAS AL CIRUGÍA DE LA FISTULA ANAL?.</b>	<b>546</b>
<i>PELLICER-FRANCO E, SORIA-ALEDO V, CARRILLO-ALCARAZ A, GUILLEN-PAREDES MP, GARCIA-MARIN JA, AGUAYO-ALBASINI JL.</i>	
<b>CB - 195.- EL FORMATO ELECTRÓNICO: ¿MEJORA LOS RESULTADOS DE CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO DE VALORACION Y ACOGIDA DE ENFERMERÍA?.</b>	<b>547</b>
<i>RODRIGUEZ-SADURNÍ J, SABATER-RAGA RM, TUSQUELLAS-OTO C, TOLOSA-MUÑOZ C, ALOY-DUCH A, NAVINES-VERA T.</i>	
<b>CB - 196.- ¿SE ASOCIA EL SÍNDROME DE BURNOUT A LA PERCEPCIÓN DE RENDIMIENTO LABORAL?.</b>	<b>549</b>
<i>RÍOS-RISQUEZ MI, ABELLANEDA-ABELLANEDA A, LOPEZ-JIMENEZ C, SABUCO-TEBAR V, SABUCO-TEBAR E.</i>	
<b>CB - 197.- PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (SQT) EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN.</b>	<b>550</b>
<i>LOPEZ-JIMENEZ C, SABUCO-TEBAR E, RÍOS-RISQUEZ MI, ABELLANEDA-ABELLANEDA A, SABUCO-TEBAR V.</i>	
<b>CB - 198.- CÓMO ELABORAR LA MISIÓN UTILIZANDO EL PENSAMIENTO CREATIVO Y LOS MAPAS MENTALES.</b>	<b>551</b>
<i>VALENCIANO-GONZÁLEZ A, LÓPEZ-ORTIZ M, MARTÍNEZ-MAGUNACELAYA J, VILLALABEITIA-JIMÉNEZ I.</i>	
<b>Sesión de Comunicaciones Orales Breves. Sala BT2.</b>	<b>552</b>
<b>Accesibilidad y Equidad / Atención al Cliente / Sociosanitario. CB – 199 / CB – 225</b>	
<b>CB - 199.- TARGETA SANITARIA CUIDA'M (CUIDAME)PARA PERSONAS ESPECIALMENTE VULNERABLES QUE NECESITAN UNA ATENCIÓN DIFERENCIADA.</b>	<b>553</b>
<i>AGUILERA-TERRADO R, RABADA-ARNAU T.</i>	
<b>CB - 200.- ¿CÓMO ESTUDIAR LA MORTALIDAD HOSPITALARIA EN UNA COMISIÓN DE MORTALIDAD?.</b>	<b>554</b>
<i>MORENO-MOLINA JA, BALLESTER-ROCA M, ROCA-ANTONIO J.</i>	
<b>CB - 201.- CONTROL DE LOS PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL, QUE ACUDEN A UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.</b>	<b>556</b>
<i>PUERTAS-ERAUSO P, CID-JIMÉNEZ I, DEL RÍO-AISA JL, AMOROS-GARCÍA R, MOZOTA-DUARTE J, CONDÓN-ABANTO AI.</i>	
<b>CB - 202.- GRADO DE SATISFACCIÓN CON LOS NUEVOS ROLES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO.</b>	<b>557</b>
<i>CIDONCHA-MORENO MA, CHUECA-AJURIA A, GONZALEZ-LLINARES RM, PEÑA-GONZALEZ ML, SANCHEZ-MARTIN I.</i>	
<b>CB - 203.- ¿CÓMO INFLUYE LA AGRUPACIÓN DE LOS PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA EN LA DEMANDA DE ATENCIÓN URGENTE?.</b>	<b>558</b>
<i>ÁLVAREZ-GARCÍA A, MOLEJÓN-IGLESIAS A, SAMA-ALBA A, FRANCO-VIDAL A, FERNÁNDEZ-GUTIÉRREZ B, GONZÁLEZ-FOUCES I.</i>	
<b>CB - 204.- UNIDAD DE FISIOTERAPIA EN C.S.GOYA: UN RETO DE MEJORA EN LA DERIVACION DE USUARIOS.</b>	<b>559</b>
<i>CARVAJAL-DE ARRIBA A, VEGAS-BAZ MC, SANZ-MAROTO F, DE PRADA-MARTY A, GARCIA-MERINO E, LEAL-DE PEDRO E.</i>	
<b>CB - 205.- CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA ¿ESTÁN NUESTROS PACIENTES SATISFECHOS?.</b>	<b>561</b>
<i>JAREÑO-SANZ MJ, GARCIA-TRISTANTE D, GASCÓN-FERRET J, BURGOS-CASADO S, HURTADO-COLMENERO N, GIMÉNEZ-JORDAN L.</i>	
<b>CB - 206.- ANÁLISIS DE ADHESIÓN A LA HIGIENE DE MANOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.</b>	<b>562</b>
<i>LÓPEZ-GARCÍA ME, SOMOLINOS-HORCAJUELO S, CAMINO-REDONDO N, CIDONCHA-MARTIN L, REBOLLO-GÓMEZ P, GASCO-GASCO P.</i>	
<b>CB - 207.- PERCEPCIÓN DE AISLAMIENTO Y PÉRDIDA DE INTIMIDAD DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.</b>	<b>564</b>
<i>RODRÍGUEZ-ARCE C, BENDICHO-LÓPEZ MJ, BENÍTEZ-RUIZ L.</i>	
<b>CB - 208.- HACIA UNA ASISTECIA BILINGÜE DE CALIDAD: DIAGNOSTICO.</b>	<b>565</b>
<i>IRIZAR-HUGUET J.</i>	
<b>CB - 209.- EL CLIENTE COMO CENTRO DE NUESTRA ATENCIÓN, MEJORANDO EN TIEMPOS DE CAMBIO.</b>	<b>567</b>
<i>BARAHONA-ORPINELL M, SOLS-LLADÓ P, ABRIL-BISBAL L, ALONSO-CARRASCO T, PUJOL-COLOMER J, JOVER-MORENO A.</i>	
<b>CB - 210.- ¿PODRE CONDUCIR?.</b>	<b>568</b>
<i>AIZPURU-DE LA HOZ F, LARRINAGA-LLAGUNO N, GONZALEZ-REGUEROS A, BILBAO-SAEZ DE PARAYUELOS I, PORTUONDO-JIMENEZ J, LARRINAGA-LLAGUNO M.</i>	
<b>CB - 211.- UNIDAD DE GESTIÓN DE CONFLICTOS SANITARIOS COMO MÉTODO PIONERO EN EL MANEJO DE LAS CONTROVERSIAS.</b>	<b>569</b>
<i>CUEVAS-SAIZ S, RUIZ-SAENZ A, AGUIRRE-OTEIZA R, HERNANDEZ-HERRERO M, CAYON-DE LAS CUEVAS J.</i>	
<b>CB - 212.- EVALUAR EL IMPACTO DEL BLOG DEL COMITÉ DE ÉTICA DEL ÁREA SANITARIA I.</b>	<b>570</b>
<i>GARCIA-SASTRE-GARCIA E, DE DIOS-DEL VALLE R.</i>	
<b>CB - 213.- PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y LOS MALOSTRATOS EN PROFESIONALES SANITARIOS.</b>	<b>571</b>
<i>PERLADO-DEL CAMPO E, ESTUPIÑÁN-ROMERO FR, BARRASA-VILLAR JI.</i>	
<b>CB - 214.- ÍNDICE DE OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO TRAS LA INFORMATIZACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN QUIRÚRGICA.</b>	<b>572</b>
<i>VÁREZ-PASTRANA MA, PUJOL-BALCELLS J, MORET-FERRÓN ML.</i>	

<b>CB - 215.- CÓMO MEJORAR LA PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS CON LAS UNIDADES DE ATENCIÓN AL USUARIO EN UNA DIRECCIÓN ASISTENCIAL.</b>	<b>573</b>
<i>LÓPEZ-GÓMEZ C, MALLO-FERNÁNDEZ JM, SERRADILLA-CORCHERO P, CURIESES-ASENSIO A, ALEJO-BRU N, ARROYO-MOROLLON J.</i>	
<b>CB - 216.- LA REPUTACIÓN SOCIAL DEL HOSPITAL COMO PRECURSOR DE LA PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES.</b>	<b>574</b>
<i>PÉREZ-JOVER V, NAVARRO I, LORENZO S, MIRA-SOLVES J.</i>	
<b>CB - 217.- PROYECTO "CHEF": UN SELLO DE CALIDAD.</b>	<b>575</b>
<i>GONZALEZ-BRAVO A, OYA-GIRONA E, VIDAL-ESTEVE E, ORTEGA-VILA Y, HERNANDEZ-VIDAL N, LORENTE-TEN E.</i>	
<b>CB - 218.- EL CONSEJO DE LOS PACIENTES: MEJORANDO EL EMPOWERMENT.</b>	<b>576</b>
<i>CARRERAS-VIÑAS M, GARCIA-CEPEDA B, MARTIN-RODRIGUEZ D, PAIS-IGLESIAS B, GRAÑA-GARRIDO I, RODRIGUEZ-PEREZ B.</i>	
<b>CB - 219.- LA ENFERMERA DE ENLACE: UNA GESTIÓN INDIVIDUALIZADA CON CADA PACIENTE. EXPERIENCIA PRÁCTICA CLÍNICA IMQ ZORROTZAURRE.</b>	<b>578</b>
<i>URRUTIA-JOHANSSON I, ENSUNZA-LAMIQUIZ P, GONZÁLEZ-SÁNCHEZ C, RUIZ DE OCENDA-GARCÍA MJ, RUIZ-SAN VICENTE B.</i>	
<b>CB - 220.- ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA ATENDIDA POR ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL.</b>	<b>580</b>
<i>MARTINEZ-SANCHEZ E, PEÑA-CAPSIR I, EGEA-FERRER M, CLARTE-JORBA A, SALVAT-BERTRAN N, DOBLADO-LOPEZ O.</i>	
<b>CB - 221.- MARCAJE PREOPERATORIO DEL ESTOMA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES OSTOMIZADOS.</b>	<b>581</b>
<i>LARZABAL-ARETXABALA A, SAN EMETERIO-IZACELAYA M.</i>	
<b>CB - 222.- PROYECTO NAIA: DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE UNA ESTACIÓN CLÍNICA INFORMATIZADA COMÚN PARA LA ENFERMERÍA DE OSAKIDETZA.</b>	<b>582</b>
<i>PEÑA-GONZÁLEZ ML, ABAD-GARCÍA R, SÁNCHEZ-MARTÍN I, GONZÁLEZ-LLINARES RM, GUTIERREZ-GARCÍA DE CORTÁZAR A, UBIS-GONZÁLEZ A.</i>	
<b>CB - 223.- CALIDAD DE VIDA EN UNA RESIDENCIA DE MAYORES MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL ESTREÑIMIENTO.</b>	<b>584</b>
<i>SALMERÓN-CIFUENTES MS, MARTÍNEZ-NIETO MJ, GARCÍA-TAPIAS MJ.</i>	
<b>CB - 224.- ESCUELA DE FAMILIAS DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN LA ZONA RURAL DE ÁLAVA.</b>	<b>586</b>
<i>AJONA-BARANDALLA A, DÍAZ DE ALDA-PEREA J, LIZALDE-IBAÑEZ B.</i>	
<b>CB - 225.- COLABORACIÓN SOCIOSANITARIA EN PACIENTE CRÓNICO: PARA LLEGAR LEJOS EN LA VIDA ES MEJOR IR ACOMPAÑADO.</b>	<b>588</b>
<i>ALVAREZ-GUERRAS O, GOMEZ-BRAVO B, HIDALGO-ARIAS M, SÁNCHEZ-BERNAL R, LLANOS-HERNANDEZ J, GONZALEZ-HIERRO A.</i>	
<b>Sesión de Comunicaciones Orales Breves. Sala A3-1.</b>	<b>589</b>
<b>Crónicos. CB – 226 / CB – 237</b>	
<b>CB - 226.- ESTRATIFICACION DE LA POBLACION EN SALUD MENTAL DE GIPUZKOA.</b>	<b>590</b>
<i>LEKUONA-SANZ L, IRUIN-SANZ A.</i>	
<b>CB - 227.- ASISTENCIA PSIQUIATRICA DOMICILIARIA AL ENFERMO CRONICO.</b>	<b>591</b>
<i>CORTAJARENA-GARCIA C, HERRERO-DÍAZ S, ASPIAZU-GÓMEZ PJ, RUIZ DE APODACA-FERNANDEZ DE ERIBE JA, GALDÓS-TOBALINA P, GUTIERREZ-SOLANA B.</i>	
<b>CB - 228.- ATENCION AL PACIENTE CRONICO COMPLEJO Y FRAGIL EN UN HOSPITAL TRAUMATOLOGICO DE TERCER NIVEL.</b>	<b>593</b>
<i>MEJÓN-BERGÉS R, JOVÉ-RIERA A, OLIVERAS-GIL M.</i>	
<b>CB - 229.- REVISIÓN DEL PROYECTO PILOTO DE IMPLANTACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN PARA REDUCIR EL RIESGO DE DIABETES EN ATENCIÓN PRIMARIA.</b>	<b>594</b>
<i>SILVESTRE-BUSTO C, GRANDES-ODRIOZOLA G, SAUTO-ARCE R, SÁNCHEZ-PÉREZ A, MARTINEZ-CARAZO C.</i>	
<b>CB - 230.- UNIDAD DE NUTRICIÓN EN UN HOSPITAL DE MEDIA LARGA ESTANCIA: RESULTADOS PRIMER AÑO.</b>	<b>596</b>
<i>ZAMORA-CAPITAN M, MERINO-PLAZA MJ, CARVAJAL-GAGO C, TENLLADO-DOBLAS P, CASTILLO-BLASCO M, ROCA-CASTELLÓ MR.</i>	
<b>CB - 231.- ESTRATEGIA EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE LA UNIDAD DE DÍA DE UN HOSPITAL DE SUBAGUDOS Y RESIDENCIAS GERIÁTRICAS.</b>	<b>598</b>
<i>DEL OLMO-MOCHOBÉ I, SÁNCHEZ-SÁNCHEZ J, MARCOS-ESCRIBANO L, GÓMEZ-PÉREZ L, ROLDAN-LARRASOAIN MJ, MAGDALENO-QUINTANAL AI.</i>	
<b>CB - 232.- ¿CONOCEMOS REALMENTE EL IMPACTO BIOPSIICOSOCIAL DEL INGRESO EN UN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO?.</b>	<b>599</b>
<i>LARRAÑAGA-GARAIKOTXEA N, GARCIA-GONZALEZ M, TELLERIA-ASTARLOA A, RODRIGUEZ-LORENZO MJ, BEREZIARTUA-UNZUETA A, CRESPIAN-AMAS A.</i>	
<b>CB - 233.- INNOVACIÓN ORGANIZATIVA: IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD DE DÍA EN UN HOSPITAL DE SUBAGUDOS.</b>	<b>600</b>
<i>URIGOITIA-UGARTE A, MARTINEZ-MARTINEZ LAURA, GARCIA-PEÑA P, GIL-MOLET A, HERRERIA-LAHERRAN R, HERNANDEZ-GIL A.</i>	

<b>CB - 234.- ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA.</b>	<b>602</b>
<i>ERAÑA-ARANAGA I, MATTHIES-BARAIBAR MC, MARTÍNEZ-MAGUNACELAYA J, LOPEZ-ORTIZ M, LARRINAGA-VELEZ M, URIARTE-URIARTE JJ.</i>	
<b>CB - 235.- LAS SESIONES CLINICAS COMO ESTRATEGIA DE GESTION DE RECURSOS Y DEL CONOCIMIENTO.</b>	<b>603</b>
<i>GUTIERREZ-ENCINAS I, BONILLO-CABALLERO M, POP VD, RODRIGUEZ-BONILLO I, MARTINEZ-VELASCO L, MARCOS-BORRAS I.</i>	
<b>CB - 236.- ICTUS Y SEXO ¿POSIBLE?.</b>	<b>605</b>
<i>LARRINAGA-LLAGUNO M, DE LA HOZ-AIZPURU F, BILBAO-SAEZ DE PARAYUELOS I, LARRINAGA-LLAGUNO N, PORTUONDO-JIMENEZ J, GONZALEZ-REGUERO A.</i>	
<b>CB - 237.- INTERVENCION ENFERMERA EN EL PACIENTE QUE ACUDE AL SERVICIOS DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE SUBAGUDOS.</b>	<b>606</b>
<i>ESTEBAN-OLALLA MB, CANTERO-CALDERÓN M, CARCEDO-CORRAL MC, SÁNCHEZ-CADAVEIRA JA, PÉREZ-POLO P, VILLAMOR-GOROSPE F.</i>	
<b>Sesión de Comunicaciones Orales Breves. Sala A3-4.</b>	<b>607</b>
<b>Competencias Profesionales. CB – 238 / CB – 249</b>	
<b>CB - 238.- RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA CAPSULA ENDOSCÓPICA EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN INCIERTO.</b>	<b>608</b>
<i>BAÑOS-MADRID R, SERRANO-LADRÓN DE GUEVARA S, MARTÍNEZ-OTÓN JA, MORÁN-SÁNCHEZ S, CARRIÓN-GARCÍA F.</i>	
<b>CB - 239.- JORNADAS DE HABILIDADES CLÍNICAS PARA ESTUDIANTES DE MEDICINA.</b>	<b>609</b>
<i>GARCÉS-SAN JOSÉ C, PABLO-CEREZUELA FJ, JAVIERRE-LORIS MA, DENIZON-ARRANZ S, MONREAL-HIJAR A.</i>	
<b>CB - 240.- MANUALES DE COMPETENCIAS DE MÉDICOS Y ENFERMERAS DEL TRABAJO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ.</b>	<b>610</b>
<i>HERCE-MUÑOZ AM, GALIOT-TORRES A, BREA-RIVERO P, MUÑOZ-CASTRO FJ.</i>	
<b>CB - 241.- DESPLIEGUE DE LA METODOLOGÍA ENFERMERA DENTRO DE LA RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA COMUNITARIA.</b>	<b>611</b>
<i>ERAÑA-ARANAGA MZ, MORENO-CALVETE MC, LOPEZ-ZABARTE MP, FENTANES-HERNANDEZ L, DEL CAMPO-GONZALO MT, RODRIGUEZ-ITURRIZAR AI.</i>	
<b>CB - 242.- NUEVOS ROLES DE ENFERMERIA (EGCA/EGEH) UN TRABAJO DE COORDINACION.</b>	<b>612</b>
<i>RODRIGUEZ-RODRIGUEZ B, ALFAMBRA-VICENTE S, GONZALEZ-MACHO R, HERRANZ-GONZALEZ C, SARDUY-AZCOAGA I, TELLECHEA-RODRIGUEZ MO.</i>	
<b>CB - 243.- AVANZANDO EN METODOLOGÍA ENFERMERA: NUESTRA EXPERIENCIA.</b>	<b>613</b>
<i>LOPEZ-IBÁÑEZ M, JIMÉNEZ-FERNÁNDEZ RM, FERRER-BÁS MP, LUCAS-GÓMEZ JM, DIAZ-VELAZQUEZ B, MARTÍNEZ-ROMERO C.</i>	
<b>CB - 244.- IMPACTO SOBRE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA UTILIZACIÓN DE SADME EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRITICOS.</b>	<b>615</b>
<i>PORTUONDO-JIMENEZ J, MARTINEZ-LESTON M, MARTINEZ-MEJUTO A, SANCHEZ-MENDEZ E.</i>	
<b>CB - 245.- ENTRENAMIENTO EN COMPETENCIAS CLAVE PARA LA ATENCION EN SITUACIONES CRÍTICAS.</b>	<b>616</b>
<i>MADRIGAL-PARRADO JJ, FERNANDEZ-RODRIGUEZ M, CALLEJA-LOPEZ M, MARTIN-GONZALEZ V.</i>	
<b>CB - 246.- FORMACIÓN CONTINUA DEL PERSONAL DE LA UAU DE UN EAP. UN EJEMPLO CONCRETO.</b>	<b>617</b>
<i>HURTADO-COLMENERO N, BAIGET-ORTEGA A, PERIS-GRAO A, MUÑOZ-ROLDAN A, GASCÓN-FERRET J, BRUGUES-BURGUES A.</i>	
<b>CB - 247.- FACTORES DETERMINANTES DE LA SATISFACCIÓN Y COMPETENCIAS DE LAS ENFERMERAS: ANÁLISIS PRELIMINAR.</b>	<b>618</b>
<i>LANDETA-RODRIGUEZ J, ALONSO-PEREZ L, BILBAO-GONZALEZ A.</i>	
<b>CB - 248.- IMPACTO DEL ENTORNO DE PRÁCTICA Y LAS COMPETENCIAS TÉCNICAS ENFERMERAS EN LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES.</b>	<b>619</b>
<i>TORIBIO-MONTERO JC, MORALES-ASENCIO JM, CANCA-SÁNCHEZ JC.</i>	
<b>CB - 249.- CELEBRACIÓN DEL DÍA MUNDIAL DE LA HIGIENE DE MANOS: PROMOCION A TRAVÉS DEL JUEGO.</b>	<b>621</b>
<i>BONILLA-ESCOBAR BA, BIURRUN-LARRALDE A, MARIN-GUERRERO AC.</i>	
<b>Sesión de Comunicaciones Orales Breves. Sala C1.</b>	<b>622</b>
<b>Variabilidad de la Práctica Clínica y Protocolización Clínica. CB – 250 / CB – 261</b>	
<b>CB - 250.- CAMINANDO DE LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA: IMPLANTAR GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS (GBP). NUESTRA EXPERIENCIA.</b>	<b>623</b>
<i>GUERRA-BERNAL FJ, RODRÍGUEZ-SOBERADO MP, CANTÓN-ÁLVAREZ B, SÁNCHEZ-MUÑOZ MT, MARTÍN-MONJAS S.</i>	
<b>CB - 251.- PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA EN TRAUMATISMOS DE MIEMBROS INFERIORES INMOVILIZADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. ¿CÓMO LO HACEMOS?.</b>	<b>624</b>
<i>DOBLADO-LÓPEZ O, GÓMEZ-LASO E, CRESPO-PALAU C, OCAÑA-ALVES J, MARCH-SEGUÍ IM.</i>	

<b>CB - 252.- FARMACOLOGÍA Y ESTIMULACIÓN NERVIOSA ELÉCTRICA DE LA MANO EN LA CISTITIS INTERSTICIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.</b>	<b>625</b>
<i>MOSCATIELLO P, JIMENEZ-TOSCANO M, VALLE-MARTÍN B, LLORENTE-ABARCA C, VEGA-MENENDEZ D, FLÓREZ-GARCÍA MT.</i>	
<b>CB - 253.- IMPLANTACION DE UN CHECK LIST PREVIO AL INICIO DE TRATAMIENTO CON SORAFENIB EN PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA AVANZADO.</b>	<b>626</b>
<i>MORÁN-SÁNCHEZ S, SEVILLA-CÁCERES L, SERRANO-LADRÓN DE GUEVARA S, CARRIÓN-GARCÍA F, TORREGROSA-LLORET M, MARTÍNEZ-OTÓN JA.</i>	
<b>CB - 254.- INSTRUCCIONES AL ALTA EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL(TAO) EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.</b>	<b>627</b>
<i>PUERTAS-ERAUSO P, CID-JIMÉNEZ I, AMOROS-GARCIA R, MOZOTA-DUARTE J, CONDÓN-ABANTO AI.</i>	
<b>CB - 255.- DEFINICIÓN DE UNA TRAYECTORIA CLÍNICA PARA LA DIABETES TIPO 2 UN EJEMPLO DE IMPLICACIÓN E IMPLEMENTACIÓN.</b>	<b>628</b>
<i>ESCUADERO-QUILEZ C, RIPOLLES-VICENTA R, NAVARRO-LLORACH M, BEL-FERRE N, SOLA-MIRAVETE E, GARCIA-QUERALT R.</i>	
<b>CB - 256.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.</b>	<b>629</b>
<i>HERNÁEZ-VENTADES ML, MENDIA-BILBAO I, FRETÍN- A, SÁNCHEZ-FERNÁNDEZ M, LÓPEZ-PUENTE Y, VEIGA-DÍAZ M.</i>	
<b>CB - 257.- UTILIDAD DEL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE LA ITU EN UN HOSPITAL DE ASISTENCIA A PACIENTES CRÓNICOS DE LARGA ESTANCIA.</b>	<b>631</b>
<i>GARCÍA-GASCÓ P, CASTILLO-BLASCO M, ROCA-CASTELLÓ MR, BOTELLA-TRELIS J, SORIA-ROMERO E, MERINO-PLAZA MJ.</i>	
<b>CB - 258.- LA PRESCRIPCIÓN DE LOS SYSADOAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTROSIS EN LA CAPV.</b>	<b>633</b>
<i>RADA-FERNÁNDEZ DE JAUREGI D, GUTIÉRREZ-IBARLUZEA I, IBARGOYEN-ROTETA N, MATEOS-DEL PINO M, REGIDOR-FUENTES I, DOMINGO-RICO C.</i>	
<b>CB - 259.- ESTUDIO COMPARATIVO DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES INTERVENIDOS DE CATARATAS EN DOS UNIDADES CMA DEL H MORALES MESEGUER.</b>	<b>634</b>
<i>VICENTE-MARTÍNEZ R, HELLÍN-GARCÍA MJ, SÁNCHEZ-BAUTISTA S, MARTÍNEZ-MARTÍNEZ ML, LAJARA-BLESA J.</i>	
<b>CB - 260.- PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE LA PROTOCOLIZACIÓN COMO SISTEMÁTICA DE TRABAJO EN UN HOSPITAL TERCIARIO.</b>	<b>635</b>
<i>GARCÍA-MATA JR, VELA-MARQUINA ML, PÉREZ-PÉREZ A, VERGARA-UGARRIZA JM, GARCÍA-JIMÉNEZ I, GALICIA-FLORES T.</i>	
<b>CB - 261.- INDICADORES DE ENFERMERÍA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. EVALUACIÓN TRAS 2 AÑOS DE IMPLANTACIÓN.</b>	<b>636</b>
<i>PEÑA-CAPSIR I, DOBLADO-LOPEZ O.</i>	
<b>Sesión de Comunicaciones Orales Breves. Sala B3.</b>	<b>638</b>
<b>Farmacia. CB – 262 / CB – 273</b>	
<b>CB - 262.- EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN DE INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS COMPLEMENTARIO AL DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA.</b>	<b>639</b>
<i>BILBAO-AGUIRREGOMEZCORTA J, FLORISTÁN-IMÍZCOZ C.</i>	
<b>CB - 263.- INSTAURACIÓN DE UN PROCESO DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS AL ALTA HOSPITALARIA.</b>	<b>640</b>
<i>FLORISTÁN-IMÍZCOZ C, ALVAREZ-DE LA FUENTE E, BILBAO-AGUIRREGOMEZCORTA J.</i>	
<b>CB - 264.- COORDINACIÓN ENTRE EL SERVICIO DE FARMACIA Y LAS UNIDADES DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DE BOTIQUINES DE MEDICAMENTOS.</b>	<b>641</b>
<i>GARCÍA-VERDE MJ, BARDÁN-GARCÍA B, RODRÍGUEZ-PENÍN I, GRANERO-LÓPEZ M.</i>	
<b>CB - 265.- EVOLUCION DE LAS PRESCRIPCIONES DE MEDICAMENTOS ESTUPEFACIENTES.</b>	<b>642</b>
<i>ELIZONDO-LÓPEZ DE LANDACHE I, LÓPEZ-AYARZAGÜENA G, RUIZ-VAQUERO E, BRACERAS-IZAGUIRRE L, GARDEAZABAL-ROMILLO MJ, ACEVEDO-HERANZ P.</i>	
<b>CB - 266.- OPTIMIZACIÓN DE LA PREPARACIÓN DE DOSIS UNITARIAS Y PEDIDOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA MEDIANTE LA SEMIAUTOMATIZACIÓN.</b>	<b>643</b>
<i>MURUAGA-MARÍN JM, AGUAYO-REJANO R, RAMÍREZ-SÁNCHEZ A, GARMENDIA-URQUIZU E, ARRIZABALAGA-ARRIZABALO MJ, GÓMEZ-TIJERO N.</i>	
<b>CB - 267.- INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS EN PACIENTES POLIMEDICADOS.</b>	<b>644</b>
<i>MOZOTA-DUARTE J, PORTILLO-BERNARD B, VICENT-CASTILLO A, MUÑOZ-ALBALADEJO P, OUVAROVSKAIA- V, VILLAYERDE-ROYO MV.</i>	
<b>CB - 268.- PREPARACIÓN ASISTIDA, SEGURA Y EFICIENTE DE TRATAMIENTOS ONCO-HEMATOLOGICOS.</b>	<b>645</b>
<i>ACHAU R, PORTA-OLTRA B, HERNANDEZ M, ABELLA A, ADAN C, MARTINEZ MA.</i>	
<b>CB - 269.- ESTUDIO DE EVALUACIÓN Y MEJORA DE UN SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.</b>	<b>646</b>
<i>GARCIA-HERRERO R, LOPEZ-PICAZO-FERRER J, CANOVAS-GARCIA JD, GALINDO-RUEDA MM, MENDOZA-OTERO F, GARCIA-MOLINA O.</i>	

<b>CB - 270.- EL SERVICIO DE FARMACIA EN LA IMPLANTACIÓN Y VALIDACIÓN FARMACEÚTICA DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA.</b>	<b>647</b>
TORO-CHICO P, PÉREZ-ENCINAS M, SANZ-MÁRQUEZ S, LORENZO-MARTÍNEZ S, POLANCO-PAZ MM.	
<b>CB - 271.- INDICADORES DE PRESCRIPCIÓN EN DIFERENTES ÁMBITOS SANITARIOS.</b>	<b>648</b>
ACEVEDO-HERANZ P, ECHETO-GARCIA A, ELIZONDO-LÓPEZ DE LANDACHE I, GARDEAZABAL-ROMILLO MJ, BRACERAS-IZAGUIRRE L, ZUBIZARRETA-AIZPURUA A.	
<b>CB - 272.- OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO DE VALIDACIÓN DE ORDENES MÉDICAS MEDIANTE LA VALIDACIÓN TRANSVERSAL.</b>	<b>650</b>
BAZA-MARTÍNEZ B, PASCUAL-BEDIA JA, CAMPINO-VILLEGAS A, SERRANO-DE LUCAS L, BASKARAN-KALTZAKORTA Z, SAUTUA-LARREATEGUI S.	
<b>CB - 273.- ESTUDIO DE LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE EPOETINA ALFA EN UN HOSPITAL TERCARIO.</b>	<b>651</b>
YURREBASO-IBARRECHE MJ, LOIZAGA-DÍAZ I, GOIKOLEA-UGARTE FJ, VALLINAS-HIDALGO S, PÉREZ-ESPAÑA Z, FERNANDEZ-DÍAZ E.	
<b>Sesión de Comunicaciones Orales Breves. Sala C3.</b>	
<b>Seguridad Clínica. CB – 274 / CB – 286</b>	<b>652</b>
<b>CB - 274.- DESARROLLO DE LAS UNIDADES FUNCIONALES DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA EN UNA COMUNIDAD AUTONOMA.</b>	<b>653</b>
ÁLAVA-CANO F, GENS BARBERA-GENS BARBERA MGB, OLIVA-OLIVA G, LUSHCHENKOVA- O, GARCIA-CARBAJO A, DAVINS-MIRALLES J.	
<b>CB - 275.- LA TELEMONITORIZACION COMO HERRAMIENTA DE AYUDA EN LA GESTION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO.</b>	<b>654</b>
ROMO-SOLER MI, CAIRO-ROJAS MC, GARCIA-ASENSIO J, MARTIN-LESENDE I, LARRAÑAGA-GARITANO JM.	
<b>CB - 276.- MANUAL DE RECOMENDACIONES EN SEGURIDAD CLÍNICA PARA UN SISTEMA DE EMERGENCIAS MÉDICAS.</b>	<b>655</b>
ALBERRO-ARANZASTI B, FERNANDEZ-RUIZ N, UNANUE-MUNDUATE T, URIONABARRENECHEA-OLABARRIAGA O, VIRTUS-ALDANONDO I, GABIKAGOJEASKOA-BERISTAIN A.	
<b>CB - 277.- EVITANDO CAÍDAS: CUANDO EL ESLABÓN SE ROMPE EL PACIENTE SE CAE EXPERIENCIA PRÁCTICA DE LAS CLINICAS IMQ.</b>	<b>656</b>
GRIJALBA-MONEDERO B, QUINTANILLA-VELASCO I, GARCÍA-APARICIO S, URRACA-VILLAR A, URRUTIA-JOHANSSON I, POZUELO-JUAN S.	
<b>CB - 278.- LÍMPIALAS POR TI Y POR LOS DEMÁS.</b>	<b>658</b>
MARTÍN-IZQUIERDO A, JIMÉNEZ-GÓMEZ C, GARCÍA-GUTIERREZ ML, GARCÍA-CORRALIZA M, ALBERTOS-CARRIÓN C, RAPP-FERNÁNDEZ P.	
<b>CB - 279.- EVALUACIÓN DEL PROYECTO SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL PLAN DE CALIDAD DE UN HOSPITAL REGIONAL.</b>	<b>659</b>
ENRÍQUEZ-MAROTO MF, RUEDA-DOMINGO MT, SANTOS-BOX C, RODRÍGUEZ-DEL ÁGUILA MM, FERNÁNDEZ-SIERRA MA, MORALES-TORRES JL.	
<b>CB - 280.- CAÍDAS EN EL HOSPITAL : ¿PENSAMOS EN LA MEDICACIÓN?.</b>	<b>660</b>
ECHAVE-RUIZ L, IBARRA-HERNANDEZ K, YURREBASO-IBARRECHE MJ, UTRERA-MORENO ML, AGUIRREZABAL-ARREDONDO AV, ALVAREZ-LAVÍN M.	
<b>CB - 281.- NO SÓLO DE IDENTIFICAR RIESGOS VIVEN LAS UNIDADES FUNCIONALES. IMPORTANCIA DE ELABORAR PRÁCTICAS SEGURAS.</b>	<b>661</b>
OLIVERA-CAÑADAS G, SANZ-DEL OSO JJ, DRAKE-CANELA M, CAÑADA-DORADO A, CORNEJO-GUTIERREZ A, ZAMARRÓN-FRAILE E.	
<b>CB - 282.- COMO SE ABORDAN LOS CASOS CENTINELA: A PROPOSITO DE UN CASO.</b>	<b>662</b>
SAGRERA-FELIIP C.	
<b>CB - 283.- NORMALIZACIÓN DE UN CHECK LIST INFORMATIZADO DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA EN UN GRUPO SANITARIO.</b>	<b>664</b>
BLANCO-RODRÍGUEZ M.	
<b>CB - 284.- TRAZABILIDAD ELECTRÓNICA COMPLETA DEL PROCESO TRANSFUSIONAL. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.</b>	<b>665</b>
HERNÁNDEZ-VIDAÑA AM, MORENO-AGUILAR R, RIOS-TAMAYO R, GARCÍA-RUIZ MA, JURADO-CHACÓN M, PÉREZ-ZENNI FJ.	
<b>CB - 285.- PAPEL CLAVE DEL COORDINADOR DEL CHECKLIST: POR EL RIGOR Y EL TRABAJO EN EQUIPO.EXPERIENCIA PRÁCTICA DE LA CLÍNICA IMQ.</b>	<b>666</b>
URRUTIA-JOHANSSON I, GUERRA-ZALDUA N, ROMANO-PLANILLO MJ, MUÑOZ-NUÑEZ E, ONDARZA-LUNO-BILBAO E.	
<b>CB - 286.- INCIDENTES Y SOLUCIONES: ERRORES DE MANEJO DEL ANCIANO AGITADO EN UN SALA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS.</b>	<b>667</b>
RICARTE-URBANO E, GROS-BAÑERES B, PES MM, PALAZON-SAURA P, HERRER-CASTEJON A, CORTES MA.	
<b>Sesión de Comunicaciones Orales Breves. Sala BT1.</b>	
<b>Eficiencia. CB – 287 / CB – 299</b>	<b>669</b>
<b>CB - 287.- INTERACCIÓN CON LA CIUDADANÍA. CONSEJOS PARA LA UTILIZACIÓN EFICIENTE DE NUESTROS SERVICIOS.</b>	<b>670</b>
GARMENDIA-GOMEZ J.	

<b>CB - 288.- SOLICITUD DE RX DESDE EL TRIAJE DE URGENCIAS. VALORACIÓN DE COSTO-BENEFICIO Y EFECTO EN LA CALIDAD ASISTENCIAL.</b>	<b>672</b>
<i>VELA-FERNANDEZ A, AGINAGA-BADIOLA JR, BENITO-FRANCISCO E, MARCELLAN-NARROS C, BUSCA-OSTOLAZA P, GONZALEZ-URDAMPILLETA L.</i>	
<b>CB - 289.- APLICACIÓN PLAN SOSTENIBILIDAD AL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>	<b>674</b>
<i>GARCÍA-GARCÍA JJ, FAJARDO-SAMPER M, PLANAS-TAPIAS MJ, JABALERA-CONTRERAS M.</i>	
<b>CB - 290.- OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN PACIENTES CIRRÓTICOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL GENERAL.</b>	<b>676</b>
<i>MARTÍNEZ-OTÓN JA, CARRIÓN-GARCÍA F, MORÁN-SÁNCHEZ S, SERRANO-LADRÓN DE GUEVARA S, BAÑOS-MADRID R.</i>	
<b>CB - 291.- APORTACION DE LA ENFERMERIA, EN EL AREA DE DIGESTIVO, A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO.</b>	<b>677</b>
<i>RODRIGUEZ- R, VILLAR-ARNAL MT.</i>	
<b>CB - 292.- GESTIÓN EFICIENTE DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL: CREACIÓN DE UN CUADRO DE MANDO.</b>	<b>678</b>
<i>MARTÍNEZ-MOURIN C, NICOLÀS-ALCON I, ALONSO-CARRASCO T, PUJOL-COLOMER J, PUJOL-BORRÀS D, GUIJARRO-PÉREZ AM.</i>	
<b>CB - 293.- ESTUDIO DE TIEMPOS ASISTENCIALES Y CÁLCULO DE LA CAPACIDAD DE LAS CONSULTAS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.</b>	<b>679</b>
<i>HERRERA-CARRANZA M, PADILLA-GARRIDO N, AGUADO-CORREA F, CARPIO-MUÑOZ V.</i>	
<b>CB - 294.- IMPACTO DE UN FORMULARIO ELECTRÓNICO DE SOLICITUD ANALÍTICA URGENTE SOBRE LA EFICIENCIA Y LA CALIDAD ASISTENCIAL.</b>	<b>680</b>
<i>PÉREZ-MORENO M, ALOY-DUCH A, MARTÍN-SÁNCHEZ E, SAURA-AGEL P, VILLÀ-BLASCO MC, ROMEU-GARCIA R.</i>	
<b>CB - 295.- PROGRAMAS "SIN HUMOS" EN UNIDADES DE PSIQUIATRÍA Y PROMOCION DE LA SALUD FÍSICA: MEJORANDO LA CALIDAD Y LA EFICIENCIA.</b>	<b>681</b>
<i>ARRIBAS-HERNANDEZ A, BLANCO-MARTOS AI, GOMEZ-OLMEDA D, DEL ALAMO-JIMENEZ C.</i>	
<b>CB - 296.- DIAGNÓSTICO DEL PROCESO HOSPITALIZACIÓN EN EL CONSORCI SANITARI INTEGRAL: CUESTIÓN DE GORROS.</b>	<b>683</b>
<i>GIMENO-RUBERTE C, MOMPO-AVILES C, CARO-CEBADOR B, PUMAR-DELGADO D.</i>	
<b>CB - 297.- DIAGNÓSTICO DEL PROCESO HOSPITALIZACIÓN EN EL CONSORCI SANITARI INTEGRAL: ¿EL ORDEN DE LOS FACTORES AFECTA AL PRODUCTO?.</b>	<b>684</b>
<i>MOMPÓ-AVILÉS C, GIMENO-RUBERTE C, CARO-CEBADOR B, PUMAR-DELGADO D.</i>	
<b>CB - 298.- DIAGNÓSTICO DEL PROCESO HOSPITALIZACIÓN EN EL CONSORCI SANITARI INTEGRAL: SIMPLIFICANDO LO COMPLEJO.</b>	<b>686</b>
<i>CARO-CEBADOR B, GIMENO-RUBERTE C, PUMAR-DELGADO D, MOMPÓ-AVILÉS C.</i>	
<b>CB - 299.- GESTIÓN ENERGÉTICA: EL AHORRO A TRAVÉS DE LA EFICIENCIA.</b>	<b>688</b>
<i>BLANCO-RODRIGUEZ M, ALFARO-CADENAS L, MARTINEZ-RODRIGUEZ I, GARCÍA-FERNÁNDEZ L, ALVAREZ-POVEDA J, MUÑOZ-JIMENEZ F.</i>	
<b>Sesión de Comunicaciones Orales Breves. Sala BT2.</b>	<b>690</b>
<b>Gestión de Riesgos / Seguridad. CB – 300 / CB – 312</b>	
<b>CB - 300.- DESARROLLO Y MEJORA DE LA COMUNICACIÓN EN UN PROYECTO INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DE PACIENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID.</b>	<b>691</b>
<i>MORÓN-MERCHANTE FJ, ÁLVAREZ-RODRÍGUEZ J, LUENGO-ALARCIA MJ, ALONSO-OVIES A, TORRES-GONZÁLEZ JI .</i>	
<b>CB - 301.- ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO: VALORACIÓN DEL RIESGO EN PACIENTES PSICOGERIÁTRICOS.</b>	<b>692</b>
<i>CARVAJAL-PRIETO E, ESCUTÈ-AMAT M, ALONSO-ORTEGA A, DEL PINO-CAMARA J, GRIMAL-MELENDO I, QUÍLEZ-JOVER J.</i>	
<b>CB - 303.- DISEÑO DE UNA GUIA DE ACOGIDA AL PACIENTE COMO INSTRUMENTO DE MEJORA DE LA EFICIENCIA Y SEGURIDAD.</b>	<b>694</b>
<i>HERNÁNDEZ-SANSALVADOR M, LERMA-GAUDE V.</i>	
<b>CB - 304.- GUIA PRÁCTICA DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS POR VÍA INTRAVENOSA EN EL MEDIO HOSPITALARIO.</b>	<b>695</b>
<i>SUBIELA-GARCIA JA, ABELLON-RUIZ J, DIAZ-LLANERA I, MUÑOZ-SÁNCHEZ M, DIAZ-MARTINEZ AN.</i>	
<b>CB - 305.- FORMACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICA ON-LINE EN SEGURIDAD CLÍNICA: RESULTADOS OBTENIDOS Y ELEMENTOS DE MEJORA DETECTADOS.</b>	<b>697</b>
<i>UNANUE-MUNDUATE T, ALBERRO-ARANZASTI B, BLANCO-COCA R, ROCHA-LLORENTE MV, VIRTUS-ALDANONDO I, ZABALETA-BASURTO A.</i>	
<b>CB - 306.- VALORACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL, UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA TRAS EL TRASLADO A UN NUEVO EDIFICIO.</b>	<b>698</b>
<i>LOZANO-BALLESTER MJ, CONTESSOTTO-SPADETTO C, IBARRA-MARTÍNEZ C, MUÑOZ-SÁNCHEZ M, ROS-MUÑOZ BF, MARTÍNEZ-ALBALADEJO Y.</i>	

<b>CB - 307.- "EN SUS MARCAS, LISTOS...": PRIMERA EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE UN ÁREA SANITARIA.</b>	<b>699</b>
<i>DULANTO-BANDA RA, MINGO-BLANCO M, TORIJANO-CASALENGUA ML.</i>	
<b>CB - 308.- PEQUEÑOS CAMBIOS EN LAS RUTINAS, GRANDES AVANCES EN LA SEGURIDAD DE LA MADRE Y DE SU HIJO.</b>	<b>700</b>
<i>RODRÍGUEZ-BLANCO MA, UCEIRA-REY S, RODRÍGUEZ-CASTAÑO M, ROMERO-SABORIDO E, BÓVEDA-FERNÁNDEZ MP, FONTÁN-MADARNÁS SM.</i>	
<b>CB - 309.- ESTRATEGIA PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA NORMA UNE 179003 DE GESTIÓN DE RIESGOS EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA.</b>	<b>702</b>
<i>CARRERAS-VIÑAS M, MARTÍN-RODRÍGUEZ MD, RODRÍGUEZ-CASTAÑO M, LALE-CANDAL M, GARCÍA-RIVELA L, CANDIA-BOUSO B.</i>	
<b>CB - 310.- SISTEMA DE NOTIFICACIÓN EN SEGURIDAD DE PACIENTES: SEIS AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA.</b>	<b>703</b>
<i>RIVERA-HERNANDO A, VEGA-MORENO I, MERCADER-ANGUIANO J, MANZANO-RAMÍREZ A, ALVAREZ-MOREZUELAS MN, MARTINEZ-MARTINEZ M.</i>	
<b>CB - 311.- REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE AGRESIONES EN CONSULTAS EXTERNAS.</b>	<b>704</b>
<i>FERNANDEZ-GONZALEZ MJ, MARTINEZ-MARTIN C, GARCIA-SAN MARTIN S, MUR DE VIU-BERNAD C, ALVAREZ DEL VALLE-LAVESQUE L, CARRASCOA-BERNALDEZ JM.</i>	
<b>CB - 312.- FORMACIÓN E INFORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS EN MÓSTOLES.</b>	<b>706</b>
<i>GALINDO-GALLEGO M, GARCÍA-ROMO E, VARGAS-TORRES R, GARCÍA-RODRIGO R, TARÍN-VICENTE MN, QUIBEN-PEREIRA R.</i>	
<b>Sesión de Comunicaciones Orales Breves. Sala A3-1.</b>	<b>707</b>
<b>Evaluación de la Calidad y Resultados. CB – 313 / CB – 339</b>	
<b>CB - 313.- EVALUACIÓN DE LAS SUSPENSIONES QUIRÚRGICAS COMO INDICADOR DE CALIDAD EN NUESTRO HOSPITAL.</b>	<b>708</b>
<i>GUILLÉN-PAREDES MP, SORIA-ALEDO V, AGUAYO-ALBASINI JL, VERDÚ-FERNÁNDEZ MA, GARCÍA-GARCÍA ML, GARCÍA-MARÍN JA.</i>	
<b>CB - 314.- ¿CÓMO ANDAMOS DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL?.</b>	<b>709</b>
<i>ARELLANO-MORATA C, LÓPEZ-ACUÑA MP, PARRA-HIDALGO P, FONSECA-MIRANDA YA, CALLE-URRA JE, LÓPEZ-ROJO C.</i>	
<b>CB - 315.- DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PARC SANITARI SANT JOAN DE DÉU (PSSJD).</b>	<b>710</b>
<i>CRUZ-ANTOLIN AJ, DE LA PUENTE-MARTORELL ML, GARCÍA-CARO Y.</i>	
<b>CB - 316.- IMPULSO DE LA MEJORA CONTINUA A TRAVÉS DE LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN.</b>	<b>712</b>
<i>CARRASCO-PERALTA JA, TORRES-OLIVERA A, NÚÑEZ-GARCÍA D, CASTELLANO-ZURERA MM.</i>	
<b>CB - 317.- ¿DÓNDE NO HAY MEJORA DE LA CALIDAD...? ¿DE QUÉ NO HABLA LA CALIDAD...?.</b>	<b>713</b>
<i>QUINTÍN-GRACIA J, MORENO-NÚÑEZ P, GARCÍA-AISA JC, ALTARRIBAS-BOLSA E, GARCÍA-OREA MA</i>	
<b>CB - 318.- ¿TENEMOS ALTERNATIVA A LAS ENCUESTAS TRADICIONALES PARA MEDIR LA CALIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO?.</b>	<b>714</b>
<i>MARTINEZ-MARTINEZ A, ARCE-CAPARRÓS R, SEGARRA-CASTELLÓ L, HERNANDEZ-ROMEU AF, ORTEGA-DICHA MA.</i>	
<b>CB - 319.- UTILIZACIÓN DEL CUESTIONARIO DTSQ (SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES) EN DIABÉTICOS TIPO 2 POLIMEDICADOS.</b>	<b>715</b>
<i>GOROSTIZA-HORMAETXE I, ELIZONDO-LÓPEZ DE LANDACHE I, GARCIA-PUENTE E, ECHETO-GARCIA A, URRUTIA-LOSADA A, PORRAS-ARREGUI I.</i>	
<b>CB - 320.- UTILIZACIÓN DEL CUESTIONARIO EQ-5D-5L EN UNA COHORTE DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 POLIMEDICADOS.</b>	<b>716</b>
<i>GARCIA-PUENTE E, ECHETO-GARCIA A, ECHEVARRIA-DE RADA M, URRUTIA-LOSADA A, GARDEAZABAL-ROMILLO MJ, GOROSTIZA-HORMAETXE I.</i>	
<b>CB - 321.- ¿QUÉ ESTAMOS HACIENDO CON NUESTROS DIABÉTICOS?.</b>	<b>717</b>
<i>CALLE-IZA C, CEÑAL-BERJANO M, DE DIOS-DEL VALLE R.</i>	
<b>CB - 322.- ESTUDIO DE LA CALIDAD DEL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA EN UN HOSPITAL GENERAL.</b>	<b>718</b>
<i>MORÁN-SÁNCHEZ S, SEVILLA-CÁCERES L, SERRANO-LADRÓN DE GUEVARA S, BAÑOS-MADRID R, CARRIÓN-GARCÍA F, MARTÍNEZ-OTÓN JA.</i>	
<b>CB - 323.- ¿EXISTEN FACTORES PRONÓSTICOS QUE DETERMINEN MALA TOLERANCIA A LA COLONOSCOPIA, INFLUYENDO EN LA CALIDAD DE LA MISMA?.</b>	<b>719</b>
<i>SEVILLA-CÁCERES L, MARTÍNEZ-OTÓN JA, CARRIÓN-GARCÍA F, TORREGROSA-LLORET M, SERRANO-LADRÓN DE GUEVARA S, MORÁN-SÁNCHEZ S.</i>	
<b>CB - 324.- CÁNCER DE COLON Y RECTO. ¿HACEMOS BIEN LAS COSAS QUE HAY QUE HACER?.</b>	<b>720</b>
<i>RAMÓN-ESPARZA T, LÓPEZ-ACUÑA MP, LÓPEZ-ROJO C, CALLE-URRA JE, PARRA-HIDALGO P, ARELLANO-MORATA C.</i>	
<b>CB - 325.- CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE: EVALUACIÓN DE INDICADORES, DIFUSIÓN DE RESULTADOS Y BENCHMARKING INTRACENTRO.</b>	<b>721</b>
<i>GONZALEZ E, SALLÉS M, GEMINA S, RODRIGUEZ L, ZARAGOZA M, ROBLES-ANTÚNEZ MD.</i>	
<b>CB - 326.- AUDIT DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: EXPERIENCIA EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN.</b>	<b>723</b>
<i>IBARROLA-IZURA S, LABIANO-TURRILLAS J, LIZARRAGA-URSUA Y, PALOMA-MORA B, GORDO-LUIS C.</i>	
<b>CB - 327.- ESTÁNDARES DE CALIDAD EN EL PROCESO DE GESTIÓN DE MEDICAMENTOS.</b>	<b>724</b>
<i>LLORET-MAYA A, MONTSERRAT-TORAN M, RIZO-GOMEZ A.</i>	

<b>CB - 328.- CALIDAD ASISTENCIAL EN RADIOTERAPIA DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE. ESTUDIO PROSPECTIVO EN 2963 PACIENTES.</b>	<b>725</b>
<i>HERNÁNDEZ-ARMENTEROS ML, PARDO-MASFERRER J, SOTO-PÉREZ R.</i>	
<b>CB - 329.- EVALUACIÓN DE LA NORMATIVA DE HIGIENE Y CIRCULACIÓN DEL BLOQUE QUIRÚRGICO: ESTUDIOS DE PREVALENCIA Y ACCIONES DE MEJORA.</b>	<b>726</b>
<i>ALOY-DUCH A, VÁZQUEZ-SÁEZ RM, RIU-ALBORN A T, NAVARRO-SOLA D, VILA-SENANTE M, BADIA-PÉREZ JM.</i>	
<b>CB - 330.- EVOLUCIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL COMARCAL 2006-2011. PERSPECTIVAS 2012.</b>	<b>727</b>
<i>FLORES-MARTÍN JA, MUÑOZ-SÁNCHEZ M, IBARRA-MARTÍNEZ C, ROS-MUÑOZ BF, CONTESSOTTO-SPADETTO C, LOZANO-BALLESTER MJ.</i>	
<b>CB - 331.- ESCALAS PRONÓSTICAS DE NEUMONÍAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.</b>	<b>728</b>
<i>MOZOTA-DUARTE J, MUÑOZ-ALBALADEJO P, HERNÁNDEZ-LOMERO A, CORONAS-MATEOS S.</i>	
<b>CB - 332.- IDENTIFICACION DE PACIENTES SUBSIDIARIOS DE AISLAMIENTO REAL O POTENCIAL E INFORMACION PROTOCOLIZADA EN Hª CLINICA.</b>	<b>730</b>
<i>SÁNCHEZ-SERRANO A, JIMÉNEZ-ANTÓN MM, CÁMARA-SIMÓN M, MORENO-SÁNCHEZ MD, IBARRA-MARTÍNEZ C, ROS-MUÑOZ BF.</i>	
<b>CB - 333.- LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA. EVALUACION DE LA CUMPLIMENTACION TRES AÑOS CONSECUTIVOS TRAS SU IMPLANTACIÓN.</b>	<b>731</b>
<i>RODRIGO-RINCÓN I, MARTÍN-VIZCAÍNO M, ZABALZA-LÓPEZ P, VILLALGORDO-ONTÍN P, TIRAPU-LEÓN B.</i>	
<b>CB - 334.- IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO "CUIDADOS DEL CATÉTER INTRAVENOSO PERIFÉRICO" (CCVP) EN TRES SECTORES DE LA CA DE ARAGÓN.</b>	<b>732</b>
<i>PÉREZ-MARTÍNEZ C, VICENTE-EDO M, CASANOVA-CARTIE N, VIDAL-MESEGUER AM, COMET-CORTÉS P.</i>	
<b>CB - 335.- IMPLANTACIÓN DEL REIKI COMO PRÁCTICA DEL CUIDADO ENFERMERO.</b>	<b>733</b>
<i>DÍAZ ZORITA-CALLEJA T.</i>	
<b>CB - 336.- ÁRBOL DE DECISIÓN. HERRAMIENTA DE PRIORIZACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA A PARTIR DE RESULTADOS DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN.</b>	<b>735</b>
<i>SAN SEBASTIAN-DOMINGUEZ JA, BILBAO-UNIBASO I, IZARZUGAZA-ITURRIZAR E, LLAMAS-HERMOSILLA AM, LATORRE-GUISASOLA M.</i>	
<b>CB - 337.- TIEMPO Y CALIDAD: UN BUEN TANDEM EN HEMOTERAPIA.</b>	<b>736</b>
<i>GOIKOETXEA J, BEDIA A, ZURBANO-DE MENDIVIL M, ARBERAS O, ARAS-IBARZABAL M, MELLADO-CANO E.</i>	
<b>CB - 338.- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS ROTURAS CARDIACAS POST-IAM.</b>	<b>737</b>
<i>CABALLERO-GARCÍA MJ, MARTINEZ-MORCILLO L, MOMPÓ-ÁLVAREZ F.</i>	
<b>CB - 339.- EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA CONVOCATORIA DE MEJORA DE LA CALIDAD DE 2011 EN UN SECTOR SANITARIO.</b>	<b>738</b>
<i>LÓPEZ-IBORT N, ARENERE-MENDOZA M, CASTÁN-RUIZ S, ESTUPIÑÁN-ROMERO FR, VALDERRAMA-RODRÍGUEZ M, BARRASA-VILLAR JI.</i>	
<b>Sesión de Comunicaciones Orales Breves. Sala A3-2.</b>	<b>739</b>
<b>Gestión de Procesos: Procesos, Guías Clínicas, Vías Clínicas. CB - 340 / CB - 366</b>	
<b>CB - 340.- PREVALENCIA LACTANCIA MATERNA, FACTORES CONDICIONANTES EN UN ÁREA HOSPITALARIA.</b>	<b>740</b>
<i>GOMEZ-FERNANDEZ C, MELERO-JIMÉNEZ V, AGUIRRE T, GARCIA-OREA-ALVAREZ M, FAJARDO-EXPOSITO M, DIAÑEZ G.</i>	
<b>CB - 341.- ANALISIS DEL ABSENTISMO DE LOS PACIENTES EN CONSULTAS EXTERNAS.</b>	<b>741</b>
<i>PEREZ-PEREZ E, DEL ALAMO-JIMENEZ C, HERRANZ-ORS FJ, CARRASCOSA-BERNALDEZ JM, MUR DE VIU-BERNA C, MARTÍNEZ-MARTÍN C.</i>	
<b>CB - 342.- ESTUDIO SOBRE INASISTENCIAS A CONSULTAS EN UN CENTRO DE ESPECIALIDADES.</b>	<b>743</b>
<i>IZQUIERDO-NAZAR MI, PÉREZ-JERÓNIMO L, SÁNCHEZ-GONZÁLEZ S, CRUZ-BARBUDO E, ABASCAL-PÉREZ MP, VILLAR-ESPANTOSO MP.</i>	
<b>CB - 343.- SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACCESO EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA 2007-2011.</b>	<b>745</b>
<i>MIGUEL-ABANTO MA, GÓMEZ-CIRIANO JI, RABANAL-BASALO A, LÓPEZ-MARTÍN-ARAGÓN MT, LÓPEZ-CABELLOS MA, IZQUIERDO-MAYORDOMO MJ.</i>	
<b>CB - 344.- PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL AREA DE URGENCIAS EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO LEVE. INDICADORES DE CUMPLIMIENTO.</b>	<b>746</b>
<i>PALAZON-SAURAS P, GARCES-SAN JOSE C, GROS-BAÑERES B, JAVIERRE-LORIS MA, RICARTE-URBANO E, HERRER-CASTEJON A.</i>	
<b>CB - 345.- MONITORIZACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LAS EXPLORACIONES ENDOSCÓPICAS.</b>	<b>747</b>
<i>MORAN-SANCHEZ S, SEVILLA-CACERES L, CARRIÓN-GARCIA F, MARTINEZ-OTÓN JA, SERRANO-LADRON DE GUEVARA S, MARTINEZ-GARCIA P.</i>	
<b>CB - 346.- IMPLANTACIÓN PROCESOS CLÍNICOS EN UN HOSPITAL TERCER NIVEL.</b>	<b>748</b>
<i>GONZÁLEZ-VIEJO MA, MEJÓN-BERGÉS R, MARTÍNEZ-IBÁÑEZ V, ALVAREZ-LORENZO C, CUXART-FINA A, OLIVERAS-GIL M.</i>	
<b>CB - 347.- INDICADORES DE CALIDAD. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS ALCANZADOS EN PACIENTES CON DETERIORO FUNCIONAL.</b>	<b>750</b>
<i>SALAZAR-DE LA GUERRA RM.</i>	
<b>CB - 348.- LA GESTIÓN POR PROCESOS EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA DEL HOSPITAL DE CAMPDEVÀNOL.</b>	<b>751</b>
<i>NICOLÁS-ALCÓN I, GRANÉ-ALSINA J, SOLER-FERRET L, RADOVÁN-GONÇALVES A.</i>	

<b>CB - 349.- MEJORANDO LA CALIDAD PERCIBIDA Y SEGURIDAD ALIMENTARIA DEL PACIENTE MEDIANTE EL DESARROLLO DEL PROCESO DE RESTAURACIÓN.</b>	<b>752</b>
<i>MACÍAS-RUIZ MT, ESCALONILLA-JURADO M, IGLESIAS-ÁLVAREZ MR, MORENO-MORENO ML, FERNÁNDEZ-MARTINEZ L, FERNÁNDEZ-GOMEZ AR.</i>	
<b>CB - 350.- GESTIÓN POR PROCESOS DE LA ORGANIZACIÓN: UN OBJETIVO ESTRATÉGICO.</b>	<b>754</b>
<i>BAULENAS-PARELLADA D, IBÁÑEZ-ROMAGUERA JM, DURAN-NAVARRO J, VICENTE-GARCIA M, NORTES-MUNTADAS V.</i>	
<b>CB - 351.- IMPACTO DE LA COLABORACIÓN ENTRE LA UNIDAD DE CALIDAD Y UN SERVICIO CLÍNICO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS NO CONFORMIDADES.</b>	<b>755</b>
<i>BILBAO-UNIBASO I, LATORRE-GUISASOLA M, BENITO-FERNANDEZ FJ, SAN SEBASTIAN-DOMINGUEZ JA, MINTEGI-RASO S, IZARZUGAZA-ITURRIZAR E.</i>	
<b>CB - 352.- GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA EN TIEMPOS DE CRISIS.</b>	<b>756</b>
<i>CARRASCOSA-BERNALDEZ JM, DEL ALAMO-JIMENEZ C, PEREZ-PEREZ E, MARTÍNEZ-MARTÍN C, MUR DE VIU-BERNA C, HERRANZ-ORS FJ.</i>	
<b>CB - 353.- PROCEDIMIENTO DE LLAMADA TELEFÓNICA AL PACIENTE EN PROGRAMA DE PALIATIVOS POR PROFESIONALES NO SANITARIOS DE UN ESAD.</b>	<b>758</b>
<i>DOMINGUEZ-LORENZO C, MOLINA-BALTANAS E, VICENTE-AEDO M, GARCÍA-VERDE I, MUELAS-GONZÁLEZ S, GARCÍA-HERVÍAS E.</i>	
<b>CB - 354.- MEJORA DE LA ESTANCIA PREOPERATORIA DE PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA MEDIANTE REDISEÑO DEL PROCESO.</b>	<b>759</b>
<i>MARÍN-SILVENTE C, ROLDÁN V, SARABIA-CONDE JM, ALCARAZ-MARTÍNEZ J, UREÑA I, CASTILLO JA.</i>	
<b>CB - 355.- EFECTIVIDAD DE LA LLAMADA PREQUIRÚRGICA EN PACIENTES INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA. 2007-2011.</b>	<b>760</b>
<i>BRUGOS-LLAMAZARES V, GOMEZ-CAGIGAS M, FLOREZ-PEREIRAS MA, FARIÑAS-ÁLVAREZ MC, ESCOBIO-GONZALEZ P, FERNANDEZ-BUSTAMANTE C</i>	
<b>CB - 356.- IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA.</b>	<b>761</b>
<i>CRUZ-GOMEZ J, DELGADO-VELILLA F, MORA-FERNANDEZ JR.</i>	
<b>CB - 357.- MANEJO DEL CÁNCER DE PULMÓN (CPCNP) EN EL CHOP CON ESPECIAL ÉNFASIS EN EL DIAGNÓSTICO MEDIANTE RADIOGRAFÍA DE TÓRAX.</b>	<b>762</b>
<i>PÉREZ-CACHAFEIRO S, LEYVA-VASQUEZ-CAICEDO M, PEREIRA-BARREIRO D, VERDINI-MONTEMUIÑOS R, ORIHUELA-PALOMINO A, LORES-AGUÍN ML.</i>	
<b>CB - 358.- MEJORAS ALCANZADAS TRAS LOS CAMBIOS ORGANIZATIVOS Y ESTRUCTURALES EN EL SERVICIO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN.CLÍNICAS IMQ.</b>	<b>764</b>
<i>ÁLVAREZ-HORNIA E, GUERRERO-UGARTE S, PÉREZ-SANTIAGO A, TRESPALACIOS-MARTÍN A, RUIZ-GARCÍA I, SOLÍS-POLO G.</i>	
<b>CB - 359.- INDICADORES DE CALIDAD. ANÁLISIS DE RESULTADOS ALCANZADOS EN PACIENTES CON PROCESO DE ORTOGERIATRÍA.</b>	<b>766</b>
<i>ESCOLANTE-CASTRO O.</i>	
<b>CB - 360.- TRES EJEMPLOS DE MEJORA Y UNA TEORÍA: LA REALIDAD Y LOS PILARES DEL CONTROL Y MEJORA DEL PROCESO. CLINICAS IMQ.</b>	<b>767</b>
<i>SOLÍS-POLO G, RUIZ-GARCÍA I, URRUTIA-JOHANSSON I, ECHEVERRÍA-ROCA M, FERNANDEZ-ÁLVAREZ J, FUENTES-FELIPE F.</i>	
<b>CB - 361.- GESTIÓN POR PROCESOS EN UNA UNIDAD DE LESIONADOS MEDULARES.</b>	<b>769</b>
<i>JAUREGUI-ABRISQUETA ML, IZARZUGAZA-ITURRIZAR E, CIVICOS-SANCHEZ N, ITURRIZAGA-ACEÑA I, SAEZ-CASADO JL, ZABALLA-FERNANDEZ R.</i>	
<b>CB - 362.- REVISION Y OPTIMIZACION DEL PROCESO DE LAVANDERÍA, TRAS LA REFORMA INTEGRAL DEL SERVICIO.</b>	<b>771</b>
<i>GRAÑA-CABO A, MARTINEZ-MARTINEZ M, IZAGUIRRE-ESNAOLA I, OYARZABAL-VALORIA S, PORRAS-SANTAMARIA A, ASCASIBAR-JACA D.</i>	
<b>CB - 363.- ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: SEMBRAR PARA RECOGER.</b>	<b>772</b>
<i>DÍAZ-SAMPEDRO E, OLAVARRÍA-BEIVIDE E, MARTÍN-ORTIZ A, BARAHONA-BUSTAMANTE E, FERNÁNDEZ-NÚÑEZ ML, LÓPEZ-MAZA R.</i>	
<b>CB - 364.- IMPLANTACION DE LA MEJORA CONTINUA EN EL PROCESO DE SERVICIOS INFORMATICOS: 6 AÑOS DE CAMINO RECORRIDO.</b>	<b>774</b>
<i>CONDE-AMBELEZ F, ASPILLAGA-BONILLA U, GUTIERREZ-FERNANDEZ A, SAINZ-DEL MOLINO A, SEGUROLA-ÁLVAREZ MG, MARCOS-RUIZ L.</i>	
<b>CB - 365.- GUÍAS QUE GUÍAN: UN PASO MAS PARA PARA DISMINUIR LA VARIABILIDAD CLÍNICA.</b>	<b>775</b>
<i>RIOS-VALLES L.</i>	
<b>CB - 366.- UTILIDAD DE UN MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS.</b>	<b>776</b>
<i>INIESTA-SÁNCHEZ J, ROS-GARCÍA VM, CORBALÁN-DÓLERA C, MUÑOZ-PÉREZ G, TERÓN-MARTÍNEZ MJ, SÁEZ-SOTO AR.</i>	
<b>Sesión de Comunicaciones Orales Breves. Sala A3-4.</b>	<b>777</b>
<b>Gestión y Organización de Servicios Sanitarios. CB – 367 / CB – 393</b>	
<b>CB - 367.- ELTABLÓN DE AVISOS, UN ELEMENTO FACILITADOR EN EL SEGUIMIENTO DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.</b>	<b>778</b>
<i>GABARI-MACHÍN MM.</i>	
<b>CB - 368.- REESTRUCTURACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN EN HOSPITAL DE DIA. UNA ACCIÓN DE MEJORA EN CALIDAD DESDE LA GESTIÓN POR PROCESOS.</b>	<b>780</b>
<i>MARTINEZ-VERGARA A, FONTCUBERTA-GARCIA N, PRIETO-SAN ANTONIO C, CEDRON L, FERNÁNDEZ-GALLEGOS A, PEREZ-DE OLAGUER J.</i>	

<b>CB - 369.- DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE PRIORITARIO.</b>	<b>781</b>
<i>ERRASTI-GUTIERREZ M, GARATE-GUISASOLA E, LETONA-ARAMBURU J, DIEZ-AZURMENDI L.</i>	
<b>CB - 370.- LOS ATLAS DE SALUD MENTAL: ¿UNA HERRAMIENTA DE ANÁLISIS DE SERVICIOS?. EL ATLAS DE SALUD MENTAL DE GIPUZKOA.</b>	<b>782</b>
<i>IRUIN-SANZ A, LEKUONA-SANZ L.</i>	
<b>CB - 371.- PRIMERA REFLEXIÓN ESTRATEGICA EN UNA ORGANIZACIÓN INTEGRADA. EL CASO DE LA RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA (RSMB).</b>	<b>783</b>
<i>LÓPEZ-ORTIZ M, ARRIZABALAGA-CALZACORTA M, PEREIRA-RODRIGUEZ C, VALENCIANO-GONZALEZ A, MARTÍNEZ-MAGUNACELAYA J, RODRÍGUEZ-ITURRIZAR A.</i>	
<b>CB - 372.- ISOCORRO!. NO QUEDA NADA EN EL MISMO SITIO.</b>	<b>785</b>
<i>SANTIAGO-GARCIA C, ALVAREZ-DOMINGUEZ GM, LEON-NAVARRO J, MORENO-VALERO MA, GARCIA-GARCIA J, GARCIA-GARCIA AL.</i>	
<b>CB - 373.- ADAPTÁNDONOS A LOS CAMBIOS IMPUESTOS: ¿LO HEMOS HECHO BIEN?.</b>	<b>786</b>
<i>SALADIE-VERNET MT, ENRI-FERNÁNDEZ E, ALCARRAZ-VERNET MC, SILVESTRE-GARCÍA E, COLLADO-CUCÒ A, NAVARRO-VELÁSQUEZ E.</i>	
<b>CB - 374.- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA:ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN SALUD MENTAL.</b>	<b>787</b>
<i>MAYORDOMO-ARNÁIZ E, CAÑAS-GARCÍA MT.</i>	
<b>CB - 375.- CÓMO LLEGAR A 3 610 PERSONAS EN LA REFLEXIÓN ESTRATÉGICA Y SACAR CONCLUSIONES. UN EJERCICIO DE PARTICIPACIÓN.</b>	<b>788</b>
<i>RUIZ-ETXEBARRIA MA, GUAJARDO-REMACHA J, REGULEZ-ARIÑO MP, SOTO-BEOBIDE A, LLARENA-CUEVAS MJ.</i>	
<b>CB - 376.- LA IMPORTANCIA DE LA COORDINACION CON EL SECTOR DEL EMPLEO PROTEGIDO EN LA REHABILITACION DE LAS PERSONAS CON T.M.S.</b>	<b>789</b>
<i>VIGUERA- L, IRIBAR-SORAZU K, APALATEGUI- N, ASKASIBAR- A, SAN VICENTE-OTAMENDI N, LEKUONA-SANZ L.</i>	
<b>CB - 377.- PROYECTO DE APERTURA DE UN HOSPITAL MILITAR A LA POBLACIÓN GENERAL: CRÓNICA DE UN ENCUENTRO.</b>	<b>790</b>
<i>LOPEZ-PALACIOS S, DELGADO-PÉREZ JM, LOPEZ-GOMEZ C, ALGUACIL-RODRÍGUEZ R, ESPINOSA-URBINA J, MOLINER-PRADA C.</i>	
<b>CB - 378.- EVALUACIÓN DE LOS NUEVOS ENFOQUES EN LA ATENCIÓN A LA CRONICIDAD. RESULTADOS AL APLICAR IEMAC 1.0.</b>	<b>791</b>
<i>GUILABERT- M, TORO N, CONTEL JC, MIRA-SOLVES JJ, SOLÁS O, NUÑO R.</i>	
<b>CB - 379.- CRÓNICA DE UN ENCUENTRO.PROYECTO DE APERTURA DE UN HOSPITAL MILITAR A LA POBLACIÓN GENERAL.</b>	<b>792</b>
<i>DELGADO-PÉREZ JM, ESPINOSA-URBINA J, ALGUACIL-RODRÍGUEZ R, MOLINER-PRADA C, LOPEZ-GOMEZ C, LÓPEZ-PALACIOS S.</i>	
<b>CB - 380.- PROYECTO NECUPA: COORDINACIÓN INTEGRAL DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL AREA LOCAL DE BILBAO.</b>	<b>793</b>
<i>BAÑUELOS-GORDON A, ROMO-ROMO MI, IBARRA-HERNANDEZ K, RUIZ-ETXEBARRIA MA, GARCIA-ASENSIO J, CAMPO-ARTOLA MA.</i>	
<b>CB - 381.- GRUPO FUNCIONAL DE GESTION SANITARIA Y SERVICIOS INFORMATICOS COMO ELEMENTO CLAVE PARA LA UNIFICACION HOSPITALARIA.</b>	<b>794</b>
<i>MANZANO-RAMIREZ A, BACIGALUPE-ARTACHO MT, LOPEZ-BARRUSO C, BEITIA-GARCIA DE ACILU CM, LOMA-OSORIO-MONTES A, BLANCO-DOMÍNGUEZ E.</i>	
<b>CB - 382.- PROYECTO NECUPA: COORDINACIÓN INTEGRAL DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL AREA LOCAL DE BILBAO.</b>	<b>795</b>
<i>CAMPO-ARTOLA MA.</i>	
<b>CB - 383.- UNIFICACIÓN DE LABORATORIOS CLÍNICOS DE UN HOSPITAL EN UN ÁREA CENTRAL MULTIDISCIPLINAR DE UN COMPLEJO HOSPITALARIO.</b>	<b>796</b>
<i>LEMA-PIÑEIRO I, GONZÁLEZ-ALVAREZ JM, GARCÍA-FERNÁNDEZ V, PÉREZ-GARCÍA I, ORTIGUEIRA-ESPINOSA JA, MORENO-MARTÍNEZ A.</i>	
<b>CB - 384.- SANIDAD PÚBLICA Y CIRUGÍA CONCERTADA ¿POR QUÉ SÍ?.</b>	<b>797</b>
<i>MENDEZ-MARTIN J, LOIZATE-TOTORICAGÜENA A, GÓMEZ-PALACIOS A, MERINO-VAL P, BARRIOS-TREVIÑO B, TAIBO-ASENCOR M.</i>	
<b>CB - 385.- REINICIANDO EL CAMINO A LA EXCELENCIA EN UNA ORGANIZACIÓN INTEGRADA. EL CASO DE LA RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA.</b>	<b>798</b>
<i>LOPEZ-ORTIZ M, MARTINEZ-MAGUNACELAYA MJ, ECHEBESTE-PORTUGAL M, ARRIZABALAGA-CALZACORTA M, PEREIRA-RODRIGUEZ C, RODRIGUEZ-ITURRIZAR A.</i>	
<b>CB - 386.- SOSTENIBILIDAD Y CALIDAD COMO OBJETIVO DE TODOS LOS PROFESIONALES, A TRAVÉS DE LOS CONTRATOS DE GESTIÓN.</b>	<b>799</b>
<i>CHACON-CARRASCO A , TORRAS-BOATELLA MG, CRESPO-BAQUERO R, RODRIGUEZ-CALA A, VIDAL-MILLA A, CALLE-RODRIGUEZ C.</i>	
<b>CB - 387.- PLAN FUNCIONAL DE LA REORGANIZACION HOSPITALARIA DE ALAVA: LA PARTICIPACION DE LOS PROFESIONALES COMO HERRAMIENTA CLAVE.</b>	<b>800</b>
<i>BLANCO-DOMINGUEZ E, BEITIA-GARCIA DE ACILU CM, BACIGALUPE-ARTACHO MT, MANZANO-RAMIREZ A, LOMA-OSORIO-MONTES A, LOPEZ-BARRUSO C.</i>	
<b>CB - 388.- EL PLAN DAR VALOR.</b>	<b>801</b>
<i>LÓPEZ-GÓMEZ C, ALEJO-BRÚ N, LOPEZ-PALACIOS S, SERRADILLA-CORCHERO P, CURIEESE-ASENSIO A, ARROYO-MOROLLÓN J.</i>	
<b>CB - 389.- ¿SOMOS RED? CREANDO UNA CULTURA ORGANIZATIVA DE COOPERACIÓN Y COLABORACIÓN EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA.</b>	<b>802</b>
<i>VÁZQUEZ-PÉREZ P, MARTÍNEZ-MAGUNACELAYA J, VALENCIANO-GONZÁLEZ A, RODRIGUEZ-ITURRIZAR A, LOPEZ-ORTIZ M, TORO-POLANCO N.</i>	

<b>CB - 390.- IMPORTANCIA DEL OBJETIVO ESPECÍFICO DEL CONTRATO PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA.</b>	<b>803</b>
<i>GARCÍA-LÓPEZ M, LÓPEZ-PALACIOS S, MALLO-FERNÁNDEZ JM, MOLINER-PRADA C, CURIESES-ASENSIO A, SERRADILLA-CORCHERO P.</i>	
<b>CB - 391.- INDICADORES DE SATURACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS: UNA HERRAMIENTA DE MEJORA.</b>	<b>804</b>
<i>VIÑADO-OTEO B, PARRILLA-HERRANZ P, PALAZÓN-SAURA P, POVAR-MARCO J, GROS-BAÑERES B, HERRER-CASTEJÓN A.</i>	
<b>CB - 392.- MEJORANDO LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON INTOXICACIONES MEDICAMENTOSAS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.</b>	<b>805</b>
<i>LARRODÉ-LECIÑENA I, HERRER-CASTEJÓN RA, GARCÉS-SAN JOSÉ C, REAL-CAMPAÑA JM, JAVIERRE-LORIS MA, GROS-BAÑERES MB.</i>	
<b>CB - 393.- AREAS DE MEJORAS EN EL AMBITO DE LOS INGRESOS PROCEDENTES DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE TERCEROS OBLIGADOS AL PAGO.</b>	<b>806</b>
<i>DEL VALLE-IÑIGUEZ B, BRAVO-SUAREZ E, PEREZ-PATXO L.</i>	
<b>Sesión de Comunicaciones Orales Breves. Sala C1.</b>	
<b>Gestión de la Innovación / Conocimiento – MBE / Tecnología / Comunicación.</b>	<b>807</b>
<b>CB – 394 / CB – 420</b>	
<b>CB - 394.- CALIDAD A TRAVES DE GEHITU, LA HISTORIA CLINICA DIGITAL.</b>	<b>808</b>
<i>CLAVERIA-VIRGILI G, ACHAERANDIO-GALDOS N, IJALBA I, ULIBARRENA-SAINZ M.</i>	
<b>CB - 395.- PLAN DE COMUNICACION INTERNA DE UN HOSPITAL Y SUS HERRAMIENTAS INFORMÁTICAS.</b>	<b>809</b>
<i>MELENDEZ-AGUDIN V, SÁNCHEZ-VIDAL B, GARRIDO-MARTÍN M, LORENZO-MARTINEZ S.</i>	
<b>CB - 396.- CALIDAD SANITARIA Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN. ANÁLISIS DE LA APARICIÓN DE NOTICIAS SOBRE ACREDITACIÓN EN MEDIOS LOCALES.</b>	<b>811</b>
<i>DELAGADO-RAMOS RM, HERRERA-USAGRE M, LEÓN-VERGARA MR.</i>	
<b>CB - 397.- CALIDAD DEL DISCURSO ESCRITO DE LAS RECLAMACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA.</b>	<b>812</b>
<i>PIÑANA-LÓPEZ A, LUQUIN-MARTINEZ R, PIÑANA-LÓPEZ JA, WU- NY, ALONSO-GARCÍA C, ROS-MARTINEZ E.</i>	
<b>CB - 398.- VIDEOGRABACIONES COMO INSTRUMENTO DOCENTE: ¿POR QUÉ?.</b>	<b>813</b>
<i>MONREAL-HIJAR A, JAVIERRE-LORIS MA, DENIZON-ARRANZ S, GARCÉS-SAN JOSÉ C, PABLO-CEREZUELA FJ.</i>	
<b>CB - 399.- MEJORA DE LA COMUNICACIÓN INTERNA Y EL RECONOCIMIENTO TRAS DOS AÑOS DE ESFUERZOS O “EL SUEÑO DE UNA NOCHE DE VERANO”.</b>	<b>814</b>
<i>FLURIACHE-GARCÍA-CARO MP, DE LA HIJA-DÍAZ MB, DEOCAL-REINA S, DULANTO-BANDA RA, BLÁZQUEZ-SÁNCHEZ MP, GRAGERA-GABARDINO F.</i>	
<b>CB - 400.- LA CALIDAD DEL TIEMPO EN COMÚN: GESTIÓN EFICIENTE DE LAS REUNIONES.</b>	<b>815</b>
<i>GARCÍA-CUBERO C, HERMOSO-MOLINA N, MATEOS-RODILLA J, MIQUEL-GÓMEZ A, JIMÉNEZ-DOMÍNGUEZ C.</i>	
<b>CB - 401.- PROCEDIMENTAR LA COMUNICACIÓN INTERNA EN UN EQUIPO DE TRABAJO, MEJORAR LA COMUNICACIÓN.</b>	<b>816</b>
<i>HERMOSO-MOLINA N, ALEMANY-LÓPEZ A, CORNEJO-GUTIÉRREZ AM, MATEOS-RODILLA J.</i>	
<b>CB - 402.- PLAN DE COMUNICACIÓN: REMODELACION DE UN AREA DE SALUD.</b>	<b>817</b>
<i>GARCIA-GARCIA J, ALVAREZ-DOMINGUEZ GM, MORENO-VALERO MA, MESEGUER-BARRIONUEVO AM, SANTIAGO-GARCIA C, LEON-NAVARRO J.</i>	
<b>CB - 403.- EFICACIA DE LAS ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN SOCIOSANITARIA A LA POBLACIÓN Y A PROFESIONALES SANITARIOS EN MÓSTOLES.</b>	<b>819</b>
<i>GALINDO-GALLEGO M, MORO-VELASCO L, DÍEZ-PIÑA JM, TARÍN-VICENTE MN, TAFALLA-BORDONADA C, CABALLERO-ROMERO A.</i>	
<b>CB - 404.- INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA AL ALTA EN PACIENTES TRASPLANTADOS.</b>	<b>820</b>
<i>SAUTUA-LARREATEGUI S, DE MIGUEL-GASCÓN M, BAZA-MARTÍNEZ B, SERRANO-DE LUCAS L, BASKARAN-KALTZAKORTA Z, CASTAÑO-LÓPEZ M.</i>	
<b>CB - 405.- EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA NEUMOLÓGICA (ARNAS)</b>	<b>821</b>
<i>BALLAZ-QUINCOCES A.</i>	
<b>CB - 406.- TELEMEDICINA A DOMICILIO FRENTE AL TELEVISOR, DE PACIENTES CON EPOC AGUDIZADORES FRECUENTES, USANDO TECNOLOGÍA KINECT.</b>	<b>823</b>
<i>AULESTIA-SEOANE L, RODRIGUEZ-MARÍN E, ITURRIETA-MURGUIONDO MA, LOBO-BERISTAIN JL, SOBRADILLO-ECENARRO P, SÁNCHEZ-BERNAL R.</i>	
<b>CB - 407.- ANÁLISIS DE PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES EN PROGRAMAS DE VOLUNTARIADO.</b>	<b>824</b>
<i>CRESPO-BAQUERO R, CALLE-RODRIGUEZ C, DURAN-GARCIA N, MARGALEF-LLOBERA M, RODRIGUEZ-CALA A, VIDAL-MILLA A.</i>	
<b>CB - 408.- “SALIR DE LA CAJA” – CREATIVIDAD APLICADA EN UN HOSPITAL.</b>	<b>825</b>
<i>GALLEGO-CAMIÑA I, TORO-SANCHEZ L, CUEVAS-BALBAS A, VILLA-VALLE R, MAESTRE-MARTINEZ MT, CASTELO-ZAS S.</i>	
<b>CB - 409.- NUESTRA EXPERIENCIA EN ATENCIÓN SUBAGUDA. CAMBIO DE MODELO.</b>	<b>826</b>
<i>LORENZO-SÁNCHEZ AC, SOLÉ-FORTUNY R, FERRER-PEÑART I, YAGÜEZ-RUBIO C, DE FEBRER-MARTINEZ G.</i>	
<b>CB - 410.- METODOLOGÍA DE LA GESTIÓN DEL RIESGO CLÍNICO. RESULTADOS EN LA UNIDAD DE CRÍTICOS.</b>	<b>828</b>
<i>PAZOS-JARDON C, MUÑOZ-MELLA MA, GROBA-PEREZ F.</i>	

<b>CB - 411.- ¿PODEMOS AFIRMAR QUE HEMOS REDUCIDO EL RIESGO EN EL PROCESO QUIRÚRGICO?.</b>	<b>830</b>
<i>IGLESIAS-CABALEIRO C, GROBA-PEREZ F, MUÑOZ-MELLA MA.</i>	
<b>CB - 412.- EVALUACION DE LA TRANSFERIBILIDAD DE LA MEDICION DE IONES SODIO Y POTASIO EN TRES EQUIPOS DE LABORATORIO DIFERENTES.</b>	<b>831</b>
<i>VARELA-SOTO MBG, MENDOZA-RUIZ MC, IMAZ-ALLENDE MI, DIEZ-DE DIEGO MA, AGUAYO-GREDILLA FJ.</i>	
<b>CB - 413.- SISTEMA DE GESTION DE RECEPCION DE MUESTRAS EN UN LABORATORIO CENTRAL DE ANALISIS CLINICOS.</b>	<b>832</b>
<i>ROMERO-SANTOS S, NOVAS-CARBALLA IRENE, RODRIGUEZ-FERNÁNDEZ E, MORENO-MARTÍNEZ A, APARICIO-CASANS T.</i>	
<b>CB - 414.- "SIRIMIRI" – SESIONES TÉCNICAS DE GESTIÓN EN EL HGU.</b>	<b>833</b>
<i>ALTUNA-GANDARIAS A, TORO-SÁNCHEZ L, CUEVAS-BALBAS A, VILLA-VALLE R, MEÑICA-AZKUENAGA ME, CASTELO-ZAS S.</i>	
<b>CB - 415.- UN INSTRUMENTO DE MEDIDA PARA LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA INDIVIDUAL.</b>	<b>834</b>
<i>REYES-ALCÁZAR V, BUIZA-CAMACHO B, TORRES-OLIVERA A, HERRERA-USAGRE M.</i>	
<b>CB - 416.- MEJORANDO LA GESTIÓN DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA.</b>	<b>835</b>
<i>REYES-ALCÁZAR V, HERRERA-USAGRE M, TORRES-OLIVERA A.</i>	
<b>CB - 417.- MEJORA DEL SERVICIO A TRAVÉS DE LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO COMPARTIDO.</b>	<b>836</b>
<i>MARTIN-RODRIGUEZ MJ, OLALDE-QUINTANA R, ORMAETXEA-LEGARRETA MJ.</i>	
<b>CB - 418.- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN ARTROSIS. ANÁLISIS DE LAS GPC INTERNACIONALES. MISMA EVIDENCIA, DISTINTAS RECOMENDACIONES.</b>	<b>838</b>
<i>GONZALEZ-SANTISTEBAN R, BENGURIA-ARRATE G, GUTIERREZ-IBARLUZEA I, IBARGOYEN-ROTETA N, CAMBERO-SERRANO MI.</i>	
<b>CB - 419.- DISEÑO PARA LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA ACREDITACIÓN EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE UNIDADES SANITARIAS.</b>	<b>839</b>
<i>CARRASCO-PERALTA JA, REYES-ALCÁZAR V, NÚÑEZ-GARCÍA D, HERRERA-USAGRE M.</i>	
<b>CB - 420.- LA INVESTIGACIÓN: UN ELEMENTO MÁS EN LA ORQUESTACIÓN DE LA CLÍNICA IMQ ZORROTZAURRE.</b>	<b>840</b>
<i>REGULEZ-PÉREZ B, SOLÍS-POLO G, CUDOLÁ-AURREKOETXEA N, URRUTIA-JOHANSSON I, ENSUNZA-LAMIQUIZ P, GUERRA-ZALDUA N.</i>	
<b>Sesión de Comunicaciones Orales Breves. Sala B3.</b>	<b>841</b>
<b>Seguridad Clínica. CB – 421 / CB – 447</b>	
<b>CB - 421.- CONOCIMIENTO SOBRE SINASP Y VÍAS DE COMUNICACIÓN PREFERIDAS POR LOS FACULTATIVOS.</b>	<b>842</b>
<i>ORTIGUEIRA-ESPINOSA JA, CASTRO-LAREO B, ESPERÓN-GÜIMIL JA, SANDUENDE-OTERO Y, CERDÁ-MOTA T, GARCIA-DOMINGUEZ M.</i>	
<b>CB - 422.- DESARROLLO DE LA APLICACIÓN MAPA DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</b>	<b>843</b>
<i>ENRÍQUEZ-MAROTO MF, SANTOS-BOX C, FERNÁNDEZ-SIERRA MA.</i>	
<b>CB - 423.- EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE INDICADORES DE SEGURIDAD EN LA VALORACIÓN INICIAL DE LA PERSONA.</b>	<b>844</b>
<i>VICENTE-GARCIA M, ALVAREZ-LLORCA O, NICOLÁS-SILVA T, IBÁÑEZ-ROMAGUERA JM, TOMÉ-RAMOS E.</i>	
<b>CB - 424.- HERRAMIENTAS INFORMÁTICAS PARA DIFUSIÓN E INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES NOTIFICADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES.</b>	<b>845</b>
<i>BILBAO-UNIBASO I, IZARZUGAZA-ITURRIZAR E, LATORRE-GUISASOLA M, SAN SEBASTIAN-DOMINGUEZ JA, LLAMAS-HERMOSILLA AM.</i>	
<b>CB - 425.- PREVALENCIA DE PACIENTES AL INGRESO COLONIZADOS POR BACTERIAS MULTIRESISTENTES (SARM Y BLEE) EN EL HOSPITAL DR. MOLINER.</b>	<b>846</b>
<i>MORRO-MARTÍN MD, GARCÍA-LLOPIS MV, MERINO-PLAZA MJ, OTAÑO-PIUDO P, HABA-ATIENZA J, MARTINEZ-SUBÍES M.</i>	
<b>CB - 426.- IMPLANTACIÓN Y ANÁLISIS DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA.</b>	<b>848</b>
<i>SALSAMENDI-BALLESTEROS ML, MARTÍNEZ-GOROSTIAGA J, ANTOLÍN-LARRAÑAGA ME, ORDOÑO-BOLINAGA JM, AGUIRRE-LEJARCEGUI G, ALEJANDRE-RODRÍGUEZ P.</i>	
<b>CB - 427.- EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD TÉCNICA Y PERCIBIDA POR EL PACIENTE CRÓNICO EN SU ALIMENTACIÓN DURANTE SU INGRESO.</b>	<b>849</b>
<i>GOMEZ-MENDEZ N, CALVO-CERDÁ V, PEREZ-CONTRERAS ML, CHAZIN-TIRADO V, ABAD- J, BLANCO-GARCIA AL.</i>	
<b>CB - 428.- CUMPLIMIENTO POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DEL PROGRAMA DE PACIENTES POLIMEDICADOS.</b>	<b>851</b>
<i>MENDIA-GOROSTIDI JL, SAEZ DE CABEZON-BUSTINDUY MA, JIMENEZ-SERRALTA A, ARSUAGA-BILBAO E, SUKIA-ARMENDARIZ G, SARRIEGUI-URANGA MI.</i>	
<b>CB - 429.- ELABORACIÓN, DESPLIEGUE Y EVALUACIÓN DE UN PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. EXPERIENCIA EN LAS CLÍNICAS DEL GRUPO IMQ.</b>	<b>852</b>
<i>GUERRA-ZALDUA N, MUÑOZ-NUÑEZ E, FERNÁNDEZ-ÁLVAREZ J, URRUTIA-JOHANSSON I, GONZÁLEZ-SÁNCHEZ C, DARPÓN-SIERRA J.</i>	

<b>CB - 430.- ¿QUÉ PIENSAN LOS PACIENTES? PRIMEROS DATOS EN LA PERCEPCIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA CIRUGÍA POR CÁNCER COLORRECTAL.</b>	<b>854</b>
<i>REBASA-CLADERA P, VALLVERDÚ-CARTIÉ H, PARÉS D, HERMOSO-BOSCH J, ESTALELLA-MERCADE L.</i>	
<b>CB - 431.- USO SEGURO DEL MEDICAMENTO EN UNA MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO. PROYECTO SEGURMED.</b>	<b>855</b>
<i>MARZA-ALBALATE F, GIL-ALCAMI J, MORALES-OLIVAS F, GALA-FERNANDEZ J, OLIVA-GARCIA S, PALLARES-CARRATALA V.</i>	
<b>CB - 432.- CLÍNICA IMQ: POR UNAS CLÍNICAS SIN DOLOR (IMQ ZORROTZAURRE E IMQ VIRGEN BLANCA).</b>	<b>856</b>
<i>DARPÓN-SIERRA J, GUERRA-ZALDUA N, NAVARRO-FERRER F, MOZAS-CALABAZAS M, VILLALONGA-SAEZ J, URRUTIA-JOHANSSON I.</i>	
<b>CB - 433.- REVISIÓN SISTEMÁTICA DE INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS: RESULTADOS PRELIMINARES.</b>	<b>857</b>
<i>MOYA-SUÁREZ AB, MORALES-FERNÁNDEZ A, PÉREZ-JIMÉNEZ C, ARANDA-GALLARDO M, MORALES-ASENCIO JM, ENRIQUEZ DE LUNA-RODRIGUEZ M.</i>	
<b>CB - 434.- PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN: ENCUESTA ONLINE A PACIENTES INGRESADOS.</b>	<b>859</b>
<i>COSTA-MOURIÑO MC, ORTIGUEIRA-ESPINOSA JA, CERDÁ-MOTA T, GONZÁLEZ-ÁLVAREZ JM, ESPERÓN-GÜIMIL JA, PÉREZ-GARCÍA I.</i>	
<b>CB - 435.- DODECALOGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</b>	<b>860</b>
<i>JAYO-ATELA N, MAIZ-OLAZABALAGA E, AÑEL-RODRIGUEZ RM, LIENDO-BARKIN J, REGIDOR-FUENTES I.</i>	
<b>CB - 436.- TRATAMIENTO DE LOS INCIDENTES NOTIFICADOS POR UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA ENTRE 2007 Y 2011.</b>	<b>861</b>
<i>TORIJANO-CASTILLO MJ, JIMÉNEZ-MUÑOZ AB, PLA-MESTRE R, RODRÍGUEZ-PÉREZ MP, MUIÑO-MIGUEZ A, NOVAKOVA V.</i>	
<b>CB - 437.- IMPLEMENTACIÓN A TRAVÉS DE LA WEB DE LA DECLARACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS DE LOS PERFUSIONISTAS ESPAÑOLES.</b>	<b>862</b>
<i>DÍAZ-ALVAREZ CL.</i>	
<b>CB - 438.- APLICACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS.</b>	<b>864</b>
<i>MARTÍNEZ-GUERRERO M, RODRÍGUEZ-MONDÉJAR JJ, NAVARRO-SANZ L, LÓPEZ-ALACID FJ, FELICES-ABAD FJ, INIESTA-SÁNCHEZ J.</i>	
<b>CB - 439.- ¿ES ÚTIL LA METODOLOGÍA CUALITATIVA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?.</b>	<b>866</b>
<i>GUTIÉRREZ-CÍA I, ELÍA-GUEDEA M, OBÓN-AZUARA B.</i>	
<b>CB - 440.- DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL MANEJO DEL PREMATURO TARDÍO EN PLANTA DE MATERNIDAD.</b>	<b>867</b>
<i>LLANOS-RIAÑO JM, ESTALELLA-BELLART M, GOIRIA-ORMAZABAL MC, ESTALELLA-BELLART I, TRINCADO-AGUINAGALDE MJ, ARANA-ARRI E.</i>	
<b>CB - 441.- ELABORACIÓN DE UN PLAN DE ACCIONES PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</b>	<b>868</b>
<i>CASTILLO-BLASCO M, LÁZARO-BLASCO A, HERRERO-BARONA C, VEZ-FERNÁNDEZ A, ESPIG-BULTÓ MD, OLMOS-GASCÓN MJ.</i>	
<b>CB - 442.- SEGURIDAD DEL PACIENTE EN RADIODIAGNÓSTICO: OPTIMIZACIÓN DE LA IMAGEN Y REDUCCIÓN DE DOSIS.</b>	<b>869</b>
<i>DEVESA-PARDO FJ, GÁMEZ-JIMÉNEZ JJ, AMADOR-VELA-HIDALGO JJ, CORPAS-RIVERA L.</i>	
<b>CB - 443.- ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES EN HIGIENE DE MANOS EN EL MODELO ANDALUZ DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES.</b>	<b>870</b>
<i>ALMUEDO-PAZ A, MUÑOZ-CASTRO FJ, HERCE-MUÑOZ AM, TURIÑO-GALLEGO JM, ROJAS DE MORA-FIGUEROA A.</i>	
<b>CB - 444.- IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN UN HOSPITAL DE DÍA Y SU VALORACIÓN POR PARTE DE ENFERMERÍA.</b>	<b>872</b>
<i>RODRIGO-RINCÓN I, TIRAPU-LEÓN B, ZABALZA-LÓPEZ P.</i>	
<b>CB - 445.- UTILIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CHT-10 EN LA MEJORA DEL PROCESO DE TRATAMIENTO MEDICO.</b>	<b>873</b>
<i>ISUSI-CAMINO S, MÍNGUEZ-YUSTA MJ, DE LA PUERTA-RUEDA JE, PEÑA-LÓPEZ M, CORTIGUERA-FERNÁNDEZ S.</i>	
<b>CB - 446.- UBICACIÓN INCORRECTA DE LA EMERGENCIA: DESPLIEGUE EN PROCESOS DE RECOMENDACIONES TRAS ANÁLISIS PRE Y POST-INCIDENTE.</b>	<b>874</b>
<i>URIONABARRENECHEA-OLABARRIAGA O, GARCÍA-RAMOS A, BLANCO-COCA R, GABIKAGOJEASKOA-BERISTAIN A, UNANUE-MUNDUATE T, ZABALETA-BASURTO A.</i>	
<b>CB - 447.- MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE SEGURIDAD TRANSFUSIONAL EN UN SERVICIO DE TRANSFUSION.</b>	<b>875</b>
<i>APRAIZ-INTXAUSTI I, HERNANDO-ORTEGA J, MARZANA-SANZ I, GUERRA-RODRIGUEZ L, HERNANDEZ-HERNANDEZ JJ, ORTE-MUÑOZ A.</i>	
<b>Sesión de Comunicaciones Orales Breves. Sala C3.</b>	<b>876</b>
<b>Coordinación Asistencial. CB – 448 / CB – 474</b>	
<b>CB - 448.- ¿ABUSAN LOS HIPERFRECIENTADORES O NECESITAN MÁS ATENCIÓN? UN ANÁLISIS DETALLADO DE SU PERFIL.</b>	<b>877</b>
<i>CARPIO-MUÑOZ V, AGUADO-CORREA F, PADILLA-GARRIDO N, HERRERA-CARRANZA M.</i>	

<b>CB - 449.- QUE HACER Y COMO HACERLO CUANDO UNA MADRE DECIDE DAR A SU HIJO O HIJA EN ADOPCIÓN.</b>	<b>878</b>
<i>PORTABALES-GOBERNA A, RODRIGUEZ-BLANCO C, RUÍZ-GARZÓN J, GRAÑA-GARRIDO MI, PAIS-IGLESIAS B, COGALLUDO-FERNÁNDEZ R.</i>	
<b>CB - 450.- MODERNIZACION INTEGRAL DEL SERVICIO DE DIGESTIVO HOSPITAL SAN ELOY. "MEJORANDO LA COORDINACIÓN INTERNIVELES".</b>	<b>879</b>
<i>VIVANCO-GOMEZ ML, MARTIN-GONZALEZ V, BAO-PEREZ F.</i>	
<b>CB - 451.- LIMANDO DIFERENCIAS Y PREJUICIOS.UN MODELO ASISTENCIAL COMPARTIDO EN LOS HOSPITALES DE DÍA DE COMARCA INTERIOR RSMB.</b>	<b>881</b>
<i>PERTEAGUDO-SOT I, VALENCIANO-GONZÁLEZ A, LÓPEZ-ZABARTE MP, MARTÍNEZ-AZUMENDI O.</i>	
<b>CB - 452.- UNIDAD DE APOYO TÉCNICO: CREACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y DESARROLLO.</b>	<b>882</b>
<i>CARDENAS-VALLADOLID J, ALONSO-SAFONT T, RODRIGUEZ-BARRIENTOS R, DEL REY-GRANADO Y, LÓPEZ-ROMERO A, ESTEVEZ-MUÑOZ JC.</i>	
<b>CB - 453.- DETECCIÓN Y ATENCIÓN PRECOZ DE PSICOSIS DE INICIO TEMPRANO. PROGRAMA COLABORATIVO ATENCIÓN PRIMARIA-SALUD MENTAL ALAVA.</b>	<b>883</b>
<i>SALAZAR-GONZALO M, SANTANDER-CARTAGENA F, RUIZ DE LARRÍNAGA-RUIZ DE OCENDA B, MARTÍNEZ-MURGUIALDAY B, MONTOYA-PÉREZ DE HEREDIA B.</i>	
<b>CB - 454.- PROYECTO PARA LA MEJORA DEL ABORDAJE INTEGRADO EN EUSKADI A PACIENTES CON DEPRESIÓN.</b>	<b>884</b>
<i>AIARZAGUENA-SARRIUGART JM, ARTAZA-ARISTONDO N, SAGARZAZU-GOENAGA JJ, ORTUETA-CHAMORRO P, DE LA RICA-GIMENEZ JA, GRABILONDO-CUELLAS A.</i>	
<b>CB - 455.- PROYECTO PILOTO PARA LA MEJORA DEL ABORDAJE INTEGRADO EN EUSKADI A PACIENTES CON DEPRESIÓN.</b>	<b>885</b>
<i>GABILONDO-CUELLAR A, SAGARZAZU-GOENAGA JJ, ARTAZA-ARISTONDO N, DE LA RICA-GIMENEZ JA, AIARZAGUENA-SARRIUGART JM, ORTUETA-CHAMORRO P.</i>	
<b>CB - 456.- NUEVOS MODELOS DE GESTION EN RELACION A COSTE, BENEFICIO Y CALIDAD ASISTENCIAL EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA TORACICA.</b>	<b>886</b>
<i>RUMBERO-SANCHEZ JC, PUJADAS-MUÑOZ E, PAC-FERRER JJ, URIBE-ETXEARRIA-LUGARIZA-ARESTI N, CASANOVA-VIUDEZ JB, ROJO-MARCOS R.</i>	
<b>CB - 457.- EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN LA IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PIE DIABÉTICO CENTRADA EN EL PACIENTE.</b>	<b>887</b>
<i>BASTERRETxea-OZAMIZ A, BEREZIARTUA-BASTARRICA E, ARANA-ARRI E, CORTÓN-CORRAL L, LARRAZABAL-ARBAIZA A, VELA-ORUS P.</i>	
<b>CB - 458.- PLAN DE CÁNCER EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO</b>	<b>888</b>
<i>RUIZ-CASADO A, PÉREZ-MARTÍNEZ Y, MARINERO-ROJAS O, SERRANO-BALAZOTE P, ORTIZ-OTERO MM, CASTAÑO-PASCUAL A.</i>	
<b>CB - 459.- UNIDAD ONCOLÓGICA IMQ ZORROTZAURRE: UN PROCESO INTEGRAL EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER.</b>	<b>890</b>
<i>ALMEIDA-NOVOA F, ENSUNZA-LAMIQUIZ P, URRUTIA-JOHANSSON I, GOMEZ-MIJANGOS E, RUIZ-SAN VICENTE B, GONZÁLEZ-SÁNCHEZ C.</i>	
<b>CB - 460.- ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA DE UNA INTERVENCIÓN ESPECÍFICA MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN.</b>	<b>892</b>
<i>DEL ÁLAMO C, SÁNCHEZ-ÁLVAREZ MT, TORRES-MACHO J, ARRIBAS A, GARCÍA DE CASASOLA G, GÓMEZ D.</i>	
<b>CB - 461.- BROTE DE GRIPE ESTACIONAL EN UNA RESIDENCIA DE LA TERCERA EDAD O EL EMPLEO NO ADECUADO DE LOS RECURSOS.</b>	<b>893</b>
<i>OBÓN-AZUARA B, AIBAR-REMÓN C, MARECA-DOÑATE R, GUTIÉRREZ-CÍA I.</i>	
<b>CB - 462.- PROYECTO DE COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DE SALUD MENTAL: ENFERMERA DE ENLACE.</b>	<b>894</b>
<i>CAÑAS-GARCÍA M, MURUA-NAVARRO F, LARREINA-ZERAIN M, SÁNCHEZ-GÓMEZ S, RAMÍREZ-SÁNCHEZ MJ, BARRENA-GUIJARRO ME.</i>	
<b>CB - 463.- MEJORA EN LA GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA AMBULATORIA HOSPITALARIA DE NEUROLOGÍA MEDIANTE CONSULTORÍA "ONLINE".</b>	<b>896</b>
<i>ALOY-DUCH A, SAURA-AGEL P, LLEDÓ-RODRÍGUEZ R, BOTTA-SANTASUANA M, OTERMIN-VALLEJO P, LAUCO-MARTÍNEZ A.</i>	
<b>CB - 464.- ESPECIALISTA CONSULTOR EN SALUD MENTAL.</b>	<b>897</b>
<i>BALBO-AMBROSOLIO EA, MUR DE VIU-BERNAD C, CARRASCOSA-BERNALDEZ JM, PEREZ-PEREZ E, MARTÍNEZ-MARTÍN C, VITORES-PICON P.</i>	
<b>CB - 465.- COORDINACIÓN ATENCION ESPECIALIZADA ATENCION PRIMARIA EN LA DERIVACION DE PACIENTES EN SALUD MENTAL.</b>	<b>899</b>
<i>CARRASCOSA-BERNALDEZ JM, MUR DE VIU-BERNA C, VITORES-PICON P, PEREZ-PEREZ E, MARTÍNEZ-MARTÍN C, DEL ALAMO-JIMENEZ C.</i>	
<b>CB - 466.- UNA GUÍA DE ACTUACIÓN ÚNICA EN PACIENTES CON ANTIAGREGACIÓN Y/O ANTICOAGULACIÓN MEJORA LA CONTINUIDAD</b>	<b>901</b>
<i>BARRACHINA-LARRAZA B,VALERO-HERNANDEZ CA, SÁNCHEZ-BERNAL R, ARMENTIA-FRUCTUOSO-J, DEZA-CARRILLO-JL, BAREZ-HERNÁNDEZ EM.</i>	
<b>CB - 467.- COORDINACIÓN Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL: PROTOCOLO DE COBERTURA DE AUSENCIAS DE PROFESIONALES SANITARIOS.</b>	<b>902</b>
<i>GARCÍA-VERDE I, MUELAS-GONZÁLEZ S, PERALTA-IBAÑEZ ML, DOMÍNGUEZ-LORENZO C, GARCÍA-HERVÍAS EM, MOLINA-BALTANÁS E.</i>	
<b>CB - 468.- VÍA CLÍNICA DE LA FRACTURA DE CADERA. PARTICIPACIÓN DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN (H. MORALES MESEGUER).</b>	<b>903</b>
<i>SEVILLA-HERNÁNDEZ E, ALCARAZ J, CRESPO-SÁNCHEZ J, NAVAS M, MARTÍNEZ A.</i>	

<b>CB - 469.- BASE DE DATOS PARA NOTIFICACIÓN DE INCIDENCIAS: HERRAMIENTA PARA INTEGRAR NIVELES ASISTENCIALES.</b>	<b>904</b>
<i>VILLA-VALLE R, TORO-SANCHEZ L, CHUECA-AJURIA A, SAINZ-DEL MOLINO A, GALLEGU-CAMIÑA I, CASTELO-ZAS S.</i>	
<b>CB - 470.- CONSULTOR EN TRAUMATOLOGÍA DE ALTA RESOLUCIÓN: COORDINACIÓN INTERNIVELES. QUÉ PIENSA EL MÉDICO DE A. PRIMARIA?.</b>	<b>905</b>
<i>ARAUJO-CAMAÑO K, RUIZ-ARMÍÑO J, ASTOBIZA-BRETONES I, LLEDO-VICENTE P, GAREA-IBAÑEZ J, ULIBARRENA-SÁINZ M.</i>	
<b>CB - 471.- INTEGRACION DE LA ATENCION PRIMARIA Y HOSPITALARIA. ¿RESUELVE LOS PROBLEMAS?.</b>	<b>906</b>
<i>LÓPEZ-LACOMA JC, SANTIAGO-GARCIA C, BARRAGÁN-PÉREZ AJ, DE MIGUEL-GÓMEZ A, MORENO-VALERO MA, GARCIA-GONZALEZ AL.</i>	
<b>CB - 472.- CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIA DE LOS HOSPITALES DE ALTA RESOLUCIÓN DE ANDALUCÍA.</b>	<b>907</b>
<i>ZAMBRANA-GARCIA JL, ENGELHARDT-PINTIADO R, RIVAS-RUIZ F, GARCIA-REYES D, LEGAZ-DOMENCH JM, GARCIA-MEGIDO G.</i>	
<b>CB - 473.- PROYECTO DE PLATAFORMA DIGITAL ONLINE PARA LA COMUNICACIÓN ENTRE MIEMBROS DEL PROYECTO BTS DEPRESION.</b>	<b>909</b>
<i>FERNANDEZ DE PINEDO-LANDA C, PRIETO-REMON L, DE LA RICA-GIMENEZ JA, ARTAZA-ARISTONDO N, RETOLAZA-BALSATEGUI A, DIEGO-FERRERAS R.</i>	
<b>CB - 474.- INTERVENCIÓN EN URGENCIAS DE LA UFISS DE GERIATRIA.</b>	<b>910</b>
<i>NAVARRO-MASEGOSA I, DE FEBRER-MARTINEZ G, FERRER-PEÑART I, PÉREZ-LÓPEZ P, CROS-GARRIDO C.</i>	
<b>Sesión de Comunicaciones Orales Breves. Sala BT1.</b>	<b>912</b>
<b>Seguridad Clínica / Comunicación y Gestión de Incidentes. CB – 475 / CB – 501</b>	
<b>CB - 475.- RELACIONANDO LA COMPLEJIDAD DE LA CASUÍSTICA CLÍNICA CON EL NIVEL DE SEVERIDAD DEL RIESGO DE CAIDAS DE LOS PACIENTES.</b>	<b>913</b>
<i>PEREZ-COMPANY P, DEL OSO-MORAN J, ARTIGAS-LAGE M.</i>	
<b>CB - 476.- SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS.</b>	<b>914</b>
<i>PEREZ-GARCIA M, GARCIA-D'ACUÑA RM, GUINART-DE LA CRUZ J, MARIN-PELLISE AM, HERNANDEZ-VIDAL N, VIDAL-ESTEVE E.</i>	
<b>CB - 477.- TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS DE PACIENTES CRÍTICOS: RIESGOS CONTROLABLES.</b>	<b>915</b>
<i>VELAYOS-AMO C, GONZÁLEZ-SEDEÑO N, ALONSO-OVIES A, LUENGO-ALARCIA MJ, GARCÍA-GÁLVEZ MM, GARCÍA-PESO A.</i>	
<b>CB - 478.- INDICADORES DE FASE PREANÁLÍTICA COMO HERRAMIENTAS DE MEJORA EN CALIDAD ASISTENCIAL.</b>	<b>916</b>
<i>GARNACHO-GAYARRE N, GOY-LÓPEZ MC, FORMOSO-LAVANDEIRA MD, SÁNCHEZ-PÉREZ-MEL MC, RUEDA-RUA R.</i>	
<b>CB - 479.- EL MARKETING SANITARIO APLICADO EN LA MEJORA DEL CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS.</b>	<b>917</b>
<i>GEA-VELÁZQUEZ DE CASTRO MT.</i>	
<b>CB - 480.- ¿PARTICIPAN NUESTROS PACIENTES EN ACTIVIDADES DE EDUCACION PARA LA SALUD?. EXPERIENCIA CON ANTICOAGULADOS ORALES.</b>	<b>918</b>
<i>BAGUENA-GARCIA A, LORBES-MACHIN MT, PUEYO-SALAVERA CM, ESCRICHE-ROS R, PEMAN-MUÑOZ MT, DIEZ-VELASCO JI.</i>	
<b>CB - 481.- ULCERAS POR PRESIÓN: CUANDO EL OBJETIVO ES CERO EXPERIENCIA PRÁCTICA DE LAS CLINICAS IMQ.</b>	<b>920</b>
<i>LECANDA-GARAMENDI MA, GARCÍA-VILANOVA I, MADARIAGA-SANTAMARÍA S, URRUTIA-JOHANSSON I, HOJAS-MARTÍNEZ L, CARRASCAL-ANGULO M.</i>	
<b>CB - 482.- EVITANDO CAÍDAS: CUANDO EL ESLABÓN SE ROMPE EL PACIENTE SE CAE EXPERIENCIA PRÁCTICA DE LAS CLINICAS IMQ.</b>	<b>921</b>
<i>URRUTIA-JOHANSSON I, ARRANZ-GOMEZ M, URRACA-VILLAR A, MARTÍNEZ-FERREIRA A, CALLE-ARRINDA N, BERNAL-ZANCAS J.</i>	
<b>CB - 483.- PREVENCIÓN DE APARICIÓN DE UPP EN LA PTR.</b>	<b>923</b>
<i>ALONSO-SOTO Y, PACHON-VARES F, BEREZIARTUA-UNZUETA A.</i>	
<b>CB - 484.- QUE EL REMEDIO NO SEA PEOR QUE LA ENFERMEDAD: IMPLANTACIÓN DE CHECKLIST PARA CONTENCIÓN MECÁNICA EN LAS CLINICAS IMQ.</b>	<b>924</b>
<i>MOYANO-SÁNCHEZ C, URRUTIA-JOHANSSON I, POZUELO-JUAN S, URRACA-VILLAR A, GARCÍA-APARICIO S, GOROSTIOLA-DE LUCIO A.</i>	
<b>CB - 485.- DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UNA LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA DIGITAL EN EL HRU CARLOS HAYA DE MÁLAGA.</b>	<b>925</b>
<i>JIMENEZ-MARTIN A, CARRION-JIMENEZ A, CANO-SANCHEZ J, MOSTAZO-MUÑOZ A, PASCUAL-BARRERA AM, DIAZ-OJEDA J.</i>	
<b>CB - 486.- EVALUACIÓN Y MEJORA DEL CIRCUITO DE RECOGIDA Y ENVÍO DE BIOPSIAS DESDE QUIROFANO A ANATOMÍA PATOLÓGICA.</b>	<b>926</b>
<i>SÁNCHEZ-GIL A, CORBALÁN-DÓLERA C, SÁEZ-SOTO AR, CAZORLA-PÁEZ MC, BALLESTER-MOLINA C, PÉREZ-PÉREZ RM.</i>	
<b>CB - 487.- COMO MARCAR LINEAS DE PROGRESO EN SEGURIDAD CLINICA CUANDO EL 78% DE LA PLANTILLA SUPERA LOS 48 AÑOS.</b>	<b>928</b>
<i>LARRINAGA-LLAGUNO N, GONZALEZ-REGUERO A, BILBAO-SAEZ DE PARAYUELOS I, AIZPURU-DE LA HOZ F, PORTUONDO-JIMENEZ J, LARRINAGA-LLAGUNO M.</i>	

<b>CB - 488.- INFORMATIZACIÓN DE LOS CÁLCULOS PARA LA ELABORACIÓN DE MEZCLAS INTRAVENOSAS DESTINADAS A NEONATOS.</b>	<b>929</b>
<i>BILBAO-MESEGUER I, SORDO-AISA B, FIGUERO-ECHEVERRIA MP, SAN JOSÉ-RUIZ B, SERRANO-DE LUCAS L, BASKARAN-KALTZAKORTA Z.</i>	
<b>CB - 489.- VIDEOTUTORIAL SINASP: COMO REALIZAR UNA NOTIFICACIÓN.</b>	<b>930</b>
<i>ESPERÓN-GÜIMIL JA, ORTIGUEIRA-ESPINOSA JA, CARRERAS-VIÑAS M, PAIS-IGLESIAS B, CERDÁ-MOTA T.</i>	
<b>CB - 490.- IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES (SNI) EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. DOS AÑOS DE EXPERIENCIA.</b>	<b>931</b>
<i>PARRILLA-HERRANZ P, MUNUERA-BARAHONA C, MARCO-IÑIGUEZ A, PALAZON-SAURA P, MARTINEZ-HERRANZ R, RICARTE-URBANO E.</i>	
<b>CB - 491.- ¿QUÉ APORTA A NIVEL LOCAL EL SINASP EN EL ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE MEJORA DE ERRORES DE LA MEDICACIÓN?</b>	<b>933</b>
<i>PÉREZ-RODRÍGUEZ MT, ABRAIRA-GARCIA L, APARICI-BOLUFER JV, MARTÍNEZ-LÓPEZ MA.</i>	
<b>CB - 492.- ERRORES DE MEDICACIÓN Y SINASP. 15 MESES DE NOTIFICACIONES EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA.</b>	<b>934</b>
<i>MARTÍN-RODRÍGUEZ MD, GRAÑA-GARRIDO I, RODRÍGUEZ-PÉREZ B, PAIS-IGLESIAS B, GARCÍA-CEPEDA B, CARRERAS-VIÑAS M.</i>	
<b>CB - 493.- TENEMOS NOTIFICACIONES, PERO ¿REALMENTE EL PERSONAL CONOCE EL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN?</b>	<b>936</b>
<i>MARTINEZ-LOPEZ MA, ABRAIRA-GARCIA L, CAMPOS-PARDO I, PEREZ-RODRIGUEZ MT, MENDEZ-LEIVAS HJ, RODRIGUEZ-CASTAÑO M.</i>	
<b>CB - 494.- SEGURIDAD DEL PACIENTE NEONATAL: CREACIÓN DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ANÁLISIS DE INCIDENTES.</b>	<b>938</b>
<i>PÉREZ-RODRÍGUEZ J, PASTRANA-PÉREZ N, PELLICER-MARTÍNEZ A, MORO-AGUD M, LÓPEZ-ORTEGO P, BRAVO-LÓPEZ R.</i>	
<b>CB - 495.- NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS: PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS EN PACIENTES ALÉRGICOS.</b>	<b>939</b>
<i>HERRER-CASTEJÓN A, GARCES-SAN ROMAN C, JAVIERRE-LORIS MA, CUADRA-GIMENEZ P, GARCES-HORNA S, PALAZÓN-SAURA P.</i>	
<b>CB - 496.- GESTION COMPARTIDA DE INCIDENTES DE SEGURIDAD.</b>	<b>941</b>
<i>CHUECA-AJURIA AM, SAINZ-DEL MOLINO A, GOIKOETXEA-ALBERDI A, TRIGO-GALARDI C, AÑEL-RODRIGUEZ RM, DOMINGO-RICO C.</i>	
<b>CB - 497.- COMUNICACIÓN WEB DE INCIDENTES DE SEGURIDAD Y ERRORES DE MEDICACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA: UN PROCESO CONTINUO DE MEJORA.</b>	<b>942</b>
<i>HERNÁNDEZ-PASCUAL M, BARTOLOME-BENITO E, JIMÉNEZ-DOMÍNGUEZ C, PASCUAL-MARTÍNEZ O, SANZ-DEL OSO JJ, POLO-HERRADOR MJ.</i>	
<b>CB - 498.- GESTIÓN DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN: UNA EXPERIENCIA DE ÉXITO.</b>	<b>943</b>
<i>RODRÍGUEZ-CASTAÑO M, CAMPOS-PARDO I, MOZO-PEÑALVER HJ, OTERO-CALLÓN ML.</i>	
<b>CB - 499.- UN SISTEMA DE INFORMACIÓN DE INCIDENTES: EL GRAN PASO EN LA MEJORA DE SU GESTIÓN.</b>	<b>945</b>
<i>BUENO-DOMÍNGUEZ MJ, COLOMÉS-FIGUERA L, BESORA-CUNILLERA JA, PRATS-ALONSO E, BRIANSÓ-FLORENCIO M.</i>	
<b>CB - 500.- SINASP:A PROPÓSITO DE UNA NOTIFICACIÓN.</b>	<b>946</b>
<i>MARTÍNEZ-MOAR A, OUTÓN-FERNÁNDEZ I, RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ N, OUTÓN-DOSIL C, MOSCOSO-OTERO D, GARRIDO-FILGUEIRAS MJ.</i>	
<b>CB - 501.- "SINASP: UNA ESTRATEGIA DE CAMBIO".</b>	<b>948</b>
<i>CABEZAS-CHECCHI CA, GARCÍA-GARCÍA MJ, ALONSO-GONZÁLEZ MC, IGLESIAS-CASAS GC.</i>	
<b>Sesión de Comunicaciones Orales Breves. Sala BT2.</b>	
<b>Evaluación de Resultados / Indicadores / Sistemas de Información.</b>	<b>949</b>
<b>CB - 502 / CB - 528</b>	
<b>CB - 502.- OBSTRUCCION DE COLON IZQ POR NEOPLASIA: CIRUGIA O PROTESIS + CIRUGIA. EVALUACION DE RESULTADOS Y ESTUDIO DE COSTES.</b>	<b>950</b>
<i>PRIETO-CALVO M, COLINA-ALONSO A, IBARROLA-GUTIERREZ M, ANSO-BORDA MI, AROCENA-CEDRON MG.</i>	
<b>CB - 503.- INFLUENCIA DEL IMC Y OTROS FACTORES EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN UNA CONSULTA DE NEFROLOGÍA.</b>	<b>951</b>
<i>EGÚSQUIZA-CASTILLO DM, CACSIRE-CASTILLO ES, FIGUEROA-ANGULO MP, GARCÍA-TESTAL A, DULANTO-BANDA RA, UGARTE-NÚÑEZ EF.</i>	
<b>CB - 504.- EFECTIVIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN ESPAÑA ANTES Y DESPUÉS DE LAS TRANSFERENCIAS, USANDO LA MORTALIDAD REDUCIBLE.</b>	<b>952</b>
<i>VALDERRAMA-RODRÍGUEZ M, CASTÁN-RUIZ S, BARRASA-VILLAR JI, ESTUPIÑÁN-ROMERO FR.</i>	
<b>CB - 505.- IMPACTO DE LA INFORMACIÓN INTEGRAL PARA LA TOMA DE DECISIONES EN LA GESTION DE RECURSOS HUMANOS.</b>	<b>953</b>
<i>GARRIDO-MARTIN M, GOMEZ-DIAZ ME, REAL-CASTELLANOS L, SANCHEZ-VIDAL B, MARTINEZ-SUSANA L.</i>	
<b>CB - 506.- MEJORA DE LA CALIDAD A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE LA COMISIÓN DE CUIDADOS.</b>	<b>955</b>
<i>JIMÉNEZ-CHECA MC, GARCÍA-IBARRA C, RAMÍREZ-MARCO F, DONATO-PINA J, TERÓN-MARTÍNEZ MJ, MARTÍNEZ-AZNAR N.</i>	
<b>CB - 507.- ACTUALIZACION DE PROCEDIMIENTO PARA ORINAS MACROHEMATURICAS.</b>	<b>956</b>
<i>VARELA-SOTO MBG, DEL RIO-HELGUERA E, AGUAYO-GREDILLA FJ, MENDOZA-RUIZ MC, LARRUCEA-DE LA RICA M, MAZON-RIBADO C.</i>	

<b>CB - 508.- ADECUACIÓN EN LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.</b>	<b>957</b>
<i>SANZ-SALVADOR X, MARTÍNEZ-CLARET D, CUEVAS-ORTEGA FJ, PINEDA-VILLALBA A.</i>	
<b>CB - 509.- OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE ANCIANO: VALORACIÓN DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA EN URGENCIAS.</b>	<b>958</b>
<i>MARTINEZ-OTON JA, MORAN-SANCHEZ S, CARRION-GARCIA F, MARTINEZ-GARCÍA P, SERRANO-LADRÓN DE GUEVARA S, SEVILLA-CÁCERES L.</i>	
<b>CB - 510.- GESTIÓN INTEGRAL DEL NEONATO DE RIESGO DESDE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA PEDIÁTRICA: NUESTRA EXPERIENCIA.</b>	<b>959</b>
<i>MATEO-PEREA G.</i>	
<b>CB - 511.- ESTUDIO COMPARATIVO EN DOS UNIDADES DE CMA DE CATARATAS EN EL HOSPITAL MORALES MESEGUER.</b>	<b>960</b>
<i>HELLÍN-GARCÍA MJ, VICENTE-MARTÍNEZ R, MARTÍNEZ-MARTÍNEZ ML, DÍAZ-CUENCA A, LAJARA-BLESA J.</i>	
<b>CB - 512.- DOCUMENTANDO PERCEPCIONES PARA MEJORAR PROCESOS ASISTENCIALES: ANCIANOS CON CANCER DE COLON.</b>	<b>961</b>
<i>SERRA-REXACH JA, JIMÉNEZ-MUÑOZ AB, PLA-MESTRE R, MARTÍN- M, RODRIGUEZ-PEREZ MP, TORIJANO-CASTILLO MJ.</i>	
<b>CB - 513.- ESTUDIO DEL PERFIL DE UTILIZACIÓN DE LINEZOLID.</b>	<b>962</b>
<i>DOMÍNGUEZ-MENENDEZ JA, PÉREZ-ESPAÑA Z, YURREBASO-IBARRECHE MJ, VILELLA-CIRIZA ML, VALLINAS-HIDALGO S, EZPELETA-LOBATO G.</i>	
<b>CB - 514.- ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y EURO.</b>	<b>963</b>
<i>ORTEGA-VILA Y, LORENTE-TEN E, OYA-GIRONA E, VIDAL-ESTEVE E, PAGES-ORTUÑO A, PALACIOS-LLAMAZARES L.</i>	
<b>CB - 515.- ESTRATEGIAS PARA CONTENER EL GASTO EN EL TRATAMIENTO EN ARTROPATÍAS CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS.</b>	<b>964</b>
<i>CATALÁ-PIZARRO R, USON-JAEGER J, MORIEL-SÁNCHEZ C, TARÍN-VICENTE MN, GALINDO-GALLEGO M, MIGUÉLEZ-SÁNCHEZ R.</i>	
<b>CB - 516.- LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA EN GESTION AMBIENTAL.</b>	<b>965</b>
<i>ASTARBE-ESCUDERO I, BROCAL-HERNANDEZ I, SEIJO-CHACON D, IZAGUIRRE-ESNAOLA I, OYARZABAL-VALORIA S.</i>	
<b>CB - 517.- AUTOMATIZACIÓN DE CUADROS DE MANDO DEL HOSPITAL DE CAMPDEVÀNOL.</b>	<b>966</b>
<i>NICOLAS-ALCÓN I, GRANÉ-ALSINA J, SOLER-FERRET L, RADOVAN-GONÇALVES A.</i>	
<b>CB - 518.- MORTALIDAD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO: INDICE DE CALIDAD ASISTENCIAL.</b>	<b>967</b>
<i>MARTINEZ-MORATALLA-DE LA PRIDA M, LUCAS-IMBERNON FJ, REOLID-MARTINEZ R, VAL-JIMENEZ CL, BALLESTEROS-MERINO M.</i>	
<b>CB - 519.- CUADRO DE INDICADORES DE SEGURIDAD CLINICA Y CALIDAD ASISTENCIAL COMO HERRAMIENTA PARA GESTIONAR LA MEJORA CONTINUA.</b>	<b>968</b>
<i>BONILLO-CABALLERO M, MARCOS-BORRAS I, MARTI-ESPARZA L.</i>	
<b>CB - 520.- LA INFORMATIZACION DE LA HISTORIA CLINICA COMO SOPORTE PARA CONFECCIONAR EL CUADRO DE INDICADORES DE CALIDAD.</b>	<b>970</b>
<i>DE FEBRER-MARTINEZ G, GARCÍA-PEÑA P, FERRER-PEÑART I, JARA-MOYANO S, SOLÉ-FORTUNY R.</i>	
<b>CB - 521.- UTILIDAD DE LOS INHIBIDORES DE LA TIROSINKINSA EN EL TRATAMIENTO DEL HEPATOCARCINOMA.</b>	<b>972</b>
<i>SEVILLA-CACERES L, MARTINEZ-OTÓN JA, SERRANO-LADRON DE GUEVARA S, CARRIÓN-GARCIA F, MORAN-SANCHEZ S, MARTINEZ-GARCIA P.</i>	
<b>CB - 522.- IMPACTO DE UNA NORMATIVA CONSENSUADA ENTRE RADIOLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA PARA RACIONALIZAR LOS ESTUDIOS RADIOLÓGICOS.</b>	<b>973</b>
<i>CONTESSOTTO-SPADETTO C, BERMÚDEZ-GARCÍA C, GARCÍA-RODRÍGUEZ F, HERNÁNDEZ-SÁNCHEZ ME, RAMS-SÁNCHEZ E, GARCÍA-MOLINA J.</i>	
<b>CB - 523.- LABORATORIO ON-LINE.</b>	<b>974</b>
<i>ALCANTARA-ZAPATA FJ, MORENO-VALERO MA, BARRAGAN-PEREZ AJ, LUJAN-MERCADER A, SANTIAGO-GARCIA C, LOPEZ-LACOMA JC.</i>	
<b>CB - 524.- GESTOR DE APLICACIONES ISO EN ENTORNO WEB.</b>	<b>975</b>
<i>CERVERA-LOPEZ E, NOGALES-TRULL M, PONS-COMA J, ARMADA-LOPEZ L.</i>	
<b>CB - 525.- CONFIGURANDO EL CUADRO DE MANDO DE CUIDADOS EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE UN HOSPITAL.</b>	<b>976</b>
<i>ARTIGAS-LAGE M, PEREZ-COMPANY P, DEL OSO-MORAN J.</i>	
<b>CB - 526.- INFORMACIÓN ECONÓMICA PARA LOS PROFESIONALES SANITARIOS.</b>	<b>977</b>
<i>GARATE-PÉREZ S, ORTEGA-SALAZAR A, GÓMEZ-RODRÍGUEZ MA, LEÓN-ARAUJO C, ACAITURRI-AYESTA MT, GÓMEZ-INHUESTO E.</i>	
<b>CB - 527.- ANÁLISIS DEL COMPONENTE ASISTENCIAL DEL CUADRO DE MANDO DE UNA ORGANIZACIÓN MULTICÉNTRICA.</b>	<b>978</b>
<i>CASTELLÓN-RAMÓN JA, PONTÓN-SIVILLA JL, CERNUDA-TEROL C, BACIERO-LORZA F, MONTOLIU-VALLS RM, ASENSIO-BLASCO E.</i>	
<b>CB - 528.- COMPARTIENDO LA IMAGEN DE LA HISTORIA CLÍNICA:COLABORACIÓN ENTRE LOS CENTROS IMQ Y HOSPITALES DE OSAKIDETZA EN BIZKAIA.</b>	<b>980</b>
<i>DARPÓN-SIERRA J, CUDOLÁ-AURREKOETXEA N, LECUMBERRI-CORTÉS I, SOLÍS-POLO G, GUERRA-ZALDUA N.</i>	

## **Sesión de Comunicaciones Orales Breves.**

**Sala A3-1.**

**Miércoles, 7 de noviembre / 16:00 h. – 18:00 h.**

**Calidad: Sistemas, Modelos y Programas.**

**CB – 011 / CB – 037**

**CB - 011.- DEFINIR LA ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE ACREDITACIÓN(MA) EN ATENCIÓN PRIMARIA(AP) EN UN TERRITORIO.**

GARCIA-GONZALO C, ANSA-ECHEVERRIA X, GENS-BARBERA M, HERNÁNDEZ-VIDAL N, FERRER-VIDAL-CORBELLA D, ADELL-AGUILO N.

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA. ALMOSTER (TARRAGONA).

**OBJETIVOS:**

Desarrollar una estrategia para la implantación del MA de una comunidad autónoma en un territorio de atención primaria(AP) integrado por 20 Equipos de atención Primaria (EAP).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Actividades realizadas durante el año 2011:

1- Todos los EAP realizan la Autoevaluación con los estándares del MA (379 estándares) 2- Evaluación externa de todos los EAP por parte del referente territorial de calidad y seguridad (una jornada de trabajo por EAP), 3- elaboración de un informe por EAP con el resultado según la evaluación final (En el informe se asigna una priorización incidiendo en los estándares relacionados con la seguridad de los pacientes), 4- se prioriza formación en seguridad de los pacientes a todos los referentes de calidad y seguridad de los EAP y miembros de la comisión de calidad y seguridad territorial, 5-análisis de resultados globales de consecución de los diferentes estándares del MA.

Año 2012: 1- Priorización de estándares a trabajar comunes para todos los EAP, para unificar criterios, disminuir la variabilidad, evitar duplicidades y esfuerzos 2- se define la metodología a trabajar, 3- Utilización de la plataforma e-Catalunya como instrumento de trabajo, 4-Creación de Equipos de mejora (EdM) a nivel territorial: 5- Realización de reuniones mensuales de validación 6- formación en gestión por procesos con el objetivo de dar apoyo metodológico a los diferentes integrantes.

**RESULTADOS:**

20 EAP autoevaluados. Resultados de la evaluación externa globales: criterio 1: 82%, criterio 2:42 %, criterio 3: 74%, criterio 4: 56%,criterio 5: 57%, criterio 6: 62%, criterio 7:29%, criterio 8:60% y criterio 9:46%. Cada EAP dispone de sus resultados individuales comparando con la media de los EAP del territorio. Se han priorizado 5 procesos a trabajar a nivel territorial: Box de urgencias, uso del medicamento, plan de acogida, gestión del entorno y gestión material clínico. El trabajo se realiza mediante una plataforma que actúa de gestor documental y sirve para compartir el conocimiento. Están trabajando un total de 150 personas, cada uno con diferentes responsables, se han identificado un líder de cada proceso (5 líderes), 18 referentes que actúan sobre procedimientos específicos y 130 colaboradores o profesionales conocedores de los diferentes procesos. Se han realizado 2 reuniones de validación y formación específica para diagramar los diferentes procedimientos (4 jornadas). Diseño de un plan de comunicación para su implantación en todo el territorio.

**DISCUSIÓN:**

El MA nos ayuda a impulsar al conjunto de profesionales a analizar el EAP y la organización y incidir en la mejora de la calidad de la asistencia al ciudadano.

La estrategia de trabajo territorial, ha de facilitar el trabajo a los EAP, impulsar la mejora, promover la excelencia y hacer comprender a los profesionales las ventajas que aportará el proceso de acreditación. El trabajar estándares comunes a nivel territorial nos ayuda a ser más eficientes y disminuir la variabilidad de los procesos analizados.

**CB - 012.- SOSTENIBILIDAD DE LA TUTORIZACIÓN EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES.**

OVIES-FERNÁNDEZ A, ROJAS-DE MORA FIGUEROA A, VILLALÓN-HABA EM, CARRASCOSA-SALMORAL MP, BREA-RIVERO P, MARTÍN-GARCÍA SM.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. SEVILLA.

**OBJETIVOS:**

Analizar la evolución de la satisfacción de los profesionales con su Tutor-Guía (TG) y con la tutorización durante el Proceso de Acreditación de Competencias Profesionales (PACP).

A través de este proceso, desarrollado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), los profesionales revisan su propia práctica asistencial demostrando el nivel de competencia que tenían previamente o que alcanzan durante el mismo.

Los profesionales tienen habilitada una zona de comunicación en su proyecto de acreditación a través de la cual y mediante mensaje, el TG que tienen asignado les orienta y resuelve sus dudas en un plazo máximo de 48h.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Análisis descriptivo de la satisfacción del profesional con su TG en relación al aumento del volumen de mensajes y del número de profesionales asignados a cada TG.

Ámbito: Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Tamaño de la muestra: 3109 cuestionarios de satisfacción cumplimentados en los que los profesionales sanitarios en PACP indicaron el grado de satisfacción con el servicio prestado por su TG.

Periodo de estudio: 2007-2011.

**RESULTADOS:**

El número de profesionales en PACP, así como los mensajes recibidos, han ido incrementándose en el periodo de estudio.

Mientras en 2007 415 profesionales enviaron 9834 mensajes, en 2011 se alcanzaron 34461 mensajes remitidos por 2685 profesionales. En cambio, el número de tutores disminuyó de 10 a 7 en el mismo periodo, variando la satisfacción de los profesionales de 8.91 puntos sobre 10 a 8.27.

En este mismo periodo se introdujeron de forma progresiva las siguientes mejoras:

- Aumento de aclaraciones en las evidencias que generaban más dudas.
- Desarrollo del maestro de mensajes: base de datos con los mensajes de respuesta a las cuestiones más frecuentes accesible a todos los TG.
- Contratación de 2 técnicos que apoyan la tutorización en periodos de mayor actividad.
- Incorporación y ampliación de información sobre los distintos tipos de pruebas existentes en el PACP y su modo de cumplimentación.
- Creación de una herramienta que permite a los distintos centros de trabajo utilizar plantillas elaboradas por la ACSA, que facilita la emisión de los certificados que el profesional desea aportar en su proceso de acreditación.
- Acuerdo del cumplimiento de un objetivo anual para los TG, con un plazo máximo de respuesta.
- Envío de mensajes automáticos con información general sobre aspectos formales de las pruebas y sobre la formalización del nivel de acreditación.
- Habilitación de una herramienta que permite al profesional calcular la caducidad de sus pruebas.

**DISCUSIÓN:**

Los cuestionarios de satisfacción y los mensajes de los profesionales permiten a los TG de la ACSA detectar áreas de desarrollo y, siguiendo el ciclo completo de garantía de calidad, incorporar nuevas mejoras que hacen más eficiente su labor diaria asegurando la sostenibilidad de ésta, a pesar del incremento sufrido, sin detrimento de la satisfacción del profesional respecto al servicio prestado por su TG.

**CB - 013.- Y AHORA TE LO DIGO EN SERIO: ¿TODAVÍA CREES QUE NO DEBES ACREDITARTE?.**

GAVILAN-CARRASCO JC, BUFORN-CRESPO P, GARCIA-TORMO C, GARCIA-RUIZ JA, MARTIN-VAZQUEZ JM, GONZALEZ-GARCIA A.  
XANIT HOSPITAL INTERNACIONAL. MÁLAGA.

**OBJETIVOS:**

Se exponen tres objetivos: La implantación de un plan de calidad que permita acreditarnos por JCI, generar confianza a nuestros grupos de interés y establecer un modelo de gestión de profesionales para implicarlos en el cambio.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En Mayo 2010, un nuevo equipo directivo asume el hospital. Privado, inaugurado en 2006, 422 profesionales, 136 camas, en zona turística, con cartera de servicios de 3º nivel. Se parte casi desde cero. En Junio se diseña un Mapa Estratégico con cuatro perspectivas (Aprendizaje y desarrollo, Procesos, Clientes y Financiera), 19 objetivos y tres metas estratégicas: Responder a las necesidades de los clientes, generar nuevo modelo de relaciones profesionales e incrementar la actividad a base de calidad. Una aseguradora (BUPA INTERNATIONAL), se convierte en aliada involuntaria, exigiendo un programa de evaluación propio, basado en el de JCI, con dos evaluaciones in situ (2011 y 2012).

**RESULTADOS:**

Se construye el mapa de procesos (28), y se establecen 4 políticas, 32 procedimientos y 31 protocolos específicos. Se realizan mapas de riesgos y un AMFE de hospitalización. Se crea el comité de ética asistencial, (1º comité acreditado por la Consejería de Salud, en la sanidad privada en Andalucía), se establece semanalmente el comité oncológico. La UCI desarrolla el plan de actuación ante PCR. Se ponen en marcha los comités de infecciones, farmacia, transfusiones, mortalidad, el comité de mejora de la práctica asistencial y el de coordinación asistencial para valorar las decisiones sobre pacientes ingresados, cuando intervienen varias especialidades. Se desarrolla un HIS con 2 cuadros de mando, uno de actividad y otro de calidad, este con 53 nuevos indicadores. Se establecen los privilegios médicos por especialidad y las competencias enfermeras. Se realizan audits de Hª clínicas y de consentimientos informados. Encuestas de satisfacción en hospitalización y hospital de día. El índice de reclamaciones es 0,04 %/00, se incrementa actividad 2011/2010 54% en ingresos y 59% en cirugía y 2012/2011 24% y 29% respectivamente. El nivel de satisfacción de los pacientes es alto. Los miércoles se realiza una sesión sobre un tema clínico o de interés para médicos y enfermeras. En febrero se firmó con los jefes clínicos un plan de objetivos ligado a incentivos, y en la bolsa económica participan el hospital y los distintos servicios médicos.

Se implantan las 6 metas de la OMS y JCI de seguridad.

En la segunda evaluación realizada por BUPA, en Abril 12, han propuesto recomendar a nuestro hospital como referencia para sus clientes.

**DISCUSIÓN:**

Aunque la acreditación de instituciones y servicios sanitarios viene de lejos, y con resultados en ocasiones excelentes, muchos profesionales y directivos siguen preguntando: ¿Para qué?.

En un hospital privado, no ver las ventajas de hacer bien las cosas y demostrarlo, puede suponer perder proveedores y clientes. En los centros públicos, será cuestión de tiempo, sentir los inconvenientes de no verlo.

**CB - 014.- PLAN ESTRATÉGICO: UNA APUESTA POR LAS PERSONAS DE MUTUALIA.**

FERNÁNDEZ-MUJIKA M.

MUTUALIA. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Entendemos el proceso de Planificación Estratégica como herramienta clave para reflexionar sobre nuestra identidad, entorno y futuro. La última reflexión estratégica nos ha permitido identificar las ventajas competitivas para alcanzar un mejor posicionamiento en el sector, estableciendo los retos a afrontar y las vías para lograrlos.

El resultado de este proceso es un documento de consenso donde hemos concretado las grandes decisiones que orientarán nuestro camino hacia la Excelencia. En él hemos establecido los objetivos estratégicos para el periodo 2012-14 y definido los mecanismos para su consecución. A lo largo del proceso hemos empleado metodologías participativas y creativas conscientes de que la elaboración de un Plan Estratégico (PE) de manera consensuada contribuye a que las personas y Grupos de Interés (GI) se involucren en su implantación y seguimiento.

Objetivos perseguidos con este nuevo enfoque:

- Conocimiento de las necesidades/ expectativas de los GI y su participación en el proceso.
- Compromiso y sentimiento de pertenencia de las personas.
- Conocimiento de la propia organización.
- Anticipación y adaptación a los cambios.

La fase inicial de definición del PE ha sido un proceso abierto, transparente y participativo. De cara a su implantación, entendemos el proceso como algo vivo y adaptable a las continuas informaciones procedentes de nuestros GI, entorno y rendimiento interno.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Personas participantes: C. Ejecutiva, J. Directiva, Comité de Dirección, Comité de Seguimiento de Control (CSG), Líderes del Proyecto Lidera y Equipos de Proceso. En total: 142 personas.

Utilización de metodologías/ herramientas de apoyo a la creatividad e innovación: brainstorming, técnica causa-efecto, metodología solución creativa de retos, dinámicas de grupo donde representantes de nuestros GI han adoptado diferentes papeles para equilibrar sus necesidades y las de la mutua, organización de World Café con GI para fomentar su participación, etc.

El proceso se ha desarrollado en las siguientes FASES:

- ☐ Análisis de la información estratégica.
- ☐ Diagnóstico y análisis estratégico.
- ☐ Planificación estratégica.
- ☐ Despliegue de la estrategia.
- ☐ Comunicación.

**RESULTADOS:**

A lo largo de las diferentes fases hemos analizado el grado de satisfacción de las personas participantes:

- Encuesta para evaluar el grado de satisfacción con la sistemática utilizada al CSG.
- Valoración general de las jornadas del Proyecto Lidera (asistencia de todas las personas líderes) dedicadas al PE y a las dinámicas de creatividad.
- Encuesta de satisfacción con la jornada de comunicación del PE a todo el personal.

## **DISCUSIÓN:**

Los buenos resultados alcanzados demuestran la alta satisfacción con el proceso, destacando los niveles de participación, dinamismo y creatividad de las y los participantes. En este sentido, cabe destacar las 196 ideas creativas que han aportado los 142 participantes como punto de partida para dar respuesta a los diferentes objetivos estratégicos.

## **CB - 015.- ANALISIS DE LA TENDENCIA DE LA SATISFACCION CON LA UNIDAD DE CALIDAD DE UN HOSPITAL REALIZADA POR CLIENTES INTERNOS.**

TAFALLA-BORDONADA C, FIDALGO-HERMIDA B, GALINDO-GALLEG0 M, MOLINA-ALEN E, TARIN-VICENTE N.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. MÓSTOLES (MADRID).

### **OBJETIVOS:**

La Unidad de Calidad (UC) es la encargada de facilitar el apoyo logístico y metodológico a los servicios/unidades del Hospital para la implantación y seguimiento un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) basado en la Norma UNE EN ISO 9001

#### **OBJETIVOS**

Nos planteamos medir la satisfacción de los Servicios/Unidades en relación a la UC a través de dos métodos, la realización de encuestas de satisfacción y la evaluación de los proveedores internos.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

1.-Se elaboró una encuesta de satisfacción específica para la UC, con cuatro preguntas, basada en el método de Likert, en base a sus respuestas a lo largo de un continuo muy satisfecho/insatisfecho, que posteriormente se reconvertían en una escala numérica (0 a10): Trato por el personal de la Unidad, Claridad de la información, Valoración en el apoyo en el seguimiento del SGC y Tiempo dedicado a su servicio/unidad para el seguimiento del SGC. Se incluye en el cuestionario una pregunta dicotómica ¿Le parece útil el SGC en su Servicio/ Unidad?.El cuestionario se envió por correo interno en sobre cerrado a los responsables de los servicios/unidades.(facultativos, enfermería y administrativos).

2.- Se creó un registro para realizar la evaluación de proveedores internos. La evaluación se realizó en función de tres criterios: Concordancia de lo entregado con lo solicitado, Puntualidad en la entrega y Calidad general del servicio. Cada ítem con una escala de valoración del 1 al 10. Obteniéndose una sola valoración de cada uno de los clientes internos, la media aritmética de las puntuaciones.

Se envió el documento, para su cumplimentación, en formato electrónico a todos los responsables de los servicios/unidades.

3.- Se diseñó una base de datos en Excel en la que se cruzan las valoraciones que realizan los servicios/unidades a sus proveedores. Por último se diseño de un Ranking de proveedores internos.

### **RESULTADOS:**

En la encuesta de satisfacción las puntuaciones obtenidas por la UC han sido (medias aritméticas de las puntuaciones de los 4 ítems valorados): 8.24 con % de respuesta del 48% en 2010; 8.57 y 48 % de respuestas en 2011; 8.47 con el 61% de respuestas en 2012. A la pregunta ¿Le parece útil el SGC en su Servicio/ Unidad? el 75% ha contestado que sí.

En el Ranking de proveedores internos la tendencia muestra un incremento de la valoración de la UC; Las puntuaciones obtenidas han sido (medias aritméticas de las puntuaciones de los 3 ítems) :8.3 en 2010 con 51 evaluaciones ; 8.4 en 2011 con 64 evaluaciones, y 8.5 en 2012 con 61 evaluaciones. Estas valoraciones han situado siempre a la UC entre los 4 Servicios mejor valorados de todo el Hospital.

**DISCUSIÓN:**

La UC ha realizado el apoyo para la creación de sistemas de trabajo transversales, que integren a los profesionales de diferentes áreas, servicios, unidades, para disminuir las barreras interdepartamentales y esto ha sido valorado positivamente por los demás servicios/Unidades.

**CB - 016.- DAFO Y CAME: DOS HERRAMIENTAS DE APOYO PARA EL DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN EN LA ELABORACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE CUIDADOS.**

DE FRANCISCO-CASADO MA, BARBERÁ-MARTÍN A, JIMÉNEZ-GÓMEZ C, FERNÁNDEZ-DÍAZ C, AUBAREDE-SORIANO C, PÉREZ-RIVAS FJ.

DIRECCIÓN TÉCNICA DE PROCESOS Y CALIDAD. MADRID.

**OBJETIVOS:**

La comisión de calidad de los cuidados tiene como uno de sus objetivos iniciales el diseño de la estrategia de calidad de los cuidados enfermeros.

Para realizar el diagnóstico de situación se plantea como objetivo realizar un análisis de la organización y del entorno de la misma con el fin de identificar aspectos clave tanto internos como externos que nos ayuden a definir estrategias adaptadas y pertinentes con la realidad, utilizando la matriz CAME.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Encuadre y presentación del proyecto a los miembros de la comisión de calidad de los cuidados.

Formación del grupo de análisis.

Realización del análisis interno de la organización y del entorno que la rodea. Confección individual de la matriz DAFO.

Agrupación y síntesis de matrices DAFO individuales y elaboración de una primera matriz grupal.

Realización de una selección ponderada grupal para elaborar la matriz DAFO definitiva.

Elaboración de la matriz de impacto analizando las siguientes variables de la organización: capacidad de éxito, ilusión hacia el futuro, desgaste institucional y vulnerabilidad.

Elaboración de la matriz CAME grupal definiendo los diferentes tipos de estrategia a llevar a cabo persiguiendo corregir debilidades, afrontar amenazas, mantener fortalezas y explotar oportunidades.

**RESULTADOS:**

La comisión de calidad de los cuidados ha identificado y descrito más de 30 líneas de trabajo estratégicas (10 defensivas, 7 ofensivas, 8 de reorientación y 7 de supervivencia) a implementar en los centros de salud de nuestra comunidad.

Se ha conseguido dar un enfoque global a la estrategia de cuidados gracias a la participación e implicación de profesionales enfermeros pertenecientes al ámbito directivo, técnico y asistencial.

**DISCUSIÓN:**

La utilización grupal de herramientas de diagnóstico estratégico como el DAFO y el CAME y la participación de enfermeras gestoras, técnicas y asistenciales en el desarrollo de estas herramientas nos aporta una visión amplia y global de nuestra organización y nos ayuda a definir la estrategia de cuidados a implementar.

**CB - 017.- GESTIÓN DE LA CALIDAD. AUTOEVALUACIÓN SEGÚN EL MODELO EFQM. HOSPITAL GUADARRAMA.**

SALAZAR-DE LA GUERRA RM.

HOSPITAL GUADARRAMA. GUADARRAMA (MADRID).

**OBJETIVOS:**

En el Hospital, la Calidad y la mejora continua son un objetivo estratégico y, desde hace años, estamos trabajando con el Modelo Europeo de Calidad EFQM. Hemos realizado tres autoevaluaciones y tras ellas se ha elaborado los correspondientes Planes de Calidad siguiendo la estructura del Modelo EFQM. En el mes de marzo de este año, hemos renovado el Sello + 400 puntos que alcanzamos en diciembre del 2009.

Objetivos:

Continuar con el impulso de la mejora. Facilitar la implicación de los trabajadores en la Organización. Reflexionar sobre la situación actual y establecer nuevos metas y objetivos que nos permitan avanzar en la línea de la Excelencia.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se organizó un grupo formado por 27 personas, buscando la mayor representatividad posible. Se realizó una sesión formativa, en la que organizamos cuatro grupos de trabajo entre los que se distribuyeron los distintos criterios del Modelo EFQM.

A cada grupo se le proporcionó un cuestionario que contiene una guía explicativa de interpretación para cada subcriterio y el proceso de puntuación; este documento se cumplimentó individualmente. Toda la información recogida se incluyó en un documento para una puesta en común de los diferentes grupos y se procedió a agrupar la información. Para ello, recurrimos a diagramas de árbol y matrices de priorización, alternando el trabajo individual con el grupal.

Se evaluaron los puntos fuertes y áreas de mejora priorizados mediante la herramienta REDER.

Se procedió a la priorización de las áreas de mejora mediante la técnica multipunto de manera individual, teniendo en cuenta la factibilidad y la eficacia. Posteriormente se realizó una reunión de consenso.

**RESULTADOS:**

Se identificaron un total de 625 puntos fuerte y 325 áreas de mejora. La puntuación final alcanzada fue de 450 puntos.

Se identificaron inicialmente 60 áreas de mejoras y con las 23 que tenían una puntuación más alta, hemos elaborado el nuevo Plan de Calidad del Hospital.

**DISCUSIÓN:**

Con el Modelo Europeo EFQM hemos conseguido avanzar en estos últimos años. Nos permite reflexionar en equipo y establecer nuevos objetivos de mejora. Es una buena herramienta que facilita la integración de los diferentes departamentos del Hospital y contribuye a la unificación de los objetivos.

**CB - 018.- MANEJO DEL PACIENTE ASMÁTICO AMBULATORIO EN LA COMARCA INTERIOR DE VIZCAYA.**

GALLEGO- I, DORADO-ARENAS S, LARRAURI- M, SALINAS- C, EGURROLA- M, URRUTIA- I.  
HOSPITAL GALDAKAO. GALDAKAO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

Determinar la adecuación en el diagnóstico de asma en las consultas de Atención Primaria (AP) y de Neumología.

Determinar el grado de control en los asmáticos registrados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En un primer paso se creó un grupo de trabajo constituido por 4 médicos de AP, 2 neumólogos de área junto con 2 responsables de Osabide (aplicación informática para el desarrollo de la actividad asistencial en atención primaria en Osakidetza) realizándose cambios en la historia clínica digitalizada. Se estructuró la información en un protocolo de diagnóstico, control (medido por el cuestionario Asma Control Test) y tratamiento del asma recogiendo de una manera estructurada todas las fases de la enfermedad estableciendo ayudas para simplificar el proceso . Además se adecuó un sistema coordinado con la enfermería de neumología de área para la petición protocolizada de realización de espirometría con broncodilatación, medición de Óxido Nítrico y Test de Metacolina. Todas las mediciones se realizaron según los criterios de la SEPAR.

**RESULTADOS:**

Desde Enero de 2011 a Mayo de 2012 se revisaron los pacientes diagnosticados de asma en las las consultas de AP de Arrigorriaga , Durango , Amorebieta y Matiena y en las consultas de Neumología de los ambulatorios de Durango, Llodio, Basauri, Gernika y Galdakao. Se revisaron 1050 pacientes registrados con diagnóstico de Asma, de los cuales se obtuvieron datos válidos en 971 (92%): 55% mujeres, con una edad de 14-30 años ; 159 (17%), 31-50 años : 317 (32%) y más de 50 años : 495 (51%).Se analizaron 810 espirometrías con broncodilatación siendo positivas el 55%, 344 mediciones de óxido nítrico siendo positivas 57% y 297 test de metacolina siendo positivas el 81%. De los pacientes estudiados se constató en un 82% la positividad de una prueba objetiva que confirmara el diagnostico de asma según la GEMA. El nivel de gravedad se pudo determinar en 841 pacientes: el 15% eran Asma Intermitente; 31% Asma Persistente Leve; 43% Asma Persistente moderado; 11% Asma Persistente Severo. Durante el seguimiento se realizaron 1158 controles en 583 pacientes 1 control; en 186 , 2 controles; en 55, 3 controles; en 7, 4 controles; en 2 pacientes, 5 controles). En el 83% se constató un buen control , en el 11% un control parcial y en el 6% un mal control.

**DISCUSIÓN:**

El diagnóstico de asma fue correcto en el 82% de los casos registrados.

El control de los asmáticos fue bueno en el 83% de los casos y tan sólo el 6% tuvieron un mal control.

Nuestros datos nos permiten estimar que tenemos diagnosticado y controlados al 33% de los pacientes asmáticos de la Comarca Interior.

**CB - 019.- UTILIDAD DE UNA HERRAMIENTA INFORMÁTICA PARA EVALUAR LA DISFONIA.**

ZABALA-LOPEZ DE MATURANA A, SANTAOLALLA-MONTOLLA F, GARCÍA-ZAPIRAIN B, MENDEZ-ZORRILLA A, PÉREZ-IZQUIERDO A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

El objetivo es probar la eficacia de los nuevos programas informáticos, en este caso ANALISISVOX, que nos proporciona datos visuales, objetivos y fácilmente interpretables, lo que asegura una mejora de la calidad asistencial de estos pacientes con problemas de voz.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El laboratorio DeustoTECH-Vida - DeustoTECH-Life Lab de la facultad de telecomunicaciones de la Universidad de Deusto en colaboración con el Servicio de ORL del Hospital de Basurto ha creado una nueva aplicación básica en la que se recogen los aspectos más destacados que deben tenerse en cuenta ante un paciente disfónico.

**RESULTADOS:**

Abrimos el programa AnálisisVOX y optamos por seleccionar la galería audiovisual. Se trata de una unidad didáctica de las principales patologías vocales con sus correspondientes valoraciones (GRBAS, y de parámetros estroboscópicos).

Posteriormente pasamos a la exploración completa en las que van sucediéndose una serie de pantallas que van siguiendo el protocolo de exploración de la voz, desde los cuestionarios del VHI, las grabaciones de voz y vídeo de la estroboscopia, para finalmente pasar a valorar esos resultados en la pantalla.

VALORACION. Los resultados finales tanto objetivos (automatizados) como subjetivos quedan plasmados en la pantalla final.

**DISCUSIÓN:**

Actualmente, la exploración clínica de la voz está cobrando gran trascendencia e interés dentro de nuestra especialidad, debido a gran demanda social y los avances tecnológicos en el campo de la informática, ingeniería, telecomunicaciones (procesado de imagen y sonido).

Por lo tanto hemos de crear una herramienta informática que facilite y automatice diagnósticos de voz lo que supondría mejora de parámetros de calidad.

**CB - 020.- ESTUDIO DE LA SATISFACCION DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS CENTRALES Y ADMINISTRATIVOS DE UN HOSPITAL DURANTE 5 AÑOS.**

TARIN-VICENTE N, GALINDO-GALLEGO M, MOLINA-ALEN E, FIDALGO-HERMIDA B, TAFALLA-BORDONADA C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. MOSTOLES (MADRID).

**OBJETIVOS:**

El Hospital tiene implantado un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), basado en la Norma UNE EN ISO 9001 con un alcance de la certificación de 50 Servicios/ Unidades.

**OBJETIVO**

Nos planteamos estudiar, a lo largo de los últimos 5 años, las tendencias de las valoraciones de los resultados de las encuestas de satisfacción de los usuarios de los Servicios/Unidades Centrales y Administrativos (SUCA) , mediante el análisis de las de las encuestas de clientes internos y externos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- 1.- Los Servicios se agruparon en 11 Servicios Centrales Clínicos y 15 Administrativos
- 2.- Se elaboraron unas encuestas de satisfacción específicas para cada uno de los diferentes SUCA, con un número de preguntas variables entre 5 a 8, pero se han mantenido en el tiempo para poder estudiar la tendencia de las valoraciones. Las preguntas se basan en el método de Likert, en base a sus respuestas a lo largo de un continuo, muy bien, bien, regular y mal, que posteriormente se reconvertían en una escala numérica de puntuación: 10, 7.5, 2.5 y 0.  
Se realizaron 25 cuestionarios diferentes, tres de los cuales eran para usuarios externos.
- 3.- A los responsables de los servicios/unidades (facultativos, enfermería ,administrativos) se les envió un cuestionario múltiple, que contenía la las diferentes encuestas con todos los SUCA a valorar.
- 4.- Se creó una base de datos para realizar la cuantificación de las puntuaciones de cada una de las preguntas y poder obtener una media aritmética de las puntuaciones de todos los ítems.

**RESULTADOS:**

Los resultados de las encuestas de satisfacción muestran un incremento progresivo en la valoración de los SUCA durante los últimos 5 años. Las puntuaciones medias obtenidas por Servicios Centrales Clínicos han sido de: 7.39 en 2008, 7.49 en 2009, 7.49 en 2010, 7.72 en 2011 y 7.78 en 2012 .

Por otro lado las valoraciones medias de los Servicios Administrativos fueron de: 5.83 en 2008, 6.46 en 2009, 7.01 en 2010, 6.99 en 2011 y 7.01 en 2012.

**DISCUSIÓN:**

El desarrollo sistemas de trabajo transversales, que integran a los profesionales de las diferentes áreas clínicas y administrativas ha favorecido el conocimiento, la comunicación y ha facilitado la disminución de las barreras entre los diferentes departamentos. Todo esto ha revertido favorablemente en las valoraciones de las encuestas de satisfacción de los usuarios internos y externos.

**CB - 021.- CALIDAD Y CALIDEZ: EJES DE DISEÑO DE UN MODELO DE ATENCION PERSONALIZADA PARA PERSONAS MAYORES.**

FERRARI MC, ITHURBURU MT, DI-CESARE L, CAMJALLI N.

INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS- PAMI. BUENOS AIRES (ARGENTINA).

**OBJETIVOS:**

1. Diseñar un Modelo de Atención Personalizada(trámites administrativos) para afiliados de una institución nacional que brinda servicios sociosanitarios a Personas Mayores, con calidez (humanización) y calidad (eficacia, eficiencia y efectividad).
- 2.Certificar bajo Normas ISO 9001:2008 como estrategia de sostenibilidad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

A- Diagnóstico(2009): por grupo interdisciplinario A.1 Identificación de oportunidades de mejora, 9 de 37 sedes centrales de diversas zonas: demoras; cupos; horarios distintos por tema; requisitos y formularios disímiles/desactualizados; espacios no adaptados. A.2 Detección de necesidades y buenas prácticas replicables (benchmarking).

B- Diseño del Modelo de Atención Personalizada(2010): sobre cuatro ejes. B.1 Humanización en el trato, los espacios y los procesos. B.2 Sensibilización, inducción a los agentes al cambio. B.3 Normalización de los trámites, unicidad de requisitos y formularios.B.4 Regulación de Procesos de Atención, ventanilla única para toda la demanda, fuerte apoyo en tecnologías, agentes generalistas especializados con incentivo remunerativo.

C- Verificación e Implementación del diseño (2010) En 13 sedes seleccionadas estratégicamente de diversas regiones y realidades sociosanitarias. Adaptación a las características de usuarios (afiliados y su familia) y los requisitos locales.

D- Validación del Diseño (2010 a la fecha), confronte de ejes del modelo con dimensiones de calidad (medioambiente, accesibilidad, calidez y empatía, credibilidad y respuesta competente). Revisión por "Grupo Intergerencial de Mejora de Procesos", acciones proactivas.

E- Certificación del Diseño del Modelo de Atención bajo Normas ISO 9001:2008 (Auditorías externas septiembre de 2010 y 2011).

F- Medición de la mejora continua (2010 a la fecha), cuadro de mando, indicadores con impacto en la satisfacción del usuario y los agentes.

**RESULTADOS:**

100% de cumplimiento de estándares (horario amplio y único; medioambiente adaptado; espera adecuada; inicio de trámites en el día o autorización inmediata según especificidad). Se capacitaron 2008 agentes de un total de 4000 agentes de atención (2010-2011). Eficacia de la aplicación del Modelo de Atención medido por nivel de satisfacción (2011): 80% en agentes (91 encuestados en 8 sedes); y 85% en afiliados (515 encuestados en 5 sedes). Hoy rige en 70 sedes (34 centrales y 36 medias), 2.350.000 afiliados de un total de 4.500.000 (52%).

**DISCUSIÓN:**

Diseñar y aplicar un Modelo de Atención conjugando humanización con tecnologías, constituye una herramienta de cambio, que viabiliza la implementación del proceso de atención al afiliado y su familia con calidad y calidez. Permite involucrar la responsabilidad de todos los agentes en gestionar las mejoras y a través de la retroalimentación y medición facilita el progreso del modelo, el que ha tenido gran impacto en la satisfacción de usuarios y agentes internos, logrando accesibilidad con equidad. Su certificación bajo normas ISO resulta motor de sostenibilidad de la mejora.

## **CB - 022.- AVANZANDO HACIA LA IMPLANTACION DE LAS NORMAS ISO EN EL SECTOR ZARAGOZA II.**

GALICIA-FLORES TANIA, VELA-MARQUINA ML, GARCÍA-MATA JR, COCA-MORENO J.  
HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ZARAGOZA.

### **OBJETIVOS:**

Describir la metodología aplicada en el Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS), en colaboración con los grupos de mejora de los Servicios y Equipos de Atención Primaria (EAP) para impulsar y apoyar en su implantación y desarrollo el sistema de gestión de calidad ISO en el Sector Zaragoza II.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Identificación y priorización de servicios estratégicos o por la existencia de una masa crítica que facilite su implantación.

Los Servicios y Equipos de Atención Primaria (EAP) disponen de un grupo de calidad que funciona en base a un reglamento, lo cual facilita la tarea de introducción del sistema ISO al resto del equipo. La Unidad de Calidad Asistencial (UCA) actúa de catalizador de los proyectos con actividades de formación, apoyo metodológico y coordinación. Un miembro del equipo directivo armoniza, la marcha de los proyectos de certificación y acreditación, sirviendo de escuela de aprendizaje y estímulo mutuo.

Actividades: Talleres formativos a los profesionales que van a participar en el proceso de certificación. Reuniones semanales entre cada servicio y la UCA en las que se planifica el trabajo a realizar, se resuelven dudas y se revisa lo que se realiza. Realización de Auditorías Internas, Revisión por la Dirección y Auditorías de Certificación.

### **RESULTADOS:**

Institucionalmente, se aborda la certificación de: centrales de esterilización y EAP (ISO 9001) y la acreditación (ISO 15189) de los servicios de Hematología, Bioquímica, Microbiología y Anatomía Patológica.

A nivel de Sector, en el 2009 se obtuvo la certificación del Hospital de Día Hematológico y del Servicio de Electromedicina. Este último es el primer servicio en obtener además la certificación según la norma ISO 13486.

En 2011 han conseguido la certificación: Admisión, Comisión de Docencia, Farmacia y Medicina Nuclear; En Abril del 2012 los servicios de Medicina Preventiva, Oncología Radioterápica y Física y Protección radiológica han alcanzado la certificación. Se ha de destacar que los servicios de 2011-2012 han trabajado con apoyo interno del Hospital (UCA), sin consultoras externas.

### **DISCUSIÓN:**

La implantación de sistemas de calidad basados en la norma ISO ha supuesto un revulsivo en la mejora de la calidad de diversos servicios del Sector; así como una mayor implicación de los profesionales y la puesta en marcha de nuevas dinámicas de trabajo.

Es imprescindible en este proceso contar con personas y estructuras, en nuestro caso la UCA, que den soporte próximo, estímulo y coordinación a los proyectos.

**CB - 023.- CERTIFICACIÓN ISO 9001: 2008. CAMBIOS FUNCIONALES Y ESTRUCTURALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LAS CLÍNICAS IMQ.**

GONZÁLEZ-SÁNCHEZ C, RUIZ-GARCÍA I, GUERRA-ZALDUA N, PRIETO-EGURROLA JL, FUENTES-FELIPE F, URRUTIA-JOHANSSON I.

CLÍNICAS IMQ (IMQ ZORROTZAURRE Y IMQ VIRGEN BLANCA). BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Conocer los cambios experimentados en un Servicio de Urgencias de un Hospital Privado de referencia, con la implantación de un Sistema certificado de gestión de la calidad, que inciden principalmente en la planificación de la atención, en la prestación de cuidados y actitudes terapéuticas, en el seguimiento y evolución clínica del paciente y en la coordinación y continuidad de la asistencia.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- ☐ Constitución del equipo de diseño del proceso.  
Diseño de proceso: misión, alcance, equipo gestor, requisitos del cliente.
- ☐ Elaboración del mapa del proceso.  
Descripción detallada del proceso (protocolos, procedimientos, recursos necesarios).  
Elaboración del cuadro de mando.
- ☐ Implantación.
- ☐ Estabilización.
- ☐ Sistemática de REDER con implicación de la Dirección.

**RESULTADOS:**

Los objetivos estratégicos del cambio incluyeron el desarrollo de un modelo de organización que contemplara el proceso de urgencias en su totalidad, en torno al paciente y a sus necesidades y expectativas, principalmente en los aspectos relacionados con la calidad técnica, calidad de Servicio y trato humano y personalizado, consiguiendo la integración de los procesos, así como de los profesionales que en ellos intervienen, fomentándose el trabajo en equipo como elemento indispensable para el éxito.

La implantación del sistema de gestión de la calidad implicó la definición de los procesos (requisitos, interacciones e indicadores), el seguimiento y medición de los procesos y el plan de mejora de los mismos, y la evaluación de la satisfacción de los pacientes y sus familiares.

Algunas de las mejoras introducidas han sido: revisión y mejora del sistema de triaje; normalización del Informe de Alta y mejora en la calidad de cumplimentación; medición y seguimiento de los puntos de información hacia el paciente y/o familiar; pactos con los servicios de apoyo para mejorar la coordinación y transferencia de pacientes; elaboración de protocolos clínicos para disminuir la variabilidad en las actuaciones clínicas:

Actualmente este sistema de calidad se encuentra totalmente integrado en el trabajo en equipo habitual, formando parte de la práctica clínica diaria.

**DISCUSIÓN:**

Entre otros puntos fuertes, la implantación del sistema de gestión de la calidad en nuestro Servicio ha favorecido una nueva estructura organizativa, con gran implicación de todo el personal en general, impregnando también la cultura de la evaluación continua y de la gestión por procesos en los servicios que interactúan con urgencias, impulsándose acciones formativas interdepartamentales, realizándose de forma sistemática el seguimiento de los Indicadores de los procesos y de los Objetivos de calidad, reflejados en el cuadro de mando de indicadores. Todo ello se ha traducido en altos índices de satisfacción, tanto por parte de los pacientes a los que atendemos, como del personal del mismo Servicio de Urgencias, de los clínicos del resto del centro hospitalario y de los órganos directivos del mismo.

**CB - 024.- IMPACTO DE UN TRASLADO HOSPITALARIO SOBRE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL USO DE MEDICAMENTOS MEDIANTE EL CUESTIONARIO ISMP.**

FONT-NOGUERA I, EDO-SOLSONA MD, POVEDA-ANDRÉS JL.

HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE. VALENCIA.

**OBJETIVOS:**

Evaluar la variación de la cultura en la seguridad del sistema de utilización de medicamentos en un hospital tras el traslado a una nueva estructura y organización hospitalaria.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realizaron dos autoevaluaciones por ocho profesionales pertenecientes al Comité de Calidad y Seguridad del Medicamento. Se contestaron y consensuaron las 232 preguntas del cuestionario ISMP (Institute for Safe Medication Practices) España en tres sesiones consecutivas y posteriormente se procedió al registro on line de la propia organización. La primera autoevaluación fue en el antiguo hospital en marzo de 2010 y siete meses después del traslado (octubre 2011) se procedió a realizar la segunda.

**RESULTADOS:**

La puntuación del cuestionario en 2010 y 2011 fue de 773 sobre 1540 (50,19%) y de 990 sobre 1540 (64,12%), respectivamente.

Al analizar los criterios esenciales, los valores más bajos en 2010 se obtuvieron en criterios relacionados con los procedimientos generales del hospital y las prácticas que conllevan inversión en tecnología, personal y formación. Dos criterios esenciales mostraron un porcentaje inferior al 25%: competencia de los profesionales (16,67%) y su formación en seguridad (17,86%). En 2011, esos criterios continuaron con similares puntuaciones (23,81% y 25%, respectivamente). Por otra parte, el criterio de notificación y análisis de errores, obtuvo una puntuación (42,5%) inferior a la del 2010 (55,83%).

Los porcentajes más altos se obtuvieron para criterios sobre actividades del servicio de farmacia. En 2010, destacaron los criterios de almacenamiento de productos químicos (100%) y de uso racional de antibióticos (85,71%). En 2011, estos criterios mantuvieron puntuaciones elevadas, 100% y 92,86%, respectivamente. Otros criterios con puntuaciones superiores al 75% fueron: la existencia de una Guía Farmacoterapéutica (92,19%); la comunicación de las prescripciones (91,35%); el etiquetado de las preparaciones con medicamentos (78,33%) y los procedimientos de doble chequeo (77,38%).

**DISCUSIÓN:**

Se incrementa en 14 puntos la mejora en la cultura de seguridad del sistema de utilización de medicamentos tras la incorporación de tecnología en la prescripción electrónica. No obstante, es necesario reforzar las áreas de competencia y formación de personal y notificación así como análisis de errores.

**CB - 025.- GESTIÓN POR PROCESOS Y NORMA ISO COMO SISTEMA DE CALIDAD EN UN COLEGIO PROFESIONAL, NUESTRA EXPERIENCIA.**

ABULÍ-PICART F, ROURA-MARTÍ P, REY-MIGUEL A, PEREZ-GARCIA MA, PUIGVERT-VILALTA C, COLON-MORENO L.

COLEGIO OFICIAL D'INFERMERS/ERES DE GIRONA. GIRONA.

**OBJETIVOS:**

Definir e implementar un sistema de gestión de la calidad (SGC), tomando la gestión por procesos y el círculo de mejora continua como eje principal. Este sistema posteriormente será certificado mediante Norma ISO.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Etapa reflexiva: gestión basada en la mejora continua de nuestros procesos. Punto de referencia la adopción de un enfoque basado en procesos y se elige seguir el modelo y pautas marcadas en la Norma ISO 9009:2008, centrada en el desarrollo, implementación y mejora de los procesos para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos. Etapa productiva: planificación e implementación de las acciones que realizaremos para cumplir con la Norma, incluyendo como metodología el círculo de mejora continua. Identificación de las áreas que serán susceptibles de certificación y que configuraran nuestros procesos clave. Evaluación inicial del SGC para contrastar el grado de cumplimiento de los requisitos de la Norma. Establecimiento e implementación de un plan de mejora durante el año 2011. Evaluación febrero de 2012 con el fin de conocer la madurez del sistema.

**RESULTADOS:**

Cualitativamente: hemos descrito e implantado los fundamentos, estructura y directrices del SGC, la metodología para su desarrollo, implementación y mejora de la eficacia del sistema. Conceptualmente se agrupa en: elementos generales del sistema de gestión, prestación de servicios, gestión de recursos humanos, gestión de proveedores, gestión de equipos e instalaciones, gestión del sistema de documentación colegial y análisis y mejora continua de procesos. Se ha descrito la política de calidad, fijando las directrices para definir y garantizar la calidad de los servicios colegiales, orientando nuestra política a la satisfacción de las necesidades colegiales. Gestión colegial basada en procesos, mapa de procesos, identificación de procesos clave: Gestión colegial, gestión bolsa trabajo, formación, representación institucional y gestión de comisiones, asesoramiento profesional y atención a los clientes. Cada proceso se ha documentado y diagramado, planificándose acciones de seguimiento, análisis y propuestas de mejora. Cuantitativamente: Se han identificado 29 acciones de mejora, 16 eran incumplimientos de la Norma. El porcentaje de resolución es de 89%. Monitorización de 64 indicadores, reportando resultados en 43 de ellos (67%). Marzo de 2012 solicitud de la certificación ISO actualmente en espera de resolución.

**DISCUSIÓN:**

Las condiciones favorables dada la estabilidad colegial en cuanto a su estructura de gestión y recursos han favorecido el diseño e implantación del SGC en un año. Orientación hacia una visión más clara y estructurada de las líneas de trabajo colegiales, permitiendo la mejora en la gobernabilidad colegial. Mayor conocimiento de nuestros procesos internos tanto de gestión colegial directa como indirecta y asignación de responsables. Responsabilidad corporativa hacia nuestros colegiados.

**CB - 026.- EVALUACIÓN DEL ESTUDIO DE CONTACTOS DE TUBERCULOSIS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD 17 DE ALICANTE, ESPAÑA.**

GALLARDO-QUESADA CR, ARANAZ-ANDRÉS JM, GEA-VELÁZQUEZ DE CASTRO MT, MIRALLES-BUENO JJ, REQUENA-PUCHE J.

HOSPITAL UNIVERSITARI SAN JOAN D´ALACANT. ALICANTE.

**OBJETIVOS:**

La tasa de tuberculosis en los Departamentos de salud 17-19 de la ciudad de Alicante en el año 2010 (15,2 por 100.000 habitantes) fue mayor que la media de la Comunidad Valenciana para ese año. Con este trabajo se pretendió evaluar el estudio de los contactos de tuberculosis realizado en el Servicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial del Hospital Universitari Sant Joan d´Alacant (Departamento 17 de la Comunidad Valenciana); así como analizar la demora en el diagnóstico y en la notificación de los casos de tuberculosis y la demora en el inicio del estudio de los contactos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los casos índices de tuberculosis y de los contactos declarados entre los años 2006 y 2010 en el departamento de salud. Se calculó la demora en el diagnóstico y la notificación de los casos de tuberculosis además de la demora en el inicio del estudio de contactos y se analizó la adecuación en el manejo de los contactos estudiados.

**RESULTADOS:**

La tasa global de tuberculosis encontrada fue de 10,91 por 100.000 habitantes durante el total de años de estudio. Se identificaron 635 contactos de 128 casos de tuberculosis. Para todos los casos de tuberculosis la mediana de la demora diagnóstica total fue de 45,0 días, de la demora en la declaración de 3,0 días. La mediana de la demora en el inicio del estudio de contactos fue de 9,5 días. Entre los contactos evaluados se diagnosticaron 8 nuevos casos de tuberculosis. En el 94,5% de los contactos estudiados el manejo fue adecuado.

**DISCUSIÓN:**

La demora diagnóstica para los casos de tuberculosis fue elevada. La demora en la notificación de los casos de tuberculosis y la demora en el inicio del estudio de contactos encontradas estuvieron en límites normales. El manejo de los contactos de tuberculosis en nuestro hospital en el periodo de estudio, fue adecuado en su gran mayoría. Es necesario realizar una evaluación anual a nivel del departamento de salud del programa de control y vigilancia de la tuberculosis con el objetivo de identificar un manejo y seguimiento inadecuado de los casos de tuberculosis y los contactos. Esto nos permitirá diseñar estrategias para mejorar estos programas; en definitiva se trata de rediseñar programas acordes con el siglo XXI para controlar y vigilar la tuberculosis a partir de las deficiencias encontradas durante la evaluación realizada.

**CB - 027.- EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.**

SOTERAS-RAMÍREZ M, LABIANO-TURRILLAS J, ANDUEZA-MICHELENA P, LIZARRAGA-URSUA Y, GORDO-LUIS C, VILLEGAS-OLAZARÁN B.

CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. PAMPLONA.

**OBJETIVOS:**

Diseñar, implementar y evaluar la efectividad de un programa orientado a la prevención de caídas en pacientes hospitalizados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Diseño: Estudio pre-experimental.

Ámbito: Unidades de hospitalización (excepto UCI y Psiquiatría) de un hospital terciario docente de aproximadamente 250 camas.

Muestra: De conveniencia (profesionales de enfermería y pacientes hospitalizados).

Intervención: Se ha diseñado e implantado un programa dirigido a la detección de pacientes con riesgo de caída mediante la utilización de una escala, la identificación de los factores de riesgo y el desarrollo de acciones preventivas. Presenta un enfoque multifactorial y promueve la implicación de todos los profesionales, paciente y familia.

Recogida de datos:

- Conocimiento y actitud de los profesionales en prevención: información obtenida mediante cuestionario distribuido a los profesionales antes de la formación y tras 5 meses

- Incidencia de caídas en pacientes hospitalizados: datos obtenidos mediante el indicador y el sistema informático de notificación de caídas. Para realizar una comparación, se recogieron datos en el mismo periodo (marzo-agosto) en dos años diferentes (2010 y 2011).

Análisis estadístico: SPSS 15.0.

**RESULTADOS:**

Los conocimientos de los profesionales han aumentado significativamente. Son más conscientes de la importancia de informar al paciente/familia del riesgo de caídas que presenta de forma que dicha información ha aumentado en un 20.4%. Además ha incrementado el porcentaje de profesionales que explican las medidas de prevención (en un 5.9%), así como el contenido de las mismas. También ha aumentado el porcentaje de profesionales que proporcionan información escrita (64.9%). Las cuestiones relativas a la actitud de los profesionales hacia la prevención no sufren variación significativa.

La frecuencia con la que se valora al paciente con alto riesgo de caídas ha experimentado un cambio significativo ( $p$ : 0.000;  $\chi^2$ : 29.062). En el periodo post-intervención el 29% de los profesionales asegura valorar al paciente cada hora o cada 2 horas, mientras que en el periodo previo lo realizaba el 8.2%.

El análisis descriptivo de los datos refleja un descenso en la incidencia de caídas, aunque no es estadísticamente significativo ( $p$ : 0.615;  $\chi^2$ : 0.253).

**DISCUSIÓN:**

El impacto del programa en el conocimiento y actitud de los profesionales ha sido positivo ya que se ha observado un aumento de conocimiento así como una actitud más positiva hacia la prevención.

La incidencia de caídas ha experimentado una reducción. Aunque no se aprecian diferencias estadísticamente significativas, no debe restar importancia a los resultados. Es necesario diferenciar entre ;estadísticamente significativo; y ;clínicamente significativo;.

La reducción en las caídas (aunque sea en un número reducido) representa un importante avance con repercusión para los pacientes, por lo que debe considerarse clínicamente significativo. Cabe destacar la tendencia decreciente de los resultados en los últimos meses.

## CB - 028.- ESTUDIO COMPARATIVO DE ÍNDICE TRANSFUSIONAL EN CIRUGÍA MAYOR GINECOLÓGICA (2008/2011) TRAS PROGRAMA DE AHORRO DE SANGRE.

GARCÍA-RUIZ MA, HERNÁNDEZ-VIDAÑA AM, ROMERO-MARTINEZ FJ, RIOS-TAMAYO R, ORTEGA-LÓPEZ AB, JURADO-CHACÓN M.

H.U. VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

### OBJETIVOS:

La hemoglobina preoperatoria es el principal factor predictivo de transfusión, constituyendo la anemia preoperatoria (Hb 13 gr/dl) un factor pronóstico negativo de morbilidad. La anemia ferropénica es la anemia más frecuente en pacientes que van a ser sometidas a cirugía mayor ginecológica, siendo su tasa transfusional global aproximadamente del 10% en nuestro centro, dato analizado de forma retrospectiva en los años 2008-2010.

La implantación de la corrección de la anemia ferropénica preoperatoria como estrategia de ahorro de sangre debería reducir la tasa transfusional global y secundaria a la anemia preoperatoria.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Durante 2011, con la creación de un grupo multidisciplinar de ahorro de sangre, se instaure la estrategia de captar y corregir la anemia ferropénica de pacientes propuestas para cirugía mayor ginecológica, con la finalidad de que ninguna de ellas presentara una Hb preoperatoria inferior a 13 gr/dl. Previo a un estudio de anemias que confirmara la existencia de ferropenia, corregimos el déficit de hierro con preparados intravenosos (hierro sacarosa y/o carboximaltosa), según lo prescrito en su ficha técnica, 2-3 semanas antes de la intervención quirúrgica. Medimos la tasa transfusional global y secundaria a anemia ferropénica tras la implementación de esta estrategia y los comparamos con los años previos estudiados.

### RESULTADOS:

Durante 2011 comprobamos una reducción del índice transfusional en cirugía mayor ginecológica secundaria a anemia preoperatoria y del porcentaje de transfusión alogénica secundaria a la misma, no así con el índice transfusional global.

	2008	2009	2010	2011
Nº total de pacientes intervenidas:	149	131	128	112
Nº total de pacientes transfundidas:	20	20	15	16
Índice Transfusional global:	0.13	0.15	0.12	0.14
Nº pacientes transfundidas con anemia preoperatoria:	13	17	12	5
Índice Transfusional secundario a anemia preoperatoria:	0.08	0.13	0.09	0.04
Transfusión secundaria a anemia preoperatoria:	65%	85%	80%	31.25%

### DISCUSIÓN:

El protocolo desarrollado por este grupo de trabajo ha conseguido disminuir la tasa transfusional secundaria a anemia ferropénica preoperatoria en cirugía mayor ginecológica con las consiguientes ventajas que supone el ahorro no sólo en hemoderivados transfundidos sino también en los riesgos potenciales asociados al acto transfusional. Esta medida parece eficaz tanto en la satisfacción del paciente como en impacto económico, por lo que creemos extrapolable a otros tipos de cirugía.

**CB - 029.- CAMPAÑA DE FOTOPROTECCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE PIEL DEL ÁREA SANITARIA COSTA DEL SOL: BALANCE 2011.**

RIVAS-RUÍZ F, TORIBIO-MONTERO JC, DELGADO-SÁNCHEZ N, BLAZQUEZ-SÁNCHEZ N, DE TROYA-MARTIN M, JABALERA-MESA L.

AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL. MÁLAGA.

**OBJETIVOS:**

El cáncer de piel es un problema de salud de gran magnitud en la Costa del Sol. La Campaña de Fotoprotección del Área Sanitaria Costa del Sol es un proyecto colaborativo entre el Hospital y el Distrito Sanitario Costa del Sol que se inicia en el año 2009 con la finalidad de promover hábitos saludables de fotoprotección, impulsar el diagnóstico precoz, y a largo plazo reducir la incidencia, mortalidad y costes sanitarios por cáncer de piel en nuestra comunidad. Dirigida desde el Área Integrada de Gestión de Dermatología, cuenta con más de 60 profesionales y múltiples líneas de trabajo que incluye la formación de profesionales sanitarios, intervenciones en espacios de riesgo, educación en el ámbito escolar y estrategias publicitarias en medios de comunicación.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Durante la campaña 2011, se llevaron a cabo las siguientes estrategias: 1) Programa de formación en fotoprotección dirigido a profesionales sanitarios (acreditado por la ACSA); 2) Campaña publicitaria en centros sanitarios (carteles, folletos, vídeos educativo, mensajes en fondos de escritorio); 3) Campaña publicitaria en medios de comunicación y redes sociales (spots de radio y TV y página en Tuenti); 4) Concurso fotográfico para adolescentes "Tu piel tiene memoria" en Tuenti; 5) Certamen de Fotografía Artística on line "Disfruta del Sol sin dejarte la Piel"; 6) Jornada de screening dirigida a usuarios de los centros sanitarios; 7) Jornada de screening en el bus del Euromelanoma; 8) Jornadas de screening en campos de Golf de Marbella; 9) Jornada de Fotoprotección en Parque acuático de Mijas; 10) Jornada de Fotoprotección en Skate Park de Fuengirola.

**RESULTADOS:**

La campaña de fotoprotección fue seguida por más de 20 medios de comunicación locales (radio, tv y prensa escrita). 977 ciudadanos participaron de las 10 jornadas llevadas a cabo en la comunidad, beneficiándose de un estudio de sus factores de riesgo, examen cutáneo por los especialistas de dermatología y consejo sanitario personalizado con administración de folletos ("decálogo de fotoprotección") y muestras de cremas fotoprotectoras adaptadas a cada tipo de piel. Durante la campaña, se detectaron un total de 45 lesiones sospechosas de malignidad, 26 en campos de golf. Los jugadores de golf se revelaron como la población de máximo riesgo de cáncer cutáneo (1 de cada 10). Los adolescentes mostraron las peores conductas de exposición solar y la mayor tasa de quemadura solar. La campaña fue valorada muy positivamente por todos los grupos de población en las encuestas de satisfacción.

**DISCUSIÓN:**

La Campaña de Fotoprotección del Área Sanitaria Costa del Sol es una iniciativa sin precedente en nuestro país, que integra múltiples estrategias, e implica a profesionales de diferentes disciplinas y niveles asistenciales. Los resultados que se presentan dan muestra de la magnitud de su alcance. Serán necesarios futuros estudios epidemiológicos para conocer el impacto real en salud y económico de esta campaña.

**CB - 030.- PROYECTO COLABORATIVO PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN INTEGRADA DE PACIENTES CON EPOC.**

ESTEBAN-GONZÁLEZ C, ZUAZO-ONAGOITIA M, PIÑERA-ELORRIAGA K, ARTAZA-ARISTONDO N, MARTÍNEZ-GOROSTIAGA J, FERNÁNDEZ DE PINEDO-LANDA C.

O+BERRI, INSTITUTO VASCO DE INNOVACIÓN SANITARIA. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Este proyecto tiene como principal objetivo el análisis de los resultados en calidad asistencial de un proyecto colaborativo (PC) de mejora de la atención integrada a pacientes con EPOC en Osakidetza (Servicio Vasco de Salud), en comparación con la asistencia actual.

Se trata de evaluar los resultados de un PC, basado en la metodología Breakthrough Series (BTS) del Institute for Healthcare Improvement (IHI) en dos equipos mixtos entre dos Unidades de Atención Primaria (UAP) y dos hospitales de una comarca sanitaria de la Comunidad Autónoma Vasca (CAV), diseñado para mejorar la calidad del manejo integrado del paciente con EPOC. El proyecto finalizará en el 2º trimestre de 2013.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Los PC tienen dos fases diferenciadas. Inicialmente, un grupo de expertos en la materia analiza la problemática abordada y propone, basándose en la evidencia y la experiencia propia y de otros sistemas, una serie de intervenciones que previsiblemente mejorarán la situación analizada. Después, los equipos participantes son formados en esas intervenciones en las sesiones de aprendizaje (SA) y las ponen en práctica durante los periodos de acción (PA), introduciendo así cambios en su práctica diaria. En esos PA, los equipos participantes tienen el apoyo del denominado Grupo de liderazgo (GL), formado por los coordinadores del proyecto y los expertos.

Para valorar el progreso respecto estos objetivos, se propone a los equipos participantes la medición periódica de un conjunto de indicadores, relacionados con los objetivos del PC y con las acciones a desarrollar para alcanzarlos, en comparación con dos equipos control.

**RESULTADOS:**

Las intervenciones propuestas son:

- Captación de pacientes con EPOC no diagnosticados.
- Prueba de espirometría y comprobación de su calidad.
- Educación al paciente con EPOC.
- Plan de acción para pacientes con EPOC.
- Mecanismos de coordinación entre UAP y Hospital.

La 1ª SA se celebró a comienzos de marzo de 2012, durante día y medio. Se realizaron presentaciones sobre los objetivos del proyecto, la metodología general y las intervenciones propuestas a los equipos participantes. Éstos tuvieron la ocasión de reunirse y comenzar a organizar su trabajo posterior.

Posteriormente se ha iniciado el proceso de implementación progresiva de las intervenciones propuestas en el 1º PA hasta la 2ª SA, prevista para julio de 2012.

**DISCUSIÓN:**

Además de la propia efectividad de las intervenciones propuestas, los dos retos principales del proyecto son:

- lograr el compromiso de los profesionales y una comunicación entre los equipos participantes y con el GL que aporte valor añadido ("todos aprenden de todos") y

- obtener la información necesaria (registro de información, indicadores) que evalúe el efecto del trabajo de los equipos en el contexto de las intervenciones planteadas y de los objetivos marcados.

La consecución de estos retos permitirá valorar la idoneidad de esta metodología como herramienta de extensión de iniciativas innovadoras en equipos mixtos UAP-Hospital de Osakidetza.

**CB - 031.- GESTIÓN DE LA CENTRAL DE OXIGENO MEDIANTE UNA HERRAMIENTA INFORMÁTICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.**

DOBLADO-LOPEZ O, PEÑA-CAPSIR I, MARTIN-QUILEZ M.

HOSPITAL LLEUGER DE CAMBRILS. CAMBRILS (TARRAGONA).

**OBJETIVOS:**

Diseñar e implantar un programa informático que permita controlar el consumo de oxígeno y gestionar todas las alarmas de la central.

Implicar a los celadores, tanto en el desarrollo, como en el uso del aplicativo.

Garantizar el buen abastecimiento de oxígeno.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En 2009 se inaugura el servicio de urgencias del centro con una complejidad similar a un servicio de urgencias hospitalario.

La central de oxígeno con la que cuenta el Hospital es eléctrica, funciona a través de alarmas y válvulas que deben manipularse manualmente. El centro no dispone de personal de mantenimiento que revise diariamente la central, así que se debe implicar a los celadores como responsables. Éstos deben saber como actuar al activarse las alarmas, siguiendo un patrón que a menudo es complejo y perceptible a errores.

En 2010 se les instruye en el funcionamiento de la central de oxígeno y se acuerda el diseño de un croquis de la situación del oxígeno mediante una hoja Word 2003, de esta manera cada vez que se produce un cambio al activarse una alarma éste debe reflejarse en la hoja teniendo un registro de la situación actual.

A mediados de 2011 evaluamos los errores recogidos después de implantar este sistema y vemos que siguen siendo importantes así que en septiembre se diseña y se implanta una herramienta informática que guía a los celadores en su tarea de gestión, orientándolos de manera inequívoca en su actuación al activarse las alarmas. Se desarrolla también, integrado en el mismo programa, un registro de los pedidos de oxígeno al proveedor.

Los coordinadores de enfermería y celadores se reúnen con la técnico informático del centro y se diseña la herramienta adecuada para el control informatizado. Una vez finalizado el programa se forma a celadores y personal de mantenimiento para su uso.

Se evalúa el funcionamiento semanalmente.

**RESULTADOS:**

En 2010 se mejora la gestión de la central pero siguen habiendo muchos errores para considerar óptimo el sistema implantado. Más del 80% de los 35 errores detectados estaban relacionados con equivocaciones en la actuación ante las alarmas y con la hoja de Word de la situación actual.

Con la implantación del programa informático sólo han habido 3 errores, ninguno está relacionado con la incorrecta actuación de los celadores demostrando que el sistema cumple con los objetivos propuestos.

**DISCUSIÓN:**

La implantación de un sistema informatizado para controlar la central garantiza el correcto suministro de oxígeno en todo el centro.

El registro de pedidos agiliza el control del abastecimiento de oxígeno con el proveedor al poder consultar desde el programa los últimos movimientos.

La integración de un técnico informático en el equipo es importante para poder crear aplicaciones útiles y económicas para problemas cotidianos.

Implicando a diferentes profesionales se fomenta el trabajo multidisciplinar y de equipo, demostrando que esta manera de trabajar acelera el proceso de mejora y continuidad en la calidad del servicio.

**CB - 032.- ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA Y GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD EN EL PARC SANITARI SANT JOAN DE DÉU (PSSJD).**

DE LA PUENTE-MARTORELL ML, GARCÍA-CARO Y, CRUZ-ANTOLIN AJ.

PARC SANITARI SANT JOAN DE DÉU. SANT BOI DE LLOBREGAT (BARCELONA).

**OBJETIVOS:**

definir las prioridades y la gestión del futuro Plan de Calidad y Seguridad del PSSJD. El PSSJD se constituyó en el año 2011 fruto de la fusión de los Servicios de Salud Mental de Sant Joan de Deu y del Hospital Comarcal de Sant Boi. Gestiona servicios de atención hospitalaria aguda, atención sociosanitaria y atención de salud mental hospitalaria y comunitaria. El Plan Estratégico de la institución 2012-2015 y la Acreditación del Departamento de Salud establece la necesidad de disponer de un Plan de Calidad y de Seguridad transversal para todas las áreas del Parc.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

en el año 2011 se revisaron los objetivos y la gestión de la calidad y seguridad en otras instituciones. Se realizó un consenso dentro de las áreas del Parc de los ítems susceptibles de trabajo de calidad y de seguridad. Se realizó un diagnóstico de situación de la calidad y seguridad dentro del PSSJD (se presenta en otra comunicación) y se diseñó el Plan de Trabajo para el 2012.

**RESULTADOS:**

Se han consensado 4 objetivos estratégicos y se han definido los 4 ejes de trabajo en Calidad y Seguridad para todas las áreas del Parc. Objetivos: 1) Respuesta a las necesidades del paciente, 2) Seguridad, 3) Mejora de los resultados de la atención y transparencia, 4) mejora de la eficiencia. Ejes de la cartera de servicios: A) gestión de procesos y planes funcionales, diseño de protocolos, procedimientos y circuitos, B) liderazgo y responsabilidad profesional, C) monitorización, análisis y evaluación, D) procesos de acreditación, certificación y contratación del CatSalut.

**DISCUSIÓN:**

El trabajo del 2012 ha permitido identificar las estrategias y actividades comunes de Calidad y Seguridad entre las diferentes áreas del Parc y los mecanismos organizativos para el trabajo transversal entre ellas. El trabajo del 2012 esta siendo la base para el diseño del nuevo Plan de Calidad y Seguridad del Parc 2012-2015.

## **CB - 033.- IMPLANTACION DE UN CHEK LIST PARA AUDITAR EL LIBRO DE ESTUPEFACIENTES.**

FIDALGO-HERMIDA B, MATEOS-ROMERO M, MOLINA-ALEN E, GALINDO-GALLEG0 M, TAFALLA-BORDONADA C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. MÓTOLES (MADRID).

### **OBJETIVOS:**

El check list constituye un documento de trabajo para proporcionar al profesional o al auditor una forma de conducir o dirigir las actividades sometidas a control de la calidad. Nuestro hospital tiene 50 servicios certificados en calidad y medioambiente según las Normas ISO 9001 y 14001. En junio de 2011, la Unidad d Calidad se planteó como acción de mejora del Sistema de Gestión Integral (SGI) "auditar los libros de fármacos sometidos a control o libros de estupefacientes" de todas las unidades del hospital. Para ello necesitaba una herramienta de trabajo que le facilitara la recogida, registro, tabulación y análisis de los datos.

#### **Objetivos**

- Revisar la normativa vigente relacionada con el control de estupefacientes en unidades externas de la farmacia hospitalaria.
- Elaborar un chek list en base a la normativa
- Diseñar una base de datos

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se revisó la normativa vigente que regula el control de los estupefacientes en las unidades externas de la Farmacia Hospitalaria, específicamente la Ley 17/67 de 8 de Abril de actualización de normas vigentes sobre estupefacientes y la Circular C-12/1980 (9-6) del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Se establecieron 17 ítems a ser evaluados: texto y firma de farmacia, relación/índice de fármacos custodiados, sello1 y sello2 de farmacia, foliado de hoja, nombre de estupefaciente, presentación fármaco, fecha, entrada, proveedor, salida, nombre del medico, nombre del enfermo/cama, saldo, firma, caja fuerte cerrada. Cada ítem ha de evaluarse en OK, KO o No procede; A su vez se diseñó una base de datos en Microsoft Excel 97/2003 para tabular los datos registrados en los chek list y poder analizarlos.

### **RESULTADOS:**

En julio de 2011 se elabora el chek list y se diseña la Base de datos. En septiembre de 2011 se programa la primera auditoría en la que se chequearía tanto el Botiquín o Caja Fuerte y su libro de control. Se auditaron 11 Unidades de Hospitalización y Especiales que tenían un Botiquín externo/Caja fuerte de Estupefacientes con su libro de control. En total se valoraron 16 cajas fuertes y 16 libros de estupefacientes.

### **DISCUSIÓN:**

El chek list permite evaluar de forma ordenada y programada procedimientos, instrucciones de trabajo, registros y otros elementos de gestión de la calidad que evidencian la realización de la actividad y de cómo se vincula ésta con los requisitos reguladores de un área de conocimiento en particular. El check list proporciona un formalismo al acto de valoración o de control en el que participan los profesionales. Es una herramienta de trabajo que sistematiza y unifica la realización de la auditoria, permitiendo su cumplimiento por diferentes auditores. En la primera auditoría con el check list, participaron 28 profesionales de enfermería, tanto supervisores como enfermeros de las Unidades auditadas, implicándoles directamente en el proceso.

**CB - 034.- UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS CUALITATIVAS PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE FORMACIÓN.**

OBÓN-AZUARA B, ELIA-GUEDEA M, GUTIÉRREZ-CÍA I.  
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO. ZARAGOZA.

**OBJETIVOS:**

Detectar los problemas de seguridad del paciente (SP) que afectan a las especialidades quirúrgicas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo, transversal en el que se utiliza la técnica del grupo nominal. Fases: Preparación de la Técnica del grupo nominal (TGN). Preparación y selección de la pregunta: colaboración de tres expertos en SP. Elaboración de la pregunta: ¿Qué eventos adversos en seguridad del paciente te encuentras en tu práctica diaria habitual?. Selección del moderador. Selección de los participantes: grupo heterogéneo formado por un especialista o residente de cada una de las especialidades quirúrgicas del hospital. Preparación de la reunión del GN. 1ª fase: presentación de la SP. Planteamiento de la pregunta. Brain writing. Ronda de respuestas→ diagrama Ishikawa. Discusión. Categorización idas→ parrilla priorización. Votación final.

**RESULTADOS:**

Por orden de prioridad los principales temas seleccionados en la parrilla de priorización fueron y diagrama de Ishikawa: 1.- Check list, 2.-Comunicación, 3.-Relación médico-paciente, 4.-Motivación, 5.- Formación en seguridad del paciente.

**DISCUSIÓN:**

Los resultados permitieron identificar los principales problemas de SP que afectaban a las especialidades quirúrgicas, lo que propició el desarrollo de un temario formativo para los residentes de especialidades quirúrgicas en nuestro hospital.

**CB - 035.- OPTIMIZACIÓN DEL MANEJO DE PACIENTES ANTICOAGULADOS Y/O ANTIAGREGADOS SOMETIDOS A TERAPIAS ENDOSCÓPICAS.**

SEVILLA-CÁCERES L, MARTÍNEZ-OTÓN JA, BAÑOS-MADRID R, MORÁN-SÁNCHEZ S, SERRANO-LADRÓN DE GUEVARA S, CARRIÓN-GARCÍA F.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA. CARTAGENA (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

Cada vez hay más pacientes con doble antiagregación o anticoagulación como medida terapéutica pero ésta debe ser tenida en cuenta a la hora de procedimientos endoscópicos ya que conllevan riesgo de hemorragia y/o trombosis si se suspenden de forma prolongada.

Se trata de un manejo complicado donde hay que valorar el riesgo/beneficio individual de cada paciente.

En sus recomendaciones, la ASGE (American Society for Gastrointestinal Endoscopy) plantea una pauta de manejo con el uso de heparina de bajo peso molecular como puente en pacientes de alto riesgo trombótico; el problema es que no se han definido ni las dosis ni cuál es el momento ideal para la reintroducción de la heparina, aunque se plantea que puede oscilar entre las 2 y las 6 horas tras el procedimiento, debiendo consensuarse con otros especialistas implicados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se analizaron de forma retrospectiva 25 episodios de hemorragia digestiva, correspondientes a 20 pacientes que han acudido al Hospital General Universitario Santa Lucía tras un procedimiento endoscópico. Se seleccionaron pacientes con antiagregación y/o anticoagulación entre enero y diciembre de 2011. En el análisis se valoró tiempo de interrupción de anticoagulación/antiagregación, diagnóstico, indicación de la prueba y urgencia o no de la misma, riesgo de trombosis. Los datos obtenidos se procesan mediante el programa estadístico STATPLUS.

**RESULTADOS:**

De los 25 casos de hemorragia digestiva tras procedimientos endoscópicos registrados durante el 2011, la causa mas frecuente es la polipectomía endoscópica 79.50%, fulguración con argón 26.05%. Del resto, el 2% corresponde a gastrostomía endoscópica percutánea, 1% a esfinterotomía tras colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), y en la mayoría tras incorporación precoz de la anticoagulación.

La principal indicación de la anticoagulación es la fibrilación auricular y la trombosis venosa profunda, que tras revisar literatura presenta un riesgo bajo de sangrado (1-2‰ si se interrumpe anticoagulación de 4 a 7 días).

Analizando el tratamiento impuesto, identificamos que la retirada del tratamiento o reinicio de anticoagulación en ocasiones es precoz lo que favorece el sangrado.

**DISCUSIÓN:**

Debido al riesgo de hemorragia por toma de anticoagulantes debemos contemplar su uso previo para indicar o no la realización de estas técnicas por las complicaciones que conlleva. Aunque la aspirina y los AINE no han demostrado en varios trabajos que aumenten el riesgo de sangrado ante polipectomías, la ASGE no recomienda su retirada previa a la realización de técnicas endoscópicas.

En conclusión, se debe comprobar mediante la anamnesis y análisis con coagulación el uso de estos tratamientos previo a la realización de la técnica y el cumplimiento de la retirada de los mismos. De aquí deriva la necesidad de un protocolo de pacientes con anticoagulación.

**CB - 036.- EL CAMINO DEL FUTURO, METODOLOGÍA PARA LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA.**

ALONSO-MARTÍN P, MATEOS-RODILLA J, ARÉJULA-TORRES JL, JIMÉNEZ-GÓMEZ C, ARNAL-SELFA R, PÉREZ-RIVAS FJ.

DIRECCIÓN TÉCNICA DE PROCESOS Y CALIDAD. MADRID.

**OBJETIVOS:**

La comisión de calidad de los cuidados (CCC) va a diseñar la estrategia de calidad de los cuidados enfermeros. Para realizar la planificación estratégica, toma como método para su desarrollo un ejercicio grupal utilizado por la NASA. Surgió del proyecto Apolo, cuyo objetivo consistía en conectar el presente de la organización espacial con una estrategia para desarrollar un futuro de calidad. Consiste en determinar la visión y la estrategia para desarrollar un futuro de calidad. El equipo utilizará el camino del futuro para crear un entramado de caminos que conecten futuro y presente. Esto se logra comenzando en el futuro e identificando los pasos previos que es necesario adoptar para alcanzar cada uno de los pasos sucesivos hasta llegar a vincular futuro y presente. El objetivo es planificar el desarrollo de la estrategia de calidad de los cuidados enfermeros mediante el ejercicio de planificación estratégica "camino del futuro".

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Desarrollar la visión. Definir el estado actual. Establecer los efectos finales a conseguir (futuro deseado): definir los objetivos.

Colocar cada objetivo en la zona de futuro sobre el panel.

Establecer el enfoque a utilizar para alcanzar los objetivos finales. Cada objetivo final se desglosará en objetivos de primer nivel (camino principal), cada objetivo de primer nivel se desglosará en objetivo de segundo nivel (caminos secundarios y ramificaciones).

Identificar los medios/acciones principales para la consecución de cada objetivo final.

Trazar el inicio de las ramificaciones de caminos.

Analizar cada tema. Determinar los pasos que se necesitan para hacerlo realidad y conectar el futuro con el presente. Las barreras y los obstáculos se identificarán en caminos adyacentes.

Identificar los caminos prioritarios.

Evaluar los caminos principales. Se evaluará la adecuación de cada medio para conseguir los objetivos: practicable/posible, posibilidad incierta, impracticable/ imposible

Trazar las líneas de conexión futuro-presente

Comprobar la validez del diagrama, leyéndolo en sentido inverso.

Elaborar un plan de acción para su implementación.

**RESULTADOS:**

La CCC tiene descritas las líneas estratégicas a desarrollar representadas gráficamente mediante un diagrama del árbol. Se ha conseguido la implicación y participación de todos los miembros en la definición estratégica. Se han priorizado y evaluado los caminos estratégicos. La herramienta muestra los caminos críticos esenciales para que la organización alcance el futuro que desea.

**DISCUSIÓN:**

El uso de metodologías de otras disciplinas ha resultado útil y efectivo para realizar la planificación de la estrategia de calidad de los cuidados. Es posible hacer la definición estratégica con herramientas creativas que fomentan la participación e implicación del grupo. Representar gráficamente los caminos del futuro ayuda a los profesionales a visualizar los cursos de acción que van a emprender para alcanzar la visión deseada: mejorar la calidad de los cuidados a la población.

**CB - 037.- IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE TRAZABILIDAD EN EL ÁREA DE FARMACIA ONCOLÓGICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.**

CAÑAMARES-ORBIS I, CORTIJO-CASCAJARES S, FERRARI-PIQUERO JM, GARCÍA-MUÑOZ C, GOYACHE-GOÑI MP.

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. MADRID.

**OBJETIVOS:**

Implantar un sistema de trazabilidad en la preparación de fármacos antineoplásicos en el área de Farmacia Oncológica. La trazabilidad se define como el procedimiento establecido que permite conocer el histórico, ubicación y trayectoria de un producto o lote de productos a lo largo de un proceso.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Previo a la implantación del sistema de trazabilidad fue necesario ejecutar distintas medidas que permitieran su puesta en marcha. Estas acciones consistieron en:

- Establecimiento de nuevas normas en la recepción y colocación de los fármacos citostáticos, agrupándolos por número de lote.
- Tras la recepción de cada pedido de fármacos antineoplásicos, entrada en el programa de gestión económica (Farmatools®) de las unidades de fármacos recibidas con su lote y caducidad.
- Descarga automática, desde programa de gestión económica (Farmatools®) al programa de prescripción electrónica Oncofarm®, del registro exacto de las unidades y lote de fármacos citostáticos recepcionados.
- Actualización del programa Oncofarm®, implantando una nueva versión que gestiona y asigna, un lote determinado de fármaco para la preparación y elaboración de cada una de las mezclas intravenosas.
- Implantación de una nueva metodología de trabajo del personal de enfermería en relación a la preparación de mezclas. Ello supone que en la hoja de elaboración de fármacos citostáticos proporcionada tras la validación farmacéutica, aparece el lote exacto de los fármacos necesarios para su elaboración, que es con el que el personal de enfermería debe preparar la mezcla.

**RESULTADOS:**

Con este sistema de trabajo se consigue trazar los fármacos citostáticos desde que se recepcionan hasta que se administran al paciente, y ello:

- Aumenta seguridad del paciente minimizándose los errores en la preparación de las mezclas, ya que se instaura un doble chequeo: comprobación del principio activo y del lote asignado en la hoja de preparación.
- Optimiza los recursos: el programa asigna los lotes de fármacos de menor a mayor caducidad, existiendo una posibilidad nula de utilización de medicamentos caducados.
- Posibilita retirada rápida y fiable de lotes de medicamentos indicados en las alertas de las autoridades sanitarias.
- Permite la posibilidad de obtener registros detallados históricos de fármacos administrados a cada paciente en caso de alerta, posibilitando una farmacovigilancia activa.

**DISCUSIÓN:**

El sistema de trazabilidad es una herramienta tecnológica que permite realizar seguimiento de fármacos citostáticos desde su recepción en el Servicio de Farmacia hasta su administración en el paciente. Este sistema aumenta la seguridad en el paciente, minimiza los errores en la elaboración y posibilita una gestión mas eficaz de los recursos.

## **Sesión de Comunicaciones Orales Breves.**

### **Sala A3-2**

**Miércoles, 7 de noviembre / 16:00 h. – 18:00 h.**

### **Calidad Percibida.**

**CB – 038 / CB – 064**

**CB - 038.- CORRELACIÓN ENTRE CVRS Y GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL RESULTADO DE LA CIRUGÍA.**

LEÓN-MUÑOZ VJ, SÁNCHEZ-GUERRERO MJ, JULIÁ-VILLA ME.  
HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO. CIEZA (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

Diferentes publicaciones han objetivado que la evaluación del resultado de una intervención quirúrgica no siempre coincide entre el paciente y el cirujano. El objetivo del trabajo ha consistido en evaluar el grado de satisfacción de pacientes atendidos en una Unidad de Cirugía de Rodilla y establecer si existe correlación con la calidad de vida relacionada con la salud.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

A lo largo del 2011 se ha encuestado, por parte de enfermería, a 118 pacientes, intervenidos por un único cirujano, con un seguimiento mínimo de un año. Se les ha solicitado que evaluaran el grado de satisfacción con el resultado de la intervención practicada (extremadamente satisfecho (A), muy satisfecho (B), moderadamente satisfecho (C), discretamente satisfecho (D) e insatisfecho (E)). Para el estudio analítico se ha asignado un valor en puntos a cada categoría (10, 8, 6, 4 y 2 puntos). Además, se han analizado: edad, sexo, tipo de intervención, seguimiento y puntuación del cuestionario de CVRS COOP-WONCA. Paquete estadístico SPSS v.15 para Windows.

**RESULTADOS:**

87 mujeres (73%) y 31 hombres (26,3%). Edad media  $66,45 \pm 14,57$  años (17 a 86 años). Seguimiento medio desde la intervención:  $4,37 \pm 2,22$  años (1 a 10 años). Por proceso: 72,8% prótesis de rodilla (ATR), 11,9% recambio de ATR, 8,5% ligamentoplastia anterior, 5,1% cirugía del aparato extensor y 1,7% osteotomía tibial valgizante. Resultado de la serie: A 37,2%, B 40,7%, C 15,3%, D 5,1% y E 1,7%. Por proceso: ATR: A 44,1%, B 37,2%, C 14%, D 3,5% y E 1,2%. Rescate de ATR: A 7,11%, B 42,9%, C 28,6%, D 14,3% y E 7,1%. Ligamentoplastia anterior: A 30%, B 60% y D 10%. Aparato extensor: A 33,3%, B 50% y C 16,7%. Por sexos: Mujeres: A 32,2%, B 40,3%, C 19,5%, D 5,7% y E 2,3%. Hombres: A 51,7%, B 41,9%, C 3,2% y D 3,2%. Hemos obtenido una diferencia significativa ( $p = 0,006$ ) en el contraste del grado de satisfacción de los pacientes intervenidos de ATR y los intervenidos de rescate de ATR, no siendo significativa la diferencia entre los otros procesos. También ha existido diferencia significativa ( $p = 0,015$ ) entre el grado de satisfacción expresado por mujeres y hombres, expresando éstos mayor satisfacción con el resultado. La puntuación del cuestionario COOP-WONCA también ha diferido significativamente ( $p = 0,04$ ) entre sexos (mujeres  $28,48 \pm 8,62$  puntos, frente a mejor puntuación en términos de CVRS en hombres  $23,53 \pm 5,29$  puntos). Hemos obtenido una correlación positiva significativa al nivel 0,05 entre el grado de satisfacción con el resultado expresado y la puntuación del cuestionario COOP-WONCA.

**DISCUSIÓN:**

El resultado de la encuesta responde a la duda planteada acerca del grado de satisfacción de los pacientes con el resultado de la cirugía. Cerca del 78% de los encuestados responden estar extremadamente o muy satisfechos. Se obtiene menor satisfacción ante cirugías más complejas (rescate de ATR) y en mujeres. Existe, además, una correlación positiva entre el grado de satisfacción expresado y la CVRS evaluada mediante el cuestionario COOP-WONCA.

**CB - 039.- ¿ESTÁN LOS PACIENTES SATISFECHOS CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA POR PARTE DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS?.**

MATEOS-GRANADOS A, DEL RIO-MORO O, MANZANARES-MARTÍNEZ FJ.  
COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO. TOLEDO.

**OBJETIVOS:**

Objetivos

1.- General

2.1.- Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes con la información recibida por parte del personal sanitario durante su ingreso en el Hospital.

2.- Específicos

1.1.- Detectar los factores que influyen en la calidad del proceso de información para el "consentimiento informado".

2.3.- Delimitar áreas específicas de mejora del proceso de "consentimiento informado".

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Para lograr estos objetivos se usó un instrumento de medida, el PPE-33 recientemente adaptado al castellano del Picker Patient Experience Questionnaire-15. El cuestionario explora tres dimensiones: contenido de la información, calidad de la información y calidad de la relación.

La población a estudio estuvo constituida por los pacientes dados de alta en un Hospital, por procesos médico-quirúrgicos en 2011.

Para seleccionar la muestra se realizó un muestreo aleatorio estratificado, tomando como estratos los Servicios, y el tamaño se calculó en función del nº de altas del año anterior.

La Encuesta se realizó durante el período Marzo a Octubre de 2011.

**RESULTADOS:**

La puntuación global para todo el Hospital fue de 32,01 %, lo que significa que nuestros pacientes encontraron un 32 % de problemas relacionados con la información recibida durante su estancia. Este resultado es similar al obtenido en otros países de nuestro entorno con el mismo instrumento de medición.

Por dimensiones, la del contenido de la información es la peor valorada con alrededor de un 38 % de respuestas problema. El aspecto mejor valorado dentro de esta dimensión fue la información al alta. En cuanto a la calidad de la información un 28,12 % de pacientes la consideraron deficiente.

Por último, la mejor valorada fue la calidad de la relación, con un 23,7 % de respuestas negativas; pero hay un aspecto muy problemático, el 44,3 % de los pacientes consideraron la falta de confidencialidad a la hora de informar.

Respecto al tema de los Documentos de Consentimientos Informados, que fue el origen de este estudio, los resultados corroboran nuestra hipótesis de que los documentos no son suficientemente legibles en un 42,5 %, y que un 37,6 % opina que no hubo ningún profesional que le ayudara a comprender el contenido del documento.

**DISCUSIÓN:**

El proceso de consentimiento informado va más allá de la firma de un documento, y en él están implicados todos los profesionales que intervienen en el proceso asistencial. En ese sentido la versión adaptada y validada del PPE-15 constituye un gran avance.

En cuanto a los resultados obtenidos en este estudio, observamos que hemos detectado áreas específicas de mejora en cuanto a la información, tanto en cuanto al contenido como a la forma de proporcionarla.

Los resultados también constituyen la base de partida para poder evaluar el impacto de las medidas que se están llevando a cabo para mejorar el proceso de consentimiento informado.

**CB - 040.- REVISIÓN METODOLÓGICA DE LOS CUESTIONARIOS DE SATISFACCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA, HOSPITALARIA Y SALUD MENTAL.**

AGUADO-BLÁZQUEZ H, GIRONA-ALFONSO A, CERDÀ-CALAFAT I, PIQUÉ-SÁNCHEZ JL, BROSA-LLINARES F, PAIRÓ-TEIXIDOR A.

SERVEI CATALÀ DE LA SALUT. BARCELONA.

**OBJETIVOS:**

Mantener la vigencia de los instrumentos de medida de satisfacción mediante una revisión metodológica de los cuestionarios diseñados en el 2003, para conocer la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios en atención primaria, atención hospitalaria y atención a la salud mental.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

1. Revisión bibliográfica para obtener evidencias que actualicen las tendencias de los estudios de satisfacción.
2. Revisión del estado de los estudios de satisfacción en algunas de las Comunidades Autónomas.
3. Análisis comparativo de los resultados de las diferentes preguntas de las encuestas realizadas en el Plan de Encuestas de Satisfacción (atención primaria, atención hospitalaria y atención a la salud mental) en base al comportamiento normal de las categorías de respuesta, de las tasas de no sabe/no contesta y de la distribución de las preguntas en el análisis factorial.
4. Realización de grupos focales aportando elementos de reflexión y validación de las áreas de interés identificadas.
5. Contraste y debate de los resultados con grupos de expertos profesionales de los tres ámbitos.
6. Validación de comprensión y pretest de 300 casos previos al trabajo de campo cuantitativo.
7. Construcción y definición final de los cuestionarios en base las aportaciones desprendidas de todas las fases.

**RESULTADOS:**

La revisión metodológica de los cuestionarios se llevo a cabo durante el primer cuatrimestre del 2012, El análisis de las áreas de interés relacionadas con la calidad percibida por los ciudadanos se identifican nuevos temas a tener en cuenta en los cuestionarios. De manera concreta, en la línea de Atención Primaria se han incluido preguntas sobre la accesibilidad a través de internet y preguntas relacionadas con el trato y ayuda del personal administrativo. Para la línea de Atención Hospitalaria, los nuevos temas quedan vinculados a la percepción sobre el funcionamiento y organización en general del hospital. Finalmente, para la línea de Salud Mental se propone incluir preguntas sobre la accesibilidad presencial o telefónica cuando se precisa de atención urgente y la valoración en global del equipo de profesionales.

**DISCUSIÓN:**

La revisión metodológica de los cuestionarios es llevada a cabo para validar los cuestionarios tras 10 años, en base a posibles cambios de la población y organizativos del sistema. Durante el procesos de revisión se plantea el peso de los diferentes criterios para mantener, eliminar o reformular una pregunta. La revisión cualitativa de estas líneas de servicio consolida que la estructura principal del cuestionario, basado a las áreas que definen la satisfacción, permanece vigente. Posteriormente, mediante la sesión de consenso con los expertos, se consolidan las áreas de interés ya recogidas y aparecen otras relevantes para incluir, como complementarias a los resultantes de la recogida de información cualitativa.

## **CB - 041.- HACIENDO DE LA NECESIDAD VIRTUD: MEJORANDO LA CALIDAD PERCIBIDA.**

ZAZO-CARRETERO J, LORENZO-MARTÍNEZ S, MARTÍNEZ-PIEDROLA M, ABREU-GALÁN MA, ALONSO-SALAZAR MT, GARRIDO-MARTÍN M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN. ALCORCÓN (MADRID).

### **OBJETIVOS:**

Elaborar un plan de mejora acorde con los resultados de la encuesta de satisfacción de usuarios que anualmente realiza el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS); en 2010 los resultados de nuestro centro fueron inferiores a la media de nuestro grupo en todos los segmentos analizados (Consultas Externas, Hospitalización, CMA y Urgencias).

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Ámbito: hospital de 448 camas del SERMAS. Periodo de estudio: marzo 2011-2012. La Unidad de Calidad y la Dirección realizaron un análisis de los resultados de las encuestas, estableciendo un plan de mejora. El objetivo del plan era crear cultura de la calidad percibida entre los profesionales de nuestro centro, y se desarrolló en 4 fases: I. Análisis de los resultados obtenidos por el hospital. II. Propuesta de acciones de mejora y priorización de las mismas. III. Diseño e implantación de acciones de mejora, divididas en las siguientes líneas de actuación: 1. Alimentación de pacientes, 2. Manual de Identidad Corporativa, 3. Trato al paciente, 4. Normalización de la gestión de agendas, y 5. Revisión y actualización de la señalización, 6. Reorganización de espacios e implantación de un sistema de orientación de pacientes. IV. Evaluación de resultados, a través de los resultados de las encuestas, y de los datos de accesibilidad al centro.

### **RESULTADOS:**

Por líneas, las acciones desarrolladas fueron: 1. Modificación de circuitos de distribución de alimentación a pacientes, adquiriéndose carros isotérmicos y revisándose composición y cantidad de las dietas. 2. Elaboración de manual de identidad corporativa. 3. Revisión de los planes de acogida y alta de pacientes, difusión de los resultados de las encuestas y del plan de mejora en 36 sesiones [725 participantes (46% de la plantilla estructural)], y una sesión final denominada Día de la Calidad Percibida (5 ediciones: 366 asistentes) y 2 cursos de formación específicos (50 participantes). 4. Se normalizó la gestión de las agendas de consultas externas según la norma ISO 9000. 5. Sustitución del sistema de señalización del hospital. 6. Reorganización de los espacios de consultas, implantándose un sistema de orientación de pacientes.

Los resultados de las encuestas en 2011 reflejan mejoras significativas ( $p<0,05$ ) en todos los segmentos analizados respecto a 2010, excepto en alimentación de pacientes, con resultados similares a la media de nuestro grupo. La accesibilidad al centro ha mejorado (espera media: 68 días nov 2011 vs 38 días marzo 2012) y la tendencia de pacientes que, en 2011 solicitaban libre elección de especialista en otro centro, se ha invertido.

### **DISCUSIÓN:**

Las encuestas de satisfacción son una herramienta útil para conocer la percepción y prioridades de los usuarios y para orientar la gestión. Su análisis sistemático permite elaborar planes con rendimiento en diferentes plazos e identificar los actores para su intervención, estructurando el trabajo en equipo multidisciplinar. El éxito de las intervenciones precisa del liderazgo directivo y la motivación del conjunto de la organización.

**CB - 042.- LA PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS EN SUS HÁBITOS DIARIOS.**

VÁZQUEZ-SAEZ R, REMEDIOS-ROMAN V, ALOY-DUCH A, SABATER-RAGA RM, FUSTÉ-BALLÚS C, MARTÍN-SÁNCHEZ E.

HOSPITAL GENERAL GRANOLLERS. GRANOLLERS (BARCELONA). GRANOLLERS (BARCELONA).

**OBJETIVOS:**

Presentar los resultados obtenidos de una encuesta realizada a los usuarios durante el Día Mundial de la Higiene de manos (HM) celebrado en nuestro centro en 2012, para conocer sus hábitos personales diarios y su percepción sobre la adherencia de los profesionales sanitarios que los atienden, con el fin de implicar a los ciudadanos en la cultura de seguridad del paciente y fomentar la colaboración entre profesionales y usuarios, para aumentar el cumplimiento de la HM.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Enmarcada dentro de diversas actividades planificadas para concienciar a la población sobre la HM, realizamos una encuesta anónima oral y transcrita por voluntarios del centro a todos los usuarios que el día 4 de mayo acudieron al mismo. El formulario utilizado fue la encuesta que realiza la "The American Microbiology Society and The American Cleaning Institute" anualmente; a la misma, se añadieron 2 preguntas: 1ª la percepción final que tenía el propio usuario sobre su HM (¿En que % global se lava usted las manos durante el día?); y 2º le preguntamos al usuario sobre su percepción de la adherencia de los profesionales a la HM. Se dispone de solución alcohólica en todos los puntos clave del centro.

**RESULTADOS:**

Se realizaron 202 encuestas con un 70% mujeres; las edades, se distribuyeron con un 43 % entre 35 y 55 años. El 73% afirmaba poder disponer con facilidad de solución alcohólica / jabón en el hospital para la HM. En la descripción de los resultados que hacían referencia a los hábitos de los usuarios (entre paréntesis el benchmarking americano descrito) observamos que las actividades que implicaban un mayor porcentaje de lavado de manos se producía al manipular alimentos con un 89% (77%); después de utilizar un baño público 84% (96%); menos intensamente, después de estornudar o toser con un 21% (24%) y, después de manipular dinero con un 26% (16%). El usuario afirma lavarse las manos globalmente en 74%; y, en relación a la percepción de los usuarios sobre la actitud de los profesionales respecto a la HM, obtenemos que a pesar de que sólo el 67% observa a los médicos y enfermeras lavarse las manos, creen que sí se las lavan un 78%. Sólo un 8% de los usuarios le han pedido a algún profesional que se lave las manos.

**DISCUSIÓN:**

Las encuestas son uno de los medios mas utilizados para conocer la percepción de los usuarios y nos permiten identificar los puntos débiles a los que dedicar nuestros esfuerzos para mejorar la seguridad y satisfacción de los pacientes. A pesar de la escasa bibliografía existente en nuestro continente, podemos decir que la opinión de nuestros ciudadanos es similar a la publicada. Aunque es difícil medir el impacto que esta pueda tener sobre la población, creemos que sí ayuda a potenciar la participación de nuestros usuarios en su atención hospitalaria, implicándolos en el proceso de concienciación sobre la importancia de la higiene de manos como método de prevención, tanto para evitar contraer como contagiar infecciones.

## **CB - 043.- CALIDAD PERCIBIDA POR LOS USUARIOS DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN DE CONFLICTOS SANITARIOS MEDIANTE LA ESCALA SERVQUAL.**

HERNANDEZ-HERRERO M, RUIZ-SAENZ A, CUEVAS-SAIZ S, AGUIRRE-OTEIZA T, CAYON-DE LAS CUEVAS J.

HOSPITAL DE LAREDO. CANTABRIA.

### **OBJETIVOS:**

Conocer la calidad percibida del servicio recibido por los usuarios de una Unidad de Gestión de Conflictos Sanitarios (UGC). Identificar las brechas de insatisfacción de la unidad de gestión de conflictos sanitarios para implementar posteriormente áreas de mejora.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se utilizó el cuestionario Servqual el cual se envió a todos los usuarios por correo una vez finalizado su proceso, explicándole previamente el motivo y contenido del cuestionario. La encuesta consta de tres partes diferenciadas. Una primera con dos preguntas de clasificación (edad y sexo); la segunda está formada por 22 ítems para Expectativas (E) y Percepciones (P) respectivamente y referidos a los distintos aspectos de la calidad del servicio prestado. Los ítems se miden con la escala Likert del 1 al 5, en función del grado de desacuerdo o acuerdo. Las dimensiones exploradas son la accesibilidad, tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía. La tercera es un apartado para sugerencias. Los indicadores para el análisis de la calidad percibida son el Servqual (P-E), la importancia relativa de cada dimensión que informa del peso que le otorgan a cada una (total de puntos otorgados a cada dimensión entre 10) y el Servqual ponderado (producto del Servqual y la importancia relativa de cada dimensión).

### **RESULTADOS:**

La tasa de respuesta media global fue de un 80% de un total de 29. La edad media es de 40+-11 años (26-65) y sexo femenino un 75%. El usuario percibe una calidad media de 4,20 en una escala del 1 al 5. En cuanto a las P destacan los ítems relacionados con la accesibilidad (4,33), fiabilidad (4,15), tangibilidad (4,15) y capacidad de respuesta (4,10) junto con la empatía (4,14). Las E obtienen una media de 3,61 en una escala del 1 al 5. En todos los casos las P superan las E, siendo el resultado del Servqual para cada dimensión positivo, destacando la accesibilidad (0,97). La importancia relativa de cada dimensión la accesibilidad obtiene mayor peso (0,22) junto con la seguridad (0,22). El Servqual ponderado es de 0,21 en la accesibilidad.

### **DISCUSIÓN:**

Los usuarios de la UGC se mostraron muy satisfechos con el servicio ofrecido, puesto que se han cumplido e incluso superado las Expectativas. Merece especial mención esta último, los usuarios esperaban mucho previamente de la unidad, cuyo funcionamiento es novedoso y desconocido, ya que utiliza, para la resolución de conflictos, herramientas innovadoras en el sector sanitario como son la mediación y conciliación. Destaca el cumplimiento de los tiempos de respuesta establecidos, la valoración positiva de los profesionales (empatía), la capacidad de respuesta y la fiabilidad. Como conclusión final, los usuarios valoran el acceso al servicio de forma rápida, sencilla, eficaz, clara y con un trato un trato personalizado acorde a sus necesidades reales.

**CB - 044.- LA INFORMACIÓN Y FORMACIÓN DEL PACIENTE: UN CONTINUO EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE LAS CLÍNICAS IMQ.**

URRUTIA-JOHANSSON I, RUBIO-IÑURRATEGUI N, RUIZ-SAN VICENTE B, ALONSO-ANDRÉS L, LANDABEREA-COLINA A, LOPEZ DE ABERASTURI-IBAÑEZ DE GARAYO A.

CLÍNICA IMQ ZORROTZAURRE. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

- ☐ Implicar a los pacientes / familiares en los cuidados y tratamientos durante su estancia en el hospital así como al alta, mediante la formación e información en sus procesos de patología o enfermedad.
- ☐ Desarrollar guías informativas- formativas, elaborar protocolos clínicos, y estructurar sesiones formativas acorde a las necesidades educativas y formativas a objeto de favorecer tanto la accesibilidad de los mismos a los servicios clínicos como su seguridad clínica y efectividad de los tratamientos terapéuticos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- ☐ Fase 1: Elaboración de matriz de los procesos de patologías prevalentes y críticos en materia necesidades educativas y formativas.
- ☐ Fase 2: Constitución de 3 comisiones y 2 grupos de trabajo.
- ☐ Fase 3: Elaboración de protocolos clínicos.
- ☐ Fase 4: Elaboración de Guías y trípticos informativos- formativos.
- ☐ Fase 5: Desarrollo de registros con escalas de valoración de necesidades educativas.
- ☐ Fase 6: Establecimiento de indicadores de medición de impacto de la efectividad de la información- formación.

**RESULTADOS:**

Elaboración y difusión de las siguientes guías informativas:

- Cómo dar a luz en la Clínica IMQ Zorotzaurre.
- Los primeros días tras dar a luz.
- Evitando las caídas en las clínicas.
- Prevenir las UPP: manual para el cuidador.
- Guía del Reservorio venoso subcutáneo.
- Guía del tratamiento con Quimioterapia.

Sesiones estructuradas de formación en:

- Bombas infusoras de analgesia.
- Pacientes ostomizados.
- Cuidados de sondas vesicales.

**DISCUSIÓN:**

La participación del paciente en sus cuidados es un elemento crucial tanto para la seguridad clínica como para su efectivo tratamiento tanto durante su estancia en las clínicas como al alta del mismo.

De los procesos prevalentes de enfermedad hemos establecido la constitución de comisiones y grupos de trabajo a efectos de reforzar la aplicación de los protocolos clínicos, así como la información y formación de los pacientes atendiendo a las necesidades informativas y formativas identificadas.

**CB - 045.- EVALUAR PARA CONOCER Y COMUNICAR PARA MEJORAR.****EXPERIENCIA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD CLÍNICA.**

CAMIRUAGA-ZALBIDEA I, SANTO TOMÁS-PAJARRÓN A, ILARDIA-LORENTZEN R, HERRERO-BEITES AM, URIARTE-GARCIA MT.

HOSPITAL GORLIZ. GORLIZ (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

1. Mejorar los resultados en materia de seguridad clínica del paciente
  2. Mejorar la gestión del Proceso de Seguridad acercándola a la metodología EFQM
- Se presentan los resultados de una experiencia dirigida a la mejora de la gestión de la seguridad y a favorecer la aproximación entre clínicos y gestores en un hospital de subagudos.
- Su interés radica especialmente en su orientación coherente con las políticas sanitarias, la evidencia científica, así como en su impacto directo en la salud de pacientes y en el reconocimiento de los profesionales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En el marco de una campaña de reducción de eventos adversos (EAs) se establecen espacios de liderazgo asociados a distintas áreas de seguridad clínica.

Se dinamizan esos espacios y se promueve la gestión de unas bases de datos que permita desagregar por unidades e incorporar indicadores críticos. De este modo se hacen comprensibles y útiles para los profesionales los resultados en materia de seguridad. Se promueve el análisis por unidades de los resultados y variables determinantes y se comparan con otros hospitales de subagudos.

**RESULTADOS:**

- Estructura: Como resultado de esta intervención se han desarrollado dos Bases de Datos para la gestión de los registros relacionados con Caídas y Úlceras por presión. El Boletín Informativo va por su tercer número con gran aceptación. Se ha dispuesto un espacio virtual sobre Seguridad Clínica en la intranet del Hospital.
- Proceso: La gestión del proceso de seguridad ha asumido los principios de la EFQM en términos de despliegue de la estrategia del hospital, liderazgo y gestión de resultados. El Proceso de Seguridad, compuesto por seis equipos y 30 personas, tiene un nivel muy elevado de participación en sus reuniones (80%) y mantiene una dinámica PDCA. En 2011 se ha logrado un acuerdo con hospitales de subagudos para intercambiar Indicadores en áreas específicas de seguridad del paciente.
- Resultados: Mejora en los indicadores de seguridad del Centro: Tasa de UPP intrahospitalaria de 3,6 a 3,1, Tasa de Errores de Medicación de 1,84 a 0,25 y Tasa de Infección de 16,03 a 9,63.  
Mejora del conocimiento de los profesionales sobre la materia  
Mejora en la declaración y registro de eventos adversos

**DISCUSIÓN:**

El liderazgo de clínicos implicados en la atención directa puede favorecer la credibilidad de los temas relacionados con la gestión de indicadores.

La devolución periódica de resultados desagregados por unidades y analizados por el equipo de líderes del Proceso de Seguridad, además de un signo de reconocimiento hacia la utilidad del trabajo de los médicos y enfermeras que registran a diario, favorece la implicación de todos los profesionales en la búsqueda de soluciones para prevenir y minimizar los EAs.

Los hospitales de subagudos podrían avanzar en la definición de indicadores y estándares de calidad ajustados a las peculiaridades de sus estancias y complejidad de sus pacientes.

## **CB - 046.- ¿CÓMO RECIBEN LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN EL PLAN DE ACOGIDA?**

LOPEZ-GOMEZ C, VAZQUEZ-CASTRO J, LOPEZ-PALACIOS S, CALDAS-BLANCO R, LOPEZ-ROMERO A, OCHANDORENA-JUANENA MS.

GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA. MADRID.

### **OBJETIVOS:**

Facilitar la incorporación e integración de los nuevos profesionales a los Centros de Salud (CS) de Atención Primaria (AP) con el fin de alcanzar una integración satisfactoria, alineada con la cultura y los valores de la organización.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Elaboración de un Plan de Acogida (PA) común para profesionales de todas las categorías por un grupo director que representa a toda la estructura de la organización.

El PA incluye las fases:

Fase previa: localización de profesionales y procedencia de los mismos. Conocimiento sobre AP.

Fase de Incorporación. Recepción en departamento de recursos humanos, derivación a dirección asistencial (DA), otros departamentos y CS correspondiente con carpeta de documentación que incluye día de acogida e información varia.

Fase de bienvenida a los profesionales en la DA. Acto de recepción en la primera semana de incorporación tras la publicación en el que se realiza presentación del equipo directivo, misión, visión y valores, organigrama, funciones y estructura de la organización. Información y entrega de documentación de interés (carta bienvenida, guía de acogida y manual de acceso a sistemas de información).

Recepción en el Centro de Salud. Director de centro y/o equipo directivo. Informa específica, presentación y entrega Reglamento Interno sobre la organización del mismo.

Fase de adaptación al puesto. Talleres específicos de formación teórico practica.

Fase de evaluación. A través de encuesta a los profesionales incorporados.

### **RESULTADOS:**

Se han incorporado 2512 profesionales, 1325 médicos de familia, 195 pediatras, 822 enfermeras y 100 auxiliares de enfermería.

Se han realizado 23 reuniones de acogida en 7 DA y 44 talleres de formación.

Cumplimentaron la encuesta de satisfacción 360 profesionales (14,43%), siendo los ítems más valorados los relacionados con el trato y la amabilidad de los profesionales receptores y de menor valoración el grado de utilidad de la guía de acogida y al grado de utilidad del manual proporcionado por el centro de salud.

### **DISCUSIÓN:**

En una incorporación importante en número de profesionales a una organización sanitaria compleja, en donde la información es heterogénea, se hace necesario contar con un PA que se adecue a sus necesidades. La acogida, el suministro de información y documentos básicos para conocer la organización y la formación en función de sus necesidades, consideramos que favorece una adecuada integración de los profesionales. Con este PA se pretende promover la adopción de buenas prácticas como la prevención de riesgos laborales y la seguridad del paciente, alineadas con la cultura y los valores de la organización.

Seguiremos trabajando en las áreas de mejora detectadas en la evaluación del plan.

Este tipo de intervención pretende que las personas incorporadas conozcan el funcionamiento y objetivos de la organización con el fin de prestar una asistencia sanitaria de calidad que contribuya a mejorar el nivel de salud de la población, respondiendo a sus necesidades con servicios adecuados.

**CB - 047.- CALIDAD DE LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN UN HOSPITAL GENERAL.**

MARTÍNEZ-OTÓN JA, SERRANO-LADRÓN DE GUEVARA S, CARRIÓN-GARCÍA F, MORÁN-SÁNCHEZ S, BAÑOS-MADRID R, SEVILLA-CÁCERES L.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA. CARTAGENA (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

La solicitud de técnicas endoscópicas constituye un tipo de documentación clínica que permite la comunicación entre profesionales sanitarios y la posterior elaboración de un documento clínico-asistencial.

Nuestro objetivo es valorar si la cumplimentación es adecuada, clara y concisa, evitando errores en la práctica clínica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realiza un estudio descriptivo y retrospectivo donde se revisan 453 solicitudes de técnicas endoscópicas comprendidas entre diciembre 2011 y febrero 2012.

Las variables a tener en cuenta fueron: datos de filiación correcta, legibilidad, comprensión, prioridad de la prueba (preferente, normal o urgente), datos clínicos relevantes y si precisa de toma de biopsias o alguna actuación más en el momento de la realización de la técnica.

**RESULTADOS:**

Los resultados de estas 453 solicitudes fueron: gastroscopias 28,8%; colonoscopias 28%; CPRE 17%, Ecoendoscopia 11% y polipectomías 90%. De las variables recogidas los datos de filiación fueron correctos en el 98% de los pacientes, legibilidad 100% ya que fueron solicitadas mediante un programa informático, en el 100% de ellas se dieron datos sobre la priorización de la prueba -siendo el 32% urgentes, 53% normales y 15% preferentes. Los datos clínicos fueron relevantes y de gran ayuda a la hora de realizar la técnica endoscópica en un 95%. El resto no tenía información precisa del lugar de la lesión, si era o no la primera técnica endoscópica y el período en el que se realizó la última.

**DISCUSIÓN:**

La solicitud endoscópica constituye un documento de comunicación interna entre profesionales sanitarios. No sigue ninguna estructura en nuestro programa informático pero a la hora de cumplimentarlo es de gran interés que cumpla los criterios evaluados ya que facilita la actividad asistencial. Una correcta información del clínico al endoscopista evita duplicidades de la técnica -invasiva y que precisa preparaciones engorrosas para el paciente- y errores diagnósticos. Se detecta así una posible mejora en dicho documento donde debe ser imprescindible: datos de filiación, información de la técnica al paciente, datos clínicos de interés, sospecha diagnóstica, necesidad de toma de biopsias, pruebas realizadas anteriormente.

Esta solicitud constituye una herramienta de comunicación en la que se han detectado posibles mejoras de importancia en la actividad clínico-asistencial de nuestro hospital.

**CB - 048.- "ALZHEIMER, VENTAJA O INCONVENIENTE EN UN AREA QUIRURGICA"?**

GAMEZ-MORENO JM, MARTIN-RODRIGUEZ D, MENOR-RODRIGUEZ MJ.  
NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD. GRANADA.

**OBJETIVOS:**

- ☐ Fomentar la participación del familiar en los cuidados de los familiares con Alzheimer que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica.
- ☐ Minimizar la ansiedad de los pacientes con Alzheimer en el Area Quirúrgica.
- ☐ Definir los cuidados especiales y el equipo multidisciplinar que interviene en la estancia del paciente con enfermedad de Alzheimer en el área quirúrgica del Hospital Nuestra Señora de la Salud de Granada.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- ☐ Realización de reuniones periódicas multidisciplinarias formadas por Cirujanos, Anestesiastas, Personal de Enfermería del Bloque Quirúrgico y Celadores para consensuar los circuitos de atención a los pacientes con Alzheimer en el Bloque Quirúrgico.
- ☐ Se realizan dos sesiones formativas sobre Seguridad de Pacientes al personal del Bloque Quirúrgico.
- ☐ Se realizan charlas informativas- formativas a los familiares sobre cuidados requeridos por un paciente con Alzheimer intervenido quirúrgicamente.

**RESULTADOS:**

- ☐ Del total de 10.020 intervenciones quirúrgicas realizadas en nuestro Hospital, el 1% corresponden a pacientes con Alzheimer, fundamentalmente patologías de Traumatología ( Fracturas, Fisuras, Luxaciones, etc. y Desbridamiento de Ulceras por Presión provocadas como consecuencia de la incontinencia de esfínteres y de no realizar los cambios posturales con la frecuencia necesarias.
- ☐ Ha mejorado la satisfacción percibida de los familiares ya que desde un primer momento se les hace partícipes de los cuidados postoperatorios.
- ☐ Se ha calculado un total de 125 horas semanales que dedican de media los familiares / cuidadores de los pacientes con Alzheimer intervenidos en nuestro Hospital en nuestra Area Quirúrgica.
- ☐ Ha disminuido la agitación de los pacientes con Alzheimer ya que en todo momento se encuentran acompañados por su familiar / cuidador durante los traslados dentro del Centro.
- ☐ Se ha mejorado la readaptación al medio del paciente con la presencia en el despertar de su familiar/ cuidador.

**DISCUSIÓN:**

- ☐ La seguridad del paciente con Alzheimer en el Area Quirúrgica ha de ser una prioridad dada la facilidad para desorientarse de este tipo de pacientes.
- ☐ El familiar/ cuidador juega un papel fundamental en el pre/postoperatorio y en la estancia en el Servicio de Reanimación – U.C.I.
- ☐ Para el correcto manejo de estos pacientes en el Area Quirúrgica es necesaria una labor conjunta de todo el personal implicado, de ahí su enfoque multidisciplinar.

**CB - 049.- SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE FARMACIA DE UN HOSPITAL.**

DIEZ-MORENO R, LEAL-ALVAREZ M, CARRASCO-GARCÍA MC, DURO-MARTÍNEZ AM, TROMPETA-PASCUAL JL, PEREZ-ENCINAS M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN. MADRID.

**OBJETIVOS:**

Determinar el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a la nueva consulta de enfermería adscrita a la Unidad de Dispensación Ambulatoria del Área de Farmacia e identificar áreas de mejora.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Análisis de los resultados obtenidos de la encuesta voluntaria y anónima entregada a los pacientes que acuden a la nueva consulta de enfermería pertenecientes a los servicios de Neurología, Digestivo e Infecciosas entre diciembre 2010 y diciembre 2011. El diseño de la encuesta incluye 10 preguntas cerradas sobre aspectos estructurales, organizativos, cuidados enfermería, información al paciente, grado de satisfacción global respecto de la atención recibida y una pregunta abierta en donde podría realizar comentarios y sugerencias para identificar posibles aspectos de mejora.

**RESULTADOS:**

Se recibieron 100 encuestas (tasa de respuesta 86%), el 43% hombres. El 48% entre 18 y 40 años, 50% de 41 a 65 y 2% con más de 65 años. En cuanto al tiempo que llevaban los pacientes acudiendo a farmacia, el 20% era la primera vez que acudía, el 60% hacia menos de un año, el 12% entre 1 y 3 años, el 7% de 3 a 5 y el resto un 1% más de 5 años. El 74% refirió que la consulta de enfermería era cómoda, el 1% incómoda y el 25% correcta. El 53% consideró que el tiempo de espera era adecuado, el 42% corto y el 5% largo. El horario de atención fue correcto para el 59% de los pacientes, muy adecuado para el 38% e inadecuado para el 3% restante. El 94% indicó que era fácil contactar con el personal de enfermería, el 3% difícil y el 2% indiferente. Para el 41% las condiciones de confidencialidad fueron adecuadas, para el 51% muy adecuadas y poco adecuadas para el 8%. El 75% opinó que el trato dispensado por el personal de enfermería era muy adecuado, el 25% correcto. El 98% consideró que la enfermera siempre informaba sobre la administración del tratamiento y aclaraba todas las dudas. Para el 98% la información proporcionada por la enfermera le resultó muy útil y para el 1% poco útil e indiferente al 1%. En líneas generales el 96% de los pacientes refirió que para su estado de salud la consulta era muy útil, el 1% indiferente y el 3% poco útil. El grado de satisfacción global, sobre 10 obtuvo una puntuación media de 9.06 (IC95% 8.82-9.30).

**DISCUSIÓN:**

Evaluar la satisfacción del paciente nos ha permitido conocer el grado en el que han sido cubiertas las necesidades del paciente con la creación de la consulta de enfermería.

La información, los cuidados proporcionados, así como el trato recibido y la facilidad de contactar con el personal de enfermería fueron los factores que contribuyeron con más peso en la satisfacción de los pacientes, seguidos por los criterios relacionados con la infraestructura y organización de la Unidad, lo que nos permitió identificar áreas de mejora.

**CB - 050.- ESTUDIO DE LA CALIDAD PERCIBIDA EN LA OXIGENOTERAPIA A DOMICILIO.**

ARGIMON-PALLÀS JM, GIRONA-ALFONSO A, MURILLO-FORT C, PAIRÓ-TEIXIDOR A, CERDÀ-CALAFAT I, AGUADO-BLÁZQUEZ H.  
SERVEI CATALÀ DE LA SALUT. BARCELONA.

**OBJETIVOS:**

El Plan de Encuestas de Satisfacción (PLAENSA), iniciado el 2002, tiene entre otras características la de abordar el estudio de las diferentes líneas de servicio que dan prestación a las personas aseguradas. Siguiendo esta directriz, en el 2011 se midió por primera vez la calidad de servicio y la satisfacción de las pacientes de la oxigenoterapia a domicilio. El volumen total de este servicio es del orden de 10.000 personas que son usuarias de por vida. Nuestro objetivo principal es el de valorar la satisfacción de los asegurados del CatSalut respecto a esta línea de servicio en el global de Cataluña y de las unidades de contratación.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El primer paso que realizamos fue una revisión bibliográfica complementada con un estudio cualitativo de tipo entrevista semi-estructurada (dadas las características de los pacientes) a un total de 20 usuarios seleccionados aleatoriamente entre la población con oxígeno a domicilio. Los resultados fueron presentados y discutidos con los expertos de referencia del CatSalut y a partir de este punto se elaboró el cuestionario añadiéndole variables relacionadas con el entorno social. Una vez construido el cuestionario se realizó el pretest de comprensión y la validación estadística pre estudio. La validación nos dio como resultado una capacidad explicativa del 57,062% de la variabilidad total agrupada en cuatro factores. Por último, el trabajo de campo se realizó mediante encuesta telefónica, a partir de las bases de datos correspondientes a la facturación de la actividad.

**RESULTADOS:**

Se han realizado un total de 1834 encuestas repartidas en 16 lotes (unidad de contratación de esta línea de servicio). Se puntúa la satisfacción global con un 9,14 sobre 10 y el 96,25% manifiestan que, de poder escoger, volverían a utilizar los mismos servicios de oxígeno a domicilio. Cabe destacar que 14 de los 16 ítems quedan por encima del 90% de valoraciones positivas. Los que quedan por debajo hacen referencia al tiempo de espera a la hora de resolver un problema y el tiempo de antelación con los que se avisa a los usuarios antes de que los técnicos visiten su casa. Destacar también, que un 12,5% de los encuestados tuvieron algún problema con el servicio recibido y que de estos un 75,5% de los casos estaba relacionado con la máquina del oxígeno.

**DISCUSIÓN:**

El estudio de oxigenoterapia a domicilio es una de las líneas de servicio estudiadas con mayor satisfacción por parte de los usuarios. Existen diferencias entre lotes y podemos identificar diferencias significativas respecto a Cataluña en cinco de ellos. Los aspectos a mejorar hacen referencia al tiempo que se tarda en resolver las incidencias del servicio y el tiempo de aviso de las visitas de los técnicos. Es importante destacar que los pacientes de la oxigenoterapia a domicilio, en contraste con los resultados que esperábamos obtener, tienen una autonomía alta respecto a las actividades de la vida diaria.

**CB - 051.- SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

GOMA-FERNÁNDEZ G, GUÍA-RAMBLA V, BAIGORRI-GONZÁLEZ F, DE HARO-LÓPEZ C, GUÍA-RAMBLA C, ARTIGAS-RAVENTÓS A.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. SABADELL (BARCELONA).

**OBJETIVOS:**

Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y conocer si estarían dispuestos a reingresar de nuevo en una UCI si lo precisaran.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio unicéntrico, observacional, prospectivo, de cohortes (pacientes jóvenes (CJ), 65 años / pacientes de edad avanzada (CEA),  $\geq 65$  años) que incluye todos los pacientes con criterios de inclusión, ingresados consecutivamente en una UCI polivalente de un Hospital Universitario durante 20 meses. Se han registrado las variables demográficas y clínicas durante el ingreso hospitalario y de satisfacción a los seis meses del alta de críticos mediante una encuesta telefónica con dos preguntas de respuesta cerrada. Se realizó un análisis descriptivo de las características basales de los pacientes en función del grupo de edad para evaluar la comparabilidad de ambas cohortes y un estudio comparativo de ambas cohortes para valorar la variable a estudio ("satisfacción"), asumiendo como significación estadística una  $p < 0,05$ .

**RESULTADOS:**

Se han incluido 466 pacientes (208 CJ / 258 CEA), con una edad media de  $50 \pm 11$  (CJ) y  $75 \pm 6$  (CEA) años. Ambas cohortes fueron similares en cuanto a gravedad al ingreso (APACHE II modificado  $10,8$  CJ /  $10,9$  CEA;  $p$  ns), funcionalismo basal (Índice de Barthel  $96,6$  CJ /  $94,7$  CEA;  $p$  ns), calidad de vida previa al ingreso en UCI (Escala de Rivera  $3,1$  CJ /  $4,4$  CEA;  $p$  ns), procedencia, tipo de admisión, intensidad de tratamiento y estancia hospitalaria. La encuesta de "satisfacción" a los seis meses fue contestada por 330 pacientes (159 CJ / 171 CEA), 103 pacientes fallecieron durante el ingreso hospitalario o durante el seguimiento a los 6 meses (28 CJ / 75 CEA) y 33 pacientes se perdieron durante el seguimiento (21 CJ / 12 CEA). El grado de satisfacción del ingreso en UCI fue alto en ambas cohortes (CJ 85% / CEA 87%;  $p$  ns) y a la mayoría de pacientes querrían reingresar en UCI si lo precisaran (CJ 94% / CEA 91%;  $p$  ns).

**DISCUSIÓN:**

La mayoría de los pacientes que sobreviven a un ingreso en UCI recuerdan positivamente su estancia en UCI y volverían a reingresar si lo precisaran de nuevo, independientemente de la edad.

**CB - 052.- APLICACIÓN DEL QFD EN LA MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PROCESO FARMACOTERAPÉUTICO DEL PACIENTE ONCO-HEMATOLÓGICO.**

MOYA-GIL A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. PESET. VALENCIA.

**OBJETIVOS:**

Analizar el proceso farmacoterapéutico (PFT) en pacientes onco-hematológicos atendidos en hospital de día (HD).

Identificar, interpretar y ponderar los requerimientos de los clientes internos del PFT en el Servicio de Farmacia (SF).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En abril de 2012 se desarrolló la etapa definir de Lean 6Sigma como método de mejora de la calidad y seguridad del PFT en pacientes onco-hematológicos atendidos en HD en un hospital de 3º nivel. Los clientes y servicios se identificaron mediante un diagrama SIPOC. La voz del cliente (VOC) interno se identificó mediante brainstorming del grupo de trabajo interdisciplinar y un Quality Function Deployment (QFD) para definir los requerimientos de diseño.

**RESULTADOS:**

El diagrama SIPOC identificó la validación farmacéutica, preparación y acondicionamiento, validación técnica y dispensación como servicios prestados, siendo los clientes internos: farmacéutico, auxiliar y enfermera del SF. Los requerimientos del cliente identificados se clasificaron en: A)Proceso: confirmación de tratamientos adecuada en tiempo, evitar confirmación sin analítica, evitar acúmulo de tratamientos pendientes de validación, programación previa, reducir actividades no planificadas, gestión de devoluciones, actualizar procedimientos normalizados, reducción de tiempos muertos y simplificar procesos.

B)Estructura: accesibilidad y comunicación interprofesional, evitar picos de carga asistencial, gestión de tiempos y personal, cumplimiento de procedimientos.

C)Resultado: minimizar tiempos de validación/preparación/dispensación, disponer de información correcta y seguridad del paciente.

Los requerimientos del diseño identificados y su ponderación fue: confirmación electrónica de tratamientos (6,9%),unificar prescripciones (5,6%), normalización prescripción (4,3%), disponibilidad farmacéutico para validación clínica (6,3%) y técnica (4,7%), gestión adecuada de stocks de medicamentos (5,2%) y material fungible (4,3%), preparación por lotes (4,7%), capacidad de adecuación personal y cabinas de seguridad (4,2%), registro electrónico de administración (3,8%), planificación carga asistencial (6,9%),turnos de personal (5,6%), gestión de tiempos (6%),procedimientos normalizados de trabajo (6,2%), adecuación a tiempos del paciente (6,1%), actualización esquemas terapéuticos (4%), evitar interrupciones (7,9%), uso de código de barras en preparación y dispensación (2,7%).

Los requerimientos del diseño se clasificaron en: diseño del proceso (33,4%), prestación del servicio (31,1%) y mejoras del servicio (37,0%).

**DISCUSIÓN:**

La VOC priorizó los requerimientos del diseño relacionados con la mejora del servicio frente a las relacionadas con el diseño del proceso o prestación del servicio. Realizar las tareas sin interrupciones, la confirmación electrónica óptima de tratamientos y la adecuada planificación de la carga asistencial son los requerimientos con mayor importancia para satisfacer las necesidades de los clientes internos del proceso.

**CB - 053.- EL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA INSTITUCIÓN SANITARIA. ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN.**

GARCÍA-CÁNOVAS S, MERA-LÓPEZ R, FERNÁNDEZ-LIRIA A, MORENO-PÉREZ A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS. ALCALÁ DE HENARES (MADRID).

**OBJETIVOS:**

El estigma se define como el conjunto de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios en virtud de que estos presentan algún tipo de rasgo diferencial o «marca» que permite identificarlos. Suelen reconocerse tres componentes, estereotipos, prejuicios y discriminación que se conjugan para resultar en una pérdida de oportunidades de las personas afectadas. Los estereotipos y el estigma asociado con los trastornos mentales son los principales obstáculos para el tratamiento. Los pacientes que sufren un trastorno mental grave y sus familias con frecuencia han experimentado rechazo social y exclusión, no sólo del público en general, sino también de profesionales de la salud. Según diversos estudios, el estigma ocasiona muertes relacionadas con deficiencias en la atención por parte de los profesionales sanitarios a la hora de tratar a personas por el hecho de que padezcan una enfermedad mental.

A la hora de conocer la satisfacción de las personas que han precisado atención en una institución sanitaria general como los hospitales generales, en algunas Comunidades Autónomas se excluye de las encuestas de forma sistemática a las personas afectadas de enfermedad mental. El objetivo del presente.

trabajo es demostrar que esta exclusión no está justificada por razones clínicas y que contribuye, una vez más, a la estigmatización de la persona afectada de enfermedad mental.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se analizan los datos de las encuestas de satisfacción de los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Príncipe de Asturias en el periodo 2009-2012, con especial atención a datos comparables con las encuestas de satisfacción general y otros centrados en el proceso de tratamiento.

**RESULTADOS:**

El diagnóstico no interfiere con la capacidad de valorar las condiciones hoteleras de la estancia hospitalaria, el trato recibido o los componentes terapéuticos más efectivos del ambiente terapéutico.

**DISCUSIÓN:**

Los profesionales sanitarios podemos y debemos tomar conciencia de la implicación de nuestras actitudes en la posibilidad de recuperación de las personas. En ocasiones, la actitud del profesional sanitario limita la capacidad de recuperación del paciente cuando este está

además afectado por una enfermedad mental. Proponemos la eliminación de fuentes sutiles de discriminación como es su no inclusión en las encuestas de satisfacción generales.

**CB - 054.- CINCO AÑOS DE ENCUESTAS A PACIENTES/USUARIOS: RESULTADOS Y EVOLUCIÓN.**

MOLINA-ALÉN E, FIDALGO-HERMIDA B, GALINDO-GALLEGO M, TAFALLA-BORDONADA C.  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. MÓSTOLES (MADRID).

**OBJETIVOS:**

Desde el 2008 el área de hospitalización esta certificado según la norma ISO 9001:2008. Uno de los criterios de la norma es la retroalimentación del paciente/usuario (PUC) por lo que el Hospital se plantea conocer la satisfacción de los PUC a través de encuestas de satisfacción. Por ello se plantea:

1. Diseño de la encuesta.
2. Entrega y recogida de las valoraciones.
3. Evaluación de las encuestas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

1. Diseño de la encuesta: Se utiliza la técnica de escala Tipo Likert: La escala de categoría constituye una de las técnicas de medida de creencias, preferencias y actitudes más utilizada. Se hace referencia a un procedimiento de escalamiento en el que el sujeto asigna los estímulos a un conjunto específico de categorías o cuantificadores lingüísticos, en su mayoría, de frecuencia (siempre, a veces,...) o de cantidad (todo, algo, nada...). Es una forma sencilla de comprender y rápida de contestar por el PUC. Las encuestas son consensuadas con los servicios implicados. Tienen un formato multidisciplinar en el que se preguntan temas como la competencia profesional, la confortabilidad, el trato del profesional, cuidados, accesibilidad, etc... Con posibles respuestas que van desde Muy Bien, Bien, Regular y Mal. También se formulan preguntas con respuestas si/no y preguntas abiertas en el que el PUC plasma sugerencias, mejoras y satisfacciones.
2. Entrega y recogida de encuestas: El personal de Enfermería entrega la encuesta al PUC al alta o una vez pasada la experiencia, que vuelve a recoger una vez cumplimentada. Unidades en las que se realiza la encuesta: Unidad Breve de hospitalización de Psiquiatría, las unidades de hospitalización de la 2ª, 3ª (Ginecología), 3ª (Obstetricia), 4ª, 4ª rápida, 5ª, 6ª y 7ª planta, Neonatología, Medicina Intensiva, Paritorio y Fisioterapia.
3. Evaluación de las encuestas: Una vez recogidas todas las encuestas, se contabilizan las respuestas cualitativas y se transforman en valores cuantitativos a través de una hoja de cálculo, ya que a cada respuesta se le asigna un valor numérico.

**RESULTADOS:**

Las valoraciones de cada uno de los Servicio/Unidades de los últimos 5 años (Del 2008 al 2012).

Las valoraciones medias obtenidas en el área de hospitalización son: 8.19, 7.87, 8.01, 8.07 y 7.93 en los años 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012 respectivamente. El número de encuestas entregadas a PUC son: 509, 207, 440, 485 y 567 de las que se recogieron 206, 207, 270, 346 y 449 siendo los porcentajes de respuesta del 40, 100 (no se contabilizaron las entregadas), 61, 71 y 79.2%, en los años 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012 respectivamente. Como ítem mejor valorado fue el trato recibido por parte del personal y como área de mejora las infraestructuras.

**DISCUSIÓN:**

Con el conocimiento de la opinión de los pacientes a través de encuestas de satisfacción, se pueden descubrir los aspectos que los servicios/unidades deben mejorar para aumentar la satisfacción del paciente. También se pueden aplicar áreas de mejora para tener un "paciente satisfecho".

**CB - 055.- PANTALLAS TÁCTILES:MIDIENDO LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES EN REHABILITACIÓN.**

ZUAZO-AGUIRREBENGOA I, IRARRAGORRI-PAGAZAORTUNDUA I, GANGOITI-ITURRI G.  
MUTUALIA MATEPSS Nº 2. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Mutualia es la mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social nº 2, perteneciente a Corporación Mutua. Su sistema de gestión se basa en los principios de la Excelencia, de acuerdo al modelo EFQM. Una de sus líneas estratégicas es la orientación a clientes: realizar todas las actividades buscando la satisfacción de sus necesidades y expectativas.

Para ello, resulta fundamental partir del conocimiento de dicha satisfacción en todos los ámbitos, a través de distintas herramientas: encuestas de satisfacción, focus group e incluso, pantallas táctiles, a las que nos vamos a referir en esta comunicación.

El objetivo de este proyecto fue conocer el grado de satisfacción de las y los pacientes que acuden al servicio de RHB de la delegación territorial de Bizkaia de Mutualia, mediante la utilización de pantallas táctiles, con el fin de incrementarlo a través del establecimiento de acciones de mejora, y potenciar las acciones que conllevan reconocimiento a las propias personas del servicio.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

La implantación comienza en dos centros piloto en 2008. En ambos se instala una pantalla táctil que recoge una serie de preguntas acerca de la calidad en la asistencia recibida: tiempo de espera, trato, información, y un último apartado, donde se puede reflejar un agradecimiento, sugerencia o queja.

En el primer semestre del 2010 se extiende la implantación a todos los centros de RHB de Bizkaia y al resto de áreas asistenciales de la organización.

Una vez implantado el sistema, se crea un grupo de trabajo en RHB-Bizkaia con el objetivo de dinamizarlo y aumentar el número de encuestas recogidas. Este grupo establece una dinámica de invitaciones por parte del colectivo de fisioterapeutas: cada fisioterapeuta fija un día a la semana para realizar dicha invitación a todos y todas las pacientes que atiende diariamente. De forma complementaria, se integra esta invitación en el documento de normas de funcionamiento del servicio de RHB que se entrega a todos/as los/as pacientes que ingresan en el servicio.

**RESULTADOS:**

Los resultados de las encuestas se reciben semanal y mensualmente. Se estudian en el grupo de trabajo, y se establecen acciones correctoras o de mejora cuando es necesario, con el fin de corregir deficiencias o aprovechar potencialidades de mejora señaladas por los y las pacientes. Así mismo, las felicitaciones y agradecimientos recibidos se hacen llegar a las personas del servicio y a sus responsables, como herramienta de reconocimiento.

Como consecuencia del trabajo del equipo de mejora, se ha conseguido un claro incremento en el número de encuestas completadas por los y las pacientes del servicio de RHB.

**DISCUSIÓN:**

De esta manera se logra la implantación de una herramienta más que permite conocer y mejorar la satisfacción de clientes en el servicio de RHB, de una forma sencilla y ágil.

Un impulso más a la línea estratégica de orientación a clientes, y a la calidad asistencial.

**CB - 056.- "ENCUESTA A PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL".**

ORTIZ-OTERO MM, MARINERO-ROJAS O, DONGIL-GARRALON M, SERRANO-BALAZOTE P.  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA. FUENLABRADA (MADRID).

**OBJETIVOS:**

- Promover la coordinación con Atención Primaria (AP).
- Identificar las Alianzas del Hospital, según Modelo EFQM, para establecer sinergias con AP, que aporten valor añadido para facilitar el cumplimiento de la Misión y Visión del Hospital.
- Identificar como clientes a los profesionales de AP, y conocer su percepción de la calidad, sobre el funcionamiento del Hospital.
- Sistematizar las encuestas a AP promoviendo la participación.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El Hospital (H) siguiendo su compromiso con la Excelencia, realiza sistemáticamente encuestas de opinión a los profesionales de AP desde 2006. El desarrollo de las encuestas ha variado algo, aunque no en lo sustancial, incluyéndose en 2010 mejoras al incorporarse personal de enfermería.(PE)

La población a estudiar: Todos los médicos de AP, en 2006-07-08 y en 2010 se incluye PE(enfermeros, matronas y fisioterapeutas).

La encuestas auto-administradas y anónimas. En 2006-07-08, el envío de cuestionarios desde el H, en sobre nominal y una vez cumplimentados remitidos al H por los médicos por valija interna. En 2010 la encuesta se presentó a la gerencia y equipos de AP. Y los coordinadores de centros de salud (CS) distribuyeron los cuestionarios a los profesionales, una vez cumplimentado sobre cerrado se enviaban al H. Trabajo de campo: Anual para 2006-07-08 y bianual 2010-12. Las áreas involucradas del H: Atención al Paciente y Calidad. El cuestionario, está formado por: 2 preguntas de clasificación (profesional y equipo). 30 preguntas de opinión, con escala: muy adecuado/muy de acuerdo; adecuado/ de acuerdo; inadecuado/desacuerdo; muy inadecuado/muy desacuerdo; sin opinión. 1 pregunta de valoración de los servicios médicos del hospital, con puntuación 1-5. 2 preguntas abiertas generales y otras 2 para PE. Dimensiones de la encuesta: 1 Respuesta; 2 Demoras; 3 Información; 4 Coordinación y 5 Trato.

Análisis: % de respuestas positivas (muy adecuado/adecuado) y suma de puntos (importancia de las dimensiones).

**RESULTADOS:**

El 2006-07-08 Baja participación y desciende del 40% al 20%.

Algunos resultados muestran inconsistencias.

No recoge la opinión de todo el equipo del CS.

Promoción de la participación al presentarlo en Consejo de AP.

Participación de los coordinadores de los CS.

Extendida a personal de enfermería.

Desigual grado de satisfacción de unos CS a otros del mismo Área.

Los profesionales menos satisfechos son los Médicos de Familia con un 29%, seguidos de Enfermería con un 47%; Matronas con 50% y Pediatras con un 60%.

Dimensiones mejor valoradas por AP son: INFORMACIÓN con un 67%, seguidos de COORDINACIÓN con 45%; RESPUESTA 43%; TRATO con 40% y DEMORAS con 27%.

Los servicios médicos del hospital mejor valorados fueron: Dermatología 54%; Cardiología 50%.

**DISCUSIÓN:**

Medida de percepción en criterio 6cliente 6. Modelo EFQM

Comunicación sistemática con AP.

Fuente de información para Áreas de Mejora.

Evaluación de la relación con AP, corrigiendo las limitaciones.

Herramienta de evaluación de las acciones de mejora implementadas.

**CB - 057.- VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA.**

MARTÍN-CABREJAS BM, MARTÍNEZ-PIEDROLA M, GUILABERT-MORA M, GARCÍA-RUBIO MJ, MARTÍN-CABALLERO C, LORENZO-MARTINEZ S.

**OBJETIVOS:**

Analizar la satisfacción de las pacientes que reciben tratamiento con técnicas de reproducción asistida para identificar áreas de mejora en la atención que les prestamos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo basado en encuestas de opinión de pacientes atendidas para tratamiento de Fecundación in Vitro (FIV) e Inseminación artificial (IA) en el Servicio de Ginecología de un Hospital de 448 camas del Servicio Madrileño de Salud. Las encuestas se entregaron en mano en consulta y las pacientes las depositaron en un buzón de forma anónima. Criterios de inclusión: pacientes con un ciclo FIV con punción folicular o IA previo, no gestantes. Periodo de estudio: septiembre de 2011 -marzo 2012. Instrumento de medida: cuestionario adaptado de la encuesta de Cirugía Mayor Ambulatoria que se usa en el centro y está validada. Se obtuvo un total de 81 cuestionarios válidos. Para determinar la relación de buenas prácticas en materia de información y la implicación de los profesionales sanitarios sobre la satisfacción global, se llevó a cabo una prueba de dependencia con el estadístico chi cuadrado.

**RESULTADOS:**

Un 88,5% de las pacientes de declaró satisfecha con los cuidados sanitarios recibidos. Encontrando porcentajes de satisfacción 90% en "preparación del personal", "amabilidad y cercanía", "confianza", "disposición del personal de enfermería" y "respeto a la intimidad". El grado de satisfacción ha sido 85% en "accesibilidad", "dedicación a la pareja en la consulta" y "capacidad para comprender y escuchar".

Los resultados muestran relación positiva entre la satisfacción global de las pacientes con los cuidados recibidos y una percepción positiva de la información proporcionada por los médicos (100% frente a 60%,  $p0,001$ ), accesibilidad e interés que ha mostrado el/la ginecólogo/a (100% frente a 53,85%,  $p0,001$ ), capacidad para comprender y escuchar las necesidades del paciente (98,18% frente a 55,56%,  $p0,001$ ), y la disposición tanto de los ginecólogos/as como del personal de enfermería para ayudarle cuando lo ha necesitado (98,31% frente al 0%,  $p0,001$ ) en el caso de los ginecólogos/as y (94,44% frente al 0%,  $p0,001$ ) en el caso del personal de enfermería. La "atención telefónica" y "espera para ser atendida en consulta" obtuvieron resultados 76% de satisfacción.

**DISCUSIÓN:**

Los resultados muestran que la satisfacción aumenta con la mejor información sobre el proceso, accesibilidad del personal médico y enfermero. La satisfacción refleja una relación positiva cuando se acompaña de escucha activa, de interés y comprensión por parte de los profesionales sanitarios. Los ítems peor valorados tienen difícil solución en un contexto de limitaciones presupuestarias para este tipo de tratamientos. El tamaño muestral no nos ha permitido realizar estratificación en los dos grupos encuestados.

**CB - 058.- GUIA DE INFORMACION ENFERMERA A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

MEDINA-REINA AM, GARCÍA-GÁLVEZ MM, ARROGANTE-MAROTO O, HOLGUIN-FERNÁNDEZ MC, APARICIO-ZALDIVAR EG, ANTUNEZ-PUERTA DL.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. FUENLABRADA (MADRID).

**OBJETIVOS:**

- Integrar a las familias en la unidad de cuidados intensivos satisfaciendo su necesidad de información, ya que es la necesidad más valorada por las mismas.
- Informar a las familias dentro una perspectiva bio-psico-social de los cuidados enfermeros que se realizan al enfermo, sin exceder de nuestro nivel de competencia.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos de Cuiden, Scielo y Medline. Se introdujeron los descriptores: información, familia, enfermería y cuidados intensivos en las mismas.
- El Grupo de Atención a la Familia de nuestra unidad decidió dividir la información a los familiares en tres partes: Consideraciones Previas ante cualquier Información, Información del Entorno y la Información de las Necesidades Básicas del Paciente.
- En diferentes reuniones del grupo se llegó al consenso del contenido que se debía incluir dentro de cada apartado.

**RESULTADOS:**

Creación de la Guía de Información Enfermera a los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos, que consta de los siguientes apartados:

1. INTRODUCCIÓN: justificación del deber ético y legal del personal de enfermería a la hora de dar información a los familiares, dispensando así un cuidado integral e humanizado al paciente y a su familia.
2. CONSIDERACIONES PREVIAS ANTE CUALQUIER INFORMACIÓN: presentación preliminar, valoración de la necesidad de información, monitorización, alarmas y despedida del box.
3. INFORMACIÓN DEL ENTORNO: consideraciones en nuestro primer contacto, información al ingreso y en sucesivas visitas.
4. INFORMACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS DEL PACIENTE: información de los cuidados enfermeros realizados al paciente en los sucesivos contactos con sus familiares, estructurada según las 14 Necesidades Básicas del Modelo de Virginia Henderson.

**DISCUSIÓN:**

1. La información a la familia del paciente ingresado en intensivos constituye un deber ético apoyado legalmente, siempre que no exceda nuestro nivel de competencia.
2. La información de los cuidados enfermeros constituye un camino hacia la integración de las familias en intensivos.
3. El modelo de Virginia Henderson es el más adecuado en nuestro entorno asistencial para estructurar la información que demos a los familiares.
4. La calidad técnica es necesaria e imprescindible pero no suficiente, Para aumentar la calidad percibida por los pacientes y sus familias debemos ir más allá de la calidad técnica, dando un cuidado más humanizado.

**CB - 059.- OPORTUNIDAD DE MEJORAR LA CALIDAD DE LAS ASISTENCIA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN RURAL.**

SOTO-DIAZ S, MARTÍNEZ-PIEDROLA M, GÓMEZ-MONTERO G, BECERRIL-ROJAS B, BERMEJO-CAJA C, JIMÉNEZ-TELO F.

UNIDAD DE APOYO TÉCNICO. GERENCIA ADJUNTA DE PLANIFICACIÓN Y CALIDAD. MADRID.

**OBJETIVOS:**

Seleccionar posibles áreas de mejora a través de la evaluación de la calidad del registro de la hoja clínico-asistencial utilizada en los Servicios de Atención Rural.

Potenciar el compromiso de los profesionales ante la próxima incorporación de herramientas informáticas de registro de la hoja clínico-asistencial.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Dada la variabilidad de registros y extracción de datos existentes de la hoja clínico-asistencial: manual y automatizada, fue preciso analizar inicialmente la situación de los Servicios de Atención Rural( SAR) de cada Dirección Asistencial (DA), para posteriormente proceder a la obtención de los datos a evaluar. Las Unidades de Apoyo Técnico (UAT)evaluaron la situación de partida del registro de las hojas clínico - asistenciales de forma coordinada con las DA. La estrategia de evaluación empleada fue la siguiente: explotación automatizada del total las Hojas Clínico-Asistenciales informatizadas y en los servicios informatizados que no tienen sistema de explotación y en las no informatizadas se utilizó muestreo.El método de muestreo de las hojas clínico-asistenciales fue aleatorio y cuando no fue posible el muestreo aleatorio, se realizó un muestreo sistemático con arranque aleatorio de todo el archivo de hojas clínico-asistenciales producidas en el período de evaluación. La muestra se seleccionó entre todas las hojas clínico-asistenciales producidas entre el 1/01/2010 y 31/12/2010 y entre el 1/01/2011 y 31/12/2011. Se siguieron los siguientes pasos:Lectura conjunta de los criterios, de sus aclaraciones y excepciones, Auditoría conjunta de las primeras Hojas Clínico-asistenciales a evaluar y Lectura completa de estas.

**RESULTADOS:**

Tras la evaluación de forma centralizada de un total de 1295 hojas clínico asistenciales en el año 2010 y un total de 1295 hojas clínico asistenciales en el año 2011 de los 37 SAR, se aprecia una tendencia de mejora en el grado de cumplimiento de la hoja clínico asistencial, pasando de un 93,73% en el 2010 a un 94.08% en el 2011 en los ítems recogidos en la misma.Los evaluadores que siguieron las mismas instrucciones, concluyeron que el área de mejora a trabajar fuera el protocolo informatizado contenga: campos desplegados y campos obligatorios. Las medidas correctoras que plantearon para facilitar el registro fueron las siguientes:Constitución de grupo de trabajo, Monitorización de los criterios de registro y Presentación y reversión de los resultados a los profesionales.

**DISCUSIÓN:**

La evaluación centralizada de la hoja clínico asistencial durante el año 2010-11, nos ha servido para poder detectar áreas de mejora de la calidad del registro informatizado y establecer medidas correctoras previas a la completa extensión de la informatización a todos los servicios de atención rural. La homogeneización e informatización de la hoja clínico asistencial servirá para valorar el esfuerzo que hacen los profesionales de los Servicios de Atención Rural en dar una asistencia de calidad a los usuarios.

## **CB - 060.- Y PARIRÁS A TUS HIJOS.... SIN DOLOR.**

NIETO-MARTÍNEZ P, CALLE-URRA JE, PARRA-HIDALGO P, RAMÓN-ESPARZA T, MÁS-CASTILLO A, ARELLANO-MORATA C.

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL. MURCIA.

### **OBJETIVOS:**

El objetivo de este trabajo es comprobar si existe relación entre la satisfacción manifestada en una encuesta de calidad percibida por mujeres que han parido y haber recibido la anestesia loco-regional (epidural o raquídea) o, al menos, la oferta de la misma, en el momento del ingreso para el parto, en una red de hospitales públicos..

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Unidad de estudio: 2.885 mujeres obtenidas por muestreo sistemático con arranque aleatorio, de todas las dadas de alta por parto en los Servicios Obstétricos de los 6 hospitales que los incluyen en su cartera de servicios.

Herramienta: Encuesta EMCA de Calidad Percibida, enviada por correo a las mujeres que han parido al alta para cumplimentar en casa.

Periodo de estudio: 2003-2010

Variables analizadas :

- Oferta y aplicación de la analgesia locoregional mediante el ítem: "¿Le preguntaron si quería que le pusieran la epidural?, con opciones de respuesta: Sí, y no la acepté ; Sí, y me la pusieron; Sí, pero no dio tiempo a ponérmela; No, y no me importó; No, y me hubiera gustado que me la pusieran.
- Satisfacción global con la atención recibida calificada con una escala de 0 a 10.

### **RESULTADOS:**

Contestan la pregunta el 93% de las encuestadas.

Se les preguntó si querían recibir la epidural al 87,5% de las mujeres que ingresaron para parir, un 11,9% contestó que se le ofertó pero no la aceptó, un 61,6% que se le ofertó y se la pusieron y un 12,9% que se le ofertó pero no dio tiempo a ponérsela.

A 362 mujeres (13,5%) no se les brindó la posibilidad de recibir la anestesia y de estos al 63% no les importó que no lo hicieran, pero a un 37% de parturientas le hubiera gustado que se la pusieran.

No encontrándose diferencias significativas en los resultados de estas respuestas a lo largo del tiempo estudiado.

No se encuentran relación estadísticamente significativa, t de Student para igualdad de medias, entre haber recibido o no de la epidural y la satisfacción expresada ( $p=0,083$ ).

Tampoco se observa relación estadísticamente significativa entre haber recibido la oferta o no de la epidural y el grado de satisfacción manifestado ( $p=0,813$ ).

### **DISCUSIÓN:**

Los resultados encontrados señalan, en contra de lo esperado, la ausencia de relación entre la satisfacción y el uso o no de la epidural en mujeres que van a dar a luz. Esto puede ser debido al método utilizado, ya que se ha correlacionado la analgesia recibida con la satisfacción global con la asistencia recibida, o al peso de otras variables de la calidad, como información o trato, sobre la satisfacción que diluirían la influencia de otras variables. Por todo ello se recomienda abordar el estudio de la relación entre satisfacción y uso de analgesia loco-regional utilizando encuestas específicas u otras técnicas de tipo cualitativo.

## **CB - 061.- EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN EN EL PACIENTE AMBULATORIO ONCO-HEMATOLÓGICO Y ACCIONES DE MEJORA.**

BLEDA-PEREZ C.

HOSPITAL DURAN Y REYNALS. BARCELONA.

### **OBJETIVOS:**

Mejorar la calidad en la atención a pacientes ambulatorios desde la Unidad de Dispensación Ambulatoria del Servicio de Farmacia, mediante la realización de encuestas de satisfacción.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo, longitudinal y observacional realizado entre 2008–2011. Durante el mes de octubre de cada año se entregan encuestas de satisfacción a aquellos pacientes que acuden a la Unidad de Dispensación Ambulatoria (UDA) para la dispensación de tratamientos (medicación comercial, medicación de ensayos clínicos y nutrición enteral). La encuesta se divide en 4 bloques: zona de espera y proceso de dispensación, habilidades del personal, explicaciones y evaluación del estado de salud y satisfacción general. Cada pregunta se puntúa del 1 al 5. Una vez rellenadas las encuestas se entregan en persona o envían mediante el uso de correo ordinario a la UDA. El responsable de la UDA evalúa las encuestas y realiza un informe que presenta al Comité de Calidad (CC) donde se establecen las acciones de mejora correspondientes.

### **RESULTADOS:**

Se entregaron un total de 523 encuestas al Servicio de Farmacia (no se contabilizaron las del 2008). La tasa de respuesta fue del 43% en 2009, 41.6% en 2010 y del 41,4% en 2011. En 2008, la puntuación menor (3,464). hacia referencia a la adecuación de la zona de espera. Esta puntuación a mejorado desde entonces, gracias a la nueva ubicación de la unidad, con una sala de espera mas grande. En la del 2009, se observa como la puntuación en el bloque de "explicaciones" era ligeramente superior en aquellos pacientes que acudían por primera vez a la UDA. Esta diferencia ha disminuido desde entonces gracias a la implantación de programas de Atención Farmacéutica y programas de adherencia a tratamientos con citostáticos orales. En la del 2010, la puntuación del bloque de "explicaciones" fue de 4,01 vs 4,46 para los pacientes dentro de ensayo clínico y medicación comercial respectivamente. Desde entonces se instauró la misma cartera de servicios que se realizaba para los pacientes dentro de ensayo clínico (atención farmacéutica en primera visita y seguimientos). Gracias a las encuestas también se instaló una mampara entre la sala de espera y la zona de dispensación, para mantener un mínimo las condiciones de confidencialidad.

Cabe destacar que durante todos los años la atención farmacéutica recibida se valora muy positivamente (entre 4,25 y 4,61).

Los pacientes expresaron comentarios adicionales en 32 encuestas que se relacionaron con la calidad recibida y con otros aspectos como el horario la dispensación de medicación.

### **DISCUSIÓN:**

El análisis de los resultados obtenidos en las encuestas de satisfacción son útiles para implantar acciones de mejora que son establecidas de forma consensuada en nuestro CC. Estas acciones de mejora permiten mejorar la calidad del servicio asistencial que realizamos a nuestros pacientes.

**CB - 062.- HERRAMIENTA ON-LINE PARA EVALUACIÓN DE PERCEPCIÓN DE RESULTADOS EN EL CLIENTE.**

BUIZA-CAMACHO B, FERNÁNDEZ-BERMEJO MC, GALLEGU-DÍAZ M, ESCOBAR-UBREVA A.  
AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. SEVILLA.

**OBJETIVOS:**

La evaluación periódica de la prestación de los servicios es una tarea fundamental en la orientación a los clientes de las organizaciones. La medición de la percepción permite: identificación de gaps en la prestación de servicios, detección de requisitos y oportunidades, establecer acciones que permitan fidelización, rediseño de procesos, productos y servicios con un enfoque basado en las expectativas y necesidades de los clientes.

Ante la heterogeneidad de los servicios prestados, se requiere segmentación de los grupos de interés (obedece a los distintos servicios utilizados y al tipo de cliente interno/externo).

Es por ello que se requería una herramienta que facilitase la homogeneización de la información, eficiencia en el desarrollo, simplificación del procedimiento de recogida y análisis, mejorando la capacidad de análisis y extracción de información relevante para la toma de decisiones..

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

La implementación se llevó a cabo en varias fases:

- Elaboración y diseño de cuestionarios para servicios que aún no tenían implantada la evaluación.
- Migración de cuestionarios a una herramienta on-line de recogida de información especializada en encuestas de software libre: Limesurvey.
- Configuración en la plataforma y personalización de plantillas. Validación y pilotaje.
- Configuración de sistema de control de cuestionarios recibidos.
- Programación de consolidación de datos en Dataware House.
- Exportación de resultados a herramienta de análisis multidimensional.

**RESULTADOS:**

El primer estudio en la plataforma se puso en marcha en 2010. En la actualidad se han implementado siete tipos de cuestionarios atendiendo a la población objetivo y la naturaleza del servicio, referidos a los siguientes ámbitos:

- Programa de Certificación de Profesionales.
- Programa de Certificación de Centros y Unidades Sanitarias.
- Programa de Certificación de Páginas Web Sanitarias.
- Programa Integral para la Acreditación de Formación Continuada.
- Observatorio para la Seguridad del Paciente.
- Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud.

Se han recibido más de mil cuestionarios para los distintos estudios. Los resultados de dos de ellos están disponibles para consulta y análisis multidimensional on-line, para los responsables de los diferentes programas.

Se consigue automatizar la grabación de datos (tiempo cero), control de cuestionarios para mejora de la calidad de la información y procesamiento automático de tareas de análisis. La información se consolida en el Dataware House.

**DISCUSIÓN:**

La sistematización de la evaluación de las necesidades de los grupos de interés es clave para identificar, priorizar y planificar en prácticas mejoras de los servicios.

La nueva metodología de recogida de información permite la homogeneización de la información, disminuye el tiempo de disponibilidad de resultados y la capacidad de obtener conclusiones, minimizando los recursos necesarios para ello.

**CB - 063.- IDENTIFICACIÓN PRECOZ DE FACTORES DE RIESGO Y MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CIRRÓTICOS CON INFECCIÓN.**

MARTÍNEZ-OTÓN JA, MORÁN-SÁNCHEZ S, CARRIÓN-GARCÍA F, BAÑOS-MADRID R, SERRANO-LADRÓN DE GUEVARA S, SEVILLA-CÁCERES L.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA. CARTAGENA (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

Las infecciones son una de las principales causas de descompensación hepática y de morbi-mortalidad en pacientes con daño hepático crónico. Nuestro objetivo es determinar los factores pronósticos y su influencia dentro de la evolución y calidad diagnóstica de la enfermedad de los pacientes cirróticos con infección.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realiza un estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes cirróticos con infección bacteriana ingresados en el Complejo Hospitalario de Cartagena en el periodo de abril de 2007 a noviembre de 2011. Se revisan 280 historias clínicas (n=100 pacientes con infecciones al ingreso) y se registraron los datos clínicos y analíticos de los diferentes episodios de infección en cada paciente para posteriormente realizar un análisis e interpretación de los datos utilizando el test del  $\chi^2$ ; Chi-cuadrado ; (p 0,05).

**RESULTADOS:**

La edad media fue de 62,77 años de los cuales el 59% son hombres y un 41% mujeres con una estancia media de 11 días. Predomina la cirrosis de etiología alcohólica 53% seguida del VHC (33%). Las infecciones más frecuentes fueron la ITU (37%), la Neumonía (18%) y la PBE (16%). Y los principales gérmenes causales fueron: E. Coli, S.pneumonia y E. Faecalis.

Dentro de los factores predisponentes de infección destacaron el etilismo activo (46%) y catéter/sonda vesical (46%), seguidos de Diabetes Mellitus (35%), transfusión y cirugía. En nuestra población los pacientes con Child-Pugh B tuvieron mayor riesgo de infecciones (60%) y el 77% de los pacientes cirróticos que presentaron infección concomitante tuvieron una puntuación MELD  $\geq 10$  puntos.

**DISCUSIÓN:**

Como factores pronósticos al ingreso asociados a una mayor mortalidad encontramos un Child 8, MELD 10, etilismo activo, Diabetes.

La supervivencia tras el episodio infeccioso fue proporcional a la funcionalidad hepática siendo del 70% en pacientes Child B y del 45% en Child C.

En conclusión, la identificación precoz de factores de riesgo de padecer infecciones en el paciente cirrótico ingresado contribuye a mejorar la calidad diagnóstica y de tratamiento, disminuyendo así la mortalidad asociada.

**CB - 064.- PILOTAJE DE GRUPOS FOCALES COMO COMPLEMENTO A LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE HOSPITALIZACIÓN.**

GUAJARDO-REMACHA J, GONZALEZ-MOLINA Y, UTRERA-MORENO ML, IBARRA-HERNANDEZ K, LLARENA-CUEVAS MJ, ALAMEDA-ETXEBARRIA S.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Completar los resultados de la encuesta de medición de la satisfacción de los pacientes de Hospitalización, profundizando en las causas y factores que determinan los niveles de satisfacción encontrados, para posibilitar la identificación y posterior abordaje de mejoras en el proceso.

Revisar las expectativas de los pacientes con respecto al grado de importancia que se le asigna a las dimensiones de la calidad estudiadas, atendiendo a la especificidad de cada servicio.

Confirmar los resultados de las encuestas e identificar las causas y factores determinantes en los niveles de satisfacción encontrados, de forma que se facilite la toma de decisiones y la incorporación de mejoras en los procesos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo basado en técnicas de investigación cualitativa. Para el desarrollo del estudio se utilizarán la técnica de grupos focales, a través de la participación de pacientes que han recibido asistencia en alguno de los servicios que componen el proceso de Hospitalización de Basurto.

Se ha seleccionado este formato metodológico por su capacidad para complementarse con la metodología cuantitativa. Si las encuestas de medición nos aportan datos cuantitativos sobre aspectos que ya conocemos, la metodología cualitativa, nos va a permitir indagar sobre aquello que desconocemos, en concreto, motivos que dan contenido a los niveles de satisfacción o insatisfacción de los pacientes en la realización de nuestra actividad sanitaria.

**RESULTADOS:**

1. Estudio detallado de los informes de medición de satisfacción.
2. Se diseñan guiones para el desarrollo de los grupos focales con líneas de análisis generales y específicas, en función de los servicios.
3. Se elabora un cronograma, se planifica la realización de 2 grupos por cada servicio.
4. Identificación de la muestra. La muestra objeto se obtuvo a través de registros informáticos.
5. Reclutamiento de los participantes: grupos de 7-10 personas, envío de cartas para advertir a los usuarios del propósito del estudio y de una próxima llamada telefónica.
6. Trabajo de campo: Se inicia el estudio con un servicio que será utilizado como proyecto piloto para detectar mejoras en la aplicación de la metodología.
7. Ampliación del estudio al resto de los Servicios.
8. Análisis de la información y resultados del grupo focal piloto.

**DISCUSIÓN:**

La utilización de grupos focales como método complementario a la encuesta para medir la satisfacción de los pacientes, permite analizar los motivos de insatisfacción en las dimensiones medidas, representando una importante ayuda en la gestión.

Facilita el análisis de causas y focaliza mejoras a medida de las necesidades de los servicios y de las Unidades de hospitalización, suponiendo a su vez un input para la elaboración de los informes de evolución de desempeño.

Los grupos de discusión, representan un proceso de escucha que traduce una imagen positiva de la organización, crean foros que potencian el diálogo directo con el paciente, recogiendo información de primera mano.

## **Sesión de Comunicaciones Orales Breves.**

**Sala A3-4.**

**Miércoles, 7 de noviembre / 16:00 – 18:00 h.**

**e-salud, Tic y Telemedicina / Documentación  
Clínica.**

**CB – 065 / CB – 091**

**CB - 065.- INFORME DE ALTA: INDICADOR DE CALIDAD.**

CHAPARRO-JIMENEZ A, GONZALEZ-SORIA J, MINAYA-SAIZ J, LOPEZ-RUIZ-VALDEPEÑAS E, CEBRIAN-NOVELLA D, ALONSO-MARTIN MS Y M.

HOSPITAL GUADARRAMA. GUADARRAMA (MADRID).

**OBJETIVOS:**

Desde la Comisión de Calidad del Hospital Guadarrama se planteó como indicador de calidad, la entrega de un informe de alta completo, con los requisitos exigidos por la legalidad vigente (orden 6 de Septiembre 84 del Ministerio de Sanidad y Consumo), a la totalidad de los pacientes atendidos en este Centro.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se han seleccionado de forma aleatoria 35 pacientes de la totalidad de los ingresados en las distintas unidades del hospital (Unidad de Crónicos Agudizados, Unidad de Recuperación Funcional, Unidad de Cuidados Continuados, Unidad de Cuidados Paliativos, Unidad de Neumología y Hospital de día Geriátrico) durante el año 2011, comprobando la existencia de informe de alta (tanto médico como de enfermería) y si cumplían los requisitos exigidos en la legislación.

**RESULTADOS:**

- en el 100% de los casos cuenta con informe de alta médica, y en el 97.14% de los casos con informe de enfermería.
- El informe digitalizado, las hojas numeradas, nombre del hospital (domicilio social y teléfono), identificación de la unidad asistencial, nombre y apellidos del médico/DUE, fechas de ingreso y alta, nombre y apellidos del paciente, fecha de nacimiento del paciente, motivo de ingreso y de alta, origen asistencial y destino, resumen de historia clínica y exploración física, evolución, pruebas complementarias, diagnóstico principal y secundarios, las y recomendaciones terapéuticas constan en la totalidad de los casos (100%).

**DISCUSIÓN:**

Los informes de alta del Hospital Guadarrama cumplen con todos los requisitos exigidos en la legislación. Se elabora en todos los pacientes que son atendidos en este centro. Se puede calificar de excelente este indicador de calidad en nuestro hospital.

**CB - 066.- INFORME DE ALTA: INDICADOR DE CALIDAD.**

MINAYA-SAIZ J, GONZALEZ-SORIA J, CHAPARRO-JIMENEZ AI, LOPEZ-RUIZ-VALDEPEÑAS E, ALONSO-MARTIN MS Y M, CEBRIAN-NOVELLA D.

HOSPITAL GUADARRAMA. GUADARRAMA (MADRID).

**OBJETIVOS:**

Desde la Comisión de Calidad del Hospital Guadarrama se planteó como indicador de calidad, la entrega de un informe de alta completo, con los requisitos exigidos por la legalidad vigente (orden 6 de Septiembre 84 del Ministerio de Sanidad y Consumo), a la totalidad de los pacientes atendidos en este Centro.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se han seleccionado de forma aleatoria 35 pacientes de la totalidad de los ingresados en las distintas unidades del hospital (Unidad de Crónicos Agudizados, Unidad de Recuperación Funcional, Unidad de Cuidados Continuados, Unidad de Cuidados Paliativos, Unidad de Neumología y Hospital de día Geriátrico) durante el año 2011, comprobando la existencia de informe de alta (tanto médico como de enfermería) y si cumplían los requisitos exigidos en la legislación.

**RESULTADOS:**

- en el 100% de los casos cuenta con informe de alta médica, y en el 97.14% de los casos con informe de enfermería.
- El informe digitalizado, las hojas numeradas, nombre del hospital (domicilio social y teléfono), identificación de la unidad asistencial, nombre y apellidos del médico/DUE, fechas de ingreso y alta, nombre y apellidos del paciente, fecha de nacimiento del paciente, motivo de ingreso y de alta, origen asistencial y destino, resumen de historia clínica y exploración física, evolución, pruebas complementarias, diagnóstico principal y secundarios, las y recomendaciones terapéuticas constan en la totalidad de los casos (100%).

**DISCUSIÓN:**

Los informes de alta del Hospital Guadarrama cumplen con todos los requisitos exigidos en la legislación. Se elabora en todos los pacientes que son atendidos en este centro. Se puede calificar de excelente este indicador de calidad en nuestro hospital.

### **CB - 067.- GESTIÓN DOCUMENTAL HUB.**

GONZALEZ-MOLINA Y, GARTZIA-ASENJO T, IBARRA-HERNANDEZ K, GUAJARDO-REMACHA J, UTRERA-MORENO ML, REGULEZ-ARIÑO MP.

HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO. BILBAO.

#### **OBJETIVOS:**

Definir circuitos y criterios para la Gestión Documental en el HUB, estableciendo y adecuando estructuras ágiles a disposición de los profesionales y usuarios, con un alcance global a los documentos y registros, tanto generales como específicos de cada Servicio/Unidad, utilizados por los pacientes y familiares (documentación de carácter externo) y por los profesionales (documentación de carácter interno).

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

- . Revisión y actualización de la documentación de cada servicio/unidad del hospital, protocolos, guías, vías clínicas.
- . Clasificación de los documentos Generales o transversales a toda la organización así como los específicos de cada Servicio/Unidad.
- . Plataforma informática donde los profesionales tienen a disposición los documentos revisados, actualizados, en vigor y autorizados por la Dirección del centro.
- . Programa Informático SAP para la tramitación de la documentación y la comunicación directa con los proveedores sabiendo en todo momento en qué fase se encuentra el pedido.
- . Utilización como vía de difusión a través de los responsables de Proceso, responsables de Comisiones o Grupos de mejora (origen de la elaboración y actualización de los documentos), Mandos intermedios, Revista del centro y vía e-mail.

#### **RESULTADOS:**

Actualización de la documentación.

Creamos una nomenclatura para la codificación de la documentación.

Elaboración de un Manual para la Gestión Documental.

Elaboración de un circuito de tramitación en el que desde la Dirección, la U de Calidad y los servicios de Normalización lingüística, Compras y el almacén del hospital, se implican e interaccionan para que la documentación que no esté informatizada no esté en circulación.

Registro en el S de Compras, código en el almacén y la difusión e implantación del circuito.

#### **DISCUSIÓN:**

La documentación médica se ha ido enriqueciendo a lo largo de la historia, al igual que otras ciencias, con el desarrollo de los soportes documentales. El contenido ha sido durante muchos siglos exclusivamente docente y filosófico, A partir del desarrollo de los hospitales, se introducen documentos de carácter más bien administrativo, mas tarde, los contenidos de la documentación se empieza a considerar parte de la medicina se instaura el "intercambio profesional", se pasa progresivamente de la comunicación oral y escrita (discusiones, cartas, etc) a un sistema de comunicación articulado en torno a las publicaciones científicas, cuyo desarrollo metodológico se irá perfeccionando hasta conseguir la estructura de lo que hoy en día se considera método científico. Actualmente se incluye en la documentación sanitaria la documentación clínica del paciente, la documentación científica en los ámbitos docente e investigador y la documentación administrativa de los centros sanitarios. La producción casi ilimitada, y la incorporación de las nuevas tecnologías hacen necesarios sistemas de manejo de la información y personal cualificado para ello.

**CB - 068.- OPORTUNIDAD DE MEJORA DE LA CODIFICACIÓN DIAGNÓSTICA EN UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN.**

QUDSI-SINCLAIR S, CRESPO-SÁNCHEZ J, SEVILLA-HERNÁNDEZ EA, SABATER- N, PELLICER-FERNÁNDEZ E, GIMÉNEZ-ABADÍA MA.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. MURCIA.

**OBJETIVOS:**

Consensuar los criterios de codificación diagnóstica entre los facultativos del Servicio de Rehabilitación del Hospital General Universitario Morales Meseguer.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

La adaptación al nuevo sistema informático de nuestro centro hospitalario precisó adaptar a la nueva versión de la CIE-10 los códigos diagnósticos más frecuentes en rehabilitación. Para informar a los facultativos responsables se realizó sesión clínica y se entregó una guía de codificación.

Con posterioridad se evaluó el uso la guía a fin de determinar la variabilidad de empleo de los distintos códigos en función de las patologías atendidas. El proceso "dolor lumbar" fue seleccionado dado que es el más frecuentemente atendido en los servicios de rehabilitación. Los códigos relacionados con la patología lumbar incluyen:

- 721.3 artrosis de columna lumbar
- 722.11 discopatía lumbar
- 722.2 hernia discal lumbar
- 724.2 lumbalgia
- 738.3 espondilolisis
- 805.4 fractura vertebral lumbar

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de procesos lumbares atendidos como primeras visitas consecutivas durante el mes de marzo de 2012.

Las variables evaluadas incluían datos epidemiológicos (edad, sexo, zona de salud), clínicas (patología atendida, hallazgos en pruebas complementarias-exploración clínica) y administrativas (servicio remitente, código diagnóstico elegido por el facultativo responsable, código diagnóstico correspondiente con los hallazgos clínicos).

**RESULTADOS:**

La muestra seleccionada se encontraba constituida por 29 pacientes con una edad media de  $51 \pm 18,25$  [20, 71] años:  $43 \pm 15,93$  [20, 71] en el grupo de las mujeres (13) y  $52 \pm 15,58$  [23, 71] en el grupo de los hombres (16). El 59% de los pacientes habían sido remitidos desde traumatología y el 34% desde atención primaria. Prácticamente el 75% de la muestra pertenecía a tres de los seis facultativos que componían el servicio, que a su vez agrupaban el 34,5%, el 21% y 21% de los procesos. El 86% de los casos fueron catalogados bajo el código correspondiente a lumbalgia (724.2), siendo éste más frecuente entre las mujeres (77%) que entre los hombres (56%). Un 7% de los códigos usados coincidían con discopatía degenerativa (722.11), un 3% con fractura vertebral (805.4) y un 3% con hernia discal (722.6). Una vez contrastados los datos de la historia clínica (exploración física y pruebas complementarias) con el código diagnóstico real se obtuvo la siguiente distribución: 45% lumbalgia (724.2), 21% discopatía degenerativa (722.11), 17,2% hernia discal (722.2), 3% artrosis lumbar (721.3), 3% espondilolisis (738.3) y 7% fractura vertebral (805.4).

**DISCUSIÓN:**

- El diagnóstico lumbalgia fue el más comúnmente empleado por los facultativos para catalogar los distintos procesos que afectan a la región lumbar.
- La patología lumbar incluye un grupo muy heterogéneo de entidades clínicas.
- El correcto empleo de códigos diagnósticos más específicos permitirá optimizar el proceso de almacenamiento y recuperación de la información clínica.

**CB - 069.- CICLO DE MEJORA: CODIFICACIÓN DIAGNÓSTICA EN UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN.**

QUDSI-SINCLAIR S, GIMÉNEZ-ABADÍA MA, PELLICER-FERNÁNDEZ E, CRESPO-SÁNCHEZ J, SABATER- N, SEVILLA-HERNÁNDEZ EA.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. MURCIA.

**OBJETIVOS:**

Mejorar la codificación diagnóstica de los procesos atendidos en el Servicio de Rehabilitación del Hospital General Universitario Morales Meseguer.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

La adaptación al nuevo sistema informático de nuestro centro hospitalario precisó de la adaptación a la nueva versión de la CIE (CIE-10) de los códigos diagnósticos más frecuentes en el servicio de rehabilitación. Para poner en conocimiento de los facultativos responsables los cambios se realizó una sesión clínica y se puso a su disposición una guía escrita con toda la información necesaria para la correcta codificación.

Para evaluar el uso de dicha guía se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo sobre el total de códigos diagnósticos correspondientes a las primeras visitas recibidas durante los años 2009-2011.

Las variables estadísticas cuantitativas se presentaron en forma de medidas de tendencia central y dispersión, y las cualitativas en forma de frecuencias.

**RESULTADOS:**

Fueron atendidas un total de 21.796 primeras visitas entre el año 2009-2011 de las cuales se encontraban codificadas un 27% en el año 2009, un 59% en el 2010 y hasta un 67% en el 2011. El proceso más frecuentemente evaluado fue la patología osteotendinosa del hombro representando entre un 18-22% de los diagnósticos, seguido de los procesos lumbares 16,4-20,5% y cervicales 9-13%. El número de categorías diagnósticas fue incrementándose progresivamente con la introducción de la nueva guía pasando de 142 en 2009 a 268 en 2011 (aumento del 47%) englobando los procesos a nivel del hombro de 2 a 4 códigos diferentes, y en la región lumbar y cervical de 2-3 a 5.

**DISCUSIÓN:**

- La adaptación de la codificación diagnóstica a la nueva edición de la CIE y el entrenamiento de los facultativos responsables de la misma ha permitido mejorar la base de datos perteneciente al S. RHB del HMM aumentando el número de procesos codificados correctamente.
- La correcta codificación de los procesos atendidos en el S. RHB permitirá optimizar la obtención de información clínica con fines no solo administrativos sino también científicos.

**CB - 070.- ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA.**

GABARI-MACHÍN MM.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. PAMPLONA.

**OBJETIVOS:**

El derecho a una adecuada información de los pacientes ha sido regulado en diferentes normativas legales. Los objetivos de este trabajo son:

- Evaluar la incorporación del Consentimiento Informado (CI) en la Historia Clínica Electrónica (HCE).
- Establecer un método de control que garantice la calidad y revisión continua del documento.
- Trabajar con las Especialidades/Servicios que no tienen este documento en la HCE.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Una resolución del año 2008 regula en nuestro hospital el procedimiento de aprobación y seguimiento del CI.

El procedimiento se realiza conforme al siguiente procedimiento: 1) Los Servicios Clínicos envían los documentos de CI al Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad. 2) El Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad procede a su revisión y si estima son conformes con los criterios de calidad establecidos se procede a incorporarlos en la Intranet del Hospital y se remiten al Grupo Soporte de HCE electrónica para su inclusión en la misma. En caso de que exista alguna aportación a manifestar al Servicio remitente, se trabaja coordinadamente el tema, hasta dar por cerrado el documento.

El CI comprende: 1) Los beneficios esperados y riesgos asociados a la práctica médica. En la medida de lo posible se tiene en cuenta la casuística del Servicio y las características del paciente. Si no es factible, se facilitan los datos elaborados por las Sociedades Científicas o por la bibliografía actualizada. 2) La identificación del paciente, del facultativo informante, y de las firmas (incluidas, en su caso, las de testigos) para aceptar, denegar o revocar el consentimiento. 3) El nombre de la práctica o el procedimiento a realizar, el Servicio que lo realiza, la fecha de creación y de revisión.

**RESULTADOS:**

Hasta la fecha, un total de 525 CI han sido incorporados a la HCE. El 62,5% de especialidades del hospital tienen uno o más de estos documentos. La mediana de documentos es 12. El rango varía de 1 (Anatomía Patológica) a 76 (Otorrinolaringología). Las especialidades con más documentos son: Otorrinolaringología (14,5%), Neurocirugía (14,3%), Traumatología (11,8%), Cirugía vascular (10,8%) y Radiología (8,9%). De las especialidades médicas el Servicio de Digestivo (4,2%) es el que ha incorporado más documentos.

Es de destacar que hay 15 Especialidades/Servicios que no tienen este documento en la HCE.

**DISCUSIÓN:**

El CI cumple unos criterios de calidad que se evalúan de acuerdo al procedimiento establecido antes de su incorporación a la HCE.

Las especialidades quirúrgicas han desarrollado mayor número de documentos.

Hay varias especialidades que no tienen ningún CI en la HCE, esta situación ha de ser valorada con los Servicios para corregir.

Periódicamente, se realizan auditorías del procedimiento; internamente por el Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad o por auditores externos del Departamento de Salud. Estas auditorías permiten detectar áreas de mejora en las que a continuación se trabaja.

**CB - 071.- ESTUDIO DEL GRADO DE UTILIZACIÓN LA HISTORIA CLÍNICA DIGITAL EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA.**

BILBAO-AMEZAGA C, GONZALEZ-ARZA E, DIAZ-DE LA HORRA P, MARTÍNEZ-MAGUNACELAYA J.

RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

La Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB) se constituyó el 22/03/2012. En esa fecha, 10 centros CCEE disponían de eOsabide para gestionar la agenda del profesional. En el año 2011, los 26 centros de CCEE tienen implantado Osabide Global (OG), la Historia Clínica Digital (HCD) de Osakidetza.

Describir el grado de utilización de la HCD a partir de las entradas en el evolutivo (OG) en relación con las consultas registradas (eOsabide) y analizar los factores que influyen en su utilización.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se identifican tres tipologías:

- CSM: Centro de Salud Mental Adultos (17)
- UPI: Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil (5)
- UD: Unidad de Drogodependencias (4)

Origen de los datos:

Captación de datos del 1/03/2012 al 15/03/2012 de las siguientes fuentes:

- SAP Gestión de Personal
- Osabide módulo GSA
- Osabide Global

Análisis de los datos:

Utilizando Excel se analiza en función de:

- Centro
- Tipología de centro
- Por grupo de edad

Criterios de exclusión:

Profesionales sin actividad registrada en eOsabide.

**RESULTADOS:**

Se obtuvieron los registros correspondientes a:

- 178 profesionales distribuidos en 26 centros
- o91 Psiquiatras
- o33 Enfermería (excepto UPI y un CSM)
- o36 Psicólogos

o18 Trabajadores Sociales (TTSS)

- 16.347 consultas registradas en eOsabide
- 4849 evolutivos introducidos en OG
- 29, 66% media de evolutivos por consulta

Los datos significativos por centro:

- Valor mínimo 0% (1 CSM y 1 UD)
- Valor máximo 83,69% (1 CSM)

Porcentajes por tipología de centro

- 17 CSM 33,13%
- 5 UPI 19,69%
- 4 UD 22,58%

Por colectivo profesional:

- Médicos 29,95%
- Enfermería 33,32%
- Psicología 24,19%
- TTSS 22,80%

Por grupo de edad (número de profesionales)

-26-34	(17)	38,56%
-35-39	(14)	33,05%
-40-44	(17)	46,12%
-45-49	(23)	33,55%
-50-54	(45)	26,15%
-55-59	(44)	21,16%
-60-65	(18)	30,77%

## **DISCUSIÓN:**

A tres meses de finalizar la implantación, se observa que el grado de utilización está en proceso de consolidación, existiendo diferencias importantes entre unos dispositivos y otros, y entre diferentes perfiles profesionales; se considera por ello necesario hacer un análisis más exhaustivo sobre las causas de las diferencias de despliegue conseguidos que permitan establecer acciones para un despliegue mayor y más homogéneo.

**CB - 072.- PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL CIRCUITO DE PETICIÓN Y REALIZACIÓN DE ANALÍTICAS EN EL CENTRO DE SALUD VALDEZARZA.**

HERNÁNDEZ-DE LAS HERAS JL, RIUS-FORTEA P, ANDÚJAR-PARRAS A, LLAMAS-SANDINO NB, GÓMEZ-GARCÍA I.

CENTRO DE SALUD VALDEZARZA. MADRID.

**OBJETIVOS:**

- 1.- Detectar qué errores se producen en el circuito de petición y realización de analíticas en el Centro de Salud de Valdezarza.
- 2.- Una vez detectados los errores, realizar un proyecto de Mejora de la Calidad Asistencial sobre aquellos que sean más frecuentes y sea más factible actuar.
- 3.- Objetivo final: disminuir en un 75% los errores en la citación de analíticas en el Centro de Salud de Valdezarza.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

CIRCUITO DE MEJORA DE LA CALIDAD CONTINUA: PALN-DO-CHECK-ACTION.

- 1.- Selección de una oportunidad de mejora por parte de la comisión de Calidad del Centro de Salud Valdezarza:
  - 1.1. Realización de una tormenta de ideas con todo el EAP de Valdezarza.
  - 1.2. Realización votación múltiple en el EAP sobre las oportunidades de mejora detectadas en la tormenta de ideas.
  - 1.3. Elaboración de una matriz de selección para seleccionar el problema a priorizar y sobre el que realizar el Circuito de Mejora de Calidad.
- 2.- Identificación del problema a mejorar (Circuito de petición y realización de analíticas):
  - 2.1. Realización de un flujograma sobre el problema priorizado para establecer los pasos en los que podemos actuar.
  - 2.2. Estratificación de los pasos sobre los que podemos actuar.
  - 2.3. Elaboración Diagrama de Pareto de frecuencias acumuladas con las causas que pueden motivar el problema detectado.
  - 2.4. Elaboración matriz de definición del problema con la definición del objetivo de mejora: DISMINUIR LOS ERRORES DE CITACIÓN DE ANALÍTICA EN UN 75% A LO LARGO DE UN AÑO.
  - 2.5. Realización diagrama de Ishikawa sobre el problema detectado (Errores en la citación de analítica en el Centro de Salud Valdezarza).
- 3.- Análisis de Causas.
- 4.- Elaboración Plan de Acción:
  - 4.1. Actividades a realizar:
    - Sesión clínica con la UNAD para abordar los problemas con las citaciones.
    - Sesión clínica con personal sanitario para abordar la elaboración de la petición de analíticas.
    - Revisar y redactar normas recogida de muestras
    - Listado de pruebas que no se pueden realizar en AP.
  - 4.2. Calendario y monitorización del Proyecto de Mejora de Calidad:
    - Recogida datos iniciales en Enero-Febrero 2012.
    - Elaboración del Plan de Acción en Febrero 2012.
    - Puesta en marcha del Plan de Acción en Marzo 2012.
    - Recogida datos 1º corte en Mayo 2012 para evaluar resultados intermedios.
    - Realización 2º corte en Julio 2012.
    - Finalización del proyecto en Octubre 2012.

## **RESULTADOS:**

El objetivo final del proyecto es reducir en un 75% los errores en la citación de analíticas en el Centro de Salud de Valdezarza a lo largo del año 2012.

En el primer corte realizado en Mayo se aprecia una tendencia a la disminución del número de errores que está en torno al 50%.

Pendiente de realizar una segunda medida en Julio y la evaluación final en Octubre 2012.

## **DISCUSIÓN:**

Intentamos elaborar un Proyecto de Mejora en nuestro Centro de Salud porque creemos que estos errores pueden dar lugar a errores en la recepción de resultados y por tanto afectar a la Seguridad del Paciente.

**CB - 073.- LEGIBILIDAD ES IGUAL A SALUD. "UNA CORRECTA INFORMACIÓN ESCRITA AYUDA A DAR SEGURIDAD A LA POBLACIÓN MÁS VULNERABLE".**

MOMPEL-IGLESIAS L, BALLESTER-ROCA M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO GERMANS TRIAS I PUJOL. BARCELONA.

**OBJETIVOS:**

Entregar documentos destinados a los pacientes sólo con la información más relevante y expresada de manera sencilla para que su contenido sea comprensible.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Comité Editorial.

Creación de un Comité Editorial para el estudio del contenido de dicha documentación, formado por profesionales de la Unidad de Comunicación y la Dirección de Calidad. Puntualmente, participan responsables de otras unidades.

Recogida de documentación.

Anualmente, se seleccionan dos Servicios para proceder a la recogida de todos los documentos que se entregan a los pacientes y familiares con indicaciones concretas y determinadas según su patología, los documentos proceden de la unidad de hospitalización, consulta externa, Cirugía Mayor Ambulatoria, gabinetes de pruebas funcionales, etc.

Estudio de opinión.

Una vez finalizado el trabajo, y antes de su edición definitiva, se entrega aleatoriamente entre los pacientes ubicados en las salas de espera de consultas externas para que lean el documento y den su opinión sobre el grado de legibilidad y comprensión del mismo.

Logística

Para concretar su revisión y verificar su grado de legibilidad, se utiliza el programa INFLESZ el cual ayuda a,

analizar, tanto archivos completos como fragmentos de texto.

calcular los parámetros útiles para evaluar la legibilidad de un texto escrito en español

Formación

Se organizó un curso sobre evaluación y elaboración de documentos para pacientes dirigido a profesionales sanitarios, de comunicación y de la unidad de atención al usuario involucrados en su confección.

**RESULTADOS:**

Se analizaron, en el transcurso de unos meses, alrededor de 60 documentos informativos de los Servicios de Nefrología y Aparato Digestivo, se editaron estadísticas específicas con diferentes ítems enmarcados dentro de la unidad de atención al usuario, etc. dando resultados muy satisfactorios.

**DISCUSIÓN:**

En el mundo sanitario, la comprensión documental es muy importante para conseguir buenos resultados en la salud de los pacientes.

El analfabetismo entre los usuarios de los hospitales es muy elevado, la población más desprotegida en este sentido son los discapacitados intelectuales, las personas mayores, emigrantes,...

Este proyecto:

Ayuda a las personas con ciertas carencias en el ámbito de la lectura y la comprensión.

Las pautas y consejos resultan más efectivos, lo cual beneficia su tranquilidad ante el proceso.

Disminuye los errores en la administración de la medicación.

Facilita la comprensión ante las pautas médicas.

Disminuye tiempo, costes y riesgos.

**CB - 074.- DEFINICIÓN DE UNA CATEGORIZACIÓN DE APLICACIONES MÓVILES RELACIONADAS CON SALUD.**

FERRERO-ÁLVAREZ-REMENTERÍA J, SANTANA-LÓPEZ V, ESCOBAR-UBREVA A, RODRÍGUEZ-CONTRERAS H, VÁZQUEZ-VÁZQUEZ M.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. SEVILLA.

**OBJETIVOS:**

Actualmente, el mercado de aplicaciones móviles no ofrece visibilidad para aquellas que están relacionadas con temas de salud, orientadas a profesionales sanitarios o a pacientes, y que responden a unas necesidades específicas.

El objetivo de este estudio es definir una categorización de aplicaciones móviles relacionadas con salud para elaborar, posteriormente, un repositorio de aplicaciones que reúnan especificaciones concretas acordes a las necesidades de los usuarios.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Análisis de la clasificación que ofrecen los modelos de mercado existentes en AppStore y Google Play.

Identificación de la categorización de iniciativas que realiza la Organización Mundial de la Salud.

Estudio de propuestas de categorización por entidades privadas.

En base a los estudios anteriores, propuesta de nueva categorización que facilite la localización e identificación de aplicaciones específicas relacionadas con salud y que responda a las necesidades de los usuarios de este tipo de aplicaciones.

**RESULTADOS:**

La categorización se basa en los siguientes bloques:

- Salud y bienestar general, donde se englobarían aplicaciones relacionadas con información general sobre salud, nutrición y bienestar.
- Información médica, para aplicaciones relacionadas con herramientas de diagnóstico, referencias y procedimientos médicos, administración de medicamentos, alertas y advertencias.
- Monitorización remota y basada en sensores, para aplicaciones sobre consulta remota, emergencias y monitorización de enfermedades crónicas.
- Administración de la salud, para aplicaciones que promuevan la comunicación entre usuarios y servicios sanitarios e información electrónica sobre la salud para pacientes.

Actualmente, se está elaborando un repositorio de aplicaciones relacionadas con la salud, que estará disponible en el segundo semestre del 2012.

**DISCUSIÓN:**

Una clasificación más específica y un repositorio de aplicaciones sobre salud que reúnan unos criterios de calidad que garanticen su fiabilidad, puede facilitar un uso adecuado de estas aplicaciones por los pacientes, así como su posible recomendación por parte de los profesionales sanitarios en su práctica clínica.

**CB - 075.- GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA EL DESARROLLO DE APLICACIONES MÓVILES RELACIONADAS CON LA SALUD.**

RODRÍGUEZ-CONTRERAS- H, FERRERO-ÁLVAREZ-REMENTERÍA J, VÁZQUEZ-VÁZQUEZ M, ESCOBAR-UBREVA A, SANTANA-LÓPEZ V.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. SEVILLA.

**OBJETIVOS:**

Dada la proliferación de aplicaciones móviles de salud (más de 20.000 en la actualidad), las organizaciones, los profesionales sanitarios y la ciudadanía requieren guías de referencia para hacer un uso seguro de las mismas.

En este contexto, se plantea la necesidad de definir pautas y criterios que debería cumplir una aplicación móvil (app) sobre salud para que su calidad y fiabilidad queden garantizadas, de cara a su uso por parte de los usuarios.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Creación de un comité de expertos compuesto por profesionales sanitarios, pacientes, desarrolladores de aplicaciones, especialistas en accesibilidad, usabilidad y diseño de interacción, y con la participación de la Dirección General de Consumo de la Consejería de Salud.

Exhaustiva revisión bibliográfica sobre la materia, partiendo de una búsqueda no sistemática en bases de datos de ciencias de la salud y una búsqueda de información no estructurada en Google.

**RESULTADOS:**

Elaboración de una guía que difunda buenas prácticas basadas en la evidencia, que sirvan para el desarrollo de aplicaciones móviles de salud y que ayude a distinguir cuales son más fiables, convirtiéndose en referente para desarrolladores y usuarios. La guía consta de varios bloques relacionados con:

- Diseño y pertinencia
- Aspectos tecnológicos
- Seguridad
- Calidad de la información de las apps
- Prestación de servicios

La guía se encuentra actualmente en proceso de elaboración. Se dispondrá de resultados en el segundo semestre del 2012, que podrán ser presentados en la defensa de la comunicación.

**DISCUSIÓN:**

Esta guía puede proporcionar directrices sobre buenas prácticas en un sector emergente, en continuo desarrollo, y con necesidades aún no cubiertas, como es la movilidad en salud (mHealth). Estas directrices se hacen especialmente necesarias por la repercusión que pueden llegar a tener las apps de salud para el paciente.

**CB - 076.- IMPACTO DE LAS TIC EN LA CALIDAD ASISTENCIAL, CLÍNICA ONLINE.**

GUELL-UBILLOS J, TEIXIDÓ-MARTÍNEZ P, DEVESA-PARDO J, LÓPEZ-LERA C, NAVARRO-ROMERO C, BLANCO-GONZALEZ F.

MUTUA UNIVERSAL. BARCELONA.

**OBJETIVOS:**

Mutua Universal-Mugenat, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 10, tiene como actividad principal la de dar asistencia sanitaria y servicio a los trabajadores que han sufrido un accidente de trabajo o Enfermedad Profesional.

Clínica online es un sistema de telemedicina instalado actualmente en 75 centros de nuestra red asistencial, que permite a todos nuestros profesionales sanitarios, independientemente de donde estén situados, consultar y recibir asesoramiento del mejor especialista.

A través de Clínica online se pueden realizar consultas síncronas y asíncronas con y sin imágenes. Asimismo permite insertar fotos y vídeos de la evolución y exploración médica del paciente directamente en su Historia Clínica, pudiendo ser visualizada por los profesionales sanitarios implicados en el proceso.

Objetivos principales:

- Evidenciar que las TICs son una herramienta clave en la mejora de la calidad asistencial tanto para el profesional sanitario como para el paciente.

- Las TICs como soporte para compartir el conocimiento del colectivo sanitario.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realizó un estudio observacional longitudinal con los primeros 45 centros, para ver los beneficios de las TICs en la mejora de la calidad asistencial.

Periodo de estudio: 12 meses

Se han explotado los datos de 811 consultas realizadas, 448 asíncronas y 363 síncronas, además de 669 incorporaciones de iconografía a HC.

**RESULTADOS:**

La utilización de Clínica online ha supuesto los siguientes logros en el proceso asistencial:

Para el profesional sanitario:

- Aporta un alto grado de autonomía profesional para proporcionar una atención integral. Cualquier sanitario puede consultar en cualquier momento con otro sanitario experto.

- Permite compartir la información de los pacientes a través de la HC informatizada, ya que todas las consultas se incorporan al curso clínico de la misma. Las imágenes y registros digitalizados pueden ser valorados al mismo tiempo por todos los niveles asistenciales de forma inmediata.

- Pueden compartir y difundir el conocimiento médico.

- Valoración positiva de la herramienta.

Para el paciente:

- Equidad asistencial gracias a la accesibilidad a los mejores especialistas desde cualquier punto de nuestra red asistencial.

- Incremento en la satisfacción del paciente.

- Reducción de desplazamientos y tiempos de espera.

- Rapidez diagnóstica.

- Mejor seguimiento del proceso gracias a la coordinación y disponibilidad de la información inmediata entre los diferentes niveles asistenciales.

**DISCUSIÓN:**

Las Tics permiten a los profesionales sanitarios prestar una atención sanitaria de máxima calidad, con una gestión eficiente, basada en las personas y en el conocimiento como elemento diferenciador.

Las Tics posibilitan la equidad asistencial para los pacientes, facilitando la accesibilidad a los mejores especialistas, con una mayor rapidez diagnóstica, reduciendo desplazamientos y tiempos de espera.

**CB - 077.- DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE TIC'S PARA UN PROGRAMA DE APOYO EDUCATIVO EN HEPATOLOGÍA.**

MASNOU-RIDAURA H, MORILLAS-CUNILL RM, SALA-LLINAS M, PLANAS-VILA R, ARDEVOL-ARAGONES M, SOLER-CLIMENT E.

HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL. BADALONA (BARCELONA).

**OBJETIVOS:**

La telemedicina se refiere no sólo a aspectos asistenciales, sino que también incluye todo lo referente al área de la educación y formación, tanto de profesionales como de pacientes y familiares. El momento coyuntural que estamos viviendo se caracteriza por disminución de recursos, ausencia de apoyo técnico especializado, desconfianza en la calidad y la protección de datos y resistencias al cambio dificultan el desarrollo e impulso de ciertos proyectos. Sin embargo, no por ello debemos dejar de intentar utilizar los recursos disponibles de la manera más eficiente posible en el ámbito asistencial.

**OBJETIVO.** Desarrollo de TIC en el contexto de un programa de apoyo-educativo dirigido a usuarios y profesionales sanitarios en el área de la hepatología.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Un análisis SWOT posibilitó la mejor elección posible, tanto de la tecnología, como del sistema operativo y de los proyectos a desarrollar. Se decidió diseñar e implementar una herramienta en "entorno nube", que fuera gratuita en su desarrollo, en el mantenimiento y administración de la infraestructura, que tuviera difusión, accesible desde distintos sistemas operativo, fácil e intuitiva en su utilización y seguridad. La herramienta elegida fue la realización de un blog en Blogger. Los contenidos se presentaron en diferentes páginas, unas orientadas a profesionales ("Investigación", "Congresos".) y otras a usuarios ("Asociaciones", "Preguntas".). El acceso libre en la red fue posible en febrero del 2011. El Blog también se ha publicitado y redireccionado desde marzo 2012 a través de redes sociales y profesionales.

**RESULTADOS:**

Se han efectuado visitas desde 62 países, con un total de 5.471 visitas (España: 3.189, USA: 387, Méjico: 230, Argentina 175..). Páginas 21.295 (España; 15.912, USA: 1.060, Méjico: 547, Argentina: 526..). Las páginas dirigidas a profesionales representaron el 41,8% de las visitas y las dirigidas a pacientes/familiares el 29,5%. Páginas vistas por navegadores: Internet Explorer 59%, Firefox 13%, Chrome 12%, Safari 11%, Mobile Safari 1%, Mobile 1%, Rockmelt 1%, Opera 1%, QT 1% y NS8 1%. Por sistemas operativos: Windows 80%, Macintosh 9%, Linux 3%, iPhone 3%, Android 1%, iPad 1%, Other Unix 1, BlackBerry 1%, Ipod 1%, Nokia 1%. El perfil de usuarios correspondió a profesionales 60%, pacientes 23%, familiares 15% y estudiantes 9%. Se constató que con la difusión a través de las redes sociales se ha logrando duplicar las visitas.

**DISCUSIÓN:**

El entorno "nube" ha posibilitado el desarrollo del proyecto sin costes por mantenimiento, infraestructuras y seguridad en TIC. Este instrumento permite no solo mejorar la educación y formación de profesionales y pacientes en el área de la hepatología, sino que también aumenta la visibilidad de la Unidad de Hepatología.

**CB - 078.- OSABIDE GLOBAL URGENCIAS. ATENCIÓN DE CALIDAD HECHA REALIDAD EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS DE OSAKIDETZA.**

SANCHEZ-BERNAL R, AULESTIA-SEOANE L, MADRID-CONDE M, ALVAREZ-GUERRAS O, OGUETA-LANA M, BAREZ-HERNANDEZ EM.

ORGANIZACIÓN CENTRAL DE OSAKIDETZA. VITORIA - GASTEIZ.

**OBJETIVOS:**

1 Disponer de una aplicación Informática única que satisfaga las necesidades de los profesionales de los servicios de Urgencias Hospitalarios, dentro de la Historia Clínica Única de Osakidetza. 2 Pasar de una Historia Clínica basada en Hospitales a una Historia Clínica basada y centrada en el paciente. 3 Encontrar toda la información necesaria y relevante en tiempo real, integrando todos los sistemas de información de Osakidetza. 4 Integrar un sistema de triage en todas las áreas de urgencias. 5 Conocer el tratamiento actualizado de cada paciente y permitir la prescripción hospitalaria. 6 Favorecer la continuidad de cuidados y control domiciliario mediante mecanismos no presenciales. 8 Mejorar la seguridad clínica y reducir la aparición de eventos adversos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En Mayo de 2012 se implementa el módulo de urgencias dentro de la historia Clínica Única de Osakidetza, permitiendo a los servicios de urgencias hospitalarios acceder a toda la información de la historia clínica del paciente.

El diseño se realizó por un grupo multidisciplinar de profesionales implicados, médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, farmacéuticos y administrativos, y desarrollado por informáticos, teniendo en cuenta sus aportaciones y adaptándolo a sus necesidades. El módulo integra los diferentes sistemas de triage utilizados en las diferentes áreas de urgencias y en su diseño se han tenido en cuenta nuevos canales de relación, permitiendo técnicas de teleasistencia y telemonitorización.

**RESULTADOS:**

Osabide Global Urgencias es una herramienta corporativa, aplicable a cualquier servicio de urgencias, dentro de la Historia Clínica Única de Osakidetza. Integra toda la actividad en la historia Clínica del paciente en tiempo real y permite acceder a toda la información contenida en ella desde cualquier nivel asistencial. Aplica un sistema de triage en todas las áreas. Integra el historial farmacoterapéutico del paciente y la prescripción electrónica asistida hospitalaria. Dispone de un sistema de codificación diagnóstica automática, un módulo de cuidados de enfermería y un registro de incidencias. Integra la información sobre estratificación y programas de salud, permitiendo aplicar técnicas de telemonitorización en pacientes con EPOC, para la gestión integral del paciente crónico respiratorio, favoreciendo su control domiciliario, evitando visitas a urgencias innecesarias y reduciendo costes.

**DISCUSIÓN:**

Los servicios de urgencias hospitalarios tienen la misión de responder a la demanda sanitaria urgente de la población, deben ser eficientes y ofertar una asistencia de calidad. Para ello las TICs constituyen una intervención prioritaria. Osabide Global Urgencias, es un entorno clínico nuevo, ágil, con visión unificada del paciente, que permite disponer y registrar toda la información de interés clínico en los servicios de urgencias hospitalarios y es por ello la herramienta idónea para aumentar la calidad asistencial y mejorar la seguridad del paciente.

**CB - 079.- APAGÓN ANALÓGICO DEL DIAGNOSTICO POR IMAGEN EN UN ÁREA DE SALUD.**

PÉREZ-ALBERTO JAVIER B, DE MIGUEL-GÓMEZ A, SEOANE-CEGARRA L, CÁCERES-MARTÍNEZ F, LÓPEZ-LACOMA JC, ALCÁNTARA-ZAPATA F.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA MARÍA DEL ROSELL. CARTAGENA (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

En 2010, la estrategia del SMS orientada a la integración de Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH) en el modelo de Gerencias de Área, favorece la integración telemática encaminada a compartir la información entre sus profesionales. Así, se desarrolla una línea de trabajo compartida entre AP y el Servicio de Radiodiagnóstico que permite consultar imagen e informes en tiempo real desde todos los puntos asistenciales del Área de Salud, con el objetivo de mejorar la eficacia (tiempo de respuesta y calidad de imagen), la eficiencia (disminución de los costes) y la seguridad del paciente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Área de Salud con 2 Hospitales, 16 Centros de Salud y 44 consultorios. Población: 274.679 hab. En Febrero-2011 se desarrolla una prueba piloto en una Zona de Salud distante del hospital 29 Km., y gran dispersión (9 puntos asistenciales, 16.902 hab. y 10 facultativos). La Subdirección de Tecnologías de la Información adapta los puestos informáticos para permitir la comunicación con el soporte de Hª Clínica electrónica hospitalaria (SELENE) desde AP, integrando el visor de imágenes radiológicas "SYNGO" en todas las consultas. Los facultativos reciben formación en el aplicativo. Se despliega el modelo al resto del Área durante Mayo-Junio 2012. La extensión del modelo se soporta sobre un diseño estructurado de implantación que considera:

- Adecuación de todos los equipos informáticos de los 15 EAP y consultorios restantes.
- Cronograma formativo que incluye periodo en prueba pactado con cada EAP.
- Durante los cuatro meses posteriores a su implantación se mantiene el revelado analógico de placas radiológicas como medida de seguridad, para proceder al apagón analógico definitivo del Área en Octubre 2011.

**RESULTADOS:**

- Acceso en tiempo real a la exploración radiológica completa del paciente desde AP.
- Mejora la interpretación de la imagen, al contar con potentes herramientas en el visor de imagen instalado.
- Permite la consulta del histórico diagnóstico, tanto de imagen como de informes.
- Del análisis del corte comparado Enero/Abril 2011-2012, se desprende una disminución significativa del 12,89% en el número de pruebas diagnósticas por imagen solicitadas desde AP, 20.442 (2011) y 17807 (2012), y un ahorro muy significativo de los costes directos en el consumo de material necesario para el procesado analógico de imágenes radiológicas del 96,65%, pasando de un gasto de 85.230€ en el mismo periodo 2011 a un gasto de 2.848€ en 2012.
- Reducción de costes indirectos añadidos (no cuantificados) tanto en RRHH como en la red de transporte de resultados que precisaba el anterior procedimiento.

**DISCUSIÓN:**

Los avances y la incorporación progresiva de las nuevas tecnologías en el ámbito sanitario se vienen comportando como un valioso instrumento para avanzar en las medidas de eficacia, tanto en la continuidad asistencial del paciente, como de eficiencia en los costes que supone la intervención diagnóstica.

**CB - 080.- CHECK LIST DE CIRUGÍA UNIDO A REGISTRO DE INCIDENCIAS:  
EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN.**

CUÉLI-ARCE M, GONZÁLEZ-MARTÍNEZ O, BRUGOS-LLAMAZARES V, RAVELO-MIRELES R,  
FARIÑAS-ÁLVAREZ C, GIL-PIEDRA F.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. SANTANDER.

**OBJETIVOS:**

Tras un pilotaje de tres meses en un quirófano de cirugía general, el 9 de enero de 2012 se implantó el check-list de seguridad de la OMS en toda el área quirúrgica de nuestro hospital (301 camas, 9 quirófanos, 7198 intervenciones quirúrgicas (IQ) anuales). El objetivo es analizar la implantación, la cumplimentación de los diferentes ítems y las incidencias anotadas para identificar áreas de mejora.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se incluyeron el total de check-list realizados en todos los quirófanos del Hospital del 9-01-2012 al 18-04-2012. El modelo usado es una adaptación del de la OMS. Además, en nuestro Centro se ha elaborado una 'hoja de incidencias' específica, en la que, para cada check-list realizado, se anota cualquier incidencia intraquirófano relacionada con los ítems del mismo. El análisis se ha hecho según el tipo de cirugía (local o mayor) y las fases del check-list. Las incidencias se agruparon en categorías: identificación del paciente, marcado del sitio quirúrgico, profilaxis antibiótica, profilaxis tromboembólica, instrumental quirúrgico, documentación clínica, pruebas diagnósticas y otras. La evaluación ha sido continua, adaptando el registro a las necesidades detectadas.

**RESULTADOS:**

Se recogieron 2032 check-list de un total de 2135 intervenciones (cobertura=95,2%). El 73,3% procedían de los Servicios de Oftalmología (27,8%), Cirugía General (26,3%) y Traumatología (19,2%), siendo cirugía mayor (CM) el 31,0%, cirugía local (CL) el 19,9% y no constando en el 49,1%. El grado de cumplimentación del total de ítems fue superior en la CM: 94,9% en la fase 1, 91,4% en la fase 2, y 86,3% en la fase 3. En CL los porcentajes fueron: 87,4% en la fase 1, 58,5% en la 2, y 80,2% en la 3. El ítem peor cumplimentado fue el de las firmas: 61,7% en CL y 60,9% en CM. Se registraron 213 incidencias en 188 check-list (9,2% del total de check-list realizados). El 35,6% fueron en Cirugía General. Las más frecuentes fueron las relacionadas con el instrumental (25,3%), la documentación clínica (19,7%), y la identificación del paciente (11,7%), variando según los servicios: en Oftalmología fueron las relacionadas con la identificación del paciente (40,7%); en Cirugía General (33,3%) y Traumatología (25,6%), las relacionadas con el instrumental y en Ginecología las relacionadas con la documentación clínica (28,6%).

**DISCUSIÓN:**

La implantación del check list ha sido muy alta, superior al 95% de las IQ. No obstante se detectan áreas de mejora en la cumplimentación: ítems de la fase 2 en CL, de la fase 3 en CM, y las firmas de los profesionales implicados. La incorporación de una hoja de incidencias a cada check-list ha permitido detectarlas en un 9,2% de las IQ, estando fundamentalmente relacionadas con falta y mal funcionamiento del instrumental, ausencia de la historia clínica, errores en el parte quirúrgico y ausencia/uso inadecuado de pulseras y etiquetas de identificación. Todo ello nos identifica áreas de mejora en el proceso quirúrgico y nos ayuda a mejorar la seguridad de la cirugía en nuestro hospital.

**CB - 081.- MEJORANDO LA GESTIÓN DE DIVERSOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA INFORMATIZADO.**

ALFARO-CADENAS L, GÓMEZ-FELIPE E, BLANCO-RODRIGUEZ M.  
ANDALUCÍA.

**OBJETIVOS:**

El objetivo principal del proyecto es facilitar el acceso de los profesionales y propietarios de proceso al Sistema de Gestión de la Calidad de todos los hospitales de Capiro Sanidad (16) , proporcionando información y conocimiento en los aspectos relacionados con el Sistema y automatizando los requisitos y procesos de gestión, manejándolos de forma unificada.

Informatizar los datos en formato electrónico de cualquier origen (pdf, Word, Excel, imagen y otros) para asegurar diferentes requisitos de gestión: autenticidad, seguridad de los datos y posibilidad de análisis de los mismos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Para asegurar el correcto desarrollo del proyecto y la consecución de los fines previstos, se formaron diferentes grupos de trabajo integrados por personal de los diferentes Centros, propietarios de procesos, personal de sistemas de información y el colectivo de personal del Núcleo Central de Calidad.

Se mantuvieron diferentes reuniones donde se establecieron los requerimientos tanto tecnológicos como de requerimientos de Norma ISO.

Después de elegir el entorno tecnológico (Base de Datos, servidor web y gestor de contenidos) se inició la fase de programación y pruebas de aceptación.

**RESULTADOS:**

El sistema está basado en un modelo funcional que se desarrolla a través de tres funcionalidades básicas:, gestión de no conformidades, acciones de mejora y acciones preventivas, gestión de objetivos y gestión de auditorías.

El desarrollo de la herramienta informática para nuestro Sistema de Gestión de la Calidad (implantado en 16 centros hospitalarios de agudos y en 3 residencias de mayores) nos ha permitido: analizar los datos de análisis de no conformidades de detección interna, auditorías externas y auditorías internas, reducir el trabajo burocrático, analizar los datos (convertir los datos en información relevante que permita saber qué sucede, por qué sucede y nos facilite la toma de decisiones adecuadas para seguir mejorando nuestra gestión), evitar duplicidad en los datos y mejorar significativamente la comunicación entre las diferentes unidades organizativas.

**DISCUSIÓN:**

La integración de un sistema informático en el Sistema de Gestión de la Calidad, nos ha permitido mejorar la planificación y el control de la gestión, aumentando la eficiencia del sistema y sus propietarios, permitiendo un mayor acercamiento del sistema a todos los colectivos del personal de los hospitales y dar riguroso cumplimiento a los requerimientos del modelo de gestión de calidad de Capiro Sanidad (ISO, EFQM...), así como gestionar de forma eficaz la información y requerimientos de diversos Organismos Oficiales como la Comunidad de Madrid y la Generalitat de Catalunya.

**CB - 082.- LA GESTIÓN DOCUMENTAL COMO HERRAMIENTA COLABORATIVA.  
EXPERIENCIA DE IMPLANCIÓN.**

GÓMEZ-FELIPE E.

CAPIO SANIDAD. MADRID.

**OBJETIVOS:**

Actualmente casi el 100 % de los documentos que se generan en los hospitales se crean en formato electrónico; sin embargo, las fórmulas para guardarlos y hacerlos accesibles no están normalmente establecidas.

El objetivo general de este proyecto es dotar a la Organización de una herramienta de gestión documental con capacidad para almacenar, gestionar y buscar de una forma eficaz, toda la información de nuestros hospitales.

Este objetivo es extrapolable a otros los hospitales y entornos asistenciales donde se maneja gran cantidad de documentación por:

- a) Hacer más fácil a las personas trabajar con los documentos. Cada persona sabe que documentos tiene que guardar, cuando, cómo y dónde. Cada persona sabe cómo encontrar en poco tiempo los documentos adecuados cuando los necesita.
- b) Facilitar que la información se comparta y se aproveche como un recurso colectivo, evitar que se duplique, evitar dobles grabaciones de datos, etc.
- c) Conservar la memoria del hospital, más allá de los individuos que trabajan en ella y poder aprovechar el valor de los contenidos en los que queda plasmada la experiencia, evitando empezar de cero sobre aspectos en los que ya hay experiencia acumulada.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

1. Análisis general de la situación actual y análisis de las necesidades.

Mediante reuniones con los responsables de cada hospital y con la finalidad dar a conocer cómo funciona la gestión actual de los documentos, dónde reside y dónde se genera la información (volumen, tamaño, flujos (quien crea y consulta) y estados por los que pasa un documento.

2. Diseño y elección de la herramienta y creación de catálogo de términos. Se eligió la herramienta OpenKM evaluando primero los requerimientos mínimos que necesitábamos y otras funcionalidades que ofrece la herramienta; posteriormente se creó la estructura de documentos según los mapas de procesos de todos los hospitales y los catálogos de búsquedas.

3. Implantación. La implantación del gestor documental consistió en los siguientes puntos: Instalación, parametrización, fase de producción y seguimiento. La codificación de la documentación es única para todo el proyecto y la catalogación será autoexplicativa e intuitiva.

**RESULTADOS:**

La importancia de los gestores documentales en la vida cotidiana de los hospitales, aportan un valor intrínseco, reduciendo costes salariales, administrativos, pérdida de oportunidad, y lo que es fundamental incrementan considerablemente el conocimiento sobre la riqueza documental de un hospital sin redundar en la creación de material ya editado y creado.

**DISCUSIÓN:**

Como sinergia futura, resaltar el avance cualitativo que supondría, la normalización de dicho gestor documental en todas las áreas no asistenciales de los hospitales.

Plantear un debate dentro del ámbito asistencial sobre lo que estos cambios en gestión e innovación afectan a los procesos asistenciales de los centros (historia clínica informatizada, catalogación de documentación, índice único de documentos, etc.).

**CB - 083.- MEJORA DE LA ATENCIÓN A LOS ESCOLARES CON PARÁLISIS CEREBRAL GRACIAS AL APOYO DE LA TELEMEDICINA EN DIRECTO.**

GERRAS-OSCAR A, LLANOS-HERNÁNDEZ J, SÁNCHEZ-BERNAL R, HIDALGO-ARIAS M, GONZALEZ-HIERRO A, GOMEZ-BRAVO B.

OSAREAN: OSAKIDETZA NO PRESENCIAL. VITORIA - GASTEIZ.

**OBJETIVOS:**

1) Introducción: Los niños con parálisis cerebral constituyen un grupo de pacientes crónicos que pasan 8 horas al día en su centro escolar, con importantes minusvalías que en muchos casos supera el 90%, con múltiples enfermedades crónicas y polimedicados, y necesitando de forma permanente de una atención individualizada, y que presentan con frecuencia complicaciones, que en algunos casos son muy graves.

2) Objetivo. Comunicar Colegios de niños con problemática sanitaria grave (paralíticos cerebrales, trasplantados...) con las urgencias pediátricas de los hospitales mas cercanos para recibir soporte asistencial inmediato ante urgencias, para :

a) Prestar una asistencia sanitaria diferenciada por padecer discapacidades físicas asociadas a una deficiencia motora grave, y hacerlo en el entorno menos restrictivo y más idóneo posible para estos alumnos, que es su centro escolar.

b) Dar respuesta inmediata por telemedicina a las complicaciones sanitarias que presentan los niños escolarizados con parálisis cerebral.

c) Dar soporte y solucionar dudas que se plantean los profesionales educativos y sanitarios que atienden a estos niños.

d) Evitar complicaciones graves que suelen derivar de las complicaciones de estos niños.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Población diana: 38 niños con parálisis cerebral en el área de Álava. Cada niño tiene un plan individualizado de cuidados en el que se detalla la patología que tiene y sus posibles complicaciones vitales (atragantamiento, flemas, convulsiones, etc.), así como aquellas complicaciones más leves que suelen producirse.

**RESULTADOS:**

a) Se instalan en el centro 3 pantallas de televisión en el comedor, sala multi funcional y habitación habilitada al efecto cerca de todos los sitios donde habitualmente están los niños y sus cuidadores.

b) Se instalan 2 pantallas de televisión en el Servicio de Urgencias del hospital de referencia: una en urgencias de adultos y otra en urgencias infantiles, donde de forma instantánea tienen acceso a las 3 aulas del colegio de necesidades educativas especiales.

c) Se instalan 3 dispositivos de telemedicina en los Servicios de Rehabilitación, Traumatología infantil y Traumatología de adultos para hacer consultas no presenciales y facilitar la tarea diaria de los cuidadores.

**DISCUSIÓN:**

Se pretende evitar el desplazamiento que se produce siempre que hay una complicación, siendo de especial interés en pacientes con mayores dificultades de traslado. Se facilita la atención a los pacientes que son todos crónicos, y se asegura el registro de toda la información correspondiente al paciente.

Este sistema de soporte va a suponer una mayor tranquilidad para los profesionales de educación y para aquellos sanitarios de fisioterapia que les atienden en el centro escolar.

**CB - 084.- INTERCONSULTAS NO PRESENCIALES ENTRE PRIMARIA Y ESPECIALIZADA: SE REDUCE LA DEMORA Y AUMENTA LA SATISFACCIÓN.**

ARMENTIA-FRUCTUOSOS J, OGUETA-LANA M, SÁNCHEZ-BERNAL R, ALVAREZ-GUERRAS O, BAREZ-HERNANDEZ EM, MADRID-CONDE M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ÁLAVA. VITORIA - GASTEIZ.

**OBJETIVOS:**

1. Crear un sistema de petición de interconsultas cuyo peticionario es el médico de primaria y el destinatario es el de especializada 2. Habilitar consultas no presenciales en la agenda del médico de especializada 3. Evitar el traslado físico de los pacientes 4. Evitar las solicitudes en formato papel, tanto para ser citados como para ser atendidos. 5. Valorar la mejora de los tiempos de demora para la atención de los pacientes con dolor crónico. 6. Valorar la aceptación de los pacientes para ser atendidos mediante esta modalidad. 7. Buscar un perfil de paciente idóneo para consulta no presencial.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Dentro de la cartera de prestaciones de Osarean: Osakidetza no Presencial, que pretende facilitar a quien lo desee, pacientes, familiares y profesionales, poder relacionarse con Osakidetza de forma no presencial, a través de varios canales entre los cuales está el ordenador, existen las interconsultas no presenciales entre la Atención Primaria y la Especializada.

Se ha creado una Agenda no presencial en la sección que va a recibir las consultas, con el nombre de la sección seguido de no presencial. Primaria, hace interconsulta desde Osabide AP y especializada le responde en Osabide Global, pudiendo ver la respuesta desde Osabide AP. Se registra la cita con la fecha y hora de la emisión de la Consulta no presencial solicitada por primaria. Lo escrito en la H<sup>a</sup>C<sup>a</sup> de Especializada está disponible de forma instantánea en soporte electrónico.

**RESULTADOS:**

1. El número de citas realizadas desde el mes de Octubre de 2011 ha sido de 2.468. 2. La demora media en la respuesta ha sido de 2,6 días frente a los 23 días que hubieran tenido que esperar esos pacientes si se les hubiese pedido una primera consulta. 3. Las causas más frecuentes han sido dolor crónico, patología relacionada con la columna, gonalgias y hombros dolorosos, seguimiento de pacientes diabéticos, prostatitis crónicas, litiasis renales, psoriasis, dermatitis, estabilizaciones de pacientes con EPOC, ajustes de medicación, valoración de electrocardiogramas, etc. El % de resolución ha sido del 90%, siendo el 10% restante enviado a consultas tradicionales. 4. El 92% de los pacientes está satisfecho y el 100% de los profesionales que están implicados están encantados.

**DISCUSIÓN:**

Se han evitado desplazamiento que hasta ahora eran habituales, siendo de especial interés en pacientes con domicilio lejano al centro y/o consultorio, pacientes con trabajo activo y pacientes y familiares con dificultad para el desplazamiento (silla de ruedas, andadores, muletas).

La utilización de consultas no presenciales, facilita la atención a los pacientes y asegura el registro de toda la información correspondiente al paciente, incrementa su satisfacción, se evitan los riesgos, incomodidades y costes correspondientes a los desplazamientos del paciente y acompañantes, horas laborales perdidas, y ayuda a la sostenibilidad del sistema.

**CB - 085.- INTRANET: ESPACIO PARA LA ACTUALIZACIÓN Y AUTOFORMACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA.**

HERNANDEZ-PASCUAL M, RUBIO-TOLEDANO L, RUIZ-ALONSO S, JÍMENEZ-TELO F, RODRÍGUEZ-BENITO U, ARÉJULA-TORRES JL.

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. MADRID.

**OBJETIVOS:**

Utilizar la intranet como medio de comunicación bidireccional entre los profesionales de atención primaria (AP) en el proceso de cambio de aplicación de la Historia Clínica única Informatizada (HCUI) en la Comunidad de Madrid. Mejorar los conocimientos en el manejo de la nueva herramienta, AP-Madrid mediante la publicación de videos breve formativos clasificados por módulos funcionales. Disponer de un canal ágil de comunicación de las dudas y sugerencias relacionadas con la de aplicación.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se diseña un espacio web dirigido a los profesionales del ámbito de atención primaria, basado en la aplicación corporativa Sharepoint, que contiene información y formación acerca de la aplicación de HCUI AP\_Madrid. Se crea en este espacio en mayo de 2010, al inicio del despliegue de la aplicación. En diciembre de 2010 se asume el desarrollo, mantenimiento y la gestión del espacio APMadrid. Consta de apartados informativos, documentación con los contenidos de las nuevas versiones disponibles, un apartado con material autoformativo elaborado con videos de breve duración (menos de 2 min/video) clasificados por módulos funcionales, un buzón de correo de consultas y sugerencias y un enlace al buzón de incidencias de la aplicación gestionada por el centro de soporte centralizado. El contenido es renovado con una periodicidad quincenal. Se constituyo un comité de redacción encargado de la selección, clasificación y priorización de la información recogida en base a las consultas y sugerencias recibidas, así como de la experiencia de los profesionales que realizan la formación de los Equipos de Atención Primaria.

**RESULTADOS:**

Desde 2010 se han realizado dos modificaciones estructurales del diseño de la web, 29 actualizaciones completas de contenido (en 2010, 19 en 2011 y 8 en 2012) sin tener en cuenta las actualizaciones parciales. Se han cargado 102 videos autoformativos (88 en 2011, 14 en 2012) y se han recibido 319 consultas y/o sugerencias (53 en 2010, 198 en 2011 y 68 en 2012). En octubre de 2011, con 6.187 profesionales utilizando AP Madrid (52% del total), los accesos al espacio de formación fueron 5.494 (11% de los accesos recibidos en la Intranet de Atención Primaria).

**DISCUSIÓN:**

La intranet como espacio de comunicación, difusión de las nuevas funcionalidades de las HCE y la autoformación de los profesionales es un medio a potenciar. El progreso del despliegue de la herramienta suscita el interés de los profesionales en cuanto a las utilidades del espacio de AP Madrid. Este apartado de la intranet se constituye como sensor y fuente de información sobre el impacto del cambio de HCI y de las necesidades de los profesionales en cuanto a las funcionalidades de las mismas, generando en el grupo redactor la línea de interés de los contenidos a desarrollar.

**CB - 086.- CALIDAD DE LA INFORMACIÓN AL PACIENTE SOBRE MEDICAMENTOS EN INTERNET.**

MARTÍN DE ROSALES- A, PÉREZ-JOVER V, MIRA-SOLVES JJ, LORENZO-MARTÍNEZ S, GUILABERT M.

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ. ALICANTE.

**OBJETIVOS:**

Uno de los riesgos para la seguridad de los pacientes es el uso incorrecto de medicamentos por parte de los pacientes. Muchas veces este uso incorrecto tiene su origen en una información insuficiente o errónea. En España contamos con instrumentos para valorar el conocimiento de los pacientes sobre sus medicamentos. En este estudio se analiza la calidad de la información sobre medicamentos en Internet.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo en el que se analizó el grado de cumplimiento de criterios de calidad estándar de la información en Internet sobre medicamentos que un ciberpaciente puede localizar. Se realizó una selección de las patologías más prevalentes en España para posteriormente localizar los fármacos más vendidos para el tratamiento de estas patologías. De entre el total se seleccionaron aleatoriamente 77 medicamentos y se buscó en Internet mediante el buscador Google sitios web sobre estos fármacos. De los 3 primeros enlaces se seleccionó al azar uno de ellos. Para evaluar parámetros estándar de calidad, como los especificados por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, se recurrió a la escala Evaluative Linguistic Framework (ELF) diseñada específicamente para evaluar este tipo de parámetros de la calidad de la información de los prospectos de medicamentos.

**RESULTADOS:**

La puntuación media en la escala ELF fue de 76,6 (dt 10,4) sobre un total máximo de 110 puntos. Del total de 77 medicamentos, 64 (83,1%) sitios web satisfacían el 50% de los parámetros de buena calidad de la información de medicamentos; y 42 (54,5%) satisfacían el 75% de estos parámetros según la escala ELF. La calidad de la información estimada mediante ELF fue similar con independencia de la patología para la que el medicamento tenía indicación terapéutica ( $p=0,8$ ). Las carencias de información clave para un correcto uso del medicamento se centraron en carencias en cuanto a: cuando contactar con el médico mientras se usa el medicamento (2,3, dt 1,3), beneficios que cabe esperar del tratamiento (2,4, dt 0,9), cómo guardar y conservar el medicamento (3,6, dt 1,0) y mejoras en la comprensión por un lenguaje complejo de entender (3,6, dt 0,8).

**DISCUSIÓN:**

La información en la Red sobre los medicamentos no satisface los parámetros de calidad deseables y puede suponer un riesgo para la seguridad de los pacientes. En consonancia de otros estudios se confirma que la legibilidad de los textos con información de medicamentos debe mejorarse.

**CB - 087.- SEGURIDAD DEL PACIENTE A TRAVÉS DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA INTEGRADA EN URGENCIAS.**

LACALLE-MARTÍNEZ JM, MARZAL-SOROLLA P, DOMENECH-MARTÍ RM, NAVARRO-JUANES A, MONCHO-MÁS V, FORNES-VIVAS RM.

SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL DE DÉNIA. DÉNIA (ALICANTE).

**OBJETIVOS:**

La incorporación de las TICs es imparable y cada vez más imprescindibles en la práctica clínica. La utilización de la historia clínica electrónica (HCE), permite acceder a la información clínica, y protocolizar la asistencia y seguridad del paciente.

Nuestro objetivo fue la integración de diferentes políticas de prevención de efectos adversos en urgencias (SU): triaje, cuidados, seguridad farmacoterapéutica y de procesos clínicos, mediante la adaptación del programa Cerner Millenium como una solución HIS (Hospital Information System) World Class, herramienta informática del SU, y contribuir al modelo de adopción del HCE EMRAM (Electronic Medical Record Adoption Model) estandarizado por HIMSS (Healthcare Information and Management Systems Society) Analytics Europe (Sociedad de Sistemas de Información y Gestión en Sanidad), que compara el grado de implantación de las tecnologías en los centros hospitalarios, según el grado de uso de la historia clínica electrónica y de la implementación de los diferentes registros clínicos electrónicos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realizó la integración del sistema de identificación de los pacientes desde la tarjeta SIP, adaptando el triaje de Mánchester, junto a un proceso de prescripción electrónica en dispensadores automáticos (Pyxis) y la utilización de protocolos informáticos (powerPlan). La prescripción electrónica es transversal (paciente, médico, validación farmacéutica, enfermería), consiguiéndose los cinco estándares de calidad: paciente adecuado, medicamento correcto, momento adecuado, dosis adecuada y ruta correcta, así como la detección de alergias.

Se desarrolló, entre otros protocolos, una regla de detección temprana de sepsis en urgencias, generándose una alarma electrónica que genera automáticamente solicitudes analíticas y propuestas terapéuticas.

**RESULTADOS:**

El servicio de urgencias ha contribuido a que el Hospital de Dénia alcance este año 2012, el selecto nivel 7 de HIMSS como máxima certificación mundial en la implantación de la historia clínica electrónica, siendo el primero de España y el segundo de Europa que le acredita 100% digital. El nivel 7 de HIMSS evalúa la ausencia de papel para la gestión y la asistencia al paciente. Todos los datos clínico-asistenciales almacenados en la historia clínica pueden ser evaluados en términos de calidad de la atención y de seguridad para el paciente, y proporcionar de forma automática la obtención de informes de resultados. Muestra una continuidad asistencial entre todos los servicios del hospital (hospitalización, consulta externa, urgencias, y con los equipos de atención primaria).

**DISCUSIÓN:**

El sistema informático que soporta los procesos clínicos aporta un alto valor asistencial, e impacta de forma importante en el paciente, porque el proceso no es sólo un registro sino que aporta valor al cuidado, de forma que somos capaces de ayudar a la gestión y a la toma de decisiones con la información que se genera, porque el sistema incorpora inteligencia.

**CB - 088.- INTEGRACIÓN DE CENTROS SOCIO-SANITARIOS EN EL USO DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA.**

MALILLOS-PEREZ D, RAMOS-CORDERO P, FERNANDEZ-GALLARDO I, HERNÁNDEZ-PASCUAL M, HERNANDEZ-OVEJERO H, SANCHEZ-PERRUCA L.

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. MADRID.

**OBJETIVOS:**

Mejorar la calidad asistencial de los pacientes institucionalizados en Residencias de Ancianos, Centros ocupacionales y Centros de Atención a Discapacitados Psíquicos del Servicio Regional de Bienestar Social (SRBS) de la Comunidad de Madrid, mediante la integración de las herramientas TIC implementadas en el ámbito de Atención Primaria. Facilitar la continuidad asistencial en población vulnerable en el proceso de ingreso en un centro socio-sanitario.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se crea un grupo de trabajo multidisciplinar representativo de todos los agentes implicados en el proyecto. Tras analizar la situación de la asistencia sanitaria de los pacientes dependientes de centros del SRBS, se diseña una estrategia de implantación de la Historia Clínica Electrónica (HCE) en estas estructuras socio-sanitarias, priorizando previamente aquellas áreas susceptibles de mejora, como los circuitos de pruebas diagnósticas de laboratorio. En una primera fase se definen las necesidades normativas y de acceso a la HCE por parte de los profesionales del SRBS, resolviéndose garantizando la seguridad del acceso exclusivo a las HCE de población institucionalizada. Se adaptan los circuitos de integración de las pruebas diagnósticas de laboratorio. Se diseña un plan de formación específico para los profesionales del SRBS. Se realiza la definición de adaptación funcional para el manejo de la HCE orientado a la integración de estos circuitos. Se adecua el soporte técnico específico de incidencias para este colectivo.

En base a la experiencia piloto en un centro se completaron las adaptaciones funcionales necesarias para su extensión.

**RESULTADOS:**

Desde Marzo de 2011 se ha realizado la implantación de 26 centros del SRBS de los 34 existentes en la Comunidad de Madrid. La implantación de los centros implica a todos los profesionales sanitarios del centro, con un grado de utilización del 100%. El número total de pacientes institucionalizados es 5200 aproximadamente. En relación a las derivaciones al laboratorio, el tiempo medio estimado por prueba de 24-48h desde la petición hasta la disponibilidad del resultado por parte del profesional.

**DISCUSIÓN:**

El grado de satisfacción de los profesionales de ambos niveles de atención es unánime, con repercusión directa sobre la calidad asistencial de los pacientes. Se ha detectado una mejora importante en los aspectos organizativos internos reflejados en mayor grado de autonomía frente a una gran dependencia existente con el circuito previo, en relación al centro de atención primaria de referencia. La visibilidad de la HCE completa del residente al ingreso y la inmediatez de resultados compensa de forma significativa esta implantación de una herramienta externa a su sistema de registro habitual.

Este proyecto promueve abordar nuevas áreas de mejora como el proceso de integración del resto de petición de pruebas e interconsultas con el nivel hospitalario, así como la utilización de visores de atención especializada.

**CB - 089.- ESPACIO DE INTRANET: UNA VENTANA ATRACTIVA QUE INVITE AL ACCESO A UN CUADRO DE MANDO DE ATENCIÓN PRIMARIA.**

SÁNCHEZ-PERRUCA L, GIRALT-RABENTOS J, MARTI-ARGANDOÑA M, JIMÉNEZ-CARRAMIÑANA J, BARTOLOME-BENITO E, DOMÍNGUEZ-MADUENYO AB.

DIRECCION TÉCNICA DE PROCESOS Y CALIDAD. MADRID.

**OBJETIVOS:**

Describir el diseño de un espacio en la intranet que pretende ser atractivo a los profesionales para que accedan al cuadro de mando de atención primaria (eSOAP).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se crea un grupo de trabajo dentro del grupo asesor de eSOAP (profesionales que aportan al cuadro de mando la voz del usuario) al que se le llama grupo editor que coordina el contenido de este espacio. Asimismo se identifican en el grupo de informáticos que trabajan en eSOAP, dos personas que facilitan información periódica a este espacio relacionado con preguntas frecuentes al correo electrónico y estadística de uso de la aplicación. Se define la periodicidad de la actualización, los contenidos y la persona encargada de asumir por un lado la actualización y por otro la carga mensual de información en la intranet institucional. Como punto de partida se toma como referente la intranet diseñada por el grupo de informatización de la historia clínica en la web institucional. Con todo ello se elabora un procedimiento normalizado de trabajo.

**RESULTADOS:**

En marzo de 2012 se abre este espacio en la web institucional, por lo que llevamos tres meses de rodaje. Se pretende abrir una ventana a la información, que no sólo tenga el icono de acceso directo a la aplicación sino información atractiva o de interés a los profesionales que les motive o facilite el uso de la aplicación. Los contenidos son los siguientes: Noticias (actualizaciones continuas que se llevan a cabo en eSOAP), "Estamos trabajando en" donde informamos mensualmente de los aspectos en los que el grupo coordinador y los informáticos están trabajando, "sabías que" ( mensual) espacio novedoso con temas de interés relacionados con un cuadro de mando, "preguntas frecuentes" que se trasladan a eSOAP con la respuesta tipo (área de formación mediante demos a las que se llama "Aulas virtuales", espacio con los documentos de interés divulgativo relacionados con uso de eSOAP (4 documentos) y las presentaciones más relevantes que se van generando (7). Estadística de uso en la que se recogen (ultima actualización 30 abril: que 5332 usuarios están registrados en la aplicación, de los que 4423 han accedido en los últimos 12 meses que suponen el 79% de los registrados, con una media de 14 accesos/usuarios/mes).

**DISCUSIÓN:**

Con el importante volumen de trabajo de los profesionales de atención primaria, resulta necesario hacer atractivo a fuentes de datos que pueden serles de interés en la práctica diaria. Con la ayuda de una grupo que representa a los usuarios y definiendo una sistemática de trabajo, se ha creado un espacio en la intranet que mantiene al día a los profesionales del estado de eSOAP, actualizaciones, documentos de interés, curiosidades y datos de uso.

**CB - 090.- APLICACIÓN WEB PARA LA GESTIÓN DESCENTRALIZADA DE LA EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.**

RODRÍGUEZ-CONTRERAS H, PERIÁÑEZ-VEGA M, ESPOSITO-GONFIA T, PACHECO-MERA ME, FUENTES-BARRERA F, DOMÍNGUEZ-ROJAS D.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. SEVILLA.

**OBJETIVOS:**

El Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía) surge en el marco del Plan Estratégico de Formación Integral del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) para dar soporte a los procesos de aprendizaje y desarrollo profesional continuo de los profesionales de la salud.

Una de sus iniciativas ha sido la reciente puesta en marcha de Evalúa, una aplicación que permite la gestión descentralizada de la evaluación de las actividades formativas dirigidas a profesionales de la salud. La finalidad de esta iniciativa es ofrecer a los profesionales una herramienta para llevar a cabo las tareas de evaluación, conforme con los criterios de calidad establecidos en los programas de acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. De esta forma, se pretende, por un lado, facilitar la acreditación, y por otro, homogeneizar la manera de evaluar la formación a través de la extensión de modelos de cuestionarios que permitan explotar los resultados de todo el SSPA.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El Observatorio para la Calidad de la Formación ha elaborado unos cuestionarios estándar, a partir de los elementos de calidad que han sido destacados en el ámbito de los programas de acreditación.

La aplicación facilita la gestión descentralizada y autónoma de la evaluación de las actividades de formación, facilitando la distribución de estos cuestionarios por correo electrónico, así como la recogida online y el análisis de los resultados en un entorno web privado. Los cuestionarios permiten evaluar dimensiones como la satisfacción de discentes y docentes, las expectativas del alumnado y la opinión de los participantes y ponentes en formación tipo congreso, jornada y seminario.

**RESULTADOS:**

Tras su lanzamiento, realizado el 18 de mayo 2012, Evalúa ha recibido 102 solicitudes de registro por parte de profesionales vinculados a la formación y desarrollo profesional en unidades y centros del SSPA y de otros organismos del territorio nacional. En el periodo 18-31 de mayo, la aplicación ha recibido 637 visitas de 360 usuarios únicos que han visualizado 4.185 páginas, por una media de 6,57 páginas por visita. Se trata de un tráfico de calidad, que evidencia una alta interacción de los usuarios con la aplicación, ya que la duración media de la visita es de 6 minutos y 25 segundos y la tasa de rebote (usuarios que solo ven una página del sitio antes de abandonarlo) es de un 38,93% - frente a una tasa del 72,42% del portal. Asimismo, el 72,37% de los usuarios que visitan Evalúa suelen volver a hacerlo.

**DISCUSIÓN:**

Los datos sobre la respuesta de los profesionales y el tráfico web hacia la aplicación evidencian la extensión de los modelos de cuestionarios de Evalúa en los 39 centros que están usando la herramienta. Esto facilita el cumplimiento de los criterios de calidad relativos a los procedimientos de evaluación, especialmente, en el ámbito de la acreditación de la formación continuada.

**CB - 091.- NORMALIZACIÓN DE PLANTILLAS EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA.**

CASADO-LÓPEZ M, AYLLÓN-DE PABLO JJ, SÁNCHEZ-NIÑO V, TOLEDO-GÓMEZ D, DÍAZ-HOLGADO A, RINCÓN-VILLAREAL Y.

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. MADRID.

**OBJETIVOS:**

Normalizar las plantillas de la Historia Clínica Electrónica (HCE),, como documentos para la elaboración de informes asistenciales y no asistenciales, mediante la obtención de datos almacenados en la HCE, de Atención Primaria. Identificación de las diversas plantillas almacenadas tras el proceso de migración de la HCE de un modelo de gestión distribuido, a un modelo de gestión centralizado, con el fin de proceder a la normalización y estandarización de la información contenida en la HCE.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se constituye un grupo de trabajo multidisciplinar que desarrolla el trabajo en varias etapas:

1. Identificación de las plantillas existentes en los sistemas informáticos de los CS, con el fin de conocer las que dan respuesta a las necesidades de los profesionales.
2. Agrupación de las plantillas que son utilizadas con una misma finalidad por las distintas categorías profesionales en la mayor parte de los CS, con el fin de llevar a cabo la normalización de las mismas.
3. Elaboración de un procedimiento normalizado de trabajo (PNT), que permita normalizar las plantillas existentes y elaborar e incorporar nuevas plantillas en función de las necesidades que surjan en los centros de salud, en el que se definen:
  - a) Criterios de Pertinencia para la elaboración de nuevas Plantillas.
  - b) Codificación de las Plantillas.
  - c) Manual de estilo para elaborar las Plantillas.
  - d) Nivel de visibilidad asociado a los distintos grupos de Plantillas: Comunidad, Dirección Asistencial o Centro.
  - e) Grupos de plantillas existentes para su categorización.
  - f) Utilización por categorías profesionales: Médicos, Enfermeras, U. de Apoyo, Administrativos.
  - g) Creación de un Banco de Plantillas.
4. Normalización de las plantillas identificadas y agrupadas previamente según el diseño del PNT.
5. Incorporación al Banco de plantillas y a los SIS.
6. Eliminación de las plantillas duplicadas. Pasan a no vigentes.
- 7 Difusión del proyecto: A los Directores asistenciales y Directores de centros de salud. A todos los profesionales a través de la WEB.

**RESULTADOS:**

Se identificaron un total de 2243 Plantillas susceptibles de normalizar.

Se crearon 6 Grupos de Plantillas: Administrativas, Informes/Certificados, Solicitudes/Peticiones, Procedimientos/Derivaciones, Prescripciones y Consentimientos Informados.

Se genera una petición de desarrollo funcional para la HCE que permitirá visualizar los grupos de plantillas por categoría profesional.

Se realizan un total de 6 sesiones de trabajo.

**DISCUSIÓN:**

La normalización de las plantillas en los Sistemas de Información Sanitaria de Atención Primaria permitirá a los profesionales disponer de la documentación unificada necesaria para la realización de actividad asistencial y administrativa.

Supone una mejora en la gestión de documentos, evitando duplicidades y errores en su utilización.

Los ciudadanos recibirán la misma información escrita independientemente del centro de atención.

## **Sesión de Comunicaciones Orales Breves.**

### **Sala C1.**

**Miércoles, 7 de noviembre / 16:00 h. – 18:00 h.**

## **Formación Continuada / Gestión de Personas.**

**CB – 092 / CB – 118**

**CB - 092.- MEJORA DE LA CALIDAD DE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL.**

RIBALTA-TORRADES T, PALAU-PUJOL M.

FUNDACION ORIENTA.

**OBJETIVOS:**

- 1/Evaluar individualmente la capacitación psicoterapéutica, la formación clínica y las preferencias formativas.
- 2/ Desarrollar un plan de formación y docencia y planificar su evaluación.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Fase I: Entrevistas personales semiestructuradas acerca de la percepción individual de necesidades e intereses de formación.

Fase II: Estudio de las necesidades de formación a través de una exposición individual de casos clínicos analizando la función psicoterapéutica y la función clínica y análisis de resultados a partir de parámetros fiables inter-evaluadores.

Fase IV: Elaboración de un Plan de formación y docencia eficientes en base a los resultados y en concordancia con el Plan estratégico.

**RESULTADOS:**

- 1/ Los intereses profesionales son muy dispersos en temáticas de salud mental;
- 2/ En el proceso clínico predominan las valoraciones del entorno del niño o adolescente por encima del análisis del individuo;
- 3/ El pronóstico clínico como elemento crucial en la previsión de la eficiencia del tratamiento es un elemento significativamente omitido en el análisis clínico;
- 4/ Las capacidades psicoterapéuticas no siguen una distribución normal, con valores muy extremos.

**DISCUSIÓN:**

- 1/Planificación de la formación integrando la valoración de las capacidades psicoterapéuticas del profesional y conjugando las necesidades de especialización de la empresa con los intereses individuales.
- 2/La exposición individual de casos clínicos puede ser un predictor de las necesidades formativas.

Calidad de la Formación, Capacitación Psicoterapéutica. Capacitación Clínica. Docencia.

**CB - 093.- ANÁLISIS DE LA ACREDITACIÓN DE PROGRAMAS DE FORMACIÓN CONTINUADA.**

VALVERDE-GAMBERO E, ALMUEDO-PAZ A, VILLANUEVA-GUERRERO L, MUDARRA-ACEITUNO MJ, MUÑOZ-CASTRO FJ.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. SEVILLA.

**OBJETIVOS:**

El Proceso de Acreditación de Programas de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, fue puesto en funcionamiento en 2007 por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

El objetivo de este estudio es analizar la evolución de la acreditación de programas de formación continuada.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Para ello se ha tomado en consideración el período comprendido entre 2008 y 2011.

Y se han tenido en cuenta las siguientes variables: nº de programas acreditados, nivel de acreditación, calidad del diseño, tipo de formación.

**RESULTADOS:**

Se han acreditado 911 programas de formación continuada con un total de 7762 actividades.

En 2008 se acreditaron 16 programas formativos; en 2009, 124; en 2010, 348 y en 2011, 423.

El 56% de las actividades se acreditan a través del proceso de acreditación de programas.

El componente de calidad medio de las actividades de programas acreditados es de 1,89 sobre 2,8.

El porcentaje de cumplimiento medio de estándares de calidad es del 67%.

Los criterios de calidad con mayor nivel de cumplimiento están relacionados con la estructura e instalaciones utilizadas durante la formación.

**DISCUSIÓN:**

A lo largo del periodo estudiado se ha producido un aumento del número de programas acreditados.

La acreditación de programas es una herramienta de calidad de la formación cada vez más utilizada por las organizaciones para el desarrollo profesional continuo de sus profesionales sanitarios.

**CB - 094.- IMPACTO SOBRE EL NÚMERO DE RECLAMACIONES TRAS LA INTRODUCCIÓN DE PERSONAL DE INFORMACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.**

TORRES-MACHO J, SÁNCHEZ-ÁLVAREZ MT, GARCÍA RISCO-GARCÍA EV, GARCÍA DE CASASOLA G.

INFANTA CRISTINA. PARLA (MADRID).

**OBJETIVOS:**

Los servicios de Urgencias reciben un alto porcentaje de las reclamaciones totales de un centro hospitalario. La demora asistencial y la importante presión asistencial en determinadas franjas horarias condicionan dicha situación. El objetivo de este estudio es analizar el impacto en el número de reclamaciones a nuestro servicio de Urgencias hospitalario tras la introducción de personal dedicado de forma específica a la atención e información a familiares.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

La apertura del centro hospitalario se realizó en el primer trimestre de 2008, la actividad asistencial del servicio de urgencias ronda las 90.000 visitas al año. A principios de 2009 comenzaron a trabajar como personal específico de atención e información a familiares dos personas en turno de mañana y tarde asegurando el cumplimiento de los tiempos de información definidos en un protocolo específico del centro.

**RESULTADOS:**

El número de reclamaciones medio previo a la introducción del personal de información (marzo 2008-febrero 2009) fue de 0,6%. El número de reclamaciones tras la puesta en marcha de este servicio de atención a familiares fue el siguiente:

- marzo 2009-diciembre 2009:0,17%
- Año 2010: 0,16%
- Año 2011: 0,12%.

**DISCUSIÓN:**

La introducción de personal específico de atención e información a familiares en un servicio de Urgencias proporciona un descenso mantenido y progresivo del número de reclamaciones a dicho servicio, que traduce una mayor satisfacción por la información recibida y mostrando que la información deficiente o con demora es uno de los motivos más frecuentes de reclamación.

**CB - 095.- CALIDAD DE VIDA DE LOS PROFESIONALES (CVP) EN EL MODELO ASTURIANO DE GESTIÓN CLÍNICA.**

RANCAÑO-GARCÍA I, SÁNCHEZ-FERNÁNDEZ AM, DÍAZ-VÁZQUEZ C, SUÁREZ-ÁLVAREZ O, SUÁREZ-GUTIÉRREZ R, DÍAZ-CORTE C.

SERVICIO DE GESTIÓN CLÍNICA. SERVICIOS CENTRALES. SESPA. OVIEDO (ASTURIAS).

**OBJETIVOS:**

Analizar la CVP en el Modelo Asturiano de Gestión Clínica, puesto en marcha en el año 2009 (Decreto BOPA 66/2009) y dentro del cual se incluye la evaluación de la CVP como una de las acciones a las que se comprometen las Unidades y Áreas de Gestión Clínica (UGC/AGCs).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se utilizó el cuestionario validado QVP-35 (copyright Salvador García), autocumplimentado y anónimo. Consta de 35 ítems, que se puntúan de 1 a 10, y tres preguntas adicionales.

Se calculó para cada UGC/AGC el tamaño mínimo de muestra necesario (CI 95%, error máximo 10%). Una vez cumplimentado el cuestionario se introducían los datos, desde la propia UGC/AGC, vía web. Para el análisis se utilizó SPSS 15.0.

Se presentan los datos como medias y desviaciones estándar, o frecuencias según los casos, y sólo valores con diferencias significativas ( $p < 0,05$ ). Se realiza un análisis descriptivo y comparaciones atendiendo al ámbito de funcionamiento: Atención Especializada (AE), Salud Mental (SM) y Atención Primaria (AP); al tiempo como UGC/AGC; o al tiempo en la empresa.

**RESULTADOS:**

1424 profesionales cumplimentaron el cuestionario (65% AE, 22% SM, 12% AP). 77% (1098 profesionales) trabajan en una UGC/AGC que está en su segundo año; el mismo porcentaje, 77%, lleva 5 o más años en la empresa. El grupo más numeroso es el B (30%).

Los profesionales de AE son los que consideran que tienen más trabajo ( $8,2 \pm 1,4$ ) con un menor reconocimiento de su esfuerzo ( $4,5 \pm 2,5$ ) pero con una mayor capacitación ( $8,6 \pm 1,2$ ). Los de SM son los que tienen más ganas de ser creativos y los más satisfechos con su trabajo ( $7,2 \pm 1,7$ ). Los de AP los más satisfechos con el sueldo ( $5,4 \pm 2,3$ ) y los que refieren mejor calidad de vida en su trabajo ( $6,5 \pm 1,7$ ) pese a que tienen más conflictos con otras personas ( $3,9 \pm 2,6$ ).

Comparando tiempo de funcionamiento las AGC/UGCs de AE que llevan 2 años funcionando tienen valores más positivos en 23 de los 35 ítems que las de 1 año; en SM sólo en 5 ítems tienen mejores resultados que las de 1 año y en 4 peores. En AP no existen UGCs de 1 año, comparando las de 2 y 3 años éstas mejoran en 9 ítems pero tienen más cantidad de trabajo, presión y carga de responsabilidad.

23 de los 35 ítems son más favorables en los profesionales que llevan en la empresa menos de 5 años. Los que llevan 5 o más sin embargo se consideran más capacitados para hacer su trabajo ( $8,1 \pm 1,5$  vs  $8,5 \pm 1,3$ ).

El 45 % de los profesionales cree que la encuesta no contribuirá en nada a mejorar su trabajo, este porcentaje baja al 32% en los profesionales que llevan en la empresa menos de 5 años.

**DISCUSIÓN:**

Los resultados indican que el Modelo Asturiano de Gestión Clínica favorece la mejora en la percepción de la CVP si bien hay diferencias según los ámbitos. Llevar menos de 5 años en la empresa o estar en el segundo o tercer año de implantación de la Gestión Clínica se asocian con mejores percepciones. En cualquier caso es necesario establecer mecanismos de comparación con profesionales que no estén dentro del Modelo de Gestión Clínica.

**CB - 096.- ANÁLISIS DE LAS PRÁCTICAS QUE REALIZAN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.**

MARCELLÁN-NARROS C, AGINAGA-BADIOLA JR, AVILÉS-AMAT J, ZUPIRIA-GOROSTIDI X, BUSCA-OSTOLAZA P, GARCIARENA-EZQUERRA J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA. DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN.

**OBJETIVOS:**

Desde el año 2008 los estudiantes del 6º curso de la Licenciatura de Medicina de Donostia, dependiente de la Universidad del País Vasco, realizan prácticas en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Donostia. Con estas prácticas esperamos que los estudiantes consigan entre otras unas competencias y objetivos concretos. Analizar con la estructura, medios dispuestos para las prácticas y las acciones impulsadas:

- El grado de cumplimiento de los objetivos propuestos.
- El grado de la adquisición de las competencias.
- El grado de satisfacción de las prácticas realizadas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Encuesta anónima enviada por email en Abril/2012 a través de la plataforma google docs a todos los alumnos que realizaron prácticas en el Servicio de Urgencias de las promociones 2008 a 2012.

**RESULTADOS:**

Del total de 78 alumnos que realizaron las prácticas, respondieron la encuesta 46 (58,9%). Destacando los datos más significativos, en relación al logro de los objetivos de las prácticas, consideran en referencia a aspectos relacionados con la organización que:

-Las explicaciones dadas el primer día de las prácticas les ayuda en: Mucho 50% y Totalmente 27,8%.

-La visita realizada el primer día a las distintas áreas del Servicio de Urgencias les ayuda en: Suficiente 30,6%, Mucho 33,3% y Totalmente 33,3%.

-La ayuda o disposición mostrada por los MIR y adjuntos les ayuda en: Suficiente 36,1% y Mucho 41,7%

-La duración de las prácticas les parece: Suficiente 36,1% y Mucho 33,3% y el horario más adecuado es de: 9-12h 13,9%, 9-13h 61,1%, 8-13h 13,9%.

-La duración de las prácticas les ayuda en: Poco 36,1%, Suficiente 30,6%.

•En relación a la competencia de saber llevar el control de los pacientes atendidos y realizar el diagnóstico diferencial, consideran que la cumplimentación de la hoja diseñada para este fin les ayuda en el logro de los objetivos en: Suficiente 38,9%, Mucho 36,1%

•En relación a la competencia de saber realizar la historia clínica a los pacientes atendidos en Urgencias consideran que la realización de 2 historias clínicas por semana/area les ayuda en Mucho 52,8% y Totalmente 22,2%.

-osasunLingua, como guía para la realización de Historias Clínicas les ayuda Mucho 52,8% y Totalmente 16,6%.

-Las sesiones de revisión/corrección de Historias Clínicas realizadas con el tutor les ayuda en: Mucho 41,7% y Totalmente 41,7%.

**DISCUSIÓN:**

Los aspectos mejor valorados para el logro de los objetivos propuestos son las sesiones de revisión/corrección de las historias clínicas (83,4%), las explicaciones dadas el primer día (77,8%), la realización de historias clínicas (75%), osasunLingua como guía (69,5%). Los aspectos peor valorados son la duración de las prácticas (38,9%), considerando que la más adecuada es de 4 horas (61,1%) y 4 semanas 52,8%.

Con una valoración general positiva del 61,1% de las prácticas realizadas es de destacar que el 97,2% recomendarían las prácticas en el Servicio de Urgencias como medio para la adquisición de la adecuada experiencia clínica.

## **CB - 097.- HERRAMIENTA WEB PARA LA GESTIÓN DE LA FORMACIÓN EN SALUD EN UN ENTORNO CORPORATIVO Y COLABORATIVO.**

GARCÍA-RIOJA F, FERNÁNDEZ-SACRISTÁN-GARRIDO B, PERIAÑEZ-VEGA MT, ESPÓSITO-GONFÍA T.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA. SEVILLA.

### **OBJETIVOS:**

El proyecto está dirigido por el Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud, con el objetivo de disponer de una herramienta web para la gestión de la formación que de respuesta a los 52 centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), con acceso a más de 100.000 profesionales, y que sustituya a aplicaciones locales por centro. Incluye la integración con la aplicación diseñada para la elaboración de planes de desarrollo individual (PDI), que dan respuesta a las necesidades de adquisición o fortalecimiento de competencias de los profesionales de la salud del SSPA.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

La heterogeneidad en la gestión de centros de formación, requirió la creación de un grupo de expertos con el objetivo de definir los procesos y fases, para la búsqueda de fórmulas en un entorno corporativo y colaborativo.

### **RESULTADOS:**

Este trabajo ha incluido la identificación de los requisitos para el diseño de una aplicación web que importe necesidades de formación de los profesionales, y la integración con la aplicación que administra los planes de desarrollo individual (PDI), teniendo como resultado un aplicativo corporativo con las siguientes características:

Acceso a todos los profesionales con diferentes roles: docentes, discentes, responsables etc.

Gestión on line de los procesos: financiación, presupuestos, recursos, autorizaciones y firmas, avisos y comunicaciones, etc.

Importa necesidades de formación basadas en gaps en competencias y buenas prácticas desde los planes de desarrollo individual de los profesionales(PDI).

Espacio de trabajo compartido: banco de docentes, oferta formativa centralizada y gestión documental.

Se integra con una herramienta avanzada de explotación de datos que genera informes y facilita mediciones de transferencia e impacto.

Enlaza con una herramienta on line, para la evaluación de la formación, a través de cuestionarios específicos de expectativas, satisfacción de docentes y discentes, etc.,incluyendo la recogida y análisis de resultados.

### **DISCUSIÓN:**

El uso de herramientas en un entorno compartido unifica los procesos de formación, teniendo en cuenta la descentralización y la autonomía de cada centro, situando el conocimiento y la formación como un valor esencial para la mejora de la calidad de los servicios y los resultados sobre la salud de la población.

El aplicativo ha concluido el pilotaje en tres centros,y en la actualidad está en fase de auditoría, previa a su implantación.

**CB - 098.- ANALISIS DE LAS EXPECTATIVAS DE LOS NUEVOS RESIDENTES EN CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

TENZA-SOTO MJ, PÉREZ-GARCÍA MC, LÓPEZ-LÓPEZ E, ALCARAZ-MARTINEZ J, VIVES-HERNÁNDEZ JJ, ANDREO-MARTÍNEZ J.

MORALES MESEGUER. MURCIA.

**OBJETIVOS:**

Analizar las expectativas y conocimientos sobre calidad y seguridad del paciente de los residentes a su llegada al Área para iniciar la docencia.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En la jornada de acogida de nuevos residentes, se ha repartido un cuestionario de 5 preguntas dicotómicas, tres preguntas de respuesta abierta y una en la que se pedía que se valorara en escala likert de 0 a 10 el grado de seguridad del Hospital y de Urgencias. Los resultados de esta valoración se han comparado con los expresados por residentes y trabajadores del centro. En el mismo cuestionario se incluían 10 casos clínicos en los que se pedía que se expresase si estaba indicado el uso de gastroprotección en los 5 primeros y la pauta de profilaxis frente a enfermedad tromboembólica en los 5 restantes. El cuestionario ha sido respondido por todos los asistentes a la Jornada.

**RESULTADOS:**

Se han recogido los resultados de 40 cuestionarios. En ellos, sólo el 10% (4 casos) manifestaba tener formación en calidad asistencial aunque el 67% era capaz de dar una definición de calidad asistencial más o menos válida. Todos menos uno (97,5%) de los encuestados estaban dispuestos a recibir formación sobre este área en la residencia.

Respecto a Seguridad del Paciente el 22,5% tenían algún conocimiento sobre el tema y todos estaban dispuestos a recibir formación extra sobre el tema. En cuanto a la calificación del grado de seguridad del paciente este Hospital, sólo un 55% de residentes respondieron, valorándola con una puntuación media de 7,4. El grado de seguridad del servicio de urgencias fue valorado por el 47,5% de los encuestados con una puntuación de 7,6. Esta puntuación contrasta con la expresada por residentes de promociones anteriores y resto de personal de Urgencias que lo han valorado en 5,7 y 6,38 puntos respectivamente.

Los resultados en los casos clínicos han sido similares a años anteriores, con sólo 2 cuestionarios con 10 aciertos.

**DISCUSIÓN:**

Son minoría los que expresan su conocimiento sobre calidad asistencial y llama la atención que sean más del doble los que expresen tener conocimiento sobre seguridad del paciente. Así mismo, llama la atención que aunque sólo fuesen algo más de la mitad de los encuestados los que respondieron, la valoración del grado de seguridad del paciente sea tan positiva.

**CB - 099.- DISEÑO DE UN PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA Y NUEVAS HERRAMIENTAS DE COMUNICACIÓN Y EVALUACIÓN.**

DE ALLENDE-ACHALANDABASO A, VALTIERRA-ARAGON MT, TAMARGO-ALONSO A, SOLOZABAL-ORBEGOZO K, GARAY-RUBIO T.

HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO. ELORRIO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

Dar respuesta a las necesidades formativas los colectivos presentes en el hospital presentando un programa de formación continuada (FC) conjunto.

Mejorar la comunicación y la información de los usuarios de la formación. Avanzar en sistemas de evaluación más objetiva que permitan mejorar los procesos de enseñanza-aprendizaje y el diseño de programas anuales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Para el diseño del programa de formación anual, primero se evalúa el año anterior a fin de obtener datos e indicadores de los resultados obtenidos. Se analizan los resultados de encuestas de satisfacción de asistentes así como la encuesta a docentes, diseñada recientemente por la Unidad de Formación Continuada (UFC) del centro. También se utilizan los resultados de la "encuesta de satisfacción de personas del hospital". A esto se le añade la información de la encuesta de detección de necesidades formativas de la organización central de Osakidetza y reuniones individuales con líderes y otros trabajadores referentes involucrados en actividades formativas de una u otra manera, para establecer las prioridades formativas de cada categoría.

Una vez recopilados y explotados los datos se presentan ante la Comisión de Formación Continuada (CFC) hasta completar y aprobar el programa anual definitivo. Para la difusión, tanto del programa de formación continuada como de otras cuestiones relacionadas, se creó dentro de la Intranet del hospital un apartado específico para la UFC.

**RESULTADOS:**

Se han creado la CFC como órgano colegiado para el abordaje y coordinación de la misma, así como la UFC para la gestión sistemática de la formación continuada del. Se han establecido normativa y criterios para la gestión de la FC que permiten una selección objetiva de candidatos a las actividades y un exhaustivo control y registro. Se ha abordado la formación de los trabajadores del hospital dentro del propio centro a través del plan anual, ampliando significativamente la oferta que había hasta su puesta en marcha, consiguiendo además mejorar y propiciar el trabajo en equipo entre la UFC y docencia médica y de enfermería. Se ha mejorado la difusión mediante la intranet y se ha mejorado la evaluación de actividades del plan mediante la incorporación de la encuesta a docentes añadiendo así al conocimiento del grado de satisfacción obtenido en los asistentes, el conocimiento sobre el grado de aprovechamiento de la acción desde el punto de vista del/de la docente.

**DISCUSIÓN:**

La formación recibida por los profesionales del hospital repercute directamente en la calidad asistencial que recibe el paciente/usuario, ya que con el desarrollo del plan de formación continuada que se ha establecido se ha conseguido añadir valor a la formación mayoritariamente técnica que se venía impartiendo en este centro, con otras formaciones transversales que completan las primeras y mejoran la calidad de la asistencia integral de paciente y familiares y la coordinación y cooperación entre profesionales del centro (trabajo en equipo, comunicación y trato ...).

**CB - 100.- EXPERIENCIA FORMATIVA EN EL ALUMNADO DE PRE GRADO DE LAS ESCUELAS UNIVERSITARIAS DE ENFERMERÍA.**

PRADOS-MORENO JC, LÓPEZ-SILVA MC, DE LA PEÑA-CRISTIÁ M, RODRÍGUEZ-GONZÁLEZ DEL BLANCO PS, GRAÑA-GARRIDO MI.

SERVICIO GALLEGO DE SALUD. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

**OBJETIVOS:**

Evaluar los conocimientos que tiene el alumnado de estas Escuelas Universitarias en materia de género, violencia de género y su importancia a nivel sanitario.  
Medir el impacto de nuestra actuación a través de los resultados obtenidos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Antes del comienzo de las clases se repartió un cuestionario con cinco preguntas de respuesta única (sí, no, no contesta) con la pretensión de registrar los conocimientos previos del alumnado sobre la atención a las mujeres en situación de violencia de género. Después de la intervención, de tres horas de duración, se volvió a repartir otro cuestionario, igual que el primero.

Los datos fueron volcados en una tabla de excel y analizados con el programa SPSS.

**RESULTADOS:**

Los talleres sobre la atención a las mujeres en situación de violencia de género se realizaron en las Escuelas Universitarias de Enfermería de nuestra Comunidad Autónoma.

El número total de asistentes fue 306 de los que, 256 son mujeres ( el 83,7%) y 50 hombres ( el 16,3 %).

De la totalidad del alumnado, 148 personas cubrieron el cuestionario y la mayoría , en la encuesta realizada antes de comenzar la clase, refirió conocer el significado de violencia (98,6 %).

Al preguntarles por primera vez sobre el conocimiento del significado de la violencia de género, fue un 90,5 % del alumnado el que respondió afirmativamente.

Después de realizar el segundo cuestionario, la contestación afirmativa pasó a ser de un 97,3 %.

También la práctica totalidad del alumnado atribuyó un papel fundamental al sanitario en la atención de las mujeres en situación de violencia de género.

El 69,6 % sabían, a priori, lo que es un parte de lesiones, siendo un 95,3 % los que tenían claro ese concepto al final del curso.

Ante la pregunta sobre la existencia de violencia de género en los hombres, solo el 35,1 % respondió que NO y, al pasar la segunda encuesta, ese NO fue respondido por el 77,7 %.

De los que respondieron saber lo que era violencia de género, un 65% también se lo asignó a la violencia sufrida por los hombres. Tras la clase, ese porcentaje disminuyó hasta el 21%.

**DISCUSIÓN:**

La mayoría del alumnado de enfermería cree conocer lo que es la violencia y en concreto, la violencia de género. Pero cuando la pregunta ahonda más en los conceptos, se encontraron errores de base. Un 64 % del alumnado también identificó como violencia de género aquella ejercida hacia los hombres y lo continuaron pensando cuando se les preguntó por segunda vez.

Los resultados obtenidos después de la actuación formativa apoyan la efectividad de la misma y descubren lagunas donde seguir trabajando.

**CB - 101.- EVOLUCIÓN DE LAS SESIONES CLÍNICAS ACREDITADAS EN ANDALUCÍA.**

VILLANUEVA-GUERRERO L, MUDARRA-ACEITUNO MJ, HERCE-MUÑOZ A, ALMUEDO-PAZ A, VALVERDE-GAMBERO E, MUÑOZ-CASTRO FJ.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. SEVILLA.

**OBJETIVOS:**

El Modelo de Acreditación de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, fue puesto en funcionamiento en 2003 por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Como producto de la evaluación de las solicitudes de acreditación se emite un resultado cualitativo, denominado Componente Cualitativo (CCL), que comprende entre los valores 1 y 2,8.

Entre las tipologías de actividades acreditables se encuentra la sesión clínica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Análisis descriptivo de la evolución de las sesiones clínicas acreditadas por el modelo andaluz, durante el periodo 2003-2011.

Variables: CCL Medio, horas docentes, oportunidades de formación, nº de sesiones clínicas acreditadas.

**RESULTADOS:**

Durante el periodo estudiado fueron acreditadas 19249 actividades en cualquier tipología, de las cuales 6179 corresponden a sesiones clínicas. Desglosando los resultados por años:

En el periodo 2003-2006 fueron acreditadas 1236 actividades, de las cuales ninguna era sesión clínica (0%); en el año 2007 de 1274 acreditadas, 24 fueron sesiones clínicas (1,88%); en el año 2008 de 1832 acreditadas, 131 fueron sesiones clínicas (7,15%); en el año 2009 de 2893 acreditadas, 743 fueron sesiones clínicas (25,68%); en el año 2010 de 5740 acreditadas, 2488 fueron sesiones clínicas (43,34%) y en el año 2011 de 6274 acreditadas, 2793 fueron sesiones clínicas (44,51%).

El CCL Medio de las sesiones clínicas durante todo el periodo fue 1´8, y su evolución anual fue: en el año 2007, 1´86; en 2008, 1´96; en 2009, 1´88; en 2010, 1´83 y en 2011, 1´72.

Durante este periodo estudiado, se han ofertado un total de 170534 oportunidades de formación y 11900 horas docentes, a través de sesiones clínicas.

**DISCUSIÓN:**

A partir del año 2007, se está experimentando un crecimiento progresivo anual en el nº de sesiones clínicas acreditadas.

La proporción de sesiones clínicas acreditadas respecto al total de actividades acreditadas está experimentando también un incremento, pasando a ser en 2011 el 44,51% del total.

La evolución del CCL Medio anual evidencia una adaptación cualitativa de las sesiones clínicas con los cambios que se están produciendo hasta la actualidad (actualización de los criterios de calidad en el año 2010, crisis económica, etc.).

Por todo ello, podemos decir que la sesión clínica es una tipología formativa que se está integrando, cada vez más, como instrumento para la formación y desarrollo en el desarrollo de los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

**CB - 102.- DESPLIEGUE DE UN PROGRAMA FORMATIVO INTEGRAL EN TAXONOMIA Y METODOLOGÍA ENFERMERA EN SALUD MENTAL.**

LOPEZ-ZABARTE P, ISASI-ACOSTA L, DEL CAMPO-GONZALO MT, BILBAO-MAIZA A, MATTHIES-BARAIBAR MC, RODRIGUEZ-ITURRIZAR AI.

RED DE SALUD MENTAL BIZKAIA (OSAKIDETZA). BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Diseñar un programa formativo para capacitar al equipo de enfermería, enfermeras, auxiliares de enfermería y monitores, en metodología y taxonomías enfermera, cada perfil en su nivel, con contenidos adaptados a su desempeño, para garantizar una atención integral y mayor calidad en los cuidados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El diseño se inicia en el análisis de las necesidades derivadas del diagnóstico de necesidades formativas 2010 y 2011. Se realiza a dos niveles, uno dirigido a enfermeras y otro a auxiliares y monitores, adaptados en su desarrollo a las necesidades de cada uno de los colectivos para el desempeño de su rol profesional; en la enfermera está centrado en actualizar conocimientos teórico-prácticos sobre la taxonomía enfermera y la metodología enfermera NANDA, NOC y NIC y, en el caso del auxiliar de enfermería/monitor está dirigido a profundizar en el conocimiento de su rol dentro del proceso, valorando la importancia de su aportación al trabajo enfermero con el paciente en salud mental y específicamente dentro de la realización del plan de atención de enfermería (PAE), ampliando sus conocimientos teórico-prácticos sobre esta metodología y el uso de la terminología enfermera más habitual. La formación se incluye como parte del itinerario formativo de estas profesiones; implica su programación periódica, con el objetivo de formar progresivamente a todos los profesionales. En el despliegue formativo se tienen en cuenta prioridades de formación de ámbitos de trabajo específicos, en particular en el ámbito comunitario.

**RESULTADOS:**

De mayo de 2011 a junio de 2012 participan 68 enfermeras y 50 aux. enfermería/monitores, lo que representa el 46% y el 16% de la plantilla estructural respectivamente; la demanda es claramente superior a la oferta (más del doble a las plazas ofertadas en cada convocatoria). Índice de satisfacción de la formación, 82% y 78% en enfermeras y auxiliares/monitores respectivamente; igualmente la valoración de la utilidad percibida del 80% y 71% en cada grupo. Cualitativamente se recoge como lo más positivo que ayuda a actualizar y aprender la nomenclatura, permite comunicarse de la misma forma, unificar formas de trabajo, transmitir motivación profesional al tener mayor consciencia del sentido del trabajo que se lleva a cabo, mejorar el desempeño en el uso de herramientas prácticas del trabajo diario. En cuanto a sugerencias de mejora destacar que es necesario más tiempo para profundizar en conocimientos, repetir la formación lo más cercano posible a la unidad y más tiempo a casos prácticos.

**DISCUSIÓN:**

El diseño de un itinerario formativo, que contemple a todo el personal de enfermería como equipo, permite progresar de forma conjunta en el despliegue de competencias enfermeras. Los resultados positivos en satisfacción y utilidad así lo respaldan. Como área de mejora, quedan definir herramientas que permitan la supervisión de la puesta en práctica de lo aprendido a medio plazo (efectividad de la formación), es decir la transferencia real al puesto de trabajo.

**CB - 103.- VMNI: ¿EMPEZAMOS DE NUEVO?.**

HORTELANO-GUILLAMÓN A.

HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO. CIEZA (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

- \* Incrementar la seguridad del personal de enfermería en cuanto a los cuidados relacionados con la VMNI, aumentando y reforzando su formación.
- \* Aumentar los conocimientos relacionados con la VMNI a cargo del personal de enfermería que incluya:
  - Conocer el equipo de soporte ventilatorio integrado en su unidad.
  - Conocer el montaje correcto del ventilador y ensamblaje de piezas auxiliares.
  - Identificar material necesario para tratamiento, control y aplicación de la VMNI.
  - Identificar la interfase adecuada en función de los factores anatómicos del paciente.
- \* Incrementar la calidad de los cuidados de enfermería en cuanto a VMNI en nuestro servicio.
- \* Incrementar la seguridad del paciente que va a estar sometido a VMNI.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- \* Presentación teórica en power point.
- \* Curso formativo impartido por un enfermero previamente formado en la VMNI.
- \* Cuestionario constituido por cuatro preguntas abiertas relacionadas con el tema, que permitan conocer el nivel de conocimientos antes y después de la formación recibida.
- \* Encuesta de satisfacción del curso recibido por parte del personal enfermería.
- \* Vídeo explicativo sobre el montaje correcto de las piezas y su posterior verificación.

**RESULTADOS:**

- \* Reforzamos conocimientos del personal de enfermería en cuanto a:
  - una elección correcta y control de la interfase.
  - un montaje correcto.
  - una verificación correcta.
  - vigilancia continuada para detección inmediata de complicaciones asociadas.
- \* Aumento de la satisfacción del personal de enfermería al reforzar sus conocimientos.
- \* Aumento de la seguridad en cuanto a los cuidados aplicados.
- \* Utilización adecuada del material destinado en la unidad, bajo los principios de eficacia y eficiencia.

**DISCUSIÓN:**

- \* El personal de enfermería destinado en hospitales comarcales, como miembro de un equipo multidisciplinar, debe estar formado y potenciar su nivel de conocimientos relacionados con la VMNI.
- \* Aumentando los conocimientos, se eleva el éxito de la técnica aplicada.
- \* El personal de enfermería manifiesta su conformidad con el grado de conocimientos adquirido durante la formación.
- \* La calidad de un servicio se ve aumentada de forma directamente proporcional a la formación recibida y continuada del personal que lo integra.

**CB - 104.- JORNADAS DE INTERCAMBIO DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL HOSPITAL SIERRALLANA.**

LOPEZ-MAZA R, HERRERA-CARRAL P, GONZÁLEZ-PUENTE MM, PAZ-ZULUETA M, SANTAMARIA-CORONA G, DIAZ-SAMPEDRO E.

HOSPITAL SIERRALLANA. TORRELAVEGA.

**OBJETIVOS:**

Promover el acercamiento e intercambio de ideas de los distintos profesionales de nuestra área de salud.

Mejorar la formación de los profesionales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El grupo de investigación creado en el Hospital observó la necesidad de mejorar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. Se realizan reuniones periódicas en las que se incorporan profesionales de Atención Primaria y en las que se decidió la creación de las primeras Jornadas de Intercambio de Buenas Prácticas en el año 2010.

Asimismo se detectó la necesidad de incentivar la elaboración de comunicaciones por lo que se diseñaron talleres de capacitación, cuyos objetivos eran dar a conocer las bases y estructura del lenguaje científico, las normas de comunicación, analizar críticamente la presentación de publicaciones científicas, desarrollar hábitos de preparación de presentaciones en público de una comunicación y saber estructurar un sistema de diapositivas de cara a una presentación visual o escrita.

El lema del primer año fue "La responsabilidad de velar por la salud de otros", coincidiendo con el aniversario del fallecimiento de Florence Nightingale y en 2011, año Internacional del Alzheimer, estaba fundamentado en la continuidad del cuidado.

**RESULTADOS:**

En el 2010 se celebraron cuatro ediciones de los talleres de capacitación a los que asistieron un total de 46 profesionales presentándose 38 comunicaciones de las que 18 se defendieron en formato póster. Del total de alumnos que realizaron la formación 15 presentaron comunicaciones.

En 2011, se realizaron tres ediciones de los talleres con 25 asistentes, presentándose 31 comunicaciones de las que 20 se defendieron en formato oral. Los alumnos que realizaron la formación elaboraron 4 trabajos.

La formación ofertada en los años 2010-2011 para la elaboración de comunicaciones fue evaluada mediante una encuesta de satisfacción:

Más del 80% está satisfecho o muy satisfecho con la información que ha recibido sobre los objetivos, el curso es de interés para la actividad profesional y están satisfechos con el curso.

Entre un 70- 80% opinan que el curso ha seguido los objetivos propuestos correspondiendo a las expectativas, el nivel de conocimientos es adecuado transmitiéndose con claridad y habilidad, la relación entre profesor y alumno se ha desarrollado en un clima favorable, el profesorado se ha mostrado accesible y ha facilitado la participación.

**DISCUSIÓN:**

La celebración de las Jornadas ha servido de estímulo a muchos profesionales para la elaboración de comunicaciones científicas. Han permitido detectar áreas de mejora en la coordinación entre niveles asistenciales y han favorecido la comunicación y empatía de los diferentes profesionales.

Los resultados de las encuestas de satisfacción de los talleres resultaron positivos, observándose los frutos en el número y calidad de los trabajos realizados por los asistentes a los mismos.

**CB - 105.- CÓMO HA IMPACTADO LA CRISIS EN LA ACREDITACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUADA.**

VALVERDE-GAMBERO E, MUÑOZ-CASTRO FJ, VILLANUEVA-GUERRERO L, MUDARRAA-ACEITUNO MJ.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. SEVILLA.

**OBJETIVOS:**

Analizar la financiación de las actividades acreditadas por el Modelo Andaluz de Acreditación en el periodo 2007-2011 y la evolución de la calidad de las mismas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Las variables que hemos tenido en cuenta en el estudio han sido: Actividades acreditadas de las entidades internas y externas al Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), CCL (Componente cualitativo obtenido en el proceso de acreditación) y presupuesto global-financiación de la actividad.

**RESULTADOS:**

El número de actividades acreditadas del SSPA fue de 993 en el año 2007, 1522 en el año 2008, 2460 en el año 2009, 5275 en el año 2010 y 5590 en el año 2011. El CCL medio fue de 1,82; con una evolución del 1,85 en los años 2007, 2008, 2009 y 2010 y de 1,76 en el año 2011.

El importe medio de las actividades acreditadas del SSPA fue de 6874€ en el año 2007, 6654€ en el año 2008, 5363€ en el año 2009, 3159€ en el año 2010 y 3167€ en el año 2011.

El número de actividades acreditadas que no pertenecen al SSPA fue de 281 en el año 2007, 310 en el año 2008, 433 en el año 2009, 465 en el año 2010 y 684 en el año 2011. El CCL medio fue de 1,58; con una evolución de 1,57 en el año 2007, 1,60 en el año 2008, 1,64 en el año 2009, 1,61 en el año 2010, 1,52 en el año 2011.

El importe medio de las actividades acreditadas que no son del SSPA fue de 25107€ en el año 2007, 14607€ en el año 2008, 15636€ en el año 2009, 11887€ en el año 2010 y 19796€ en el año 2011.

**DISCUSIÓN:**

Las entidades formativas del SSPA, han conseguido consensuar un descenso del importe medio de la financiación de las actividades acreditadas con un incremento de calidad de las mismas, concluyendo que las entidades proveedoras de formación del SSPA se adaptan a la nueva situación económica garantizando la calidad de la formación a un menor coste económico.

**CB - 106.- INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN SEXUAL AL PACIENTE CARDIOLÓGICO PARA ENFERMERAS.**

DAROCA-MARTÍNEZ T, GÓMEZ-FERNÁNDEZ MC, TORRES-PÉREZ E, GÓMEZ-VIDAL MA, BERMÚDEZ-GARCÍA AJ, GARCÍA-CAMACHO C.

H. U. PUERTA DEL MAR. CÁDIZ.

**OBJETIVOS:**

El desconocimiento de la sexualidad humana desde el punto de vista educativo, hace que los profesionales de enfermería no sepan afrontar las preguntas sobre la sexualidad que puedan realizar los paciente cardiacos, bien por vergüenza o desconocimiento y por otro lado, los pacientes sienten vergüenza de preguntar todo lo que se refiere a la sexualidad.

Por todo ello, la U.G.C. de Cirugía Cardíaca ha detectado el problema y ha organizado una serie de cursos y actividades:

Con estos cursos tratamos de:

- Aumentar el grado de conocimientos sobre la sexualidad humana (enfermería y pacientes)
- Difundir la necesidad de trabajar en equipo y fomentar el trabajo del equipo multidisciplinar para ayudar al paciente a retomar una vida normal
- Estar al día sobre las últimas novedades en medicación para hacer frente a la inhibición del deseo sexual tras el alta hospitalaria, así como las que pueden desencadenarla. (enfermería y pacientes)
- Dar confianza a los enfermeros para afrontar esta problemática con los pacientes (preguntas, actitudes, etc.).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Mediante las herramientas que nos ofrece el hospital, aula, sistemas multimedia, distribución de las convocatorias, etc.

El profesorado son enfermeros con el Master en Sexología y Educación Sexual por la Facultad de Psicología de la Universidad de Huelva

Se organizan cursos desde la U.G.C. de Cirugía Cardíaca para orientar a los profesionales de la enfermería a afrontar las preguntas y necesidades dentro del ámbito de la sexualidad humana a los pacientes cardiológicos.

También se organizan cursos sobre educación sexual a pacientes desde sus asociaciones y desde la Unidad de Rehabilitación Cardíaca.

**RESULTADOS:**

Tanto las enfermeras como los pacientes (según a quién vaya dirigido el curso) al final de las conferencias o clases se realiza un feedback con el profesor a fin de aclarar dudas sobre el tema impartido y lo ponen a su disposición. Por regla general el resultado no es medible pero si han disminuído las consultas sobre la sexualidad que expresan los pacientes.

**DISCUSIÓN:**

La sexualidad humana, aún hoy, presenta un hándicap en la comunicación paciente-enfermería, la necesidad de formación específica de los enfermeros hace imprescindible el conocimiento de como, cuando y que informar sobre la sexualidad tras el alta hospitalaria.

El vencer los tabúes es el principal objetivo de estos cursos para, orientando al profesional y al paciente, tratar el tema de la sexualidad de una forma natural, ya que la sexualidad humana es una de las necesidades fundamentales de la biología humana. La sexualidad humana es un fenómeno que comprende no sólo los aspectos más puramente biológicos de la persona, sino también aspectos psicosociales e incluso culturales y es necesaria para el desarrollo bio-psico social del individuo.

**CB - 107.- FORMACIÓN EN LACTANCIA MATERNA DE LOS PROFESIONALES DEL ÁREA MATERNO-INFANTIL DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA.**

GOMEZ-FERNANDEZ C, FAJARDO-EXPOSITO M, GARCIA-OREA-ALVAREZ M, MELERO- V, HERVIAS- B, DIAÑEZ- G.

HOSPITAL UNIVERSITARIO ;PUERTA DEL MAR; CÁDIZ.

**OBJETIVOS:**

Evaluar el nivel de conocimientos sobre lactancia materna de los profesionales del hospital implicados en la atención perinatal, para detectar las necesidades formativas existentes a la hora de planificar los cursos y talleres, que forman parte del protocolo de fomento y apoyo a la lactancia materna que se va a implantar en el hospital.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se ha realizado una encuesta sociológica y un examen con 12 preguntas tipo test sobre conceptos básicos de lactancia materna a 118 profesionales (62% del total) del área materno-infantil de todas las categorías profesionales (pediatras, obstetras, médicos residentes de pediatría y obstetricia, matronas y residentes de matrona, enfermeras y auxiliares de enfermería de la planta de maternidad y de neonatología). El test de considera aprobado cuando se contestan de forma correcta 7 o más de las 12 preguntas, valorando el resultado como excelente, muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo según la puntuación.

**RESULTADOS:**

El 78.8% de los profesionales encuestados son mujeres y más de la mitad tienen más de 40 años de edad y de 10 años de experiencia en el área. Un 39.8% afirma tener formación específica en lactancia pero un 68% considera insuficientes sus conocimientos en lactancia y el 98% considera necesaria la realización de actividades formativas. En cuanto a los resultados del test de conocimientos sólo es superado por un 35,6% de los profesionales, presentando un 31,3% un resultado malo o muy malo. Obtienen mejores resultados los profesionales en formación (residentes de pediatría, ginecología y matronas) y con menor tiempo de experiencia en el área.

**DISCUSIÓN:**

Los conocimientos en lactancia materna del personal encargado de la atención perinatal son deficitarios por lo que, para la puesta en marcha del protocolo de promoción y apoyo a la lactancia, resulta primordial la programación de actividades formativas.

**CB - 108.- DEFINICIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO, EN UN ENTORNO WEB COLABORATIVO, EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ.**

ESPÓSITO-GONFIA T, GARCÍA-RIOJA F, PERIAÑEZ-VEGA M, FERNÁNDEZ-SACRISTAN-GARRIDO B.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. SEVILLA.

**OBJETIVOS:**

La Gestión por Competencias en el SSPA se basa en la definición de los puestos de trabajo específicos por parte de los responsables de los servicios asistenciales, en función de sus carteras de servicio y las singularidades de cada escenario.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Con el soporte de una aplicación web los responsables de las Unidades abordan la configuración online de los mapas de competencias necesarios para el desempeño óptimo de un puesto de trabajo específico de forma objetiva y evaluable (prácticas concretas, requisitos, niveles de dominio, etc.) de manera descentralizada y autónoma.

Además, pueden compartir estos diseños, y después adaptarlos a las necesidades, circunstancias y particularidades de cada UGC, ya que la aplicación está diseñada en un entorno colaborativo que permite el trabajo en red. También cuentan con catálogos de competencias y buenas prácticas corporativas y mapas patrones de referencia, tanto del facultativo como de la enfermera.

**RESULTADOS:**

En este entorno colaborativo, los responsables de las Unidades han configurado más de 5.800 mapas de competencias para diferentes puestos de trabajo específicos. Cabe destacar la identificación de requisitos de los diferentes niveles de desarrollo (dominio) que los Responsables de las Unidades Asistenciales han elaborado para llevar a cabo esa especificación de sus puestos de trabajo, especialmente los relacionados con las competencias y buenas prácticas asistenciales, alcanzando más de 50.000 requisitos diferentes.

**DISCUSIÓN:**

La mayor potencialidad de este modelo está en la incorporación de prácticas específicas del quehacer diario de los profesionales, en un ejercicio de autonomía pero también de una inmensa responsabilidad por parte de sus gestores.

La definición online de los puestos de trabajo permite la detección de los gaps competenciales individuales derivados del posicionamiento de los profesionales como protagonistas de su desarrollo, lo que se traduce de manera automática en planes de desarrollo individual.

**CB - 109.- EVOLUCIÓN DE LAS JORNADAS DE ENFERMERÍA EN UN ÁREA DE SALUD.**

NAVEDO-SÁNCHEZ P, INIESTA-SÁNCHEZ J, PAREDES-PÉREZ FJ, PEDRERA CLEMENTE MD, MIÑANO-NAVARRO MC, BOLUDA-JIMÉNEZ J.

ÁREA DE SALUD VII MURCIA ESTE. H.G.U. REINA SOFÍA. MURCIA.

**OBJETIVOS:**

En nuestro centro se apuesta por la difusión del conocimiento a través de unas Jornadas de Enfermería coordinadas desde la Comisión de Cuidados, que sirven de marco de encuentro e intercambio entre los profesionales no sólo de nuestro Área de Salud, sino también del resto de Áreas de nuestra Comunidad Autónoma. Tras la realización de las VIII Jornadas, consideramos que están consolidadas y decidimos plantearnos los siguientes objetivos:

Describir la evolución de las Jornadas de Enfermería.

Cuantificar el número de asistentes y ponentes.

Establecer las áreas temáticas abordadas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Análisis descriptivo de las jornadas de enfermería de un hospital general universitario de nivel II de Murcia desde el año 1999 al 2012.

Los datos se obtuvieron de la memoria de las jornadas en la que se incluía la encuesta de valoración de la jornada con una escala likert de 1 a 5, y de la unidad de calidad e investigación, así como de las actas de la comisión de cuidados. Variables: temas tratados, asistentes, área temática, número de ponentes, evaluación de la jornada, alianzas. Los resultados se expresan mediante frecuencias y porcentajes.

**RESULTADOS:**

En el periodo analizado se han realizado 8 jornadas, existía memoria del 50% de las jornadas realizadas, que se corresponden con las que han sido acreditadas. Los temas centrales de la jornada han sido la formación profesional en un 12%, desarrollo y competencia profesional en 25%, 12% tecnología, visibilidad profesional 12%, un 12 %se centró en atención asistencial. Las inscripciones han presentado un rango de 157 a 262, con una asistencia media del 79% de las inscripciones. La organización de la jornada obtiene una puntuación media de 4,29 en los últimos 4 años, siendo puntuada la relevancia de los temas tratados con 4,20, el cumplimiento de objetivos con 4, y el nivel de los temas tratados con 4,15 puntos sobre 5.

**DISCUSIÓN:**

1. La jornada de Enfermería se ha consolidado a lo largo de estos años, produciéndose un incremento de inscripciones durante los primeros años que han evolucionado hacia un nivel estable de asistentes.
2. La temática abordada cubre distintas áreas de interés y desarrollo profesional y es valorada positivamente por los asistentes a la jornada.
3. La satisfacción de los profesionales con las Jornadas de Enfermería es elevada.

**CB - 110.- CULTURA EN POSICIONES QUIRÚRGICAS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE QUIRÓFANO DE UN HOSPITAL.**

RODRIGUEZ-GARCÍA BRIOLES MP, SÁNCHEZ-MORENO MP, BATUECAS-GONZALEZ JJ, POLO-DÍAZ RM.

COMPLEJO HOSPITALARIO TOLEDO. TOLEDO.

**OBJETIVOS:**

- Determinar las actitudes y conocimientos del personal de enfermería de quirófano respecto a las posiciones quirúrgicas.
- Determinar la influencia de los factores sociodemográficos y laborales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio observacional descriptivo, transversal y prospectivo.

Población de estudio: Personal de Enfermería de la Unidad de Quirófano, sin criterios de exclusión.

Selección de la muestra: Todo el personal de enfermería que se encuentre trabajando en la Unidad de Quirófano.

Variables de estudio:

Principal: Actitudes y conocimientos del personal de enfermería de quirófano con respecto a las posiciones quirúrgicas.

Secundarias: Sociodemográficas y laborales.

Medición de las variables: Cuestionario elaborado por los autores de este trabajo que consta de 22 preguntas, tipo Liker exceptuando la pregunta nº2 que consta de dos opciones de respuesta.

Previo a su distribución el cuestionario que ha sido pilotado de manera aleatoria con 8 personas adscritas y externas a la Unidad de Quirófano.

Recogida de datos: Cuestionario ha sido entregado individualmente, en sobre blanco sin ninguna identificación, junto con el consentimiento informado del mismo. Entregado al comienzo de la jornada laboral recogándose a lo largo de la misma.

Análisis: Para las variables se han utilizado frecuencias y proporciones. Datos tratados con el programa informático SPSS V15.0.

Consideraciones Éticas:

- Conocimiento a los supervisores de la unidad.
- Información al personal de enfermería de la Unidad de la voluntariedad del estudio, así como la confidencialidad del mismo, de manera verbal y por escrito.

**RESULTADOS:**

Índice de respuesta superior al 75%. Del estudio se deduce que la formación pregrado no ha sido suficiente, habiéndose ampliado después de la carrera. Su formación actual la consideran suficiente, con dudas con respecto a la colocación y en el conocimiento de las posibles complicaciones.

En cuanto a las actitudes, destacar la importancia que le dan a la implicación de la enfermería, pero no en cuanto a su participación, hecho que se correlaciona con el nivel de conocimientos. Hemos de destacar que una vez que está colocado el paciente, queda en segundo plano la importancia de una correcta posición por parte de anestesistas, cirujanos y enfermeros.

**DISCUSIÓN:**

Si bien los profesionales de enfermería poseen buenos conocimientos en las posiciones quirúrgicas, estos deben de ser mejorados, aumentando el conocimiento de las posibles

complicaciones. Analizar en una mayor profundidad el consenso del posicionamiento del paciente por parte de los profesionales. Tener en cuenta la implicación del personal de enfermería en el posicionamiento del paciente y tomarlo como punto de partida para favorecer la comprensión sobre las consecuencias derivadas del erróneo cuidado del paciente.

**CB - 111.- AVANZANDO EN LA GESTIÓN: INCENTIVOS LIGADOS A CUMPLIMIENTO INDIVIDUAL DE OBJETIVOS DEL CONTRATO PROGRAMA DE CENTRO.**

LÓPEZ-ROMERO A, MEDIAVILLA-HERRERA I, JIMÉNEZ-CARRAMIÑANA J, MARTÍNEZ-PATÍÑO MD, BARBERÁ-MARTÍN A, TELLO-GARCÍA ML.

GERENCIA ADJUNTA DE PLANIFICACIÓN Y CALIDAD, GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. MADRID.

**OBJETIVOS:**

Establecer un modelo de incentivación individual que puntúe la contribución de cada profesional a la consecución de los objetivos globales del centro de salud.

Potenciar el compromiso con los objetivos de la organización y la mejora de resultados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En un grupo de trabajo con todos las partes de la organización implicadas se establecen criterios de incentivación individual para 2010 para cada estamento profesional. Se fija una puntuación máxima de 100 para cada estamento y se reparte entre un número variable de criterios que permite puntuar a cada profesional dentro de su grupo. Se establecen criterios para sanitarios (médico, pediatra, médico atención rural(SAR), odontólogo, enfermera adultos, enfermera niños, enfermera de familia, enfermera del SAR, fisioterapeuta, matrona, auxiliar enfermería, higienista dental) y no sanitarios (trabajador social, administrativo, celador).

La mayoría de los criterios están vinculados al cumplimiento de objetivos del Contrato Programa pactado con cada Centro (CPC) y se refieren a indicadores de procesos (servicios de cartera propios del estamento), resultados en clientes, personas, sociedad y resultados claves.

Los datos para aplicar el modelo se obtienen de la historia clínica informatizada única de AP (HCI). Los indicadores se pasan a e-SOAP, cuadro de mando de AP. Incluye objetivos anuales y resultados agregados por centro e individuales.

La puntuación de cada individuo en cada criterio se obtiene por comparación del propio resultado con el global de su centro, la comunidad autónoma y la evolución personal respecto al año previo.

También se incluye en el modelo criterios no presentes en CPC y no obtenibles de la HCI; son criterios especialmente para los profesionales no sanitarios cuya actividad y contribución a los resultados globales está menos representada en CPC. En estos casos valora el cumplimiento el director de centro en el desempeño de sus funciones directivas.

**RESULTADOS:**

Se ha aplicado el modelo para el reparto de incentivos de 2010 a 13.850 profesionales, el total de AP. El rango de puntos obtenido ha sido de 0 a 100 puntos (mínimo –máximo) en la mayor parte de estamentos, con una media de 48 puntos (DE=22). Datos medios de los grupos más numerosos: médicos=58 (DE=19); enfermeras=50 (DE=22); pediatras=49 (DE=18); administrativos=35 (DE=23).

El modelo puntúa a cada profesional y ha establecido diferencias importantes (de 0 a 100 puntos obtenidos) según los resultados personales.

**DISCUSIÓN:**

El modelo establece criterios de reparto de incentivos anuales según los resultados individuales y en qué grado el trabajo personal contribuye al resultado global del centro.

Este reconocimiento resulta satisfactorio para los profesionales al valorar su esfuerzo personal. Incluye a todos los estamentos para potenciar su compromiso con los objetivos de la organización.

Cada año se revisa el modelo y se añaden criterios nuevos que mejoran la valoración de los profesionales y la aproximan a su actividad.

**CB - 112.- ENCUESTA DE CLIMA LABORAL: PROCESO 2010 - 2012 DE IMPLANTACIÓN Y RESULTADOS DE LAS ACCIONES DE MEJORA REALIZADAS.**

MARTÍN-MARTÍN A, LUNA-SÁNCHEZ JL, PLA-POVEDA C, ALOY-DUCH A, LLEDÓ-RODRÍGUEZ R, CAMPOS-ARMENGOU L.

HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS. GRANOLLERS (BARCELONA). GRANOLLERS (BARCELONA).

**OBJETIVOS:**

Presentar, dentro de un modelo de "Gestión de Calidad Total", el proceso de implantación y mejora durante el período 2010 - 2012 de una encuesta anónima validada de clima laboral enmarcada en un proyecto multicéntrico, el análisis y benchmark de resultados, y la elección y consecución de acciones correctoras, con la finalidad de medir la satisfacción, motivación y fidelización de los profesionales, identificar defectos e ineficiencias, y tratar de orientar y resolver adecuadamente algunos de los problemas clave detectados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En nuestro centro trabajaban en 2010 aproximadamente unos 1652 profesionales (64% indefinidos y 36% temporales). Las 77 preguntas de la encuesta "PARTICIPA", en una escala de 1 a 10, anónima y gestionada con tecnología informática vía web, se agruparon en 3 grandes factores: a) los individuales (deseo de promoción...); b) aquellos gestionables por la organización (organización, labor profesional, comunicación...); y, c) los atribuidos a la situación de la persona o globalmente "satisfacción o compromiso global" (satisfacción...). Respecto a los factores gestionables, se elaboraron 19 indicadores de síntesis; o agrupadores, que presentaban una alta correlación entre ellas (mediante análisis factorial y regresión múltiple).

**RESULTADOS:**

El nivel de participación fue de 518 (31%) sobre el total de 1652 (benchmark promedio 32% - 44%). En referencia a los 3 indicadores de síntesis mostraron un nivel positivo ( 7 puntos): la satisfacción global con un 51%; los individuales con un 42%; y, aquellos gestionables por la organización con un 42%. El macroindicador global final de los 3 indicadores de síntesis fue del 45%. El análisis regresión múltiple mostró un modelo de relaciones causa-efecto en los indicadores de síntesis de los factores gestionables: a) alta prioridad para mejorar en 4 (21%); b) alta prioridad para preservar en 8 (42%); c) baja prioridad para mejorar en 3 (16%); y, d) baja prioridad para preservar en 4 (21%). El benchmark global mostró un nivel medio algo inferior en nuestro centro. Durante el año 2011 y 2012 se están implantando un total de 12 líneas de acción en el grupo de "alta prioridad para mejorar": 5 acciones de "confianza"; 4 de "gestión del centro"; 1 de "imagen"; y, 2 de "selección y acogida"; de las 12 acciones y durante el 2º semestre de 2012, se está alcanzando un nivel de resolución del 69%.

**DISCUSIÓN:**

El índice de participación, como los promedios en los 3 indicadores de síntesis fueron algo más bajos que el benchmark atribuido, en parte y a diferencia del resto de hospitales, al período de distribución de la misma en el último trimestre de 2010 coincidente con la aparición de las medidas de austeridad aplicadas a la sanidad catalana. El fin último y principal de estas encuestas se orientan a la elaboración de distintas líneas de acción enfocadas, sobre todo, a aquellas variables con "alta prioridad para mejorar", cuya rápida implantación nos está permitiendo alcanzar niveles de cumplimiento adecuados.

**CB - 113.- REDUCCION DE VARIABILIDAD INTER-AUDITORES EN LAS AUDITORÍAS INTERNAS OHSAS 18001:2007 DE ORGANIZACIONES SANITARIAS.**

COLLAZOS-DORRONSORO AI, ALONSO-ENCINAS M, CABRERO-GARCÍA MA, VILLARREAL-ARANDA S, GALINDEZ-ALBERDI I.

ORGANIZACIÓN CENTRAL. VITORIA - GASTEIZ.

**OBJETIVOS:**

Dentro del proceso de Gestión de Personas en las organizaciones sanitarias, destacan las actividades destinadas a asegurar la seguridad y salud de los trabajadores. La certificación voluntaria bajo la norma OHSAS 18001:2007 garantiza su correcto desempeño. Se establecen los siguientes objetivos relacionados con la mejora en la planificación, gestión y control de las auditorías internas (AI) de dicho proceso certificador:

- Disponer de recursos propios en número suficiente y con la preparación necesaria para la realización de las AI.
- Garantizar la homogeneidad de criterios en la realización de las AI, reduciendo la variabilidad inter-auditores.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se parte de una situación inicial en 2009 en la que NO se dispone de auditores internos propios, contratándose las AI a empresas externas.

Para la consecución de los objetivos se han llevado a cabo las siguientes actividades:

- Creación de un grupo coordinador para la planificación y control general de las AI.
- Realización de cursos formativos teórico-prácticos sobre la norma OHSAS 18001:2007 enfocada a la auditoría de centros sanitarios. La capacitación se completa participando como observador en una auditoría real.
- Elaboración de un documento-guía específico para la realización de las AI.
- Reuniones entre el grupo coordinador y los auditores-jefe antes y después de las AI.
- Reuniones de control entre el grupo coordinador y las organizaciones auditadas.

**RESULTADOS:**

La evaluación en cuanto a organizaciones en las que se han realizado AI es la siguiente:

- 2009: 4 AI realizadas por empresas externas
- 2010: 4 AI realizadas con personal propio
- 2011: 6 AI (personas propio) + 2 AI (empresas externas)
- 2012: 9 auditorías realizadas/planificadas (todas con personal propio)

En junio de 2012, se dispone de 31 personas propias (sanitarios y técnicos) acreditadas como auditores internos. De estos, 16 han realizado auditorías, actuando 7 como auditores jefe. Asimismo, 8 personas más han participado como observadores, estando en situación de incorporarse como auditor de forma inmediata. Entre 2010 y 2012 se han empleado 118 jornadas-auditor.

**DISCUSIÓN:**

Asumir las AI con personal propio permite disponer de auditores con total conocimiento del Sistema de Gestión a auditar, así como de experiencia en el ámbito sanitario, siendo ésta la principal carencia observada en los auditores de empresas externas.

La integración de las auditorías en las funciones del personal propio, evitando la contratación de empresas externas supone un ahorro para la organización.

Los cursos formativos internos y las reuniones pre y post auditoría de auditores jefe han garantizado el alineamiento en los criterios empleados. Este hecho ha sido verificado por las organizaciones en las reuniones de control.

Mantener esta línea de trabajo, permitirá disponer de un pool de auditores suficiente para asumir las auditorias internas planificadas en los próximos años en los que nuevas organizaciones sanitarias se irán incorporando al proceso de certificación.

**CB - 114.- RESULTADO DE LA ENCUESTA MBI REALIZADA A LOS TRABAJADORES DEL CENTRO. DISEÑO DE TALLERES PARA LA PREVENCIÓN DEL BURNOUT.**

TRULL-MARAVILLA E, MERINO-PLAZA MJ, VICENTE-CUENCA E, NEBOT-SÁNCHEZ MC, ORTI-BRUNO C, MARTINEZ-ASENSI A.

HOSPITAL DR MOLINER. SERRA (VALENCIA).

**OBJETIVOS:**

Tras la realización de la encuesta MBI de Maslach y Jackson realizada en 2011 al personal del centro los objetivos planteados fueron:

Conocer el grado de Burnout del personal

Estudio de la relación entre las distintas variables

Organizar talleres para la prevención y tratamiento del síndrome.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Diseño: Estudio Transversal.

Muestreo: No probabilístico y consecutivo. Los individuos se seleccionan sin que intervenga el azar. Los cuestionarios se repartieron a todo el personal del centro junto a la nómina del mes de abril y la recogida se realizó a través de los buzones de sugerencias.

Variables:

-Explicativas:

Sociodemográficas: Edad, sexo, categoría profesional, tipo de contrato, años de antigüedad laboral y años de permanencia en el actual puesto de trabajo

Factores protectores: Estado civil, bajas durante el último año, valoración por los pacientes, los familiares de los pacientes, los compañeros y los superiores, enfermedades crónicas, formación específica relacionada con el puesto de trabajo, valoración global de la experiencia profesional, considerarse una persona optimista, valoración de los ingresos en relación con el trabajo desempeñado, sensación de autoeficacia y apoyo en la vida personal por parte de familiares y amigos

-Variables respuesta:

Cansancio emocional

Despersonalización

Autorrealización

-Tratamiento Estadístico:

Con el programa SPSS se ha realizado:

-Estudio descriptivo

-Estudio inferencial.

**RESULTADOS:**

Se han obtenido diferencias estadísticamente significativas en las siguientes variables:

Cansancio emocional x Edad e Ingresos

Despersonalización x Edad, Antigüedad en el puesto de trabajo, Valoración por los pacientes y Valoración por los familiares

Autorrealización x Edad, Tipo de contrato, Antigüedad laboral, Estado civil, Valoración por los pacientes, Experiencia profesional, Optimismo y Autoeficacia

Existe correlación entre las 3 variables respuesta (Cansancio emocional, Despersonalización y Realización personal).

## **DISCUSIÓN:**

El síndrome de agotamiento profesional es una respuesta inadecuada al estrés laboral crónico y en ella intervienen factores de organización, de personalidad y de naturaleza laboral. Los talleres tienen como objetivo dotar a los profesionales de estrategias de afrontamiento con técnicas cognitivo-conductuales, a nivel individual e interpersonal, sin olvidar la influencia de las variables organizacionales.

Es básico realizar no sólo una evaluación continuada, sino una intervención directa sobre la problemática laboral para mejorar la calidad de vida de los trabajadores y la calidad asistencial

Tras el análisis estadístico de los resultados obtenidos en la encuesta, hemos realizado talleres para la prevención y tratamiento del Burnout, ya que en la escala de Realización personal es en la que se han obtenido más diferencias significativas con las distintas variables consideradas y es en esta escala en la que precisamente la realización de este tipo de actividades puede resultar más eficaz.

**CB - 115.- LA CALIDAD, UNA HERRAMIENTA PARA EL LIDERAZGO EFECTIVO.**

HERNANDEZ-VIAN O, DE LA FUENTE-CADENAS JA, RECASENS-CALVO I, BADIA-PERICH E, REINA-RODRIGUEZ D, MORENO-RAMOS C.

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA SAN FELIX. SABADELL (BARCELONA).

**OBJETIVOS:**

General: Acompañar a los directivos de la Dirección Atención Primaria (DAP) a un cambio cultural de trabajo metodológico que permita desarrollar el liderazgo efectivo.

Específicos: Aplicar las herramientas metodológicas que facilitan el liderazgo. Disminuir la variabilidad de gestión entre los equipos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

La DAP está constituida por 3 Servicios de Atención Primaria (SAP) y 56 Áreas Básicas de Salud con un total de 64 centros. El análisis de resultados del Criterio de Liderazgo y Política y Estrategia del Modelo de Acreditación (MADS) evidenció una puntuación heterogénea y baja. Se decide revisar el liderazgo de los directivos de la organización y trabajar la calidad como hilo conductor del liderazgo. Se apostó por el trabajo multicéntrico y multidisciplinar, con directores, adjuntos, referentes administrativos y responsables de calidad (224 directivos). Se abordaron aspectos técnicos, definición / adecuación del plan estratégico y de calidad y relacionales para crear una cultura de motor del cambio, con la finalidad de modificar los resultados de salud en la población y mejorar la satisfacción de los usuarios. Planificación: 7 jornadas con una media de 37 profesionales (6,7 equipos, técnico de evaluación del territorio y dos personas de la unidad de calidad de la DAP), 2h de discusión, con aportaciones teóricas y empoderamiento donde cada equipo definiría su misión, visión, valores y el análisis estratégico DAFO y 5h para identificar los objetivos estratégicos (previo análisis de resultados 2011) a desarrollar en el periodo del plan estratégico 2012-15 y priorizar los del plan de calidad 2012. Ejecución: Esta jornada les dio los elementos teóricos y metodológicos para realizar los planes, con el compromiso de presentarlos a la dirección en 10 días para su aprobación. Los planes de calidad se consolidan en el territorio con visitas a todos los centros, trimestralmente, por parte de la unidad de calidad para el seguimiento y soporte metodológico de los objetivos planteados. Evaluación: planes estratégicos definidos, media de objetivos de EAP alineados a objetivos DAP, cuestionario de opinión.

**RESULTADOS:**

Implicación de dirección territorial (SAP): 66% Asistencia de los equipos a las Jornadas 98%, No ha respetado los plazos de entrega 30%, Presentación planes estratégicos: 98%, Media de objetivos operativos: 8,3 Objetivos alineados a los objetivos estratégicos de DAP: 70%, Objetivos correlacionados con la misión de los equipos: 55%, Objetivos correlacionados con el DAFO de los equipos: 38%, Planes de calidad pendientes de revisión (Agosto 12), Encuesta de opinión profesionales: Organización 8, Metodología 8,3 Aplicabilidad, 8,8, Contenido 7,3, Docentes, 9.

**DISCUSIÓN:**

El liderazgo se mide con evidencias. Los niveles directivos deben implicarse más en la transmisión de políticas y estrategias. El acompañamiento de los líderes incrementa los resultados y disminuye la variabilidad. Se evidencia la necesidad de trabajar en profundidad los aspectos relacionales/actitudinales para lograr un cambio de cultura.

**CB - 116.- REDISEÑO DE UN PROCESO DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS ENFERMEROS: ESTUDIO PROSPECTIVO Y ACCIONES DE MEJORA REALIZADAS.**

ALOY-DUCH A, MASSÓ-GAROLERA M, TUSQUELLAS-OTO C, TOLOSA-MUÑOZ C, RODRÍGUEZ-SADURNÍ J, LARREA-BAEZA MJ.

HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS. GRANOLLERS (BARCELONA). GRANOLLERS (BARCELONA).

**OBJETIVOS:**

Presentar los resultados de un proyecto de rediseño, implantación y revisión, utilizando la Gestión por Procesos, de un nuevo proceso organizativo del "Gabinete de Recursos Humanos de Soporte Enfermero" (GRHSE) mediante la realización de un estudio prospectivo de incidencia e intervención, pre y post-implantación del GRHSE, para mejorar la gestión de los profesionales de enfermería por lo que se refiere a eficiencia en las coberturas, procedimientos y coste económico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En el centro trabajan 1500 profesionales, de los cuales 900 son profesionales dependientes de la Dirección de enfermería. Después de la creación en 2008 del primer equipo de GSE y ante las oportunidades de mejora aparecidas en el mismo, se planificó el proyecto aquí descrito, dividiéndose en 4 fases: pre-diseño (2009), diseño (2010), pilotaje (2010-2011) y consolidación (2011-2012). Los indicadores clave de estas fases se han clasificado en: indicadores de resultado (coberturas y coste económico) e indicadores de proceso (procedimientos).

**RESULTADOS:**

Del total de 15 indicadores principales evaluados y comparados en cada fase, destaca una mejora significativa ( $P<0,05$ ) en el total de los 5 indicadores de resultado clave en la fase de consolidación, sobre todo, en los referentes a 1º la cobertura de ausencias (94%), 2º ineficiencia del grupo de suplentes (23 al 2%), 3º vacantes sin cubrir (nº de 20 a 6), 4º incidencias en fin de semana atribuibles a la gestión realizada (45 al 15%) y, 5º horas de ahorro (4%). La mejora se repite en el total de 10 indicadores de proceso restantes asociados al establecimiento de procedimientos: 6º contratos fuera de plazo (nº 43 a 3), 7º horas fuera del puesto (0,05%), 8º horas sobreasignadas (0,22%), 9º accidentes laborales sin comunicación (nº 15 a 4), 10º informes de evaluación pendientes de realizar (nº 15 a 0), 11º índice de hojas de validación realizadas por semana (95%), 12º índice de planificaciones correctas (85%), 13º índice de informatización de las solicitudes (100%), 14º índice de confirmación de solicitudes desde el Gabinete (100%), y 15º hojas de planificación colgadas en las unidades (100%). No se han descrito nuevas evaluaciones, en el estudio actual, en aquellos que han experimentado una mejora evidente previa.

**DISCUSIÓN:**

El rediseño del proceso mejoró significativamente la gestión de GRHSE por lo que se refiere a la eficiencia en las coberturas, la realización de procedimientos y la disminución en horas de profesional con el consiguiente ahorro en el coste económico. Por otra parte, la Gestión del Proceso, ha permitido analizar en profundidad las áreas y funciones del gabinete, crecer como equipo y flexibilizar las posturas estáticas previamente existentes.

El reto futuro inmediato del GRHSE estriba en evaluar el nivel de comunicación y la satisfacción de los profesionales del propio gabinete y del personal de enfermería que recibe sus servicios, en aras a la implantación de una cultura de mejora continua.

**CB - 117.- ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE QUIRÓFANO DE UN HOSPITAL.**

SÁNCHEZ-MORENO MP, MORENO-MEDINA F, BARRAJÓN-MARTÍN DE LA SIERRA JJ.  
COMPLEJO HOSPITALARIO. TOLEDO.

**OBJETIVOS:**

Principal:Determinar actitudes y comportamientos de los profesionales sobre la Seguridad del paciente en Quirófano.

Secundarias:Conocer el grado de seguridad percibido por los profesionales.

Determinar:el grado de conocimiento sobre las Listas de Verificación de la cirugía(L.V.C.),su implicación en la seguridad ,pertinencia para su implantación e influencia de los factores sociodemográficos y laborales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio observacional descriptivo, transversal y prospectivo. Entre médicos y enfermeros de Quirófano.

Muestra:285 profesionales.

Variables:Principal:actitudes y comportamientos en seguridad del paciente.

Secundarias:seguridad del paciente percibida por el profesional en su unidad;conocimiento sobre la Lista de Verificación de la Cirugía;pertinencia para la implantación de una LVC;Sociodemográficas y laborales.

Medición de variables:principal:cuestionario validado y adaptado al entorno del SNS español de la Agency for Healthcare Research and Quality(AHRQ).

Variables secundarias:8 preguntas(2 ítems para conocimientos, 2 para pertinencia y 4 para datos sociodemográficos y laborales).Con análisis independiente al cuestionario validado del AHRQ.

Recogida de datos:Cuestionario entregado individualmente, en sobre blanco sin ninguna identificación con: objetivos,consentimiento informado,voluntariedad y anonimato.

Análisis: Variable principal, por ítem y por dimensiones en su conjunto(frecuencias y proporciones). Para las variables secundarias(medias y desviaciones o frecuencias y proporciones).Datos tratados con el programa informático SPSS V12.0.

Aspectos éticos:conocimiento a los supervisores de la unidad, comité de ética, Dirección del Hospital y participantes.

**RESULTADOS:**

Índice de respuesta 81%.Puntuación media de la percepción de seguridad del 6.89 con media ponderada del 2.9(DT 0.49).

Variable principal sin fortaleza ninguna en las dimensiones de manera global,ni por ítems.

Como debilidades u oportunidades de mejora por dimensiones(Dotación de personal; Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente);Por Items: resultados relevantes en 8 ítems y en ítems desglosados por grupo profesional.

Variables secundarias:48.5% de los profesionales manifiesta no conocer las LVC. El 91.3% de los profesionales consideran importante la LVC para la seguridad del paciente y un 99.3% para la seguridad de los profesionales

Comparativa: Coincidencias con la Comunidad de Murcia Murcia y en los servicios de urgencias del Sistema Nacional de Salud.

**DISCUSIÓN:**

Valorar los ajustados resultados en medidas de seguridad y la importancia de tomar medidas que refuercen la seguridad del paciente como: la notificación interna y discusión de errores, tratar los temas de seguridad del paciente como problema de equipo aprovechando la respuesta favorable ante las LVC; fomentar la coordinación entre unidades y servicios , prestar atención a la dotación de personal y ritmo de trabajo, dar a conocer los resultados a la gerencia para que tomen iniciativas y actividades de mejora.

### **CB - 118.- EVALUANDO EL LIDERAZGO EN MUTUALIA.**

LEKUNBERRI-HORMAETXEA I, SAINZ DE VICUÑA-BRAVO L, MIRANDA-ESTEBAN I, MEDINA-VALBUENA R, FERNÁNDEZ-MUJICA M.

MUTUALIA, MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL Nº2. BILBAO.

#### **OBJETIVOS:**

En 2010, ante los continuos cambios que se estaban produciendo en el sector de mutuas y la situación de crisis económica global, la mutua identificó como factor crítico de éxito impulsar el liderazgo y que todas las personas líderes tomaran conciencia de la importancia de su liderazgo para gestionar el cambio, cada una en su nivel de responsabilidad y capacidad de actuación.

Surgieron así varias acciones de mejora y, entre ellas, un nuevo proceso de evaluación del liderazgo, que en esta ocasión abarcaba no sólo a los niveles superiores, sino a la totalidad de las personas líderes de la mutua (128), y que se ha realizado definiendo de forma consensuada el enfoque a seguir con las personas líderes.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Contábamos con una experiencia anterior de evaluación del liderazgo, realizada en 2007, a los miembros de Comité de Dirección (CD) y Comité de Seguimiento de Gestión (CSG), a través de la herramienta de "Los 12 desafíos".

En esta ocasión, comenzamos buscando el consenso entre las personas líderes. En una jornada del Proyecto Lidera (foro de participación en el que se reúnen mensualmente las personas líderes de la mutua), se contrastó el contenido de la encuesta y la metodología a utilizar.

Una vez validada la encuesta, se definieron las personas que actuarían como evaluadoras: evaluación 360º para los miembros de CD y CG, los responsables de proceso serían evaluados por sus equipos de proceso, y el resto de personas líderes, por unas 6 personas vinculadas directamente con su trabajo. Para poder manejar la cantidad de encuestas resultantes (más de 800) y garantizar la confidencialidad en todo el proceso, se diseñó un sistema de evaluación propio, a través de la herramienta de software libre limesurvey.

Una vez recibido el informe, cada una de las personas líderes evaluadas ha realizado un análisis individual del mismo, y ha elaborado un plan de mejora individual de forma conjunta con el grupo que le ha evaluado.

El responsable del subproceso de Liderazgo realiza el seguimiento de este plan, y también ha definido las acciones formativas a realizar en consecuencia.

#### **RESULTADOS:**

El despliegue de la evaluación del liderazgo en 2011 ha alcanzado al 100% de las personas líderes de la mutua (un 78% en la primera fase en 2011, y el 100% en la segunda, realizada en 2012). Un 44% de la plantilla ha participado en estas evaluaciones de liderazgo, evaluando a las personas líderes de la organización.

El CD cuenta con una valoración media de 7,34 sobre 10 (frente a los 6,85 puntos recibidos en la anterior evaluación, de 2007), los miembros de CSG con un 7,59 (versus 7,04 en 2007) y el resto de líderes de la organización, con un 6,60.

#### **DISCUSIÓN:**

Los resultados demuestran el amplio despliegue de la evaluación del liderazgo, que se consolida como una sistemática de mejora para impulsar el liderazgo y, en definitiva, como una herramienta más para impulsar la excelencia en la gestión de la mutua.

## **Sesión de Comunicaciones Orales Breves.**

### **Sala B3.**

**Miércoles, 7 de noviembre / 16:00 h. – 18:00 h.**

### **Seguridad Clínica.**

**CB – 119 / CB – 145**

**CB - 119.- ¿ES SEGURA LA ATENCIÓN SANITARIA EN LOS PACIENTES TOTALMENTE DEPENDIENTES?.**

ARROSPIDE-ELGARRESTA A, ÁLVAREZ-GÓMEZ BI, DELGADO-PÁEZ DL.  
HOSPITAL MENDARO. MENDARO (GUIPÚZKOA).

**OBJETIVOS:**

Medir la prevalencia de efectos adversos en pacientes con dependencia total y describir la comorbilidad y utilización de recursos sanitarios en estos pacientes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se han evaluado un total de 39 pacientes que acudieron en el 2011 al hospital de Mendaro y que fueron incorporados al Plan Atención Integrada (PAI) de la OSI Bajo Deba a los cuales se les realizó el Índice de Barthel y presentaron el máximo grado de dependencia (total). Se ha hecho una revisión de las historias clínicas para extraer los datos sobre las características de comorbilidad y la utilización de recursos en el último año (Nº de ingresos y asistencias a urgencias), para determinar el nivel cognitivo se ha utilizado el índice de Pfeiffer y para obtener los eventos adversos en el último ingreso se ha utilizado la guía de cribado de efectos adversos (proyecto IDEA). Se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes para la descripción de las variables. La comparación por sexo se realizó mediante el estadístico Chi-cuadrado en las variables cualitativas y con el t-test para la comparación de medias en el caso de variables continuas.

**RESULTADOS:**

En nuestra muestra hay más mujeres (54%) que hombres (46%) con dependencia total, dos terceras partes de los pacientes tienen más de 80 años.

El 62% de los hombres y el 50% de las mujeres presentaron algún evento adverso durante su último ingreso del año 2011. Principalmente fueron úlceras por presión (25%), infecciones nosocomiales (20%) (Urinaria, catéter y respiratoria) y caídas (15%).

Casi el 75% de los pacientes dependientes totales presentan deterioro cognitivo moderado-grave. Por sexo, corresponde al 78% de los hombres y al 71% de las mujeres. Además del deterioro cognitivo, las principales comorbilidades son HTA (71,7%), DM (46,1%), enfermedad coronaria (46,1%), ACV (38,6%) e ICC (35,9%). La mitad de los hombres presentan ACV, mientras que más de la mitad de las mujeres (52,3%) presentan enfermedad coronaria.

No se observan diferencias en la utilización de los recursos sanitarios en el último año entre hombres y mujeres (1 ingreso/año) y de asistencia a urgencias (2,5 veces/año). Los pacientes dependientes estudiados tienen una media de 9 medicamentos administrados.

**DISCUSIÓN:**

Seis hombres y cinco mujeres de cada 10 pacientes con dependencia total que ingresan en nuestro hospital presentan un evento adverso.

Derivado de la magnitud que los eventos adversos representan en este tipo de pacientes con necesidades de cuidados médicos complejos, es necesario establecer y priorizar medidas específicas que garanticen la calidad y la seguridad del paciente.

**CB - 120.- MINIMIZANDO EL RIESGO DE INFECCIONES EN MUTUALIA.**

AGUIRRE-ZUBILLAGA IM, MARTÍNEZ-VARELA C, RUIZ-ARETA Z, RIGÜELA-JIMÉNEZ S, SAINZ DE VICUÑA-BRAVO L, TELLERIA-MACAZAGA A.

MUTUALIA, MUTUA DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL Nº2. VITORIA - GASTEIZ.

**OBJETIVOS:**

La calidad asistencial es un pilar fundamental dentro de la cultura de Excelencia de la mutua. Así, en 2008 se elaboró el primer Plan de Seguridad de Pacientes con el horizonte 2008-2010, y se constituyó una Unidad de Gestión de Riesgos y una Comisión de Infecciones para su implantación.

La Comisión de Infecciones tiene como misión minimizar los efectos adversos ligados a la asistencia sanitaria relacionados con las infecciones, a través de 4 líneas de actuación:

- Estudiar y evaluar la epidemiología de infecciones.
- Establecer un plan de vigilancia, prevención y control de IAAS.
- Vigilar el cumplimiento de la normativa de enfermedades de declaración obligatoria.
- Definir guías de buenas prácticas, asegurando su difusión e implantación.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Tras la constitución de la Comisión de Infecciones, se definió su plan de acción, en el que se listaban las guías de práctica clínica a elaborar, centradas en aquellos temas que han demostrado tener una mayor incidencia en la seguridad de pacientes, y realizadas tras estudiar publicaciones científicas de evidencia demostrada y contrastar las mejores prácticas de otras organizaciones.

Una vez validada la guía, se procede a su difusión a través del Portal del Conocimiento del Área Sanitaria de la mutua, así como de sesiones clínicas y reuniones específicas, con el fin de asegurar su implantación.

Otra de las tareas de la Comisión de Infecciones es la definición y seguimiento de un cuadro de mando de indicadores que nos permita conocer la incidencia de IAAS entre nuestros/as pacientes, así como la evolución de los aislamientos microbiológicos y de las resistencias a antiinfecciosos.

**RESULTADOS:**

Hasta el momento, se han definido un total de 21 guías de práctica clínica, entre las que se encuentran la guía de profilaxis antimicrobiana prequirúrgica, las recomendaciones de funcionamiento interno de quirófanos, la higiene de manos, o el aislamiento de pacientes con enfermedades infectocontagiosas. Desde la Comisión también se invita a la reflexión y sensibilización del personal sanitario sobre la importancia de usar los antibióticos de forma responsable.

A cierre de 2011, los ratios arrojados por los indicadores son muy positivos, cubriendo sobradamente los objetivos marcados y en línea con los de otras organizaciones y con la evidencia científica disponible, y muestran una tendencia positiva.

**DISCUSIÓN:**

Todo esto es posible gracias a la ilusión y al esfuerzo del equipo que compone la Comisión de Infecciones y al apoyo del resto de profesionales sanitarios, que han interiorizado la importancia de la seguridad de pacientes en su práctica diaria y se preocupan por conocer y aplicar las guías de buenas prácticas definidas.

Los resultados demuestran la eficacia del trabajo desarrollado por la Comisión de Infecciones, que se consolida como un equipo estructural para impulsar la calidad asistencial y, en definitiva, como una herramienta más para potenciar la excelencia en la gestión de la mutua.

**CB - 121.- PROTOCOLO DEL DOLOR POSTQUIRÚRGICO: MEJORA DEL CONFORT DEL PACIENTE QUIRÚRGICO TRAS 5 AÑOS DESDE SU IMPLANTACIÓN.**

FARIÑAS-ALVAREZ C, BRUGOS-LLAMAZARES V, FERNÁNDEZ-NÚÑEZ ML, CUELI-ARCE M, GONZÁLEZ-MARTÍNEZ O, RAVELO-MIRELES R.

HOSPITAL SIERRALLANA-TRES MARES (GERENCIA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA III-IV). TORRELAVEGA.

**OBJETIVOS:**

En 2008 se implantó el "Protocolo del Dolor Postquirúrgico" en nuestro Hospital. Desde entonces, según metodología PDCA, se evalúa anualmente. El objetivo es analizar la evolución de los principales indicadores y la prevalencia de pacientes postquirúrgicos con dolor para detectar áreas de mejora.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Desde 2008, se evalúa el protocolo mediante estudio de cohortes prospectivo en pacientes quirúrgicos durante 15 días en el cuarto trimestre del año. Se incluyen todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente de forma programada, excluyendo la CMA. La monitorización comprende los 3 primeros días tras la intervención. En cada paciente se registra en una hoja diseñada a tal fin el dolor postquirúrgico mediante la escala analógica visual (EVA), en reposo y movimiento, en cada turno y en las distintas unidades; la aplicación o no del protocolo y los efectos adversos de los fármacos. Se calculan indicadores de prevalencia de dolor en reposo y movimiento, cobertura y efectividad del protocolo.

**RESULTADOS:**

Se evaluaron 302 pacientes intervenidos, media de 76 pacientes/año (DE=11,9). Edad media 58,6 años (DE=19,8), 46,2% varones. En todos los pacientes se pautó analgesia tras la IQ. La mayoría de los pacientes fueron intervenidos por los servicios de Traumatología (36,9%) y Cirugía General (31,0%). Prevalencia de pacientes con dolor: la EVA en reposo  $\leq 3$  fue superior al 95% todos los años (De 2008 a 2012 respectivamente: 96,8%-95,9%-95,4%-97,0%), las mediciones son menores el primer día y llegan al 100% el tercer día. EVA en movimiento  $\leq 5$ : superior al 95% en todas las mediciones (de 2008 a 2012 respectivamente: 98,0%-95,8%-95,8%-98,3%), siendo del 100% en el día 3 tras la IQ. La aplicación del protocolo (cobertura), ha ido mejorando desde el año 2008, del 67,9% de pacientes en 2008, a 91,1% en 2009, 86,7% en 2010 y 96,7% en 2011. Traumatología ha tenido las coberturas más altas desde el inicio (en torno al 95%). Se observó un aumento de la cobertura en el resto de servicios quirúrgicos tras las sesiones de formación impartidas a los facultativos y la inclusión del protocolo en las vías clínicas quirúrgicas del hospital (8 en total, 2 por servicio) (ejemplo: cirugía general de 72,8% en 2008 a 100% en 2012; Urología de 9,1% en 2008 a 87,5% en 2012). Efectividad: el porcentaje de pacientes que precisó rescate fue inferior al 20%, siendo el primer día el que más pacientes lo precisaron (8,9% en 2008; 16,4% en 2011), mientras que el tercer día fue en torno al 3%. Los efectos adversos aparecidos fueron leves, 8% de media, rango 5,7%-11,5%.

**DISCUSIÓN:**

La implantación del protocolo del dolor postquirúrgico en nuestro hospital ha supuesto que la prevalencia de pacientes con dolor moderado-grave tras la IQ sea muy baja, con una efectividad alta y un escaso porcentaje de efectos adversos. La evaluación anual ha permitido implementar mejoras, como formación y divulgación, inclusión en vías clínicas del protocolo y mejora de la hoja de registro.

## **CB - 122.- ANALISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS. 4 AÑOS DESPUES.**

ALCARAZ-MARTÍNEZ J, GÓMEZ-GARCÍA C, BOSQUE-LORENTE P, LORENTE-CONESA MC, ORTIZ-GONZÁLEZ O, RAMOS-LÓPEZ S.

HOSPITAL MORALES MESEGUER. MURCIA.

### **OBJETIVOS:**

Analizar la cultura de seguridad en nuestro Servicio de Urgencias y valorar las diferencias entre distintos grupos y respecto a la evaluación previa de 2008.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Hace 4 años se realizó el primer análisis de cultura de seguridad del paciente en nuestro Servicio de Urgencias mediante el cuestionario versión española de Hospital Survey on Patient Safety Culture elaborado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), traducido y adaptado por el Grupo de Investigación en Gestión de la Calidad de la Universidad de Murcia. A este cuestionario, este año se han añadido 4 más donde se preguntaba si tenían formación sobre seguridad del paciente, si habían participado en trabajos para evaluar o mejorar la seguridad y si habían tomado medidas de mejora. Finalmente hay una pregunta adicional en la que se pedía que se calificase de 0 a 10 el grado de seguridad del paciente en la unidad. Esta última pregunta se realizó también a los residentes recién llegados este año, antes de realizar su primera guardia. Las diferencias se han contrastado con el test de la Xi cuadrado y el ANOVA.

### **RESULTADOS:**

Se ha obtenido un total de 83 cuestionarios válidos cumplimentados (26 de médicos adjuntos, 25 de residentes y 32 de enfermeras). La tasa de respuesta ha sido del 87%. En 2008 se analizaron 85 respuestas, siendo algo mayor la proporción de residentes (43 casos del total).

La calificación media sobre el grado de seguridad del paciente en la unidad ha sido de 6,38, variando del 5,72 dado por los médicos residentes al 6,80 de calificación media de los adjuntos. Los nuevos residentes (n=40) valoraron en 7,4 su percepción de seguridad de Urgencias.

Las tres dimensiones con un mayor porcentaje de respuestas positivas, han sido la valoración del trabajo en equipo en el Servicio de Urgencias (55,8%), el aprendizaje y mejora continua (44,16%) y la respuesta no punitiva a los errores (42,5%). Así mismo, las dimensiones con mayor porcentaje de respuestas negativas han sido la dotación del personal (71,76%), el apoyo de la Gerencia del Hospital a la seguridad (58,03%) y los problemas de cambios de turno y transiciones entre servicios (51,3%). En valoraciones de dimensiones no hemos encontrado diferencias significativas respecto a 2008.

En cuanto a la valoración global de la seguridad, se ha evidenciado diferencias, además de entre categorías profesionales ( $p=0,015$ ), entre aquellos que habían recibido formación (41 casos, valoración 6,41) y los que no (30 casos, valoración 5,6) con una  $p=0,03$ .

En cuanto al número de notificaciones en el año anterior, en 2008 se declaraban 15 y en este 55.

### **DISCUSIÓN:**

Se ha valorado la cultura de seguridad del paciente en Urgencias no encontrándose grandes diferencias respecto a 2008. Se ha evidenciado que la formación mejora la percepción de seguridad del paciente y que hay diferencias en la percepción de seguridad entre estamento, siendo mejor valorada antes de conocer su funcionamiento.

**CB - 123.- AMFE DE PROCESO DE URGENCIAS HOSPITALARIO. HERRAMIENTA PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA SEGURIDAD CLINICA.**

CANO-SANCHEZ L, TOMAS-VECINA S, GARCIA-FERNANDEZ C, GALAN-TRABA M, CONTRERAS-MARTINEZ V, LUCAS-IMBERNON FJ.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALBACETE. ALBACETE.

**OBJETIVOS:**

Objetivo general: Buscar las mejoras para el proceso de asistencia Médica Urgente en el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario SUHGUA). Objetivo específico: Aplicar un AMFE del proceso de atención Urgente de SEMES. Objetivo operativo: Identificar los modos de fallo que tienen consecuencias importantes en la Atención Urgente respecto a diferentes criterios: disponibilidad, seguridad, etc.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Tipo de estudio: Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). Marco del estudio: AMFE de proceso de asistencia Urgente en el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario. Grupo de profesionales: Tres DUEs y dos médicos de amplia experiencia profesional en el SUHGUA. Periodo de evaluación: mes de Enero 2012. Análisis de los riesgos: utilizando el Índice de Prioridad de riesgos (IPR).  $IPR = IA \times IG \times ID$  (IA:Índice de Aparición; IG:Índice de Gravedad; ID:Índice de Detección). Clasificar los fallos en función del IPR calculado. Los Procesos de la Atención Urgente a analizar han sido trece: Llegada (1); Admisión (2); Triage (3); Visita Médica-Enfermería (4); Pruebas complementarias: Laboratorio (5), ECG (6), Radiología (7); Tratamiento (8); Area de Observación (9); Destino al alta: domicilio (10), otro centro (11), área quirúrgica (12), hospitalización (13).

**RESULTADOS:**

Los subprocesos más relevantes (IPR) son: Identificación inequívoca del paciente (1.000); reevaluación en el Triage (1.000); Triage avanzado (1.000); valoración anestésica del paciente con destino al área quirúrgica (1.000); identificación paciente de riesgo epidemiológico, social, etc en el proceso de admisión (700); proceso informático de petición de analíticas (1.000); verificación de identidad del paciente con ubicación en pasillo por falta de box por sobreocupación (700); no monitorización y registro de efectos adversos, deficiente monitorización de constantes y medicación y de la eficacia del tratamiento (700); dar información del estado del paciente a familiares-acompañantes sin autorización del paciente (700); demora en el inicio del triaje por saturación (700); no dispositivos adecuados en ( números, tipos calidad...) Interpretación errónea signos vitales y/o constantes clínicas modificando nivel de triaje (490); asignación del nivel de triaje incorrecto por inexperiencia del personal (490); retirada de ropa por falta de protocolo y sobrecarga asistencial durante la visita médica (490); selección del fármaco inadecuado por falta de supervisión del MIR o profesionales de nueva incorporación (490); traslado del paciente al área quirúrgica (490); información durante el triaje por déficit de formación (400); selección del fármaco incorrecto por diagnóstico incorrecto (400).

**DISCUSIÓN:**

El AMFE del proceso de Atención Urgente del Programa de Seguridad del Paciente de SEMES (Proyecto Mapa de Riesgos Atención Urgente) constituye una herramienta fundamental para el análisis sistemático inicial de un programa de Seguridad del Paciente en un Servicio de Urgencias Hospitalario.

**CB - 124.- UN AÑO TRABAJANDO EN PREVENCIÓN DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA EN LAS UNIDADES DE CRÍTICOS EN UNA CCAA.**

MARTÍN-RODRÍGUEZ MD, MOSTEIRO-PEREIRA F, CARRERAS-VIÑAS M, FERNÁNDEZ-VILLANUEVA JR, PAREDES-RODRÍGUEZ M, ALEMPARTE-PARDAVILA E.

SERGAS. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

**OBJETIVOS:**

Implantación en todas las unidades de cuidados intensivos de Hospitales del Servicio de Salud de un programa para la prevención de la Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica (NAVME). Reducir la densidad de incidencia de NAVME a menos de 9 por 1000 días de Ventilación Mecánica (VM).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Inicio 1 abril 2011. En cada unidad se nombra un equipo responsable del proyecto liderado por 1 facultativo y 1 enfermera. Constitución de un grupo de coordinación del SERGAS.

Fases para la implantación: Revisión evidencia, sistematización procedimientos y registros, elaboración de materiales formativos, presentación del programa en cada unidad; análisis de situación de partida en cada unidad (medios humanos y materiales, encuesta de conocimiento de guías para la prevención de NAVME y encuesta sobre dotación UCI, encuesta cultura AHRQ); formación del personal; implantación del programa; registro y análisis de seguimiento y resultados. El programa incluye 2 paquetes de medidas específicos para la neumonía: Medidas básicas de obligado cumplimiento (9), Medidas altamente recomendadas (3) y un programa de seguridad integral cuyo objetivo es la mejora de la seguridad y calidad asistencial. Se establece un cronograma en el que se define las fases para la implantación, evaluaciones parciales de seguimiento, control y análisis de resultados para establecimiento de estrategias de feedback con información comparativa de unidades anonimizadas que permitan correcciones y mejoras en la aplicación del mismo. Utilizamos la experiencia previa de la implantación de una intervención dirigida a la prevención de las bacteriemias asociadas a catéteres venosos centrales.

**RESULTADOS:**

Partimos con 13 Unidades y en marzo/2012 participan activamente 16 Unidades. En el primer año tras la implantación hemos cumplido el objetivo excepto 4 meses (tres de ellos coinciden con período vacaciones). La DI abril/2011-marzo/2012 es 7,6. Del total de Unidades 5 no han logrado el objetivo en el período de estudio. Se han formado 1494 profesionales on line e impartido 15 talleres presenciales para 30 alumnos. Destacar la participación del personal de enfermería.

Han cumplimentado la encuesta de la AHRQ 122 profesionales. Hay una gran variabilidad en el cumplimiento de los indicadores de seguridad por parte de las unidades. Se ha facilitado periódicamente información como feedback a las Unidades y Gerencias con datos comparativos. En Galicia hemos pasado de una DI 18,4 en 2008 a 9,93 en 2010 tras la implantación de Bacteriemia Zero y a 7,6 tras un año de implantación de Neumonía Zero.

**DISCUSIÓN:**

El análisis de situación previo en cada unidad es necesario para conocer la aplicabilidad de los paquetes de medidas e identificar recursos necesarios. La dotación de personal y su implicación es un elemento clave para el éxito del programa. La formación teórico práctica del personal y las sesiones de análisis de resultados y feedback sobre cumplimiento de objetivos ayudan a mantener la motivación, mejoran el proyecto y contribuyen a lograr los objetivos.

**CB - 125.- MEJORA DEL PROCESO DE MEDICACIÓN.**

PUCHE-RUBIO G, JABALERA-CONTRERAS M, TORRES-RUIZ CI, LOPEZ-FERNANDEZ E, GARGALLO-BURRIEL E, SANTOS-SEGURA S.  
HOSPITAL SANT JOAN DE DEU. BARCELONA.

**OBJETIVOS:**

Mejorar el proceso de medicación en sus diferentes fases de prescripción, preparación y administración en el Área de la Mujer y en la Hospitalización Pediátrica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Creación de un grupo de trabajo interdisciplinar en cada uno de los ámbitos citados con reuniones periódicas desde enero 2.011 hasta la actualidad. Los grupos utilizan como método de trabajo el ciclo de mejora de la calidad, mediante el cual se desarrollan las siguientes fases:

1. Se dibuja para cada uno de los ámbitos el mapa del proceso de la medicación desde la prescripción hasta la administración del medicamento.
2. Se identifican y priorizan las disfunciones del proceso.
3. Se realiza un análisis causal y se identifican acciones de mejora.
4. Se crean sendos grupos para la implantación de las acciones definidas.
5. Se establecen indicadores para el seguimiento y evolución de los cambios establecidos.

**RESULTADOS:**

Del análisis del proceso realizado se identifican e implantan las siguientes acciones de mejora: elaboración de un protocolo de prescripción, realización de sesiones sobre prescripción farmacológica y declaración de incidentes en los servicios médicos, realización de una encuesta de percepción de los incidentes de medicación entre los profesionales, definición de la sistemática y periodicidad del control de caducidad de los botiquines, procedimentación estandarizada de la preparación y administración farmacológica y difusión de un decálogo con los principales puntos del procedimiento, realización de sesiones informativas en los equipos de enfermería, implantación de un programa informativo en el manejo del aplicativo de prescripción electrónica (SAVAC) para médicos y enfermeras de nueva incorporación.

Se crea un cuadro de mando para el seguimiento de algunas de las acciones implantadas:

- Identificación fármaco preparado, con unos resultados globales en julio 2.011 de un 69,9 % de dosis correctamente identificadas (nombre, habitación, fármaco y vía de administración).
- Horario preparación medicación, que en el mismo periodo de tiempo observa que el 99% de las dosis se preparan en el momento en que corresponde administrarlas.
- Declaración de incidentes. Análisis prospectivo de los incidentes de medicación en el Área de la Mujer, con un total de 133 incidentes declarados y de los que el 57,1% corresponden a ingresos sin prescripción de pauta farmacológica.

**DISCUSIÓN:**

- Los resultados obtenidos en la monitorización de la identificación y de la hora de preparación de la medicación se perciben como una mejora sobre lo que era la práctica habitual, percepción que deberá confirmarse en el próximo corte de prevalencia a realizar durante el presente año.
- Trabajar temas de seguridad asistencial con grupos interdisciplinarios y con la presente metodología, ayuda a generar cultura de seguridad entre los profesionales.
- Sería deseable que estos grupos de trabajo se establecieran con carácter continuado en el tiempo como grupos de mejora de los diferentes procesos asistenciales.

**CB - 126.- APLICACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS.**

SÁEZ-SOTO AR, RODRÍGUEZ-MONDÉJAR JJ, FELICES-ABAD FJ, NAVARRO-SANZ L, LÓPEZ-ALACID FJ, MARTÍNEZ-GUERRERO M.

HGU REINA SOFÍA DE MURCIA. MURCIA.

**OBJETIVOS:**

En las unidades de cuidados intensivos (UCIs) se reconoce un papel importante a la seguridad del paciente como dimensión de la calidad asistencial. La medición de indicadores de forma establecida y repetida puede ser una buena herramienta de gestión interna de la calidad ya que detecta desviaciones de los estándares previstos. Nuestra UCI ha incluido en su cultura de la seguridad la recogida de indicadores específicos de calidad en esta área dentro de las propuestas realizadas por los grupos de trabajo de las sociedades científicas relacionadas con los cuidados críticos, tanto de enfermería como médica. Objetivos: identificar áreas de mejora dentro de nuestra unidad, cuantificar el nivel de cumplimiento de los indicadores de calidad específicos para cuidados críticos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio observacional, transversal y prospectivo.

Temporalidad: 1er periodo estudio, 5 semanas, Febrero-Marzo 2012.

Dimensión de la calidad estudiada: la seguridad.

Lugar: UCI polivalente de 12 camas, en un hospital general universitario metropolitano.

Desarrollo: se escogieron 16 indicadores de los 20 recomendados por las sociedades científicas de cuidados críticos para su medición en cualquier UCI nacional. Se revisaron entre el supervisor de enfermería y el jefe de servicio (de forma conjunta), y por observación directa. En algunos casos se hizo variación horaria para evitar acomodamiento del personal y modificación de las condiciones basales o sesgo de intervención. Se incluía corrección in situ y argumentación para producir efecto positivo y adherencia en el personal.

**RESULTADOS:**

Nº de ingresos: 66, Nº enfermos con ventilación mecánica invasiva (VMI) 48 h: 17, Nº de días de VMI 151, Nº de días de catéter venoso central (CVC) 230, nº de días de enfermos no sedados: 166, Nº de transfusiones sanguíneas 17, nº de sepsis/shock séptico 3, nº de enf. con NE precoz 10, nº de EPOC 5, limitación del esfuerzo terapéutico (LET) se indicó en 7 casos. Nivel de cumplimientos: profilaxis tromboembólica 98,3%, Cama incorporada entre 30-45º en pacientes con VMI 79,40%, Profilaxis de hemorragia digestiva en VMI 100%, antibióticos en sepsis precozmente (1hora) 66%, analgesia en paciente no sedado 99,3%, nutrición enteral precoz (primeras 24h), EPOC y VMNI 100%, información a familiares 100%, sedación en enfermo intubado 99,3%, LET 100%, transfusión sanguínea adecuada (Hb8)100%.

**DISCUSIÓN:**

Ciclo de mejora establecido:

Exposición a equipo médico y de enfermería.

Recordatorio mediante carta a todo el equipo de enfermería insistiendo en la importancia de la posición semiincorporada en VMI.

Volver a medir (5 semanas) en junio-julio y 5 semanas en octubre-nov.

Hacer un resumen del año: ver deficiencias e implantar las actuaciones que se requieran.

**Conclusiones:**

La medición reglada de indicadores de calidad en cuidados críticos es útil para establecer una detección adecuada de lo que se debe cambiar, y dar origen a un ciclo de mejora.

La implementación de medidas correctoras aumenta la cultura de la seguridad del paciente en UCI.

## CB - 127.- INMUNOMODULACIÓN POR TRANSFUSIÓN, Y SU RELACION CON ENFERMEDAD NOSOCOMIAL Y MORTALIDAD EN PROTESIS TOTAL DE CADERA.

GUTIERREZ-MOEDA E, PICO-FERNÁNDEZ FJ.

HOSPITAL COMARCAL DE MONFORTE. MONFORTE DE LEMOS (LUGO).

### OBJETIVOS:

Determinar la relación entre el proceso de Inmunomodulación por transfusión y:

Mortalidad

Enfermedad Nosocomial.

Antigüedad de hemoderivados.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis retrospectivo de 114 pacientes intervenidos de patología de cadera, agrupados en función de diagnóstico y procedimiento quirúrgico(CIE-9-MC) analizando las variables de: Edad; Daño cardíaco; Urea, Creatinina, Proteínas totales, Riesgo anestésico (criterio ASA), días de sonda urinaria, antigüedad de hemoderivados y días de vía periférica, enfermedad nosocomial (Criterio EPINE 2011) y mortalidad, relacionándolas con Transfusión Sanguínea Alogénica (TSA).

### RESULTADOS:

Sustitución Total de Cadera: (STC):

SI TSA: Edad:78(+/-17);F. cardíaco: 4%;Urea:52;Creatinina:0.86;Proteinas totales:6.7;ASA:2(+/-1);Sonda:3;vía:8.

NO TSA: Edad:75(+/-13);F. cardíaco: 6%;Urea:40;Creatinina:0.78;Proteinas totales:6.9;ASA:2(+/-2);Sonda:2;vía:7.

Sustitución Parcial de Cadera: (SPC):

SI TSA: Edad:85(+/-6);F. cardíaco:5%;Urea:66;Creatinina:1.3;Proteinas totales:6.1;ASA:2(+/-2);Sonda:2;vía:5.

NO TSA: Edad:88(+/-7);F. cardíaco: 3%;Urea:49;Creatinina:1.06;Proteinas totales:6.4;ASA:2(+/-2);Sonda:2;vía:7.

Reducción Cerrada Fractura de Fémur: (RCFF):

SI TSA: Edad:84(+/-13);F. cardíaco: 4%;Urea:71;Creatinina:1.22;Proteinas totales:5.9;ASA:2(+/-2);Sonda:4;vía:7.

NO TSA: Edad:83(+/-13);F. cardíaco:3%;Urea:51;Creatinina:0.99;Proteinas totales: 6.6; ASA: 2(+/-2); Sonda: 4; vía: 8.

Reducción Abierta Fractura Fémur (RAFF)

SI TSA: Edad:84(+/-11);F. cardíaco: 6%;Urea:52;Creatinina:0.92;Proteinas totales:5.9;ASA:2(+/-2);Sonda:3;vía:7.

NO TSA: Edad:82(+/-10);F. cardíaco:3%;Urea:28;Creatinina:0.95;Proteinas totales: 6.2; ASA: 2(+/-2); Sonda: 4; vía:7.

PROBABILIDAD DE TRANSFUSIÓN:

STC: 29%; SPC: 27%; RCFF: 41%; RAFF83%.

ENFERMEDAD NOSOCOMIAL:

STC: TSA (38%) NO TSA (32%)

SPC: TSA (25%) NO TSA (28%)

RCFF: TSA (14%) NO TSA (30%)

RAFF: TSA (16%) NO TSA (9%)

TIPO ENFERMEDAD NOSOCOMIAL:

TSA: Neumonía: 61%;Inf. herida 15%; ITU:15%; Otras (9%)

No TSA: Neumonía: 42%;Inf. Herida 11%; ITU: 47.

MORTALIDAD:

TSA: 10.65%. No TSA: 1.53%

ANTIGÜEDAD MEDIA HEMODERIVADOS/DIA:

Neumonía: 27. ITU 20. Inf. Herida: 11. Éxitus: 29.

### **DISCUSIÓN:**

No hemos detectado un aumento significativo de la proporción de enfermedad nosocomial en valores absolutos, pero si un aumento del predominio del tipo neumonía, lo que unido a un aumento significativo de la mortalidad en pacientes que han recibido TSA, parece indicativo de la relación TSA/Enf nosocomial/mortalidad. Pero el bajo número de casos estudiados, hace necesario un aumento de los mismos, para poder responder a la pregunta ¿es precisa una disminución de la caducidad de hemoderivados?.

**CB - 128.- PÍDEME QUE ME LAVE LAS MANOS ANTES DE ATENDERTE: UNA IDEA PARA UN DÍA.**

VALDOR-ARRIARÁN M, ALIJA-LÓPEZ V, BOO-PUENTE MJ, FARIÑAS-ALVAREZ C, PÉREZ-PALOMARES CA, MORENO-DE LA HIDALGA MA.

HOSPITAL DE DÍA MÉDICO. TORRELAVEGA (SANTANDER).

**OBJETIVOS:**

Presentar los resultados de la implantación de la propuesta que quedó primera finalista en el concurso de ideas convocado el pasado año por el Ministerio de Sanidad, la cual tenía como objetivo promover y fomentar la participación activa del paciente en la higiene de manos de los profesionales que le atienden. La campaña se titulaba "Si no lo veo no lo creo".

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Ámbito: Hospital de día médico.

El 7 de mayo se celebró la Jornada Mundial de la Higiene de manos.

Una semana antes, se informó a los profesionales del servicio de las características de la campaña.

Se repartieron pegatinas y chapas con la leyenda "Pídeme que me lave las manos antes de atenderte" para que se las colocaran en el uniforme de forma que fuera visible.

Se colocaron carteles en la puerta de las habitaciones que sugerían al paciente que debía pedir a los profesionales la higiene de manos en su presencia.

El día 7 se colocó a todos los pacientes, además de la pulsera identificativa, otra con el lema de la misma, entregándoles un díptico informativo de la Jornada, y una encuesta anónima que podían depositar en un buzón habilitado para ello. Tras la campaña, se entregó una encuesta también a los profesionales que habían participado en la misma.

**RESULTADOS:****PACIENTES**

Total pacientes:37

Tasa respuesta:78% Varones: 51% Edad: 61 DE:14

El 100% de los encuestados considera importante la higiene de manos para prevenir infecciones. El 69% reconoce que el personal que les atiende se lava habitualmente las manos en su presencia y esta práctica tiene relación con su salud.

Ese día, el 72% observó que el personal se lavaba las manos, pero sólo un 6,8% se atrevió a pedir que lo hicieran en su presencia.

Un 38% cree que no debería ser necesario recordar al profesional que se lave las manos ya que es su responsabilidad o se da por hecho. Un 13,7% no lo haría por timidez o temor a represalias.

**PROFESIONALES**

Total profesionales: 16

Tasa de respuesta: 81%; Varones: 15% Edad:44 DE: 5,4

Categoría: Auxiliares 23%; Enfermeras 31%; Facultativos 31%; Celadores 15%

Los profesionales valoran la idea de involucrar al paciente en la higiene de manos del profesional en un 8,8 sobre 10. La consideran una idea eficaz y útil 7,6 sobre 10.

Un 84,6% hizo la higiene de manos antes de que el paciente se lo pidiera. Un 30,7% no se ha sentido incómodo ante la pregunta, aunque un 15,3% se ha sentido violento o evaluado.

Aún así, el 69,2% repetiría la campaña.

**DISCUSIÓN:**

Concienciar a la población de la importancia que la higiene de manos de los profesionales tiene para su salud es una medida eficaz, que obliga a los sanitarios a mejorar su adhesión a la técnica.

El fracaso de otras medidas menos agresivas hace preciso emprender acciones que impliquen al principal afectado de nuestra falta de compromiso con la higiene de manos: EL PACIENTE. Según los resultados obtenidos, ni pacientes ni profesionales están preparados para.

**CB - 129.- INFORMATIZACIÓN DEL TRABAJO DE CELADORAS Y CELADORES:  
¿PUEDE MEJORAR LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD ASISTENCIAL?.**

AREITIO-SARRIA JA, CASTELO-ZAS S, ALVAREZ-GÓMEZ BI, ALVAREZ-INFANTE JI,  
GALLEGO-CAMIÑA I, ALONSO-HERNÁNDEZ F.

HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO. GALDAKAO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**Introducción:

El Hospital Galdakao-Usansolo tiene implantado el modelo EFQM de Excelencia apostando por la gestión por procesos. En la actualidad el 100% del HGU está certificado con la norma ISO 9001.2000.

Es en las reuniones del Proceso de Hospitalización donde surge la necesidad de mejorar la comunicación entre los profesionales e incrementar la Seguridad del Paciente.

Objetivos:

Mejorar la comunicación de Servicios/Unidades con el Área de Celadores mediante el la implantación de una herramienta informática que favorezca la mejora de la calidad asistencial en términos de agilidad en la respuesta, potenciando la seguridad clínica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Creación del Equipo tractor del proyecto formado por la Jefatura de Área de Celadores y el Departamento de Informática para el diseño y preparación de la aplicación siguiendo el ciclo PDCA. Reuniones cualitativas y de consenso con Responsables de Enfermería para presentarles y contrastar el proyecto dando formación individualizada y tutelada, a los Gestores del Programa (Encargados y Celadores) y los Usuarios (Enfermería y Otros Profesionales), en el despliegue e implantación.

Revisión y ajuste continuo del programa, integrando las mejoras propuestas por los usuarios y gestores de la aplicación.

Diseño e implantación de un Cuestionario de Satisfacción a Supervisoras (S) y Encargados (E) con escala de 1 a 10 puntos. Media global (S=7,52, E=7,99).

**RESULTADOS:**

1. Aumento de la Seguridad (S=8,25, E=8,12) El sistema requiere la identificación completa de paciente y peticionario, ello facilita el contacto para resolver dudas y reduce el riesgo de errores.
2. Aumento de la Satisfacción (S=7,59, E=8,41): El personal sabe que sus solicitudes quedan registradas, asegurando su trazabilidad.
3. Ayuda en el trabajo (S=7,71, E=8,59): Permite la solicitud de tareas anticipada, así como programación de actividades cíclicas.
4. Información: Conocemos toda la actividad, lo que permite asignar costes por paciente.(E:8,47).

**DISCUSIÓN:**

1. Usabilidad (S=7,41, E=8,29): El éxito está en su sencillez que invita al 100% de las personas que requieren atención por los Celadores de Hospitalización-Retén, y que antes dependían del teléfono e interfono, a usarla.
2. Agilidad. (S=7,41) Ahora el aviso llega al Gestor del programa al momento. Antes tenían que esperar a que su llamada entrase (un solo receptor para multitud de emisores).
3. Comunicación (S=7,18, E=6,75): El mensaje llega íntegro. Antes dependía de cómo se expresara el peticionario, de como lo registrase y trasmitiese el Gestor y como lo recibiera la Celadora o Celador, con los inevitables fallos emisor-receptor.

4. Eficiencia: Se puede realizar planificación y seguimiento de actividades y ajustar los recursos en función de los datos obtenidos.
5. Mejora la gestión y la calidad del trabajo del Área de Celadores (E=8,59).
6. Mejora la percepción de buena atención sobre el Área de Celadores. (S=7,88, E=8,29).
7. Mejora de la percepción respecto de la Calidad Asistencial y la Seguridad Clínica global 7,76.

**CB - 130.- EFECTOS ADVERSOS E INCIDENTES NOTIFICADOS POR PROFESIONALES EN UN HOSPITAL REGIONAL.**

FERNÁNDEZ-SIERRA MA, MOLINA-RUEDA MJ, RODRÍGUEZ-DEL ÁGUILA MM, TEJADA-VALDEZ DR, ENRÍQUEZ-MAROTO MF, MARTÍNEZ-DIZ S.

HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

**OBJETIVOS:**

La gestión de riesgos clínicos es clave para identificar situaciones de riesgo e implantar acciones para su reducción y prevención. Una de las fuentes de información para la identificación de riesgos para la seguridad del paciente y posterior elaboración del mapa de riesgos del hospital, es la procedente del sistema de notificación voluntario, anónimo y no punitivo, que en nuestro centro se ha implantado mediante un sistema de buzono. El objetivo fue describir las características de las notificaciones sobre Efectos Adversos (EA) e incidentes realizadas por los profesionales del centro.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se trata de un estudio descriptivo realizado en 2010-2011. Desde la Comisión para la Seguridad del Paciente se puso en marcha un procedimiento general a nivel del hospital para la notificación y gestión de efectos adversos e incidentes notificados por los profesionales, se diseñó el circuito de notificación, difusión y la hoja de recogida de EA/incidentes que contiene las variables: centro de notificación, categoría del profesional que notifica, Unidad de Gestión Clínica (UGC), fecha, tipo y gravedad del EA y medidas adoptadas, pudiendo notificar más de un efecto adverso para un paciente en el mismo ingreso. Los datos se resumieron con tablas de frecuencias y porcentajes.

**RESULTADOS:**

En 2010 se notificaron 211 EA/incidentes y en 2011, 229, suponiendo un incremento del 9%. Los profesionales de enfermería son los que notifican mayor número de EA (63.3%), seguido por los médicos (24.0%). La mayor frecuencia de notificaciones fue de otros EA (41.0%), traumatismos (19.0%), extravasación (13.1%) y reacción adversa medicamentosa (11.2%). Los EA leves fueron los más notificados, alcanzando un 60.6%, destacando un 21.8% en los que no consta la gravedad. Las medidas adoptadas fueron rectificación/devolución de la medicación (17.6%), nuevas/cambios de vías (17.4%) y valoración clínica por parte de los facultativos (15.4%). Las UGC que más notificaciones realizaron fueron Médico Quirúrgica de la Infancia un 12.0%, Cirugía Alta Precoz un 10.3% y Nefrología un 9.0%. Respecto a los incidentes, se observan cifras similares a EA en cuanto a la categoría profesional del que notifica. El grupo de otros EA se presentó en un 96.7%, no habiendo información sobre la gravedad en un 71% de los incidentes; en el 35.5% se tomó como medida la rectificación/devolución de la medicación. El centro que más notificaciones EA realiza es el Médico Quirúrgico con un 56.5%, mientras que el Materno-Infantil es donde más incidentes se notifican, alcanzando un 35.5%.

**DISCUSIÓN:**

El mayor número de EA e incidentes es notificado por los profesionales de enfermería, gran parte son de carácter leve y en un porcentaje importante no constan medidas de actuación. Siendo aún reducido el número de notificaciones realizadas, aunque con tendencia de incremento, es necesario motivar a los profesionales para incrementar la notificación y adopción de medidas ante los EA e incidentes que redunden en una mayor y mejor seguridad de los pacientes.

**CB - 131.- ESTUDIO DE COLONIZACIÓN EN LAS MANOS DEL PERSONAL SANITARIO DEL HOSPITAL DR. MOLINER.**

SÁNCHEZ-ROLDÁN MD, SABATER-BORÍ C, GIL-APARICIO MD, GINER-ALMARAZ S, MERINO-PLAZA MJ, MARTÍNEZ-MORENO C.

HOSPITAL DR MOLINER. SERRA (VALENCIA).

**OBJETIVOS:**

- Conocer la prevalencia de personal sanitario cuyas manos están colonizadas por microorganismos patógenos
- Concienciar al personal de la importancia de la higiene de manos
- Adoptar medidas de prevención que eviten la transmisión cruzada de la IN a través de las manos del personal sanitario.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- Diseño: Corte Transversal
- Muestreo: No probabilístico y consecutivo. Los sujetos estudiados fueron los trabajadores que prestaban sus servicios en el turno de mañanas el día 16 de octubre
- El estudio consistía en realizar un frotis de ambas manos a dicho personal, para su posterior cultivo microbiológico.
- Variables:
  - \*Explicativas: Edad, sexo, categoría profesional, Unidad en la que prestan sus servicios
  - \*Variables respuesta:
    - Cultivo microbiológico (positivo, negativo o flora residente)
- Tratamiento Estadístico:
  - Con el programa SPSS se ha realizado:
    - \*Estudio descriptivo
    - \*Estudio inferencial.

**RESULTADOS:**

De los 106 trabajadores considerados 30 presentaban sus manos colonizadas por algún tipo de bacteria patógena (28,3%) y 24 presentaron cultivo negativo (22,6%) y 52 presentaron flora residente (49,1%) (Estafilococo coagulasa negativo, Corynebacterium sp. o S viridans).

Los hombres presentaron mayor porcentaje de colonización en sus manos que las mujeres (38,8% frente a 26,1%).

Los estudiantes presentaron la mayor tasa de colonización en sus manos (55,5%), seguidos de facultativos y celadores (36,4%), DUE (22,6) y auxiliares de enfermería (18,9).

Por servicios y unidades, el % de colonización observado fue muy variable, oscilando entre el 0% en el personal de laboratorio y el 63,6% en una de las unidades de hospitalización.

**DISCUSIÓN:**

- Las infecciones nosocomiales son uno de los EA más costosos a los que se enfrentan las instituciones sanitarias.
- Son una causa importante de morbilidad y mortalidad.
- Son potencialmente prevenibles y su tasa está relacionada con múltiples aspectos de la calidad asistencial.
- La prevención y la higiene constituyen un elemento clave de los protocolos asistenciales
- El lavado de manos es el método más efectivo para prevenir la transferencia cruzada de microorganismos entre el personal sanitario y los pacientes.

- Las prisas, el olvido o los descuidos pueden causar la transmisión cruzada de infecciones en los pacientes.
- Todos sabemos lo que debe hacerse, pero no siempre lo hacemos, por lo que es necesario realizar periódicamente campañas de concienciación sobre la importancia de la correcta higiene de manos, ya que esta sencilla medida, puede salvar vidas.
- La falta de ejemplo entre compañeros o superiores puede hacernos olvidar esta medida básica
- La concienciación es un elemento clave ya que hasta la fecha los microorganismos han desarrollado múltiples mecanismos de defensa, pero ninguno ha generado resistencia al lavado de manos.
- La realización de cortes periódicos para comprobar la adhesión del personal a esta medida y la posterior difusión de los resultados obtenidos es una medida útil para promocionar la higiene de manos.

**CB - 132.- GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE TRATAMIENTO ,EN LOS PACIENTES POLIMEDICADOS.**

SUKIA-ARMENDARIZ G, SARRIEGUI-URANGA MI, MENDIA-GOROSTIDI JL, JIMENEZ-SERRALTA A, SAEZ DE CABEZON-BUSTINDUY MA, ARSUAGA-BILBAO E.

CENTRO DE SALUD ONDARRETA EN SAN SEBASTIAN. SAN SEBASTIAN.

**OBJETIVOS:**

Conocer,mediante visita domiciliaria a nuestros pacientes polimedicados(PP),el grado de cumplimiento del plan terapeutico propuesto,analizar el tipo de errores que se cometen en la toma de medicacion e identificar los factores que influyen en ello.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo transversal de una muestra aleatoria de 90 pacientes ,obtenidos del listado de pacientes polimedicados de nuestro centro de salud . Los observadores,previo contacto telefonico con cada paciente,para explicarles el estudio y obtener su autorizacion,acudieron a los domicilios de los pacientes que aceptaron participar en el estudio(73 casos,el resto 17 no se les ha localizado en el domicilio o no han querido participar en el estudio)con la hoja de medicacion impresa desde la historia clinica informatizada. Ya en sus domicilios se comprobo(de acuerdo con el paciente)la medicacion que realmente toman y como lo toman,y se reviso su bolsa de medicamentos comprobando si existian o no duplicidades en la medicacion.En la misma visita se identifico si el paciente tenia un cuidador principal.

**RESULTADOS:**

Se han recogido 73 casos,de los cuales 42 son mujeres y 31 varones.El resto(17)no se les ha localizado en su domicilio o no han querido participar en el estudio.

La media de edad es de 82,4 años(83,6 para las mujere y 80,9 para los varones). La media de medicamentos por paciente ha sido de 7,4 medicamentos(rango de 4-15).7,3 para las mujeres y 7,5 para los varones.

Existia una concordanica absoluta del 73%(53 casos) tanto en la medicacion como en las pautas.

En cuanto a las no concordancias(18casos)se deben a que en la historia clinica figuraban los medicamentos no concordantes como medicacion aguda,no como medicacion cronica,pero si figuraban como prescritos y pautados.

Encontramos dos casos de duplicidades(misma substancia con nombres farmacologicos distintos),pero el paciente los reconocia claramente como misma medicacion.

No hemos encontrado situaciones de riesgo en las omisiones y duplicidades. En cuanto al hecho de tener o no cuidador(16 tenian cuidador y 57 no),al relacionarlo con la toma correcta las diferencias no son estadisticamente significativas.

**DISCUSIÓN:**

Valoramos estos resultados como positivos, un 73%de concordanica absoluta nos parece positivo,aunque mejorable. En cuanto a los errores,podemos ver que en un 90%de los errores eran por omision en la hoja de medicacion cronica del paciente,pero si figuraban como prescritos en su historia clinica informatizada.

Hay dos casos de duplicidad,pero que los pacientes los reconocian claramente como misma medicacion.

**CB - 133.- SEMANA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: CAMPAÑA VIRTUAL DE SENSIBILIZACIÓN EN UNA COMARCA DE ATENCIÓN PRIMARIA.**

DE LA PRIETA-VELASCO Y, LEKUBE-ANGULO K, GARCÍA-PÉREZ R, FERNÁNDEZ-URIA J, ZUNZUNEGUI-MARCAIDA J, ETXEBERRIA-ATXURRA I.

CENTRO DE SALUD ZORROZA. COMARCA BILBAO. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Desarrollar una cultura de seguridad es clave para avanzar en la prevención del daño a los pacientes y el trabajo de sensibilización de los profesionales es básico para lograrlo. Esta tarea requiere perseverancia y cierta dosis de imaginación. Por ello, el Grupo de Seguridad del Paciente (GSP) de nuestra comarca planteó una campaña de sensibilización de una forma novedosa: a través de un formato virtual de difusión de la información.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realizó una campaña de sensibilización en seguridad del paciente a lo largo de una semana, coincidiendo con la celebración del día mundial de la higiene de manos. Se aprovechó esta oportunidad para agrupar una serie de actividades con un formato virtual emitido en diferentes canales de difusión (web 2.0, intra y extranet, facebook y twitter). Se diseñó un modelo de presentación de la información que se repetiría de lunes a viernes con diferente temática. Los banners (carteles de presentación) mostraron cada día el tema central seleccionado, un lema y una imagen "ad hoc", para captar la atención de los profesionales. Desde estos banners se ofrecía la opción "más información" con una muestra de documentos o enlaces de interés.

- Día 1: HIGIENE DE MANOS: "Salvar vidas está en tus manos".
- Día 2: NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: "Aprender de lo que no ha ido bien".
- Día 3: EVITAR ERRORES DE MEDICACIÓN: "Más matan las recetas que las escopetas".
- Día 4: IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE PACIENTES. "¿Quién es quién?".
- Día 5: BUENAS PRÁCTICAS EN NUESTROS CENTROS DE SALUD: "Aprender de los aciertos".

El material ha sido elaborado por el GSP con la ayuda del grupo de comunicación de nuestra comarca. De forma paralela, se diseñó una presentación power-point con mensajes cortos de sensibilización y fomento del autocuidado para los pacientes que han sido emitidos durante la semana en las pantallas de comunicación de los centros de salud.

**RESULTADOS:**

Cada uno de los días se difundió la información mediante un correo electrónico dirigido a todos los profesionales de la comarca; también como una nueva noticia en la intranet y en la extranet de nuestra organización, y en la plataforma de gestión del conocimiento 2.0 y se emitieron mensajes en facebook y twitter. De esta forma hemos intentado llegar al máximo de profesionales, tanto de nuestra comarca como de otras organizaciones.

Aunque el feed-back no era objetivo principal de la campaña, hemos recibido respuestas positivas y también sugerencias de mejora.

**DISCUSIÓN:**

La extensión de la cultura de seguridad implica llevar a cabo actividades de sensibilización en las que el espacio virtual se muestra, también en el ámbito sanitario, como una gran oportunidad de difusión de información, máxime en el actual tiempo de escasez de recursos económicos que limita las actuaciones presenciales y obliga a establecer estrategias innovadoras que fomenten una cultura abierta en seguridad del paciente.

**CB - 134.- MEJORA DEL AJUSTE DE DOSIS DE HEPARINA EN INSUFICIENCIA RENAL EN URGENCIAS.**

ARRIBAS-DÍAZ B, COMESAÑA-LÓPEZ M, RAMOS-LÓPEZ S, SÁNCHEZ-MULERO MC, SÁNCHEZ-ANDUJAR L, GÓMEZ-GARCÍA C.

MORALES MESEGUER. MURCIA.

**OBJETIVOS:**

El objetivo es evaluar la adecuación de dosis de heparina en el tratamiento de pacientes con insuficiencia renal.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En Junio y Julio de 2011 se revisaron en dos cortes transversales, las historias clínicas de todos los pacientes ingresados desde Urgencias en los servicios de Medicina Interna y Cardiología. En ellos se ha tenido en cuenta el tratamiento pautado en el Servicio de Urgencias. Se han evaluado los casos con un valor de Creatinina (Cr) superior al valor de la normalidad en Urgencias. Posteriormente, en Mayo de este año, se han vuelto a revisar los ingresos para valorar la posible mejoría, tras actividades de mejora.

En estos casos se ha registrado la constancia del peso, cálculo del valor del Aclaración de Creatinina (CLCr) y tratamiento pautado. Para la evaluación de la adecuación de dosis, se tuvo en cuenta la ficha técnica de la heparina utilizada, de acuerdo con el Servicio de Farmacia. Para el cálculo de dosis correcta se ha utilizado la fórmula de Crockcroft y Gault teniendo en cuenta la Cr. de Urgencias, la edad, y el peso en aquellos casos en los que constaba en la historia de planta o un teórico peso ideal de 70 kg.

Se han valorado también los cambios de tratamiento realizados en la planta. Para valorar las diferencias entre los resultados se ha utilizado el test de la Chi cuadrado.

**RESULTADOS:**

En el primer muestreo, de los 162 casos evaluados, 46 presentaban en el momento del estudio cifras altas de Cr. en Urgencias. De ellos, en 25 casos (54,3%) se pautó heparina de bajo peso molecular en Urgencias. En la muestra de este año, de los 84 casos evaluados, 27 presentaban insuficiencia renal, y en 20 de estos se pauto heparina.

Respecto al ajuste de dosis de heparina, en 2011, en 8 de los 25 pacientes con insuficiencia renal, un 32% (intervalo de confianza: 13,7-50,3%) se les pautó una dosis incorrecta de heparina. En la muestra de 2012, 5 de los 20 casos 25% (i.c. 5,1-44,9%) no tenían pautada una dosis ajustada de heparina. La diferencia con el 2011 no tiene significación estadística.

**DISCUSIÓN:**

El ajuste de dosis en el tratamiento con heparina de pacientes con insuficiencia renal continua siendo un problema en nuestro Servicio de Urgencias.

**CB - 135.- 5 AÑOS PREVINIENDO LAS CAÍDAS DE PACIENTES EN UN HOSPITAL DE AGUDOS GERIÁTRICO.**

MENÉNDEZ-FRAGA MD, VÁZQUEZ-VALDÉS F, ARIAS-TOBIO HM, NOVAL-SUÁREZ AI, GIÓN-MÉNDEZ M, GARCÍA-LÓPEZ N.

HOSPITAL MONTE NARANCO. OVIEDO (ASTURIAS).

**OBJETIVOS:**

El objetivo ha sido identificar y analizar las caídas de pacientes en un Hospital de Agudos Geriátricos puesto que la literatura se centra casi exclusivamente en centros de larga estancia.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo, retrospectivo y prospectivo usando un sistema de notificación de incidentes obligatorio, el Global Trigger Tool del IHI, y las reclamaciones relacionadas a caídas de pacientes entre los años 2007 y 2011 en un hospital de agudos geriátrico asociado a la universidad de 200 camas.

**RESULTADOS:**

El índice general de caídas (IGC) fue de 5,4 por 1000 pacientes día (varió entre el 5,4 del 2007 al 5 en el año 2011), mientras que el IGC de caídas de camas bajó del 2,1 al 1,8. Las caídas fueron el tercer evento después de errores de medicación y de infección asociada a la asistencia sanitaria. Hubo 1,8% de caídas con daño severo y un 1,3% produjo fracturas y 6 pacientes murieron en los 5 años de estudio. Las caídas de cama en pacientes con deterioro cognitivo no fueron más frecuentes en pacientes sin barandillas puestas que en pacientes con ellas. La distribución de caídas entre las diferentes categorías de daño fue similar en pacientes con y sin afectación cognitiva. Casi la mitad de caídas ocurrieron en el turno de noche (42,4%) o durante el fin de semana (34,7%). Por unidades de hospitalización, las caídas fueron más frecuentes en las Unidades de agudos (42,9%), y el 20,7% de los pacientes tuvieron dos o más caídas. Un 7,5% de los pacientes tuvo una caída previa a la admisión, principalmente en el hogar (73,3%). Encontramos 8 reclamaciones de caídas de un total de 2.052 (0,4%). Solo 3 (0,15%) fueron reclamaciones patrimoniales debidas a una posible negligencia clínica con un coste de 46.728,9 euros.

**DISCUSIÓN:**

La tendencia en las caídas de pacientes muestra una ligera mejoría en la tasa de caídas pero sin reducción en el riesgo de daño severo. Los programas de prevención son una tarea importante en las Unidades geriátricas ya que las caídas conllevan unos costes y daños nada desdeñables. Las reclamaciones por caídas de pacientes suponen un porcentaje muy pequeño de todas las reclamaciones probablemente relacionado a la edad que tienen los pacientes y a la falta de percepción de las complicaciones que provocan.

**CB - 136.- IMPLANTACIÓN Y MEJORA DEL "CHECKLIST" QUIRÚRGICO: ESTUDIOS PROSPECTIVOS DE INCIDENCIA Y PROPUESTA DE NUEVO APARTADO.**

ALOY-DUCH A, BADIA-PÉREZ JM, VILA-SENANTE M, RIU-ALBORNÀ T, MARZUELO-FUSTÉ L, TOLOSA-MUÑOZ C.

HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS. GRANOLLERS (BARCELONA). GRANOLLERS (BARCELONA).

**OBJETIVOS:**

Presentar los resultados de un proyecto de implantación de la lista de verificación en las intervenciones quirúrgicas o "checklist", basado en la propuesta de la OMS en el contexto de la Alianza de Seguridad de los Pacientes y "cirugía segura", realizando un análisis comparativo de tres estudios prospectivos: el estudio piloto de implantación (2009), y 2 estudios de incidencia posteriores en 2011/2012, introduciendo acciones de mejora entre los mismos y la propuesta de un nuevo apartado en el checklist, previo al traslado del paciente al Área Quirúrgica (AQUIR).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Nuestro centro realiza anualmente 5.775 intervenciones electivas (con un 52 % de sustitución por CMA), unas 1367 urgentes y 1906 partos. El checklist escrito ayuda al control básico previo para una intervención quirúrgica segura con los apartados siguientes: a) antes del inicio de la anestesia (PREQUIR); b) antes de realizar la incisión quirúrgica (PREINCIS) y, c) antes de salir del quirófano (POSINTERV). Se diseñó e implantó un nuevo apartado propio, que realiza enfermería de planta, denominado "antes del traslado al AQ" (PREAQUIR). En el estudio piloto prospectivo del centro (junto a 23 hospitales más) se incluyeron 191 pacientes consecutivos; los 2 estudios de incidencia prospectivos, incluyeron 8002 pacientes. Finalmente, describimos los porcentajes de cumplimiento global o "indicador global de verificación promedio" (IGVP), síntesis de los 4 apartados del checklist.

**RESULTADOS:**

Los datos generales de los pacientes se distribuyeron en 3 grupos comparables por sus parámetros básicos. Los resultados para los 4 indicadores de "PREAQ, PREOP, PREINCIS y POSQUIR" fueron, respectivamente, al comparar el estudio piloto con el primer estudio de incidencia: 37 y 67%; 35 y 71%; 54 y 55% ( $P=NS$ ); 81 y 68%; y, al comparar los 2 estudios de incidencia: 67 y 74%; 71 y 67%; 55 y 45%; 68 y 62% (significación de  $P \leq 0,001$  en todos ellos). Todos los indicadores de la "PREAQ" mejoraron en los 3 estudios, destacando la comprobación del consentimiento informado (8, 60 y 66%); en el resto de apartados, por lo que se refiere al marcaje correcto en el PREOP i PREINCIS mostraron 68, 54 y 44% ( $P \leq 0,001$ ). Finalmente, los resultados de los IGVP fueron 52, 64 y 62% ( $P \leq 0,001$ ). Las acciones de mejora realizadas fueron: a) informatizar el checklist; b) monitorizar los resultados; c) dar retroalimentación a los profesionales; y, d) implantar definitivamente el nuevo apartado PREAQ.

**DISCUSIÓN:**

La implantación inicial del checklist en nuestro centro mostró unos resultados modestos, si bien muy parecidos al resto de hospitales. En los estudios posteriores, se apreció una mejora en la implantación global (incluyendo el nuevo apartado) con un relajamiento posterior, si bien el hecho de no reportarse en el listado, no implica que no se hayan comprobado en la realidad de la intervención. En conclusión, se precisan nuevas acciones preferentes para incrementar el grado de cumplimiento del checklist quirúrgico.

**CB - 137.- IMPACTO DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN LA MORBI-MORTALIDAD DE LOS PACIENTES.**

MERINO-PERALTA MA, VILLALGORDO-ORTIN P, RODRIGO-RINCON MI, TIRAPU-LEÓN B, MARTÍN-VIZCAINO M, ZABALZA-LÓPEZ P.

**OBJETIVOS:**

La Seguridad del paciente, componente clave de la calidad asistencial, se ha convertido en una prioridad de los sistemas sanitarios en todo el mundo. Una de las acciones que se han puesto en marcha con el fin de reducir las complicaciones y mortalidad en los pacientes quirúrgicos es la implantación de un listado de verificación quirúrgica (LVQ). No obstante, todavía son escasas las publicaciones en las que se demuestra la efectividad de esta intervención y ninguna en nuestro país.

El objetivo del trabajo es conocer si la implantación del LVQ en una unidad quirúrgica de un hospital terciario ha conseguido disminuir la morbi y mortalidad de los pacientes intervenidos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Análisis de la historia clínica de 100 pacientes de una unidad quirúrgica antes de la implantación del LVQ y otros 100 tras la implantación. Se estudiaron 43 comorbilidades, para realizar el ajuste de riesgo de los pacientes, y 39 complicaciones además del fallecimiento (5 eventos intraoperatorios anestésicos, 18 complicaciones quirúrgicas, 7 eventos adversos accidentales, 9 otras complicaciones).

Se analizaron el % de pacientes intervenidos a los que se les aplicó el LVQ y el grado de cumplimentación del mismo. La muestra se calculó para un % de eventos adversos estimada antes de la implantación del 12% y de 7% tras la implantación; nivel de confianza:95%; potencia:80% para poblaciones finitas.

**RESULTADOS:**

% de pacientes intervenidos en los que se aplicó el LVQ: 80%; grado de cumplimentación:85,4%.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las comorbilidades analizadas ni en el conjunto de las mismas (media de comorbilidades por paciente en el año 2008: 4,2 vs 4,4 en 2010). De las otras variables analizadas: tipo de intervención, ASA, tipo de anestesia, etc. solamente la edad media fue mayor en el año 2010 que en 2008. No hubo diferencias estadísticamente significativas ni en el % de complicaciones por paciente (67 en 2008 vs 63 en 2010) ni en el % de pacientes complicados (36 en 2008 y 35 en 2010), ni en el % de fallecimientos intrahospitalarios (6 en 2008 y 2 en el 2010) en los dos años estudiados. Solamente las complicaciones quirúrgicas propias de la unidad experimentaron una disminución (diferencia 12% IC 1,97-22,02%).

**DISCUSIÓN:**

En la unidad quirúrgica estudiada, la introducción del LVQ no ha conseguido un descenso estadísticamente significativo del conjunto de las complicaciones ni de la mortalidad a pesar de una disminución de la frecuencia de las mismas en el 2010 con respecto al 2008. Solamente las complicaciones catalogadas como propias de la unidad se han reducido en el 2010 con respecto al 2008 siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Estos resultados han podido deberse al grado de cumplimentación del LVQ, al modelo del listado y la forma de utilización o al ámbito de estudio (solamente una unidad quirúrgica).

Se requieren más estudios de investigación que aporten evidencia sobre el efecto del LVQ en los resultados de salud de los pacientes.

**CB - 138.- PROGRAMA DE AYUDA INFORMÁTICA A LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS (PAIFAR).**

FERNÁNDEZ-LOBATO B, RUIZ-RAMÍREZ JC, CONTESSOTTO-SPADETTO C, FERNÁNDEZ-MONTOYA FJ, BELTRÁN-MONTALBÁN R, ABELLÓN-RUIZ J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR. SAN JAVIER (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

Desarrollar un sistema de ayuda a la identificación de oportunidades para realizar intervenciones farmacoterapéuticas dirigidas a salvaguardar la seguridad del paciente, mediante la generación de alertas electrónicas automáticas que permitan detectar situaciones de riesgo para reacciones adversas a medicamentos, así como problemas relacionados con la posología de la medicación y el estado nutricional del paciente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Implementación de un programa informático que explota una serie de variables clínicas del paciente obtenidas del soporte lógico del centro (datos anagráficos, diagnóstico al ingreso, análisis bioquímicos, hematológicos, microbiológicos, niveles de fármacos y datos relacionados con la prescripción) y, mediante programación de un conjunto de algoritmos y reglas clínicas, genera alertas automáticas en las siguientes áreas:

1. Terapia secuencial.
2. Ajuste de dosis por insuficiencia renal.
3. Ajuste de dosis por insuficiencia hepática.
4. Control de pacientes con heparinas de bajo peso molecular, valorando función renal y ratio del TTPA.
5. Control de terapia anticoagulante oral.
6. Control de pacientes con hipo- e hiperpotasemia.
7. Seguimiento de pacientes en tratamiento antibiótico, valorando leucocitos y PCR.
8. Pacientes con neutropenia y algún fármaco que cause neutropenia como efecto adverso.
9. Pacientes con trombopenia y algún fármaco que cause trombopenia como efecto adverso.
10. Pacientes con fármacos monitorizables, con o sin niveles solicitados.
11. Valoración nutricional al ingreso de los pacientes de que se dispone de los datos (CONUT).

El Servicio de Farmacia ejecuta a diario el programa y realiza las intervenciones consecuentes, que son registradas.

**RESULTADOS:**

Los problemas más frecuentemente encontrados están relacionados con la terapia secuencial, la dosificación de fármacos en pacientes con insuficiencia renal, especialmente en el caso del ajuste de heparinas de bajo peso molecular, y la monitorización farmacocinética de medicamentos. Se ha constatado que este sistema ahorra una importante cantidad de tiempo a la hora de detectar situaciones potenciales de peligro debidas a las medidas farmacoterapéuticas prescritas.

**DISCUSIÓN:**

La implantación de esta aplicación informática ha permitido ampliar el alcance de nuestras intervenciones y optimizar el tiempo de trabajo ajustándonos a una nueva rutina. En nuestra opinión, herramientas como la que hemos desarrollado deberían incorporarse a los programas usados para la prescripción/validación de órdenes médicas de manera generalizada. Nos atrevemos a decir que este programa ha supuesto un cambio en la cultura en nuestro hospital, en relación a la gestión y prevención de acontecimientos adversos relacionados con el uso del medicamento.

**CB - 139.- MEDICACIÓN POTENCIALMENTE INAPROPIADA EN PACIENTES CON DEMENCIA AVANZADA.**

HERNANDEZ-PALACIOS R, CIBRIAN-GUTIERREZ F, YOLLER-ELBURGO AB, AUDICANA-URIARTE A, BARRIO-LÓPEZ Y, LERTXUNDI-ETXEBARRIA U.

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE ALAVA. VITORIA - GASTEIZ.

**OBJETIVOS:**

La seguridad del paciente está considerada como un elemento clave de la calidad asistencial. En este sentido, la medicación potencialmente inapropiada (MPI) en ancianos constituye un problema de salud pública, no solo por consumir recursos sanitarios, sino por ser causa de morbilidad y mortalidad. Los criterios más ampliamente utilizados (Beers, STOPP-START) para su valoración no contemplan la heterogeneidad de la población geriátrica. En pacientes próximos al final de la vida es necesario considerar otros valores como la esperanza de vida y el objetivo global del tratamiento. En esta línea, Holmes et al elaboraron una lista de consenso de MPI para pacientes con demencia avanzada. Nuestro objetivo fue evaluar, mediante estos criterios, la adecuabilidad del tratamiento farmacológico en este grupo de población en nuestro hospital.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El escenario de evaluación fue una unidad especializada de psicogeriatría de 38 camas en un hospital psiquiátrico. Se realizó un corte transversal con fecha 1 de abril de 2011 identificando a aquellos pacientes con criterios de demencia en fase avanzada definida como estadio FAST 6e o superior en la escala de Reisberg. Se recogieron datos clinico-demográficos que incluyeron edad, sexo, tipo de demencia y tratamiento farmacológico. Posteriormente los fármacos prescritos se clasificaron en cada una de la cinco categorías de adecuación conforme a los criterios de Holmes en "siempre, a veces, raramente, nunca apropiados o sin consenso".

**RESULTADOS:**

Se identificaron 14 pacientes con demencia avanzada que estaban tomando un total de 124 medicamentos con un promedio de  $8.8 \pm 3.4$ . El fármaco más utilizado fue paracetamol seguido de suplementos nutricionales y lactulosa. Se halló una alta proporción de medicamentos clasificados como ;siempre apropiados; (40%) y ;a veces apropiados; (31%), y únicamente dos medicamentos (2%) de la categoría ;nunca apropiados". Tres pacientes estaban tomando cuatro medicamentos clasificados como ;poco apropiados; (3%). Hasta 18 % de los fármacos correspondieron a la categoría de "sin consenso". Encontramos cinco fármacos no contemplados en los criterios (6%).

**DISCUSIÓN:**

Aunque se trata de una pequeña muestra, los resultados ponen en evidencia una notable adecuabilidad de la prescripción. Este hecho, a nuestro juicio, es relevante especialmente por las características monográficas que definen nuestro hospital y es un buen indicador de la calidad de prescripción en esta población hospitalizada. La filosofía y fácil aplicabilidad de los criterios de Holmes los hace interesantes y pudieran ser un punto de partida para su desarrollo en otros grupos de pacientes con esperanza de vida disminuida y necesidades de priorizar en una atención paliativa y donde los criterios habituales para evaluar el uso de MPI no son de utilidad.

**CB - 140.- AUTOEVALUACION DEL SNS 2007-2011 SOBRE LA SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO EN LOS HOSPITALES. H. U. BASURTO.**

RUIZ-ETXEBARRIA MA, ETXABE-RUIZ ML, ALVAREZ-LAVIN MM, IBARRA-HERNANDEZ K, RODRIGUEZ-MOLINUEVO A, ARANGUREN-RUIZ MT.

HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Analizar los avances en seguridad de medicamento, a raíz de la implantación de las medidas adoptadas en la autoevaluación 2007, así como promover y mejorar la seguridad del uso de los medicamentos en el HUB. La realización del Cuestionario de Autoevaluación de Seguridad del Sistema Nacional de Salud, sobre la utilización de los Medicamentos, nos ha servido como herramienta de mejora, ayudándonos a evaluar y conocer sus riesgos identificando oportunidades de mejora para planificar las medidas que deben priorizarse.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Elaborado por un Equipo multidisciplinar con un representante del equipo DIRECTIVO (Comisión de Seguridad del medicamento del HUB), el cuestionario consta de 232 puntos, que representan prácticas o medidas concretas destinadas a prevenir los errores de medicación, 10 apartados de los elementos clave que mas inciden en la seguridad de utilización de los medicamentos, incluyendo uno o mas criterios esenciales. Cada punto de evaluación debe ser valorado con respecto a su implantación en el hospital, utilizando un baremo con 5 posibilidades. Se dispone de una aplicación informática que permite introducir on-line los resultados de la evaluación a través de la web del ISMP-España. Cada hospital puede disponer de un análisis individualizado de sus propios datos, compararlos con la información agregada de otros hospitales similares.

La comisión realiza durante tres meses la autoevaluación, en reuniones cada 15 días. Cada miembro ha trabajado previamente los cuestionarios, siendo importante que profesionales expertos en cada área lideren ese item, especialmente los Servicios /Unidades como pediatría y las unidades de críticos. Se emplea la misma dinámica en el año 2007 y en el 2011.

**RESULTADOS:**

Puntuación total del cuestionario: 2007---33,65% 2011---- 58,62%

-Información sobre los pacientes 23,28% ---43,55%

-Información de los medicamentos 33,04% --49,11%

-Comunicación de las prescripciones y de otro tipo de información sobre la Medicación 19,79% -----59,38

-Etiquetado, envasado y nombre de los medicamentos 33,93% ---62,5%

-Estandarización, almacenamiento y distribución de medicamentos 40% ----- 57,91%

-Adquisición, utilización y seguimiento de los dispositivos para la administración de los medicamentos - 10,42% ---30,43%

-Factores del entorno 65% ---81%

-Competencia y formación del personal 26,43% ---42,86%

-Educación al paciente 37,5% --59,72%

-Programas de calidad y gestión de riesgos 36,95% ---75,41%

**DISCUSIÓN:**

Este cuestionario esta considerado como un instrumento de trabajo muy útil para orientar y planificar las prácticas que conviene implantar para avanzar en la prevención de errores de medicación, así como para evaluar las mejoras conseguidas, por lo que se recomienda cumplimentar con una periodicidad anual o bianual como parte de las actividades de mejora continua de la seguridad de los medicamentos en los hospitales.

**CB - 141.- OPINION DE LOS PROFESIONALES SOBRE EL USO DEL CHECKLIST DURANTE LA COLOCACION DE CATETERES VENOSOS CENTRALES.**

GARCIA-DIEZ R, FILARDO-MANERO E, GÓMEZ-ALCIBAR A, DELICADO-DOMINGO M.  
HOSPITAL DE BASURTO. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Conocer la percepción de los profesionales sobre el checklist del proyecto BZ, así como detectar posibles áreas de mejora tras dos años de adhesión al proyecto.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo transversal. Se diseñó un cuestionario ad hoc autoadministrado con 15 preguntas sobre utilización, utilidad del checklist y seguridad. Además se recogieron datos socio-demográficos y de opinión.

La población de estudio fueron todos los profesionales que trabajan en UCI

Se realizó un análisis inferencial, calculando el test de X<sup>2</sup>, la t de Student y el análisis de varianza con un intervalo de confianza del 95% y un nivel de significación estadística del 0,05.

**RESULTADOS:**

La tasa media de respuesta fue del 79,26%. El 87,5% de los profesionales encuestados manifestó utilizar siempre o casi siempre el checklist, otorgándole una utilidad media de 8,3 puntos. El 100% querrían que se utilizase el checklist si fueran ellos los sometidos a la técnica. El 76% no sabe o no ha realizado ningún análisis de un incidente adverso y el 57,3% realiza sesiones para aprender de los errores.

**DISCUSIÓN:**

Los profesionales consideran que la utilización del checklist permite evitar errores y garantiza el uso de medidas con eficacia demostrada.

Se detectan necesidades de mejora en la frecuencia y periodicidad de las actividades formativas, así como la puesta en marcha de listados de verificación en otras áreas.

**CB - 142.- CONTRIBUCIÓN A LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DEL PROFESIONAL.**

ANTEQUERA-LARDÓN MT, URBIETA-SANZ E, SÁNCHEZ-MARTÍNEZ A, INIESTA-SÁNCHEZ J, GUIRAO-SASTRE JM, LÁZARO-GÓMEZ MJ.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. MURCIA.

**OBJETIVOS:**

Incrementar la cultura de seguridad y mejorar la seguridad de los profesionales mediante el análisis de los eventos centinela (aquellos que producen la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de éstas.JCAHO).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Desde 2008 se dispone de un sistema de notificación de incidentes de seguridad en el hospital. En 2012 se ha aprobado un listado de eventos centinela (EC) que incluye entre otros: Fallecimiento inesperado, intervención quirúrgica en paciente diferente con procedimiento erróneo o sitio equivocado, olvido de material tras intervención, suicidio de paciente ingresado, shock anafiláctico, etc., como complemento a la notificación voluntaria y que serán identificados mediante los CMBD.

Los EC notificados se investigan con un análisis de causa raíz (ACR), cuyo fin es averiguar las causas subyacentes, las barreras que no han funcionado y el contexto en el que se ha producido.

El procedimiento que se sigue en la detección por los CMBD es: Constitución del grupo de trabajo, tipo de EC, factores contribuyentes, ¿se ha informado al paciente y/o a la familia?, abordaje del EC, ¿cómo se puede detectar antes?, ¿se trató la secuela?, puntos vulnerables y propuestas de mejora.

Al inicio de la investigación se ofrece al profesional implicado el apoyo técnico y jurídico por parte de la Unidad de Medicina Judicial y Ética Médica (UMJEM), recomendándole: Anotación en la historia clínica de forma objetiva, veraz, clara y rigurosa de lo ocurrido, aceptación del posible error y notificación del evento al SiNASP, colaboración total, información al paciente, solicitud de disculpas y aclaración sobre la existencia de póliza de seguro que cubre los daños y las secuelas, traslado de garantías al paciente, respecto a las actuaciones emprendidas para aclarar y subsanar lo acontecido y comunicación al resto del servicio.

**RESULTADOS:**

De 229 eventos notificados, 12 han sido EC (58% por error de medicación) que han sido investigados todos ellos con ACR.

El 43,7% de profesionales han recibido apoyo en la UMJEM.

De cada uno de los 12 EC se ha derivado una acción de mejora, destacando normas de almacenamiento, etiquetado, envasado y dispensación de medicamentos, normas de recepción y administración de bolsa de sangre, inclusión en listado de comprobación de caducidad mensual de los productos sanitarios, etc. Las acciones se han difundido en los servicios. En la mitad de los casos se han establecido medidas de control y con un nivel de implantación adecuado.

**DISCUSIÓN:**

Son fundamentales el sigilo, el secreto y la no búsqueda de culpables.

Deben evitarse el reparo ético y la presunción automática de responsabilidad legal.

Este es un recorrido idóneo para crear cultura de seguridad, como complemento necesario a la medicina actual (resolutiva, intervencionista, tecnificada e invasiva).

Un paciente bien informado y un profesional adiestrado en buena práctica clínica, son dos pilares básicos para la prevención del riesgo sanitario.

**CB - 143.- USO DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA: PROGRESA ADECUADAMENTE.**

CONTESSOTTO-SPADETTO C, SANCHEZ-RUIZ G, GRACIA-ROS J, GILABERT-MURCIA J, ORTUÑO-ALBALADEJO S, MUÑOZ-SANCHEZ M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR. SAN JAVIER (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

El proyecto "Cirugía Segura" se está desarrollando en los hospitales del SMS en el marco del Programa de Seguridad del Paciente, principalmente a través de la implantación del "check-list" o Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ), una herramienta clave para disminuir el riesgo de errores e incidentes con capacidad de ocasionar daños a los pacientes operados. Nuestro hospital se incorporó a dicho programa en el año 1999 y, desde entonces, las medidas dirigidas a asegurar la seguridad del paciente en el curso de la práctica quirúrgica han gozado de un impulso constante y una monitorización estricta de su cumplimiento. En este tiempo, en nuestra Organización se han producido cambios funcionales y estructurales de primera magnitud (traslado a otro edificio, implantación generalizada del soporte informático, incorporación de nuevas especialidades quirúrgicas, etc.), que han afectado significativamente al desempeño de la actividad quirúrgica, por lo que se decidió revisar su impacto en el uso del LVQ.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Hemos efectuado un análisis retrospectivo del grado de cumplimiento de los indicadores relativos al LVQ en nuestro hospital en los últimos 3 años. En concreto, se ha valorado los porcentajes de check list cumplimentados en procedimientos quirúrgicos, de check list correctamente cumplimentados sobre el total, y de cumplimentación correcta de los criterios en cada fase quirúrgica (entrada, pausa y salida) e individualmente.

**RESULTADOS:**

Presentamos la evolución del uso del LVQ en nuestro hospital desde su implantación definitiva el 1 de Septiembre de 2009 hasta el reciente corte del mes de Abril de 2012. El uso del LVQ se ha extendido progresivamente, estando presente actualmente en la práctica totalidad de intervenciones (98.7%). El grado de cumplimentación adecuada del LVQ muestra una mejoría progresiva a partir de la implantación del formulario electrónico en Selene, siendo en la actualidad del 72.7%. El mayor porcentaje de incumplimientos se produce en la fase quirúrgica de salida, excepto en las fases iniciales de implantación del LVQ, en las cuales hubo un defecto sistemático de marcado del lugar quirúrgico que se corrigió tras el correspondiente ciclo de mejora.

**DISCUSIÓN:**

Desde la implantación del LVQ, se han realizado numerosas acciones de mejora (modificaciones en la estructura del formulario electrónico, formación e información del personal, etc.) que han logrado su uso generalizado en la cirugía llevada a cabo en nuestro hospital, con una tendencia al incremento progresivo del grado de su cumplimentación y de la calidad de ejecución y registro de las comprobaciones previstas en él. No obstante, se ha evidenciado un importante margen de mejora, por lo que habrá que insistir sensibilizando a todos los profesionales implicados acerca de su función insustituible en la prevención de eventos adversos en el paciente sometido a intervenciones quirúrgicas.

**CB - 144.- ¿PUEDEN LA ESTACIONES DE TRABAJO MÓVILES Y LOS SISTEMAS INFORMÁTICOS FACILITAR A LOS ENFERMEROS SEGURIDAD DEL PACIENTE?.**

PRIETO-ALAGUERO MP, DÍAZ-CUASANTE AI, CONDE-ANTÓN JM, NOGUERA-QUIJADA C, MARTÍNEZ-PIEDROLA M, SÁNCHEZ-ROMERO S.

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN. ALCORCÓN (MADRID).

**OBJETIVOS:**

Comparar los indicadores propuestos en el "Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales", adaptado del ISMP Medication Safety Self Assesment for Hospitals, por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España) y las utilidades que ofrece actualmente una estación de trabajo móvil (ETM).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo retrospectivo en un hospital de nivel 2 de la Comunidad de Madrid, realizado en noviembre de 2011 durante la prueba piloto con ETM en una unidad de hospitalización de medicina interna.

Diseño de una encuesta, con carácter anónimo, de 28 preguntas en la que se incluyeron, entre otros aspectos, ocho indicadores basados en el "Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales". El análisis de los datos se realizó mediante SPSS 15 para Windows, las variables cuantitativas se presentaron con su media y desviación estándar. Se entregó la encuesta a 26 enfermeros respecto de 27 de plantilla de la unidad piloto.

**RESULTADOS:**

Tasa de respuesta de la encuesta 92,3%. Para los ocho indicadores relacionados con seguridad las respuestas obtenidas fueron: tuvieron acceso a la información básica del paciente siempre (83%); no permite acceder de forma automática a los datos del monitor de constantes vitales y a la Hª clínica (45,8%); la selección del paciente en pantalla no es automática (62,5%); el lector no utiliza dos identificadores de paciente (50%), se sigue necesitando llevar las hojas de administración de medicamentos (91,7%); permite seleccionar y/o preparar toda la medicación a un paciente inmediatamente antes de su administración (50%).

**DISCUSIÓN:**

Los resultados globales obtenidos indican que no se pueden cumplir todos los criterios establecidos en el cuestionario utilizado en la comparación. Los datos reportados para su estudio y subsanación por la empresa no parecen viables en la actualidad por el coste económico que representan.

**CB - 145.- EVOLUCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN EL HOSPITAL COSTA DEL SOL. COMPARATIVA 2009-2012.**

PÉREZ-TRUEBA E, FUENTES-GÓMEZ V, MORA-BANDERAS A, SANTOS-RODRÍGUEZ M, CANCA-SÁNCHEZ JC, FAUS-FELIPE V.

HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA (MÁLAGA).

**OBJETIVOS:**

Evaluar los resultados del registro de eventos adversos de los últimos tres años.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Nuestro registro de eventos adversos recoge las siguientes variables y aspectos claves de la notificación: tipo de incidente y consecuencias sobre el paciente, sexo, edad, casuística relacionada con los procedimientos, notificación a familiares y pacientes, profesionales presentes en el momento del incidente, ocurrencia del evento (día de la semana, lugar y mes), lugar donde se produce el evento, declarante, factores relacionados y evitabilidad del evento. El registro es accesible en la Intranet corporativa. Se hace un informe semestral/anual en el que se recogen todos los casos válidos agrupándolos por categorías, además de un corolario de cada caso. El informe es enviado a los responsables clínicos y equipo directivo y está disponible en la Intranet. Se realizan sesiones informativas a los profesionales.

**RESULTADOS:**

El nº de eventos adversos declarados ha aumentado cada año de 22 notificaciones (2009) a 58 (2011). Los EA declarados son considerados evitables en su mayoría por los profesionales (entre el 82,61% y 88,80%). Ha disminuido el nº de EA notificados donde el error llega al paciente (del 59,1% en 2009 al 48,2 en 2011). Se mantiene la falta de información al paciente/familia (del 55% 2009 pasando al 65,22% en 2011). La mayor proporción de eventos declarados en los tres años ocurren en plantas de hospitalización. El intervalo horario con más declarantes es el de 08-12h seguido del 16-20h y 20-24h. Las enfermeras son las más declaran. Los EA se concentran más en pacientes con intervalos de edad entre los 61-70 años. Los eventos más frecuentes están relacionados con el uso de medicamentos, la identificación de paciente, la evaluación de pacientes, complicaciones por uso de dispositivos-equipos, cumplimentación incompleta o errónea de registros. Los factores mas frecuentes relacionados con los profesionales son la falta de supervisión, el cansancio, depresión y estrés. Los factores relacionados con protocolos y procedimientos son el seguimiento inadecuado. Los factores relacionados con el liderazgo, información y entorno son la falta de continuidad asistencial y la comunicación entre profesionales. Los factores relacionados con el paciente son la barrera idiomática y la fragilidad o gravedad del paciente.

**DISCUSIÓN:**

La existencia de un registro de notificación no punitivo, voluntario, anónimo y confidencial, con una evaluación continua permite a los profesionales identificar los puntos débiles del sistema.

El feedback periódico permite incorporarlo como un elemento de cultura en los profesionales lo que favorece un aumento de notificaciones.

Es una responsabilidad de todos los profesionales y una obligación de las organizaciones sanitarias mantener un sistema de control y seguimiento de este tipo de eventos.

## **Sesión de Comunicaciones Orales Breves.**

### **Sala C3.**

**Miércoles, 7 de noviembre / 16:00 h. – 18:00 h.**

### **Atención Primaria.**

**CB – 146 / CB – 172**

**CB - 146.- A PROPÓSITO DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA QUE EMPEZÓ A ELABORAR SU PLAN DE CALIDAD ASISTENCIAL.**

FERNÁNDEZ-PAGÈS Y, PEPIÓ-TOMÁS M, AGUIRRE-ALAVA G, MARTÍNEZ-BLESA T, ROBLES-PADILLA MJ, BLADÉ-CREIXENTÍ J.

CAP JAUME I. TARRAGONA.

**OBJETIVOS:**

Definir misión , visión y valores del Equipo de Atención Primaria (EAP) por parte del equipo directivo a partir de la participación del grupo de calidad y de todos los profesionales del centro. Material : Diseño de un cuestionario que de manera individual y anónima cada miembro del equipo escribía la misión , visión y valores del EAP . También se preguntaba si sabían cual era la misión , visión y valores de la empresa para la que trabajan ,el Institut Català de la Salut (ICS) .

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se convocó una reunión con todo el EAP donde el director expuso la situación actual para la elaboración de nuestro Plan de Calidad y la comisión de calidad explicó la definición de misión , visión y valores de una empresa y se propuso a todos los asistentes que contestasen el cuestionario. Una vez analizadas las respuestas se expusieron los resultados a todo el equipo definiendo cual es la misión, visión y valores del ICS.

**RESULTADOS:**

La participación fue del 51 (78,5 %) de las personas de las 65 que componen nuestro equipo. 1- Misión :los términos más repetidos ( dar , asistencia, calidad , prevención, población y el concepto integral ). Otros términos menos frecuentes fueron : ofrecer y atención. Así se creó una definición de misión que contiene los conceptos propuestos por todo el equipo . 2- Visión : se eligieron las metas más positivas, realistas, atractivas, claras, ambiciosas pero factibles. .3- Valores : se elaboró un ranking de todos los valores anotados y selección de los más repetidos. 4- A la pregunta del conocimiento de la misión, visión y valores del ICS: 14 (27,5 %) los conocían, 27 (52,9 %) no los conocían y 10 (19,6 %) respondieron en blanco. Se definió la misión, visión y valores con los cuales queremos trabajar.

**DISCUSIÓN:**

Discusión: Todo equipo , organización , empresa debería disponer una misión , visión y valores consensuados y conocidos por todos para orientar los esfuerzos de todos a un objetivo común. El hecho de poder participar todos y que en estas definiciones se incluyan las opiniones de todos refuerza el sentimiento individual de grupo.

**CB - 147.- MEJORA DE LAS INTERCONSULTAS A OFTALMOLOGÍA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA EN DOS ZONAS BÁSICAS DE SALUD.**

RAMÍREZ-ESPÍN F, MORALES-LÓPEZ R, GUERRERO-DÍAZ MB, ALONSO-GARCÍA C, LUQUIN-MARTÍNEZ R, ROS-MARTINEZ ME.

CENTRO DE SALUD CARTAGENA-OESTE. CARTAGENA (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

Mejorar las tasas de interconsulta desde Atención Primaria (AP) a la Especialidad de Oftalmología.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Introducción: La tasa de interconsulta media mensual (7,94) por mil tarjetas sanitarias individuales (TSI) a la especialidad de Oftalmología es la más alta de todas las interconsultas que se realizan desde AP a Atención Especializada en nuestras dos Zonas Básicas de Salud (A;B).

Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal.

1ªEvaluación:1 de Enero a 31 de Mayo 2011. Periodo de Mejora:1 de Junio a 31 de Agosto 2011. 2ªEvaluación:

1 de Septiembre a 31 de Diciembre 2011.

Ámbito: Dos Zonas Básicas de Salud urbanas con una población total media estable de 46.392 TSI(Zona A (Z.A.): 23.963 y Zona B (Z.B.): 22.429).

Sujetos de estudio: Pacientes derivados a Oftalmología desde AP.

Fuente de Datos: Totalidad de hojas de interconsulta (derivaciones) desde AP a Oftalmología en los meses citados.

Variables: - Número de derivaciones totales a Oftalmología (derivaciones generadas en AP más derivaciones solicitadas como revisiones desde Oftalmología).

- Número de revisiones solicitadas desde cada Zona Básica de Salud.

- Tasa de interconsulta mensual por mil TSI (TIM‰).

Análisis estadístico: Análisis de variables cualitativas y de la ji-cuadrado para comparación de proporciones y t-student Fisher para comparación de medias.

Medidas correctoras:

-Información a los profesionales de AP en una sesión clínica de las altas tasas de derivación al servicio de Oftalmología.

-Revisar la última interconsulta realizada para valorar la pertinencia o no de la nueva solicitud.

-Solicitar al Servicio de Oftalmología la cita expresa de revisiones de menos de 6 meses y reunión conjunta con Gerencia para protocolo de derivación.

**RESULTADOS:**

1ª Evaluación:

A.a)Derivaciones totales a oftalmología de Z.A. evaluada: 862. Tasa de interconsulta mensual total por mil TSI: 7,194. A.b)Derivaciones generadas por AP en Z.A.: 723. TIM‰: 6,03. A.c)Derivaciones a petición de Oftalmología en Z.A.: 139. TIM‰: 1,160.

B.a)Derivaciones totales a oftalmología de Z.B. evaluada: 781.TIM total por mil TSI: 8,705. B.b)Derivaciones generadas por AP en Z.B.: 663. TIM‰: 7,38. B.c)Derivaciones a petición de Oftalmología en Z.B.: 118. TIM‰: 1,315.

2ª Evaluación:

A.a)Derivaciones totales de Z.A. evaluada: 539. TIM‰: 5,623. A.b)Derivaciones generadas por AP en Z.A.: 456.TIM‰: 4,757. A.c)Derivaciones a petición de Oftalmología en Z.A.: 83.TIM‰: 0,865.

B.a)Derivaciones totales de Z.B. evaluada: 448.TIM‰: 4,993. B.b)Derivaciones generadas por AP en Z.B.: 388.TIM‰: 4,324. B.c)Derivaciones a petición del Servicio de Oftalmología en Z.B.: 60.TIM‰: 0,668.

### **DISCUSIÓN:**

Tras la instauración de las medidas correctoras de mejora, observamos:

- Una disminución del número total de interconsultas realizadas desde Atención Primaria.
- Una disminución de interconsultas de revisión generadas por el Servicio de Oftalmología.

**CB - 148.- REALIZACIÓN DE UN CICLO DE MEJORA EN LA GESTIÓN DEL CARNET DE LARGO TRATAMIENTO.**

GUERRERO-DÍAZ MB, RAMÍREZ-ESPÍN F, MUÑOZ-UREÑA A, LUQUIN-MARTÍNEZ R, SALGUERO-MERINO AB, ROS-MARTÍNEZ ME.

CENTRO DE SALUD VIRGEN DE LA CARIDAD. CARTAGENA (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

General: Mejorar el control y gestión del carnet de largo tratamiento (clt) en una Zona Básica de Salud.

Específicos: - Aumentar la seguridad y cumplimiento de los tratamientos crónicos.

- Aumentar la eficiencia en los tratamientos crónicos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Definición: Carnet largo tratamiento (clt): Tratamiento de enfermedades crónicas de duración mayor de 6 meses que se recoge en el área administrativa.

Diseño: Estudio Observacional Descriptivo.

Se realizó la 1ª Evaluación desde el 1 de Enero a 30 de Junio de 2011 y aplicación de los Criterios de Mejora del 1 de Julio a 31 de Diciembre de 2011. Éstos son:

1. Establecer criterios comunes de exclusión de pacientes en clt:

-Ingresos hospitalarios frecuentes.

-Frecuentes consultas con especializadas.

-Tratamientos de menos de 6 meses de duración.

2. Realizar un listado de fármacos que se deben excluir.

3. Registro bimensuales desde Administración para control de la recogida de recetas y detección de la acumulación de las mismas.

4. Puntualidad en el día de la entrega.

5. Revisión de las recetas por parte de los pacientes.

6. Revisión de los tratamientos en consulta a demanda, programada o domiciliaria por enfermería o médico.

7. Establecer una fecha de revisión no superior a 12 meses.

2ª Evaluación desde el 1 de Enero de 2012 al 30 de Junio de 2012.

Ámbito: Cuatro cupos de Medicina de Familia de una Zona Básica de Salud.

Sujetos: Pacientes incluidos en carnet de largo tratamiento registrado en la historia clínica informatizada de OMI-AP.

Fuente de datos: Departamento de Farmacia. Sistema de explotación informático OMI-AP.

Variables: a) Número de fármacos incluidos en carnet de largo tratamiento b) Número de recetas emitidas por año en cada clt. c) Precio de venta al público por clt por año. d) Meses de revisión de clt.

Tratamiento estadístico: Análisis de frecuencias y descriptores.

**RESULTADOS:**

1ª Evaluación:

Cupo1:

a)nºde fármacos incluidos en clt:640

b)nºrecetasxcltxaño:12,63;

c) pvp xcltxaño:219,79 €;

d)revisión de clt en meses: 22,55.

Cupo2:

a)nºde fármacos incluidos en clt:612 ;

b)nºrecetasxcltxaño:13,25;

c) pvp xcltxaño:194,88€;

d)revisión de clt en meses: 9,28.

Cupo3:

a)nºde fármacos incluidos en clt:584 ;

b)nºrecetasxcltxaño:9,27;

c) pvp xcltxaño:154,10€;

d)revisión de clt en meses:13,23.

Cupo4:

a)nºde fármacos incluidos en clt: 590 ;

b)nºrecetasxcltxaño:10,67;

c) pvp xcltxaño:165,25€;

d)revisión de clt en meses:14,68.

## **DISCUSIÓN:**

-Los clt son una herramienta útil para desburocratizar la consulta del médico de Atención Primaria.

-Un uso incorrecto de la cartilla de largo tratamiento supone un aumento del gasto sanitario y sobre todo exponer a un RIESGO LA SALUD DE LOS PACIENTES.

-La revisión de los clt,garantiza el cumplimiento del tratamiento crónico,tanto por parte del médico como del paciente, siendo imprescindibles para una gestión eficaz en la consulta.

-La realización del Ciclo Completo de Mejora nos llevará a conclusiones definitivas sobre la gestión del clt.

**CB - 149.- EDUCACIÓN SANITARIA DEL PACIENTE ANTICOAGULADO: TOMO SINTROM.**

ALBIZU-SANTAMARÍA G, TEJADA-HERNANDEZ F, MERINO-MÚGICA MA, SENDINO-LAYA I, MONGE-MARTIN.

CENTRO DE SALUD DE MUSKIZ. MUSKIZ (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

-Realizar una guía práctica para los usuarios que están en tratamiento con anticoagulantes orales(Dicumarínicos, Sintrom®)para clarificar y reforzar conocimientos, para desarrollar nuevas conductas que incrementen su grado de autonomía, pasando a un rol activo como paciente experto y con actitud proactiva sobre su enfermedad y para proponer recomendaciones que eviten eventos adversos, estableciendo un sistema de información accesible y comprensible, aumentando la cultura de seguridad del usuario.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- Revisión bibliográfica en la base de datos Medline, Jbi, y Cochrane. Los idiomas se reducen a inglés y castellano y no se han excluido artículos por año de publicación.
- Estudio observacional descriptivo transversal; Área Bizkaia dentro de la comarca Ezkerraldea-Enkarterri Abanto-Muskiz; el marco muestral engloba la totalidad de los usuarios anticoagulados con Sintrom entre Mayo de 2011 y Mayo de 2012. Utilizando variables demográficas de los sujetos.
- Método hipotético deductivo.

**RESULTADOS:**

El número de pacientes susceptibles de beneficiarse del tratamiento con anticoagulantes orales , pacientes que hayan sufrido trombosis o embolias, y aquellos que presentan riesgo de padecerlas: valvulopatías, arritmias cardíacas, transtornos congénitos hemáticos... se ha incrementado notablemente.

Estos tratamientos han demostrado su eficacia, pero tienen un estrecho margen terapéutico, que unido a las interferencias con ciertos medicamentos y alimentos y a la idiosincrasia del paciente, hace que sea necesario un control de su dosificación y una continua vigilancia clínica.

El total de anticoagulados con Sintrom en Abanto-Muskiz es de 284, el 55'98% son hombres y el 44,02% mujeres; por edades el 2% son menores de 40 años, el 7,5 % entre 40-60 años , el 48% entre 60-80 años, y el 42´5% son mayores de 80 años. El 100% de los pacientes usan Sintrom® de 4 mg.

-Resultado esperado: La aplicación de un programa educativo para la salud, orientado al refuerzo de conocimientos sobre el tratamiento con anticuagulantes orales elevará la seguridad del paciente-cliente y reducirá eventos adversos consiguiendo mayor eficiencia y calidad asistencial.

**DISCUSIÓN:**

En la actuación de enfermería para el control y seguimiento del paciente anticoagulado debemos identificar y captar pacientes ya anticoagulados y susceptibles de seguimiento en atención primaria, realizar una valoración de conocimientos, cumplimiento terapéutico, dificultades, características particulares y contexto social que nos permita preparar un plan de cuidados en el que la educación sanitaria adquiera un papel fundamental.

EL uso de un cartel informativo dirigido al usuario en tratamiento con anticoagulante oral facilita la comprensión, resuelve dudas y refuerza conductas favoreciendo el autocuidado y garantizando el correcto uso de dicho tratamiento.

**CB - 150.- EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE LA AGENDA DE DEMANDA ABIERTA.**

TERÓN-MARTÍNEZ MJ, RUIZ-SÁNCHEZ AJ, TALAVE-LÓPEZ J, SOLANO-BROTONS E, INIESTA-SÁNCHEZ J, BERMEJO-MERCADER E.

AREA DE SALUD VII MURCIA ESTE. MURCIA.

**OBJETIVOS:**

La gestión de la demanda y en concreto la demanda sin cita constituye un reto tanto para los profesionales como para el sistema sanitario. Siendo uno de los principales problemas percibidos por los profesionales como fuente de insatisfacción. Por lo que desde la Dirección de Enfermería del Área VII de salud, en respuesta al objetivo del contrato de gestión para la apertura de la agenda de enfermería, se articulan las medidas necesarias para su implantación, con el objetivo de evaluar el nivel de implantación en el año 2010.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realiza el análisis inicial de partida, y se define en OMI-AP dentro de la agenda de enfermería la consulta a demanda abierta (DEM). El marco de estudio lo constituyen todos los centros de salud del Área VII de Salud Murcia-Este, siendo los sujetos analizados los profesionales de enfermería.

Se llevaron a cabo reuniones formativas e informativas coordinadas por el Subdirector de Continuidad de Cuidados y la Supervisora de área de continuidad de cuidados, para la implantación de las agendas entre mayo y octubre de 2010.

El indicador evaluado marcado por contrato de gestión fue "Porcentaje enfermeros con agenda de demanda abierta / Total de plantilla", realizando una medición inicial para conocer el punto de partida, dos parciales y una final en diciembre de 2010.

**RESULTADOS:**

Para el indicador se obtuvo un nivel de cumplimiento del 99% en el corte final , los resultados parciales de cumplimiento durante el proceso de implementación fueron: 37.16% en el corte inicial, 52.32% en junio, y un 73% en el corte de noviembre.

**DISCUSIÓN:**

La implantación de agendas abiertas de demanda para enfermería en Atención Primaria facilita la prestación de cuidados de forma individualizada y sistematizada, mediante la aplicación del proceso enfermero, y la asignación de la enfermera de referencia del paciente para el episodio clínico, garantizando la continuidad de cuidados del mismo.

**CB - 151.- ¿TIENEN NUESTROS PACIENTES ANTICOAGULADOS UNA BUENA CALIDAD DE VIDA?.**

GUERRERO-DÍAZ MB, MUÑOZ-UREÑA A, RAMÍREZ-ESPÍN F, CAÑADAS-GONZÁLEZ S, ROS-MARTÍNEZ ME.

CENTRO DE SALUD CARTAGENA-ESTE. CARTAGENA (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

Conocer la calidad de vida de los pacientes con anticoagulación oral (acenocumarol) de un Área Básica de Salud.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Introducción: Ante las quejas procedentes de los pacientes anticoagulados, se realiza una medida de la calidad de vida de los pacientes con anticoagulación oral (sintrom®) mediante encuesta validada y traducida por Sánchez-González, R et al y publicada en Atención Primaria 2004;(7):353-9.

Tipo de estudio: Estudio observacional transversal realizado en el mes de Abril de 2012.

Ámbito: Una Zona Básica de Salud urbana.

Sujetos: 238 pacientes que acuden a control capilar de sintrom® de enfermería en el Centro de Salud. Se realiza un muestreo aleatorio simple obteniendo una muestra de 152 pacientes con IC: 95% +/- 10.

Fuente de datos: Cuestionario autoadministrado para medir la calidad de vida de los pacientes con anticoagulación oral, que consta de 32 preguntas con respuesta tipo Likert con 6 items.

Análisis estadístico: Análisis univariante y bivalente mediante frecuencias, descriptivos y t-student.

**RESULTADOS:**

El 57,9% de los pacientes encuestados eran varones (N=88) con una edad media de 72,94 años y el 42,1% mujeres (N=64) con una edad media de 73,78 años.

En la dimensión medida de satisfacción se obtuvo una media de (15,71-14,75).[mejor valor 6, peor valor 36]; en la dimensión de autoeficacia una media de (16,95-15,67)[mejor valor 24, peor valor 4]; en la dimensión de estrés se obtuvo una media de (32,40-17,90)[mejor valor 10, peor valor 60]; en la dimensión de limitaciones diarias se obtuvo una media de (19,33-17,23)[mejor valor 7, peor valor 60], en la dimensión de alteraciones sociales se obtuvo una media de (12,26-9,62)[mejor valor 5, peor valor 30].

No existen diferencias significativas en las dimensiones estudiadas en cuanto a sexo.

**DISCUSIÓN:**

La población anticoagulada de nuestra Área Básica de Salud tiene una autoeficacia media para afrontar los problemas relacionados con el tratamiento.

En esta población el tratamiento anticoagulante no es percibido como excesivo estrés, tampoco lo perciben como una excesiva limitación de su vida diaria, ni de sus actividades sociales.

La satisfacción global en la población en cuanto al tratamiento y el control de los anticoagulantes orales es percibida como aceptable.

Existen unos amplios rangos de mejora en todas las dimensiones.

**CB - 152.- UNA ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA CALIDAD PERCIBIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA.**

OLIVERA-CAÑADAS G, BAYÓN-CABEZA M, GARCÍA-CUBERO C, DRAKE-CANELA M, CORNEJO-GUTIERREZ AM.

DIRECCIÓN TÉCNICA DE PROCESOS Y CALIDAD. MADRID.

**OBJETIVOS:**

Los resultados obtenidos en el estudio de la satisfacción de los usuarios de atención primaria (AP) a lo largo de los últimos años, han permitido conocer su percepción acerca del servicio e identificar oportunidades de mejora. Esto ha sido útil para definir líneas estratégicas y establecer compromisos con los equipos directivos de Atención Primaria a través de los objetivos de Contrato Programa de Centros (CPC) con el fin de mejorar la percepción de la población en relación a la calidad de los servicios prestados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Creación de comisiones de calidad en 7 áreas asistenciales cuyos reglamentos recogen funciones relativas a la calidad percibida y la participación de representantes de las unidades de atención al paciente.

Análisis de la encuesta 2010 y elaboración de informe con identificación de puntos críticos en la satisfacción general de los usuarios.

Dentro del Criterio 6 del CPC, resultados en clientes, se recogen los objetivos vinculados con la percepción de la población sobre la atención en los centros de salud:

Porcentaje de población satisfecha con la atención recibida en el Centro de Salud según encuesta de satisfacción.

- Tras el análisis de la encuesta de satisfacción 2010 en Atención Primaria, se incluyeron dos indicadores relacionados con la mejora de la percepción de usuarios:

Implantación de al menos 1 acción de mejora relacionada con la percepción de los usuarios de los tiempos de espera (cita/consulta).

Porcentaje de población satisfecha con la eficacia para atender bien las gestiones realizadas por la unidad administrativa (UNAD) según Encuesta de Satisfacción.

**RESULTADOS:**

- El 94,2% (245/260) de los centros de salud aumenta el porcentaje de usuarios satisfechos o muy satisfechos con la atención recibida en su centro de salud en la Encuesta de satisfacción 2011 con respecto a 2010.

- El porcentaje de centros en los que ha aumentado la población satisfecha o muy satisfecha con la eficacia para atender bien las gestiones realizadas por la UNAD ha sido 92,3% (240/260).

- El 90 % (234/260) de los centros de salud han implantado acciones de mejora relacionadas con la percepción de los tiempos de espera: De las acciones de mejora documentadas, el 50% están relacionadas con la gestión de agendas de profesionales, el 28% con reorganización de circuitos, 15% con educación/información a pacientes, 6% con mejoras en el entorno, 1% formación de profesionales y 1% con gestión de recursos humanos.

**DISCUSIÓN:**

El nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios prestados en atención primaria es en general muy alto. Aun así, es importante impulsar el análisis de las diferentes manifestaciones de calidad percibida de los usuarios en los centros de salud lo que nos permite identificar oportunidades de mejora y desarrollar acciones y proyectos dirigidos a intervenir en éstas.

**CB - 153.- DIABETES II, EVALUACIÓN CONTINUA.**

GONZÁLEZ-ALBERT A, ANDÍA-CHONG M, MEDINA-ABELLÁN M, PEREÑIGUEZ-BARRANCO J, ZARAGOZA-RIPOLL A.

EAP ESPINARDO. MURCIA.

**OBJETIVOS:**

Evaluar el control de los pacientes diabéticos de un cupo de Medicina de Familia y Comunitaria en el marco de un ciclo de calidad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Atendiendo a criterios de garantía de calidad en el control del paciente diabético tipo II, se selecciona una muestra representativa de un cupo de Medicina de Familia.

Criterios de selección: pacientes diabéticos tipo II que acuden a la consulta de Medicina de Familia/Enfermería.

Criterios de exclusión: pacientes que no acuden a los controles y pacientes que están controlados en consultas externas/Hospital.

Estudio descriptivo, observacional y transversal con un tamaño muestral de 60 pacientes diabéticos, de un total de 208.

Como criterios de control de calidad tenemos (ADA): HbA1C 7%, colesterol LDL 100mg/dL, Triglicéridos 150mg/dL, Microalbuminuria 30mg/g, Tensión arterial 130/80mmHg, Glucemia capilar basal 126mg/dL.

La muestra aleatoria recogida está formada por 32 varones y 28 mujeres; distribuidos por edades, 40 años: 2 (3,33%), 40-49 años: 5 (8,33%), 50-59 años: 11 (18,33%), 60-69 años: 13 (21,67%) y 70 años: 28 (46,67%).

El tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el momento del control es: 1 año: 0(0%), 1-5 años: 25(41,67%) y 6 años: 35 (58,33%).

**RESULTADOS:**

Encontramos que 52,6% de los pacientes presentan HbA1c 7%, que el 59,3% tienen LDL 100, que MAL 30 son el 72,4%, que controlados de su TA son el 31,67% y TG 150 es 55,9%. Sólo el 6,67% cumplen todos los criterios ADA.

**DISCUSIÓN:**

Los controles de HbA1c nos indican un porcentaje de relativo buen control en nuestro medio aunque no para estar satisfechos. El control de MAL debe incorporarse a la sistemática del estudio de estos pacientes y la TA es el factor, según nuestros resultados, peor controlado.

La insistencia en el control de estos parámetros corresponde al médico de familia y al enfermero del EAP.

**CB - 154.- ¿UNA PSEUDOISO? UTILIZACIÓN DE ISO 9001 PARA IMPLANTAR LA GESTIÓN POR PROCESOS EN LAS ADMISIONES DE EAPS URBANOS.**

COCA-MORENO J, MORO-LARA J.

DIRECCION AP SECTOR ZARAGOZA 2 SERVICIO ARAGONES SALUD. ZARAGOZA.

**OBJETIVOS:**

Instauración en las unidades de admisión y personal auxiliar de los equipos de atención primaria urbanos del sector Zaragoza 2 de los conceptos de calidad continua, y la gestión por procesos, utilizando para ello la Sistemática ISO 9001. Se parte de una experiencia de implantación paulatina de ISO en algunos EAPs de nuestro servicio, lo que se aprovecha para “adelantar” la puesta en marcha de la gestión por procesos en las unidades de admisión, rediseñando y homologando los procedimientos “clásicos” e instaurando nuevos, lo que mejorará la seguridad del cliente externo e interno.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El diseño de la intervención consta de:

- Curso taller de formación a los responsables de admisión.
- Diseño y consenso de procedimientos nuevos y sus indicadores.
- Realización de un manual de procedimientos de los servicios de admisión.
- Implantación de los procedimientos y su extensión a todo el personal de admisión.
- Recogida de datos: monitorización indicadores, incidencias no conformidades.

**RESULTADOS:**

El 100% de los jefes de admisión de los EAPs urbanos (18) participo en el taller. Se diseñaron o rediseñaron 12 procedimientos operativos y 9 indicadores nuevos. Se pactaron cortes de actividad semestrales independientes de los cortes de contrato programa para ver trazabilidad de los indicadores. Entre ellos podemos destacar un nº total de 512 incidencias y 13 no conformidades. Las “auditorias” internas fueron todas (18 ) satisfactorias.

**DISCUSIÓN:**

- Se ha partido de una experiencia de implantación de ISO 9001-2008 en EAPs, y se aprovecho el manual de calidad los procedimientos generales y el mapa básico de procesos realizado para la misma.
- Algunos procedimientos no pudieron ser rediseñados por estar establecidos por norma.
- Los 4 EAPs rurales no fueron incluidos y deben serlo en un futuro.
- Se han clarificado responsabilidades y se ha disminuido la variabilidad en las actividades de admisión.
- Se ha facilitado con esta iniciativa la implantación de la ISO “verdadera” en nuevos EAPs.
- Ha aumentado la satisfacción del cliente interno y la seguridad del externo.
- Se han homologado nuevos procedimientos (6) y actividades realizadas por las unidades de admisión que antes no existían.

**CB - 155.- UNIDADES DE PROFESIONALES EXPERTOS: NUESTRA EXPERIENCIA DE DOS AÑOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA.**

FERNANEZ-GARCIA P, MARGALEF-PALLARES F, MORAN-VALLE I, RIOS-VALLES L, MARTINEZ-MARTINEZ N, DOBLADO-LOPEZ O.

HOSPITAL LIGERO DE CAMBRILS. TARRAGONA.

**OBJETIVOS:**

Evaluar las Unidades de profesionales expertos de un centro de atención primaria (CAP) y su impacto en las derivaciones a la atención especializada.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se crean en nuestro CAP Unidades de Profesionales expertos (UPE) que son consultas lideradas por médicos de familia, con habilidades y competencias hasta ahora propias de la atención especializada, como medio para diagnosticar y mejorar el control de determinadas patologías, y de esta manera, contribuir a incrementar el nivel de resolución de la Atención Primaria.

Requisitos iniciales:

- 1.- Implicación y motivación de los profesionales.
- 2.- Definir patologías a tratar, que has de ser crónicas y de complejidad asumible por AP.
- 3.- Definición de los circuitos de derivación desde la APS a las UPE y a la atención especializada.
- 4.- Consensuar entre los diferentes niveles asistenciales las guías de practica clínica.
- 5.- Evaluar los resultados.

Los profesionales implicados reciben formación mediante estancias en las diferentes unidades del hospital de referencia . La actividad la realizan dentro de su horario normal, pero en una consulta diferente a la habitual. Valoran pacientes derivados de los otros miembros del equipo y una vez controlados se remiten de nuevo al medico de familia.

**RESULTADOS:**

Se han puesto en marcha 8 unidades de profesionales expertos: Unidad de patología respiratoria severa ( URS), unidad de alto riesgo cardiovascular (URCV), de infiltraciones (UI),de Bioética (UB), de Fibromialgia (UF), de deshabituación tabaco (UT), cirugía menor ambulatoria (CMA), y ecografía (ECO).

La actividad global del año 2010 fue de 281 usuarios atendidos, ( CMA 105, infiltraciones 71,UMR 46.,URCV 29,UT 20,UF 7,UB 3) y 251 ecografías realizadas, mientras que en 2011, se ha producido un incremento de actividad del 45,1% con 512 usuarios atendidos ( CMA 181, UMR 119, URCV 55, UI 68,UF 62,UB 27) en cambio, se ha disminuido el numero de ecografías un 28.4%.

La media de visitas/año por paciente en las unidades es de 2.48 visitas/año, siendo mas elevado en la URCV que es de 3,45. visitas.

En cuanto a las ecografías, solo 5 el primer año y 7 el segundo, han precisado confirmación diagnostica por el radiólogo.

No se ha derivado ningún paciente desde las unidades de profesionales expertos al Hospital de referencia.

El numero de derivaciones a las especialidades correspondientes ha disminuido un 31.57%.

**DISCUSIÓN:**

La puesta en marcha de las unidades de expertos ha sido acogida con satisfacción por los miembros del equipo y los usuarios, como demuestra el incremento de las derivaciones a las mismas, fundamentalmente por la gran accesibilidad.

Estamos evitando derivaciones a niveles asistenciales superiores, y hemos disminuido el número de productos intermedios, por la realización de ecografías por el médico de familia. Los profesionales que lideran las diferentes unidades sienten el reconocimiento de sus compañeros de equipo.

**CB - 156.- CREAR E IMPLANTAR UN CIRCUITO DE RECETAS PARA LA MEDICACIÓN CRÓNICA DE LAS RESIDENCIAS ASIGNADAS AL EQUIPO.**

ALONSO-FERNÁNDEZ J, MARTÍN-MARTÍN MA, SUÁREZ-GONZÁLEZ-ESTEFANI G, RUIZ-ESCOLAR S.

EAP VALDEBERNARDO. MADRID.

**OBJETIVOS:**

- Corregir los errores que se producen en la emisión de recetas crónicas, que son solicitadas por las dos residencias que el equipo tiene asignadas.
- Disminuir la sobrecarga asistencial que ello ocasiona: recepción y tramitación de las peticiones (unidad administrativa); crear, realizar y firmar las recetas (estamento médico).
- Revisar y adecuar la prescripción al uso racional del medicamento(médicos y enfermeras).
- Mejorar la comunicación con las residencias.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se elaboró un plan de acción:

- 1.- realizar reuniones con las dos residencias.
- 2.- elaborar un hoja estandarizada para la petición de las recetas.
- 3.- crear en la agenda de citas, los huecos suficientes para realizar la actividad de las recetas crónicas.
- 4.- fijar en la agenda, la fecha futura en la que hay que renovar las nuevas recetas crónicas.

Se elaboró una hoja de ayuda, para todo el equipo, en la que se explicaba el nuevo circuito de actuación.

**RESULTADOS:**

- Ha disminuido el número de recetas reclamadas por las residencias como no emitidas.
- Ha disminuido el número de recetas que no se ajusta al uso racional del medicamento.
- Se resuelven los problemas surgidos, a través de una comunicación directa con un responsable del circuito establecido.
- Ha aumentado el número de médicos que realizan la prescripción de recetas según este nuevo circuito.

**DISCUSIÓN:**

El problema que tenía el equipo, con la emisión de las recetas crónicas para las residencias, ocasionaba, además de la sobrecarga en la actividad asistencial, una situación de mala relación con ellas, por los errores que se cometían en su elaboración.

Tras la implantación de un plan de acción de mejora, en el que se ha priorizado la comunicación entre los niveles asistenciales, se ha reducido la sobrecarga asistencial y se ha mejorado la comunicación con las residencias.

**CB - 157.- ¿LAS ESPIROMETRÍAS EN ATENCIÓN PRIMARIA CUMPLEN CRITERIOS DE CALIDAD?.**

GARCIA-SOLANS M, IBAÑEZ-CASTELLAR L, VALLES-TORRES E, LUEZA-LAMPURLANÉS C, TORRES-CLEMENTE E, ALLUÉ-CIUTAD M.

CENTRO SALUD BINEFAR. BARBASTRO (HUESCA).

**OBJETIVOS:**

- Mejorara la tecnica en la realización de espirometrias:  
.Analizar si nuestras espirometrías cumplen criterios de calidad de aceptabilidad y reproducibilidad.  
.Aumentar cobertura de EPOC.  
Seguimiento correcto de esta patología (EPOC c/ 2 años y fumador >40 años c/5años)  
Informacion al paciente de la preparación cuando se solicita la prueba.  
Manejo y mantenimiento correcto del espirómetro para que su funcionamiento sea el adecuado..

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- Curso de formación 2011/2012
- Espirometro SPIROLAB.
- Agenda especifica en OMI para realización de espirometrías, 1 días/ semana hasta 5 pacientes . Por dos profesionales de enfermería.
- Hoja excel para la recogida de datos (aceptabilidad y reproducctividad).
- Listado de incidencias del funcionamiento del espirometro.
- Elaboración de proceso de realización y utilización del espirómetro según norma ISO 9001

Población diana:

Se realizará una espirometría a toda persona fumadora > de 40 años.  
Para diagnostico y/o seguimiento de EPOC.

**RESULTADOS:**

Perfil de los pacientes:

Media de edad 55 años

Pacientes fumadores 31.25%

Pacientes no fumadores 68.75%

Exfumadores 16.66%

- Muestra de 40 espirometrias (enero- octubre)
- Cobertura. (Nº pacientes en cartera de servicios EPOC 207/ Nº de casos esperados 493 =26.65% ( SECTOR 20.58%)
- Pacientes EPOC con espirometría. (Nº espirometrías en EPOC en últimos 2 años 83 / Nº EPOC en cartera de servicios 207= 42.03% (SECTOR 30.84%)
- Nº de espirometrías con criterio de aceptabilidad 22 / Nº de espirometrías totales 40 = 55%
- Nº de espirometrías con criterio de reproducibilidad 29/ Nº de espirometrías totales 40 = 72%
- Para la valoracion de la aceptabilidad de la espirometria se utiliza el registro gráfico, que debe tener: un inicio brusco y rápido,un final suave, asistomático, no perpendicular o brusco y con una morfología continua, sin muescas ni irregularidades y de duración mayor a 6 segundos.

.La reproducibilidad se considera adecuada cuando la variabilidad de la FVC y el FEV1 es 200ml ó 5% ,al menos en dos de las tres de las maniobras.

## **DISCUSIÓN:**

- Se ha aumentado la cobertura de EPOC por encima de la media del sector. Lo mismo ocurre con el seguimiento EPOC.
- La organización de la consulta en general funciona bien, todos los pacientes vienen con cita OMI y con instrucciones de preparación; no ha habido incidencias de avería con el espirometro.
- Creemos que es necesaria más formación en técnica espirométrica para mejorar los criterios de calidad (aceptabilidad, reproducibilidad), seria interesante compararlos en proximos estudios con los obtenidos en especializada. Aprendizaje técnico de todas las funciones del espirometro.

Es importante la colaboración del paciente para la realización de la prueba. Hemos observado que los pacientes con espirometrias previas obtienen un trazado de mejor calidad.

Poblacion Diana en fumadores de 40 años, en muchos casos no aceptan la exploración.

**CB - 158.- EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES EN ACTIVIDAD PROGRAMADA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA AL AÑO DE UN TERREMOTO.**

GARCIA-GARCIA M, MUÑOZ-JIMENEZ H, CASADO-GALINDO EJ, ANZA-AGUIRREZABALA I, SALAS-LARIO M, ESTÉVEZ-FERNANDEZ JA.

C.S. SANTA ROSA DE LIMA. LORCA (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

Como consecuencia del terremoto sufrido en nuestra ciudad el 11/05/2011, se diseña un estudio para conocer el estado de salud de la población que acude a las consultas programada de enfermería. Los objetivos de nuestro estudio son:

- 1-Conocer el nivel del estado de salud actual y previo.
- 2-Percepciones sobre el estado de salud en los últimos meses.
- 3-Afectación de los pacientes por la catástrofe.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo transversal. La población de estudio son una muestra de los pacientes crónicos que acuden durante el mes de Abril de 2012 a las consultas programadas de tres centros de salud. Se diseña un cuestionario específico que recoge: edad, sexo, patologías crónicas, valores de tensión sistólica y diastólica, glucemia, hemoglobina glicosilada y colesterol total.

El cuestionario incluye preguntas sobre el estado de salud y percepciones en los últimos meses con escala de respuesta tipo likert y preguntas dicotómicas sobre la afectación de los pacientes.

**RESULTADOS:**

Se incluyeron en el estudio 79 cuestionarios de pacientes cuya edad media era de 67,6 años , siendo el 54,4% mujeres. Los valores medios de tensión sistólica y diastólica, glucemia, hemoglobina glicosilada y colesterol previos y actuales fueron de : 131/74mmhg a 136/76mmg, 145mg/dl a 154mg/dl, 6,3g/dl a 6,8g/dl y 204mg a 209mg respectivamente. El 81, 8% presenta problemas circulatorios, el 58,7% problemas endocrinos y el 11,7% problemas respiratorios.

En cuanto a la salud previa y actual: muy buena 3,8% a 0%; buena 40,5% a 38%; regular 38% a 48,1%; mala 16,5% a 11,4% y muy mala 1,3% a 2,5%.

En cuanto a las percepciones sobre el estado de salud en los últimos meses, el 55,7% piensa que sus preocupaciones le han hecho perder más horas de sueño algo más o mucho mas que lo habitual ,el 36,7% siente que tiene dificultades para tomar decisiones como antes algo mas o mucho más que lo habitual, el 82,3% no disfruta más de lo habitual o nada de sus actividades normales de cada día y el 29,1% siente que ha perdido más confianza en sí mismo algo mas o mucho más que lo habitual.

De los pacientes afectados por el terremoto, el 68,4% tuvo miedo de resultar gravemente herido, el 44,3% tuvo que cambiar de domicilio o desplazarse temporalmente, el 86,1% sufrió daños en su vivienda y el 64,6% ha visto alterada su vida cotidiana.

**DISCUSIÓN:**

Los resultados obtenidos indican que tras un terremoto se produce un deterioro en la vida de las personas y una desintegración de la familia. Son necesarios nuevos estudios para conocer el perfil de la población afectada porque en nuestro estudio sólo hemos evaluado a los pacientes crónicos que acuden a las consultas programadas de enfermería.

**CB - 159.- MEJORA SOBRE LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS BEERS EN PACIENTES POLIMEDICADOS DE UN CENTRO DE SALUD.**

GORDO-LAZARO MJ, VELASCO C, ZAMARRÓN-FRAILE ME, PORRIS MJ, ELRAHABI S, CARRA-MEANA B.  
CS BAVIERA. MADRID.

**OBJETIVOS:**

- 1-Minimizar la utilización de benzodiazepinas no adecuadas (BEERS) en pacientes polimedicados, conseguir al menos una cifra 8%, pacto de Contrato Programa 2011.
- 2- 1-Minimizar la utilización de alfa bloqueantes no adecuados (BEERS) en pacientes polimedicados, conseguir al menos una cifra 8%, pacto de Contrato Programa 2011.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Cada profesional sanitario médico y de enfermería procedió a revisar todas las historias de los pacientes de su cupo incluidos en el programa del Polimedicado. Se recogieron las siguientes variables:

- Edad
- Sexo
- Nombre del fármaco elegido,
  - o Benzodiacepinas: - diazepam, flurazepam
  - o Alfabloqueantes: - doxazosina
- Diagnóstico asociado a la prescripción
- Lugar de la Prescripción : Atención Primaria (AP)
- Atención Especializada (AE)

Posteriormente se procedió a revisar los diagnósticos que no se consideraban correctos, según la evidencia disponible. Si se consideraba adecuado se sustituía el fármaco o se asociaba el diagnóstico correcto.

**RESULTADOS:**

Se revisaron 691 historias de pacientes incluidos en programa de Polimedicados (60,59%). La edad fue de  $82,10 \pm 5,03$  años, 40,5% hombres y 59,5% mujeres. Las benzodiacepinas se prescribían en un 3% de los pacientes y la doxazosina en un 7,6%, ambos menores que la cifra objetivo. El lugar de prescripción de las benzodiacepinas era principalmente AP, al contrario que con la doxazosina que era AE. Los diagnósticos eran muy distintos y algunos ni siquiera de los habituales para la indicación de estos fármacos por lo que se revisaron y se adecuaron la mayoría. Una vez revisados las benzodiacepinas se prescribían sólo en un 0,7% y la doxazosina en un 3,9 %.

**DISCUSIÓN:**

El programa del polimedicado es un programa de amplio uso en nuestro centro. Respecto al lugar de prescripción, se observa que las benzodiacepinas predominan en AP, probablemente porque el diagnóstico por el que se prescriben no precisa de exploraciones complementarias, aparte que la patología referente a la salud mental es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria. En cuanto a la dosazoxina ocurre lo contrario, es de suponer que sea debido a que en los diagnósticos en los que se prescribe como por ejemplo la HTA, se indica cuando ya existen complicaciones o es resistente al tratamiento en la que se utiliza como 3º o 4º fármaco y en estos casos el paciente ya ha visitado a algún especialista, ocurre otro tanto cuando la prescripción se asocia a enfermedad prostática, una patología en la que todavía se sigue derivando de forma habitual a urología desde estadios iniciales.

La prescripción, más aún en grupos vulnerables a los errores de medicación o las reacciones adversas a medicamentos como los ancianos polimedicados, es un claro círculo de mejora continua de la calidad y lo mismo ocurre con los registros en las historias clínicas.

**CB - 160.- ¿SINTRON POR VENOPUNCIÓN VERSUS SINTRON CAPILAR?.**

CHICLANO-CASTAÑO JA, GOMEZ-VILLALBA MA, MORENO-GOMEZ A, NAVARRO-YEPES J, TORNERO-MARTINEZ MC, MARTINEZ-GIMENEZ A.

CS ABARAN. ABARÁN (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

Evaluación de la satisfacción de los pacientes ante el cambio en el control de la anticoagulación oral (análisis de sangre por venopunción versus punción capilar).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo y retrospectivo, realizado durante los meses de agosto de 2011 a Mayo de 2012. Los datos han sido obtenidos de OMI en el registro de sintron desde la puesta en marcha del nuevo sistema.

También se ha realizado una encuesta de satisfacción al usuario. Dicha encuesta consta de cinco preguntas de respuesta corta y una opción de sugerencias.

**RESULTADOS:**

Se recogieron 80 encuestas de un total de 125 pacientes lo que supone un 64% de respuestas.

La edad media de los pacientes es de 70 años de los cuales el 80% son hombres y el 20% mujeres. El 6 y 5% respectivamente no respondieron a la encuesta.

El resultado más sorprendente es que el 94% de los hombres y el 95% de las mujeres reflejaron en sus respuestas el aumento de la satisfacción ante el cambio de los controles.

El 70% de los encuestados no volvería al anterior sistema (venopunción) y el 85% de los encuestados opina que la obtención de los resultados es muy rápida, lo que supone un beneficio para el usuario que reduce el tiempo de espera para la obtención del resultado.

Otro aspecto importante es que la nueva técnica es poco o nada dolorosa.

**DISCUSIÓN:**

El cambio en la realización de los controles de la anticoagulación oral, (venopunción versus punción capilar) ha supuesto un aumento en la satisfacción de los pacientes a todos los niveles. La técnica es rápida de realizar, poco o nada dolorosa, la obtención del resultado es prácticamente en el momento. La implantación del nuevo sistema de anticoagulación oral, ha sido un éxito para los usuarios datos que se reflejan en la encuesta de satisfacción con un porcentaje muy alto.

**CB - 161.- ESTRATEGIA PARA IMPLANTAR UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UNA ORGANIZACIÓN.**

CRUSAT-SABATE D, FRÍAS-VALLE JC, PLANESAS-COLOMER MR, BADIA-PERICH E, SOLÀ-MIRAVETE ME, SUAREZ-MAGAÑA EM.

CENTRO CORPORATIVO. BARCELONA.

**OBJETIVOS:**

Desarrollar una estrategia para implantar un sistema de gestión de calidad en los equipos de atención primaria (EAP) de una organización, previo al proceso de acreditación de calidad asistencial, a partir del Modelo del Departament de Salut de Catalunya (MADS) en Atención Primaria (AP).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Diseño, elaboración y aprobación del Plan de Calidad (PC) de la organización: dirección de calidad corporativa y comisión de calidad y seguridad del paciente en atención primaria (CQISPAP). Identificación de referentes de calidad y seguridad del paciente territoriales y de EAP. Formación a todos los referentes y a los equipos directivos.

Para iniciar el proceso se diseñó un modelo propio de la organización (MPdO) a partir del MADS, basado en el Modelo para la Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM).

Inclusión en el Acuerdo de Gestión (AG) de los EAP (autonomía de gestión o no): autoevaluación con el MPdO o con el MADS.

Reuniones mensuales de la CQISPAP: elaboración de una base documental de consulta on line que sirve de guía y marco para la elaboración de los documentos para los EAP. Identificación y estandarización de las evidencias que dan cumplimiento a los estándares.

**RESULTADOS:**

100% de EAP (287) evaluados. Los 88 equipos que están en autonomía de gestión (EAP-A) tienen una mediana de consecución del 74,53%. La del resto de EAP es de 62,63%. Se evaluaron con el MADS 101 EAP, con una mediana de consecución de 70,35%; de estos 101, 46 son EAP-A y su mediana de consecución es de 72,74%. El resto de EAP (55) evaluados con este modelo obtienen una mediana de 68,34%. Con el modelo propio se evaluaron 186 EAP, con una mediana de 62,63%. Los 42 EAP-A evaluados con el MPdO tienen una mediana de resultados de consecución del 76,52%. Para el resto de los 144 EAP la mediana es de 60,32%. El 100% de los EAP consigue superar el AG. Base documental de la organización de catorce documentos marco. 124 EAP con Plan de Calidad elaborado (43%).

**DISCUSIÓN:**

La estrategia seguida ha sido eficaz para que la evaluación según modelo de acreditación en AP llegue a los 287 EAP de la organización. La elaboración del MPdO, a partir del MADS, ha sido estratégica para introducir la autoevaluación en los EAP sin tradición. Los EAP-A obtuvieron resultados superiores al resto de equipos (tenían 1 año de experiencia en autoevaluación y habían sido seleccionados por sus buenos resultados en indicadores de calidad). La evaluación permitió detectar áreas de mejora (en áreas asistenciales y no asistenciales), cosa que ha ayudado a percibir la necesidad de trabajar y gestionar los procesos transversalmente. La base documental ha facilitado la elaboración a los EAP de la documentación clave que exige el MADS. Finalmente se deduce que la metodología seguida ha propiciado la implicación de los equipos directivos y de los profesionales en la elaboración de los planes de calidad y el benchmarking entre los EAP.

**CB - 162.- TITULO: ¿SE AHORRA TIEMPO CON EL VISADO AUTOMATICO? REPERCUSION EN EL PACIENTE.**

CHICLANO-CASTAÑO AJ, MORENO-GÓMEZ A, MARTÍNEZ-GIMÉNEZ A, TORNERO-MARTÍNEZ MC, GÓMEZ-VILLALBA MA, NAVARRO-YEPES J.

CENTRO DE SALUD DE ABARAN. ABARÁN (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

- ☐ Informar al usuario y mejorar el acceso del mismo al visado automático de receta.
- ☐ Conocer la satisfacción del usuario al solucionar los problemas derivados del visado automático de las recetas en el mismo problema en que se producen.
- ☐ Disminuir la devolución las recetas devueltas por diversas causas.
- ☐ Mejorar la información correcta dada al usuario en materia de visado de recetas.
- ☐ Que el paciente conozca el procedimiento correcto para adquirir ciertos productos y medicamentos controlados por inspección.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio retrospectivo y descriptivo de las recetas visadas por el sistema de visado automático desde su puesta en marcha en junio de 2011 y por el método tradicional desde la misma fecha. Los datos han sido tomados en un periodo tres años que va desde junio 2010 hasta abril 2012 en toda la población.

Los datos se han extraído de OMI en el registro de recetas, contando las devueltas del año 2010 con respecto al 2011 y 2012 y las visadas con el nuevo sistema desde el 2011 y 2012. Los datos de satisfacción de los usuarios, se han extraído de una encuesta pasada a 200 pacientes.

**RESULTADOS:**

Una disminución del 86% de la devolución de recetas visadas. El 14% de devolución se ha producido por desconocimiento del usuario del nuevo sistema de visado automático y del fallo en varias ocasiones del programa informático.

El grado de satisfacción del usuario con el nuevo procedimiento de visado automático de recetas ha sido de un 98%. El proceso de la implantación de este sistema ha sido un éxito para el usuario que dice estar muy contento con el nuevo sistema. El 2% de insatisfacción es provocado por desconocimiento del usuario del funcionamiento del nuevo sistema o no sabe no contesta.

**DISCUSIÓN:**

El total de recetas registradas entre 2011 y 2012 por el circuito de visado normal es de 2528 recetas y 4055 recetas visadas por el sistema de visado automático. El paciente queda muy satisfecho al salir con su receta ya visada y no tener que volver. Con anterioridad el usuario una vez entregada la receta debía volver a los 15 o 20 días para recogerla, con el consiguiente retraso en caso de que venga rechazada.

El usuario ha mostrado en todo momento su satisfacción y conformidad con este nuevo método, ya que reduce la demora en la entrega de la receta visada a la farmacia en 20 días.

Estamos convencidos de que la implantación del sistema de visado electrónico ha sido muy positiva en la calidad de la gestión y sobre todo en la satisfacción del usuario y así lo han reflejado en la encuesta en la que el 98% de los usuarios han manifestado que el nuevo sistema de visado automático es muy beneficioso para ellos por diversos motivos. El que más se repite es que no tienen que volver al Centro y que obtienen la receta visada al mismo salir del médico. Otro motivo es que no tienen que abonar el producto en su totalidad, lo que en términos económicos repercute al usuario de una forma positiva en los tiempos que corren.

**CB - 163.- CONCORDANCIA INTEROBSERVADOR EN LOS TEST DE DIAGNOSTICO DEL SÍNDROME DE ISQUIOSURALES CORTOS (SIC).**

GÓMEZ-GARCÍA C, SÁNCHEZ-ANDÚJAR L, RAMOS-LÓPEZ S, COMESAÑA-LÓPEZ M.  
CS VISTALEGRE-LA FLOTA. MURCIA.

**OBJETIVOS:**

Analizar la concordancia y grado de acuerdo, entre exploradores, de los test de diagnóstico del síndrome de isquiosurales cortos en escolares.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Seleccionamos una muestra de 15 individuos de la misma edad que la futura cohorte de estudio y 4 exploradores entrenados en la realización de test de diagnóstico de SIC: Test EPR (test de elevación de la pierna recta), test del ángulo poplíteo, LHF (medida del ángulo lumbo-sacro en flexión) y DDS (test de la distancia dedos-suelo). Cada explorador realiza los 4 test a cada individuo. Para la concordancia utilizamos el CCI (Coeficiente de correlación intraclase, 0-1 IC95%) y para el grado de acuerdo utilizamos la escala de Landis y Koch.

**RESULTADOS:**

El EPR tiene un CCI de 0.97 y un nivel de significación menor de 0.0001 que corresponde en la escala Landis y Koch a un grado de acuerdo casi perfecto. El test de ángulo poplíteo presenta un CCI de 0.98 y un nivel de significación menor de 0.0001 que corresponde en la escala a un grado de acuerdo casi perfecto. El LHF tiene un CCI de 0.79 y un nivel de significación menor de 0.001 que corresponde en la escala a un grado de acuerdo substancial. Por último el DDS tiene un CCI de 1 y un nivel de significación menor de 0.00000 que corresponde a la máxima concordancia.

**DISCUSIÓN:**

El CCI es el índice más apropiado para cuantificar la concordancia entre diferentes mediciones de una variable numérica que además extiende su uso al caso en que se disponga de más de dos observadores por sujeto. Dicho coeficiente estima el promedio de las correlaciones entre todas las posibles ordenaciones de los pares de observaciones disponibles y, por lo tanto, evita el problema de la dependencia del orden del coeficiente de correlación. Como conclusión: Los exploradores tienen un grado de acuerdo interobservador casi perfecto que le permite realizar la exploración de la futura cohorte de estudio.

**CB - 164.- "MEJORA DE LA COBERTURA DEL TRATAMIENTO CON ANTIAGREGANTES EN PREVENCIÓN SECUNDARIA EN LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA".**

SALGADO-RAMOS J.

C. S. LAS ÁGUILAS. MADRID.

**OBJETIVOS:**

Antecedentes: Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en España. En el año 2007 ocasionaron 124.126 muertes (32,2% de todas las defunciones, 46% en varones y 54% en mujeres).

Se estima que el tratamiento con antiagregantes previene 18 infartos no fatales, 5 ictus no mortales y 14 muertes vasculares por cada 1000 pacientes.

Uno de los criterios del Contrato Programa (CP) del Centro de Salud (CS) es alcanzar una cobertura mayor del 80% (siendo ideal el 100%) de tratamiento con antiagregantes en pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica (CI). En la actualidad, este objetivo no se cumple, ya que sólo un 72% de los pacientes con CI en nuestro CS tienen este tratamiento.

El objetivo del presente trabajo fue conseguir la cobertura pactada en el CP "Prevención secundaria con antiagregantes en cardiopatía isquémica" (ítem 9.08.03 del manual e-soap) del 80% de antiagregantes prescritos a los pacientes diagnosticados de CI.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

1. Se convoca una reunión con profesionales sanitarios médicos del CS el día 29 de noviembre de 2011. Se expone la importancia de la antiagregación en prevención secundaria en CI.
2. Se proporciona a los profesionales en dicha reunión un listado individualizado por CIAS de los pacientes con criterios de antiagregación según CIAP: K74 "cardiopatía isquémica (con angina) y K75 "cardiopatía isquémica (infarto), según el programa informático OMI, para que realizando una revisión de estas historias clínicas, analicen las causas de la falta de antiagregación y establezcan las medidas correctoras necesarias.
3. Reunión con los profesionales sanitarios médicos para ver el desarrollo y seguimiento del proyecto de calidad el día 27 de enero de 2012.

**RESULTADOS:**

- La cobertura a lo largo del año 2011 fue: Marzo: 72,36 %; Junio: 72,98%, Septiembre: 72,81 %.
- El resultado a diciembre de 2011 (después de la intervención) arroja una cobertura del 76.16% de pacientes con tratamiento antiagregante prescrito.

**DISCUSIÓN:**

1. Parece existir una sobrestimación por parte de los profesionales médicos que hace suponer que todos los pacientes que precisan tratamiento con antiagregantes en prevención secundaria en CI, lo tienen prescrito.
2. La existencia del programa de recetas de crónicos en el CS, en ocasiones puede conllevar la ausencia de revisiones de los tratamientos de medicación crónica en los mismos.
3. Con frecuencia se produce defecto en el registro de las patologías según el CIAP.
4. Aunque no se consiguió el 80 % de cobertura del objetivo en el tiempo analizado, se pone de manifiesto que una actuación en calidad siempre resulta rentable.

**CB - 165.- PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA CON ADOLESCENTES.**

MURGIONDO-MUJICA E, JUARISTI-KEREJETA D, GALPARSORO-GOIKOETXEA M, LARRAÑAGA-KORTABARRIA I, PÉREZ DE ARENAZA-RUIZ DE MUNAIN R, ELZO-ITURBE MJ. CENTRO DE SALUD ZUMARRAGA. ZUMARRAGA (GUIPÚZKOA).

**OBJETIVOS:**

Generales:

- Mejorar los niveles de salud de la población adolescente mediante la autogestión de su propia salud.
- Sensibilizar y promover conductas y hábitos de vida saludables en adolescentes.
- Mejorar la coordinación entre los distintos organismos que intervienen localmente en la promoción de la salud a nivel de los adolescentes: sistema educativo y sanitario, ayuntamientos, servicios sociales, servicio de juventud.

Específicos:

- Identificar puntos de riesgo o situaciones a intervenir.
- Trabajar con los adolescentes los aspectos de salud que sientan importantes y aumentar conocimientos sobre riesgos y enfermedad.
- Identificar actividades de formación dirigidas al profesorado/personas responsables de los adolescentes.
- Definir las aportaciones que se pueden ofrecer desde el Centro de Salud.
- Definir actividades curso 2011-12.
- Elaborar un Programa de Intervención Comunitaria para el curso 2012-13.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Contactamos con las instituciones que trabajan con adolescentes para formar un equipo de trabajo.

Se realizó un análisis de la situación de la Promoción de la salud en los Centros de Enseñanza y en la comunidad; y un examen de salud y una encuesta sobre hábitos saludables, coincidiendo con la vacunación Td 16 años.

Se están estableciendo las bases para garantizar la coordinación entre los servicios implicados.

**RESULTADOS:**

**\*\*Constitución de un grupo de trabajo formado por:**

- Trabajadores Sociales de los ayuntamientos.
- Representantes de los Centros escolares y de A. Primaria y Salud Mental.
- Educadores de calle.
- Local municipal de ocio educativo para adolescentes.

**\*\*Se considera necesaria una consulta enfermera en los centros educativos para garantizar la accesibilidad al sistema sanitario y la intimidad en la asistencia.**

**\*\*Se han desarrollado las actividades de intervención comunitaria demandadas por los Centros y Servicios Educativos:**

-Elaboración de información para los adolescentes, de los recursos clínico-sanitarios de matrona y sexóloga a los que pueden acceder.

-1 Actividad grupal dirigida a madres jóvenes gitanas, con matrona y enfermera de pediatría.

-3 talleres de primeros auxilios en 2 Centros escolares, dirigidos a jóvenes de 14 a 18 años, con un total de 104 participantes.

**\*\*Se ha elaborado el Programa de Intervención Comunitaria para el curso 2012-2013, cuyas actividades se han priorizado partiendo de estas posibles áreas de actuación:**

- Alimentación

- Inteligencia emocional
- Educación afectivo-sexual
- Drogodependencia
- Primeros auxilios
- Taller de espalda

### **DISCUSIÓN:**

La descentralización de los cuidados sanitarios se hace necesaria para poder llegar al máximo de población adolescente.

La colaboración y coordinación con otros sectores que trabajan en temas que inciden en la salud es importante para tener, a largo plazo, una población sana.

Fomentando hábitos saludables y autocuidado en población joven invertimos en la salud futura de la población.

**CB - 166.- EFECTOS DEL EJERCICIO FÍSICO REGULAR SOBRE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD.**

MUIÑO-BOVÉ MI, LARRONDO-PAMIES S, LORENTE-TEN E, HERNÁNDEZ-ANADÓN M.  
CAP SALOU. SALOU (TARRAGONA).

**OBJETIVOS:**

Analizar los efectos de una intervención comunitaria de ejercicio físico regular sobre los efectos de la percepción de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en población adulta mayor de 40 años.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Ensayo de intervención comunitaria con grupo control longitudinal, donde participan voluntariamente la población adscrita al centro de salud urbano (grupo intervención) y el grupo de control que se obtiene de forma aleatoria. Se monitorizan los datos obtenidos mediante una encuesta estructurada de Calidad de Salud (SF-36) antes del inicio de la intervención y a los 24 meses.

En el grupo intervención se incluyen los participantes en la actividad comunitaria de ejercicio físico regular (caminada de 2 horas, 2 veces por semana, liderados por una enfermera) por un recorrido urbano establecido.

Se excluyeron aquellos pacientes afectados de cardiopatía reciente, brote artrosis, neumopatía o patología aguda que condicione disnea de esfuerzo.

**RESULTADOS:**

En la percepción de la salud general ( $p=0,012$ ) y a nivel del rol emocional ( $p=0,055$ ), se presenta una mejora significativa al final de haber realizado el seguimiento de la intervención de ejercicio físico respecto al estado inicial.

A nivel de la función física, la población a estudio presenta un empeoramiento al final de la intervención respecto al estado inicial ( $p=0,099$ ).

Respecto a las otras dimensiones valoradas (vitalidad, salud mental, dolor, rol físico y rol emocional) no se objetivan diferencias al inicio de la actividad en comparación al final del seguimiento.

Según las valoraciones obtenidas por medio de la encuesta SF-36, se observa una mejor percepción de la calidad de vida a nivel de la percepción de la salud general ( $p0,01$ ), la vitalidad ( $p0,01$ ), salud mental ( $p0,05$ ) y función física ( $p0,001$ ) de forma significativa en el grupo intervención respecto al grupo control. Además también se aprecia menores dolencias y limitaciones secundarias en el grupo de intervención ( $p0,01$ ).

Respecto a las dimensiones sobre el rol físico, función social y rol emocional, también se objetiva una mejor percepción personal en el grupo de intervención, a pesar de que los resultados no fueron estadísticamente significativos.

**DISCUSIÓN:**

Durante los dos años del programa, se ha comprobado a través de cuestionarios de satisfacción (SF-36) y metodología de grupos focales, que los participantes en la actividad comunitaria de ejercicio físico presentaban un alto grado de satisfacción. En el grupo control, objetivamos sobretudo, una mejora significativa en la percepción de la salud general y en el rol emocional después de 24 meses de participación respecto al inicio de la intervención, a pesar de que también se ha observado un decremento en la función física a lo largo del tiempo, probablemente atribuible al deterioramiento osteomuscular debido a la edad. Además, el grupo de intervención presenta mejor percepción de la calidad de salud de forma significativa en casi todas las dimensiones evaluadas respecto al grupo control.

**CB - 167.- VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y SATISFACCIÓN DEL SERVICIO DE CIRUGÍA MENOR EN UN CENTRO DE SALUD.**

JAREÑO-SANZ MJ, BABA-MOADEM Z, BURGOS-CASADO S, GARCIA-TRISTANTE D, ESTEBAN-MONREAL X, GIMÉNEZ-JORDAN L.

CASAP- CAN BOU. BARCELONA.

**OBJETIVOS:**

El propósito de nuestro estudio es evaluar la efectividad y seguridad del servicio de cirugía menor ambulatoria (CMA) de nuestro centro de salud.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Hemos diseñado un estudio descriptivo retrospectivo. Se han analizado las intervenciones de cirugía realizadas entre enero de 2011 y marzo de 2012. Se analizan variables descriptivas como la edad y el sexo, las complicaciones postoperatorias, el tiempo de demora y el estado vacunal. Se ha comparado el diagnóstico previo respecto al anatomopatológico. Hemos medido la satisfacción del usuario mediante cuestionario de satisfacción telefónico.

**RESULTADOS:**

De los 296 pacientes que fueron operados un 45% fueron mujeres. Esta población tenía una media de edad de 45,6(DE24) años.

Las lesiones epidérmicas (fibromas, queratosis seborreicas, verrugas) fueron las más prevalentes representando el 50% del total. En segundo lugar figuran las lesiones subdérmicas (lipomas, quistes sebáceos) con un 32%. La patología de las uñas representó un 20%.

La complicación más frecuente fue la infección de la herida quirúrgica, que se presentó en un 1% de los casos.

El tiempo medio de espera desde que se derivó al paciente hasta la intervención fue de 39,5 días, y desde la primera visita hasta la intervención de 12,6 días.

La concordancia entre el diagnóstico prequirúrgico de la lesión con la confirmación anatomopatológica fue del 77%.

Se han derivado los pacientes al segundo nivel asistencial en 11(4%) ocasiones. Hemos analizado en anatomía patológica (AP) un 33% de las muestras.

Un 98% de los pacientes encuestados se mostraron satisfechos.

Los pacientes que no se presentaron a la cirugía programada fueron 37(13%).

**DISCUSIÓN:**

Con la realización de CMA en nuestro centro de salud disminuimos notablemente la lista de espera respecto al nivel hospitalario, así como el las derivaciones a servicios como dermatología y cirugía general.

Se trata de un servicio rápido y accesible, y con un alto grado de satisfacción.

La baja frecuencia de complicaciones tanto quirúrgicas como en el post operatorio hace de la CMA en atención primaria una técnica muy segura y eficaz.

La concordancia entre el diagnóstico preoperatorio y la confirmación posterior tras el estudio anatomopatológico de la muestra ha sido satisfactoria.

Como plan de mejora nos proponemos aumentar el número de muestras que remitimos a anatomía patológica, dado que según la literatura debería estar comprendido entre 60-80%.

Aumentando la cartera de servicios del campo de la atención primaria incrementamos las posibilidades diagnósticas y terapéuticas así como la capacidad de ofrecer una mejor calidad asistencial.

Todas estas razones hacen que la CMA sea una apuesta eficiente para incluirla en la práctica habitual en AP.

**CB - 168.- PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER CUTÁNEO CON DERMATOSCOPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA.**

JAREÑO-SANZ MJ, BURGOS-CASADO S, GARCIA-TRISTANTE D, RODRÍGUEZ-HERNÁNDEZ Y, TORRES D, GIMÉNEZ-JORDAN L.  
CASAP - CAN BOU. BARCELONA.

**OBJETIVOS:**

Desarrollar un programa de detección precoz de lesiones cutáneas pre malignas y malignas con ayuda de la dermatoscopia en atención primaria.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Dado el aumento de la incidencia del cáncer cutáneo y la necesidad de hacer un diagnóstico precoz del mismo, en nuestro centro de salud hemos desarrollado un programa de detección precoz con ayuda de la dermatoscopia. Ésta es un complemento útil de la exploración clínica que mejora su sensibilidad y especificidad, aumentando de forma significativa la precisión diagnóstica, permitiendo al clínico juzgar mejor qué lesiones requieren una biopsia y cuáles no, siendo su principal indicación es el diagnóstico clínico de los tumores pigmentados.

En nuestro centro disponemos de un servicio de cirugía menor, donde se valoran y tratan lesiones cutáneas que son derivadas desde las consultas de medicina y enfermería. Recientemente se ha hecho formación a dos médicos de familia para la valoración y diagnóstico de lesiones cutáneas mediante dermatoscopia. Se ha dotado al servicio de un dermatoscopio de luz polarizada. Se ha creado un circuito para la valoración de lesiones cutáneas pigmentadas, estableciendo una agenda semanal de visitas. Así mismo, disponemos de soporte por parte de nuestro dermatólogo de referencia, tanto de forma presencial como virtual puesto que mensualmente discutimos casos en sesión clínica y también se valoran fotografías tomadas en las consultas que le son enviadas vía correo electrónico.

**RESULTADOS:**

Una vez el proceso formativo ha concluido y con el material para ayudar al diagnóstico en la consulta, se ha puesto en marcha el circuito para la valoración de lesiones cutáneas pigmentadas en atención primaria por parte de los médicos de familia formados.

Tenemos en marcha estudio de correlación con anatomía patológica de las lesiones que según protocolo requieran su extirpación.

Se valorará la satisfacción de los usuarios del servicio mediante un cuestionario de satisfacción.

**DISCUSIÓN:**

Con este proyecto pretendemos diagnosticar más y de forma más temprana las lesiones pigmentadas sospechosas de malignidad, para así gestionarlas de manera ágil y rápida con el servicio de dermatología.

Valorar el impacto del diagnóstico precoz respecto al pronóstico de la enfermedad.

Evaluaremos la satisfacción de los usuarios mediante cuestionario telefónico.

**CB - 169.- IMPLICAR A LOS PROFESIONALES DESDE UNA COMISIÓN LOCAL DE CALIDAD: SI PODEMOS.**

CAÑADA-DORADO A, DEL REY-GRANADO Y, MILLARA-LAGO C, CAUTO-ARAGONÉS P, MALLO-FERNANDEZ JM, PRIETO-BARBOSA MD.

DIRECCIÓN TÉCNICA DE PROCESOS Y CALIDAD. MADRID.

**OBJETIVOS:**

Describir la experiencia de una comisión local de calidad , creada en 2011 coincidiendo con la nueva estructura de Atención Primaria de la gerencia, y contar sus resultados de movilización e implicación de los profesionales asistenciales, a través de la asistencia a talleres de formación y elaboración de proyectos de calidad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

La comisión de calidad es multidisciplinar y está compuesta por profesionales asistenciales y de gestión. El objetivo fundamental es desplegar la estrategia de calidad, dar apoyo metodológico a los centros de salud (en éste caso a 48 centros) y validar los proyectos que se presenten para incluirlos en un banco de proyectos. Se elaboró un reglamento de régimen interno y un procedimiento normalizado de trabajo para informar a los profesionales como contactar con la comisión. Se realizó una detección de necesidades de formación a los 48 responsables de calidad de los centros, en los que el 95% de ellos solicitaban formación específica. La comisión después de realizar su propia autoformación , se propuso dar formación a los responsables y mantener reuniones periódicas para lograr su adhesión e implicación.

**RESULTADOS:**

Se mantienen al menos dos reuniones periódicas con los responsables de calidad de los centros, al año. Se han realizado 4 talleres acreditados que fueron impartidos por los propios miembros de la comisión, igualmente se elaboró todo el material formativo en power point que esta accesible desde la intranet; los talleres trataban sobre la mejora continua y las herramientas básicas de calidad, el objetivo era, a la vez que se recibía la formación, ir desarrollando las herramientas en los centros y al final tener elaborado un proyecto de calidad; se planificaron 3 sesiones formativas de hora y media cada una y el resto hasta 25 horas, sirvieron para tutorizar los proyectos. A los talleres asistieron 70 personas, correspondientes a 38 centros de salud, la mayoría eran responsables de calidad y también miembros de las comisiones de calidad ya creadas en los propios centros. Al final se elaboraron 31 proyectos de calidad, que están relacionados con la accesibilidad, calidad científico técnica, seguridad, calidad percibida, eficiencia y gestión . Los 21 proyectos más avanzados se presentaron en una jornada de trabajo, a la que asistieron 74 personas de los distintos centros, el 98% valoró la jornada de manera muy positiva y el 100% dijo que los temas tratados eran de su interés y le servían para su práctica diaria. Los proyectos se han incorporado, después de la validación por la comisión de calidad en un banco de proyectos para estar accesibles a todos los profesionales. Dado el interés, se van a repetir los talleres.

**DISCUSIÓN:**

Es posible implicar a los profesionales asistenciales con el tema de la calidad, es muy importante el perfil motivador y el compromiso de los miembros de la comisión; así como ofrecer una formación muy práctica que implique al final el desarrollo de un proyecto de calidad.

**CB - 170.- ACERCÁNDONOS A LA REALIDAD ASISTENCIAL: NUEVOS ESTÁNDARES DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.**

BARTOLOMÉ-BENITO E, BAYÓN-CABEZA M, GALLEGO-BERCIANO P, OLIVERA-CAÑADA G, PÉREZ-RIVAS FJ, MARTÍNEZ-PATIÑO MD.

GERENCIA ADJUNTA DE PLANIFICACIÓN Y CALIDAD, GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. MADRID.

**OBJETIVOS:**

Dentro del proyecto global de mejora de la cartera de servicios estandarizados(CSE)de atención primaria(AP) se plantea como objetivo específico la actualización de los estándares fijados para los indicadores de cobertura(IC)y criterios de buena atención(CBA), para mejorar la comparabilidad y aproximarlos a la realidad asistencial.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se crea un grupo de trabajo con representantes de sociedades científicas,colegios profesionales,técnicos de las direcciones de AP y profesionales asistenciales.

Para actualizar los estándares se valora la metodología aplicada en su definición inicial en 2007,la evidencia científica disponible y los resultados alcanzados en la última evaluación.

En 2007 se prefijaron los estratos de cumplimiento en 60, 75 y 90% para cada indicador que se corresponden con los estándares mínimo (EM), aceptable (EA) y óptimo (EO). A estos estratos se aplicaron mediante puntuación por consenso, los siguientes factores correctores para obtener los estándares definitivos:

Nº intervenciones/año precisas

Magnitud de población diana del servicio

Tiempo dedicado a la actividad

Profesionales implicados

Aceptabilidad de los usuarios

Disponibilidad de recursos

Así se obtiene un EM, EA y EO para los más de 200 indicadores de los 42 servicios de CSE.

Para actualizar los valores se acuerda añadir un 7º factor corrector que representa la diferencia entre los valores del modelo teórico inicial y los resultados de cumplimiento de los indicadores. Para ello se aplica una fórmula matemática: se calcula el p50, p75 y p90 de los resultados de 2010 que se restan respectivamente al EM, EA y EO iniciales.

Para calcular los nuevos estándares, se resta al valor teórico inicial el 50% de esta diferencia con los resultados de 2010.

Se establecen además criterios que deben cumplir los nuevos valores con la idea de mantener cierta exigencia en el nivel de calidad, ser realistas y permitir fijar un reto alcanzable: el EM no será superior al 60% de cumplimiento en ningún caso y el EO no se fijará por encima del 90%.

Con este método se recalculan los estándares de los IC y CBA de los servicios de la cartera de AP.

**RESULTADOS:**

Este modelo permite adaptar los estándares a la realidad en ambos sentidos: los que están muy por encima del resultado de la evaluación se disminuyen, y los infraestimados inicialmente se elevan, pero manteniendo la exigencia que los estándares de calidad deben preservar. Este modelo permite recalcular estos valores con la periodicidad recomendada y consensuada de 2 años, para que los estratos de calidad a alcanzar sean dinámicos y evolucionen con los resultados de los servicios en la población diana.

**DISCUSIÓN:**

Con este método el grupo de trabajo ha aproximado los estándares de CSE a la realidad asistencial de los centros de salud de AP, facilitando su comparabilidad y consiguiendo una mayor satisfacción y entendimiento por parte de los profesionales. Además, resultan de mayor utilidad para la gestión y mejora de los servicios de la CSE de AP.

**CB - 171.- RESULTADOS DE UNA ESTRATEGIA PARA DISMINUIR LA LISTA DE ESPERA EN LA REALIZACIÓN DE ECOGRAFÍAS EN UN CENTRO DE SALUD.**

COLLADO-CUCÒ A, CRESPO-PALAU JM, MORALES-SUÁREZ E, NIGHT-RIVALTA NO, OCETE-MANERO M, SILVESTRE-GARCÍA E.

ABS VANDELLÒS-HOSPITALET. L'HOSPITALET DE L'INFANT (TARRAGONA).

**OBJETIVOS:**

Evaluar la efectividad de las medidas adoptadas en un centro de salud para reducir la lista de espera para la realización de ecografías no urgentes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Problema detectado: incremento de las peticiones de ecografía a raíz de la incorporación de un ecógrafo al centro de salud, con el consiguiente incremento de la lista de espera.

Soluciones propuestas: formación al personal médico sobre las indicaciones de la prueba y las exploraciones que podían asumirse en el centro. Después de una primera revaluación, se añade una reorganización de la agenda de citaciones y una medida coercitiva (cuestionamiento de la indicación médica y desprogramación de alguna solicitud).

Los datos de peticiones y tiempos de espera se han obtenido a partir de los registros informatizados de historia clínica (OMI-AP) y posteriormente tabulados y depurados mediante Microsoft Access. Se ha realizado estadística descriptiva e inferencial con el paquete estadístico SPSS.

**RESULTADOS:**

Al inicio del proceso la media de peticiones de ecografía era de 20 por mes con un tiempo de espera de 11 (IC 95%: 8.9 – 13.5) días y un máximo de 21 días.

Después de la primera intervención se reduce a 19 peticiones mensuales, pero se incrementa la espera con una media de 13.6 (IC 95%: 11.5 – 16.3) días y un máximo de 23 días de espera.

Después de la segunda intervención la media de peticiones se reduce a 9 mensuales, con un tiempo de espera medio de 8.6 (IC 95%: 5.7 – 11.4) días y un máximo de 14 días.

Las diferencias en este último periodo respecto a los previos resultan estadísticamente significativas ( $p=0,02$ ).

Durante el último período, se cuestionaron 6 peticiones de las cuales 5 fueron desprogramadas de acuerdo con el médico de cabecera de cada paciente.

**DISCUSIÓN:**

programación de las ecografías en nuestro centro de salud.

La adopción de medidas organizativas y coercitivas resultó ser efectiva en la reducción de la lista de espera para la realización de ecografías.

El porcentaje de desprogramaciones sobre peticiones cuestionadas avala la metodología de revisión de las peticiones con los médicos de cabecera.

**CB - 172.- CUANDO LA DEMANDA APRIETA, REINVENTARSE O SUCUMBIR: NUESTRA EXPERIENCIA EN REDISTRIBUCIÓN DE LAS AGENDAS.**

CRESPO-PALAU JM, ESPEJO-VIDAL T, MORALES-SUÁREZ E, OCETE-MANERO M, ESQUIUS-RODRÍGUEZ M, COLLADO-CUCO A.

ABS VANDELLÒS-L'HOSPITALET DE L'INFANT. L'HOSPITALET DE L'INFANT (TARRAGONA).

**OBJETIVOS:**

En los últimos años habíamos detectado en nuestro Área Básica de Salud incremento en la demora para ser visitado por el médico de cabecera, percepción por parte del Equipo de Atención Primaria (EAP) como por el usuario, datos ratificados por diversas encuestas de satisfacción. Asimismo las consultas se saturaban por urgencias que se iban presentando, al superponerlas sobre citas previas. Era obvio que se debía actuar firmemente para paliar esta situación. También percibimos que muchas visitas no requerían realmente la presencia del paciente en la consulta y podían utilizarse otros recursos.

Los objetivos han sido: facilitar la visita con el médico sin incremento de recursos, detectar que visitas se podían realizar sin presencia del usuario, sin incidir en resultados de satisfacción.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se recogen y estudian estadísticas de asistencia del año 2010, diferenciando visitas con cita previa y urgentes.

Tras análisis en diversas sesiones de todo el EAP, se realizan diversas intervenciones:

Realización del Triage de Urgencias por Enfermería, con posterior redirecciónamiento de la demanda asistencial. Según protocolo establecido, se soluciona el problema o se cita en la consulta del médico (urgente o diferida) Definir tipos de visita que pudieran considerarse no presenciales: burocráticas, consultas telefónicas.

Rediseño de las agendas de médicos, con espacios intercalados entre citas previas para urgencias, así como para gestiones administrativas y telefónicas.

Se recogen posteriormente estadísticas de actividad del año 2011, comparando resultados.

**RESULTADOS:**

Las asistencias totales no han disminuido, es más, se han incrementado un 2.04%.

Aumento de un 7,58 % las visitas en consultas de enfermería.

Leve descenso (0,23 %) de visitas en consulta médica, sobre todo Urgencias.

Mayor probabilidad en poder ser visitado por el propio médico de cabecera.

Aumento de un 25,51 % de visitas no presenciales.

El grado de resolución por enfermería fue del 34,5 %.

Los usuarios apenas han reclamado tras cambiar el modelo asistencial.

Se realizan más sesiones para pulir detalles de estos procedimientos, al aparecer situaciones no contempladas inicialmente, como el cierre nocturno del Centro de Atención Primaria.

**DISCUSIÓN:**

Al constatar un incremento de un aspecto de la demanda asistencial es necesario redirigirla tras su análisis pormenorizado.

Se deben detectar situaciones en las que es posible realizar visitas no presenciales, como realizar informes no urgentes o entregar resultados.

Las nuevas tecnologías de la información y comunicación facilitarán en el futuro este tipo de consulta.

Es importante implicar a todo el EAP, recoger sugerencias y buscar el máximo consenso.

Se debe facilitar formación a Enfermería relacionada con Sistemas de Triage de urgencias.

Los diseños de circuitos asistenciales son fundamentales para que estas acciones se inicien desde la demanda asistencial.

Se debe informar puntualmente a los usuarios de las novedades organizativas, evitando malentendidos y reclamaciones.

## **Sesión de Comunicaciones Orales Breves.**

**Sala BT1.**

**Miércoles, 7 de noviembre / 16:00 h. – 18:00 h.**

**Acreditación / EFMQ / Medioambiental /  
Otros.**

**CB – 173 / CB – 198**

**CB - 173.- EVOLUCIÓN DE LA EFICIENCIA EN LOS PROCESOS DE ACREDITACION.**

BURGOS-POL R, CARRASCO-PERALTA JA, CASTELLANO-ZURERA MM, BARRENAS-PADURA F, NÚÑEZ-GARCÍA D.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCIA. SEVILLA.

**OBJETIVOS:**

Identificar la evolución de la actividad acreditadora de una organización dedicada al impulso de la mejora continua.

Facilitar la identificación y puesta en marcha de áreas de mejora (AM) en los centros y unidades sanitarias es la misión prioritaria de la Entidad Acreditadora Sujeta a Estudio (EASE), promoviendo así la mejora continua en los sistemas sanitario donde actúa, actualmente sobre un sistemas de salud regional (SRS) y otro nacional extranjero (SNS).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo retrospectivo

Variables de estudio:

1. Tasa de proyectos acreditados (TPA)
2. Tasa AM conseguidas en autoevaluación (TAMC)
3. Dimensiones calidad (DC) con mayor número de AM conseguidas (AMC)
4. Satisfacción global media (SGM) (escala 1:10)
5. Presupuesto.

\*Tasa: unidad/años

Fuente de datos variables 1-4. Registros incluidos en una herramienta online específica para la acreditación de las unidades sanitarias, denominada ME\_jora C.

Periodo de tiempo (PT): periodo acumulado 01/ 2003 -4/ 2012 (A) - periodo acumulado 01/ 2003 -4/ 2012(B).

Fuente datos Variable presupuesto (5). Programa específico de Contabilida Analitico - Financiera extraída del ERP IZARO BLACK. Operativa: Carga de datos mensuales y extracción de datos. Se consideraron los gastos directamente imputables al área de especifica de producción dentro de la organización.

PT variable presupuesto: contabilidad 2010 y 2011.

**RESULTADOS:**

En A la tasa PA es de 32,1 (225) y en B de 51,2 (461), obteniéndose un incremento neto de 236 proyectos acreditados (tasa = 118).

La tasa AMC en A fue de 1962,5 (13737) y en B 2281 (20531), siendo el incremento neto de 6794 AM (tasa = 3.397).

Las DC con mayor incremento AMC han sido la generación de guías (A=3352; B=5262), acciones formativas (A=2748; B=4398) y evaluaciones periódicas y sistemas de información formativas (A=1268; B=1986).

La SGM obtenida tras los PA en SRS en B es 8.26, lo que implica una disminución de 0,34% respecto a A. La obtenida en el SNS extranjero es de 9.25.

El presupuesto global ha disminuido un 3% en este periodo (-26342€). La partida Recursos Humanos, que consume 2/3 partes del presupuesto ha aumentado un 4% (25723 €). La mayor disminución se ha producido en las partidas de evaluadores externos (EE) (-27%, 44441€) y desplazamientos (-19%, 18336€). El número de evaluadores internos se ha mantenido estable en 2010 y 2011, mientras que el número de EE que ha realizado al menos una evaluación ha aumentado (2010= 47 ;2011=60).

**DISCUSIÓN:**

Durante el periodo evaluado, se ha producido un fuerte incremento de la actividad acreditadora y la producción de AM en los sistemas donde EASE actúa, en especial en DC destinadas a disminuir la variabilidad, la formación y los sistemas de evaluación, con resultados de satisfacción muy elevados. Este impulso de mejora sobre sistemas de salud a dos niveles, regional y nacional se ha realizado con control presupuestario, mejorando los márgenes de eficiencia de la organización.

**CB - 174.- CALIDAD EN LA CRISIS: EL VALOR DE LAS SINERGIAS;.**

CAÑELLAS-MARTINEZ G, SERVER-PENOSA MD, GIL-COLLADOS MC, BARÓ-SALVADOR ME, GISBERT-ROSIQUE E.

HOSPITAL DE TORREVIEJA/HOSPITAL DEL VINALOPÓ. TORREVIEJA/ELCHE (ALICANTE).

**OBJETIVOS:**

Aunque la calidad hace años que se evalúa sistemáticamente en la mayoría de unidades de diálisis, las acreditaciones de calidad en las mismas son procesos largos y costosos que precisan tiempo e implicación de todo el personal . La sinergia entre dos servicios a nivel de dirección, protocolos, calidad, historia clínica electrónica, puede optimizar el trabajo, minimizar los costes y beneficiar, posteriormente, la mejora continua de ambos centros.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Nuestro objetivo fue aprovechar la Jefatura de Servicio común a dos hospitales de la misma empresa para acreditar la calidad asistencial en ambas Unidades de Diálisis. En la Comunidad Valenciana, las Unidades de Diálisis pueden realizar una acreditación de calidad de las mismas con una institución específica para la acreditación y evaluación de prácticas sanitarias dependiente de la Agencia de Calidad de la Generalitat. La acreditación y evaluación por esta institución es un proceso largo que se inicia con una autoevaluación del centro a partir de la cuál se emite un informe de situación que será la base para la preparación de la visita de acreditación y su posterior análisis. Todo este proceso requiere un tiempo y dedicación de los profesionales implicados que, además, generalmente son profanos a este área de conocimiento . El hecho de que dos hospitales compartan jefatura y organización de servicio idéntica mejora el rendimiento de dicho proceso acortándolo en tiempo, costes y mejorando los resultados del mismo. Los equipos asistenciales de ambos hospitales han participado de los procesos.

**RESULTADOS:**

En diciembre de 2010 solicitamos iniciar el proceso de autoevaluación para la acreditación de calidad de nuestra unidad de diálisis del Hospital de Torrevieja. En noviembre de 2011 pasamos dicha acreditación con calificación EXCELENTE e inmediatamente se solicitó fecha de visita de acreditación para la unidad del Hospital del Vinalopó sin realizar la autoevaluación previa puesto que toda la documentación, procesos, protocolos, herramientas de calidad, etc son comunes. Está prevista su evaluación en junio 2012.

**DISCUSIÓN:**

Aunque las unidades de diálisis hace años que analizan, en su mayoría, de forma sistemática indicadores de calidad asistencial, aún son pocos los centros que realizan una acreditación externa de ello. Además la mayoría de estas acreditaciones se realizaban con auditores que no eran específicos del área sanitaria. Desde la creación de INACEPS en la Comunidad valenciana, son varias las unidades de diálisis que han solicitado la acreditación de calidad por ella. Este proceso precisa una implicación en cadena de todo el equipo asistencial, una reordenación de la documentación, un análisis de los puntos débiles para su modificación y, en definitiva, una nueva visión de los procesos clave. En nuestra experiencia hemos evidenciado que si el esfuerzo realizado para ello es utilizado para acreditar dos unidades de diálisis hermanas, no sólo optimizamos esfuerzos sino que reducimos costes directos e indirectos.

**CB - 175.- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLÍNICA EN UNIDADES SANITARIAS ACREDITADAS Y NO ACREDITADAS.**

BUIZA-CAMACHO B, CARRASCO-PERALTA JA, NÚÑEZ-GARCÍA D, CASTELLANO-ZURERA M, DE BURGOS-POL R.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. SEVILLA.

**OBJETIVOS:**

Identificar el nivel de consecución de las unidades sanitarias acreditadas y no acreditadas en los acuerdos de gestión clínica (AGC) pactados con los Centros a las que pertenecen.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- Estudio descriptivo de las unidades clínicas constituidas en el Servicio Regional de Salud hasta el año 2010 (n=1.041). Se establecen dos puntos de corte a la hora de identificar el nivel de consecución de los objetivos firmados en los AGC entre unidades sanitarias acreditadas y no acreditadas: 1) consecución de 6 puntos (puntuación a partir de la cual las unidades reciben incentivos) y 2) identificación de las unidades que han obtenido más de 8 puntos. Análisis de indicadores: estado de la acreditación en el año de estudio y resultados en los AGC. Segmentación por ámbito: unidades de Atención Hospitalaria (AH) y de Atención Primaria (AP).
- Los AGC contemplan indicadores relacionados con las siguientes dimensiones: accesibilidad, actividad, resolución asistencial, procesos asistenciales, seguridad clínica, desarrollo profesional, satisfacción del usuario, recursos humanos, uso adecuado del medicamento y otras tecnologías sanitarias.
- El Programa de Acreditación de unidades sanitarias se estructura en 11 criterios: usuarios, accesibilidad y continuidad, información clínica, procesos asistenciales, promoción de la salud, dirección, profesionales, estructura y equipamiento, sistemas de información, mejora continua y resultados.
- Los datos sobre la consecución de objetivos de los AGC son proporcionados por el Servicio Regional de Salud.

**RESULTADOS:**

- Punto de corte 1 (consecución de 6 puntos): unidades acreditadas (100% de las unidades de AH y 93.4% de las unidades de AP obtienen entre 6-10 puntos) y unidades no acreditadas (99,2% de las unidades de AH y 84,1% de las unidades de AP obtienen entre 6-10 puntos). Las diferencias son significativas en AP (nivel de confianza=95%, p=0.001).
- Punto de corte 2 (consecución de 8 puntos): unidades acreditadas (84.6% de las unidades de AH y 75,1% de las unidades de AP obtienen entre 8-10 puntos) y unidades no acreditadas (27.6% de las unidades de AH y 48.1% de las unidades de AP obtienen entre 8-10 puntos). Las diferencias son significativas en AP (nivel de confianza=95%, p=0.001) y AH (nivel de confianza=95%, p=0.049).

**DISCUSIÓN:**

- Se observa que las unidades sanitarias acreditadas obtienen una puntuación más alta en las evaluaciones de sus AGC, resultando significativo en los dos cortes realizados para AP.
- Una de las características del Modelo de Acreditación analizado es que es coherente con las líneas estratégicas de la Consejería de Salud, como los AGC.
- La acreditación permite a las unidades sanitarias identificar e implantar mejoras tras la reflexión de los estándares de calidad. Esto ha podido establecer las bases para lograr mejores resultados en aspectos relacionados, entre otros, con la satisfacción del usuario, seguridad clínica y uso adecuado del medicamento.

**CB - 176.- LA AUTOEVALUACIÓN COMO HERRAMIENTA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.**

NÚÑEZ-GARCÍA D, CARRASCO-PERALTA JA, CASTELLANO-ZURERA MM, DE BURGOS-POL R.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. SEVILLA.

**OBJETIVOS:**

Analizar las potencialidades y dificultades para realizar la autoevaluación en procesos de certificación de la calidad y utilizarla como herramienta de mejora continua.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se ha realizado un doble análisis de las autoevaluaciones. Mediante un enfoque interno hemos analizado las autoevaluaciones de las unidades y centros acreditados entre enero de 2010 y diciembre de 2011(N=122), identificando el nivel de cumplimiento de estándares y áreas de mejora identificadas. Además, mediante grupo nominal con un grupo de 8 evaluadores se identificaron y priorizaron los principales problemas observados.

En el enfoque externo, se ha trabajado con un grupo focal compuesto por responsables de calidad y acreditación en centros hospitalarios y distritos de atención primaria, así como responsables de proyectos de acreditación de unidades sanitarias. Con ellos hemos explorado la percepción que tienen de las fortalezas y debilidades de la autoevaluación como herramienta de mejora.

**RESULTADOS:**

Los resultados más relevantes obtenidos en el enfoque interno han sido:

- El cumplimiento medio de estándares en la autoevaluación fue del 79,6%, mientras que el cumplimiento medio en la evaluación externa de estas unidades y centros fue del 55,4%.
- Se identificaron 4597 áreas de mejora de las que en la autoevaluación se implantaron 2287 (49,7%).
- Participaron un total de 567 profesionales como auto evaluadores.
- Los principales problemas identificados por los evaluadores fueron falta de respuesta a los elementos evaluables de los estándares, falta de documentos que soporten las evidencias aportadas y presencia de información no actualizada.

Desde el punto de vista externo, las principales fortalezas expresadas fueron el contar con una aplicación online de soporte para el trabajo, el compromiso de los profesionales y el aprendizaje obtenido por parte de los profesionales sobre cuestiones de la calidad asistencial como la seguridad o la gestión por procesos. Entre las principales dificultades señalaron la falta de conocimiento compartido con otras unidades y centros, la exigencia de los estándares de referencia o el desconocimiento de metodologías de gestión de la calidad como los ciclos de mejora, la monitorización y benchmarking o técnicas como el Análisis Modal de Fallos y Efectos.

**DISCUSIÓN:**

La realización de autoevaluaciones en el marco de un proceso de acreditación favorece la sistematización en la identificación e implantación de mejoras en los centros y unidades asistenciales, poniendo a disposición de los profesionales sanitarios herramientas de apoyo como aplicaciones informáticas, apoyo metodológico o conocimientos en herramientas de gestión de la calidad. Es necesario seguir profundizando en la asimilación por parte de los profesionales de la práctica de la autoevaluación como herramienta de mejora continua de la asistencia sanitaria que prestan.

**CB - 177.- ADECUACIÓN A LA LEY EN MATERIA DE PROTECCION DE DATOS EN ANDALUCÍA.**

CASTELLANO-ZURERA MM, NÚÑEZ-GARCÍA D, CARRASCO-PERALTA JA, BURGOS-POL R, PASCUAL-PISA J.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCIA. SEVILLA.

**OBJETIVOS:**

Analizar el impacto de la adecuación en materia de protección el grado de adhesión a las directrices vigentes en materia de Protección de Datos de carácter Personal en los Programa de acreditación de centros y Unidades ( PACyU) de una Comunidad Autónoma( CA).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En la CA donde se ha realizado el análisis, se evalúa a través de los PACyU la adherencia a las directrices en materia de protección de datos de carácter personal (PDCP) mediante el cumplimiento de un estándar obligatorio.

Estudio estadístico retrospectivo.

Pasos llevados a cabo: [1] Extracción y depuración de los registros de los procesos de acreditación de las unidades asistenciales de Atención Primaria y Especializada. [2] Selección de los datos asociados al estándar analizado. [3] Tratamiento estadístico de la información mediante el paquete SPSS.

Periodo de tiempo : Junio 2010 a febrero 2011.

Herramientas utilizadas: Como fuente de información se han utilizado los registros incluidos en una herramienta online específica para la acreditación de las unidades sanitarias, denominada ME\_jora C.

N = 68 proyectos de acreditación.

Variables del estudio: [1]% de incumplimiento estándar asociado en Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH) [2] % incumplimiento requisitos específicos del estándar asociado en AP y AH.

**RESULTADOS:**

El 69,4% de los centros y Unidades evaluadas no se adecuaban a las directrices vigentes en materia de PDCP. Los centros y unidades de AH muestran un nivel de cumplimiento mayor (34,8%) respecto a los encontrados en AP(22,2%).

En general, la causa principal (88,9%) del no cumplimiento del estándar es debido a la ausencia de la auditoria de medidas de seguridad sobre datos de carácter personal. En AP, representa prácticamente la única causa (98,9%), mientras que en AH es el 58%, junto con otras como ausencia de mecanismos de información hacia el usuario (carteleria, guía de usuarios, soporte web) sobre sus derechos con respecto a la Ley de O PD y la no realización de actividades formativas en esta materia.

Entre las mejoras identificadas tras la realización de la auditoría sobre medidas de seguridad más relevantes se encuentran:

- Modificaciones estructurales para garantizar la custodia de las Historias de Salud.
- Identificación de ficheros con datos de los pacientes y aplicación de medidas de seguridad a los mismos.
- Difusión activa de información sobre derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ( Derechos ARCO) al usuario.
- Sensibilización a los profesionales en materia de protección de datos.

**DISCUSIÓN:**

La realización de auditorías en materia de PDCO durante los P AyCU facilita a los centros la adaptación a las directrices vigentes en materia de PDCP, garantizando así que la recogida y utilización de los mismos se realiza en un marco de seguridad. Además, los puntos críticos identificados a través de estas auditorías, y en consecuencia las mejoras realizadas fomentan el aprendizaje en materia de PDCP dentro del Sistema Sanitario Público.

**CB - 178.- CERTIFICACIÓN ISO 9001 DE UN CENTRO DE SALUD: LA VOZ DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA GESTIÓN DE UN SECTOR DE SALUD.**

PASCUAL-GAVIN MC, ANDREU-ARASCO L, MORALES-EMPERADOR J, TELMO-HUESO S, ASTIER-PEÑA MP, FERNANDEZ-ARENAS E.

CENTRO DE SALUD DE CASPE. CASPE (ZARAGOZA).

**OBJETIVOS:**

1. Describir las incidencias y no conformidades (NC) generadas en el primer año de certificación del equipo de atención primaria (EAP).
2. Evaluar el impacto de las áreas de mejora puestas en marcha con las NC cerradas.
3. Identificar los factores críticos de las NC abiertas y generar un posicionamiento de equipo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se han revisado todas las incidencias y no conformidades registradas en el sistema de calidad del EAP.

Se han clasificado por áreas todas las no conformidades.

Se ha evaluado por medio de identificación de actividades realizadas las NC cerradas.

Se han identificado los factores críticos de las NC abiertas y se ha tomado un posición como equipo.

**RESULTADOS:**

Se han recogido un total de 59 incidencias y 34 NC en un año tras la certificación. Las áreas temáticas han sido:

1. Reclamaciones de atención inadecuada en urgencias.
2. Fallos del sistema informático: caídas del sistema de historia electrónica clínica y farmacoterapéutica y volcado de laboratorio.
3. Fallos estructurales del EAP (centralita, maletines..)
4. Agresiones a profesionales.
5. Falta de recursos humanos en admisión.

De las NC cerradas se han desarrollado varias acciones: sesiones formativas para la mejora de la atención urgente, mejora de la dotación de banda ancha para el centro, mejora de la capacidad de algunos ordenadores, aumento de la dotación de botiquín de urgencias, cambio de maletín de atención domiciliaria entre otras. De las NC abiertas se ha identificado como factor crítico el impacto económico de la medida que ha frenado su resolución (compra de una centralita telefónica nueva, equipo de radiología de odontología, esterilizador de material quirúrgico, refuerzo de auxiliar administrativo en admisión...).

**DISCUSIÓN:**

El proceso de certificación ISO 9011 para un EAP es una tarea laboriosa en tiempo y esfuerzo individual. La generación de documentación y el aumento de los registros ha aumentado la burocratización del EAP. Si bien, los miembros del equipo reconocen que los registros (evidencias) han permitido argumentar adecuadamente las NC. El hecho de que en el sistema de calidad las NC deban ser revisadas y gestionadas desde la gerencia de sector ha hecho de que, con independencia del color político del momento, la gerencia se viera implicada a tomar decisiones y plantear propuestas de mejora al EAP. Esto ha permitido que situaciones estructurales crónicas y situaciones no asumibles asistencialmente tuvieran su voz ante la gerencia y su respuesta desde la misma. Por ello, el equipo concluye que el modelo de gestión de calidad de certificación ISO 9001 para los EAP permite dar voz y tener respuesta ante las gerencias únicas de sector donde el peso más importante lo tiene la atención especializada.

**CB - 179.- ¿ES POSIBLE MANTENER VIVA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO LA NORMA UNE-EN-ISO 9001:2008 EN EL DÍA A DÍA?.**

COSTA- V, RIERA- A, GILABERT- E, MARTINEZ-ESPARZA A, SEGARRA-CASTELLÓ L.  
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA. VALENCIA.

**OBJETIVOS:**

Pretendemos evidenciar como la gestión la calidad mediante las Normas ISO 9001:2008 en el ámbito hospitalario no solo es posible, sino que además, puede hacerse, implicando a las personas y lo demostramos mediante los documentos generados tanto internamente como por las diferentes auditorias (Objetivos, Indicadores, Resultados de Auditorías Interna y Externa) a lo largo de 8 años.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Nos basamos en la documentación generada por el sistema y auditada por la entidad certificadora.

A partir de la primera auditoría interna en 2004, hasta la última auditoría externa en 2012, evidenciamos, como las Acciones Correctivas (AC) detectadas por el sistema mediante encuestas o sugerencias y reclamaciones y las que figuran en el informe final de auditoria externa, han ido, poco a poco haciendo que el sistema obtenga mejores resultados globalmente fruto de sus mejoras puntuales en base a las auditorias.

**RESULTADOS:**

De un sistema tradicional de gestión, inicialmente sin certificación, hemos conseguido certificarlo, con ciertas No Conformidades que han inducido cambios, que se han implantado según el modelo AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos).

Este proceso ha sido continuo desde la primera certificación y ha conseguido que llevemos en la actualidad 4 revisiones sin registrar ninguna No Conformidad.

Pese a ello y, en función de nuestras encuestas de satisfacción, hemos ido corrigiendo algunos incidentes que han evitado futuras NC.

**DISCUSIÓN:**

Es frecuente que, derivada de la competencia entre las auditoras y la disminución de empresas auditadas, se tienda a ;ser permisivo; en las auditorias con el fin de no cambiar de consultora.

En nuestro caso, el compromiso por la calidad ha supuesto que, independientemente de esa presunta laxitud de los auditores, podamos demostrar que, mantener un sistema de calidad vivo, que responda tanto a las auditorias como a las sugerencias de los clientes no solo es posible, sino que consigue implicar al personal de los diferentes servicios y mantener la Norma ISO 9001:2008 presente en la actividad diaria, con el fruto de no haber registrado No Conformidades debido a una actuación causa-efecto en funcion de la información recibida.

## **CB - 180.- CAPIO SER: CERTIFICACIÓN ISO 9001:2008, ORGANIZACIÓN QUE PRESTA SERVICIOS NO SANITARIOS.**

MARTÍNEZ-RODRÍGUEZ I, ALFARO-CADENAS L, BLANCO-RODRÍGUEZ M.

CENTRAL DE CAPIO SERVICIOS Y CAPIO SANIDAD. MADRID.

### **OBJETIVOS:**

Certificación en base a la norma UNE-EN-ISO 9001:2008 el Sistema de Gestión de Calidad de CapioSer, una organización que presta los servicios complementarios no asistenciales en centros sanitarios. Para ello se plantea:

- Realizar un Diagnóstico inicial para conocer el punto de partida de CapioSer: qué se hace en conformidad con la norma y qué requisitos necesitarán ser atendidos
- Establecer un Plan de proyecto para el desarrollo, capacitación, implantación seguimiento y finalmente la certificación del sistema de gestión de calidad.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

- Las normas de referencia empleadas fueron:
  - Norma UNE-EN-ISO 9001:2008 Sistema de Gestión de la Calidad. Requisitos
  - Norma UNE-EN-ISO 9000:2005: Fundamentos y vocabulario
- Servicios seleccionados fueron: Consultoría en las áreas de Calidad, Medio Ambiente, Gestión Energética y Sistemas de Información, Mantenimiento, Restauración, Limpieza, Lavandería y Residuos, en centros sanitarios.  
Para la elección nos basamos en dos criterios:
  1. fueron aquellos que CapioSer viene realizando desde sus orígenes y por tanto tienen un mayor recorrido.
  2. Aquellos que tuvieran mayor impacto sobre la actividad asistencial en los centros.
- Los Centros seleccionados fueron: los servicios de
  1. -La Central de CapioSanidad y CapioServicios donde se lleva a cabo:
    - La gestión de la prestación de los servicios de Consultoría en las áreas de Calidad, Medio Ambiente, Gestión Energética y Sistemas de Información.
    - Procesos estratégicos y soporte de CapioSer
  2. -Hospital Infanta Elena como centro Hospitalario de referencia donde se prestan los servicios de: Mantenimiento, Restauración, Limpieza, Lavandería y Residuos, en centros sanitarios"
- Se constituyó la comisión de calidad que se encargó de liderar el proyecto: Dirección de Servicios Generales, Jefa de Consultoría, Jefe de Mantenimiento, Responsable de Limpieza, lavandería y gestión de residuos, Coordinador de Sistema, Jefe de Restauración y Responsable de Calidad.

### **RESULTADOS:**

Logro de la Certificación del Sistema de gestión de CapioSer, para el alcance:

"Gestión de la prestación de los servicios de Consultoría en las áreas de Calidad, Medio Ambiente, Gestión Energética y Sistemas de Información, Mantenimiento, Restauración, Limpieza, Lavandería y Residuos, en centros sanitarios.."

### **DISCUSIÓN:**

La certificación del sistema de gestión de Calidad de CapioSER:

- Reconocimiento por una entidad de certificación (AENOR) que asegura el cumplimiento de CapioSer con los requisitos de la norma ISO 9001:2008
- CapioSer está preparada para prestar sus servicios fuera del Grupo Capio

- No somos una empresa de servicios mas, somos una organización que presta servicios complementarios no sanitarios especializada en el Sector Sanitario
- Estamos preparados para aumentar nuestro alcance a otros servicios: Esterilización, Seguridad, Atención e información al paciente y Admisione, Gestión de Clientes (Admisiones, citas y Call Center).

**CB - 181.- PROYECTO DE COORDINACION SOCIO SANITARIA DE LA COMARCA DEBABARRENA.**

TELLERIA-ASTARLOA A, LARRAÑAGA-GARAÍKOETXEA N, RODRIGUEZ-LORENZO MJ, CRESPIAN-AMAS A, GARCIA-GONZALEZ M, BEREZIARTUA-UNZUETA A.

OSI DEBABARRENA. COMARCA BAJO DEBA (GUIPÚZKOA).

**OBJETIVOS:**

Promover y facilitar la coordinación sociosanitaria en la Comarca del Bajo Deba en un marco de trabajo interdisciplinar para ofrecer una atención integral y no fragmentada a las personas que presentan de forma simultánea o secuencial necesidades que requieren intervenciones de naturaleza mixta, sociales y sanitarias.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se constituye la Comisión Sociosanitaria de la Comarca Debabarrena integrando todos los ayuntamientos de la comarca sanitaria con las unidades básicas de atención sanitaria y el hospital. Se plantea la Coordinación Sociosanitaria, como un conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para garantizar la continuidad de la atención. Se establecen los cauces necesarios de cooperación y comunicación. En todas las unidades de atención sanitaria, se implanta un sistema unificado de valoración de las necesidades sociosanitarias que permitirán establecer criterios de evaluación a través de las rutas asistenciales.

**RESULTADOS:**

Se implanta un protocolo de coordinación entre hospital-ayuntamientos-atención primaria para definir los circuitos y canales de comunicación.

Se crea la plataforma online "Debabarreneko batzorde soziosanitarioa" de trabajo cooperativo.

Se diseña un plan de formación conjunta para agentes sociales y sanitarios en el entrenamiento para cuidadores de pacientes dependientes.

Se establecen nuevas alianzas de cooperación simbiótica.

**DISCUSIÓN:**

Ningún sistema puede dar respuesta de manera independiente a sus necesidades. Las personas con necesidades sociosanitarias circulan entre el sistema sanitario y social padeciendo las ineficiencias y la brecha entre los dos niveles ya que perciben sus necesidades como un todo y no distinguen entre las que son responsabilidades del sistema sanitario y las que debería resolver el sistema social. De ahí nace la necesidad de la Coordinación Sociosanitaria que pretende facilitar la accesibilidad y garantizar la continuidad de cuidados.

**CB - 182.- ¿CUÁLES SON LOS FACTORES CLAVE EN LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO EFQM?.**

COLINA-ALONSO A, MARTINEZ-CARAZO C, MATTHIES-BARAIBAR MC, DE LA RICA-JIMENEZ JA.

RED DE SALUD MENTAL BIZKAIA (OSAKIDETZA). BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Conocer a nivel cualitativo el impacto derivado después de 10 años del inicio del despliegue de los principios de Calidad Total y el modelo EFQM en Osakidetza.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Cinco grupos de discusión, directivos, mandos intermedios, mixto de directivos y mandos, y dos con profesionales de base, procedentes de organizaciones de servicio con diferente trayectoria EFQM. Reuniones 90 min.; discusión con apoyo de moderador y observador sobre temas comunes y preseleccionados relacionados con la implantación del modelo EFQM. Grabación, transcripción y análisis cualitativo con software atlas.ti. Identificación de núcleos de significado a dos niveles: como zonas del discurso que se repiten y abundan en una misma intención subjetiva, y por otra parte derivada del análisis literal del discurso grupal producido. Se completa el análisis con conocimiento de elementos verbales y no verbales y tras elaboración interpersonal de los aspectos más destacados de la "temperatura", intencionalidad o tesis particular de cada grupo.

**RESULTADOS:**

Los resultados de este análisis indican una serie de factores: preocupaciones más prevalentes en cada grupo, intención de las opiniones, agrupación en áreas de significado, discursos repetidos, discursos emergentes. La tesis grupal ayuda a establecer una matriz de áreas temáticas y discursivas en las que ubicar núcleos de significado y calificar a los mismos en cuanto a "color" frío o caliente, positivo o negativo, fortaleza o como debilidad institucional.

Existe acuerdo en los grupos en cuanto al esfuerzo necesario que conlleva la incorporación del modelo, la percepción compartida de dos ritmos –antes y después de la obtención de reconocimiento-, la importancia y dificultad al mismo tiempo de mantener un liderazgo definido y consistente en todo el proceso, la necesidad de participación de las personas y, al mismo tiempo la importancia y necesidad de comunicación interna en todo el proceso. Entre las herramientas destaca por su valoración la certificación ISO en procesos asistenciales, por su compatibilidad con EFQM y su valor para añadido para el gestor.

**DISCUSIÓN:**

En los grupos realizados se evidencian diferentes tesis según su procedencia y que se pueden resumir en Optimismo institucional: Directivos. Orientado a las fortalezas y la potencialidad del modelo filosófico EFQM en el análisis de la institución. Pragmatismo crítico: Mandos intermedios. Orientado a la resolución de problemas prácticos en un contexto de inmediatez. Crítico con los planteamiento de planificación a largo plazo y cercano a herramientas orientadas a procesos. Realismo del paciente. Profesionales. Orientado a la voz del paciente y cercano a sus necesidades que contrastan con los planteamientos más programáticos y difusos del modelo EFQM. Hay un cuarto grupo mixto (Mandos intermedios y directivos) en el que se visualiza claramente la confluencia de las dos culturas prevalentes en la institución, su superposición y tensión dialéctica.

**CB - 183.- NUEVO ENFOQUE DEL PROCESO ECONÓMICO FINANCIERO.**

CARRERO-TOTORIKAGUENA MJ, GÓMEZ-INHUESTO E, GUEDE-FERNANDEZ A, SAINZ-CAREAGA MI, GONZALEZ-DIEZ J, FERNANDEZ-FERNANDEZ-MONGE MC.  
HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO. GALDAKAO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

Las Organizaciones Sanitarias necesitan adaptarse a una realidad cambiante, se deben adquirir y desarrollar nuevas metodologías que supongan una adaptación adecuada al nuevo entorno.

El Hospital Galdakao-Usansolo asume este reto y en el año 2005, en línea con su plan estratégico y en el marco del Modelo EFQM, alcanza la certificación ISO 9001:2008 en el Proceso Económico-Financiero.

En el año 2011 se procede a realizar una revisión completa con un nuevo enfoque del mismo, procediendo a modificar la misión del proceso, equipo, cartera de servicios y cuadro de indicadores.

Gestionar los recursos económico-financieros en apoyo de la política de la Organización, con criterios de responsabilidad social corporativa (RSC), asumiendo objetivos de sostenibilidad económica y transparencia en gestión.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Implantación de la metodología de la gestión por procesos, basado en el ciclo PDCA con seis ciclos de mejora. Para medir y analizar los objetivos fijados disponemos de un cuadro de mando económico informatizado, mediante una herramienta de Business Intelligence, que proporciona información con carácter mensual y online, de forma accesible a los líderes. Además nos permite recoger toda la información de los indicadores del proceso.

**RESULTADOS:**

Desde la implantación en 2005 hasta la actualidad han sido numerosas las mejoras y los cambios implantados:

- a) Reorientación hacia el paciente como cliente del proceso y hacia la sociedad (RSC).
- b) Incorporación de la evaluación económica como herramienta para sistematizar la priorización de las incorporaciones tecnológicas y los proyectos innovadores con criterios de coste-efectividad.
- c) Implantación de los contratos de gestión, previa negociación con los líderes clínicos, como herramienta para la descentralización de la gestión económica a Servicios y Procesos. Todas estas mejoras también se han visto reflejadas en los indicadores del proceso, como son los siguientes:
  - a) El objetivo de equilibrio financiero, margen de desviación negativa del 0,5% del presupuesto de gasto, se cumple.
  - b) El objetivo de no estar nunca por debajo de 2,5 se cumple.
  - c) Transparencia a través del sometimiento de auditorías externas de los estados financieros anualmente y no encontrando hallazgos.

**DISCUSIÓN:**

La gestión por procesos aplicada en el área económico-financiera ha permitido tener el proceso estabilizado y flexible a los cambios, orientada hacia la estrategia del HGU (paciente, RSC).

Disponemos de un sistema de información económica (SIE) único que da soporte a la información requerida tanto por normativa legal (contabilidad financiera), como a las de la propia organización (contabilidad de costes o analítica) y las del proceso.

La herramienta de BI aporta una información de fácil manejo, sencilla y accesible a los líderes con responsabilidad. Fijándose así la transparencia y eficiencia en la información. El Proceso ha apoyado y facilitado el cumplimiento del objetivo de sostenibilidad económica en términos de equilibrio económico.

**CB - 184.- MODELO DE LA EFQM. EXPERIENCIA DE SU APLICACIÓN EN LA FUNDACIÓN PÚBLICA URXENCIAS SANITARIAS DE GALICIA-061.**

CARTELLE-PÉREZ T, PENAS-PENAS M, BARREIRO-DÍAZ MV, IGLESIAS-VÁZQUEZ JA, BERNÁRDEZ-OTERO M, CODESIDO-MIRAS R.

FUNDACIÓN PÚBLICA URXENCIAS SANITARIAS DE GALICIA-061. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

**OBJETIVOS:**

Evaluar mediante el modelo EFQM la Fundación Pública de Urgencias Sanitarias de Galicia 061. Conocer las actividades que más han incidido en la mejora de las puntuaciones.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo retrospectivo sobre la aplicación del Modelo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM), en la Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061 desde el año 2004 hasta el año 2011. Se realizaron tres autoevaluaciones, las dos últimas mediante la herramienta PERFIL y posteriormente la organización fue sometida a una evaluación externa para la obtención del Sello a la excelencia Europea 300+.

**RESULTADOS:**

La aplicación del Modelo de la EFQM comenzó con la primera autoevaluación el año 2004, obteniendo 383 puntos tras ella no se realizó ningún proceso evaluativo externo. La segunda autoevaluación se realizó en el año 2009. Se obtuvieron 273 puntos. Además se identificaron puntos fuertes y áreas de mejora de las cuales se priorizaron 4 planes de mejora. La puntuación obtenida y los proyectos de mejora se sometieron a evaluación externa consiguiéndose el Sello de compromiso hacia la excelencia Europea 200+. La tercera autoevaluación se realizó en el año 2011 alcanzándose 357 puntos. Destaca la puntuación obtenida en los criterios: Resultados clave 45%, Personas 45%, Liderazgo 39%, Estrategia 38%, Alianzas y recursos 38%. De nuevo se identifican puntos fuertes y áreas de mejora que posteriormente se consensuan y se plasman en planes de mejora como la elaboración e implantación de un Cuadro de mando integral, actualización del Mapa de procesos y desarrollo los Procesos clave así como diseño e implantación de una encuesta de clima laboral. Simultáneamente se elabora la Memoria para poder optar al sello de excelencia 300+ en la que cada criterio fue elaborado por un propietario de criterio perteneciente al equipo directivo o mandos intermedios de la organización. En la evaluación externa un equipo evaluador valora la Memoria y realizan la revisión documental de todas las áreas obteniéndose una puntuación entre 340-350 consiguiéndose el Sello de Excelencia 300+. El resumen destaca los mejores resultados obtenidos en Alianzas y recursos 55%, Personas 45%, Procesos, productos y servicios 45%, Liderazgo 35%, Estrategia 35% y Resultados en personas 25%.

**DISCUSIÓN:**

De las numerosas acciones de mejora detectadas en las evaluaciones se han priorizado las más importantes para la organización y, las que más han contribuido al incremento de las puntuaciones fueron, en los criterios Liderazgo (actualización, revisión y comunicación de la misión, visión y valores) Estrategia (desarrollo de la carta de servicios) Alianzas y recursos (gestión de la tecnología en apoyo de la política y estrategia), Personas (plan de formación, gestión por objetivos), Procesos (gestión por procesos, sistematización de procesos clave), Resultados en personas (encuesta de clima laboral).

Se constata la necesidad de establecer planes de mejora para los Resultados en clientes, Clave y en la Sociedad.

**CB - 185.- IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO EFQM EN OSAKIDETZA.**

ARCELAY-SALAZAR A, GONZALEZ-LLINARES RM, LETONA-ARAMBURU J, NUÑO-SOLINIS R, GARCÍA-URBANEJA M, MATEOS-DEL PINO M.

ORGANIZACIÓN CENTRAL-OSAKIDETZA. VITORIA - GASTEIZ.

**OBJETIVOS:**

Transcurridos 10 años del inicio de la apuesta por los principios de Calidad Total y la implantación del Modelo EFQM en Osakidetza, se propone realizar un análisis del impacto real del despliegue de este Modelo en dos ámbitos: en los resultados de las organizaciones y en la implantación de herramientas de gestión.

OBJETIVOS: Relacionar el grado de progreso en la implantación del Modelo EFQM en Osakidetza con los indicadores de resultados y con la utilización de diversas herramientas metodológicas propiciadas por el Modelo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se compararon los resultados (subcriterio 6a-Clientes, subcriterio 7a-Personas y criterio 9-Resultados) de las organizaciones con un alto grado de implantación del modelo, organizaciones con reconocimientos externos Q Plata, y Q Oro del Gobierno vasco y Premio Europeo de Excelencia, y los resultados de las organizaciones que no han obtenido estos reconocimientos. Se seleccionaron indicadores que permitieran la comparabilidad de los grupos, basados en S.I. vigentes, a través de grupos de trabajo. Se realizó análisis independiente para cada uno de los 4 ciclos de medida (2001-2003, 2004-2006, 2007-2008, 2009-2010).

**RESULTADOS:**

Los primeros resultados indican que sí existen diferencias significativas al analizar diversas áreas de la satisfacción de las personas (criterio 7a), no sucediendo lo mismo al comparar la satisfacción de los clientes (criterio 6a) y quedando pendiente de evaluar los resultados del criterio 9. Concretamente, para el criterio 7a, estas diferencias son claras al comparar organizaciones con Q Oro vs organizaciones sin reconocimiento alguno, en áreas como la formación y desarrollo profesional, la comunicación interna, estilo de dirección y organización del trabajo y en el ámbito del estilo y política de la dirección. Al comparar las organizaciones que obtuvieron Q Plata vs organizaciones sin Qs, estas diferencias quedan restringidas al ámbito de la formación y comunicación interna siendo también menos evidente cuando se comparan la política y el estilo de dirección, las condiciones laborales y el ambiente laboral.

**DISCUSIÓN:**

Son escasos los estudios que relacionan el Modelo EFQM y los resultados esperados de las organizaciones, y casi todos se centran en el sector industrial, especialmente en los resultados económicos financieros. En nuestro estudio se demuestra que las organizaciones más avanzadas en la implantación del Modelo la satisfacción de los profesionales en las variables como la formación y desarrollo profesional, comunicación interna, estilo de dirección, organización del trabajo, política y estrategia global es significativamente superior a las menos avanzadas. Estas variables entrarían dentro del perfil de variables 'gestionables' frente a otras de carácter 'no gestionables'. Con las limitaciones propias del estudio se demuestra que este tipo de intervenciones ofrece un resultado positivo a medio plazo en la satisfacción de las personas no habiendo podido mostrar este mismo impacto en la satisfacción de los clientes.

**CB - 186.- MEJORA EN LA GESTIÓN DE RESIDUOS DE UN HOSPITAL CERTIFICADO EN ISO 14001:2004.**

FIDALGO-HERMIDA B, TAFALLA-BORDONADA C, MOLINA-ALÉN E, GALINDO-GALLEGO M.  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. MÓSTOLES (MADRID).

**OBJETIVOS:**

Desde el 2007 el Hospital tiene certificado el Sistema de Gestión Medioambiental según la norma ISO 14001:2004. Durante una de las auditorias externas los auditores localizaron como área de mejora la segregación de los residuos en el punto de producción. Para la corrección de dicha no conformidad el hospital propuso la planificación y realización de Auditorias Internas de Gestión de residuos, y para ello se planteo:

1. Actualización de la guía de gestión de residuos.
2. Formación en gestión de residuos.
3. Realización de Auditorias Internas
  - a. Planificación de las Auditorias Internas.
  - b. Diseño de un Check List.
  - c. Elaboración de la Base de datos.
  - d. Análisis de resultados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se actualizó la guía de Gestión de Residuos, se editó en formato de bolsillo y se repartió entre los supervisores y personal del hospital.

Se realizaron cursos sobre Calidad y medioambiente en el que se formaba sobre la correcta segregación de los residuos y la guía de gestión de residuos, a personal del hospital.

En base a la legislación y a los requerimientos de la organización del hospital sobre el reciclaje se elabora un check list en el que se evalúan 113 ítems. Se valoran los residuos no peligrosos como urbanos, asimilables a urbanos, de envases o plásticos, papel o cartón, vidrio y toner, y residuos peligrosos como pilas, biosanitarios, citotóxicos, punzantes, aguas de laboratorio, medicamentos caducados, reactivos, etc. Y de estos se evalúan ítems como tipo de contenedor, segregación del residuo, fechas de apertura y cierre del contenedor, limpieza del contenedor, identificación residuo, pictograma correspondiente, lugar de gestión del residuos, etc. Cada ítem ha de evaluarse en OK, KO o no procede. También se auditan los depósitos intermedios y los depósitos finales.

Se elabora una base de datos en Excel en el que se registró lo observado durante las auditorias internas.

Se realizó el análisis de los resultados.

**RESULTADOS:**

Se realizaron 18 cursos en el mes de febrero, en turnos de mañana y tarde y se formaron a 560 personal de enfermería mayoritariamente, personal de limpieza y personal no sanitario, procedentes de 36 servicios/unidades.

Se realizaron 4 auditorias internas de gestión de residuos en febrero, abril, mayo y septiembre: estandarización de las etiquetas identificativas y el pictograma correspondientes, mas del 96% de los contenedores de pilas eran homologados y en más del 80% de los contenedores se ponía la fecha de apertura del contenedor.

**DISCUSIÓN:**

Se consiguió cerrar la no conformidad impuesta por los auditores externos. Durante las Auditorías Internas pudo comprobarse que el personal de las Unidades estaba mucho más concienciado e implicado en el cumplimiento de la normativa de la gestión de los residuos. Supuso una mejora en la correcta segregación de residuos.

**CB - 187.- GESTION Y AHORRO DE LOS RECURSOS NATURALES EN EL AMBITO HOSPITALARIO. HOSPITAL PSIQUIATRICO DE ALAVA.**

LOPEZ DE CALLE-ARNAL JA.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE ALAVA. VITORIA - GASTEIZ.

**OBJETIVOS:**

La reducción del consumo de agua, gas natural y electricidad, sin perjuicio de los niveles de confort, tanto del usuario paciente, como del visitante o trabajador. Todo ello mediante la racionalización en el consumo de los recursos naturales antes mencionados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se han cotejado los datos sobre los consumos obtenidos de las facturas de agua, gas y electricidad, con los obtenidos en los partes de "lectura de contadores y cuenta-horas" recogidos semanalmente por el Servicio de Mantenimiento.

Una vez verificados los datos, se ha observado su evolución en el tiempo, en función de las intervenciones físicas efectuadas en las instalaciones y de las diferentes campañas de sensibilización medioambiental efectuadas dentro del Hospital Psiquiátrico.

**RESULTADOS:**

Durante los cuatro años de los que se han utilizado los datos para el estudio, la tendencia en el consumo de electricidad y gas natural es claramente descendente, no siendo así, en el caso del agua. No obstante las actuaciones efectuadas sobre las instalaciones, así como las campañas de sensibilización medioambiental, se tomaron durante los años 2009 y 2010, años en los que se obtuvo la Certificación Medioambiental y se establecieron criterios de mejora en diferentes áreas. Es en el año 2011 donde observamos un rotundo descenso en el consumo de los tres recursos naturales que nos ocupan, agua, gas natural y electricidad.

**DISCUSIÓN:**

Estas intervenciones tienen dos tipos de amortizaciones, una es la conocida por todos, la económica y la otra es la que nosotros vamos a llamar AMORTIZACION MEDIOAMBIENTAL. Con respecto a la amortización en su concepto tradicional, habrá inversiones fácilmente amortizables a corto, y sobre todo medio plazo. Sin embargo habrá otras inversiones cuyo período de amortización podrá ser incluso superior a la vida del equipo en cuestión. En este caso es en el que hablaremos y nos quedaremos con el concepto de AMORTIZACIÓN MEDIOAMBIENTAL.

**CB - 188.- ECOGESTIÓN: EFICIENCIA EN LA GESTIÓN DE LAS INSTALACIONES Y LOS RECURSOS.**

IBÁÑEZ-ROMAGUERA JM, TRULLAS-PÉREZ M, BARRACHINA-CARICCHIO D.  
HOSPITAL DE MOLLET. MOLLET DEL VALLÈS (BARCELONA).

**OBJETIVOS:**

La eficiencia en la gestión de una instalación hospitalaria se consigue controlando uno a uno todos los elementos responsables del confort y el bienestar del usuario y que repercuten en el consumo final de la instalación.

Además de la gestión de los equipos de forma individual, se gestiona de forma global todos los procesos de producción y distribución de energía, analizando el porcentaje de energía consumida y destinada a cada uno de los procesos, siendo la producción de frío y calor los elementos de consumo más importante.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Para conseguir esa eficiencia en la gestión, el primer paso fue iniciar las medidas de control de todos los equipos destinados a la iluminación, la climatización, la producción y la distribución, con seguimiento cuidadoso, gracias al sistema de gestión técnica centralizada de la instalación, ajustándose al funcionamiento y uso real de cada espacio.

Se ajustaron los grupos de bombeo de agua caliente y fría, responsables de distribuir la energía fría y caliente por el Hospital. Por otro lado, se ajustaron los equipos responsables de la climatización y ventilación del área quirúrgica, eliminando la demanda y la regulación de la temperatura y la humedad en cada uno de los quirófanos, pero manteniendo la ventilación normativa, en los momentos de inactividad. Finalmente, se optimizó la producción de agua fría soportada por las plantas enfriadoras condensadas por aire mejorando el coeficiente de operación (COP).

**RESULTADOS:**

El ajuste de la producción de energía calorífica (optimización de uso de las bombas de calor geotérmicas frente al uso de las calderas), provocó un descenso considerable en el consumo de gas de alrededor de un 40%; el ajuste y regulación de la producción de la ACS, consiguió una disminución de las temperaturas iniciales y un descenso del consumo de gas, manteniendo el cumplimiento legislativo y de la calidad del agua suministrada.

La estimación aproximada de reducción de consumo a partir de la acción sobre cada quirófano se es de 5000 € anuales.

La eficiencia en el centro hospitalario supone un ahorro energético global de más 190.000 €/ año y una reducción de unos 830.000 kg / año de emisiones de CO<sub>2</sub>.

**DISCUSIÓN:**

La suma de acciones desde la fase de proyecto, tanto en la vertiente arquitectónica como en la de instalaciones, así como una gestión eficiente de los recursos conllevarán una gestión eficiente.

La aplicación de medidas técnicas debe ir siempre ligada con la información interna, por lo que se consideró necesario difundir la política de ahorro, optimización y eficiencia energética para conseguir que éste sea un objetivo común, conocido por todos los miembros de la institución. Para ello se desarrolló una estrategia concreta de comunicación interna.

Sin una gestión eficiente y un seguimiento persistente de cada kwh consumido los resultados sufren variaciones que afectan a la sostenibilidad económica y medioambiental del centro, y por tanto también del entorno.

## **CB - 189.- UN PASO HACIA DELANTE EN LA GESTIÓN SANITARIA SOSTENIBLE.**

MATEOS-VARAS MA, VILLAR-PIZARRO A.

OSAKIDETZA COMARCA BILBAO. BILBAO.

### **OBJETIVOS:**

Consecuentes con el lema "Satisfacer las necesidades de la generación actual sin comprometer las posibilidades de las generaciones futuras para satisfacer las suyas", debemos minimizar los efectos indeseados en el medio ambiente. Por ello, resulta imprescindible una correcta gestión ambiental, prestando especial atención a los diferentes tipos de residuos e implicando a las personas en el desarrollo sostenible.

#### **Objetivo:**

Impulsar un sistema de gestión ambiental que permita dar salida sostenible a los residuos generados en la actividad sanitaria. Hacemos especial hincapié en los residuos derivados del auto-cuidado en los domicilios que hasta el momento no se gestionaban como tales. Disminuir el impacto ambiental de un reciclaje incorrecto o de la ausencia de este. Y aprovechar la influencia en la ciudadanía para desarrollar una cultura sostenible, con respeto al medio ambiente en el día a día.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Fomentar la correcta segregación y gestión de residuos ubicando contenedores específicos en puntos accesibles e identificables para los usuarios y los trabajadores, los denominados Puntos Verdes. Inicialmente se separaban radiografías, medicamentos y pilas, Ampliándose a otros residuos como papel, plásticos, móviles, etc.

Se han realizado encuestas ambientales para detectar áreas de mejora. Como consecuencia se han incorporado paneles informativos, con folletos y carteles, para mejorar la información.

También se proporciona información personalizada. Empezándose a desarrollar el programa de gestión responsable de agujas procedentes del auto-cuidado, bajo el lema "Pon tus agujas en el contenedor". Iniciativa que pretende disminuir el nº de incidencias relacionadas con el desechado incorrecto de estas.

Se ha creado la figura del gestor ambiental, el cual realiza la gestión en los centros. Su actividad no está relacionada con una categoría determinada, ya que todos podemos mejorar/conservar el medio ambiente.

### **RESULTADOS:**

Muy positivo. Tras más de cinco años, los residuos, siguen siendo muy numerosos, más de lo planteado en un principio.

Destacable, vista su gran colaboración, la concienciación de los usuarios y de los trabajadores. El crecimiento de los residuos recogidos es considerado positivo y proporcional a la labor de salvaguarda ambiental.

### **DISCUSIÓN:**

La labor realizada en los centros se recompensa viendo los datos del total de residuos correctamente segregados y reciclados, que sabemos que hubieran tenido un gran impacto medio-ambiental negativo.

La gestión ambiental realizada minimiza los impactos en el medio ambiente, previene su contaminación y da una mayor relevancia a la comunicación y participación ciudadana (usuarios, asociaciones de vecinos...). La validación anual por AENOR de nuestra Declaración Ambiental, el mantenimiento del registro EMAS y la certificación ISO 14001 nos permite disponer de una herramienta de información a la ciudadanía y una oportunidad para desarrollar Áreas de Mejora de forma periódica y sistemática.

**CB - 190.- INSTRUMENTO DE MEDIDA DEL RIESGO SOCIAL EN SALUD.**

BEATO-MORENO A, FERNÁNDEZ-SANTIAGO E, FERNÁNDEZ-MARTÍNEZ MD, LUQUE-CALVO PL, POZO-CHIA A, GARCÍA-ROLDÁN P.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

**OBJETIVOS:**

**GENERAL**

“Obtener un instrumento que mida en la familia factores de índole social que influyan en su estado de salud ”.

El resultado permitirá clasificar a las familias en niveles de vulnerabilidad social.

**ESPECÍFICOS**

- La familia es la unidad de análisis.
- Determinar los factores sociales que afectan a la salud de la familia.
- La accesibilidad y uso de los servicios sanitarios son determinantes en salud.
- cuantificación y clasificación de la familia en función de su vulnerabilidad social y de salud.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

**METODOLOGÍA**

**FASE1:DISEÑO**

Selección de un grupo de profesionales.

Definición de objetivos y criterios de investigación y del trabajo en grupo:

Identificar factores y áreas de riesgo en salud

Definir conceptos y áreas según significación estadística.

Aplicar métodos de validación científica.

Reformulación según significación estadística y medición y selección de expertos.

**FASE2:ELABORACIÓN**

Hipótesis

Los indicadores seleccionados clasifican adecuadamente a las familias.

Determinación de variables

Se establecen 8 áreas de agrupación. Las variables fueron 32 tipo binario).

**FASE3:VALIDACIÓN ESTADÍSTICA**

Realizada por el Departamento de Estadística de la Universidad de Sevilla.Se partió de un cuestionario con 32 items y 8 áreas.Se incluyó una variable control que clasifica la familia en normal,vulnerable y excluida.

Validación estadística- Pilotaje Test

a)Selección de la muestra

El tamaño muestral óptimo era de 300–360 cuestionarios.

b)Aplicación del Cuestionario

Se impartieron unas normas a todos los entrevistadores.

c)Análisis de los Resultados

-Homogeneidad:

-Fiabilidad como consistencia interna

-Validez del contenido

-Validez de constructo

-Validez referida al criterio

d)Informe del pilotaje

e)Elaboración del cuestionario definitivo

Validación estadística

Los encuestadores realizaron un nuevo cuestionario con las mismas familias estudiadas.

a)Recogida de datos

b)Análisis y validación: homogeneidad, fiabilidad (temporal)y validez

c)Construcción de la regla de clasificación

d)Elaboración del programa ejecutable

### **RESULTADOS:**

Los resultados, tanto en la fase de test, como en la fase de retest fueron excelentes por separado y muy positivos en su análisis comparativo. Con:  
homogeneidad del 68.9% para familias normalizadas, 63.5% para familias vulnerables y 67.7% para familias excluidas. Fiabilidad. Consistencia Interna: 0.877 en el test y del 0.882 en el retest. Fiabilidad. Estabilidad Temporal : 0.977 validez. 0.876 en el test y 0.870 en el retest.

### **DISCUSIÓN:**

Los datos obtenidos indican que mide la presencia de factores sociales que influyen negativamente en la salud familiar. Es el primer cuestionario de estas características en la literatura. La utilización de este instrumento fomenta un conocimiento de la familia. Su utilidad se relaciona con las intervenciones concretas sociosanitarias sobre familias.

**CB - 191.- ¿INFLUYE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y RESULTADO DEL TEST DE ALIENTO?.**

GAGO-GÓMEZ MC, PAGE-HIGUERAS M, LILLO-RUBIO MP, AMESCUA-ALCAZAR L, GIL-GABARRÓN MS, ARRANZ-ANDRÉS E.

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCON. MADRID.

**OBJETIVOS:**

- 1.Comprobar que el paciente está informado y preparado para realizar el test de aliento(TAU)
- 2.Identificar los motivos por los que no viene preparado
- 3.Asegurar la correcta realización de la técnica para mejorar la calidad de la atención de enfermería

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Pasamos una encuesta de 7 preguntas (3 con datos demográficos, 2 información del paciente, diagnósticos anteriores y tratamiento, 2 sobre información y correcta preparación para realizar TAU). Se realizó del 16 Febrero al 16 Abril de 2012, por enfermería previa autorización verbal e individualizada de los pacientes citados para TAU. Incluimos a los pacientes a los que se realizó la encuesta y la enfermera explicó la técnica. Protocolo de TAU: ayunas, no fumar, suspender IBP y ATB. Recogimos los datos en una base Excell, realizando un análisis porcentual.Para mejorar la calidad del servicio, citamos in situ a los pacientes que no cumplían protocolo, evitándole la lista de espera y de admisión.

**RESULTADOS:**

Se incluyeron 131 pacientes. Mujeres: 57,3%.12 - 65 años(a): 73,3%. Nivel de estudios(NE):sin estudios(SE): 19,1%; estudios primarios(EP): 1,1%; estudios superiores(ES): 29,8%. Pacientes preparados(PP): 77%(102); no preparados(NP): 23%. Los PP: recibieron información médica(PI) 93.1%(95) y no recibieron información(PNI)6.9%.Los NP: recibieron información 41.3%(12)y no la recibieron el 58.7%. De los NP no cumplían un requisito para realizar TAU el 76,7%(No ayunas:3.3%, ATB:23.4%, IBP:50%).Relación entre PP y NP según: Edad: 12ª: 85.7%PP vs 14.3%NP; 12-65a: 80.2%PP vs 19.8%NP; 65a: 64.3%PP vs 35.7%NP. Sexo: mujeres:77.3%PP vs 22.7%NP; hombres:76.8%PP vs 23.2%NP. NE: SE: 64%PP vs 36%NP; EP: 74.6%PP vs 25.4%NP; ES: 89.7%PP vs 10.3%NP. Relación entre PI y PNI por: Edad:12a 85.7%PI vs 14.3%PNI; 12-65a 80.3%PI vs 19.7%PNI; 65a 67.9%PI vs 32.1%PNI. Sexo:mujeres: 82.7%PI vs 17.3%PNI; hombres: 76.8%PI vs 23.2%PNI. NE: SN: 68%PI vs 32%PNI; EP: 80.6%PI vs 19.4%PNI; ES: 87.2%PI vs 12.8%PNI. Relación PI según PP o NP con: Edad:12a: 85.7%PP vs 14.3%NP; 12-65a:90.9%PP vs 9.1%NP; 65a: 66.7%PP vs 33.3%NP. Sexo:mujeres 85.8%PP vs 14.2%NP; hombres 83.3%PP vs 16.7%NP. NE: SE:71.4%PP vs 28.6%NP; EP: 85.2%PP vs 14.8%NP; ES:91.7%PP vs 8.3%NP. Realizaron bien TAU: 99.2%(130.El 89.3%(117) soplaron correctamente la 1ª bolsa.Un 97%(127) lo hicieron en la 2ªbolsa. No obtuvo resultado 0.8%(1), paciente con traqueostomía.

**DISCUSIÓN:**

La mayoría de los pacientes vienen correctamente preparados para la realizar el TAU. Es fundamental informar sobre el protocolo de preparación en la consulta médica. El motivo más frecuente de mala preparación son los IBP. Los pacientes más susceptibles de venir mal preparados son los que no tienen estudios y los mayores 65 años. El papel de enfermería es fundamental para realizar correctamente el TAU: explicando la técnica, detectando errores en la preparación y asegurando así un diagnóstico correcto. Disminuyendo además las molestias ocasionadas al paciente mediante la cita in situ cuando no vienen preparados.

**CB - 192.- IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO CLÍNICO EN EL CIRCUITO TRANSFUSIONAL.**

MUÑOZ-MELLA MA, SIMIELE-NARVARTE A, CABIRTA-CARAMES P, ROMAN-VILA A, ALBORS-FERREIRO M, PEDROSA-SILVA A.

HOSPITAL POVISA. VIGO.

**OBJETIVOS:**

Efectividad: Incrementar la seguridad transfusional asegurando la trazabilidad integral del proceso, estableciendo barreras de seguridad y un sistema de alerta rápido y efectivo. Detección en tiempo real de incidentes relacionados y declaración de los mismos.

Eficiencia: Optimizar los tiempos de todos los profesionales implicados, desde la solicitud informatizada de hemoderivados, hasta las verificaciones pre, intra y post transfusión. Mejorar los tiempos de respuesta con menor tiempo de espera para el paciente. Incrementar la adecuación de la necesidad de transfusión.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El médico realiza una prescripción de transfusión (desde la e- historia) de manera automatizada. La enfermera recibe la orden y procede a la toma de la muestra tras identificación inequívoca a pie de cama. La prescripción recibe automáticamente en el servicio de Transfusión en el momento en que el médico la realiza. No hay transcripción de ningún tipo. Desde el servicio petionario, se visualizan las unidades reservadas para el paciente (eliminando de esta manera la notificación telefónica). Se realiza un doble "check list" en el momento de dispensar la unidad con lectura de código de barras. Antes de la transfusión se identifica inequívocamente al paciente/receptor (lectura de la pulsera), se identifica la unidad del hemoderivado, realizando doble chequeo bolsa/ paciente a través del lector. Los datos de identificación se vuelcan en el sistema y ante una incongruencia el proceso se paraliza. Durante la transfusión la enfermera dispone de la información de los tiempos de transfusión a tiempo real. Ante una incongruencia, el proceso se paraliza. Ante sospecha de reacción transfusional el médico activa la notificación y automáticamente se generan los perfiles de estudio. El servicio de transfusión tiene conocimiento en tiempo real de cualquier evento adverso. Finalizado el estudio, el hematólogo realiza un informe final del evento que queda reflejado en la e- clínica del paciente. Recepción de la unidad del hemoderivado transfundido en el servicio de transfusión, comprobación del estado y cierre informático del proceso.

**RESULTADOS:**

Desde la solicitud hasta la transfusión existe un número de seguridad transfusional que se integra en la e-Historia

El servicio de transfusión conoce a tiempo real la solicitud del facultativo mejorando la valoración de la adecuación transfusional

Doble check list en la entrega de hemoderivados

Reducción del 50% del tiempo global desde la solicitud al cierre del proceso (aproximadamente 5% médico prescriptor; 50% TEL; 30% Enfermería; 20% Hematólogo).

Mejora en los tiempos de respuesta con menor tiempo de espera para el paciente.

Incremento de la adecuación sobre la necesidad transfusional.

**DISCUSIÓN:**

Estamos en condiciones de afirmar que la metodología implementada obliga a realizar el proceso de forma correcta y sistemática. Hay mejoras objetivables en la efectividad, la eficiencia y en el aprendizaje de los errores.

**CB - 193.- HIPOTERMIA TERAPÉUTICA INTRAHOSPITALARIA.**

CAMÓS-ENJARQUE M.

HOSPITAL DE TORREJON. MADRID.

**OBJETIVOS:**

- Enseñar y promover la importancia de la Hipotermia terapéutica tras la Parada cardiorespiratoria (PCR).
- Implantar el protocolo de manejo intrahospitalario de la HT en el hospital de Torrejón en coordinación con el SUMMA 112 y los distintos en hospitales de la Comunidad de Madrid.
- Establecer una guía de actuación para los cuidados post- reanimación desde el primer momento, independientemente de la unidad en la que ocurra.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Para llegar a éstos objetivos se explicarán los protocolos y las guías expuestas en el poster mediante sesiones en las distintas unidades del hospital.

Tanto los protocolos, las guías como las sesiones, se llevarán a cabo de manera multidisciplinar con la coordinación de enfermeros y médicos de las unidades de Urgencias y UCI.

**RESULTADOS:**

El resultado es un protocolo y una guía de práctica clínica sencilla, detallada y de fácil implantación, dónde se especifica todo lo necesario para el inicio, mantenimiento y cuidados necesarios antes, durante y después de iniciar la HT.

**DISCUSIÓN:**

Teniendo en cuenta las nuevas guías de resucitación cardiopulmonar y los estudios recientes en éste ámbito, en los que se da una importancia cada vez mayor a la protección neuronal y siendo conocedores de la escasa difusión que tiene éste procedimiento entre el personal sanitario, creemos conveniente la creación y difusión de estas guías de práctica clínica y de éstos protocolos.

**CB - 194.- ¿MEJORA LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES TRAS AL CIRUGÍA DE LA FISTULA ANAL?.**

PELLICER-FRANCO E, SORIA-ALEDO V, CARRILLO-ALCARAZ A, GUILLEN-PAREDES MP, GARCIA-MARIN JA, AGUAYO-ALBASINI JL.

HOSPITAL JM MORALES MESEGUER. MURCIA.

**OBJETIVOS:**

Analizar la calidad de vida de los pacientes con fistula anal antes y después de la intervención quirúrgica y los factores relacionados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

estudio descriptivo prospectivo longitudinal. Se recogieron de forma consecutiva a todos los pacientes intervenidos de fistula en nuestro hospital entre Enero 2009 y Junio 2010 y sus características (edad, sexo, estado civil, índice de Charlson, nivel de estudios, fistula anal simple/compleja) y se realizaron dos cuestionarios (el SF-12v2 –cuestionario de calidad de vida general- con dos escalas: física y mental; y el GIQLI –cuestionario de calidad de vida específico de patología digestiva) en tres momentos diferentes: antes de la cirugía, al mes y a los 6 meses de la intervención. Se analizó estadísticamente las variaciones en la calidad de vida medida con los cuestionarios en los tres momentos y los resultados obtenidos (mejoría, empeoramiento e igual situación) con respecto al resto de variables.

**RESULTADOS:**

Se incluyeron a 40 pacientes (33 varones), con edad media de  $45 \pm 15$  años, y Charlson medio de  $0.7 \pm 0.9$ . Al comparar los resultados de los cuestionarios antes de la intervención y a los 6 meses, no se encontraron diferencias significativas para el GIQLI, pero sí para el SF-12v2, es decir, no hay diferencias en cuanto a la calidad de vida relacionada con patología digestiva antes y después de la operación, pero sí la hay para la calidad de vida general. En la comparación entre los resultados de los test con el resto de variables estudiadas encontramos que el único factor que se asocia a una mejoría de la calidad de vida con el cuestionario GIQLI es el tener una pareja estable. La comparación entre los diferentes índices de calidad de vida y el tipo de fistula (simple o compleja) muestra que en la escala mental SF12v2 tanto en el preoperatorio como a los 6 meses muestra mayor puntuación en los pacientes con fistula simple; de forma similar, estos pacientes también muestra mayor puntuación de forma significativa en el cuestionario GIQLI en el preoperatorio y al mes de la intervención, sin mostrar diferencias a los 6 meses.

**DISCUSIÓN:**

la intervención quirúrgica de fístula anal no mejora la calidad de vida específica de patología digestiva, mejorando únicamente la escala mental de dichos pacientes con la operación. La mejoría de la calidad de vida es independiente de todos los factores estudiados salvo tener pareja estable.

**CB - 195.- EL FORMATO ELECTRÓNICO: ¿MEJORA LOS RESULTADOS DE CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO DE VALORACION Y ACOGIDA DE ENFERMERÍA?.**

RODRIGUEZ-SADURNÍ J, SABATER-RAGA RM, TUSQUELLAS-OTO C, TOLOSA-MUÑOZ C, ALOY-DUCH A, NAVINES-VERA T.

HOSPITAL GENERAL GRANOLLERS. GRANOLLERS (BARCELONA). GRANOLLERS (BARCELONA).

**OBJETIVOS:**

Presentar los resultados obtenidos de un estudio comparativo, sobre el cumplimiento del registro de valoración y acogida de enfermería al ingreso del paciente en las unidades de hospitalización, pre/post implantación de dicho registro en formato electrónico, con la finalidad de mejorar tanto la cumplimentación teórica del mismo, como la realización de la actividad de valoración real enfermera.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En octubre del 2011 siguiendo con la implantación de la historia clínica electrónica, se incorporó la hoja de valoración y acogida de enfermería al ingreso, pasando del registro en papel al electrónico. Las mejoras aportadas con el nuevo formato fueron: 1º algunas variables clave se seleccionaron como de obligado cumplimiento; y, 2º se incorporaron nuevas variables necesarias para una correcta valoración no existentes en el registro papel. Dado que el cumplimiento de este registro formaba parte de los indicadores de seguridad evaluados periódicamente en nuestro hospital, comparamos los periodos de abril-2011 (registros en papel) con los de abril 2012 (registro electrónico). Las variables clave evaluadas se detallan en los resultados.

**RESULTADOS:**

En abril-2011 y abril-2012 se evaluaron, respectivamente, 202 registros (100% cumplimentados) y 232 (80% cumplimentados, con 184 válidos). Distinguimos 2 tipos de variables de cumplimiento: 1º Las comparables en ambos registros 2011/2012: a) las significativamente positivas ( $P<0,01$ ) y con una mejora global media 10%, como la identificación de la hoja de registro (del 91%/100%), el teléfono familiar (78%/93%), las alergias (97%/100%), la escala EMINA (94%/100%), el día/hora del ingreso (78%/99%) y, b) las negativas, como la identificación completa de la enfermera responsable (86% al 29%). 2º Sobre la cumplimentación de las variables de nueva incorporación en el nuevo formato destacamos: la colocación de la pulsera identificativa (85%); la entrega de la guía/hospitalización (70%); el test de deglución (58%); y, la escala de riesgo de caídas (100%). Paralelamente, se realizaron estudios de prevalencia para confirmar la validez de algunas variables, como por ejemplo, la colocación de la pulsera identificativa: 85% de registros cumplimentados (teóricos), respecto al 87% de los pacientes observados bien identificados (real).

**DISCUSIÓN:**

Hemos evidenciado una mejora de los resultados en la cumplimentación de los registros electrónicos, si bien éstos pueden alcanzar niveles superiores modificando las respuestas posibles de algunas variables, y aumentando el número de variables de obligado cumplimiento. Con este estudio hemos pretendido evaluar la cumplimentación de los registros y no la realidad de la actividad asistencial de enfermería en la adecuada recogida de datos, hecho que no implica que esta actividad se haga erróneamente sino asegurar, a modo de recordatorio mediante el cumplimiento, aquellos procedimientos que enfermería ha de realizar al valorar y acoger al paciente.

**CB - 196.- ¿SE ASOCIA EL SÍNDROME DE BURNOUT A LA PERCEPCIÓN DE RENDIMIENTO LABORAL?.**

RÍOS-RISQUEZ MI, ABELLANEDA-ABELLANEDA A, LOPEZ-JIMENEZ C, SABUCO-TEBAR V, SABUCO-TEBAR E.

HOSPITAL JOSE MARIA MORALES MESEGUER. MURCIA.

**OBJETIVOS:**

1. Determinar el grado de rendimiento laboral percibido en la muestra de profesionales sanitarios estudiada.
2. Analizar la relación entre las dimensiones que configuran el síndrome de Burnout y la percepción de rendimiento laboral estimado.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

La población objeto de estudio fue el personal sanitario en activo del área de Reanimación de un hospital de la región de Murcia con una permanencia mínima de seis meses en dicho servicio. Muestra de conveniencia (N= 42). Se emplearon dos instrumentos de evaluación: el cuestionario validado para medir el síndrome de Burnout: el MBI-GS (Schaufeli et al., 1996), y una encuesta de variables socio-aborales que incluyó una pregunta referida a la percepción de rendimiento laboral siguiendo una escala Likert de 6 puntos, y que fue diseñada ad-hoc para el presente estudio. Análisis estadístico mediante SPSS-15.

**RESULTADOS:**

La tasa de participación fue del 91,30%. Las puntuaciones medias obtenidas para las dimensiones del síndrome de Burnout fueron las siguientes:  $1,82 \pm 1,13$  para el Cansancio emocional,  $1,69 \pm 2,13$  para la Despersonalización y  $4,30 \pm 1,01$  para la eficacia profesional. El mayor porcentaje de los profesionales refirió tener un rendimiento laboral bueno (42,9%, n=18) o muy bueno (40,5%; n=17), mientras que tan sólo un 4,8% (n=2) refirió tener un rendimiento malo o muy malo. La percepción de rendimiento laboral se asoció de forma significativa con la dimensión de cansancio emocional ( $r=-0,336$ ;  $p0.05$ ) y con la dimensión de eficacia profesional ( $r=0,385$ ;  $p0.05$ ).

**DISCUSIÓN:**

Este estudio reflejó unas puntuaciones moderadas en las dimensiones del síndrome de Burnout, mientras que la percepción de rendimiento laboral fue óptimo en la mayor parte de la muestra estudiada. La percepción de un nivel más bajo de rendimiento laboral se asoció a un mayor proceso de desgaste profesional, y más concretamente, a mayores niveles de cansancio emocional y niveles más bajos de eficacia profesional en la muestra de profesionales analizados.

**CB - 197.- PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (SQT) EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN.**

LOPEZ-JIMENEZ C, SABUCO-TEBAR E, RÍOS-RISQUEZ MI, ABELLANEDA-ABELLANEDA A, SABUCO-TEBAR V.

HOSPITAL JOSE MARIA MORALES MESEGUER. MURCIA.

**OBJETIVOS:**

1. Estimar la prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo en la muestra analizada;
2. Analizar la relación entre el SQT y el perfil sociodemográfico y laboral de la muestra.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

La población objeto de estudio fue el personal sanitario en activo del área de Reanimación de un hospital de la región de Murcia con una permanencia mínima de seis meses en dicho servicio. Muestra de conveniencia (N= 42). Instrumentos de evaluación: se emplearon dos instrumentos: una encuesta de variables sociodemográficas y laborales, así como el cuestionario validado para medir el SQT: el MBI-GS (Schaufeli et al., 1996). Análisis estadístico mediante SPSS-15.

**RESULTADOS:**

Se obtuvo una tasa de participación global del 91,30% de la población objeto de estudio. Un 14,3% (n=6) de los profesionales registró niveles altos de cansancio emocional, un 23,8% (n=10) experimentó niveles altos de despersonalización y un 28,6% (n=12) mostró un nivel bajo de eficacia profesional. Un 11,90% (n=5) cumplió criterios clínicos de estar quemado por el trabajo, siendo el personal facultativo la categoría profesional que registró una mayor prevalencia (26,67%; n= 4). Las actitudes de despersonalización se mostraron asociadas al género, mostrando las mujeres mayores puntuaciones que los hombres (p0.05). El resto de variables sociodemográficas y laborales no registraron asociaciones significativas con las dimensiones que configuran el SQT.

**DISCUSIÓN:**

Este estudio refleja una prevalencia moderada del SQT en el servicio de Reanimación del centro analizado, siendo el personal facultativo el más afectado por este cuadro de desgaste profesional. Destaca que un importante porcentaje de la muestra ha referido bajos niveles de eficacia profesional. Estos resultados resultan relevantes con el objeto de establecer medidas de prevención y tratamiento que permitan mejorar la calidad de vida laboral de los profesionales y, consecuentemente, la calidad de servicio ofrecido en este área asistencial.

**CB - 198.- CÓMO ELABORAR LA MISIÓN UTILIZANDO EL PENSAMIENTO CREATIVO Y LOS MAPAS MENTALES.**

VALENCIANO-GONZÁLEZ A, LÓPEZ-ORTIZ M, MARTÍNEZ-MAGUNACELAYA J, VILLALABEITIA-JIMÉNEZ I.

RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

La creatividad es un elemento clave para la Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB) ya que se encuentra en un momento de cambio organizativo y estratégico, donde idear nuevas soluciones es imprescindible para alcanzar su visión de futuro. La Subdirección de Innovación y Sistemas (SIS) fomenta el uso de la creatividad a través de la incorporación y el uso de herramientas y metodologías creativas. Por tanto, este proyecto plantea un doble objetivo: (1) definir la misión del área de calidad e innovación utilizando los mapas mentales (MM) y (2) "predicar con el ejemplo" realizando una demostración práctica de pensamiento creativo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Las tres técnicas de organización y la subdirectora de la SIS recibieron formación en innovación, creatividad y MM (22 horas). Se estableció un calendario de trabajo de tres reuniones de dos horas de duración. Se trabajó con la metodología de Tony Buzan, primero sobre un gran papel y rotuladores de colores y finalmente con una aplicación informática. El mapa mental (MM) es una forma de estructurar, organizar y generar ideas por medio de la asociación y el pensamiento creativo, a través de una representación gráfica de forma fácil, espontánea y creativa. En las dos primeras fases (estallido y 1ª reconstrucción) se elaboró un primer borrador rápido. Tras un breve periodo de incubación (3ª fase) se revisó y reestructuró de manera más exhaustiva (4ª fase). En la 5ª y última fase se dibujó el MM definitivo.

**RESULTADOS:**

Gracias a las sesiones de trabajo se clarificó y alcanzó un enfoque compartido del papel que el Área de Calidad e Innovación cumple dentro de una nueva organización integrada. Las funciones del área quedan representadas en un esquema radial de colores, con palabras clave e ideas asociadas, así como imágenes que facilitan la comprensión y memorización de los contenidos. El MM ha dado como resultado una tarjeta de presentación diferente, original y atractiva.

**DISCUSIÓN:**

Los MM son una herramienta que estimula el pensamiento creativo. A nivel grupal, generan un ambiente de trabajo distendido y divertido, fomentando la capacidad colaborativa y el apoyo entre los participantes, siempre que se venzan las barreras que obstruyen la creatividad: rigidez de pensamiento, crítica precoz, miedo al qué dirán y a expresar ideas y pensamientos propios por considerarlos poco importantes o inadecuados, etc. El MM ha resultado ser una alternativa más eficaz respecto a otros métodos más tradicionales para definir la misión de un equipo, proceso u organización, debido a que, desde el principio, se destacan todos los elementos importantes y se van desarrollando según van surgiendo de la mente de los participantes, sin limitaciones lineales de redacción, dando mayor importancia al contenido y no a su redacción y ofreciendo, en todo momento, una visión global del tema.

## **Sesión de Comunicaciones Orales Breves.**

**Sala BT2.**

**Miércoles, 7 de noviembre / 16:00 h. – 18:00 h.**

**Accesibilidad y Equidad / Atención al Cliente  
/ Sociosanitario.**

**CB – 199 / CB – 225**

**CB - 199.- TARGETA SANITARIA CUIDA'M (CUIDAME) PARA PERSONAS ESPECIALMENTE VULNERABLES QUE NECESITAN UNA ATENCIÓN DIFERENCIADA.**

AGUILERA-TERRADO R, RABADA-ARNAU T.  
SERVICIO CATALAN DE LA SALUD.

**OBJETIVOS:**

La tarjeta sanitaria individual "Cuida'm" (cuidame), identifica aquellas personas que por sus características clínicas especiales necesitan un conjunto de actuaciones diferenciales en su relación con los profesionales y los servicios sanitarios.

Los objetivos de la tarjeta son: facilitar la relación de los profesionales con estas personas, y asegurar una comunicación más fluida y precisa con ellas y sus familiares o cuidadores; facilitar que éstos puedan acompañar a estas personas a las visitas, la atención urgente, las pruebas diagnósticas y los traslados en ambulancia; facilitar que puedan seguir de manera correcta las indicaciones y los tratamientos prescritos por los profesionales; mejorar la atención con un trato más adecuado a las necesidades especiales que requieren estas personas, evitando demoras en las salas de espera, flexibilizando el tiempo de consulta, facilitar la atención domiciliaria.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Los colectivos de personas que se podrían identificar como asegurados del Servicio Catalán de la Salut con la tarjeta "Cuida'm" serían personas con las patologías y diagnósticos siguientes:

Demencias, con un grado de afectación cognitivo moderado, GRD a partir de 4.

Discapacidades intelectuales graves y profundas

Discapacidades intelectuales leves o moderadas con trastornos de conducta

Trastornos del espectro autista

Daños cerebrales.

**RESULTADOS:**

La tarjeta se facilitará a personas de cualquier edad con uno de estos diagnósticos o patologías: demencia Alzheimer, Parkinson, trastornos del espectro autista, retraso mental o daño cerebral, o si presentan problemas de lenguaje y comunicación, alteraciones derivadas de desordenes conductuales, depresiones o ansiedad, incontinencia y también si necesitan acompañamiento de un cuidador en las visitas.

La tarjeta la solicita, en las patologías de demencias, el profesional de los Centros de Atención Primaria o donde se realiza el diagnóstico; para el resto de patologías, las solicitudes se realizan en los Centros de Salut Mental, bien a iniciativa propia si el médico considera que la persona la necesita, o a petición de la persona asegurada o su representante.

La solicitud se realiza en el impreso correspondiente que incluye la valoración del facultativo, detallando el diagnóstico y alteraciones que justifican la petición, además de los comentarios adicionales que la argumenten.

El Consejo Asesor de los Planes Directores Sociosanitario y de Salut Mental es el responsable de aceptar o denegar las solicitudes. Si se autoriza, la persona recibe la nueva tarjeta sanitaria "Cuida'm" en su domicilio, la cual sustituirá a la anterior.

**DISCUSIÓN:**

Durante el mes de junio del 2012 se iniciará una prueba piloto en diferentes territorios de Catalunya, la prueba será evaluada a final de año, si los resultados de esta prueba resultan positivos se procederá a implantar la targeta en la totalidad de Catalunya.

**CB - 200.- ¿CÓMO ESTUDIAR LA MORTALIDAD HOSPITALARIA EN UNA COMISIÓN DE MORTALIDAD?.**

MORENO-MOLINA JA, BALLESTER-ROCA M, ROCA-ANTONIO J.

HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL. BADALONA (BARCELONA).

**OBJETIVOS:**

Diseñar un procedimiento de trabajo en la Comisión de mortalidad de un hospital de agudos de nivel terciario y docente, tanto para estudiar los indicadores de mortalidad del centro, como para detectar la mortalidad relacionada con la asistencia y, dentro de ella, la evitable.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Para el estudio de los indicadores de mortalidad:

Revisión de los indicadores disponibles con los sistemas de información: CMBD, sistema de información propio del hospital (SAP Asistencial), IAMETRICS®.

Selección de indicadores para ser monitorizados, con los siguientes criterios: comprensibles para los clínicos y útiles para la comparación temporal y externa con centros de características similares.

Recopilación de todos los indicadores y presentación en un formato mixto de tablas y gráficos en un entorno web (intranet), accesibles para todos los miembros de la Comisión de mortalidad.

Formación de los miembros de la Comisión para la comprensión y el manejo de los indicadores.

Validación a través de diversas reuniones de la Comisión.

Para el estudio de la mortalidad relacionada con la asistencia:

Diseño (a partir del estudio de la bibliografía sobre el tema, así como de la información disponible en el hospital) y consenso sobre el procedimiento a seguir para el estudio de la mortalidad relacionada con la asistencia.

Cribaje de los casos de exitus del hospital en función de diversos criterios: muertes en urgencias, muertes a las 48h. después de un procedimiento quirúrgico o intervencionista, muertes intraparto y perinatales, muertes en reingresos urgentes antes de 30 días después de un ingreso, muertes en pacientes menores de 40 años, muertes en GRDs de bajo riesgo.

Revisión de las historias clínicas de los casos seleccionados, rellenando una Ficha de estudio de la mortalidad.

Estudio mediante la técnica del análisis de la causa raíz (ACR) de aquellos casos en que se sospeche relación causal o contributiva con la asistencia.

Presentación de los resultados del ACR en la Comisión de mortalidad y discusión sobre la evitabilidad de los exitus.

**RESULTADOS:**

Se obtuvo un cuadro de indicadores de la mortalidad en el centro, que se utiliza para detectar tendencias anómalas, tanto en la comparación externa como temporal, lo cual permite priorizar el análisis en profundidad de posibles problemas de calidad asistencial del hospital.

Durante el 2011 se realizó un cribaje de los casos de exitus del hospital (1174) según los criterios expuestos, obteniendo 203 casos. Los miembros de la Comisión de mortalidad los estudiaron y en 14 se determinó posible relación con la asistencia. Se realizó un análisis de la causa raíz de 4 casos. Los resultados y las conclusiones de los ACR están en fase de evaluación por parte de la Comisión de mortalidad.

**DISCUSIÓN:**

Se ha conseguido un procedimiento de estudio sistemático y estructurado de la mortalidad hospitalaria, dinamizando el funcionamiento de la Comisión de mortalidad y contribuyendo a detectar posibles problemas de calidad asistencial en el hospital.

**CB - 201.- CONTROL DE LOS PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL, QUE ACUDEN A UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.**

PUERTAS-ERAUSO P, CID-JIMÉNEZ I, DEL RÍO-AISA JL, AMOROS-GARCÍA R, MOZOTA-DUARTE J, CONDÓN-ABANTO AI.

HCU LOZANO BLESA. ZARAGOZA.

**OBJETIVOS:**

Identificar las características clínicas así como, el manejo de los pacientes con tratamiento anticoagulante oral (TAO) que acuden a Urgencias Hospitalarias.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con TAO asistidos en un Servicio de Urgencias hospitalario en el periodo que abarca desde el 1/12/2010 al 30/11/2011.

Se seleccionó de forma aleatoria una muestra de 752 pacientes con TAO de 18.790 estudios de coagulación solicitados durante este periodo.

Se recogieron las variables epidemiológicas, clínicas, instrucciones al alta, destino y valor de INR.

Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS.

**RESULTADOS:**

Del total de los pacientes estudiados un 34.4% se encontraban en rango y 65.6% fuera, de los que 65.6% de los pacientes estaban supratratados y 34.4% infratratados.

Por grupos, (estudiando a los que se encontraban fuera de rango):

- En el grupo de los pacientes infratratados, 42.6% eran hombres, por edades 11.9% de 65 años, 22.8% entre 65-75 años, 43.6% de 75-85 años y el 19.8% >85 años. Los motivos más frecuentes de consulta fueron signos/síntomas de trombosis en un 30% de los casos, de los que la sospecha fue certera en un 65.3% de los casos. Se les dio instrucciones en relación a su TAO al 67.3%, al alta del servicio de urgencias. Fueron dados de alta un 50.5%, de los cuales volvieron a los 30 días el 16.8%. De los que un 2.7% volvió consultando por signos/síntomas de trombosis y se confirmó en el 36% de los casos. El 44.2% fue ingresado en planta, de los que el 95.4% salió en rango del hospital.

- En relación a los pacientes supratratados, 55.8% eran hombres, por grupos de edad, el 11.6% de 65 años, el 14.5% de 65-75 años, el 54% de 75-85 años y el 16.3% >85 años. Los motivos de consulta signos/síntomas de sangrado en 30.5%, de los cuáles, un 26.4% presentó complicaciones hemorrágicas, dentro de estos pacientes se objetivó hemorragia leve (HL) en un 67.62%, en un 25.64% hemorragia moderada (HM) y hemorragia grave (HG) en un 6.8%. En un 10.5% el motivo de consulta fue relacionado con el TAO. Se les dieron instrucciones en relación al TAO al 82% de los pacientes. Fueron dados de alta el 42.4%, de los que ingresaron por el mismo motivo el 17.7%, de los que a un 7.2% no se les había entregado instrucciones alta en relación a su TAO.

**DISCUSIÓN:**

Tras el análisis estadístico podemos concluir que; el sexo no está relacionado con el rango en global, sin embargo por grupos sí. Las mujeres suelen estar por debajo de rango más que los hombres y los hombres más por encima de rango que las mujeres.

A mayor edad mayor probabilidad de desajuste.

Más de la mitad de los pacientes fuera de rango precisan ingreso hospitalario.

Merece ser destacado que, un porcentaje muy significativo de los pacientes no reciben instrucción de su TAO al alta y que muchos de ellos vuelven con complicaciones relacionadas con este desajuste, lo cual indica un defecto en la seguridad del paciente.

**CB - 202.- GRADO DE SATISFACCIÓN CON LOS NUEVOS ROLES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO.**

CIDONCHA-MORENO MA, CHUECA-AJURIA A, GONZALEZ-LLINARES RM, PEÑA-GONZALEZ ML, SANCHEZ-MARTIN I.

**OBJETIVOS:**

Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes y cuidadores con los nuevos roles de enfermería en la atención al paciente crónico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- Diseño descriptivo transversal a 530 pacientes y a 486 cuidadores en las 8 experiencias pilotadas.
- Se utiliza el cuestionario de satisfacción de pacientes que recoge variables relacionadas con la escucha, comprensión, explicación de problemas de salud y fomento de la intimidad y un cuestionario con dos preguntas para los cuidadores recogiendo su opinión respecto a los servicios recibidos y participación en los cuidados en el domicilio.
- Análisis a través de porcentajes.

**RESULTADOS:**

1. PACIENTES: El 60,56% de los pacientes entrevistados son hombres. El 63,77% son mayores o iguales a 76 años. El 93,3% refieren que siempre se sienten escuchado y comprendidos por su enfermera cuando le explica sus problemas de salud y las dificultades que le causa. El 81,3% siempre entiende a su enfermera cuando le explica las cosas. El 93,5% dice que las enfermeras siempre se preocupan por contactar con el si no pueden acudir o se van a retrasar. El 87,5% piensa que las enfermeras le enseñan a cuidarse por sí mismo/a. El 94,8% indica que su enfermera siempre le atiende con la suficiente intimidad, de manera reservada. El 98,4% refiere que siempre las enfermeras se preocupan de su comodidad mientras le están tratando o cuidando.
2. CUIDADORES: El 78,9% refiere que siempre los servicios que recibe por parte de las enfermeras del pilotaje le ayudan a hacer mejor su función de cuidador/a. El 84,5% refieren que siempre han podido participar y decidir en cómo organizar los cuidados en el domicilio.

**DISCUSIÓN:**

Las encuestas de satisfacción de pacientes incluidos en el pilotaje de los Nuevos Roles de Enfermería, indican que hay una alta percepción de la atención prestada por las enfermeras.

El despliegue de las nuevas figuras impactará positivamente en la atención a pacientes pluri-patológicos y en sus cuidadores.

Consecuentemente, este despliegue generará cambios en la organización de la asistencia, que deberá adaptarse a las nuevas demandas que conlleva la cronicidad, y que se objetivará en una atención adaptada a las necesidades de los pacientes, con el seguimiento de los problemas de salud que requiera su situación, y que debe traducirse en términos de mejora de la calidad de atención prestada

Competencias avanzadas de Enfermería, Enfermera de casos; Cronicidad, atención a Pluri-patológicos.

**CB - 203.- ¿CÓMO INFLUYE LA AGRUPACIÓN DE LOS PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA EN LA DEMANDA DE ATENCIÓN URGENTE?.**

ÁLVAREZ-GARCÍA A, MOLEJÓN-IGLESIAS A, SAMA-ALBA A, FRANCO-VIDAL A, FERNÁNDEZ-GUTIÉRREZ B, GONZÁLEZ-FOUCES I.

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. GIJÓN.

**OBJETIVOS:**

La Atención Continuada y Urgente desempeña un papel fundamental dentro del sistema sanitario con una gran accesibilidad, si bien su organización es diversa entre comunidades autónomas así como en nuestra comunidad autónoma o incluso en nuestro área sanitaria. En el año 2010 se produjo una reorganización de los Puntos de Atención Continuada (PAC) que condicionó una disminución del número de pacientes atendidos. Objetivos:

Conocer cómo ha influido esta reorganización en la atención a los pacientes (características sociodemográficas, niveles de urgencia, motivos de consulta, características de la atención).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo pre-post experimento natural. Población: pacientes atendidos por medicina en los centros de Gijón durante los fines de semana y festivos en horario de 10 a 20 horas. Variables: Resultados: Nivel de triaje, Motivo de consulta, Derivación al hospital, tratamiento farmacológico; Independiente: Año de atención; Control: Edad, Sexo, Centro de Atención, Día y hora de atención, Registro de constantes. Se utilizaron técnicas estadísticas según el tipo de variable estableciendo el nivel de precisión en 0,05.

**RESULTADOS:**

Características de la población atendida: edad media: 39.7 años (IC95%: 36,21-43,14) mujeres: 53,3% (IC95% 46,35 - 60,25). Horario principalmente matutino: 62%. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las características de la población en función del año de atención si bien en el 2011 la edad media era mayor (36.25 años vs 42.84). Características de atención: Niveles de triaje: Naranja (8.72%) Amarillo (16.41%) Verde (71.28%) y azul (3.59%) Motivos de consulta: patología respiratoria (34.9%) y del aparato locomotor (12.8%); derivados a un centro hospitalario: 8.2%. En relación con la diferencia entre años si bien no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el año 2011 hubo casos menos prioritarios (80.4% vs 69.4%), no encontrándose diferencias en cuanto a los motivos de consulta, la derivación al hospital o tratamiento farmacológico. Sí se observó un aumento del registro de constantes en el año 2011 (15.6% vs 35.7%;  $p=0.002$ ). y una mayor tendencia a que los pacientes fueran de zonas más cercanas al centro de cabecera de atención en el 2011 (45.1% vs 58.2%  $p=0.057$ ).

**DISCUSIÓN:**

Las características sociodemográficas de nuestra población son similares a las de la literatura, no existiendo diferencias en las características según el año salvo en la edad (no estadísticamente significativo). Tras la agrupación de los PAC parece haber una tendencia de disminución de casos menos graves y más lejanos, por lo que al menos en nuestra muestra, la medida de reagrupación de los puntos de atención continuada no podemos demostrar que haya supuesto una limitación de acceso para aquellos pacientes que precisan una atención más inmediata.

**CB - 204.- UNIDAD DE FISIOTERAPIA EN C.S.GOYA: UN RETO DE MEJORA EN LA DERIVACION DE USUARIOS.**

CARVAJAL-DE ARRIBA A, VEGAS-BAZ MC, SANZ-MAROTO F, DE PRADA-MARTY A, GARCIA-MERINO E, LEAL-DE PEDRO E.

C.S. GOYA. MADRID.

**OBJETIVOS:**

GENERAL: Mejorar la calidad asistencial en la Unidad de Fisioterapia.

ESPECÍFICO: Disminuir un 95% el número de incidencias relacionadas con la derivación a usuarios a la Unidad de Fisioterapia C.S.Goya.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En el CS Goya decidimos abordar un proyecto de calidad y para ello hicimos una tormenta de ideas de la que salieron 12 áreas de mejora, procedimos a priorizarlas mediante votación múltiple y matriz de selección, y seleccionamos como problema a abordar el alto número de incidencias de derivación de pacientes a la unidad de fisioterapia.

Constituimos un equipo de mejora multidisciplinar formado por 1 médico, 1 enfermera, 1 auxiliar administrativo y 2 fisioterapeutas.

Este equipo cuantificó el problema monitorizando durante el mes de diciembre el nº de incidencias. Se definió incidencia como: cualquier paso erróneo en la derivación desde su orden clínica hasta su llegada a la consulta.

Se analizaron las causas de las incidencias mediante diagrama de Ishikawa. Destacaron datos informáticos incompletos y falta de formación-información a profesionales.

Se hizo un plan de acción con 10 acciones correctivas priorizadas mediante matriz y se pusieron en marcha según cronograma establecido: Diagrama de Gantt.

Se realiza seguimiento de resultados mediante Diagrama de Pareto, creando un indicador de monitorización (nº incidencias/mes) y gráfico de líneas.

**RESULTADOS:**

Las incidencias de derivación disminuyen paulativamente según se van poniendo en marcha las acciones correctivas. Alcanzamos el objetivo del plan de mejora en Marzo de 2012 y se mantiene en el tiempo hasta el momento actual.

SITUACION INICIAL: Total de incidencias en Diciembre de 2011: 610.

PROGRESION:

-MARZO'2012: 24.

-ABRIL'2012: 22.

-MAYO'2012: 28.

**DISCUSIÓN:**

La Unidad de Fisioterapia del C.S.Goya arrastra un problema de derivación y con motivo de la incorporación de nuevos profesionales por OPE-Traslados ha aumentado, esto repercute en el buen funcionamiento de la unidad, con el consiguiente malestar de profesionales y usuarios.

Los profesionales de las Unidades de Apoyo presentan dificultades para solucionar problemas de este tipo debido al elevado número de centros de salud y profesionales que realizan derivaciones a su unidad. Este problema provoca duplicidad de visitas por burocracias, retrasos, demoras, reclamaciones verbales y escritas, mala relación profesional-usuario, mermando con esto la calidad asistencial del servicio.

La disminución tan importante de incidencias tras la puesta en marcha del proyecto hace que los profesionales de la Unidad se sientan más integrados, los usuarios más satisfechos con el sistema y favorece una correcta relación profesional-usuario, mejorando con esto la calidad asistencial de la Unidad.

El plan de mejora ha precisado la implicación de muchos profesionales y ha proporcionado resultados muy satisfactorios que no se habían logrado durante años, por lo que concluimos en la necesidad de llevar a cabo este tipo de proyectos para lograr la excelencia de la atención.

**CB - 205.- CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA ¿ESTÁN NUESTROS PACIENTES SATISFECHOS?.**

JAREÑO-SANZ MJ, GARCIA-TRISTANTE D, GASCÓN-FERRET J, BURGOS-CASADO S, HURTADO-COLMENERO N, GIMÉNEZ-JORDAN L.

CASAP - CAN BOU. BARCELONA.

**OBJETIVOS:**

Con este estudio pretendemos evaluar la satisfacción de los usuarios respecto al servicio de cirugía menor ambulatoria (CMA).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Desde hace dos años disponemos de un servicio de CMA en nuestro centro de salud. El equipo lo constituyen dos médicos de familia, un pediatra, dos enfermeras y una auxiliar de enfermería. Una muestra significativa de pacientes, escogida de forma aleatoria entre enero 2011 y marzo de 2012, ha respondido un cuestionario de satisfacción elaborado por el propio equipo.

Se calculó un tamaño muestral de 164 encuestas para una precisión del 0,05 (IC 95%). El cuestionario contiene 11 preguntas cerradas de respuesta múltiple; recoge variables sociodemográficas, evalúa la satisfacción de la atención recibida, cuál fue el origen de la derivación, si se entregó el consentimiento informado y fue explicado de forma comprensible. También hace referencia al motivo por el que se recurrió a CMA, al tiempo de espera, a la satisfacción con el postoperatorio (resultado estético y el número de curas de enfermería que se precisaron) y si volverían a repetir el procedimiento de nuevo. El mismo cuestionario contiene una escala analógica del 1 al 10 para la valoración global del proceso. La entrevista fue realizada mediante contacto telefónico.

**RESULTADOS:**

De los 164 pacientes encuestados entre un 48% fueron mujeres con una edad media de 42,2 (DE 24) años. Un 98% se mostraron satisfechos con la atención recibida. En un 72% el origen de la derivación fue el médico de familia, y en un 11% la enfermera. El consentimiento informado fue facilitado en un 89% de los casos y la explicación recibida sobre el procedimiento fue comprensible en un 97% de los encuestados. La causa principal que motivó la cirugía fueron las molestias o dolor en un 51%, y en segundo lugar la estética con un 38,8%.

Un 91,5% de los pacientes valoró positivamente el tiempo de espera y un 96,3% de éstos se mostraron satisfechos con el post operatorio.

Los resultados estéticos del procedimiento han sido satisfactorios en un 94,5% de los pacientes entrevistados. Han sido necesarias una media de 1,8 curas en el centro de salud después de la cirugía. Un 96,4% de los pacientes volverían a repetir el procedimiento de nuevo si fuera necesario. La valoración final ha sido de 8,5 sobre 10.

**DISCUSIÓN:**

La realización de cirugía menor en atención primaria es una técnica muy bien aceptada por parte de los usuarios, percibido como un servicio seguro, rápido, accesible y con un alto grado de satisfacción.

**CB - 206.- ANÁLISIS DE ADHESIÓN A LA HIGIENE DE MANOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

LÓPEZ-GARCÍA ME, SOMOLINOS-HORCAJUELO S, CAMINO-REDONDO N, CIDONCHA-MARTIN L, REBOLLO-GÓMEZ P, GASCO-GASCO P.

HOSPITAL DE TORREJÓN. FUENLABRADA (MADRID).

**OBJETIVOS:****OBJETIVO PRINCIPAL**

Evaluar el cumplimiento de la higiene de manos en nuestra unidad y evaluar la mejora producida tras la realización de una campaña de formación.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Determinar en qué momento de la atención sanitaria presentan un mayor o menos cumplimiento

Estudiar y evaluar el método utilizado para la realización de higiene de manos

Valorar el empleo de guantes (en exceso o defecto)

Conocer la adecuación de la técnica de higiene de manos de los profesionales de nuestra unidad

Estudiar las características de los profesionales sanitarios asociados a un mayor cumplimiento.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se ha realizado un estudio observacional prospectivo antes- después. Observación directa sobre el individuo durante 30 minutos analizando el momento y la técnica en que se realiza la higiene de manos.

Ámbito de estudio: Unidad de Cuidados intensivos del Hospital de Torrejón

Nº profesionales observados: 15

Categorías profesionales: 6

Horas de observación: 4 horas

Nº oportunidades observadas: 70

Observadora: Enfermera de cuidados intensivos con formación de 12 horas en observación de las prácticas de higiene de manos en Hospital Gregorio Marañón.

Variables recogidas: tipo profesional y sexo, 5 momentos OMS, cumplimiento y producto y técnica de la higiene de manos.

**RESULTADOS:****TÉCNICA**

TCAE: 75 % usaron B.A y 25 % agua y jabón

DUE: 100% B.A

Médico: 53,84 % B.A y 46,16% agua y jabón

Personal de apoyo: 100% B.A

Personal externo: no realizó higiene de manos

**SEXO**

HOMBRES (6/15): De 27 momentos realizan H.M en 16. 59,25%

MUJERES (9/15): De 43 momentos realizan H.M en 16. 38,09%

**POR MOMENTOS**

A. PAC: 43, 75%

A.T. As: 9,37%

D. Fluid: 3,12%

D. Pac: 21,87%

D. Ent: 21, 87%

**DISCUSIÓN:**

Una higiene de manos apropiada, es uno de los métodos más simples y eficaces para disminuir las IAAS.

El personal sanitario omite esta práctica en un 60% de las situaciones en las que es necesaria.

Es muy importante el cambio de aptitudes e integrar estos conocimientos a nuestra práctica diaria para ofrecer una atención más segura a nuestros pacientes.

**CB - 207.- PERCEPCIÓN DE AISLAMIENTO Y PÉRDIDA DE INTIMIDAD DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

RODRÍGUEZ-ARCE C, BENDICHO-LÓPEZ MJ, BENÍTEZ-RUIZ L.  
H. U. PUERTA DEL MAR. CÁDIZ.

**OBJETIVOS:**

Conocer el grado de ansiedad que generan el aislamiento y la ausencia de intimidad de los pacientes que están ingresados en una UCI.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Diseño: Estudio prospectivo y descriptivo.

Ámbito: Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital universitario de referencia. Periodo de estudio: Año 2011-2012. Sujetos: Pacientes ingresados. Protocolo: Recogida de datos al alta. Variables: Las constitutivas de la Escala de Ballard. (40 ítems).

**RESULTADOS:**

Se entrevistaron 38 pacientes. El 81,5% eran hombres y el 18,5% mujeres. Edad media: 57 (21-80) años. Estancia media 6,2 (3-29) días. Pacientes que en algún momento requirieron ventilación mecánica 63%.

Los factores que más ansiedad producen en los pacientes ingresados en Cuidados Intensivos aparte de los ruidos son: 86% la falta de intimidad, 94% el no disponer de baño, 81% que el horario de visita sea limitado, 84% que no te acompañe ningún familiar cercano.

**DISCUSIÓN:**

La falta de intimidad y el aislamiento de la familia son principalmente las causas que más aumentan el nivel de ansiedad en los pacientes ingresados en la UCI, repercutiendo negativamente en su recuperación.

A la vista de los resultados obtenidos se plantea la necesidad de ampliar el horario de la visita de los familiares, permitiendo también siempre que sea posible que pueda entrar un familiar durante el almuerzo y la merienda.

El personal de enfermería debe poner especial atención en preservar la intimidad de los pacientes, creando un clima de confianza, cerrando las cortinas siempre que se proceda a realizar la higiene de los pacientes, así como cualquier técnica que exponga alguna parte de su cuerpo que le incomode y cuando realicen sus necesidades fisiológicas, ya que debido a la monitorización, sueroterapia, drenajes, etc., es imposible que puedan levantarse para utilizar el cuarto de baño.

**CB - 208.- HACIA UNA ASISTENCIA BILINGÜE DE CALIDAD: DIAGNOSTICO.**

IRIZAR-HUGUET J.

MUTUALIA. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

El objetivo de este trabajo ha sido realizar un diagnóstico de la situación acerca de la realidad lingüística de la plantilla de Mutualia: conocimiento y uso del Euskara. Para después plantear acciones y medidas de mejoras enfocadas hacia una asistencia bilingüe de calidad.

Mutualia con intención de dar respuesta a las necesidades de la sociedad y poder garantizar un servicio asistencial bilingüe de calidad, muestra su interés para la normalización del Euskara.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

A finales del 2011, se crea el grupo de Euskara con integrantes, tanto del área sanitaria como del área administrativa, de diferentes servicios de los tres territorios de la Comunidad Autónoma Vasca que junto a una empresa externa se encargan de realizar el diagnóstico sobre el Euskara en Mutualia.

Las herramientas utilizadas son: encuestas individuales, entrevistas personales, la observación in situ y equipos de mejora específicos.

1- En las encuestas se han recogido datos acerca del conocimiento del euskara, el uso, las necesidades de aprendizaje y la motivación.

2- El objetivo de la entrevista ha sido saber cual es el conocimiento del Euskara y la opinión sobre la posible implantación del plan de Euskara, además de estudiar cuales son sus relaciones externas e internas y el uso de la lengua en ellas.

3- Se han creado dos equipos de trabajo, uno integrado por el grupo de Euskara y el otro por algunos miembros del Consejo Directivo. La metodología utilizada ha sido la creación de un cuadro DAFO donde se han estudiado las debilidades, las fortalezas, las amenazas y las oportunidades.

4- Observación in situ y toma de fotografías de todo tipo de panel informativo.

Para finalizar, se ha utilizado un índice de medición, concretamente un Índice de Situación del Euskara (ISE) compuesto por seis indicadores, que han sido los siguientes:

- Recursos.
- Conocimiento.
- Uso externo.
- Uso interno.
- Motivación-conocimiento.
- Corpus-calidad

**RESULTADOS:**

La muestra de las entrevistas ha sido de 602 personas de las cuales 567 la han realizado correctamente.

El número de entrevistas personales ha sido 70 (12% del personal de Mutualia) con el fin de englobar al mayor número de servicios, funciones y responsabilidades.

Una vez recogidos y analizados los datos, los resultados han sido divididos en 6 indicadores para poder medir el Índice de Situación del Euskara (ISE) en Mutualia. Concretamente el ISEM ha sido de 30,47 puntos sobre 100.

## **DISCUSIÓN:**

Se ha concluido que con la situación lingüística actual en Mutualia y teniendo en cuenta la necesidad de garantizar todos los servicios en Euskara en las tres provincias para poder dar y ofrecer una mejor calidad asistencial, es necesario implantar un plan de acción para conseguir la normalización del Euskara.

Las líneas principales de trabajo serán:

- Definir una política lingüística.
- Reforzar el Euskara como valor, impulsando y facilitando el uso
- Establecer criterios de imagen para el cliente.

**CB - 209.- EL CLIENTE COMO CENTRO DE NUESTRA ATENCIÓN, MEJORANDO EN TIEMPOS DE CAMBIO.**

BARAHONA-ORPINELL M, SOLS-LLADÓ P, ABRIL-BISBAL L, ALONSO-CARRASCO T, PUJOL-COLOMER J, JOVER-MORENO A.

HOSPITAL PLATÓ. BARCELONA.

**OBJETIVOS:**

Mejorar la atención al cliente, tanto en la atención directa en la Unidad de Atención al Cliente (UAC) como indirectamente en las respuestas que dabamos a sus reclamaciones, sugerencias y agradecimientos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En el año 2011 y a consecuencia de una reestructuración en la Sanidad Pública Catalana y por tanto en nuestro Centro, decidimos dar a la UAC mayor protagonismo, dotándola de un punto de atención personalizado con un horario y teléfono de uso exclusivo para el cliente externo. Así mismo reforzamos la UAC en las tareas administrativas, con el soporte de la Unidad de Admisiones; todo ello sin aumentar los recursos.

En cuanto a las respuestas que damos a las reclamaciones, sugerencias y agradecimientos, éstas se hacen de forma personalizada, a través del profesional objeto de la reclamación y el Director de la Dirección correspondiente.

Pusimos en marcha la citación y recordatorio de primeras visitas via SMS y también el recordatorio de la cirugía sin ingreso via SMS.

**RESULTADOS:**

En el año 2011, hemos recibido un 26% menos de reclamaciones y un 23% menos de sugerencias. Así mismo, hemos aumentado los agradecimientos en un 20%. Se mantiene por lo tanto un ritmo constante de aumento de los agradecimientos y bajada de las reclamaciones, recibiendo en este momento más agradecimientos que reclamaciones de nuestros clientes (399 versus 159 en el año 2011).

Nos mantenemos, en un 90% de las ocasiones, en un tiempo de respuesta inferior a 14 días, y no hay ninguna respuesta por encima de 60 días. Más de un 30% de nuestras reclamaciones van acompañadas de acciones de mejora, de las cuales posteriormente se llevan a cabo un 70%.

En las encuestas del CatSalut, hemos pasado del puesto 27 al 3 en satisfacción global de nuestros clientes.

Hemos obtenido el reconocimiento con Sello de Oro 500+ en EFQM, siendo uno de nuestros puntos fuertes el criterio 6: Resultados en los Clientes.

En cuanto al envío de SMS para citar y recordar primeras visitas y cirugía sin ingreso programada, el índice de satisfacción es elevado, recuperando un 2% de visitas y disminuyendo el absentismo en la Unidad de Cirugía sin Ingreso, ya que recuperamos un 3% de módulos quirúrgicos de pacientes que avisan por SMS de la anulación de la cirugía.

**DISCUSIÓN:**

Los valores de nuestro Hospital ponen al cliente como centro de nuestra atención. Nuestro centro ha mantenido los mismos valores en los últimos tres planes estratégicos, entre ellos el Trato Humano y Personalizado.

La implicación de los profesionales que trabajan en nuestro centro es lo que realmente mejora la satisfacción de nuestros clientes. Las encuestas de Clima Laboral así lo manifiestan, en el año 2012 un 70% de nuestros profesionales manifestaron que Hospital Plató es un excelente lugar para trabajar.

Los cambios debidos a la situación económica actual, no deberían ser un motivo para que el cliente empeorase su percepción.

**CB - 210.- ¿PODRE CONDUCIR?.**

AIZPURU-DE LA HOZ F, LARRINAGA-LLAGUNO N, GONZALEZ-REGUEROS A, BILBAO-SAEZ DE PARAYUELOS I, PORTUONDO-JIMENEZ J, LARRINAGA-LLAGUNO M.  
HOSPITAL DE BASURTO. BASURTO (BILBAO).

**OBJETIVOS:**

De las preocupaciones que surgen en el entorno de la persona con Alzheimer, conducir es una de ellas.

La progresión de esta enfermedad es gradual e impredecible. Las funciones cognitivas para la conducción (el juicio, el tiempo de reacción y la capacidad para resolver problemas) se ven afectadas. La conducción insegura puede atentar contra la vida de la persona con Alzheimer y contra la de muchas otras personas.

Por ellos, consideramos imprescindible ayudar a los familiares de estos enfermos a determinar cuando un enfermo de Alzheimer constituye un peligro para sí mismo y para otras personas a la hora de conducir.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

La forma más eficaz de abordar la limitación o suspensión de la conducción involucra pasos progresivos y una combinación de estrategias que se adecuen a las circunstancias, los recursos y las relaciones familiares.

Los familiares, pueden detectar ciertas actitudes que les adviertan de posibles problemas en la conducción de los enfermos de Alzheimer:

- Realizar maniobras de giro dificultosamente.
- Pasar a un carril incorrecto.
- Experimentar confusión en las salidas de autopistas.
- Chocar contra la acera.
- Conducir a velocidades inapropiadas.
- Exhibir respuestas tardías ante situaciones inesperadas.
- No prever situaciones peligrosas.
- Exhibir un aumento de agitación o irritación al conducir.
- Provocar rayones o abolladuras en el automóvil.
- Perderse en lugares conocidos.
- Provocar situaciones cercanas a choques o accidentes.
- Recibir multas o advertencias.
- Tener accidentes automovilísticos.
- Confundir el freno y el acelerador.
- Detenerse en medio del tráfico sin razón aparente.

**RESULTADOS:**

Identificación por parte de la familia de los aspectos a tener en cuenta para reconocer las dificultades en la conducción y así ayudarles a la familia y al paciente en la toma de decisión sobre: seguir conduciendo solo, acompañado para que se sienta seguro, o restringirle dicha actividad.

**DISCUSIÓN:**

Un diagnóstico de enfermedad de Alzheimer no constituye automáticamente un motivo para eliminar los privilegios de conducir. Ya que, conducir representa independencia, libertad, competencia y control. No existe nada concreto que determine cuando constituye un peligro para sí mismo y para otros. Las familias deben determinar cuando el tiempo de atención, la percepción de la distancia o la habilidad para procesar información dificultan al paciente responder en la forma segura conduciendo.

**CB - 211.- UNIDAD DE GESTIÓN DE CONFLICTOS SANITARIOS COMO MÉTODO PIONERO EN EL MANEJO DE LAS CONTROVERSIAS.**

CUEVAS-SAIZ S, RUIZ-SAENZ A, AGUIRRE-OTEIZA R, HERNANDEZ-HERRERO M, CAYON-DE LAS CUEVAS J.

HOSPITAL DE LAREDO.

**OBJETIVOS:**

Conocer la tipología de los conflictos en el ámbito sanitario, el grado de conocimiento de los mecanismos extrajudiciales de conflictos y la opinión sobre su posible utilidad en la resolución de conflictos. Demostrar que la gestión de los conflictos sanitarios mediante la información, conciliación y mediación sanitaria constituye un instrumento útil, rápido y eficaz.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El estudio de la tipología de conflictos sanitarios se realizó mediante un cuestionario en el mes de mayo de 2010 a 200 informadores clave seleccionados mediante un muestreo no probabilístico casual. Se creó la Unidad de Gestión Conflictos (UGC) que funcionó como proyecto piloto de enero a junio de 2011, conformándose por un equipo interdisciplinar (médico, enfermero, trabajador social). Se accede a la mediación mediante la presentación de una solicitud y la respuesta sobre la posible solución debe realizarse en 48 horas. Si se requiere un estudio más amplio, existe un Comité Asesor formado, que integra a los miembros de la UGC y, además, a dos juristas, un representante de pacientes e incluso expertos en la materia a tratar. Una vez gestionado el conflicto se evalúa la satisfacción del usuario mediante una encuesta que no es objeto del presente trabajo y se realiza una llamada a los 60 días para comprobar que el conflicto no ha vuelto a aparecer.

**RESULTADOS:**

La tasa de respuesta media global del cuestionario es un 95%. La distribución de tipos de conflictos es la siguiente: 27% de comunicación, 14% de información, 22% profesionales, 21% vinculado a la organización, 4% de secreto profesional, 6% asistencial y 5% derechos del profesional y pacientes. Conocen los sistemas extrajudiciales de conflictos un 24%. Un 89% considera beneficiosa su aplicación de forma reglada y formal. En la UGC se atendieron 29 casos, de los que el 96,5% fueron conflictos usuario-profesional y el 3,5% interprofesional. El tiempo medio de respuesta fue de 1,5 días, el de contacto con las partes 2 días y el de cierre del proceso fueron 7 días. El 30% fueron relacionados con la asistencia, el 8% con el trato, 10% estructurales y el 52% de información. Se resolvieron el 86,2% de ellos. De éstos, en el 80% de los casos bastó la información, un 8% se resolvió con conciliación y en el 12% restante se propuso mediación para resolverlo. Se realizó una mediación tras la cual ambas partes llegaron a acuerdo.

**DISCUSIÓN:**

Las controversias relacionadas con la información y la comunicación son la mitad de las causas de los conflictos, motivo por el cual se decidió que la información fuese una herramienta imprescindible para la resolución de conflictos, junto con la mediación y conciliación, que se vislumbran como mecanismos rápidos y eficaces en la resolución de conflictos. Es necesario hacer hincapié en la formación entre profesionales y usuarios dado el alto grado de desconocimiento. Cabe destacar el carácter voluntario de la mediación y la capacidad de las partes implicadas para llegar a acuerdos a través del un mediador neutral.

**CB - 212.- EVALUAR EL IMPACTO DEL BLOG DEL COMITÉ DE ÉTICA DEL ÁREA SANITARIA I.**

GARCIA-SASTRE-GARCIA E, DE DIOS-DEL VALLE R.

AREA SANITARIA I DE ASTURIAS-HOSPITAL DE JARRIO. JARRIO - COÑA (ASTURIAS).

**OBJETIVOS:**

Analizar la utilización del Blog ;Ética y Salud; del Comité de Ética.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo transversal. Período de estudio: 3 meses (febrero-abril 2012), desde su creación hasta el momento actual. Variables: entradas publicadas, visitas, origen de los visitantes, fecha de la publicación de las entradas, fecha de la visita. Análisis estadístico: Se describe la muestra mediante distribución porcentual de frecuencias. Se exponen los intervalos de confianza del 95%.

**RESULTADOS:**

Se publicaron un total de 64 entradas. 33 fueron publicadas en Febrero (51,56%), 17 en marzo (26,56%) y 14 en abril (21,87%). El ratio de entradas publicadas al día fue de 0,86 noticias/día. Se produjeron 2.148 visitas en este período; 608 visitas fueron recibidas en Febrero (28,3%), 832 en Marzo (38,7%) y 708 (32,96%) en Abril. La distribución de las visitas según el país de origen fueron: España con 1.251 visitas (61,96%), Estados Unidos con 332 (16,44%), Alemania con 91 (4,5%), Rusia con 79 (3,91%), México con 42 (2,08%), Perú con 40 (1,98%), Colombia con 35 (1,73%), Argentina y Chile con 23 (1,13%), Francia con 12 (0,59%). La media de visitas al día es de 29,02 visitas/día (febrero fueron 46,77, marzo 26,83 y abril 23,6).

**DISCUSIÓN:**

El Comité de Ética del Área Sanitaria I fue constituido en el 2007. Desde sus orígenes entendió que el debate ético debía incluir a toda la sociedad, y no sólo a los profesionales sanitarios. Entendía que el debate en bioética podría conformarse como un espacio de encuentro y entendimiento que favoreciese una verdadera participación ciudadana. Las nuevas tecnologías de la información conforman una herramienta excepcional para crear marcos de encuentro entre profesionales y ciudadanos, favoreciendo el diálogo y promoviendo una adecuada gestión del conocimiento. A principios del 2012, el Comité decidió ahondar en estas nuevas tecnologías buscando alcanzar el objetivo de la participación y la divulgación, y creo el Blog "Ética y Salud" con los objetivos de "Crear un espacio de diálogo y reflexión plural que incorpore a la mayor parte de la sociedad, tanto profesionales como usuarios o ciudadanos", así como de "Divulgar el conocimiento sobre temas de bioética tanto a profesionales como a ciudadanos". Entendemos que el impacto del blog ha sido destacable, tanto en el número de entradas publicadas como en el número de visitas que ha obtenido. Se puede observar una disminución en el número de entradas que responde a la estrategia diseñada (en un primer momento se realizó un importante esfuerzo de publicación para dar a conocer el mismo), pero entendemos que la media de entradas optimas para no saturar al público sería de un máximo de 2 a la semana (ratio 0,26 noticias/día). La media de visitas se mantiene estable y es superior a 20 al día, lo cual lo entendemos como un buen resultado. El Comité entiende que debemos avanzar en la utilización de las nuevas tecnologías para comunicarnos con el ciudadano, el siguiente paso son las redes sociales( Facebook).

**CB - 213.- PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y LOS MALOSTRATOS EN PROFESIONALES SANITARIOS.**

PERLADO-DEL CAMPO E, ESTUPIÑÁN-ROMERO FR, BARRASA-VILLAR JI.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. ZARAGOZA.

**OBJETIVOS:**

Evaluar la percepción sobre la violencia de género y los malos tratos que tiene el personal sanitario de los servicios de Urgencias, Obstetricia y Ginecología, Psiquiatría y Pediatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza y plantear acciones para mejorar su percepción y detección.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

A partir de un cuestionario utilizado en otros estudios, se realizó una encuesta para valorar la percepción sobre la violencia de género, tanto a nivel general como laboral, que tiene el personal médico y de enfermería de los servicios de Urgencias, Obstetricia y Ginecología, Psiquiatría y Pediatría. Se eligieron estos servicios por ser los más directamente implicados en este problema. Se realizó un estudio descriptivo relacionando las principales variables (sexo, años de profesión, servicio, etc) con las respuestas. La asociación entre las variables se realizó mediante la prueba de la chi cuadrado ( $\chi^2$ ) en las variables cualitativas. La significación estadística se estableció para valores de  $p < 0,05$ .

**RESULTADOS:**

Se encuestó a un total de 263 profesionales, el 72,6% mujeres, obteniéndose una tasa de respuesta del 72,2%, siendo ésta ligeramente menor entre los MIR (55,9%). La violencia de género se percibe por la mayoría de los encuestados (68,3%) como un problema social y en menor medida como un tema de salud pública (17,7%) o del ámbito personal (11,5%). Los profesionales de enfermería ( $p < 0,05$ ) son los que lo consideran como más importante. Sin embargo no hay diferencias significativas por sexo en la mayoría de las respuestas.

Hasta un 28,4 % afirma conocer a alguna mujer en esa situación en su familia, trabajo o vecindario y el 12,1% conoce a alguien en ese entorno que la propicia. Existen diferencias importantes en la percepción de la violencia de género por Servicios ( $p < 0,05$ ), siendo los profesionales de Urgencias quienes manifiestan tener una mayor relación con el problema, los que mejor conocen el circuito de asistencia (66,1%) y quienes proporcionalmente han notificado más casos (59,4%). En Psiquiatría es donde parecen detectarse más casos de violencia de género (el 78,4% manifiesta saber de algún caso entre sus pacientes), aunque solo un 29,7% dice haberlos notificado.

La mayoría de los profesionales considera que su formación en violencia de género es insuficiente, en especial los pertenecientes a Pediatría, los de menos de 5 años de experiencia laboral y los MIR.

**DISCUSIÓN:**

Los profesionales encuestados consideran la violencia de género como un problema social, más que de salud, del que tienen conocimiento, tanto en su entorno profesional como en el personal. Lo perciben como un tema importante en el que podrían implicarse en su detección, particularmente en el servicio de Urgencias. No parece haber diferencias en la apreciación del problema según el sexo de los encuestados y la principal oportunidad de mejora detectada es la necesidad de formación sobre ese tema, en especial a MIR y personas con pocos años de experiencia laboral.

**CB - 214.- ÍNDICE DE OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO TRAS LA INFORMATIZACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN QUIRÚRGICA.**

VÁREZ-PASTRANA MA, PUJOL-BALCELLS J, MORET-FERRÓN ML.  
HOSPITAL PLATÓ. BARCELONA.

**OBJETIVOS:**

Valorar los cambios en la obtención del consentimiento informado tras la informatización del inicio del proceso de atención quirúrgica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Asumiendo que la presencia del formulario de consentimiento informado firmado, desde el punto de vista legal, es la prueba de que el consentimiento informado fue obtenido, estudiamos la diferencia entre el porcentaje de intervenciones con presencia de formulario de consentimiento informado firmado, antes y después de la informatización del proceso.

**RESULTADOS:**

Presentamos los índices de presencia del formulario de consentimiento informado durante los últimos 5 años y la progresión antes y después de la informatización del proceso de atención quirúrgica.

**DISCUSIÓN:**

Obtener el consentimiento informado es una obligación exigible por Ley. Obtenerlo implica que el médico informe a sus pacientes adecuadamente según los criterios legales establecidos, ofreciendo alternativas, sugiriendo la que médicamente sea la más adecuada y permitiendo elegir libremente y, por tanto, autorizando, la que considere mejor para ellos, dejando todo ello registrado en la historia clínica o en el formulario escrito. La informatización del inicio del proceso de atención quirúrgica nos ha permitido incorporar un sistema de control informático que impide iniciar cualquier proceso de atención quirúrgica si no existe la aceptación del consentimiento informado y la firma del formulario correspondiente asociado a cualquier intervención quirúrgica.

**CB - 215.- CÓMO MEJORAR LA PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS CON LAS UNIDADES DE ATENCIÓN AL USUARIO EN UNA DIRECCIÓN ASISTENCIAL.**

LÓPEZ-GÓMEZ C, MALLO-FERNÁNDEZ JM, SERRADILLA-CORCHERO P, CURIESES-ASENSIO A, ALEJO-BRU N, ARROYO-MOROLLON J.

DIRECCIÓN ASISTENCIAL CENTRO UNIDAD ATENCIÓN AL PACIENTE. MADRID.

**OBJETIVOS:**

Mejorar la percepción de los usuarios con las Unidades de Atención al Usuario (UAU) mediante la reorientación de los servicios que estas prestan al ciudadano.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Tras la detección de necesidades según los resultados de la Encuesta anual de Satisfacción de la Comunidad de Madrid (CM) para la Dirección Asistencial Centro (2010: más de 4753 - 2011: más de 4816) y del Análisis de las Reclamaciones (Aplicación de la CM Cestrack), se establecen diversas acciones dirigidas a las UAU (Personalizar la atención; Mejorar la accesibilidad; reforzar su papel como referentes de información; recoger la voz del ciudadano) desarrolladas en una serie de actividades (...).

**RESULTADOS:**

Del análisis de las 3244 reclamaciones de los Usuarios de la DAC relacionadas con el proceso de atención de las UAU en el 2010, obtenemos que los 6 principales motivos de las quejas, según la clasificación de la Dirección General de Atención al Paciente, son: Disconformidad con la Asistencia, 18,56%; Desacuerdo con Organización y Normas, 12,52%; Demora en la Asistencia, 11,74%; Citaciones, 11%; Recursos Humanos 10,45% y Trato Personal 10,39%. De las 3131 recibidas en el 2011: Disconformidad con la Asistencia, 19,12%; Desacuerdo con Organización y Normas, 12,89%; Citaciones 11,34%; Demora en la Asistencia 12,10%; Recursos Humanos 10,77 % y Trato Personal 10,70%. En el año 2010, la UAU ocupaba el 2º lugar de los servicios más reclamados, con un 22,74% del total de reclamaciones, habiendo disminuido este porcentaje en el 2011 a un 13,25 %.

Por la Encuesta de Satisfacción, observamos que ha mejorado la opinión en cuanto a la amabilidad en el trato dispensado por los profesionales de las UAU y la eficacia para resolver las gestiones que estos tienen encomendadas, habiendo aumentado el porcentaje de usuarios satisfechos/muy satisfechos de un 69,9% y 74, 6% en el 2010, a un 83,7% y 84,1% en el año 2011, respectivamente.

**DISCUSIÓN:**

- Es preciso consolidar y mejorar los datos obtenidos por lo que la calidad percibida de los usuarios con las UAU seguirá siguiendo un área de mejora prioritaria.
- Es necesario desmontar las resistencias de los profesionales a la vez que generar confianza en los ciudadanos, así como sensibilizar para la utilización adecuada de los servicios.
- La aceptación social de las UAU de la DAC se sitúa por encima de los datos generales de la Comunidad de Madrid como prueban los resultados de las encuestas de satisfacción realizadas.

**CB - 216.- LA REPUTACIÓN SOCIAL DEL HOSPITAL COMO PRECURSOR DE LA PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES.**

PÉREZ-JOVER V, NAVARRO- I, LORENZO- S, MIRA-SOLVES J.  
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ. ALICANTE.

**OBJETIVOS:**

La reputación social de un hospital se ha relacionado con mejores resultados clínico-asistenciales, con que elijamos un hospital frente a otro para recibir tratamiento, actúa como imán para no perder plantilla y para atraer a profesionales con talento y se ha considerado que es un escudo para evitar demandas por parte de pacientes insatisfechos. Pero no sabemos si una mejor reputación influye en la percepción de seguridad de los pacientes. En este estudio ponemos a prueba un modelo teórico de relación entre antecedentes teóricos de la reputación y la percepción de seguridad con respecto a un hospital.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio correlacional en el que se entrevistó aleatoriamente a un total de 342 sujetos de un área de salud. Las preguntas habían sido utilizadas en un estudio previo de validación de una escala de reputación social de un hospital. Se aplicó un análisis de regresión múltiple en el que se consideraron como factores: buena fama, confianza en los profesionales, valoración positiva del resultado de los tratamientos que se aplican y la calidad de la investigación clínica en el hospital; y como variable dependiente la frecuencia a juicio del paciente con que en el hospital se cometen errores clínicos.

**RESULTADOS:**

El primer modelo que incluyó el conjunto de factores ofreció una solución satisfactoria ( $F=29,9$ ,  $p0,001$ ) aunque el factor de investigación no mostró capacidad predictiva sobre la percepción de seguridad ( $\Delta=0,06$ , IC95% 0,01-0,13;  $t=1,7$ ,  $p=0,09$ ). La capacidad predictiva del modelo mejoró al no incluir el factor de calidad de la investigación realizada en el hospital. En este caso, la capacidad predictiva del modelo se confirmó ( $F=38,7$ ,  $p0,001$ ) al igual que la capacidad predictiva de cada uno de los factores incluidos en la ecuación: confianza en los profesionales ( $\beta=0,07$ , IC95% 0,01-0,12;  $t=2,5$ ,  $p=0,01$ ); buena fama del hospital ( $\beta=0,08$ , IC95% 0,02-0,14;  $t=2,5$ ,  $p=0,01$ ); positiva percepción del resultado de los tratamientos ( $\beta=0,35$ , IC95% 0,22-0,49;  $t=5,1$ ,  $p0,001$ ).

**DISCUSIÓN:**

La seguridad del paciente en un centro hospitalario está vinculada a la reputación social de ese hospital. La calidad corporativa, a la que se le presta mucha menos atención, debe incorporarse a la agenda de trabajo de las unidades de calidad de los centros hospitalarios. Mejorar la reputación social de un hospital puede ayudarle a reducir el número de demandas patrimoniales tras producirse un error clínico ya que la buena fama de un hospital, la confianza en la competencia de los profesionales sanitarios y la creencia de que los tratamientos logran los resultados deseables, se relacionan directa y positivamente con la percepción de que el hospital cuenta con un entorno clínico seguro que impide que se cometan errores clínicos.

**CB - 217.- PROYECTO "CHEF" :UN SELLO DE CALIDAD.**

GONZALEZ-BRAVO A, OYA-GIRONA E, VIDAL-ESTEVE E, ORTEGA-VILA Y, HERNANDEZ-VIDAL N, LORENTE-TEN E.

ABS SALOU. SALOU (TARRAGONA).

**OBJETIVOS:**

Conseguir una dieta al alcance de pacientes diabéticos, a través de una red de establecimientos restauradores que ofrezcan una carta variada, apetitosa y adecuada a su patología. Adaptar la carta en raciones de hidratos de carbono(HC) y técnicas de cocinado, "no un menú para diabéticos", manteniendo criterios de calidad y economía.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio cualitativo prospectivo en nuestra comunidad.Sujetos: Clientes de restauración con antecedentes de diabetes mellitus.En el momento de ofrecerse el menú, el personal de sala, posibilitará organizar la comida para los comensales con diabetes, referenciando los platos marcados en la carta con el logo del programa. Informarán del contenido calórico/raciones de HC y ajustadas en cantidad. El cliente dispondrá de varios platos en cada grupo. El restaurador, registrará el número de menús servidos. El cliente recibirá una encuesta de satisfacción autoadministrable que entregará en el establecimiento o remitirá al Centro de Salud.A partir de los datos de la encuesta, se valorará el impacto de la actividad.El proyecto se desarrollará:1ª fase:Solicitar la colaboración institucional y otras entidades del municipio.Establecer criterios de calidad para la adhesión de los restauradores: se seleccionaran establecimientos que utilicen productos naturales y de calidad y manifiesten compromiso con el seguimiento y las claves del proyecto.Se excluirán los que priorizan comida rápida y precocinada.2ª fase:Adaptación de las cartas y menús según criterios dietéticos de la Guía GEDAPS y Guía ICS. Colaborará una enfermera nutricionista de nuestro Equipo.Elaboración de un manual con puntos clave de la dieta siguiendo pautas establecidas.Elaboración de encuestas,para valorar la satisfacción del cliente,personal de sala,cocineros y propietarios.La encuesta dirigida al personal de hostelería,se realizará al inicio y final del programa.Taller de formación para cocineros y personal de sala realizada por nuestra enfermera nutricionista.Presentación y difusión del proyecto en los diferentes ámbitos:Interna:centro sanitario, ayuntamiento, entidades colaboradoras.Externa:público en general, jornadas y congresos.Fuentes financiación: instituciones y beca PACAP.Evaluación a los seis meses del inicio del proyecto:análisis cualitativo de las encuestas de los clientes. Al personal de sala,cocineros y empresarios, se les pasará nuevamente para detectar incidencias y su valoración del proyecto.Registro del número de menús servidos.Valoración del impacto del proyecto en nuestra Comunidad por parte de todos los implicados.

**RESULTADOS:**

1ª fase:Contamos con la colaboración de nuestro ayuntamiento,consejería de salud pública y turismo que nos ayudará a hacer la difusión.Se han adherido diez establecimientos según criterios de selección.

**DISCUSIÓN:**

Disponer de una dieta adecuada en cualquier establecimiento público, ha de ser un derecho.

"Me miman más, me cuido más y mejora mi estado de salud".

**CB - 218.- EL CONSEJO DE LOS PACIENTES: MEJORANDO EL EMPOWERMENT.**

CARRERAS-VIÑAS M, GARCIA-CEPEDA B, MARTIN-RODRIGUEZ D, PAIS-IGLESIAS B, GRAÑA-GARRIDO I, RODRIGUEZ-PEREZ B.

SERVICIO GALLEGO DE SALUD. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

**OBJETIVOS:**

Facilitar conocimientos y habilidades necesarias para que pacientes y familiares sean autónomos en el cuidado de su proceso.

Aprovechar la voz de los pacientes y cuidadores para la mejora de la calidad y seguridad.

Mejorar la comunicación de los ciudadanos con la organización sanitaria.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se crea el Consejo Asesor de pacientes (DOG nº 176 de 2011/9/14) como órgano consultivo de la Consejería y cauce para escuchar la voz de los pacientes, mejorando la calidad y seguridad, incrementando sus niveles de participación, facilitándoles información necesaria para la toma de decisiones y para que asesoren sobre necesidades de formación e información en el manejo de las enfermedades crónicas.

El Consejo está compuesto por el Gerente del Servicio de Salud, en calidad de presidente y como vocales las Direcciones Generales de la Consejería y las Asociaciones de pacientes que voluntariamente decidieron participar.

Las funciones del Consejo Asesor son entre otras

- a) Participar en programas, grupos de discusión y trabajo para la mejora de las guías de atención a pacientes y en programas de acogida del personal de nuevo ingreso.
- b) Formar parte de los equipos de mejora: higiene de manos, atención al dolor y otros.
- c) Asesorar sobre necesidades de formación de las asociaciones de pacientes, sobre los programas de la Escuela de Salud para Ciudadanos y proponer nuevas actividades.
- d) Participar en las actividades de formación de la Escuela y en los foros de pacientes expertos
- e) Revisar y asesorar sobre las guías de información dirigidas a pacientes y los materiales y documentos realizados por la Escuela.
- f) Asesorar sobre el diseño de los espacios de nuevos centros sanitarios para la mejora de la seguridad y accesibilidad.
- g) Transmitir recomendaciones de seguridad a sus asociados.

**RESULTADOS:**

A pesar del carácter voluntario, la respuesta ha sido mayoritaria, en la actualidad 70 asociaciones forman parte activa del Consejo.

Hemos realizado hasta el momento 3 sesiones y se han propuesto a la escuela 257 actividades formativas.

Han participado como docentes en los talleres dirigidos a pacientes crónicos.

Han validado la encuesta de satisfacción de pacientes y la encuesta de necesidades de formación.

Han designado los miembros que en representación de las Asociaciones conforman el Comité Autonómico del Dolor.

Han participado con los profesionales en la Jornadas Autonómicas de Calidad y Seguridad presentando comunicaciones y como ponentes en las Jornadas Autonómicas del Dolor, en las Jornadas de Atención al Paciente de VIH-SIDA y en Jornadas de Enfermería.

**DISCUSIÓN:**

La participación de pacientes a través del Consejo en actividades de formación, información y difusión de cuidados y auto cuidados, ha sido valorada en una escala de 1-10 en una media de 8.8

Otras Comunidades Autónomas han solicitado información sobre el Consejo, y nos consta que está siendo replicado en algunas de ellas.

**CB - 219.- LA ENFERMERA DE ENLACE: UNA GESTIÓN INDIVIDUALIZADA CON CADA PACIENTE. EXPERIENCIA PRÁCTICA CLÍNICA IMQ ZORROTZAURRE.**

URRUTIA-JOHANSSON I, ENSUNZA-LAMIQUIZ P, GONZÁLEZ-SÁNCHEZ C, RUIZ DE OCENDA-GARCÍA MJ, RUIZ-SAN VICENTE B.

CLÍNICA IMQ ZORROTZAURRE. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

- ☐ Cuidar del paciente de una forma cálida, humana y personalizada buscando el mayor bienestar y calidad de vida en el paciente promoviendo la autonomía y el autocuidado como pilar para la recuperación funcional y reincorporación a la vida normal así como el acompañamiento del paciente y su familia en la fase final de la vida.
- ☐ Ser referente para el paciente y para el equipo asistencial.
- ☐ Promover una asistencia sanitaria de alta calidad.
- ☐ Velar por el cumplimiento del desarrollo del plan terapéutico.
- ☐ Asegurar la continuidad asistencial.
- ☐ Contribuir a una asistencia oncológica efectiva y centrada en el paciente mejorando la experiencia del paciente oncológico a lo largo de su proceso asistencial.
- ☐ Optimizar la atención oncológica multidisciplinar.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

1. Fase 1: Selección y designación de la enfermera de enlace.
2. Fase 2: Formación y capacitación en las funciones a acometer en el HDM e interacción con los estamentos y profesionales implicados.
3. Fase 3: Definición y designación del modelo organizativo.
4. Fase 4: Desarrollo e implantación de escalas de valoración y seguimiento de los pacientes.
5. Fase 5: Experiencia piloto en CVSS.
6. Fase 6: Ampliación del proyecto inicial y contraste con centro médico TEKNON.
7. Fase 7: Integración del papel relevante de la enfermera de enlace en la nueva unidad de Oncología de clínica IMQ Zorrotzaurre.

**RESULTADOS:**

La incorporación de la enfermera de enlace ha sido clave para:

1. La continuidad de cuidados entre los diferentes profesionales de enfermería.
2. La continuidad asistencial con los oncólogos, radioncólogos, profesionales de laboratorio, de radiodiagnóstico... trabajando las interacciones entre los diferentes servicios.
3. Seguridad clínica: se han mejorado los resultados a través de la entrevista de valoración inicial, sistematización de los cuidados, monitorización y análisis de los indicadores de seguridad, etc.
4. La personalización de los tratamientos y cuidados considerando a cada paciente como individuo con necesidades diferentes, y realizando un seguimiento cercano e individualizado.

**DISCUSIÓN:**

La enfermera gestora de casos es un nexo de unión entre el médico y el paciente, y un referente de información cuando surgen dudas durante el proceso asistencial del paciente. Mediante este proyecto hemos conseguido coordinar, facilitar y gestionar el acceso a la unidad de oncología en el tiempo previsto, velando porque el paciente/familia alcance los objetivos terapéuticos identificando y movilizand los recursos necesarios de acuerdo a las

necesidades y preferencias del paciente, y facilitando la intervención de los diferentes profesionales y servicios para el logro de los mejores resultados mediante una atención excelente garantizando en todo momento la seguridad clínica y calidad asistencial del paciente.

**CB - 220.- ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA ATENDIDA POR ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL.**

MARTINEZ-SANCHEZ E, PEÑA-CAPSIR I, EGEA-FERRER M, CLARTE-JORBA A, SALVAT-BERTRAN N, DOBLADO-LOPEZ O.

HOSPITAL LLEUGER DE CAMBRILS. CAMBRILS (TARRAGONA).

**OBJETIVOS:**

Crear y implantar un protocolo de contracepción de emergencia en el cual enfermería será el principal interviniente, siempre teniendo al medico como consultor.

Evaluar los resultados de 2 años de evolución desde que implantamos el protocolo de la anticoncepción de emergencia por enfermería.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En enero de 2010 se diseña y se implanta un protocolo informatizado de OMI-AP de actuación para cuando la usuaria requiera la anticoncepción de emergencia.

Este protocolo es consensuado con el comité de bioética de la empresa y con la dirección del centro, i se revisada cada año para posibles modificaciones.

Se tratan los datos de los años 2010 y 2011, mediante ACCESS 2007 para estudio.

**RESULTADOS:**

Durante el periodo de estudio realizaron 629 visitas solicitando tratamiento, y fueron atendidas 508 mujeres.

La administración del tratamiento de contracepción postcoital se ha realizado en casi su totalidad por el personal de enfermería del centro (95 % de los casos).

La reincidencia de visitas fue de 4 visitas en 5 pacientes, 3 visitas en 18 pacientes, 2 visitas en 72 pacientes.

Fueron atendidas 381 mujeres adscritas en el Área básica de Salud de y 127 no adscritas.

El motivo el cual argumentaron las pacientes en su mayoría fue la rotura del preservativo en 364 casos, seguido de no uso de método barrera en 191 casos, preservativo dentro de la vagina en 41 casos, toma incorrecta de toma de píldora anticonceptiva en 10 casos y sin especificar 10 casos.

En el 100% de los casos habían transcurrido menos de 72 horas después del acto.

Según la edad en 547 casos fueron mayores de 16 años, 73 menores (13-16) valoradas como maduras, y solo 3 casos menores (13-16) valoradas como no maduras.

No hubo ninguna menor de 13 años.

Aunque el número de menores de 16 años no es muy elevado, supone un problema añadido a la hora de facilitar el tratamiento, por la dificultad de interpretar el concepto de "menor maduro".

**DISCUSIÓN:**

Casi la totalidad del tratamiento de contracepción postcoital se ha realizado por el personal de enfermería.

Aunque el número de menores de 16 años no es muy elevado, supone un problema añadido a la hora de facilitar el tratamiento, por la dificultad de interpretar el concepto de "menor maduro".

Un punto importante a destacar es que aproximadamente el 20% de las pacientes han sido reincidentes, aun con la educación sanitaria y los circuitos de derivación a su medico, ginecólogo o comadrona.

Hay un número importante de pacientes que no pertenecen al Área Básica, debido a ser una zona turística y vacacional.

La demora en solicitar el tratamiento a sido siempre inferior a las 72 horas, lo que indica un buen nivel de concienciación e información sobre la anticoncepción de emergencia.

**CB - 221.- MARCAJE PREOPERATORIO DEL ESTOMA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES OSTOMIZADOS.**

LARZABAL-ARETXABALA A, SAN EMETERIO-IZACELAYA M.  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Averiguar si el marcaje preoperatorio de la ostomia mejora la calidad de vida y disminuye las complicaciones en el paciente ostomizado.

Implicar al paciente en el autocuidado.

Comenzar la educacion en los cuidados de ostomia en el preoperatorio para lograr la mayor autonomia posible al alta.

Orientar la ciudadano para la correcta situacion del estoma.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se han seleccionado a 10 pacientes por grupo(ileostomias marcadas y no marcadas; y colostomias marcadas y no marcadas). solo los pacientes marcados se siguieron desde el dia antes de la intervencion. Pero todos, marcados y no marcados tuvieron un seguimiento durante 3 meses tras la cirujia.Todas las intervenciones quirurgicas se realizaron de forma programada.El paciente ingresa la vispera de la intervencion quirurgica. La enfermera de estomatoterapia entrevista al paciente y a un familiar. La valoracion se basa en los diagnosticos de enfermeria NANDA, y un protocolo de marcaje de ostomia avalado por la SEDE (sociedad española de estomatoterapia). El grado de autocuidado e independencia en el manejo de la ostomia se mide con e cuestionario especifico de calidad de vida STOMA-QUOL. las complicaciones de la piel periestomal se evaluan por las escala DET avalada por la SEDE.

**RESULTADOS:**

ileostomias marcadas. Tipo: lateral (turnbull)9; terminal(brooke)1. Complicaciones: 4(40%). Dermatitis quimica por alto debito 1, deshidratacion 1, alergias 1, dehiscencia por absceso 1. El grado de autonomia fue del 90% frente a un 10% de dependientes.

Ileostomias no marcadas. Tipo: lateral(turnbull)5; Terminal (brooke)5. Complicaciones: 7(70%) dermatitis quimica por alto debito 2; deshidratacion 1; alergias 1; dehiscencia por absceso 1, rechazo a la ostomia por falta de adaptacion1, fuga de dispositivo por estoma hundido 1. El grado de autonomia fue del 60% frente a un 40% de dependientes.

Colostomias marcadas: 4 (40%) dehiscencia 2, psicologicas 2. El grado de autonomia fue del 90% frente a un 10% de dependientes.

Colostomias no marcadas. Complicaciones: 6 (60%). estenosis 1; estomas planos y dermatitis 3; dehiscencia 2. El grado de autonomia de los pacientes fue del 80% frente al 20% de pacientes dependientes.

**DISCUSIÓN:**

El asesoramiento de una enfermera estomatoterapeuta antes, durante y despues de la estancia hospitalaria del paciente aumenta el nivel de autocuidado e indepenencia de cualquier paciente ostomizado. las características de las ileostomias hace que la educacion y supervision de la enfermera sea fundamental para disminuir las complicaciones y aumentar el grado de autocuidado. Debemos prtocolizar el marcaje de las ostomias en cirujias laparoscopicas para evitar el conflicto entre estas y las incisiones de los trocales. Otros equipos se han de involucrar en la utilizacion de este protocolo para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

**CB - 222.- PROYECTO NAIA: DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE UNA ESTACIÓN CLÍNICA INFORMATIZADA COMÚN PARA LA ENFERMERÍA DE OSAKIDETZA.**

PEÑA-GONZÁLEZ ML, ABAD-GARCÍA R, SÁNCHEZ-MARTÍN I, GONZÁLEZ-LLINARES RM, GUTIERREZ-GARCÍA DE CORTÁZAR A, UBIS-GONZÁLEZ A.

C.S. MINA DEL MORRO. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Principales:

-Desarrollar e Implantar una aplicación informática para la gestión de cuidados de los diferentes ámbitos asistenciales de Osakidetza (Atención Especializada, Salud Mental y Atención Primaria) integrada con el resto de aplicaciones de Historia Clínica, que permita la creación y aplicación de planes de cuidados.

-Garantizar la calidad y seguridad de los cuidados ofertados en la red.

Secundarios:

-Estandarizar planes de cuidados por diagnósticos de enfermería y por situaciones de salud/enfermedad aplicables en los tres ámbitos asistenciales, usando taxonomía NANDA, NOC y NIC.

-Unificar la metodología de trabajo de enfermería de los tres ámbitos asistenciales de Osakidetza.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El Proyecto NAIA consta de las siguientes fases:

1 Revisión de las oportunidades de mejora de las aplicaciones disponibles actualmente (Zaineri y Osabide-AP) .

2 Revisión de la normativa legal aplicable: RD 1093/2010 (BOE nº 225) y D 38/2012 (BOPV nº65).

3 Revisión y adaptación de funcionalidades del producto informático seleccionado por un Equipo Técnico Consultor integrado por un representante de cada ámbito asistencial.

4 Trabajo en grupos conformados por enfermeras de todos los ámbitos asistenciales para el desarrollo de los contenidos: definición de los criterios de valoración y la estandarización de planes de cuidados por diagnóstico y situaciones de salud/enfermedad.

5 Diseño y realización de acciones formativas.

6 Pilotaje y extensión.

**RESULTADOS:**

A 31 de Mayo de 2012 se han completado las 4 primeras fases.

Se han formado 9 grupos de trabajo distintos, coordinados por el Equipo Técnico Consultor, que han consensuado 650 variables clínicas de valoración, así como la estandarización de planes para al menos 120 diagnósticos NANDA en cada ámbito y 90 planes de cuidados específicos por situaciones de salud/enfermedad (Patologías, Oferta Preferente y Complicaciones Potenciales) hasta el momento.

Se han realizado acciones formativas en taxonomía NNN, paralelamente al comienzo de funcionamiento de los grupos de trabajo y que continuarán durante las fases de pilotaje y extensión hasta abarcar a todas las profesionales de enfermería de la red.

El pilotaje y extensión se acometerán durante el 2º cuatrimestre de 2012.

**DISCUSIÓN:**

La utilización de una única aplicación que unifique la metodología de trabajo de enfermería mejorará la continuidad asistencial de los pacientes en su tránsito por los distintos ámbitos asistenciales. Contar con elementos de alarma, permitirá garantizar la seguridad clínica.

La estandarización de los planes de cuidados permitirá homogeneizar y mejorar la calidad de la asistencia sanitaria prestada por la enfermería de Osakidetza y consecuentemente, la satisfacción del paciente como receptor final de esos cuidados.

La elaboración de contenidos mediante grupos de trabajo de los tres ámbitos, asegura la cobertura de las necesidades asistenciales de la red y mejora la satisfacción de los profesionales, al implicarse en el desarrollo de la aplicación.

**CB - 223.- CALIDAD DE VIDA EN UNA RESIDENCIA DE MAYORES MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL ESTREÑIMIENTO.**

SALMERÓN-CIFUENTES MS, MARTÍNEZ-NIETO MJ, GARCÍA-TAPIAS MJ.

RESIDENCIA DE MAYORES. ALBACETE.

**OBJETIVOS:**

Los objetivos del estudio han sido:

- Describir el perfil sociodemográfico y clínico de los residentes participantes en el programa/protocolo.
- Elaboración de un histórico para identificar el nivel de estreñimiento de los residentes del centro.
- Identificar el grado de dependencia de los residentes en cuanto al uso de enemas para tener un adecuado patrón de eliminación.
- Ejecución del protocolo con seguimiento diario de las deposiciones de los residentes
- Valorar el grado de coordinación interdisciplinar entre trabajadores de diferentes categorías profesionales.
- Mejorar el patrón de eliminación en un 35% de los residentes incluidos en el protocolo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- Naturaleza y tipo de estudio: estudio longitudinal y observacional.
- Ámbito: Residencia de Mayores Alcabala. Durante un período de 7 meses, de abril a octubre 2012.
- Población diana: 120 residentes del centro.
- Criterios de inclusión: residentes que no mantienen un patrón regular de eliminación necesitando la administración de enemas de forma regular.
- Criterios de exclusión: aquellos residentes que tienen un patrón regular de eliminación.
- Selección de los sujetos: aquellos que cumplen el criterio de inclusión y deciden participar de forma voluntaria o autorizada.

Se realiza un histórico de los últimos tres meses (enero, febrero y marzo) para valorar cuántos y quiénes son los residentes con problemas en cuanto al patrón de eliminación.

**RESULTADOS:**

Se elabora un protocolo de actuación para enfermería y auxiliares de enfermería en colaboración con el médico del centro sobre la administración reglada de laxantes con la finalidad de conseguir establecer en los residentes un patrón regular de eliminación, en el cual se pautan las acciones a seguir en caso de que no haya deposiciones, desde el día uno hasta el día cuatro y con el que se pretende reducir el uso de enemas.

- Muestras:

Personas con estreñimiento: n=62.

Personas con uso regular de enemas: n=58.

Se realiza un seguimiento a diario de las deposiciones de los residentes.

Se observa que con el establecimiento de un protocolo de actuación para el estreñimiento se mejora el patrón de eliminación de los residentes, habiendo conseguido una reducción de un 15% en los dos primeros meses de implantación del protocolo en cuanto al uso de enemas.

**DISCUSIÓN:**

Debido a los problemas que se plantean en el envejecimiento con el estreñimiento, existe un alto índice de residentes con esta problemática que precisan de una administración continua de enemas y laxantes lo que puede ser contraproducente para el problema a tratar pues crea dependencia para la eliminación.

Es por esto que desde el Servicio Médico y el Servicio de Enfermería nos planteamos elaborar un protocolo que regule el uso y administración de laxantes y enemas. Se consigue la concienciación de los trabajadores en el registro adecuado de las deposiciones así como la correcta comunicación entre departamentos con el fin de poder actuar desde el primer día en el que se detecta el problema.

## **CB - 224.- ESCUELA DE FAMILIAS DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN LA ZONA RURAL DE ÁLAVA.**

AJONA-BARANDALLA A, DÍAZ DE ALDA-PEREA J, LIZALDE-IBÁÑEZ B.  
ASAFES. VITORIA - GASTEIZ.

### **OBJETIVOS:**

- Mejorar la aceptación de la enfermedad mental desde la comprensión de aspectos clínicos básicos.
- Acercar los recursos de la zona urbana a poblaciones rurales aisladas.
- Potenciar la coordinación socio-sanitaria para una atención integral.
- Ofrecer un foro de expresión y escucha de realidades diferentes.
- Dotar de herramientas que fortalezcan la calidad de vida familiar.
- Fomentar una actitud activa frente a la inestabilidad psíquica y afrontar los problemas cotidianos con actitudes saludables y expectativas más ajustadas.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Consta de 5 sesiones psicoeducativas quincenales y 3 sesiones monográficas impartidas por la psiquiatra y enfermera del centro de salud mental, y la psicóloga de la asociación de enfermedad mental.

La metodología es teórico – práctica. Se comienza con un repaso de los objetivos de cada sesión para pasar a desarrollar el contenido apoyándose en la experiencia de los asistentes. A lo largo de esta interacción se invita a la reflexión y se incluyen materiales audiovisuales y textos que facilitan la asimilación de la información.

La coordinación socio-sanitaria estrecha es un parte indispensable del trabajo: salud mental, asociación de enfermedad mental, trabajadoras sociales de base y centros de atención primaria unen sus sinergias para llegar al máximo de familias y dar una atención completa.

Finalizadas las 5 sesiones y en cada monográfico se pasa un cuestionario de valoración.

Destinatario/as: familiares de personas con trastornos psicóticos.

Ubicación: Hospital de Leza

Razones:

- Rioja Alavesa es la zona más aislada y con menos recursos
- Está situado en un lugar intermedio a las distintas localidades
- El Hospital proporciona la intimidad y el anonimato que tanto demandan en la zona rural
- Es un centro de referencia y conocido para toda la zona
- Facilidad de infraestructura

Contenidos:

1. Presentación y Cuestionario Inicial
2. Salud y enfermedad mental. Aspectos generales.
3. Trastornos psicóticos.
4. La familia. Convivencia: día a día, normas y límites.
5. La familia: manejo del estrés. Evaluación final.

M1: Recursos socio-sanitarios

M2: Tutelas y curatelas

M3: Cine-forum

### **RESULTADOS:**

- Aceptación de la enfermedad por parte del familiar, así como asunción de responsabilidad en su evolución.
- Mayor oferta de recursos socio-sanitarios en la zona rural.
- Atención socio-sanitaria para las personas participantes.

- Creación de un espacio de desahogo.
- Contraste de opiniones y experiencias.
- Desarrollo de una actitud proactiva y responsable.
- Adquisición de herramientas más eficaces en la relación con su familiar enfermo.

### **DISCUSIÓN:**

El binomio socio-sanitario se trabaja como un todo mediante una estrecha coordinación de casos con el fin de optimizar los recursos y potenciar las sinergias.

Más aún en zonas rurales donde el estigma de la enfermedad mental es tan agudizado y donde la escasez de recursos es tan evidente.

La psicoeducación influye en la mejor evolución de la enfermedad y en la prevención de recaídas.

**CB - 225.- COLABORACIÓN SOCIOSANITARIA EN PACIENTE CRÓNICO: PARA LLEGAR LEJOS EN LA VIDA ES MEJOR IR ACOMPAÑADO.**

ALVAREZ-GUERRAS O, GOMEZ-BRAVO B, HIDALGO-ARIAS M, SÁNCHEZ-BERNAL R, LLANOS-HERNANDEZ J, GONZALEZ-HIERRO A.

OSAREAN: OSAKIDETZA NO PRESENCIAL. VITORIA - GASTEIZ.

**OBJETIVOS:**

Objetivos: 1. Dar respuesta a las necesidades sanitarias de forma no presencial a 23.000 pacientes monitorizados desde el ámbito de asuntos sociales (representan el 100% de la población diana del País Vasco) 2. Solucionarle el problema en una sola llamada 3. Enviarle el recurso desde esa misma llamada a domicilio si lo necesita 4. Registrar la información en Osabide Global, que es la Historia Clínica Electrónica Única en el País Vasco.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Población diana: 23.000 pacientes conectados a un sistema de teleasistencia y atendido 24 horas al día los 7 días de la semana por operadores telefónicos. El día 1 de diciembre de 2011 se puso en marcha la iniciativa, de forma que con solo pulsar el botón rojo del medallón que llevan los pacientes, un operador de Asuntos Sociales llama al paciente para conocer que desea. En caso de plantear una consulta sanitaria, se le pasa directamente con enfermeras de Osakidetza especialistas en atención telefónica, sin que el ciudadano tenga que volver a llamar al teléfono de Osakidetza.

**RESULTADOS:**

El número de llamadas atendidas desde el 1 de diciembre de 2011 y hasta ayer, día 30 de Mayo de 2012, ha sido de 5.402, de las que han sido resueltas por enfermería de Osakidetza el 64 %, y el 36 % restante ha sido transferida directamente la llamada a Emergencias (antes eran transferidas el 100% de las 5.402).

En el 33% de los casos no fue necesario enviar ningún recurso de soporte, y de los que necesitaron asistencia médica a domicilio, en el 61% de los casos no se precisó traslado.

Las causas más frecuentes han sido por caídas, mareos, vértigos, fatiga, reacciones medicamentosas, náuseas, vómitos, síncope, sondas obstruidas, diarrea, hormigueos, disnea, fiebre, lumbalgias, malestar, dolores precordiales, flemas, sangrado, alteración y desorientación, agitación, tristeza, temblores, insomnio, etc.

**DISCUSIÓN:**

Se han evitado desplazamiento de forma rutinaria, siendo de especial interés en pacientes con domicilio lejano al centro y/o consultorio, pacientes que viven solos, familiares con dificultad para el desplazamiento (silla de ruedas, andadores, muletas).

La utilización de consultas no presenciales, facilita la atención a los pacientes crónicos y asegura el registro de toda la información correspondiente al paciente, incrementa su satisfacción, se evitan los riesgos, incomodidades y costes correspondientes a los desplazamientos del paciente y acompañantes, y ayuda a la sostenibilidad del sistema. Es previsible que se realicen al año unas 12.000 llamadas, lo que valoramos de forma muy positiva, ya que preveemos solucionar miles de ellas, que antes entraban directamente en Emergencias, y así dejamos la emergencia para lo que tiene que ser.

La cooperación en el espacio sociosanitario es la vía adecuada de atender de forma adecuada a los ciudadanos de ese ámbito, ya que la cooperación es compartir el mismo objetivo, pues como reza el título, en la vida si quieres llegar rápido, camina solo, pero si quieres ir lejos, camina acompañado.

## **Sesión de Comunicaciones Orales Breves.**

**Sala A3-1.**

**Jueves, 8 de noviembre / 10:30 h. – 11:30 h.**

**Crónicos.**

**CB – 226 / CB – 237**

**CB - 226.- ESTRATIFICACION DE LA POBLACION EN SALUD MENTAL DE GIPUZKOA.**

LEKUONA-SANZ L, IRUIN-SANZ A.

RED DE SALUD MENTAL DE GIPUZKOA. DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN.

**OBJETIVOS:**

El Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, dentro de la Estrategia de Cronicidad, señala en su Proyecto 1 "Estratificación de la población" la necesidad de adoptar un enfoque de salud poblacional en la Comunidad Autónoma del País Vasco que permita, en base a su estratificación, el diseño de intervenciones específicas que se adapten a sus necesidades de atención. En el año 2012, este enfoque se ha trasladado a los Contrato-Programa de las diferentes Organizaciones y ha obligado a la elaboración de un modelo de estratificación en Salud Mental para la población de Gipuzkoa.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Partiendo de la Pirámide de Kaiser, y con la información obtenida del CMBD del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Donostia, los registros de altas de los hospitales concertados de media y larga estancia y el registro de casos psiquiátricos de la Red de Salud mental de Gipuzkoa, se realizó un análisis de casos para su posterior asignación a los niveles de la pirámide: Gestión de Caso, Gestión de Enfermedad y Gestión de Autocuidados.

**RESULTADOS:**

Del análisis efectuado, se ha construido una Pirámide de Estratificación que gira en torno al concepto de Psicosis, como modelo de cronicidad en psiquiatría englobando grupos diagnósticos de Esquizofrenia y Trastorno Bipolar.

□ En la parte de Gestión de Casos, y siguiendo la lógica de hacer una búsqueda proactiva de pacientes graves y en riesgo, hemos seleccionado a aquellos pacientes (un total de 165) que habiendo tenido un ingreso psiquiátrico en 2010, no tuvieron seguimiento ambulatorio a lo largo de 2010 y 2011. Se ha creado una base de datos con estos pacientes, a fin de clasificarlos por diagnósticos y analizar las causas por las que los casos con diagnóstico de Esquizofrenia o Trastorno Bipolar no tuvieron continuidad en su atención.

□ En gestión de Enfermedad, hemos incluido los pacientes que se encuentran dentro de nuestros procesos asistenciales de Tratamiento Ambulatorio Involuntario y Singularizado de Esquizofrenia. Igualmente hemos incluido los pacientes con Trastorno Bipolar que tuvieron uno o más ingresos hospitalarios en 2011; así como los pacientes ingresados en las Unidades Psicogerítricas.

□ En Gestión de autocuidados, nuestro propósito es realizar una oferta de grupos psicoeducativos para pacientes y/o familiares de pacientes con los diagnósticos señalados, de manera homogénea en todos nuestros Centros.

**DISCUSIÓN:**

Por el momento, nos encontramos aún en una fase temprana de esta forma de intervención. Sin embargo, algunos antecedentes de intervención que llevábamos en esta misma línea de aseguramiento de la atención prestada a los casos más graves, parecen indicar una mejor retención de los casos y una reducción de los ingresos hospitalario.

**CB - 227.- ASISTENCIA PSIQUIATRICA DOMICILIARIA AL ENFERMO CRONICO.**

CORTAJARENA-GARCIA C, HERRERO-DÍAZ S, ASPIAZU-GÓMEZ PJ, RUIZ DE APODACA-FERNANDEZ DE ERIBE JA, GALDÓS-TOBALINA P, GUTIERREZ-SOLANA B.

CENTRO DE SALUD MENTAL DE LLODIO. LLODIO (BILBAO).

**OBJETIVOS:**

Nuestro Centro de Salud Mental (CSM) atiende población dispersa, rural y alejada de los limitados recursos sociosanitarios. La desinstitucionalización generó una situación compleja. La gestión de recursos pasa de un contexto centralizado (hospitalización) a otro comunitario donde la atención recae en los CSM. Fue un avance, pero los CSM se masifican por patologías "menor" y falta tiempo para la asistencia domiciliaria. En nuestra zona la dispersión margina al enfermo en su entorno o inicia una evolución de ingresos y reingresos. Además la propia patología mental, la falta de colaboración, de iniciativa y la desorganización vital se suman para limitar un nivel óptimo de funcionamiento. El envejecimiento del sostén familiar nos obliga a ser un primer referente.

Reorganizarnos y priorizar la asistencia al Trastorno Mental crónico.

Acercarnos al enfermo y entorno facilitando la continuidad de cuidados y adherencia.

Proporcionar tratamiento in situ en crisis.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se facilita la comunicación telefónica el mismo día con los referentes.

Si el paciente deja de acudir al CSM es quien contacta.

Se registran los datos del paciente, motivo de la intervención, tipo y el planteamiento terapéutico.

En plazo breve acuden al domicilio dos personas, una de ellas el facultativo.

**RESULTADOS:**

Implantado en septiembre 2010 hasta la fecha han sido 39 intervenciones.

En 2010 el 60% eran T. psicóticos y el 20% T. afectivos; en 2011 el 73% T. psicóticos y 20% T. afectivos y en 2012 70% t. psicóticos, 10% deterioro cognitivo. Casi un 20% del total otras patologías.

**DISCUSIÓN:**

Las intervenciones comunitarias han ido in crescendo, marcando la necesidad de un programa así.

Como esperábamos, el 70% de las intervenciones son en psicóticos. Los T. afectivos, bien por la duración o por la gravedad del episodio, se benefician del programa debido a sus limitaciones funcionales. En todos los casos hemos realizado un seguimiento comunitario hasta retomar las consultas en el CSM excepto en edad avanzada.

Observamos:

Aunque uno de los objetivos es la atención en crisis, ha supuesto solo un 2%. Es más resolutivo el procedimiento habitual para los ingresos psiquiátricos.

El beneficio no solo limitado a psicosis crónica, también en otras patologías disfuncionales.

Conocemos mejor la situación real del paciente apoyando su adherencia.

Los recursos están escorados hacia el psicótico o con incapacidad mental. No encajan otras patologías.

Hay una necesidad de ofertar apoyo especializado al deterioro cognitivo con alteración conductual.

Es un paso adelante en nuestra labor asistencial:

Al alta hospitalaria se ofrece una contención más estructurada.

El tratamiento en su medio facilita el acercamiento al equipo asistencial.

La familia se apoya en el equipo y colabora más en el tratamiento.

Nos permiten acceder y enseñarles a ser corresponsables en su evolución.

El paciente se implica más en el tratamiento y en otros aspectos (vida cotidiana y nivel social, ocupacional o relacional).

**CB - 228.- ATENCION AL PACIENTE CRONICO COMPLEJO Y FRAGIL EN UN  
HOSPITAL TRAUMATOLOGICO DE TERCER NIVEL.**

MEJÓN-BERGÉS R, JOVÉ-RIERA A, OLIVERAS-GIL M.

HOSPITAL VALL D'HEBRON. BARCELONA.

**OBJETIVOS:**

En las últimas décadas estamos asistiendo a un envejecimiento progresivo de la población; una de las consecuencias inmediatas de este efecto es el rápido aumento de pacientes con múltiples enfermedades crónicas.

Esta cronicidad implica una sobre utilización de recursos hospitalarios, más acusado cuando los pacientes presentan determinados diagnósticos. Por ello el Consejería de Salud de Catalunya ha considerado prioritario el abordaje de los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes mellitus, infección de vías urinarias y neumonía.

El objetivo es analizar el impacto que representa la asistencia de los pacientes con pluripatología (frágiles) cuando son atendidos en un hospital traumatológico de tercer nivel.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Del total de pacientes quirúrgicos de los Servicios de COT, Cirugía Plástica y Neurotraumatología que han cursado alta hospitalaria durante el año 2011, se han seleccionado dos grupos: 1. aquellos que presentan como diagnóstico secundario insuficiencia cardíaca congestiva, EPOC, insuficiencia respiratoria aguda y crónica y diabetes mellitus; 2. los pacientes sin patología crónica compleja.

Se ha analizado la estancia media, mortalidad, complicaciones durante el ingreso y destino al alta del paciente para cada uno de los dos grupos.

**RESULTADOS:**

Del total de altas quirúrgicas analizadas (4.085), un 15 % de los pacientes presentaban una patología crónica asociada y su estancia media fue 5 días superior a la del resto de los pacientes atendidos.

También tuvieron más complicaciones durante el ingreso, un 4,7% frente al resto de pacientes con un 3,6%.

La mortalidad se situó en el 7,7%, siendo para el otro grupo de pacientes de 0,7%.

Los pacientes crónicos fueron derivados a un centro socio-sanitario u otro hospital en el 24% de las altas, mientras que el resto de pacientes sólo en el 13%.

**DISCUSIÓN:**

La atención de los pacientes con patología crónica implica mayor consumo de recursos hospitalarios y mayor necesidad de atención sociosanitaria.

Los resultados obtenidos han originado la creación de grupos de trabajo para el desarrollo de guías de manejo de pacientes crónicos/pluripatológicos que den soporte a una asistencia integral a través de equipos multidisciplinares.

## **CB - 229.- REVISIÓN DEL PROYECTO PILOTO DE IMPLANTACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN PARA REDUCIR EL RIESGO DE DIABETES EN ATENCIÓN PRIMARIA.**

SILVESTRE-BUSTO C, GRANDES-ODRIOZOLA G, SAUTO-ARCE R, SÁNCHEZ-PÉREZ A, MARTINEZ-CARAZO C. (PREDE) GRUPO DE PREVENCIÓN DE DIABETES EUSKADI.

OSAKIDETZA - COMARCA GIPUZKOA. DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN.

### **OBJETIVOS:**

Evaluar la factibilidad y efectividad del programa de prevención de Diabetes Tipo 2 (DEPLAN) en población con alto riesgo (Findrisc igual o mayor de 14 puntos) frente a los cuidados habituales en los centros de atención primaria de Osakidetza, como previo a generalizar el programa a toda la red de Osakidetza.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Ensayo clínico fase IV, aleatorizando 14 centros apareados por Comarca, 7 asignados al grupo de intervención, intervención DEPLAN y 7 al de control, que realizan el mismo cribado y evaluación y reciben el consejo y recomendaciones establecidos en la guía de Osakidetza.

Sujetos: Personas entre 45 y 70 años, no diabéticas, que acuden a consulta por cualquier motivo, y se les detecta alto riesgo de desarrollar una Diabetes tipo 2, determinado con el test de Findrisc. Periodo: 2011-2012.

Intervención DEPLAN: programa sobre modificación de hábitos de vida que está estructurado en una parte intensiva (4 talleres grupales: 1. Riesgos y consecuencias de la diabetes, 2. Alimentación equilibrada, 3. Actividad física y 4. Motivación) y una continuada de seguimiento mensual, no presencial, a través de la plataforma telemática de consejo sanitario, que se mantiene durante 2 años.

Muestra: 1008 participantes para conseguir una reducción del riesgo de Diabetes T2, al menos en el 35% de participantes de los centros de intervención frente a los de control y una diferencia de 25% en el nº de participantes que debutan con diabetes.

Revisión anual. En enero de 2012 se realiza una revisión de los resultados para identificar dificultades y proponer alternativas. La captación es más baja que la esperada y se necesita la colaboración médica para mejorarla (pocos pacientes de la consulta de enfermería son candidatos). Se han presentado y debatido los resultados en los centros participantes y se ha incluido el programa como objetivo en su Contrato de Gestión Clínica.

### **RESULTADOS:**

En 2011 se cribaron 1300 personas resultando 737 (56,8%) de alto riesgo y realizaron intervención 242 (72% de las de alto riesgo) participantes en los centros control y 77 (20%) en los centros intervención.

Hasta mayo de 2012 el cribado de pacientes alcanza 940 personas resultando de alto riesgo 419 (44%) y realizan intervención 114 (71%) en los centros control y 99 (38%) en los centros de intervención.

Durante todo el proceso, de 687 personas evaluadas con sobrecarga oral de glucosa, se han diagnosticado 82 (12%) nuevos pacientes diabéticos.

### **DISCUSIÓN:**

El cribado de los centros de intervención es superior al de los centros control, pero los sujetos de riesgo aceptan mejor una intervención más corta que la participación en talleres. Por otra parte, la intervención DEPLAN es muy bien valorada por las enfermeras que la imparten y por las personas participantes.

La revisión de progreso con información, estimula la colaboración de los profesionales, así como el alto porcentaje de “diabetes ignorada” que se ha diagnosticado en el proceso de evaluación de los participantes.

## **CB - 230.- UNIDAD DE NUTRICIÓN EN UN HOSPITAL DE MEDIA LARGA ESTANCIA: RESULTADOS PRIMER AÑO.**

ZAMORA-CAPITAN M, MERINO-PLAZA MJ, CARVAJAL-GAGO C, TENLLADO-DOBLAS P, CASTILLO-BLASCO M, ROCA-CASTELLÓ MR.

HOSPITAL DR MOLINER. SERRA (VALENCIA).

### **OBJETIVOS:**

La Unidad de Nutrición se pone en marcha en nuestro hospital con los siguientes objetivos:

- Concienciación del problema de la desnutrición hospitalaria.
- Desarrollo de guías de actuación.
- Realización de un cribado nutricional sistemático.
- Valoración Nutricional Completa.
- Y finalmente intervención nutricional.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se incluyen todos los pacientes valorados por la unidad durante el año 2011 que tienen una valoración tanto al ingreso como al alta hospitalaria.

Se recogen variables analíticas, antropométricas, así como el tipo de desnutrición (proteica, calórica o mixta) y el grado de la misma (leve, moderado o severo).

### **RESULTADOS:**

- La muestra se compone de 92 pacientes; el 51,1% son varones; el 79,4% son mayores de 60 años.
- Destino al alta: un 10,9% exitus, el 85,9% alta hospitalaria, un 2,2% fue trasladado a otro hospital y un 1,1% solicitó alta voluntaria.
- El IMC al ingreso: 16 en un 3,3%; entre el 16 y el 18,4 el 11,9% y  $\geq 18,5$  el 84,8%. Al alta: IMC16 0%, entre 16 y 18,4 el 8,7% y  $\geq 18,5$  el 91,3%.
- El pliegue tricipital (en percentiles) al ingreso fue 5 el 7,6%, entre 5 y 10 el 8,7% y 10 el 83,7%; al alta 5 el 7,6%, entre 5 y 10 el 6,5% y 10 el 85,9%.
- El filtro nutricional CONUT al ingreso fue: entre 0 y 4 (normonutrido o desnutrición leve) el 51%, superior a 5 (desnutrición tanto moderada como grave) el 47,9%; al alta 80,2% y 19,8% respectivamente.
- La albúmina (en g/L) al ingreso: 2,8 el 23,9%, entre 2,8 y 3,5 el 60,9% y 3,5 el 15,2%; al alta, 2,8 el 8,7%, entre 2,8 y 3,5 el 54,3% y 3,5 el 37%.
- Los linfocitos al ingreso: 800 el 9,8%, entre 800 y 2000 el 64,1% y 2000 el 26,1%; al ingreso, 800 el 2,2%, entre 800 y 2000 el 52,1% y 2000 el 45,7%.
- El tipo de desnutrición fue al ingreso: normonutrido el 14,1%, desnutrición calórica el 5,4%, desnutrición proteica el 62% y desnutrición mixta el 18,5%; al alta, normonutrido el 46,7%, desnutrición calórica el 3,3%, desnutrición proteica el 43,5%, desnutrición mixta el 6,5%.
- El grado de desnutrición al ingreso fue: leve el 26,1%, moderado el 31,5% y grave el 28,3%; al alta fue leve el 20,7%, moderado el 16,3% y grave el 16,3%.

### **DISCUSIÓN:**

-La intervención nutricional consiguió reducir el porcentaje de desnutrición de forma significativa, destacando el importante ascenso en el grupo de los normonutridos (del 14,1% al 46,7). Igualmente se redujo la gravedad de los pacientes desnutridos, sobre todo en los grupos de desnutrición moderada y severa.

-La principal forma de desnutrición observada en nuestro medio es la proteica con diferencia respecto a la calórica. Asimismo la desnutrición proteica fue más sensible a la intervención nutricional que la calórica.

-Estos resultados animan a seguir en la misma dirección; no obstante sería deseable realizar un posterior estudio que analice qué tipo de patología se beneficia más de la intervención nutricional así como de los beneficios económicos que la valoración y la posterior intervención nutricional comportan.

**CB - 231.- ESTRATEGIA EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE LA UNIDAD DE DÍA DE UN HOSPITAL DE SUBAGUDOS Y RESIDENCIAS GERIÁTRICAS.**

DEL OLMO-MOCHOBE I, SÁNCHEZ-SÁNCHEZ J, MARCOS-ESCRIBANO L, GÓMEZ-PÉREZ L, ROLDAN-LARRASOAIN MJ, MAGDALENO-QUINTANAL AI.

HOSPITAL SANTA MARINA. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

**ANTECEDENTES:**

Nuestro hospital ofrece un cuidado integral y adecuado a la condición del paciente crónico de Bizkaia, en coordinación con Atención primaria, Servicios sociales y otros Organismos, para mejorar su calidad de vida y facilitar su regreso al entorno habitual.

Desde la implementación de la Unidad de Día en nuestro centro se ve la necesidad de coordinar la continuidad de cuidados del paciente con Residencias geriátricas, ya que con Atención Primaria está garantizada por acuerdos corporativos.

**OBJETIVO GENERAL:**

Establecer acuerdos de coordinación entre residencias geriátricas y la Unidad de Día de un hospital de subagudos para asegurar una continuidad de cuidados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se acuerdan requisitos mínimos de información en documento de derivación sobre cuidados integrales de los pacientes de dos residencias del área de influencia del hospital.

Se elabora un documento de continuidad de cuidados al alta desde nuestra Unidad de Día.

Se implanta este nuevo sistema de información y comunicación entre las dos residencias y nuestra Unidad.

Medición del grado de coordinación entre los dos niveles asistenciales a través de indicadores consensuados.

**RESULTADOS:**

Se establecen acuerdos con dos residencias, una de ellas pertenecientes a la Diputación Foral de Bizkaia y otra a una Fundación privada.

Tras su puesta en marcha se inicia el período de recogida de datos que concluirá en septiembre de 2012.

**DISCUSIÓN:**

Las expectativas que tenemos a través de estos acuerdos son las derivadas de que al paciente debemos garantizarle el seguimiento del tratamiento y cuidados, independientemente de que su situación funcional le obligue a cambiar de nivel asistencial y por lo tanto de equipo de trabajo, contribuyendo con una mejora en la calidad de su atención.

Estos acuerdos han sido muy bien acogidos tanto por parte del personal de las residencias como de nuestro hospital.

**CB - 232.- ¿CONOCEMOS REALMENTE EL IMPACTO BIOPSICOSOCIAL DEL INGRESO EN UN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO?.**

LARRAÑAGA-GARAIKOETXEA N, GARCIA-GONZALEZ M, TELLERIA-ASTARLOA A, RODRIGUEZ-LORENZO MJ, BEREZIARTUA-UNZUETA A, CRESPIAN-AMAS A.

OSI DEBABARRENA. COMARCA BAJO DEBA (GUIPÚZKOA).

**OBJETIVOS:**

Retratar holísticamente el estado del paciente pluripatológico incluido en el Programa PAI (Paciente pluripatológico) al alta hospitalaria y conocer sus dependencias y necesidades bio-psico-sociales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio Descriptivo Observacional, se han recogido datos sobre variables cuanti-cualitativas entre marzo de 2011 y Mayo de 2012 durante un año. Los datos han sido rescatados de las valoraciones realizadas por la Enfermera Referente del proyecto. Estos datos han sido mecanizados y procesados en una "base de datos access" que ha sido diseñada, creada y gestionada exclusivamente por personal de enfermería. Tamaño de muestra, todos los pacientes incluidos en el programa PAI, alcance 175 pacientes pluripatológicos. El análisis de las variables según tipo han sido reevaluadas entre 321-581 ocasiones. La media de edad de la población estudiada ha sido de 77 años (Rango 55-96 años) entre los cuales el 44% son mujeres y el 56% son hombres.

**RESULTADOS:**

GRADO DE DEPENDENCIA para las AVD según escala Barthel (60 pts): Media 60,38 Dependencia de moderada a total.

GRADO DE DEPENDENCIA para las AVDI según escala Lawton y Brody : Media 2,4 representa una dependencia GRAVE TOTAL.

GRADO de DETERIORO COGNITIVO según escala PFEIFFER: Media 1,69 errores que representa un grado de deterioro moderado GRAVE.

69,35% de los pacientes, presenta un RIESGO ELEVADO sufrir CAIDAS según escala Tinetti (24 pts).

81% de los pacientes, presenta RIESGO de presentar UPP según escala Gosnell modificada (18 pts).

33% de los pacientes presentan RIESGO SOCIAL al ALTA, y el 67/86% NO MANEJA NINGUN RECURSOS SOCIOSANITARIO.

33% de los pacientes cuentan con CUIDADOES que SOPORTAN SOBRECARGA y cansancio.

**DISCUSIÓN:**

Es evidente que el paciente pluripatológico de por sí es un paciente "frágil" al que hay que añadir el desgaste que supone padecer una recaída en su estado de salud basal y el consecuente ingreso hospitalario. Debido al impacto hospitalario los pacientes se vuelven mas dependientes, alcanzando cotas de grado de dependencia muy elevados como los mostrados anteriormente con el Barthel (media 60) y Lawton y Brody (media 2,4), con Pfeiffer (media 1.69) al que hay que añadir el elevado riesgo de padecer UPP y de sufrir caídas junto con la sobrecarga de sus cuidadores. Este marco nos sitúa en la necesidad de diseñar un plan de cuidados, integral e integrador que supla las necesidades y/o ayude a recuperar y/o aumentar la autonomía el paciente en su domicilio y evitar así reingresos hospitalarios y recaídas fortaleciendo el entorno social del paciente.

**CB - 233.- INNOVACIÓN ORGANIZATIVA: IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD DE DÍA EN UN HOSPITAL DE SUBAGUDOS.**

URIGOITIA-UGARTE A, MARTINEZ-MARTINEZ LAURA, GARCIA-PEÑA P, GIL-MOLET A, HERRERIA-LAHERRAN R, HERNANDEZ-GIL A.

HOSPITAL SANTA MARINA. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Dar a conocer el proyecto de creación de una unidad de hospitalización de día en un hospital de subagudos, como modelo asistencial alternativo a la hospitalización convencional en el circuito de la atención al paciente crónico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Para conocer la tipología de paciente que podría beneficiarse de esta modalidad asistencial realizamos un estudio descriptivo retrospectivo del porcentaje de altas y procedencia de los pacientes que acudieron durante el último año a nuestro Servicio de Urgencias por reagudización de su patología crónica.

En marzo de 2011 se aprobó la propuesta de proyecto por el Comité de Dirección del centro y la Oficina de la Estrategia de la Cronicidad.

Se realizó la obra de remodelación de espacios para cubrir las necesidades para poder dar asistencia bajo esta modalidad.

En noviembre de 2011 se organizó el equipo de proyecto recibiendo sus miembros un Curso de Formación en gestión por proyectos.

Tras esta etapa inicial comenzamos la etapa de Diseño y Planificación de la UHD en febrero de 2012.

Se constituye el equipo de trabajo integrado por médicos y personal de enfermería del hospital.

Se elaboró una propuesta de cartera de servicios así como la elección de las guías clínicas de actuación integrada para trabajarlas y consensuarlas con médicos de residencias colaboradoras y atención primaria.

Registramos y analizamos los datos de actividad durante los dos primeros meses desde su implantación.

**RESULTADOS:**

De la totalidad de los pacientes atendidos en nuestro Servicio de Urgencias durante el año 2010 el 32,69% fueron dados de alta a su domicilio habitual.

Del número total de altas desde el Servicio de Urgencias en 2010, el 64% acudieron por iniciativa propia, el 19% fueron derivados desde Atención Primaria, seguido de un 10% que lo hicieron desde Urgencias extrahospitalarias y un 7% desde residencias geriátricas.

Tras analizar los datos de los dos meses transcurridos desde la implantación de la Unidad de Día se observa que el porcentaje de altas alcanza un 60%.

El 64% de altas atendidas bajo la modalidad de hospitalización de día fueron remitidos desde el Servicio de Urgencias, el 24% desde atención Primaria, el 4% desde residencias geriátricas y un 8% fueron derivados desde Consultas Externas.

**DISCUSIÓN:**

Se ha duplicado el porcentaje de altas de los pacientes atendidos de forma no programada pero precoz en la nueva Unidad de Día.

Se ha observado un aumento considerable del porcentaje de pacientes derivados desde Atención Primaria. El plan de divulgación de la implantación de la Unidad de Día en nuestro hospital ha tenido una buena respuesta por parte de Atención Primaria reflejada en el

incremento del número de derivaciones precoces lo que supone una disminución de los ingresos en las plantas de hospitalización. Concluimos la necesidad de desarrollar un plan de difusión con las residencias geriátricas de cara a fomentar derivaciones programadas de reagudizaciones precoces, evitando el paso por los servicios de urgencias.

**CB - 234.- ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA.**

ERAÑA-ARANAGA I, MATTHIES-BARAIBAR MC, MARTÍNEZ-MAGUNACELAYA J, LOPEZ-ORTIZ M, LARRINAGA-VELEZ M, URIARTE-URIARTE JJ.

SEDE RSMB. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

La Red de Salud Mental de Bizkaia ha priorizado la atención, a través de programas específicos, a las poblaciones con enfermedad mental más vulnerables y con mayor necesidad de coordinación del tratamiento, donde los planes de atención individualizados son el garante de una atención integral y continuada.

Se plantea implantar un programa que tiene por objetivo atender de una manera más diferenciada a las personas afectadas de Trastorno Mental Grave que son atendidas en los Centros de Salud Mental.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se definió el programa estableciendo los objetivos, la identificación de la población (basada en criterios diagnósticos, duración de la enfermedad y presencia de discapacidad), la metodología de elaboración del plan de atención individualizada (PAI), las intervenciones básicas a realizar según las recomendaciones de las guías de práctica clínica (optimización de tratamiento farmacológico, control de patología orgánica asociada, psicoeducación, etc.) y la metodología de evaluación de los casos y del programa.

Se realizó una sesión de presentación del programa a los jefes de CSM y seguidamente sesiones formativas a los profesionales asistenciales, centradas en la elaboración de planes de cuidados y en el uso de HoNOS (escala de evaluación para la detección y seguimiento de los principales problemas que requieren actuación).

Los pacientes se van incluyendo de forma progresiva en el programa. Para ello cada CSM reserva un espacio de tiempo (1-2 horas) a la semana para dedicarlo exclusivamente a una reunión de equipo en la que se elaboran, consensúan y revisan los PAI y se cumplimentan las escalas de evaluación.

**RESULTADOS:**

En el momento actual, el programa se encuentra en una fase incipiente de despliegue. Se espera que al finalizar el año la población con TMG de curso crónico que dispone de un plan de cuidados individualizado pase del 10% al 23%, lo que significa incluir en el programa a 600 pacientes. El despliegue del programa garantizará el establecimiento de, por una parte, actuaciones clínicas básicas de acuerdo con las guías de práctica clínica y, por otra, de indicadores relevantes gracias a la aplicación sistemática de escalas de evaluación de gravedad y mejoría clínica, de discapacidad y de calidad de vida.

**DISCUSIÓN:**

La mayoría de personas afectadas de enfermedad mental grave de evolución crónica reciben tratamiento en los Centros de Salud Mental. La elevada presión asistencial y las dificultades de coordinación dentro del circuito asistencial dificultan la atención a los pacientes con mayores necesidades asistenciales. La individualización de esta población y asociación de la atención a planes de cuidados individualizados ha de suponer, sin duda, una mejora significativa de la calidad asistencial.

**CB - 235.- LAS SESIONES CLINICAS COMO ESTRATEGIA DE GESTION DE RECURSOS Y DEL CONOCIMIENTO.**

GUTIERREZ-ENCINAS I, BONILLO-CABALLERO M, POP VD, RODRIGUEZ-BONILLO I, MARTINEZ-VELASCO L, MARCOS-BORRAS I.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT JOAN DE REUS. REUS (TARRAGONA).

**OBJETIVOS:**

La atención a pacientes con heridas, ya sean agudas o crónicas constituye un importante reto tanto para los pacientes que lo padecen como para los profesionales implicados, ya que resulta un importante problema de salud con consecuencias a diferentes niveles.

- calidad de vida para los pacientes.

- utilización de tiempo de asistencia de enfermería y recursos.

La implantación de una metodología de trabajo de evaluación de la efectividad de las curas, ha permitido realizar una gestión de recursos en tiempos de crisis.

Los objetivos planteados;

- Unificar criterios y pautas de actuación en el manejo de curas crónicas.

- Disminuir la variabilidad en las curas.

- Disponer de un espacio para la discusión de casos y compartir el conocimiento

- Asegurar el uso racional y óptimo de los recursos materiales y humanos.

- Contención del gasto en productos dermatológicos de 10% respecto al 2010.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio retrospectivo. Ámbito de estudio, unidad de convalecencia y cuidados paliativos.

Se hizo una revisión del plan de curas de los pacientes ingresados durante el 2011 que tuvieron heridas consideradas crónicas. Las úlceras por presión se descartaron.

Mediante el registro tanto escrito como fotográfico se puede evaluar la efectividad de la cura realizada: se evaluaron el cambio de tratamiento en la cura, administración de la curas, cambios de apósitos.

Análisis del gasto en productos dermatológicos, comparándolo con el ejercicio 2010.

Revisión de los stock de almacén, y del catálogo de productos dermatológicos.

Cursos de formación sobre curas crónicas y utilización de productos

**RESULTADOS:**

Estudio de 30 pacientes, 33 heridas consideradas como crónicas durante el 2011.

Consolidación de las Sesiones semanales de revisión de tratamiento de curas como procedimiento interno de la unidad. Y se protocolizó el registro de curas en plantilla informática H-Net y registro fotográfico.

Disminución de la variabilidad de las curas: se realizaron las curas cada 42-72h según el material utilizado y recomendaciones técnicas. Respetándose la decisión del tratamiento hasta la siguiente sesión o evolución de la herida.

Reducción de un 48% del gasto en productos dermatológicos respecto al año anterior pero sin dejar de lado la calidad de las curas.

Se han impartido 2 sesión de formación en la unidad, y 3 por diferentes servicios, llegando incluso a atención primaria .

Satisfacción profesional de todos los integrantes del equipo.

**DISCUSIÓN:**

Poder discutir los procesos y evolución de las heridas crónicas de los pacientes ha sido muy bien valorado por todos los miembros del equipo.

Poder compartir los conocimientos con el resto de compañeros, enriquece tanto a los veteranos como a los de nueva incorporación.

Optimizar los recursos, teniendo conocimiento de los nuevos productos y su buen uso.

Otro de los puntos fuertes encontrados ha sido que han mejorado los registros, las altas de enfermería y por lo tanto la información para el continuum asistencial.

**CB - 236.- ICTUS Y SEXO ¿POSIBLE?.**

LARRINAGA-LLAGUNO M, DE LA HOZ-AIZPURU F, BILBAO-SAEZ DE PARAYUELOS I, LARRINAGA-LLAGUNO N, PORTUONDO-JIMENEZ J, GONZALEZ-REGUERO A.  
HOSPITAL DE BASURTO. BASURTO (BILBAO).

**OBJETIVOS:**

El ictus es la primera causa de invalidez permanente entre las personas adultas, personas que son sexualmente activas. Por ello, con frecuencia, las personas que han sufrido un ictus, se preguntan haber si van a poder volver a practicar sexo, si la medicación dificultara la función sexual o si el sexo supone un riesgo de que se produzca un nuevo ictus.

El personal de enfermería como bien sabe, la sexualidad es una de las necesidades básicas que incluso Virginia Henderson contempló entre sus teorías, por ello, es imprescindible que el personal de enfermería ayude a los pacientes que han sufrido un ictus, a recuperar lo antes posible la posibilidad de mantener relaciones sexuales con su pareja.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- Dado que el paciente que ha sufrido un ictus debe aceptar los cambios que ha sufrido su cuerpo, el personal de enfermería le enseñara técnicas que le ayuden a tener paciencia y terminara aceptando que su cuerpo a cambiado pero sigue siendo el suyo.
- se le aconsejara que hable con su pareja, ya que es muy importante, porque los temores que no se expresan pueden llevar a evitar los encuentros íntimos y ello solo desencadena ansiedad.
- se le explicara que el temor a sufrir un nuevo ictus durante el acto sexual es generalmente infundado.
- se le aconsejara que cuando tenga una relación sexual comience despacio, sin sentirse presionado, estando descansado y cuando disponga del tiempo suficiente.
- si su sentido del tacto se ha visto parcial o totalmente afectado, es mejor que su pareja se aproxime por el lado sano, de forma que pueda sentir el estímulo y responder adecuadamente.

**RESULTADOS:**

Habitualmente no son temas que se contemplan en el hospital, dada que entre las necesidades básicas del paciente nos centramos en la atención de otros cuidados los propios profesionales de enfermería y por otro lado, porque el mismo paciente no sabe cómo abordar el tema y es ya cuando ve que recupera parte de sus limitaciones o cuando vuelve al domicilio cuando se plantea estas dudas, es por ello, que el instruirle este tema, sin que responda a ninguna demanda, resulta un alivio sobre el planteamiento del tema y sobre posteriores dudas.

**DISCUSIÓN:**

El paciente que ha sufrido un ictus es capaz de reconocer sus propias limitaciones y abordar el tema con la información que se le ha planteado, por lo cual ve en el profesional de enfermería un grupo de apoyo para el abordaje de las dudas planteadas.

**CB - 237.- INTERVENCION ENFERMERA EN EL PACIENTE QUE ACUDE AL SERVICIOS DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE SUBAGUDOS.**

ESTEBAN-OLALLA MB, CANTERO-CALDERÓN M, CARCEDO-CORRAL MC, SÁNCHEZ-CADAVEIRA JA, PÉREZ-POLO P, VILLAMOR-GOROSPE F.

SERVICIO DE URGENCIAS. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

**ANTECEDENTES:**

En el año 2008, en el contexto de la transformación de nuestro centro como hospital de subagudos se ve la necesidad de crear un Servicio de Urgencias independiente de hospitalización, especializado en las reagudizaciones de los pacientes crónicos de nuestra provincia.

Tras el aumento progresivo de la actividad (pacientes atendidos y número de altas a domicilio), la percepción de una forma de trabajo no sistematizada y el aumento de la rotación de personal de enfermería del Servicio consideramos en 2009 la elaboración de una guía de valoración y actuación adaptada a la tipología de nuestros pacientes.

**OBJETIVOS:**

Homogeneizar las actuaciones de enfermería al paciente atendido a través de un protocolo.

Agilizar los tiempos de intervención enfermera.

Servir de guía a la cumplimentación de los registros de enfermería.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

La elaboración de esta guía se ajusta a los requerimientos de la documentación del proceso de urgencias y los requisitos legales de cumplimentación de Historias clínicas.

Hemos revisado distintas escalas de valoración de pacientes frágiles ya validadas, y las hemos simplificado para adaptarlas al tipo de atención urgente que ofrecemos a nuestros usuarios. De igual modo, protocolizamos pautas de actuación y consensuamos registros comunes para la atención al paciente crónico con EPOC e IC descompensada, que suponen un 60% del total de pacientes atendidos.

**RESULTADOS:**

El protocolo de actuación de enfermería resultante, es de aplicación en el 100% de los pacientes que acuden al servicio de urgencias.

El grado de cumplimentación tras la evaluación por la Comisión de Historias Clínicas es del 95%.

Las auditorías de la operativa del proceso Urgencias para la certificación según la norma de la ISO 9000-2008 de los años 2009, 2010 y 2011 confirma estos datos.

**DISCUSIÓN:**

Además de los resultados objetivos mencionados, percibimos una atención más ordenada, dado que la estandarización de nuestras actuaciones deja menos margen a interpretaciones subjetivas.

Por otro lado, la protocolización nos ha permitido una mayor autonomía y agilidad para la actuación diaria.

La información transmitida resulta eficaz tanto para el Personal de Enfermería de nuestro servicio como al de Hospitalización, además de servir de referencia al personal de nueva incorporación.

## **Sesión de Comunicaciones Orales Breves.**

**Sala A3-4.**

**Jueves, 8 de noviembre / 10:30 h. – 11:30 h.**

**Competencia Profesionales.**

**CB – 238 / CB – 249**

**CB - 238.- RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA CAPSULA ENDOSCÓPICA EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN INCIERTO.**

BAÑOS-MADRID R, SERRANO-LADRÓN DE GUEVARA S, MARTÍNEZ-OTÓN JA, MORÁN-SÁNCHEZ S, CARRIÓN-GARCÍA F.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA. CARTAGENA (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

La hemorragia digestiva de origen incierto (HDOI) representa entre el 5-8% de todas las causas de sangrado intestinal, siendo una de las principales indicaciones de la cápsula endoscópica (CE). De acuerdo con la actual definición de HDOI (tanto visible como oculta), para su diagnóstico es necesaria la realización de al menos una esófago-gastro-duodenoscopia (EGD) y de una colonoscopia. Aunque algunos algoritmos de manejo de la HDOI sugieren repetir la EGD antes de estudiar el intestino delgado con CE, otros autores apuntan que la decisión final debería basarse en la calidad de la primera EGD o en los hallazgos de la cápsula endoscópica; esto último ha sido apoyado por los resultados de algunos estudios retrospectivos publicados los últimos años.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Nuestro objetivo es determinar la utilidad de la CE en la HDOI con endoscopia digestiva alta y baja convencional negativas así como las características de los pacientes con esta entidad a los que se le realiza CE. Se revisa de forma retrospectiva 148 cápsulas con indicación de HDOI realizadas en el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Santa Lucía desde enero de 2009 hasta enero de 2012. Recogemos datos demográficos, clínicos y hallazgos de imagen.

**RESULTADOS:**

De los 76 pacientes remitidos para la administración de la CE por este motivo se le dio a 74 pacientes. El 43% eran hombres y el 57% mujeres con una edad media de 63 años. Diagnosticándose de alguna lesión que justificara este cuadro en pacientes 73% que tomaron la CE. El motivo de la petición fue anemia 52%, SOH 38%, hemorragia de origen oscuro 10%. El tiempo medio de paso en intestino delgado fue de 63 minutos, llegando a ciego en el 87% de los casos. Se observaron como lesiones más importantes angiodisplasias 47%, úlceras 27%, aftas 18% y tumores 8%. Sólo 14 pacientes presentaron sangrado activo durante la exploración. Y el número de complicaciones fue del 5% por obstrucción. La prevalencia del consumo de alcohol y tabaco fue del 10-12%. En cuanto a su medicación basal, el 52% de ellos tomaba IBP, el 41% algún tipo de relajante cardial, el 17% antiagregantes y el 7% anticoagulantes. El 35% tomaba AINE ocasionalmente. Sólo el 15% refería sintomatología digestiva alta.

**DISCUSIÓN:**

La CE ha llegado a ser el método diagnóstico no invasivo más importante para la evaluación del intestino delgado. Debido a ser un procedimiento no molesto y con pocas complicaciones es ampliamente aceptado por los pacientes, en contraste a otras exploraciones endoscópicas como la EGD.

El rendimiento diagnóstico de la CE es del 60,5% siendo éste similar a la enteroscopia de doble balón. Esta técnica nos permite realizar el diagnóstico en la mayoría de las ocasiones pero no permite realizar ninguna terapéutica sobre los hallazgos encontrados; si bien es la técnica de elección en la hemorragia digestiva de origen incierto.

Hemos comprobado su rentabilidad diagnóstica cuando la indicación es correcta y además se ha llevado a cabo el protocolo diagnóstico de este tipo de hemorragia.

**CB - 239.- JORNADAS DE HABILIDADES CLÍNICAS PARA ESTUDIANTES DE MEDICINA.**

GARCÉS-SAN JOSÉ C, PABLO-CEREZUELA FJ, JAVIERRE-LORIS MA, DENIZON-ARRANZ S, MONREAL-HIJAR A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ZARAGOZA.

**OBJETIVOS:**

El objetivo principal es disminuir el número de errores que se pueden producir en la práctica clínica diaria, suponiendo por tanto una mejora en la seguridad del paciente ofreciendo garantías de calidad para la atención a los pacientes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se organizaron unas jornadas de 10 horas de duración dirigidas a 75 alumnos de 5º y 6º de medicina. El programa estaba enfocado al manejo de distintas habilidades médicas con cinco talleres sobre cinco situaciones típicas diferentes: RCP básica, atención inicial al paciente politraumatizado, aparato locomotor (exploración, inmovilización, infiltraciones), manejo de vía aérea y exploración de fondo de ojo y otoscopia. Todos los talleres se realizaron con material docente de simulación.

**RESULTADOS:**

La actividad ha sido evaluada por los estudiantes mediante un cuestionario en el que se refleja la opinión sobre la organización de las jornadas, la duración, el material y una valoración general de éstas en la que 62 alumnos describen las jornadas como "Muy adecuadas" y 13 "Bastante adecuadas".

**DISCUSIÓN:**

A pesar de la gran cantidad de horas docentes vinculadas al aprendizaje teórico durante la carrera de Medicina, no se encuentra hueco para poner en práctica muchas destrezas que consideramos básicas. Estas herramientas permiten enseñar, entrenar y aprender actitudes muy importantes para la práctica clínica como son el trabajo en equipo o el uso del error como medio de aprendizaje. De esta manera permitimos una transición más segura de la teoría a la práctica tanto en habilidades muy habituales y sencillas como en aquellas poco comunes o con pacientes difíciles. Es nuestra responsabilidad facilitar, en la medida de lo posible, la mejor formación posible de nuestros profesionales y estudiantes para hacer realidad al menos uno de los principios fundamentales de bioética: el principio de la no maleficencia.

**CB - 240.- MANUALES DE COMPETENCIAS DE MÉDICOS Y ENFERMERAS DEL TRABAJO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ.**

HERCE-MUÑOZ AM, GALIOT-TORRES A, BREA-RIVERO P, MUÑOZ-CASTRO FJ.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. SEVILLA.

**OBJETIVOS:**

En el marco de la Gestión por Competencias de la Consejería de Salud, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) pone en marcha el Programa de Acreditación de Competencias Profesionales del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) para reconocer los logros de los profesionales e impulsarlos hacia su desarrollo profesional.

Como objetivo se pretende describir la puesta en marcha del Programa de Acreditación de Competencias de profesionales que desarrollan su actividad en el ámbito de la Medicina y Enfermería del Trabajo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Análisis descriptivo de los Manuales de Competencias de Enfermeras y Médicos del Trabajo. Se constituyeron respectivos Comités Técnicos Asesores (CTA) en los que colaboraron destacados profesionales del SSPA del ámbito de la Medicina y Enfermería del Trabajo, así como de la Asociación Andaluza de Medicina y Seguridad en el Trabajo. Estos CTA identificaron las competencias que debe poseer un profesional y las buenas prácticas presentes en el desempeño de su trabajo.

El trabajo fue realizado a través de reuniones presenciales y vía online a través de la Zona de Grupo de Trabajo ME\_jora G, que es un espacio concebido para facilitar el trabajo de cada grupo que permite compartir mensajes y ficheros entre los miembros del mismo.

**RESULTADOS:**

Se realizaron 12 reuniones presenciales de consenso con los miembros del CTA y se registraron en ME\_jora G 326 mensajes, validándose el contenido de las reuniones y asegurando la homogeneidad con el resto de manuales elaborados por ACSA, procediéndose posteriormente a su inclusión en la aplicación informática ME\_jora P, en la que se sustentan los procesos de acreditación de competencias profesionales.

Los manuales están estructurados en 5 Bloques y 10 Criterios comunes a todas las disciplinas, en los que se recogen los aspectos que promueven la calidad y la atención sanitaria en el SSPA.

Ambos manuales recogen las buenas prácticas específicas de las dos especialidades del trabajo, relacionadas con la prevención del riesgo, las condiciones laborales, las patologías derivadas del trabajo, la formación e investigación sobre la salud de los trabajadores, la valoración pericial en el caso de las incapacidades, el estudio de la salud individual y colectiva en sus relaciones con el medio laboral y la promoción de la salud en el ámbito laboral.

Los manuales se distribuyen de la siguiente forma:

- Competencias: 18 en el Manual de Competencias de Medicina del Trabajo y 17 en el de Enfermería del Trabajo.
- Buenas prácticas: 34 y 33, respectivamente.
- Evidencias: 73 y 75 respectivamente.

**DISCUSIÓN:**

El Programa de Acreditación de Competencias para profesionales de Medicina y Enfermería del Trabajo es pionero en el ámbito nacional y ofrece continuidad a los programas formativos elaborados por las Comisiones Nacionales de las especialidades de Medicina y de Enfermería del Trabajo.

**CB - 241.- DESPLIEGUE DE LA METODOLOGÍA ENFERMERA DENTRO DE LA RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA COMUNITARIA.**

ERAÑA-ARANAGA MZ, MORENO-CALVETE MC, LOPEZ-ZABARTE MP, FENTANES-HERNANDEZ L, DEL CAMPO-GONZALO MT, RODRIGUEZ-ITURRIZAR AI.

RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Describir la implantación y despliegue de la metodología enfermera en Salud Mental Comunitaria.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se hace una descripción del desarrollo y alcance del despliegue de la metodología enfermera en los Hospitales de Día y en el equipo del Tratamiento Asertivo Comunitario.

Para la implantación y despliegue de la metodología enfermera, se tuvo en cuenta aspectos como la formación en metodología enfermera de los profesionales, la elaboración de una hoja de valoración por dominios, la creación de grupos de trabajo y el desarrollo de guías estandarizadas de cuidados según la metodología NANDA, NOC y NIC.

Posteriormente la supervisión se encargó de difundir la información del despliegue de la metodología enfermera a los centros.

Además de esto, desde la comisión de investigación se ha establecido como línea la validación de los diferentes sistemas taxonómicos enfermeros: NANDA, NOC, NIC y los cuidados de enfermería de salud mental.

**RESULTADOS:**

Desde la dirección de enfermería, y con las supervisiones como elemento impulsor, se han puesto en marcha distintas acciones para favorecer la implantación y el desarrollo del uso de las Taxonomías enfermeras en la práctica asistencial.

Entre el año 2011-2012, el 70% de las enfermeras de comunitaria ha recibido formación y también se ha llevado a cabo dos cursos dirigido a los auxiliares de enfermería sobre metodología.

Se crearon 6 grupos de trabajo con las enfermeras de comunitaria ya formadas, que elaboraron unas guías estandarizadas de cuidados según la metodología NANDA, NOC y NIC (adicciones, infanto-juvenil, patología dual, trastorno mental grave, trastorno del ánimo y trastorno psicótico).

De forma paralela se procedió al despliegue en los centros realizando un seguimiento, observándose que en el primer semestre el 88% de los centros habían iniciado proceso de desarrollo de planes de cuidados de enfermería.

Para el segundo semestre del año 2012 está previsto realizar evaluación sobre la implantación y calidad de los planes de cuidados.

**DISCUSIÓN:**

La implicación desde la organización en la implantación y despliegue de la metodología enfermera es absoluta y así lo contempla el plan de gestión del 2012 que entre sus líneas incorpora potenciar el papel de enfermería mediante el desarrollo de la metodología enfermera priorizando su aplicación en y su aplicación en los cuidados de los usuarios con TMG.

Teniendo en cuenta que es imprescindible la utilización sistemática de una metodología enfermera como método ordenado para la aplicación de conocimientos científicamente avalados, la evolución de este despliegue en el ámbito comunitario está resultando exitosa. Además, desde el punto de vista profesional, la implantación se ve apoyada por una sólida base teórica que redundará en una mejora de la calidad asistencial y de la satisfacción de los profesionales.

**CB - 242.- NUEVOS ROLES DE ENFERMERIA (EGCA/EGEH) UN TRABAJO DE COORDINACION.**

RODRIGUEZ-RODRIGUEZ B, ALFAMBRA-VICENTE S, GONZALEZ-MACHO R, HERRANZ-GONZALEZ C, SARDUY-AZCOAGA I, TELLECHEA-RODRIGUEZ MO.

COMARCA BILBAO. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi se han implementado nuevos roles de enfermería mejor adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos complejos, los cuales precisan una atención intensiva y avanzada en el domicilio. Los nuevos roles tienen como objetivo lograr un modelo de cuidados enfermeros continuos y coordinados, elaborando planes de cuidados individualizados e integrales que tienen en cuenta no solo las necesidades socio-sanitarias del paciente sino también de sus cuidadores. El trabajo en equipo interdisciplinar garantiza la calidad asistencial. Entre los objetivos destacan la captación temprana de descompensación de las patologías crónicas de estos pacientes, en un intento de mantenimiento en el domicilio si la situación clínica lo permite, aplicando tratamientos avanzados. Con ello se persigue la reducción del número de ingresos hospitalarios innecesarios y visitas a urgencias, logrando además mejorar la satisfacción de los pacientes, cuidadores y profesionales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se ha realizado un pilotaje del proyecto desde enero a septiembre del 2011. Durante el mismo recibimos formación para el desarrollo de las competencias, se estableció el mapa relacional para la coordinación entre los diferentes equipos que intervienen en el cuidado de estos pacientes: AP, AE, Trabajadora social, o-sarean, PAC, Ayuntamiento, diputación..., siendo la enfermera gestora la encargada de integrar todas las actividades de cuidado que precise el paciente en el proceso de su enfermedad. Con el fin de garantizar las rutas asistenciales se consensuaron, entre diferentes profesionales de AP y AE, criterios clínicos que definían claramente al paciente estable e inestable, así como la actuación de la enfermera gestora en cada caso. Existe registro de la actividad en historia clínica, episodio con código cie para el mismo, se elaboraron formularios ad hoc para registro de actividad y posterior extracción de datos.

**RESULTADOS:**

A lo largo del pilotaje se recogieron datos relacionados con el proyecto que ya han sido analizados y presentados. Debido a los buenos resultados obtenidos y el ahorro económico que supone la actividad de los nuevos roles al lograr, entre otros, el objetivo de disminución tanto del nº de ingresos como visitas a urgencias, logro de altas precoces impulsadas por el seguimiento intensivo del paciente en el domicilio, evitar duplicidad de pruebas y consultas al coordinar el caso, así como el aumento de la satisfacción tanto de pacientes como cuidadores y profesionales, el departamento ha decidido implantar definitivamente la figura de enfermera gestora en todo el territorio vasco a lo largo de este año, habiendo comenzado ya el periodo de formación del personal que va a desarrollar el mismo.

**DISCUSIÓN:**

Como todo cambio, este implica muchas dificultades. Destacar las relacionadas con las resistencias que los diferentes equipos profesionales presentan ante el cambio en la forma de trabajar de la enfermería, mas autónoma y con gran responsabilidad.

### **CB - 243.- AVANZANDO EN METODOLOGÍA ENFERMERA: NUESTRA EXPERIENCIA.**

LOPEZ-IBÁÑEZ M, JIMÉNEZ-FERNÁNDEZ RM, FERRER-BÁS MP, LUCAS-GÓMEZ JM, DIAZ-VELAZQUEZ B, MARTÍNEZ-ROMERO C.

ÁREA I DE SALUD MURCIA-OESTE. MURCIA.

#### **OBJETIVOS:**

- Trasmitir la implicación de la Dirección de Enfermería en el desarrollo de estrategias para la detección de necesidades y la organización de esta nueva línea formativa que diera cobertura a todos los profesionales de hospitalización.
- Demostrar la relación existente entre profesionales formados en Metodología Enfermera (Indicador PVI-2) y emisión de Diagnósticos de Enfermería (PVI-3 y PVI-4).
- Conocer el avance en el cumplimiento de indicadores PVI-3(Emisión de Diagnósticos Dx) y PVI-4(Diagnósticos con formato PES Dx+PES) en los cortes anuales del Contrato de gestión, desde Marzo de 2009 a Mayo de 2012.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

En el año 2007 tras la introducción de los Dx de Enfermería en el contrato de gestión, se evidencia una inadecuada cumplimentación de la hoja de valoración de necesidades básicas. La detección de necesidades se llevó a cabo a través de un ciclo de mejora de la hoja de valoración del paciente, cuyos resultados en la primera evaluación, motivaron el inicio de las medidas correctoras.

La Dirección de Enfermería toma la iniciativa de organizar una línea formativa basada en dar formación a todos los profesionales de enfermería de hospitalización, en primer lugar, a través de sesiones de Valoración del Paciente al ingreso (con P. Funcionales de M G), como punto de partida del proceso enfermero. Se impartieron un total de 61 sesiones entre todas las unidades.

En segundo lugar se iniciaron talleres de metodología de cuidados, en el que los profesionales de enfermería van asistiendo de forma dirigida.

Es en 2009 cuando se introducen los Dx+PES y tras impartir 6 ediciones, se forman 135 profesionales, 12%.

En 2010, se imparten 5 ediciones y se forman 129 profesionales, 11,4%.

El año pasado, se vuelven a celebrar 6 ediciones y se forman 271 enfermeros, 24%.

De un total de 1130 profesionales, se han formado 535, lo que corresponde a un 47,4%.

#### **RESULTADOS:**

Podemos demostrar tras los resultados obtenidos, que la formación e información de los profesionales, ha influido directamente y de una forma progresiva, en el cumplimiento de los indicadores específicos.

A continuación se detallan los resultados:

En 2009, la media de cumplimiento anual en la emisión de Dx es 85% y el de Dx+PES es 89%.

En 2010, la media de cumplimiento anual en la emisión de Dx es 92% y el de Dx+PES es 98%.

En 2011, la media de cumplimiento anual en la emisión de Dx es 92% y el de Dx+PES es 98%.

En el corte de Mayo de este mismo año, el porcentaje de cumplimiento en la emisión de Dx es 99% y el de Dx+PES es 100%.

**DISCUSIÓN:**

La formación en los conceptos que engloban una correcta valoración inicial: entrevista personalizada, subjetividad del paciente y su entorno, escucha activa, independencia de edad y nivel de cuidados o de patología, se traduce en un aumento en la emisión de Dx. La posterior elaboración de un plan de cuidados e informe al alta, induce a la participación del paciente en la toma de decisiones y a la continuidad de cuidados, con lo cual, todo tiene un sentido.

**CB - 244.- IMPACTO SOBRE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA UTILIZACIÓN DE SADME EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS.**

PORTUONDO-JIMENEZ J, MARTINEZ-LESTON M, MARTINEZ-MEJUTO A, SANCHEZ-MENDEZ E.

HOSPITAL DE CRUCES. BARACALDO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

Según la OMS, la seguridad del paciente-usuario es un principio fundamental de la atención al mismo y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere, incluso el uso inocuo de medicamentos.

Se estima que sólo en EE.UU, los errores relacionados con la mala administración de medicamentos son mas de 1.5 millones al año, produciendo la muerte a varios miles anualmente. Por ello, en las unidades de críticos del Hospital de Cruces (Bizkaia), se instauró un SADME (sistemas de dispensación automatizada de medicamentos)

Por ello, pretendemos:

- Conocer la repercusión de la instauración del Pyxis (modelo de SADME utilizado en las unidades de críticos del hospital de cruces), entre el personal de enfermería de las unidades de críticos en relación.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- Se realiza una revisión de artículos y trabajos publicados, sobre la seguridad del paciente en la administración de medicación, y sobre el sistema de dispensación de medicación que tenemos en la unidad, MedStation System 2000 (Pyxis).
- Se realiza un estudio descriptivo transversal entre los profesionales de enfermería que desempeñan su trabajo en unidades de críticos del Hospital de Cruces, en las que se utiliza SADME (Pyxis) . El estudio se realizó durante los meses de marzo y abril, con un total 153 encuestados.

**RESULTADOS:**

En la que el 100% del personal de enfermería encuestado considera que la administración errónea de los mismos repercute en la salud y en la seguridad del paciente.

El 74,39% de los enfermeros/as consideran la utilización de SADME son de gran ayuda en la labor asistencial, por reducir los errores de medicación.

El 61,73% opina que con el uso del pyxis se corrobora la identidad del paciente al cual se le va a administrar la medicación pautaada. El 62,96% dispensa cada medicamento al nombre del paciente al que está hecho la prescripción. El 89,02% piensa que se verifica la medicación a administrar. El 53,66% considera que se corrobora la vía de administración. Y en cuanto a la dosis de administración, el 54,88% cree que se cumple.

Sin embargo, el 91,46%, no se controla la hora en la que se debe de administrar la medicación.

**DISCUSIÓN:**

Los errores en medicación ponen en riesgo la salud del paciente al mismo tiempo que producen un impacto en el sistema de salud. Por ello, los sistemas de Dispensación Automatizada de Medicamentos, facilitan y reducen los errores de la mala praxis en los cuidados de enfermería.

**CB - 245.- ENTRENAMIENTO EN COMPETENCIAS CLAVE PARA LA ATENCION EN SITUACIONES CRÍTICAS.**

MADRIGAL-PARRADO JI, FERNANDEZ-RODRIGUEZ M, CALLEJA-LOPEZ M, MARTIN-GONZALEZ V.

HOSPITAL SAN ELOY. BARACALDO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

La actualización de los conocimientos del personal en Urgencias es un elemento clave e imprescindible para una correcta actuación ante situaciones críticas que requieran una respuesta rápida, eficaz y segura.

Dicha respuesta debe producirse de forma organizada, sabiendo cada uno de los miembros del equipo cual es su cometido, intentando optimizar los recursos humanos y materiales.

Creemos que la formación debe ser un proceso continuo, sistemático y organizado que permita desarrollar en el individuo los conocimientos, habilidades y destrezas requeridas para desempeñar eficazmente las funciones que corresponden a su puesto de trabajo.

Ante la demanda, por parte del personal, de formación específica y especializada para atender a los pacientes en estado crítico, hemos establecido un programa de formación personalizada dirigido a todos los profesionales, adaptándolo a la categoría profesional a la que pertenecen, lo que ofrece la oportunidad de actualizar y renovar sus conocimientos, habilidades y destrezas, permitiéndoles afrontar, de una manera ágil, situaciones de urgencia, con el objeto de ofrecer una atención mas cualificada, eficaz y segura a los pacientes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se elaboró un listado de conocimientos y habilidades imprescindibles para cada aparato, técnica o procedimiento (Monitor-Desfibrilador, Respirador, RCP, Capnografía, Intubación, Monitores, DEA, CPAP y BiPAP), diferenciándolos según el puesto funcional del personal (Médico, D.U.E. o Auxiliar).

Con periodicidad anual, se ha comenzado la realización de cursos de reciclaje y actualización individualizados, con formación teórica y práctica encaminados a la mejora de conocimientos y destrezas básicas que son imprescindibles para una correcta actuación ante una situación crítica.

Como medida de calidad se realizó una encuesta a todos los profesionales en la que, mediante la formulación de una serie de ítems, realizan una valoración de la utilidad práctica del curso y en la que pueden, mediante una pregunta abierta, identificar nuevas necesidades de formación.

**RESULTADOS:**

Los resultados obtenidos con este programa de adiestramiento personalizado fueron:

- Mejora de la preparación de los profesionales en el desempeño de su puesto de trabajo.
- Aumento de la seguridad en el control y manejo de las situaciones críticas.
- Mejora de la coordinación del equipo ante esas situaciones.

**DISCUSIÓN:**

Un programa de formación y adiestramiento personalizado ante situaciones críticas, permite mejorar conocimientos, habilidades y destrezas de los profesionales.

El dominio de la competencia aumenta la calidad y seguridad de la atención sanitaria.

Estos programas de formación debieran impartirse de forma periódica a todos los profesionales en función de su nivel competencial.

**CB - 246.- FORMACIÓN CONTINUA DEL PERSONAL DE LA UAU DE UN EAP. UN EJEMPLO CONCRETO.**

HURTADO-COLMENERO N, BAIGET-ORTEGA A, PERIS-GRAO A, MUÑOZ-ROLDAN A, GASCÓN-FERRET J, BRUGUES-BURGUES A.

CAN BOU. CASTELLDEFELS (BARCELONA).

**OBJETIVOS:**

La complejidad creciente de la función del personal de la UAU (Unidad de Atención al Usuario) requiere de un proceso de formación continua.

En nuestro centro tenemos en marcha este programa desde su fundación.

Los miembros de la UAU reciben formación continua de refuerzo de los circuitos y protocolos en vigor. Se hace un especial énfasis cuando hay una novedad importante.

El objetivo de este estudio es valorar la eficacia todo el proceso de formación durante la implantación del nuevo protocolo de triaje de usuarios del área de pediatría.

Durante el periodo de implantación del nuevo protocolo se realizaron las siguientes acciones de formación:

- Reunión inicial interdisciplinar donde acudieron tanto miembros del área administrativa como profesionales asistenciales.
- Reuniones periódicas para aclarar dudas sobre la programación.
- Envío de casos prácticos de programación por correo electrónico a todos los miembros de la UAU.
- Reuniones para discutir sobre la solución de esos casos prácticos de programación.

El objetivo es evaluar la eficacia de la formación durante el proceso.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se obtuvieron todas las visitas programadas a los profesionales del área de pediatría desde el 27 de febrero al 5 de abril (2395).

Se evaluó el cumplimiento del protocolo comprobando si el motivo escrito en cada una de las visitas correspondía al tipo de programación estipulada en el protocolo.

También se computó el número de vistas programadas en las que el administrativo no puso ninguna información.

**RESULTADOS:**

El nivel de errores detectado la semana del 27 de febrero al 3 de marzo fue del 9,6%. Al final del proceso, semana del 2 al 5 de abril, se detectó un 0.6%.

**DISCUSIÓN:**

Pese a haber repuntes en los errores de programación, existe una reducción significativa de su número. Este conjunto de acciones formativas se revelan eficaces en la consecución del objetivo de formar adecuadamente al personal de la UAU.

**CB - 247.- FACTORES DETERMINANTES DE LA SATISFACCIÓN Y COMPETENCIAS DE LAS ENFERMERAS: ANÁLISIS PRELIMINAR.**

LANDETA-RODRIGUEZ J, ALONSO-PEREZ L, BILBAO-GONZALEZ A.  
ORGANIZACION CENTRAL DE OSAKIDETZA. VITORIA - GASTEIZ.

**OBJETIVOS:**

Introducción: En el entorno hospitalario público actual es necesario no sólo gestionar la satisfacción sino también las competencias de las enfermeras (CE) y, para ello, es preciso que los gestores conozcan cuáles son los factores organizativos (FO) que influyen en ambas.

Objetivos:

- 1º. Medir la relación entre los FO (comunicación, formación, reconocimiento y participación) y la satisfacción de las enfermeras.
- 2º. Analizar la relación entre los FO y la satisfacción de las enfermeras (SE) con el nivel de las CE.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Método analítico-sintético aplicando técnicas cuantitativas y cualitativas.

Ambito de estudio: enfermeras de 5 hospitales públicos.

Fases del estudio:

- 1- Construcción del modelo de evaluación de las CE "ENFERCOM" y análisis de la validez y fiabilidad (N=190 enfermeras). Se emplearon grupos focales y técnicas estadísticas (Análisis factorial con rotación oblicua, Alpha de Cronbach y test-retest).
- 2- Evaluación vertical de las CE. Análisis diferencial por hospitales (ANOVA y Kruskal Wallis).
- 3- Cuestionario de evaluación de la satisfacción de las personas de los hospitales participantes y análisis de la correlación (Coeficiente de correlación de Spearman) entre los FO y la SE (N= 376).
- 4- Comparación de los niveles de SE y CE de los 5 hospitales a través de una matriz de doble entrada.

**RESULTADOS:**

El modelo ENFERCOM para evaluar las CE es válido y fiable. El análisis factorial diferencia 4 competencias: juicio profesional, cuidados enfermeros personalizados, responsabilidad y orientación al cambio e innovación. El coeficiente Alpha de Cronbach es mayor que 0,7 y el test retest no detecta diferencias estadísticamente significativas en las dos mediciones realizadas.

Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de las CE entre los hospitales analizados (p 0,05).

La correlación entre FO y la SE es significativa (p0,05) y positiva.

No hay una relación positiva entre los FO y la SE con el nivel de las CE entre los hospitales analizados.

**DISCUSIÓN:**

Los factores organizativos que influyen en la SE parece que no ejercen el mismo efecto sobre el nivel de las CE. Es necesario gestionar las CE empleando modelos válidos y fiables e implantar estrategias de Recursos Humanos coherentes con el modelo de gestión de las competencias destinadas a mejorar éstas.

Limitación del estudio: empleo de muestras diferentes pero de los mismos hospitales.

**CB - 248.- IMPACTO DEL ENTORNO DE PRÁCTICA Y LAS COMPETENCIAS TÉCNICAS ENFERMERAS EN LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES.**

TORIBIO-MONTERO JC, MORALES-ASENCIO JM, CANCA-SÁNCHEZ JC.  
AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL. MÁLAGA.

**OBJETIVOS:****GENERAL**

Determinar la relación entre los entornos de práctica profesional de las enfermeras del Hospital Costa del Sol, su apreciación acerca de la práctica basada en la evidencia, el nivel competencial de las mismas y resultados asistenciales y de seguridad clínica.

**ESPECÍFICOS**

- Analizar la relación entre percepción de entornos de práctica, práctica basada en la evidencia y el nivel de competencias genéricas.
- Analizar la relación entre entornos de práctica, práctica basada en la evidencia, nivel de competencia técnica y resultados de la atención sanitaria.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio observacional transversal analítico con un componente ecológico tomando como muestra todos los enfermeros de la ASCS, considerando dos criterios de exclusión tener una experiencia laboral menos de 3 meses en el centro y manifestar su negativa a participar en el estudio.

Para realizar el estudio se utilizan 3 fuentes de información; para evaluar el grado en que las enfermeras orientan su práctica desde un enfoque basado en la evidencia se utilizó el Evidence-Based Practice Questionnaire (EBPQ), para evaluar el entorno de práctica enfermera se utilizó el Nursing Work Index (NWI) y para conocer su capacitación técnica el Modelo de Competencias Técnicas de la ASCS. Posteriormente se consideró el impacto en indicadores asistenciales y de seguridad (AHRQ).

**RESULTADOS:**

La correlación de los valores de NWI y EBPQ con respecto al porcentaje de profesionales que superaron la evaluación de competencias generales, mostró valores negativos moderados, de forma significativa.

La relación de aptos en las Competencias Generales con los indicadores del AHRQ muestra que las Unidades con mayor nivel de profesionales aptos, tenían una correlación significativa positiva moderada con la presencia de infecciones, reingresos y UPPs, mientras que la correlación era negativa y significativa con el fallo en el rescate y las punciones y laceraciones accidentales.

Respecto a los indicadores (AHRQ), los resultados en la correlación con el EBPQ y NWI fueron heterogéneos. En el caso del NWI, las correlaciones fueron significativas sólo en el caso de las caídas, mortalidad, las punciones y laceraciones accidentales, los reingresos por cualquier causa a los 30 días y la presencia de úlceras por presión. En el EBPQ todos los indicadores presentaban una correlación significativa negativa a peor percepción del entorno de práctica con excepción de las punciones/laceraciones accidentales.

**DISCUSIÓN:**

Destacar la tasa de respuesta obtenida en el estudio (87,30%), muy superior a la media habitual en este tipo de estudios.

Los indicadores de la actividad global del hospital, sobre 1.830 pacientes obtuvieron en general cifras inferiores a la media del SNS.

Mayor presencia de infección por catéter vascular en las unidades quirúrgicas, frente a la hospitalización médica.

En el fallo en el rescate, muestra la imposibilidad de un servicio o unidad de evitar un deterioro clínico importante derivado de una enfermedad subyacente o de un proceso clínico.

**CB - 249.- CELEBRACIÓN DEL DÍA MUNDIAL DE LA HIGIENE DE MANOS:  
PROMOCION A TRAVÉS DEL JUEGO.**

BONILLA-ESCOBAR BA, BIURRUN-LARRALDE A, MARIN-GUERRERO AC.

HOSPITAL NTRA. SRA. DEL PRADO. TALAVERA DE LA REINA (TOLEDO).

**OBJETIVOS:**

Promocionar la higiene de manos mediante una actividad formativa individualizada "corta", divertida y con premio.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Para celebrar el Día Mundial de la Higiene de Manos y como apoyo de actividades formativas más ortodoxas llevadas a cabo en el hospital, se preparó una actividad, con reglas similares al Juego del Trivial, consistente en tres pasos.

Esta actividad se llevó a cabo durante cuatro horas, repartidas en dos períodos, a primera y última hora de una mañana de trabajo.

Previamente se repartieron invitaciones para la actividad.

Los tres pasos:

En el primer paso, se hacen tres preguntas al participante, que selecciona cada pregunta de un montón de tarjetas de preguntas:

- montón 1: básicas
- montón 2: intermedias
- montón 3: avanzadas

Las preguntas provienen del Cuestionario de conocimientos para personal sanitario de la OMS y de Cuestionarios del Ministerio, con algunas ideadas por los autores.

Las preguntas acertadas dan derecho a la obtención de "1 quesito" (máximo 3 quesitos en este paso).

En el paso segundo: el participante extrae una tarjeta con la pregunta qué tiene que contestar tras ver el video seleccionado.

La pregunta acertada da derecho a la obtención de un cuarto "quesito".

En el tercer paso: se explica al participante cuál es la técnica adecuada de higiene de manos y se le invita a "deslumbrar con su técnica", utilizando para ello solución higiénica fluorescente. Luego pasa a la cámara oscura donde al iluminarse las manos con la linterna se comprueba si es acreedor de un quinto "quesito" por la técnica demostrada.

Se reparten premios (petacas de solución hidroalcohólica de bolsillo) en función de los quesitos obtenidos.

**RESULTADOS:**

Participaron en la actividad un total de 49 trabajadores.

El grado de satisfacción con la actividad fue superior a 9, en una escala que llega hasta 10, con ligeras variaciones según estamentos.

El alcance de la actividad incluyó al personal de servicios que habitualmente no forman parte de las sesiones formativas en el hospital pero que también se ven involucrados (personal administrativo de servicios no asistenciales, técnicos de radiodiagnóstico, de prevención...).

**DISCUSIÓN:**

Para el Día Mundial de la Higiene de Manos se plantea realizar una actividad que refuerce la formación habitual llevada a cabo en el Hospital, mediante un juego que, de manera divertida, permite la corrección "in situ" de algunas nociones erróneas, a la vez que refuerza los conocimientos sobre la importancia de la adecuada higiene de manos.

## **Sesión de Comunicaciones Orales Breves.**

### **Sala C1.**

**Jueves, 8 de noviembre / 10:30 h. – 11:30 h.**

## **Variabilidad de la Práctica Clínica y Protocolización Clínica.**

**CB – 250 / CB – 261**

**CB - 250.- CAMINANDO DE LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA: IMPLANTAR GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS (GBP). NUESTRA EXPERIENCIA.**

GUERRA-BERNAL FJ, RODRÍGUEZ-SOBERADO MP, CANTÓN-ÁLVAREZ B, SÁNCHEZ-MUÑOZ MT, MARTÍN-MONJAS S.

HOSPITAL MEDINA DEL CAMPO. MEDINA DEL CAMPO (VALLADOLID).

**OBJETIVOS:**

El Hospital de Medina del Campo es uno de los 8 Centros Comprometidos con la Excelencia en el Cuidado del Sistema Nacional de Salud durante los próximos 3 años, según convenio de Investén, el Centro Colaborador Español JBI y la RNAO (Registered Nurses Association of Ontario), al objeto de crear una red Nacional de Centros que fidelice el uso de prácticas enfermeras basadas en los mejores resultados de la investigación en cuidados.

El objetivo del presente trabajo es describir y compartir la experiencia del Hospital al implantar dos Guías de Buenas Prácticas en enfermería como herramienta para la toma de decisiones en la atención personalizada del paciente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

La implantación se realiza teniendo como referencia el ciclo PDCA conocido como Círculo de Deming, estrategia de mejora continua en cuatro pasos:

Plan (Planificar).- Identificar los procesos a mejorar: Prevención de caídas y Cuidado y manejo de Ostomías. Diagrama de los procesos. Análisis del entorno. Establecer objetivos. Adaptación de las recomendaciones al entorno del centro. Cronograma de implantación, seguimiento y evaluación. Elaboración de protocolos, registros e indicadores. Formación de los profesionales.

Do (Hacer).- Implantación de las GBP y documentación de las acciones realizadas mediante registros en el aplicativo GACELA.

Check (Verificar).- Seguimiento de los indicadores 5 días al mes con evaluación trimestral.

Act (Actuar).- Modificación de los procesos según toma de decisiones tras análisis de los resultados.

La estrategia de mejora es desarrollada por dos grupos de profesionales asistenciales que asumen el rol de impulsores del proyecto. Ambos grupos son coordinados por un líder institucional de enfermería con el apoyo de la Unidad de Calidad del Centro.

**RESULTADOS:**

La experiencia de evaluación de la implantación indica que la creatividad y el compromiso han acompañado a la metodología de trabajo, asegurando la utilización de escalas validadas, el consenso en la elaboración de los protocolos y registros y la unificación en las formas de trabajo. Se ha garantizado de forma institucional la comunicación multiprofesional en ambos procesos, así como el feed back mediante carteles y reuniones periódicas de seguimiento.

El primer seguimiento de los indicadores induce a pensar en una óptima evaluación trimestral que facilitará la estrategia de mejora continua.

**DISCUSIÓN:**

Ante nuevos retos, es necesario el uso de nuevas herramientas; herramientas útiles de validez demostrada que permitan unas buenas prácticas, evitando la variabilidad clínica y enfocadas a resultados de salud.

Esta metodología permite conjugar la investigación y la experiencia mediante la participación de los profesionales asistenciales. Defiende la posición de la enfermera a través del conocimiento, favoreciendo la mejora de los cuidados y el trabajo en equipo.

Los resultados pueden ser comparados con los de otros Centros nacionales e internacionales que hayan implantado las GBP de la RNAO.

**CB - 251.- PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA EN TRAUMATISMOS DE MIEMBROS INFERIORES INMOVILIZADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. ¿CÓMO LO HACEMOS?.**

DOBLADO-LÓPEZ O, GÓMEZ-LASO E, CRESPO-PALAU C, OCAÑA-ALVES J, MARCH-SEGUÍ IM.

HOSPITAL LLEUGER DE CAMBRILS. TARRAGONA.

**OBJETIVOS:**

Revisar la indicación de profilaxis para la Enfermedad Tromboembólica Venosa (PTEV) ante traumatismos de miembros inferiores (MMII) con tratamiento ambulatorio que requieren inmovilización. Analizar dicha indicación según los diferentes grupos de médicos asistenciales de nuestro centro.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Análisis retrospectivo de una muestra representativa de los casos de traumatismos de MMII, en mayores de 18 años, atendidos en urgencias de nuestro centro que requirieron inmovilización durante el periodo 1/07/2009 hasta 31/12/2011. La selección se realizó a través de los códigos correspondientes del sistema de registro informático OMI-ap. El registro de los casos se realizó a través de base de datos MsExcel.

**RESULTADOS:**

Se revisaron 331 casos con patología de MMII que requirieran inmovilización de la extremidad, tanto por debajo como por encima de la rodilla. En 214 casos ( 64,65%) se constata inmovilización, de los que 170 (79,43%) se trataron con vendaje compresivo (VC) ó férula posterior (FP) y 44 ( 20,56%) con botina de yeso. El 35,34% de los traumatismos requirieron otras inmovilizaciones no tributarias de análisis. De los 170 casos inmovilizados con VC ó FP, se indicó PTEV al 54,11%, mientras que en los inmovilizados con botina de yeso se alcanzó el 70,45%. En conjunto la PTEV se indicó en el 57,47% de los casos.

Estratificamos la atención por grupos de profesionales: Médicos Residentes atendieron 50 casos (23.36%): 36 se inmovilizaron con FP o VC, y se indicó PTEV al 72% y a los 14 con botina de yeso, se prescribió PTEV al 64%. De los 61 casos correspondientes a los Médicos Adjuntos de Urgencias, 18 fueron con botina de yeso con un 62.2% de PTEV y en 43 casos (70.5%) indicaron inmovilización con FP o VC y recomendaron PTEV al 46.5%. Los médicos de Atención Primaria (AP) inmovilizaron en sus guardias a 25 pacientes (11.68%), 22 con FP o VC indicando PTEV al 77.27%. Indicaron PTEV al 100% de los pacientes con inmovilización de botina de yeso. El grupo de médicos asistenciales externos vieron 78 pacientes que requirieron inmovilización de MMII: 69 con FP o VC, el 58% recibió PTEV, 9 fueron tratados con botina de yeso y se indicó PTEV al 77.77%.

**DISCUSIÓN:**

La PTEV está indicada en pacientes que requieren inmovilización tras sufrir traumatismos de MMII, pero, atendiendo a la bibliografía revisada, tampoco existe un consenso sobre los criterios de su indicación, y menos aún en el ámbito de la AP aunque la más ampliamente utilizada es la guía PRETEMED 2007.

En nuestro centro, no disponemos de un protocolo consensuado para la PTEV, herramienta necesaria para unificar criterios y realizar el tratamiento correcto.

Tras el análisis realizado en este estudio, y a la vista de la disparidad de los resultados obtenidos, proponemos un plan de calidad que incluya un protocolo para el uso de la citada guía y hacer difusión de la implementación del mismo entre los diferentes estamentos asistenciales para una mejor atención de nuestros pacientes traumáticos.

**CB - 252.- FARMACOLOGÍA Y ESTIMULACIÓN NERVIOSA ELÉCTRICA DE LA MANO EN LA CISTITIS INTERSTICIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.**

MOSCATELLO P, JIMENEZ-TOSCANO M, VALLE-MARTÍN B, LLORENTE-ABARCA C, VEGAMENENDEZ D, FLÓREZ-GARCÍA MT.

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN. ALCORCÓN (MADRID).

**OBJETIVOS:**

Valorar la eficacia de la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) del nervio tibial posterior (NTP) como medida coadyuvante del tratamiento farmacológico en una paciente con cistitis intersticial.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Ámbito: hospital universitario de 448 camas. Período de estudio: febrero-mayo 2012. Mujer de 64 años con criterios de cistitis intersticial de un año de evolución. Clínica de dolor pélvico crónico tras episodio de CRU con polaquiuria intensa (media hora) y nicturia. Fracaso inicial de múltiples tratamientos (medidas generales, analgesia, antimuscarínicos, DMSO, antihistamínicos, antiinflamatorios, hidrodistensión vesical...). Se intentó el uso de ácido hialurónico (GAG) de forma aislada sin éxito. Posteriormente se aplicó el TENS sobre NTP bilateralmente (30 minutos/día, 5 días /semana). Instrumentos de medida: diario miccional diurno y nocturno, exploración física, cultivo de orina y escala analógica de dolor: pretratamiento, al mes y a los 3 meses de tratamiento. La presencia de mejoría clínica nos plantea combinar TENS con GAG (1/semana).

**RESULTADOS:**

Se obtuvieron las medias y desviaciones típicas de la frecuencia urinaria diurna tras aplicación de TENS: primer mes  $13,92 \pm 3,59$  (4-20), segundo  $13,90 \pm 2,58$  (4-9), tercero  $13,73 \pm 2,22$  (10-19) y cuarto mes de  $6,95 \pm 1,96$  (4-10). Del mismo modo para la frecuencia urinaria nocturna obtuvimos: primer mes  $5,27 \pm 1,30$  (4-9), segundo  $5,96 \pm 1,40$  (4-9), tercero  $6,26 \pm 1,17$  (4-8) y cuarto  $6,95 \pm 1,96$  (4-10). En el 4º mes se combinan ambas técnicas. Para comparar los resultados de frecuencia urinaria tanto diurna como nocturna, antes y después del tratamiento, hemos utilizado la prueba no paramétrica de Wilcoxon. Hubo mejoría en la frecuencia miccional diurna tras tres meses de tratamiento con TENS llegando a ser significativa en la nocturna ( $Z=2,84$   $p0,004$ ). La significación estadística fue mayor en la disminución de la frecuencia miccional diurna ( $Z=3,23$   $p0,01$ ) y nocturna ( $Z=2,85$   $p0,004$ ) cuando se aplicaron ambas técnicas. La capacidad de retención del fármaco aplicando este tratamiento de forma aislada pasó de ser inferior a 20 minutos (se recomiendan al menos 30 minutos), a alcanzar un promedio de retención de  $98,25 \pm 21,26$  minutos (80-120) durante la combinación de ambas técnicas. La puntuación en la escala analógica de dolor disminuyó de un valor inicial de 8,5 a un valor de 5 al combinar ambos tratamientos.

**DISCUSIÓN:**

La aplicación del TENS combinado con fármacos parece eficaz en la reducción de la sintomatología dolorosa y la dinámica miccional en pacientes con cistitis intersticial, enfermedad crónica de difícil tratamiento. La combinación de estos tratamientos, con mínimos efectos adversos, puede ser una alternativa a considerar.

**CB - 253.- IMPLANTACION DE UN CHECK LIST PREVIO AL INICIO DE TRATAMIENTO CON SORAFENIB EN PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA AVANZADO.**

MORÁN-SÁNCHEZ S, SEVILLA-CÁCERES L, SERRANO-LADRÓN DE GUEVARA S, CARRIÓN-GARCÍA F, TORREGROSA-LLORET M, MARTÍNEZ-OTÓN JA.

HGU SANTA LUCÍA. CARTAGENA (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

El carcinoma hepatocelular es la neoplasia maligna primaria hepática más frecuente, siendo el 6º cancer en frecuencia y el 3º en mortalidad en el mundo. Muchos de los pacientes diagnosticados están en un estadio avanzado no siendo candidatos a tratamiento curativo, pudiendo beneficiarse sólo de tratamiento paliativo con sorafenib. Previo al inicio de sorafenib se debe realizar una rigurosa selección de pacientes con un seguimiento estrecho de los mismos para detectar la aparición de efectos secundarios que en muchos de los casos obligan a la suspensión del tratamiento. El objetivo de nuestro estudio es conseguir la implantación de un check list previo al inicio del tratamiento con sorafenib para lograr mejorar la calidad de selección de los pacientes y lograr una disminución en los efectos secundarios derivados de su administración para conseguir de forma global una mejora de la calidad de vida.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Para diseñar el protocolo se tuvo que definir el nivel de atención (hospitalaria), el tipo de actividad que se iba a protocolizar (selección de los pacientes, cumplimentación del check-list y seguimiento posterior) y listado de profesionales implicados (digestivos, oncólogos, cirujanos, internistas, radiólogos intervencionistas).

Posteriormente, se nombró un responsable para el desarrollo del proyecto y se elaboró la lista de verificación que valoraba parámetros clínicos, físicos, analíticos, ecográficos y endoscópicos. El check-list incluía una primera fase de elaboración, donde se formuló el problema y se realizó una valoración crítica jerarquizada de la evidencia científica y su consiguiente fuerza de recomendación. Después, la evidencia se tradujo a recomendaciones y éstas fueron discutidas con los profesionales implicados. Una vez hecho esto, se realizaron las modificaciones pertinentes a los distintos servicios y se pasó a la fase de pilotaje del check-list.

**RESULTADOS:**

El resultado fue que los pacientes que iniciaban tratamiento con sorafenib tras la cumplimentación adecuada de la lista de verificación presentaban menos desarrollo de efectos secundarios (sobre todo reacciones cutáneas y alteraciones gastrointestinales), logrando una mayor satisfacción y mejoría de la calidad de vida durante la administración del fármaco.

**DISCUSIÓN:**

La elaboración de un check-list, y la implantación del mismo en nuestro hospital es un instrumento de diseño y guía para la evaluación de la calidad, útil para la toma de decisiones, la adecuada selección de los pacientes, la disminución de efectos secundarios y la mejora de la satisfacción global.

**CB - 254.- INSTRUCCIONES AL ALTA EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL(TAO) EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.**

PUERTAS-ERAUSO P, CID-JIMÉNEZ I, AMOROS-GARCIA R, MOZOTA-DUARTE J, CONDÓN-ABANTO AI.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. ZARAGOZA.

**OBJETIVOS:**

Conocer la proporción y características de pacientes con TAO que acudieron al servicio de urgencias hospitalario que recibieron instrucciones al alta.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes TAO asistidos en un servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel a lo largo de 12 meses. Se incluyen todos los pacientes a los que se les solicitó estudios de coagulación a lo largo de ese periodo (18.790) y se toma una muestra aleatorizada de 752 pacientes consumidores habituales de TAO. Se recogen las variables epidemiológicas, indicación de TAO, motivo de ingreso en urgencias con la prioridad asignada, valor de "International Normalized Ratio" (INR), destino al alta, administración o no de recomendaciones al alta e intervención sobre TAO.

**RESULTADOS:**

De los 752 pacientes registrados, un 2,8% fallecieron, un 43,2% fueron ingresados, el 45,8% fueron dados de alta a domicilio y un 8,2% se trasladaron a la sala de observación. Se proporcionó instrucciones al alta al 66,1%, porcentaje que descendió al 54,6% al considerar sólo a los pacientes que no ingresaron.

Comparamos los pacientes que no ingresaron y recibieron instrucciones, 233, versus los que no ingresaron y no recibieron instrucciones, 194:

- El 47,1% eran hombres y el 52,9% mujeres vs 52,3% eran hombres y el 47,5% mujeres en el 2º grupo.
- Edad media de 76,66 años vs 77,43 años.
- Motivo de ingreso fue signos o síntomas de sangrado en el 22,9%, signos o síntomas de trombosis en el 11,0%, caída o fractura en el 5,9%, motivo relacionado con TAO 15,3%, disnea 20,3% y otros 24,6% vs 11,1% signos o síntomas de sangrado, en el 24,2% signos o síntomas de trombosis, en 7,1% caída, en 2,0% relacionado con TAO, en 21,2% disnea y el 34,3% por otros motivos.
- INR se mantuvo en rango en el 21,0% de los pacientes analizados, supratrapéutico en el 49,6% e infratrapéutico en el 29,4% vs rango terapéutico en el 50,5% de los pacientes, infratrapéutico en el 21,2% y supratrapéutico en el 28,3%.
- En el mes sucesivo reingresó por el mismo motivo el 21,8% de los pacientes vs 16,2%.
- No se realizó ninguna intervención sobre el TAO en el 13,4%, ajuste de dosis en el 64,7%, se administró heparina en el 3,3%, plasma fresco 1,7%, vitamina K 16,0% y octaplex 0,8% vs al 96% no se realizó ningún tipo de intervención.

**DISCUSIÓN:**

Sólo el 54,6% de los pacientes estudiados que no fueron ingresados recibieron instrucciones al alta respecto a su TAO.

El paciente tipo al que se le proporcionó instrucciones al alta: hombre, 77 años, que acude por signos o síntomas de sangrado o disnea, con el INR fuera de rango, preferiblemente supratrapéutico, realizándole a la mayoría un ajuste de dosis, 1 de cada 5 regresó a urgencias dentro del mes sucesivo por el mismo motivo.

**CB - 255.- DEFINICIÓN DE UNA TRAYECTORIA CLÍNICA PARA LA DIABETES TIPO 2 UN EJEMPLO DE IMPLICACIÓN E IMPLEMENTACIÓN.**

ESCUDERO-QUILEZ C, RIPOLLES-VICENTA R, NAVARRO-LLORACH M, BEL-FERRE N, SOLA-MIRAVETE E, GARCIA-QUERALT R.

GERENCIA TERRITORIAL TERRES DE L'EBRE. TORTOSA (TARRAGONA).

**OBJETIVOS:**

- ☐ Ofrecer herramientas que faciliten a los EAP del territorio la incorporación y adopción de las recomendaciones sobre diabetes tipo 2 (DMT2) en la práctica clínica diaria
- ☐ Facilitar la estandarización de la práctica
- ☐ Obtener mejoras en salud en los pacientes con DMT2.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Definido el grupo multidisciplinar (GMD) de trabajo se revisaron las guías de práctica clínica (GPC) del ICS y del SNS \_Guía Salud. A partir de los grados de recomendación y niveles de evidencia se elaboraron procedimientos y protocolos operativos para buscar la eficiencia de los recursos: algoritmos diagnóstico (criterios) y de tratamiento (dieta, ejercicio y farmacológico), educación diabetológica y recomendaciones, adecuación de las visitas de seguimiento y controles (periodicidad y contenido de las mismas): estudio retinopatía, pie diabético, analíticas, adecuación tiras reactivas, criterios de derivación al especialista de endocrinología (continuidad asistencial) y se creó la consulta virtual a endocrinología desde la historia clínica (continuidad asistencial). La documentación trabajada (criterios de buena práctica) se integró en una matriz interactiva (hipervínculos) de todo el proceso (hoja resumen en forma de trayectoria clínica asistencial con especificación de la periodicidad y adecuación de las visitas de todo el equipo asistencial); para su difusión exitosa se contó con el GMD. Se definieron indicadores de estructura, proceso y resultado para el seguimiento y evaluación de resultados, para facilitar la adopción e incentivar las estrategias y cumplimiento por parte de los profesionales se incorporó en los objetivos (DPOs).

**RESULTADOS:**

Objetivo 1 y 2: se han definido 10 procedimientos e instrucciones de trabajo (normas, criterios, protocolos, algoritmos y recomendaciones) y realizado 11 sesiones de formación – presentación de la matriz interactiva y del contenido a los EAP y de AE del territorio. Objetivo 3. Medidas preintervención (enero 2011) / postintervención (diciembre 2011) prevalencia DMT2: 7.1% / 7.3%; n visitas año medico – enfermera: 11 - 10.8 / 9.4 - 9.5; pacientes con hemoglobina A1 8: 67.0% / 65.6%; control pie diabético: 60.4% / 60.8%; cribado retinopatía: 65.7% / 70.1%; pac con autocontrol- indicación tiras correcta: 71.2% / 86.3%; antidiabéticos orales recomendados del total de prescritos: 79.8% / 80.6%.

**DISCUSIÓN:**

Al año de seguimiento y con buenos resultados en práctica clínica sobre la DMT2, hay que seguir e insistir con las estrategias de implementación y recordatorio definidas y previstas (revisión de cumplimiento y actualización de contenidos: presentación de resultados por EAP y formación) hasta alcanzar los objetivos de mejora sobre la salud que se verán reflejados a más largo plazo (estilos de vida, criterios de buen control según valore hemoglobina) por ello insistiremos en la difusión de resultados a los propios profesionales. Hay que destacar la satisfacción de los profesionales con la consulta virtual, por favorecer el continuo / coordinación asistencial.

**CB - 256.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.**

HERNÁEZ-VENTADES ML, MENDIA-BILBAO I, FRETÍN- A, SÁNCHEZ-FERNÁNDEZ M, LÓPEZ-PUENTE Y, VEIGA-DÍAZ M.

SERVICIO DE URGENCIAS. GALDAKAO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

La violencia de género supone un motivo de consulta cada vez más frecuente y con una clara repercusión social, constituyendo una violación de los derechos humanos de las mujeres y un problema social . Nos planteamos como objetivo implantar un protocolo que permita definir la actuación en el Servicio de Urgencias para la atención de las mujeres víctimas de violencia de género, garantizando una actuación sanitaria integral con criterios de funcionamiento homogéneos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se estableció un grupo de trabajo multidisciplinar en el que participaban, además del Servicio de Urgencias, Atención Primaria de Osakidetza (Servicio Vasco de Salud), Oficina del Gobierno Vasco para la Atención a las Mujeres Víctimas de Violencia de Género y Berdinsarea (Red de municipios vascos para atención a las mujeres víctimas de violencia de género), estableciéndose un sistema de reuniones periódicas en las que se plantearon las bases de este protocolo.

**RESULTADOS:**

Se estableció un protocolo de actuación con un plan de acciones bien definido basado en 5 puntos estratégicos:

- Sensibilizar al personal sanitario sobre la magnitud y gravedad del problema de la violencia de género en nuestra sociedad, para lo cual se han realizado sesiones clínicas específicas dentro del propio Servicio.
- Mejorar la formación del personal sanitario, dotándole de herramientas que le permitan realizar un diagnóstico precoz de los casos de violencia de género. Así, personal del Servicio ha recibido una formación específica por personal sanitario especializado.
- Establecer un circuito de actuación que permita transmitir a la paciente intimidad, confidencialidad, seguridad y atención permanente. Así, queda definido donde deben ser atendidas las pacientes, la obligatoriedad de garantizar siempre acompañamiento, la asignación de personal de seguridad al caso garantizando su integridad durante su estancia, etc.
- Establecer circuitos de coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales y comunitarios. Quedando establecido desde los teléfonos a las personas de referencia en cada una de las organizaciones, así como los recursos sociales de cada uno de los ayuntamientos.
- Establecer pautas de actuación que promuevan la capacitación de las mujeres para el reconocimiento de su situación y para la búsqueda de soluciones, proporcionándose asesoramiento y ayuda social y psiquiátrica si fuera necesario.

**DISCUSIÓN:**

1. En el abordaje de este problema están implicados tanto agentes sanitarios como sociales, siendo necesario establecer una estrategia global que integre a los diferentes ámbitos, teniendo los servicios sanitarios y muy especialmente los Servicios de Urgencias, una importancia fundamental en el diagnóstico precoz de esta problemática.

2. Una rápida detección de la posibilidad de maltrato, una familiaridad con los procedimientos a seguir mediante la elaboración de protocolos y un conocimiento de los recursos sociales existentes junto a un adecuado seguimiento, son claves en el manejo de estos casos.

**CB - 257.- UTILIDAD DEL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE LA ITU EN UN HOSPITAL DE ASISTENCIA A PACIENTES CRÓNICOS DE LARGA ESTANCIA.**

GARCÍA-GASCÓ P, CASTILLO-BLASCO M, ROCA-CASTELLÓ MR, BOTELLA-TRELIS J, SORIA-ROMERO E, MERINO-PLAZA MJ.

HOSPITAL DR MOLINER. SERRA (VALENCIA).

**OBJETIVOS:**

- 1-Fijar conceptos básicos en el seguimiento y control de la ITU.
- 2-Estudiar los factores de riesgo.
- 3-Conocer los microorganismos más prevalentes y su perfil de sensibilidad.
- 4-Elaborar protocolos de tratamiento empírico basados en los datos de prevalencia y sensibilidad de los gérmenes aislados en los urinocultivos realizados en nuestro centro.
- 5-Establecer indicadores de seguimiento y control del grado de adhesión al protocolo.
- 6-Repetir periódicamente el estudio para adaptar el protocolo al perfil de sensibilidad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En 1994 se elaboró un primer protocolo de tratamiento empírico de la ITU, basado en la bibliografía.

En 1997 se modificó dicho protocolo basándose también en la bibliografía, pero introduciendo más ítems para considerar los distintos tipos de ITU en función de su gravedad.

Desde entonces se ha realizado seguimiento de dicho protocolo mediante:

- Encuestas.
- Revisiones periódicas de historias clínicas para comprobar el grado de adhesión.
- Revisiones periódicas del perfil de sensibilidad de los microorganismos aislados en los urinocultivos.
- Elaboración de trípticos plastificados de bolsillo para que sea más fácil consultar el protocolo.

Tras cada acción efectuada se informa de los resultados obtenidos a los facultativos para:

- Incrementar su sensibilización sobre la importancia del tema.
- Tratar de aumentar su grado de adhesión al protocolo.

**RESULTADOS:**

En mayo de 1999 se realizó una encuesta para sondear el grado de adhesión al protocolo de tratamiento empírico de la ITU elaborado en 1997.

Respondieron a la encuesta el 58,3% de los facultativos del centro.

Tras el estudio de los resultados obtenidos, el grado de adhesión al protocolo era del 85,7%.

En una revisión de historias clínicas realizada en 2003, el protocolo se seguía sólo un 26,7% de los casos.

En octubre de 2003 se revisaron los perfiles de sensibilidad de los microorganismos aislados en nuestro centro y se elaboró un nuevo protocolo.

Desde entonces se ha realizado un seguimiento periódico del grado de adhesión al protocolo y de su vigencia en función del perfil de sensibilidad de los microorganismos aislados en nuestro centro.

En una nueva revisión de historias clínicas realizada en 2006 el grado de adhesión al protocolo había aumentado al 64%.

En 2007 y 2009 y 2012 se realizaron nuevos cortes para revisar los perfiles de sensibilidad de los microorganismos aislados en nuestro centro y se comprobó que el protocolo seguía siendo vigente, realizando sólo pequeñas adaptaciones.

**DISCUSIÓN:**

Es útil el uso de protocolos de tratamiento empírico, ya que permiten iniciar el tratamiento precoz.

Los protocolos deben difundirse adecuadamente y revisarse con frecuencia para conseguir una adecuada implantación.

Es importante la rotación periódica de los antibióticos recomendados en los protocolos para evitar la aparición de resistencias por exceso de presión antibiótica.

En el control de la ITU es importante reducir el uso de la SVP y retirarla siempre que sea posible.

**CB - 258.- LA PRESCRIPCIÓN DE LOS SYSADOAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTROSIS EN LA CAPV.**

RADA-FERNÁNDEZ DE JAUREGI D, GUTIÉRREZ-IBARLUZEA I, IBARGOYEN-ROTETA N, MATEOS-DEL PINO M, REGIDOR-FUENTES I, DOMINGO-RICO C.

OSTEBA, SERVICIO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS. VITORIA - GASTEIZ.

**OBJETIVOS:**

Describir la prescripción en Atención Primaria de los SYSADOAS (Fármacos de acción lenta en artrosis) durante el 2011 y analizar si existe variabilidad entre las 7 Comarcas Sanitarias de la CAPV.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se han obtenido los datos de facturación de SYSADOAS en la CAPV durante el 2011. Se ha seleccionado como unidad de análisis la Unidad de Atención Primaria (UAP). Se han calculado las DHDs (Dosis Diarias Definidas (DDD) por 1000 habitantes y día) estandarizadas por edad y sexo, tomando como población de referencia la población total de la CAPV. Se han calculado los estadísticos de áreas pequeñas (razones de variación, coeficientes de variación simple y ponderada y el componente sistemático de la variación). Se ha estudiado la influencia del factor Comarca en la prescripción. Todos los análisis se han realizado con el paquete estadístico R.

**RESULTADOS:**

La prescripción de SYSADOAS durante el 2011 ha supuesto un gasto para el Sistema Sanitario Vasco de 4,5 millones de euros. El consumo medio fue de 4,99 DDDs por 1000 habitantes y día. La Razón de variación fue de 8,73. El consumo de la UAP situada en el percentil 95 fue 3,92 veces mayor que el de la UAP situada en el percentil 5. Se ha observado que el factor Comarca explica el 60% de la variabilidad obtenida, siendo la Comarca Interior la que contiene las UAP con mayores tasas estandarizadas.

**DISCUSIÓN:**

La mayoría de las guías de práctica clínica no recomiendan la utilización de los SYSADOAS en el tratamiento de la osteoartritis. Sin embargo, el Sistema Sanitario Público sigue financiando su utilización. La incertidumbre que rodea a estos fármacos se ve reflejada en la variabilidad en su prescripción. Por ello se piensa que estudiar la variabilidad de la prescripción de fármacos cuya eficacia no está demostrada podría ayudar a orientar los recursos sanitarios a otras prestaciones que sí estuvieran apoyadas por la evidencia, contribuyendo así a mejorar los resultados en salud.

**CB - 259.- ESTUDIO COMPARATIVO DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES INTERVENIDOS DE CATARATAS EN DOS UNIDADES CMA DEL H MORALES MESEGUER.**

VICENTE-MARTÍNEZ R, HELLÍN-GARCÍA MJ, SÁNCHEZ-BAUTISTA S, MARTÍNEZ-MARTÍNEZ ML, LAJARA-BLESA J.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO JOSÉ MARÍA MORALES MESEGUER. MURCIA.

**OBJETIVOS:**

Los objetivos de este trabajo son, determinar la calidad asistencial percibida del proceso quirúrgico de la operación de cataratas en el Hospital Morales Meseguer (HMM) y valorar la satisfacción del paciente durante el proceso de hospitalización de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en cirugía de cataratas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio longitudinal y prospectivo sobre 213 pacientes sometidos a una intervención de cataratas mediante CMA en el Hospital Morales Meseguer de Murcia, España, del 3 de mayo al 15 de julio de 2011. Por motivos organizativos, este tipo de intervenciones se desarrollan en dos unidades de cirugía ambulatoria con diferentes condiciones de estancia, denominadas genéricamente CMA en camas y CMA en sillones. Los pacientes estudiados se distribuyen entre las dos, a razón de 60,56% en la unidad de camas y 39,43% en la unidad de sillones.

**RESULTADOS:**

La edad media de la población estudiada es de  $71,6 \pm 8,96$  años. De manera general, el 62% refería sentirse muy bien satisfecho con el proceso, y era bueno para el 37% de los mismos, por lo que el 91% afirmaba que repetiría o recomendaría esta modalidad quirúrgica. La percepción de sus familiares también era muy buena para el 63% y buena para el 37% restante. Sobre una escala de 5 puntos donde 5 es lo máximo y 1 lo mínimo, la media de satisfacción de los hombres se sitúa en el 4,61% y la de las mujeres en el 4,63%.

**DISCUSIÓN:**

El índice de respuesta en nuestro estudio es de un 40%, algo inferior al 50% óptimo que señala García Muñoz en 2003. El grado de satisfacción de los pacientes alcanza el 99,4%, siendo similar a las cifras que arrojan estudios previos como el de Lowe en 1991 del 97%, el de Fan en 1997 del 94% o el más reciente de Colin en 2010, donde el 98,2% de los pacientes intervenidos se mostraban satisfechos con su intervención. El 97% de los pacientes estudiados repetirían la cirugía recibida, siendo superior al 87% que señalan estudios anteriores similares como el de Davies y Tyers en 1992.

Desde la década de los 90, numerosos estudios comparativos como los de Lowe, Holland, Strong Steinberg y Aylward, han concluido que debido fundamentalmente a los avances tanto en la técnica quirúrgica como en la anestésica, la extracción de cataratas es un procedimiento intrínsecamente seguro que se puede aplicar a los pacientes intervenidos de manera ambulatoria, evitando así las desventajas que supone la estancia hospitalaria y manteniendo igualmente excelentes resultados.

Fedorowicz en el año 2009, concluyen que no hay diferencias significativas en el riesgo postquirúrgico de la operación de cataratas entre los pacientes ingresados en el hospital y los de régimen ambulatorio. Lo que confirma que la CMA es proceso adecuado, seguro y fiable para los pacientes intervenidos y que la satisfacción de los pacientes intervenidos corrobora que es una modalidad a tener en cuenta en aquellos procesos quirúrgicos que sean susceptibles de su uso.

**CB - 260.- PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE LA PROTOCOLIZACIÓN COMO SISTEMÁTICA DE TRABAJO EN UN HOSPITAL TERCIARIO.**

GARCÍA-MATA JR, VELA-MARQUINA ML, PÉREZ-PÉREZ A, VERGARA-UGARRIZA JM, GARCÍA-JIMÉNEZ I, GALICIA-FLORES T.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ZARAGOZA.

**OBJETIVOS:**

Normalizar e Impulsar la protocolización en el Sector Zaragoza II.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Periodo inicial:2001-2003: Protocolización sistematizada de primeros servicios (Urgencia Pediátrica).

Periodo 2007-2012: Liderazgo de la Unidad de Calidad (UCA) con la Comisión de Tecnología y Adecuación de Recursos (CTyAR) y normalización del proceso.

1. Búsqueda y selección del modelo de protocolización.
2. Elaboración y aprobación de reglamento accesible en la Intranet.
3. Formación a los componentes de la Comisión y líderes del sector en metodología y diseño de protocolos.
4. Difusión y realización de talleres a los profesionales.
5. Aprobación y difusión de los protocolos en la Intranet del Sector.
6. Base de datos con los protocolos aprobados y periodo de vigencia.
7. Evaluación y seguimiento tanto de vigencia como de aplicabilidad.

Desde 2009 hasta la actualidad, en los contratos de gestión de los servicios se incluye un objetivo sobre protocolización.

**RESULTADOS:**

Creación de Grupo específico en la CTyAR dedicada al impulso de la protocolización.

El sector tiene 319 protocolos aprobados, pertenecientes a 40 servicios y organismos institucionales, con un rango de 1 a 60 (Pediatria). La evolución de protocolos aprobados por años ha sido: 2003, 1; 2004, 10; 2005, 17, 2006, 7; 2007, 23, 2008, 98; 2009, 40, 2010, 37;2011, 43; 2012, 43.

Formación reglada de más de 200 profesionales a través de cursos y talleres anuales de elaboración de protocolos desde el año 2003.

Los protocolos de pediatría se evalúan de forma continua y periódica.

Se realiza revisión anual y se envía carta a los responsables de protocolos caducados o próximos a caducar. Actualmente se encuentran pendientes de actualizar 36 protocolos caducados en 2011 y 14 en el primer semestre del 2012.

**DISCUSIÓN:**

La implicación de los profesionales y directivos en la seguridad del paciente permite, por medio de los protocolos disminuir la variabilidad de la práctica clínica.

Se ha logrado incentivar e introducir en la cultura hospitalaria este modelo de protocolización y evaluación de los protocolos con la colaboración de la CTyAR, la Unidad de Calidad y la implicación de los Servicios. Distintos servicios incluyen ésta evaluación en el ciclo de mejora de atención al paciente.

La implicación de los propios profesionales en el desarrollo de este proceso ha dado credibilidad e impulso al mismo.

La puesta en marcha de un seguimiento anual de vigencias mantiene activo el sistema y permite que los protocolos estén siempre actualizados.

La Intranet del Sector ha servido como herramienta valiosa para mantener la accesibilidad de los protocolos vigentes.

**CB - 261.- INDICADORES DE ENFERMERÍA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.  
EVALUACIÓN TRAS 2 AÑOS DE IMPLANTACIÓN.**

PEÑA-CAPSIR I, DOBLADO-LOPEZ O.

HOSPITAL LLEUGER DE CAMBRILS. REUS (TARRAGONA).

**OBJETIVOS:**

Evaluar los resultados, tras 2 años de implantación, de los indicadores del cuadro de mandos de enfermería en el servicio de urgencias.

Valorar incidencias detectadas y mejoras conseguidas para el buen funcionamiento del servicio gracias a la monitorización de indicadores.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En 2010 se implanta un cuadro de mandos de enfermería en el servicio de urgencias con el objetivo de monitorizar indicadores para la mejora continua en diferentes ámbitos: Calidad, Actividad, Consumo de Recursos y Seguridad Clínica.

Algunos Indicadores: Espera en triaje, derivaciones con informe de enfermería, visitas con registro informático, Visitas de enfermería, consumo laboratorio, control de neveras, box de críticos, entrada y salida de los mórficos, caducidades, revisiones de los aparatos de electromedicina y laboratorio.

Los datos se obtienen del programa OMIAP y otros programas específicos, su explotación se realiza con Access 2003.

Se evalúan los resultados cada dos meses. El coordinador recibe en Excel 2003 los indicadores, éstos son presentados en sesión al equipo donde se discuten los puntos débiles, los posibles motivos y las propuestas de mejora.

**RESULTADOS:**

En 2010 la media de espera de triaje fue de 5,24 minutos siendo 4,8 en 2011.

De un 69,9% de derivaciones con informe de enfermería se pasa a un 92%.

Se registra la actividad de triaje mediante el protocolo informatizado en un 87,9% en 2010 frente a un 96,6% en 2011.

La actividad de enfermería fue de 68.036 visitas en 2010 y 78.174 en 2011.

La temperatura de las neveras se registró en un 90,4 % en 2010, y un 91,2% en 2011.

De un 98,4 % de check-list diarios del box de críticos se pasa a un 96,4%.

Se mantiene el registro correcto de controles y revisiones de los aparatos del laboratorio y de los de electromedicina, 100% en ambos años.

Se realizaron todos los controles de caducidades en 2010 y 2011.

La correspondencia del stock de mórficos con el registro informatizado aumenta hasta el 99,8%.

En 2011 incorporamos en el servicio un sistema de identificación de paciente con la colocación de pulseras. De un 31,5% de pacientes con pulsera pasamos a un 65% en la actualidad.

**DISCUSIÓN:**

Hemos podido detectar gracias a la monitorización de indicadores que evalúan el funcionamiento del servicio varios puntos a mejorar.

La detección de estos problemas puso en marcha actuaciones de mejora. El seguimiento de los resultados ha sido importante para evaluar la efectividad de éstas, siendo satisfactorios en su mayoría.

Implicar al equipo en la decisión sobre las actuaciones de mejora y delegar responsables en los diferentes ámbitos de trabajo del servicio hace que los resultados cambien de manera más rápida, efectiva y continua.

La monitorización de indicadores y su valoración periódica hace que el servicio trabaje de manera continua hacia el buen funcionamiento en todas las áreas evaluadas ofreciendo así una buena calidad asistencial y disminuyendo la posibilidad de efectos adversos en seguridad clínica.

## **Sesión de Comunicaciones Orales Breves.**

**Sala B3.**

**Jueves, 8 de noviembre / 10:30 h. – 11:30 h.**

**Farmacia.**

**CB – 262 / CB – 273**

**CB - 262.- EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN DE INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS COMPLEMENTARIO AL DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA.**

BILBAO-AGUIRREGOMEZCORTA J, FLORISTÁN-IMÍZCOZ C.  
SAN ELOY. BARACALDO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

Evaluar la implantación de un programa de detección de interacciones farmacológicas que complementa al programa de prescripción electrónica instaurado en la totalidad del hospital.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio prospectivo de 9 meses de duración (septiembre 2011- mayo 2012).

La detección de las interacciones se realizó mediante el cruce de datos en Access 2003 entre el perfil farmacoterapéutico de los pacientes obtenido a partir del programa de prescripción electrónica (eOsabide) y una base de datos propia en la que se recogen un total de 2.776 pares de interacciones farmacológicas. En la selección de las interacciones se consideraron aquellas con los siguientes criterios de gravedad: los clasificados en Micromedex como fármacos contraindicados para su uso simultáneo y las interacciones de importancia (la interacción puede causar la muerte y/o requerir intervención médica para minimizar o evitar efectos adversos graves); los clasificados en Lexi-Comp como categoría D (requiere modificación de la terapia) y X (evitar la combinación); las clasificadas como clínicamente importantes por el ARIZONA CERT (Center for Education and Research on Therapeutics).

El informe de la interacción se realizó por escrito en la historia clínica informatizada del paciente (Osabide global), comprobándose a las 24-48 horas la aceptación del mismo.

**RESULTADOS:**

En el periodo comprendido entre septiembre 2011-mayo 2012 de un total de 1.521 interacciones detectadas se notificaron 425 (30 %), de las cuales 128 (35%) eran recomendaciones a hematología de control del INR en pacientes en tratamiento con acenocumarol. Del resto de los informes, 134 (64%) han supuesto cambios directos en el tratamiento medicamentoso. Los motivos de no informar determinadas interacciones fueron: 37% fármaco prescrito si precisa; 23% tratamientos previos al ingreso hospitalario; 21 % el valor del potasio dentro de los valores de referencia; 5,5 % paciente de alta o medicamento suspendido por el médico antes de informar; 5,4% no era necesario ajuste posológico a esas dosis; 3,3 % no tenía lugar la interacción por esa vía de administración; 1,3% eran dosis únicas.

**DISCUSIÓN:**

El proyecto ha tenido gran aceptación entre los profesionales médicos aumentando la calidad de la prescripción médica. Estas herramientas informáticas complementarias a la prescripción electrónica son necesarias dentro de un programa orientado a la seguridad del paciente.

**CB - 263.- INSTAURACIÓN DE UN PROCESO DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS AL ALTA HOSPITALARIA.**

FLORISTAN-IMÍZCOZ C, ALVAREZ-DE LA FUENTE E, BILBAO-AGUIRREGOMEZCORTA J.  
HOSPITAL SAN ELOY. BARACALDO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

Establecer un circuito de información de medicamentos al paciente al alta hospitalaria en una unidad de hospitalización con pacientes con pluripatología a cargo de distintos servicios médicos (Medicina Interna, Cardiología, Neumología y Digestivo). La información de medicamentos se realiza mediante un impreso coloreado en forma de planning horario con los medicamentos identificados mediante su carátula.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En primer lugar se seleccionó la unidad objeto de la implantación de la experiencia piloto. La selección se ha realizado por la tipología de los pacientes y por la alta implicación del personal médico y no médico en la política de seguridad del paciente.

A continuación se difundió entre el personal médico el boletín nº 34 del ISMP con recomendaciones para la prevención de errores de medicación junto con bibliografía sobre el proceso de conciliación.

Posteriormente se instauró el proceso, de manera que una vez confirmado el alta del paciente y que el informe definitivo está disponible en la herramienta informática global-clinic del hospital, el farmacéutico imprime el informe y elabora el planning en el programa infowin.

El circuito finaliza con el envío del impreso a la unidad de hospitalización que lo adjunta al informe clínico para su entrega al paciente. En aquellos casos en los que el paciente se va de alta sin el planning este es remitido por correo al domicilio del paciente por el servicio de Farmacia.

**RESULTADOS:**

El proyecto comenzó en enero-2012 habiéndose realizado en el periodo estudiado 145 informes de los cuales el 93 % han correspondido al servicio de Medicina Interna. El circuito funciona bien, con gran satisfacción por parte del paciente, se trata de un proceso ágil que facilita notablemente la conciliación y la adherencia del paciente al tratamiento. La calidad de los informes al alta de los pacientes ha mejorado sustancialmente. El médico prescriptor está concienciado de la importancia de la conciliación y refleja en el informe los tratamientos previos al ingreso, los cambios al alta del tratamiento domiciliario previo, los nuevos medicamentos prescritos y duración de los mismos.

**DISCUSIÓN:**

El establecimiento de un sistema de información de medicamentos al alta hospitalaria mejora la conciliación y facilita la adherencia al tratamiento farmacológico. La instauración del circuito ha sido un proceso rápido en gran medida por la gran motivación del personal médico y no médico implicado y que ha supuesto una gran mejora en la información transmitida al paciente al alta hospitalaria con el objetivo siempre implícito de la seguridad del paciente.

**CB - 264.- COORDINACIÓN ENTRE EL SERVICIO DE FARMACIA Y LAS UNIDADES DE ENFERMERÍA PARA LA GESTIÓN DE BOTIQUINES DE MEDICAMENTOS.**

GARCÍA-VERDE MJ, BARDÁN-GARCÍA B, RODRÍGUEZ-PENÍN I, GRANERO-LÓPEZ M.  
HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE. FERROL (A CORUÑA).

**OBJETIVOS:**

Evaluar la acción de mejora llevada a cabo por el Servicio de Farmacia (SF) en colaboración con Dirección de Enfermería (DE) en la gestión global de botiquines de las Unidades de Enfermería (UE).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo retrospectivo de la situación de los botiquines de las UE en 2011 y comparación con la situación previa, tras la implantación de una acción de mejora por parte de un SF con un sistema de Gestión de la Calidad basado en la norma ISO 9001:2008, en colaboración con DE. Además de la revisión periódica de caducidades, el SF realiza un informe anual de cada botiquín que incluye estado de conservación de los medicamentos y ajuste al stock pactado. Con el fin de aumentar el número de revisiones de caducidades y mejorar la gestión de los botiquines, se implantó en 2010 una acción de mejora consistente en la revisión mensual de caducidades de forma alternativa entre el SF y las UE. Tras una reunión entre DE, el SF, el coordinador de Calidad, la supervisora de Farmacia (SdF) y el resto de supervisores, se acordó un calendario de revisiones y se implantó un impreso de revisión en el que el supervisor indica si existen medicamentos caducados o que caducan en el mes en curso, deteriorados, con pronta caducidad o mal conservados. Dicho impreso se envía al Responsable de Calidad (RC) del SF para su registro y control.

A partir del informe anual y de la memoria del SF de 2011 se recogieron: número de botiquines y revisiones anuales de caducidades; botiquines con: correcta identificación de los medicamentos, conservación de los fotosensibles, con más de 10 especialidades no incluidas en el stock pactado, caducadas y/o que superan el doble del stock pactado. De la memoria del SF de 2008 se obtuvo el número de revisiones anuales de caducidades y del registro del RC se contabilizaron las revisiones de caducidades de los supervisores.

**RESULTADOS:**

En 2008, los 44 botiquines fueron revisados por el SF (total de revisiones anuales: 104). Durante 2011 los 52 botiquines fueron revisados por el SF y UE (total de revisiones anuales: SF: 291; UE: 215 ).

En 2011 el número de botiquines con correcta identificación de los medicamentos y conservación de los fotosensibles fue de 52 (100%) y 44 (85%), respectivamente.

Cinco (10%) botiquines presentaron más de 10 especialidades caducadas, con más de 10 especialidades no incluidas en el stock pactado hubo 20 botiquines (38%) y con más de 10 especialidades que superan el doble del stock pactado hubo 20 (38%).

**DISCUSIÓN:**

-La colaboración de DE en la gestión de botiquines y el establecimiento de una responsabilidad compartida ha mejorado el control de caducidades en las UE (total de revisiones de botiquines: 506 en 2011 frente a 104 en 2008).

-Será necesario establecer nuevas acciones para aumentar el cumplimiento de las revisiones alternativas de botiquines por las UE, reducir el número de especialidades caducadas por botiquín y ajustar los stocks pactados a las necesidades reales de las UE.

**CB - 265.- EVOLUCION DE LAS PRESCRIPCIONES DE MEDICAMENTOS ESTUPEFACIENTES.**

ELIZONDO-LÓPEZ DE LANDACHE I, LÓPEZ-AYARZAGÜENA G, RUIZ-VAQUERO E, BRACERAS-IZAGUIRRE L, GARDEAZABAL-ROMILLO MJ, ACEVEDO-HERANZ P.

DIRECCIÓN DE FARMACIA. DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO. GOBIERNO VASCO. VITORIA - GASTEIZ.

**OBJETIVOS:**

Los estupefacientes han sido regulados y fiscalizados desde principio de siglo mediante normativas legales, a pesar de lo cual, sigue existiendo un cierto grado de desconocimiento general sobre su utilización entre los profesionales sanitarios, que dificulta su uso racional. Las trabas administrativas y el temor que genera la responsabilidad de manejar sustancias frecuentemente implicadas en usos ilícitos, también han contribuido a una infrautilización terapéutica de los estupefacientes. En nuestro país se comprueba un uso de los estupefacientes notablemente inferior cuando se compara con otros países de Europa. El uso terapéutico de los medicamentos estupefacientes tiene una gran importancia en el alivio del dolor de los pacientes. El mayor conocimiento de la fisiopatología del dolor, ha hecho posible el desarrollo de nuevos fármacos para su tratamiento y la utilización de nuevas vías de administración. Por todo ello, se ha incrementado el número de medicamentos y presentaciones disponibles (en 2006 había 73 presentaciones de medicamentos financiadas y en 2011 esta cifra es de 167), lo que supone importantes mejoras en el tratamiento farmacológico del dolor.

El objetivo del presente estudio es analizar la prescripción de medicamentos estupefacientes en el ámbito de una Comunidad Autónoma desglosado por provincias desde 2006 a 2011, a través del número de recetas facturadas a cargo del SNS, no teniéndose en cuenta las prescripciones realizadas por facultativos de asistencia privada.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Extracción de datos de consumo del sistema de facturación de recetas médicas en la Comunidad Autónoma.

**RESULTADOS:**

El incremento del número de envases de estupefacientes facturados no se ha mantenido continuo desde 2006 hasta 2011, con valores anuales, en general, inferiores a los del año siguiente; así en 2007 creció un 45,11% y en 2011 0,35% respecto a los años anteriores. El número de envases de 2006 a 2011 de estupefacientes facturados a través de receta del SNS se ha duplicado. La cuantificación del ritmo de crecimiento se ha calculado mediante la tasa anual de crecimiento por la expresión  $[(T2-T1)/T1] \times 100$ , donde T1 es el número de envases facturados un año y T2 el número de envases facturados en el año precedente.

**DISCUSIÓN:**

Se observa una facturación creciente de recetas de estupefacientes, pudiendo atribuirlo a: Aparición en el mercado de nuevas moléculas con nuevas vías de administración en los últimos años.

Mayor formación de los profesionales sanitarios de los distintos niveles asistenciales acerca del dolor.

Creación de unidades específicas del dolor y cuidados paliativos, donde se usan este tipo de medicamentos.

Envejecimiento de la población y mayor número de patologías.

**CB - 266.- OPTIMIZACIÓN DE LA PREPARACIÓN DE DOSIS UNITARIAS Y PEDIDOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA MEDIANTE LA SEMIAUTOMATIZACIÓN.**

MURUAGA-MARÍN JM, AGUAYO-REJANO R, RAMÍREZ-SÁNCHEZ A, GARMENDIA-URQUIZU E, ARRIZABALAGA-ARRIZABALO MJ, GÓMEZ-TIJERO N.

HOSPITAL DE MENDARO. MENDARO (GUIPÚZKOA).

**OBJETIVOS:**

Comparar la velocidad y el porcentaje de errores en la preparación de carros de unidosis y de pedidos en un Servicio de Farmacia (SF) antes y después de la incorporación de un sistema semiautomático de almacenaje de medicamentos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio realizado en el SF de un hospital comarcal con la totalidad de camas de hospitalización (118) con sistema de distribución de medicamentos en dosis unitaria y dispensación por reposición de stock en el resto de unidades.

En enero de 2012 se modificó el sistema de almacenamiento de medicamentos pasando de un almacén tradicional a uno semiautomático (Kardex). Se realizaron dos cortes transversales de dos semanas, antes y después de la incorporación de los Kardex, y se registraron los tiempos de preparación y los errores encontrados en la revisión final de los carros y de los pedidos, así como la causa de los errores (omisión de medicamento, medicamento sobrante, nº de unidades incorrectas, dosis incorrecta, forma farmacéutica incorrecta o rotura de stock). Los pedidos con Kardex se prepararon individualmente o agrupados en dos o tres.

Se calculó la velocidad (teniendo en cuenta el tiempo de preparación por persona) y el porcentaje de error.

**RESULTADOS:**

Se revisaron un total de 46 pedidos (5253 medicamentos) y 60 carros (26669 dosis). La velocidad de preparación de pedidos (nº medicamentos/hora) pasó de 57 con el sistema manual a 97 con Kardex cuando se prepararon individualmente, 112 agrupados en dos, y 144 en tres.

La velocidad de llenado de carros (nº dosis/hora) pasó de 359 con el sistema manual a 403 con Kardex.

El porcentaje de error en el llenado de carros fue 1,3% con el sistema manual frente a 1,6% con el automatizado; los más frecuentes en ambos casos fueron el de medicamento sobrante (38% y 44%) y omisión de medicamento (45,2% y 46,4%).

En la preparación de pedidos se detectó una tasa de error menor al 1%, siendo el más frecuente (70%) el nº de unidades incorrectas y sin diferencias entre ambos sistemas.

**DISCUSIÓN:**

La automatización ha logrado optimizar el proceso de preparación de medicación, llegando a triplicar la velocidad en algunas fases, lo que ha permitido mejorar la gestión de los recursos.

La tasa de error en unidosis se ha visto aumentada, probablemente debido a la falta de familiarización del personal de enfermería con el sistema recientemente incorporado.

Debido a que, en el intervalo de tiempo entre la preparación del carro y la revisión del mismo, se continúan realizando cambios en los tratamientos de los pacientes, debemos analizar en un futuro la medida en que este hecho afecta al porcentaje de error.

Asimismo, algunos tipos de error podrían minimizarse incorporando al proceso la lectura de códigos de barras que identifican cada medicamento con el cajetín del paciente correspondiente. Aunque esto ya lo permite el Kardex, aún no se ha puesto en marcha debido al poco tiempo que lleva el nuevo sistema en el SF.

**CB - 267.- INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS EN PACIENTES POLIMEDICADOS.**

MOZOTA-DUARTE J, PORTILLO-BERNARD B, VICENT-CASTILLO A, MUÑOZ-ALBALADEJO P, OUVAROVSKAIA- V, VILLAVERDE-ROYO MV.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. ZARAGOZA.

**OBJETIVOS:**

Analizar las interacciones medicamentosas (IM) en pacientes que siguen tratamiento habitual con más de 2 principios activos (PA).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo transversal en el que se revisó una selección aleatoria de historias clínicas de pacientes atendidos durante un periodo de 6 meses en un Servicio de Urgencias. Se recogieron los principios activos del tratamiento habitual y así como los prescritos en el Servicio de Urgencias. Se analizó la lista de la medicación mediante botplusweb.portalfarma.com (BOT) y DRUGS.COM, con el fin de establecer número de interacciones y gravedad de las mismas.

**RESULTADOS:**

Se revisaron 384 historias clínicas. El 31'51% (IC95%:27-36'28) de los pacientes refirió no tomar ningún fármaco de forma habitual. Casi el 12% (IC95%:9-15'51) dijo estar en tratamiento con un principio activo y el 56'51% (IC95%:51'53-61'49) con 2 ó más, lo que supuso un total de 217 pacientes. Se obtuvo una media de 3'66 principios activos por paciente (IC95%:3'26-4'07). La edad media de los pacientes aumentó a medida que aumentaba el número de principios activos del tratamiento habitual, desde los 51'11 años de media de los pacientes en tratamiento con 2 principios activos hasta los 74'21 años de media en el grupo de pacientes en tratamiento con 7 o más principios activos.

En los pacientes en tratamiento con al menos 2 principios activos la media de interacciones según BOT fue de 1'52 (54'54% de gravedad mayor), que aumentó a 1'76 tras prescribir el tratamiento en Urgencias. Según DRUGS.COM, la media de interacciones fue de 5'07 (8'18% de gravedad mayor, 74'64% de gravedad moderada) y aumentó hasta 5'34 tras la prescripción realizada en el Servicio de Urgencias.

Al analizar la lista de la medicación con la página BOT, los pacientes en tratamiento con entre 2 y 5 principios activos presentaron una media de 0'34 interacciones medicamentosas, los pacientes en tratamiento con entre 6 y 10 fármacos tuvieron una media de 1'62 y los pacientes en tratamiento crónico con más de 10 PA tuvieron una media de 6'04.

Al analizar la lista de la medicación con la página DRUGS.COM, los pacientes en tratamiento con entre 2 y 5 fármacos presentaron 1'12 interacciones de media, lo que aumentó a 6'29 interacciones medicamentosas en los pacientes en tratamiento con entre 6 y 10 PA. Los que seguían un esquema terapéutico compuesto por más de 10 PA presentaron según esta página 17 interacciones de media.

**DISCUSIÓN:**

La incidencia de interacciones está relacionada con el número de fármacos que toma el paciente, lo que aumenta en relación directa con la edad. Encontramos una prevalencia de interacciones del 66'18% entre aquellos pacientes mayores de 65 años en tratamiento con al menos 2 fármacos. Serían necesarias estrategias de mejora para minimizar los riesgos del paciente.

**CB - 268.- PREPARACIÓN ASISTIDA, SEGURA Y EFICIENTE DE TRATAMIENTOS ONCO-HEMATOLÓGICOS.**

ACHAU R, PORTA-OLTRA B, HERNANDEZ M, ABELLA A, ADAN C, MARTINEZ MA.  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. VALENCIA.

**OBJETIVOS:**

Integración de un método de control de calidad cualitativo y cuantitativo para la preparación asistida, segura y eficiente de los tratamientos onco-hematológicos parenterales en un servicio de farmacia de hospital.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Diseño: estudio retrospectivo observacional. Ámbito: hospital general universitario con un área de salud de 380.000 habitantes. Periodo: 8 meses (octubre2011- mayo 2012). Método de control de calidad: módulo PASE del aplicativo Farmis-Oncofarm® ubicado en el área de preparación de la cabina de seguridad biológica. Este módulo permite la integración en el proceso de la preparación de los tratamientos oncológicos, de los siguientes controles de calidad:

- a) Cualitativo de fluidos y aditivos: mediante lectura de etiquetas con código data-matrix del producto, lote y caducidad.
- b) Cuantitativo de fluidos (volumen) y aditivos (dosis): control gravimétrico. Para asistir en la preparación de cada mezcla el aplicativo calcula, a partir de los correspondientes valores de peso, concentración y densidad, el volumen necesario a adicionar antes de la preparación y, posteriormente, el volumen real adicionado.

Variables de estudio: se recogieron los resultados del control gravimétrico de las mezclas parenterales de carboplatino, ciclofosfamida, cisplatino, docetaxel, etopósido y fluorouracilo. Para cada mezcla parenteral las variables registradas fueron: peso teórico, peso real, dosis prescrita y dosis preparada y concentración del envase, expresado. En todos los casos el límite máximo de tolerancia permitido para la dosis preparada ha sido de  $\pm 5\%$ .

Análisis estadístico: se determinó el error gravimétrico porcentual de cada preparación parenteral y su desviación estándar (EGP(DE)), a partir de las diferencias obtenidas entre la dosis preparada y la dosis teórica. Para cada aditivo se calculó el porcentaje de preparaciones con dosificación fuera del límite de tolerancia  $\pm 5\%$  con su intervalo de confianza del 95%(IC95).

**RESULTADOS:**

Un total de 1.354 mezclas parenterales han sido incluidas en el estudio correspondientes a: carboplatino(164), ciclofosfamida(157), cisplatino(96), docetaxel(75), etoposido(70) y fluorouracilo(792). Los valores medios de EGP(DE) fueron: carboplatino 0,9(1,3), ciclofosfamida 1,3(1,7), cisplatino 1,2(1,4), docetaxel 3,0(1,7), etopósido 1,5(1,1) y fluorouracilo 1,8(1,6). El número y porcentaje fuera del límite de tolerancia fue: carboplatino 4(2,4;IC95:0,1 a 4,8), ciclofosfamida 1(0,6;IC95:-0,6 a 1,8), cisplatino 3(3,1;IC95:-0,4 a 6,6), docetaxel 10(13,3;IC95:5,6 a 21,0), etopósido 0(0;IC95:0) y fluorouracilo 16(2,0;IC95:1,0 a 3,0).

**DISCUSIÓN:**

La integración del control de calidad durante la preparación mediante la lectura data-matrix (control cualitativo) y gravimetría (control cuantitativo) es un método sencillo y eficaz que permite la detección de errores de medicación de manera prematura asociados a los subprocesos de acondicionamiento y preparación y, en consecuencia, la prevención de morbilidad farmacoterapéutica en los pacientes onco-hematológicos.

**CB - 269.- ESTUDIO DE EVALUACIÓN Y MEJORA DE UN SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.**

GARCIA-HERRERO R, LOPEZ-PICAZO-FERRER J, CANOVAS-GARCIA JD, GALINDO-RUEDA MM, MENDOZA-OTERO F, GARCIA-MOLINA O.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

**OBJETIVOS:**

La dispensación de medicamentos por dosis unitarias del servicio de farmacia (SF) de un hospital de tercer nivel se somete a un sistema de doble chequeo con el fin de minimizar errores. A pesar de ello, se reciben reclamaciones de las unidades de hospitalización por falta de disponibilidad de medicamentos. Con el objetivo de mejorar este proceso de dispensación se lleva a cabo un estudio de evaluación y mejora de la calidad a fin de detectar puntos susceptibles de mejora e implementar medidas correctoras que disminuyan el número de reclamaciones.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Para evaluar la calidad del proceso se consensuan los siguientes criterios: C1: Validación de la prescripción médica (PM) en menos de dos horas desde su recepción; C2: Notificación del farmacéutico a la Unidad de Hospitalización (UH) en caso de PM con medicamentos no incluidos en la GFT del hospital; C3: Doble chequeo en la dispensación y envío de la medicación; C4: Constancia escrita de contacto con la UH para verificar que no han recepcionado la medicación reclamada.

Para diseñar las intervenciones necesarias para mejorar se analiza el flujo del proceso, se estudian las posibles causas de reclamación mediante un diagrama de causa y efecto y se revisa una muestra aleatoria de 60 reclamaciones.

La 1ª evaluación (1Ev) se realiza en enero 2012 utilizando una muestra aleatoria de 60 PM. Las acciones de mejora se aplicaron en un periodo de 3 meses e incluyeron reuniones con el personal de Enfermería del SF para mejorar el registro del doble chequeo, realizar llamadas comprobatorias a las UH reclamantes e instaurar la verificación de que la medicación no se encuentre en la UH en caso de reclamación de medicación dispensada.

2ª evaluación (2Ev) se realiza en abril 2012 manteniendo los mismos criterios y muestreo. Se calculan las mejoras absoluta y relativa (MR) y su significación estadística para un error alfa del 5%.

**RESULTADOS:**

C1: 1Ev: 80,0+/-10.1%. 2Ev: 83.3+/-9.5%, MR 16%. No significativo.

C2: 1Ev: 95,0+/-5.5%. 2Ev: 91,7+/-6.8%, no MR. No significativo

C3: 1Ev: 61,7+/-12.3%. 2Ev: 81.7+/-9.9%, MR 52%. p0,05

C4: 1Ev: 5,0+/-5.5%. 2Ev: 80.0+/-10.1%, MR 79%. p0,001

Reclamaciones: 1Ev: 237, 2Ev: 165 MR 30%.

**DISCUSIÓN:**

La mejora en el doble chequeo en el SF proporciona una base sólida para solicitar a las UH la verificación de la falta de medicación reclamada. La implementación de medidas correctoras en dos pasos del proceso de dispensación ha reducido las reclamaciones de forma significativa. La medición periódica y planificada de estos indicadores permitirá monitorizar en el tiempo este proceso y asegurar su mantenimiento en niveles de calidad aceptables.

**CB - 270.- EL SERVICIO DE FARMACIA EN LA IMPLANTACIÓN Y VALIDACIÓN FARMACÉUTICA DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA.**

TORO-CHICO P, PÉREZ-ENCINAS M, SANZ-MÁRQUEZ S, LORENZO-MARTÍNEZ S, POLANCO-PAZ MM.

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN. ALCORCÓN (MADRID).

**OBJETIVOS:**

Describir las actuaciones desarrolladas por el servicio de farmacia (SF) en la implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA) en la historia clínica electrónica del hospital, y el control y registro de la validación farmacéutica de la PEA.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

La implantación de la PEA se planificó para hospitalización y Urgencias en enero 2011 en un hospital universitario de tercer nivel, implantándose como un módulo integrado de la historia clínica electrónica en Julio 2011. Para desarrollar el sistema informático de prescripción y el sistema de alertas se establecieron reuniones periódicas entre el equipo informático de diseño y el SF.

Tras la implantación, el SF monitorizó la actividad farmacéutica de la validación de las prescripciones, modificando el cuadro de mandos de actividad del proceso de dispensación a pacientes ingresados, y creando nuevos indicadores de actividad con registro mensual.

**RESULTADOS:**

Previo a la implantación, las actuaciones realizadas por el SF para el diseño y desarrollo de la PEA fueron:

- \* Revisión y depuración de la base de datos del módulo maestro Farmatool®: cambio de nombres de especialidades a principios activos.
- \* Revisión y asociación de vías de administración, unidades de medida, frecuencias de administración y posologías de medicamentos.
- \* Revisión de recomendaciones de administración.
- \* Generación del sistema de alertas de prescripción: interacciones farmacológicas, alergias a medicamentos, duraciones de tratamiento, dosis máximas, dosis por peso, categorías de teratogenicidad, ajuste de fármacos en IR.
- \* Elaboración de mezclas farmacológicas protocolizadas.
- \* Actualización e integración del Programa de Intercambio Terapéutico.
- \* Validación e integración de protocolos de prescripción de los servicios.
- \* Revisión e integración de la dosificación de medicamentos en neonatos.

Tras la implantación, se estableció como control y registro de la validación farmacéutica, los siguientes indicadores de actividad (Julio a Diciembre 2011):

- \* "Nº líneas de medicamento validadas por el farmacéutico en la PEA": 530.712.
- \* "Nº intervenciones farmacéuticas realizadas desde el módulo dosis unitarias de Farmatools®": 1049.
- \* "Nº intervenciones farmacéuticas realizadas en la PEA": 604 (adecuación de posología 42,9%, omisión de medicación 16,2%, fármacos no incluidos en guía 10,4%, ajuste de dosis por IR 9,9%, recomendaciones de administración 7,8%, duración tratamiento 4,4%, duplicidad terapéutica 4,4%, terapia secuencial 2,4%, interacciones 1,6%).

**DISCUSIÓN:**

En la implantación de la PEA es necesaria la actuación del SF para garantizar una óptima utilización de la prescripción por facultativos y personal de enfermería, convirtiéndose en una herramienta ágil y completa que incorpora los aspectos relacionados con su historia farmacoterapéutica. El control y registro de la validación farmacéutica permite al farmacéutico monitorizar esta actividad, con el objetivo de contribuir a mejorar la farmacoterapia del paciente.

**CB - 271.- INDICADORES DE PRESCRIPCIÓN EN DIFERENTES ÁMBITOS SANITARIOS.**

ACEVEDO-HERANZ P, ECHETO-GARCIA A, ELIZONDO-LÓPEZ DE LANDACHE I, GARDEAZABAL-ROMILLO MJ, BRACERAS-IZAGUIRRE L, ZUBIZARRETA-AIZPURUA A.

DIRECCIÓN DE FARMACIA. DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO. GOBIERNO VASCO. VITORIA - GASTEIZ.

**OBJETIVOS:**

El análisis de la prescripción de medicamentos tiene interés tanto en el ámbito de la atención primaria (AP) como especializada (AE); los medicamentos son el pilar principal de la terapéutica. Su uso tiene impacto sanitario y económico.

En la evaluación de la calidad de prescripción se utilizan indicadores universales cuyo objetivo es promover estrategias que favorezcan el uso racional de los medicamentos (genéricos, novedades de baja o nula mejora terapéutica -NBMT-); de selección que promueven la eficacia, seguridad y eficiencia (AINEs seleccionados); de prevalencia que miden el grado de uso en una población determinada (Dosis habitante Día -DHD- de inhibidores de la bomba de protones -IBPs-).

Evaluar y monitorizar la calidad y la eficiencia de la prescripción farmacológica efectuada por los médicos de AP y AE de una organización, a través de los indicadores de calidad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se analizaron los datos de prescripción de los médicos de AP y AE de una Comunidad Autónoma de 2011. Se excluyeron del análisis los pediatras y facultativos de salud mental. Los indicadores de calidad recogidos fueron: genéricos, NBMT, AINEs seleccionados y DHD de IBPs.

Se obtuvo una cifra para AP y otra para AE de indicador; sus definiciones son:

Genéricos: % Nº de envases genéricos/ Nº de envases de medicamentos.

NBMT: % Nº de envases NBMT / Nº de envases de medicamentos totales, siendo NBMT aquellos nuevos principios activos calificados como NBMT en los últimos 5 años.

DHD de IBPs: Nº de DDD IBP \*1000/ Población \* periodo en días.

AINEs seleccionados: % Nº de DDD AINEs seleccionados (Ibuprofeno y Naproxeno)/ Nº de DDD AINE totales.

Para obtener los indicadores se utilizó la base de datos del Sistema de Facturación de Farmacia. Se usaron los datos de facturación acumulados correspondientes al año 2011. El cálculo de indicadores se realizó con el programa BO. Los datos poblacionales se tomaron de la base de datos de la Tarjeta Individual Sanitaria.

**RESULTADOS:**

El 30.24% de las prescripciones de AP fueron de genéricos mientras que en AE el 18,59%. El valor de NBMT fue similar en ambos niveles asistenciales (2.23 en AP y 2,21 en AE). Los AINEs seleccionados representaron el 73,46% en AP mientras que en AE 61,88%. Las DHD de IBPs en AP fueron 98,35 y 5,23 en AE.

**DISCUSIÓN:**

Parece existir una diferencia en las prescripciones entre ambos niveles asistenciales.

El indicador de genéricos debe potenciarse en AE.

El indicador de NBMT que mide el uso de nuevos medicamentos indicaciones similares a los disponibles, respecto a los cuales no existe evidencia de aportación terapéutica relevante, es independiente del nivel asistencial.

Por el contrario el uso de AINEs seleccionados difiere; en AE existe una selección más inadecuada de AINE; se debería potenciar el uso de guías farmacoterapéuticas en AE. El indicador de DHD IBPs, que mide la prevalencia del consumo, no es comparable, ya que desde AE tan sólo se realiza la primera prescripción, de ahí la diferencia 98,35 frente a 5,23 en AE.

**CB - 272.- OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO DE VALIDACIÓN DE ORDENES MÉDICAS MEDIANTE LA VALIDACIÓN TRANSVERSAL.**

BAZA-MARTÍNEZ B, PASCUAL-BEDIA JA, CAMPINO-VILLEGAS A, SERRANO-DE LUCAS L, BASKARAN-KALTZAKORTA Z, SAUTUA-LARREATEGUI S.

HOSPITAL DE CRUCES. BARACALDO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

Describir el sistema de validación transversal de la prescripción médica utilizado en nuestro hospital.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El proceso de utilización de medicamentos en el hospital es complejo y conlleva un alto riesgo de errores de medicación. La validación de la orden médica por parte del farmacéutico reduce el riesgo de error. Además, aporta valor añadido, optimizando la farmacoterapia del paciente y promoviendo un uso racional del medicamento.

Durante la validación es necesario tener en cuenta muchos factores al mismo tiempo: contexto clínico del paciente (indicación del tratamiento, insuficiencia renal o hepática, vía venosa central o periférica, ingesta oral o sonda, etc.), características del fármaco (disponibilidad del medicamento, forma de administración, etc.) y características del hospital (protocolos de utilización de medicamentos, guía farmacoterapéutica).

La validación transversal es una estrategia para optimizar el proceso de validación. Consiste en integrar la información que se encuentra en las diversas aplicaciones informáticas (analíticas, historia clínica informatizada y prescripción electrónica) y, mediante diversas consultas, filtrar a los pacientes que cumplen una serie de características que les hacen susceptibles de una validación más exhaustiva.

En nuestro hospital el Servicio de Informática y el Servicio de Farmacia han colaborado para crear dos bases de datos de Microsoft Access®. Una de ellas selecciona a los pacientes con filtrado glomerular inferior a 50 mL/min y muestra cuáles de los fármacos que tienen prescritos pueden precisar ajuste de dosis en insuficiencia renal. La segunda base de datos selecciona pacientes que tengan prescritos medicamentos que presenten interacciones clínicamente relevantes entre sí. En ambos casos, para evitar un excesivo número de notificaciones al médico prescriptor, el farmacéutico revisa los pacientes seleccionados por las bases de datos e informa al médico únicamente de los ajustes e interacciones realmente necesarios.

**RESULTADOS:**

La validación transversal en insuficiencia renal se inició en el año 2009. El número de tratamientos revisados ese año fueron 54.904, en 2010 57.251 y en 2011 56.905. Se realizaron 2.722 intervenciones en 2009 (5,0%), 2.966 en 2010 (5,2%) y 1.678 en 2011 (2,9%).

En cuanto a las interacciones, el programa se inició a mediados de 2010, revisándose ese año 534 tratamientos (con 31 intervenciones) y 3.253 tratamientos en 2011 (con 519 intervenciones).

**DISCUSIÓN:**

A pesar de que la proporción de notificaciones realizadas es baja el impacto que tienen en la seguridad del paciente es elevado. La selección de las notificaciones por parte del farmacéutico evita un excesivo número de avisos al médico que podría dar lugar a una fatiga de alertas y a que se ignore información importante.

La validación transversal de la orden médica es más eficiente que la validación tradicional pero no puede sustituirla porque se centra en aspectos muy concretos de la farmacoterapia.

**CB - 273.- ESTUDIO DE LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE EPOETINA ALFA EN UN HOSPITAL TERCIARIO.**

YURREBASO-IBARRECHE MJ, LOIZAGA-DÍAZ I, GOIKOLEA-UGARTE FJ, VALLINAS-HIDALGO S, PÉREZ-ESPAÑA Z, FERNANDEZ-DÍAZ E.

HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Evaluar las prescripciones de Epoetina Alfa a los pacientes atendidos en el Área de Pacientes Externos en base a las recomendaciones de ficha técnica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio observacional retrospectivo, desde la introducción de la epoetina alfa en el hospital (junio de 2011 a marzo de 2012). Se incluyeron en el estudio todos los pacientes en tratamiento ambulatorio, procedentes de los servicios de Oncología, Hematología, Radioterapia, Medicina Interna y Digestivo. Mediante el programa Farhos de dispensación, se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, servicio, diagnóstico, dosis de epoetina alfa prescrita, hemoglobina al inicio del tratamiento y en las analíticas posteriores.

Para evaluar la adecuación de la prescripción en el inicio y en el mantenimiento, se tomó como referencia la recomendación de ficha técnica, niveles de hemoglobina 12 g/dL.

**RESULTADOS:**

Se analizaron 70 pacientes en tratamiento con epoetina alfa (35 mujeres y 35 hombres) con una media de edad de 71,72 años (rango 27-91). Un 78,5% (n=55) procedían del Servicio de Hematología, un 7,1% (n=5) de los Servicios de Digestivo y de Medicina Interna, respectivamente, 5,7 % (n=4) Oncología y Radioterapia un 2,8% (n=2). En cuanto a los diagnósticos asociados a la anemias que motivaron el tratamiento con epoetina alfa, los más frecuentes fueron los tumores hematopoyéticos y linfoides 64,28%, tumores sólidos 8,6%, Hepatitis C (anemia asociada a ribavirina) 5,7%, y otros 21,5%. En referencia a los valores de hemoglobina al inicio del tratamiento, el valor medio fue de un 9,2 g/dl  $\pm$  1,41. El 7,1% (n=5) presentaba al inicio del tratamiento hemoglobina  $\geq$  12 g/dl estando fuera de indicación de ficha técnica. En cuanto a los valores de hemoglobina en el resto de dispensaciones del tratamiento, un 11,4% (n=8) presentaron valores de hemoglobina  $\geq$  12 g/dl. Por otro lado, en un caso se mantuvo tratamiento con valores de hemoglobina  $\geq$  13 durante más de 8 meses, sin que consten valores analíticos durante este periodo.

**DISCUSIÓN:**

Un elevado porcentaje de las prescripciones iniciales se adecuaron a la ficha técnica. Sin embargo, se han observado desviaciones a lo largo del tratamiento, tanto en niveles de hemoglobina como en los controles analíticos. Por ello se considera necesario implantar estrategias de control y validación que permitan una mejora en la calidad asistencial.

## **Sesión de Comunicaciones Orales Breves.**

### **Sala C3.**

**Jueves, 8 de noviembre / 10:30 h. – 11:30 h.**

### **Seguridad Clínica.**

**CB – 274 / CB – 286**

## **CB - 274.- DESARROLLO DE LAS UNIDADES FUNCIONALES DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA EN UNA COMUNIDAD AUTONOMA.**

ÁLAVA-CANO F, GENS BARBERA-GENS BARBERA MGB, OLIVA-OLIVA G, LUSHCHENKOVA-O, GARCIA-CARBAJO A, DAVINS-MIRALLES J.

DEPARTAMENT DE SALUT. ALMOSTER (TARRAGONA).

### **OBJETIVOS:**

Implantar una estrategia en seguridad de los paciente (SP) en los equipos de atención primaria (EAP) de una comunidad autónoma (CCAA) con el fin de reducir el riesgo de daños innecesarios asociados con la atención primaria (AP) al mínimo posible.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Proyecto colaborativo que se inició a mediados de 2011 en 41 EAP intervención (EAPi) y se extenderá en el resto de EAP de la CCAA. Se definió previamente el Modelo de SP (MSP) a partir del modelo de acreditación de los EAP (MADS) de nuestra CCAA y el material formativo. El MSP está formado por un total de 207 estándares del MADS de los cuales 33 se consideraron sine qua non (snq), es decir "imprescindibles" para garantizar un mínimo de SP. El material formativo consta de 3 módulos (aspectos generales de SP, taxonomía y gestión del riesgo). Las actividades del proyecto en cada EAP fueron: 1) Implicar la participación de los líderes, equipos directivos y referentes de seguridad; 2) Identificar el núcleo de seguridad y las funciones; 3) Analizar la situación basal mediante la identificación de proyectos de SP, la percepción de la cultura de SP mediante el cuestionario Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS) y la evaluación según el MSP de nuestra CCAA; 4) Realizar la formación en SPi; 5) Elaborar un programa de SP a partir de la detección del riesgo para cada EAPi.

### **RESULTADOS:**

Actividad 1: Diseño de un plan de comunicación (sesiones informativas y difusión de todas las actividades y resultados mediante el canal SPde nuestra CCAA); actividad 2: 100% EAP identificaron el núcleo de SP; actividad 3: el 46% de los EAPi tienen proyectos/iniciativas (99 proyectos en total, de los cuales, el 54% para disminuir la variabilidad asistencial, el 25% el uso de la medicación, el 13% la cultura SP, el 5% comunicación y el 2% coordinación de niveles asistenciales). El 56% de profesionales de los EAPi respondieron el MOSP (997 cuestionarios). Cada EAPi dispone de sus resultados individuales, comparando con los globales de los 41 EAPi. Se realizó una visita en cada EAP y se evaluó según el MSP (el 44% de los EAPi obtuvieron puntuaciones mayores al 60% de cumplimiento y solo un EAPi obtuvo el 100% estándares snq); actividad 4: se han realizado 6 ediciones formativas de 6 horas a 93 referentes de seguridad. Estos han replicado la formación en sus respectivos EAPi (700 profesionales); actividad 5: cada EAPi dispone de un programa de SP con los resultados de la evaluación, MOSPS, se priorizan los estándares snq y se propone un plan de acción.

### **DISCUSIÓN:**

El proyecto ha permitido impulsar una estrategia de gestión en SP en los EAPi. Se ha identificado el núcleo de seguridad, integrado por profesionales que han recibido formación y son los responsables de desarrollar e implantar las actividades del proyecto. Disponemos de un MSP que nos ha permitido identificar el riesgo de aquellas áreas críticas en la AP y establecer acciones de mejora.

**CB - 275.- LA TELEMONITORIZACION COMO HERRAMIENTA DE AYUDA EN LA GESTION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO.**

ROMO-SOLER MI, CAIRO-ROJAS MC, GARCIA-ASENSIO J, MARTIN-LESENDE I, LARRAÑAGA-GARITANO JM.

OSAKIDETZA-COMARCA BILBAO. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Descripción: La atención a una población cada vez mas envejecida y por tanto, con un aumento progresivo de prevalencia de enfermedades crónicas y la comorbilidad, conlleva planificar el abordaje de las necesidades de cuidados y evitar que el gasto sanitario en un entorno de recursos limitados, se dispare. Para ello es necesario explorar nuevos métodos de atención más efectivos y eficientes, adecuados a esta nueva realidad asistencial. La telemonitorización es una fórmula de aplicación las TICs de la que se dispone cada vez más información respecto a su efectividad sobre grupos concretos de pacientes, como aquéllos con insuficiencia cardiaca o EPOC, conllevando además cambios del modelo asistencial con ventajas añadidas, potenciando una mayor eficiencia y aspectos de sostenibilidad del sistema.

El Objetivo es introducir una nueva oferta en la cartera de Servicios de Atención Primaria a fin de contribuir a una mejora en la asistencia del paciente pluripatológicos con un sistema de coordinación-participación entre niveles asistenciales y sociales, y otras estrategias de atención. Trata además, de dotar a los pacientes y profesionales de un sistema flexible, dinámico, y adaptado-individualizado a las necesidades y características de cada paciente permitiendo una planificación adaptada de los cuidados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Metodo: La telemonitorización plantea un desarrollo tecnológico como es la instalación de una serie de dispositivos en el domicilio del paciente quien introduce diariamente algunos datos en una PDA (frecuencia cardiaca, TA, SatO2, peso, cuestionario clínico...), que se remiten a una plataforma web revisada por los profesionales del centro de salud, apoyado por un sistema de alertas. Pero además implica una modificación en el modelo atención sanitaria mas proactivo y sistemático con planificación de la revisión de los datos de estos pacientes en la actividad diaria y que sobre todo permite la planificación de cuidados por el profesional mas adecuado a la necesidad así como una reacción precoz ante las descompensaciones incipientes de estos pacientes.

**RESULTADOS:**

Resultados: La telemonitorizacion mejorar la atención de los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas con eficiencia y sostenibilidad, Disminuye la mortalidad, los ingresos sobre todo por reagudización y mejora la calidad de vida del paciente y su cuidador. Redistribuye el consumo de recursos con aumento de las consultas no presenciales.

**DISCUSIÓN:**

Discusión: La finalidad de la telemonitorizacion en su globalidad proporciona con amplitud y rigor, una nueva fórmula de control de pacientes en atención primaria, dirigida a pacientes domiciliarios con patologías crónicas complicadas y monitorizables obteniendo resultados satisfactorios a nivel clínico, de coste-efectividad, satisfacción de pacientes-familiares-cuidadores y profesionales implicados, así como aspectos técnico-estructurales sostenibles cuando se combina con una reorganización del modelo asistencial.

**CB - 276.- MANUAL DE RECOMENDACIONES EN SEGURIDAD CLÍNICA PARA UN SISTEMA DE EMERGENCIAS MÉDICAS.**

ALBERRO-ARANZASTI B, FERNANDEZ-RUIZ N, UNANUE-MUNDUATE T, URIONABARRENECHEA-OLABARRIAGA O, VIRTUS-ALDANONDO I, GABIKAGOJEASKOA-BERISTAIN A.

EMERGENCIAS OSAKIDETZA. DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN.

**OBJETIVOS:**

El plan de seguridad clínica de nuestra organización contempla entre sus objetivos, el impulsar y difundir una cultura de seguridad clínica y de gestión de los riesgos así como el establecer medidas para prevenir, eliminar o reducir los riesgos, enfatizando en la identificación de riesgos latentes del sistema. De acuerdo con ello, nos planteamos desarrollar un manual de recomendaciones genéricas orientadas a aumentar la seguridad de nuestros pacientes y de aplicación a nuestros dos principales campos de actuación: los centros de coordinación con su constante, ágil e incierta toma de decisiones asistenciales, así como las ambulancias de soporte vital avanzado, donde la prestación debe realizarse de forma urgente, altamente protocolizada y segura.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Mediante reuniones de consenso de un grupo de expertos donde se contemplaban todas las categorías profesionales de nuestra organización, se abordaron las áreas que componen el sistema y sus interacciones. Posteriormente y para cada área se identificaron elementos a asegurar, potenciar o evitar, para mejorar la seguridad de los pacientes atendidos. Los profesionales intervinientes poseían formación específica en seguridad clínica y experiencia tanto en el desarrollo de AMFEs como en el análisis de notificaciones de seguridad, en nuestra organización.

**RESULTADOS:**

Publicación de documento distribuido a la totalidad de los profesionales de la organización, en el que se recogen un global de 77 recomendaciones, de acuerdo con cada área de intervención abordada: organización, asistencia, gestión y administración de medicación, aparataje y tecnología, comunicación, identificación, transferencia del paciente y, por último, control de la infección. Se acompaña de matriz de despliegue por procesos y áreas.

**DISCUSIÓN:**

La no existencia de evidencia científica que sustente el desarrollo de recomendaciones en materia de seguridad clínica, salvo en aspectos como el lavado de manos por ejemplo, no impide que la práctica de una reflexión de los profesionales que prestan sus servicios en el día a día y que conocen todos los ámbitos en que desarrollan su actividad, sea capaz de generar un catálogo de recomendaciones genérico, básico y, a veces, simplemente de sentido común, cuya aplicación mejore, por un lado, el clima de seguridad en el que prestamos asistencia sanitaria a nuestros pacientes y, por otro lado, ayude a interiorizar una cultura de seguridad clínica a nuestros profesionales.

**CB - 277.- EVITANDO CAÍDAS: CUANDO EL ESLABÓN SE ROMPE EL PACIENTE SE CAE****EXPERIENCIA PRÁCTICA DE LAS CLINICAS IMQ.**

GRIJALBA-MONEDERO B, QUINTANILLA-VELASCO I, GARCÍA-APARICIO S, URRACA-VILLAR A, URRUTIA-JOHANSSON I, POZUELO-JUAN S.

CLÍNICA IMQ ZORROTZAURRE. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

- ☐ Identificar al paciente con riesgo de sufrir caídas.
- ☐ Valorar factores estructurales de cada unidad que puedan propiciar una caída.
- ☐ Aplicar las medidas oportunas para prevenir las caídas, autolesiones y lesiones a otros (pacientes, familiares, personal).
- ☐ Determinar la incidencia de este tipo de accidentes hospitalarios y analizar sus causas, para saber dónde actuar o enfocar las mejoras.
- ☐ Estandarizar el empleo de medidas de prevención y medidas de contención en todas las unidades de la organización (quirófanos, UCI, plantas...).
- ☐ Educar al paciente y cuidadores en la prevención de caídas.
- ☐ Asegurar una continuidad de cuidados mediante la implicación de los diferentes colectivos profesionales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- ☐ Fase 1: Constitución de un equipo de trabajo mixto integrado por profesionales de enfermería de ambos centros IMQ.
- ☐ Fase 2: Identificación de los factores asociados al riesgo de sufrir una caída.
- ☐ Fase3: Escala de valoración de riesgo de caídas: Escala Downton.
- ☐ Fase 4: Determinación de medidas preventivas.
- ☐ Fase 5: Educación para la salud: elaboración de un tríptico para el paciente y familiar/ cuidador.
- ☐ Fase 6: Sistemática de actuación ante una caída.
- ☐ Fase 7: Diseño de registros de valoración, prevención y caídas.
- ☐ Fase 8: Formación y despliegue.

**RESULTADOS:**

El protocolo y sistemática de evaluación y re-evaluación establecida nos ha permitido:

- ☐ Identificar a la persona con riesgo de sufrir una caída mediante una escala de valoración.
- ☐ Disminuir o eliminar los factores de riesgo que contribuyen a que el paciente sufra riesgo de caída: la nueva Clínica IMQ Zorrotzaurre ha eliminado las barreras arquitectónicas de la CVSS.
- ☐ Se han definido las intervenciones de enfermería, administrativos, celadores. para prevenir caídas.
- ☐ Establecer un circuito de actuación efectiva ante una caída.
- ☐ Incrementar la participación del familiar/ cuidador en la prevención de las caídas.
- ☐ Desarrollo de un protocolo de contención mecánica.

**DISCUSIÓN:**

Las caídas, generan un daño adicional para el paciente alterando su proceso de recuperación e incrementando su estancia hospitalaria, con los riesgos que esto implica para el paciente, familia e institución, ya que el resultado de la caída repercute en aspecto físicos (fracturas, daño en tejidos blandos, etc.), psíquicos (miedo a caer otra vez,

aislamiento social, etc.), sociales (familia excesivamente protectora) y económicos (costo de hospitalización, medicamentos, etc.). Las caídas registradas en ambos centros han sido consecuencia de que a pesar de haber incido en todas las medidas preventivas, la falta de colaboración de pacientes autónomos ("no quería molestar"), que caen al saltar las barandillas sigue siendo ese eslabón que acaba por romper la cadena de seguridad.

**CB - 278.- LÍMPIALAS POR TI Y POR LOS DEMÁS.**

MARTÍN-IZQUIERDO A, JIMÉNEZ-GÓMEZ C, GARCÍA-GUTIERREZ ML, GARCÍA-CORRALIZA M, ALBERTOS-CARRIÓN C, RAPP-FERNÁNDEZ P.

DIRECCIÓN TÉCNICA DE PROCESOS Y CALIDAD. MADRID.

**OBJETIVOS:**

Teniendo como referencia el desarrollo de la campaña de higiene de manos (HM) llevada a cabo en los centros de salud (CS) de nuestra comunidad en el año 2011 para sensibilizar y movilizar a los profesionales en el cumplimiento de la HM y tras analizar las evaluaciones realizadas por los profesionales implicados en el desarrollo de la misma, nos planteamos como objetivo diseñar una nueva campaña en 2012 que fomente el cumplimiento de HM continuando con la línea de trabajo iniciada el año anterior e incorporando los aspectos positivos y las áreas de mejora identificadas en la campaña previa.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Definición de los objetivos de la campaña.

Identificación de las personas objetivo: profesionales de los CS.

Constitución del equipo promotor con los profesionales (directivos, técnicos y asistenciales) que tuvieron mayor implicación y mejores resultados en la campaña previa.

Elección del eslogan de campaña, tomando como punto de partida los eslóganes presentados por los profesionales en el concurso "En 2012 propón tu el eslogan" desarrollado en la campaña anterior.

Diseño del cartel con el eslogan ganador "Límpialas por ti y por los demás".

Diseño de actividades:

Elaboración de calendarios de bolsillo como material de sensibilización.

Elaboración de vídeo formativo en el que se muestra la implicación de profesionales y directivos con la HM y que permite a los CS elaborar una sesión formativa que repase aspectos clave como: para qué, cuándo, cómo, etc.

Elaboración de un pop up que aparezca en la pantalla de los ordenadores de los profesionales el día de la celebración de la jornada mundial de HM.

Realización por parte de los responsables de HM de los CS del cuestionario de autoevaluación propuesto por la OMS permitiéndoles analizar y diagnosticar la situación de su CS en relación al despliegue de la estrategia y elaborando un plan de acción individual.

Diseño de la estrategia comunicación de la campaña y colocación del material necesario para las actividades en la WEB.

Diseño de los indicadores de evaluación.

**RESULTADOS:**

Se diseña campaña de sensibilización y movilización de los profesionales en la mejora del cumplimiento de la HM.

Se comunica y despliega la campaña en los 263 CS con estructura en red de promotores.

Se han incorporado en esta campaña las áreas de mejora detectadas en la campaña anterior.

En el momento actual no disponemos de resultados de implantación debido a que los CS tienen como fecha de entrega de su memoria de actividades, el próximo 31 de mayo. Estos resultados estarán disponibles en la fecha en la que se realizará el congreso.

**DISCUSIÓN:**

Las campañas de sensibilización y movilización son un recurso efectivo para hacer participar a los profesionales en la consecución de un reto.

La evaluación realizada por los profesionales sobre el desarrollo de campañas previas nos orienta en la elección de las herramientas a utilizar en las siguientes así como nos ayuda a decidir que aspectos mantener y que áreas de mejora introducir.

**CB - 279.- EVALUACIÓN DEL PROYECTO SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL PLAN DE CALIDAD DE UN HOSPITAL REGIONAL.**

ENRÍQUEZ-MAROTO MF, RUEDA-DOMINGO MT, SANTOS-BOX C, RODRÍGUEZ-DEL ÁGUILA MM, FERNÁNDEZ-SIERRA MA, MORALES-TORRES JL.

HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

**OBJETIVOS:**

La Estrategia para la Seguridad del paciente es un proyecto prioritario de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía como derecho básico de todos los ciudadanos y persigue incrementar la seguridad como componente crítico de la calidad asistencial. El Objetivo es presentar los resultados del Proyecto de Seguridad del Paciente desarrollado a través de 7 objetivos que forman parte del Plan operativo de Calidad Asistencial de un Hospital Regional (2009-2010).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En el Plan de Calidad de este centro se han definido 7 objetivos relativos a la seguridad del paciente. Objetivo 1: Crear Cultura de Seguridad del Paciente entre los profesionales; Objetivo 2: Notificación de Incidentes y Efectos Adversos (EA); Objetivo 3: Optimizar otras fuentes de información sobre efectos adversos; Objetivo 4: Impulsar la Comisión para la Seguridad del Paciente; Objetivo 5: Prevención de las Infecciones asociadas a la asistencia sanitaria; Objetivo 6: Potenciar la Transfusión segura de sangre y hemoderivados; Objetivo 7: Promover Prácticas Seguras relacionadas con Cuidados enfermeros, Medicación, Cirugía y Anestesia. Se han chequeado las diferentes actuaciones en cada objetivo, verificando su cumplimiento.

**RESULTADOS:**

Objetivo 1. Sesiones sobre estrategias en seguridad, procedimiento de notificación de EA y listado de verificación quirúrgica; 3 cursos sobre seguridad; incorporados objetivos sobre seguridad en acuerdos de Unidades de Gestión Clínica (UGC); formación sobre higiene de manos (HM) a 1124 profesionales. Objetivo 2. estrategias de comunicación a las UGC, notificación de 409 EA y 31 incidentes. Objetivo 3. Elaboración de indicadores sobre seguridad a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos; estudio EPIDEA sobre prevalencia de EA en pacientes hospitalizados. Objetivo 4. Reglamento Comisión Seguridad; integración de registro único sobre EA; identificación inequívoca de pacientes mediante pulseras. Objetivo 5. Acreditación distintivo Manos Seguras; revisión guía Profilaxis Antibiótica; Plan de Vigilancia y Control Infección Nosocomial; organización jornada 5 de mayo para la HM. Objetivo 6. Elaboración hoja notificación reacciones adversas transfusionales; y revisión consentimiento informado en transfusiones. Objetivo 7. Implantación listado verificación quirúrgica; prescripción electrónica de medicamentos y sistema unidosis; sistema de control de caducidades; continuidad de cuidados al alta y desarrollo de 39 planes de cuidados estandarizados.

**DISCUSIÓN:**

La seguridad es una dimensión clave en calidad asistencial. El desarrollo de este Proyecto ha tenido como propósito identificar los riesgos para la seguridad de pacientes para poder gestionarlos y minimizarlos, fomentar la cultura de seguridad y la implantación de mejores prácticas para la seguridad del paciente.

**CB - 280.- CAÍDAS EN EL HOSPITAL : ¿PENSAMOS EN LA MEDICACIÓN?.**

ECHAVE-RUIZ L, IBARRA-HERNANDEZ K, YURREBASO-IBARRECHE MJ, UTRERA-MORENO ML, AGUIRREZABAL-ARREDONDO AV, ALVAREZ-LAVÍN M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Las caídas son sucesos adversos que también ocurren en el ámbito hospitalario. El porcentaje de caídas está entre los indicadores de calidad asistencial, ya que pueden conducir a una importante morbilidad en los pacientes ingresados. Los cuidados clínicos al paciente incluyen la valoración sistemática sobre las caídas los factores de riesgo modificando factores subyacentes. Para prevenirlas, pueden modificarse un gran número de condiciones físicas y ambientales. También hay evidencia, obtenida de recientes meta-análisis, de que determinados grupos de medicamentos, los cambios recientes en la medicación, la polifarmacia y la falta de adherencia está relacionada con su aumento.

Nuestro objetivo fue conocer la medicación que tenían prescrita aquellos pacientes que han sufrido una caída, los cambios realizados y valorar la necesidad de establecer un protocolo de revisión de la medicación en el programa de reducción del riesgo de caídas, para mejorar la seguridad del paciente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio retrospectivo de revisión de historias de pacientes que han sufrido caídas en el año 2011 y han sido notificadas mediante el programa Zaineri por enfermería. Se recogieron las siguientes variables: Edad, sexo, servicio, unidad, lugar de la caída, si hubo lesión y localización de ésta, días desde el ingreso hasta la caída, número total de medicamentos, prescripción de medicamentos de riesgo, anticoagulación, hipoalbuminemia y datos de función renal.

**RESULTADOS:**

Se revisaron 236 notificaciones de caídas. Los pacientes tenían edad mediana de 76 años (32-95). Mayores de 80: 34,7%. Anticoagulados: 20,8%. Con hipoalbuminemia: 36%. Función renal: Crs 1.5 mg/dl 18.2%. 203 pacientes sufrieron 1 caída, 15 pacientes tuvieron 2 caídas y uno hasta 3 caídas.

Unidades de mayor frecuencia: Cardiología, Psiquiatría, Neurología y Oncohematología.

Tipos de Caídas: Sin lesión 158 (67%). Con lesión: 78 (33%): Pérdida de conciencia: 3; hematoma: 16; herida inciso-contusa: 16; esguince-fractura: 6; quemaduras: 37; otras: 14.

Medicación prescrita: Total media: 8.2 (2-18 ). Más de 6 medicamentos: 82.6%.

Medicamentos de riesgo: Benzodiazepinas: 63.1%; diuréticos: 38.1%; neurolépticos: 25%; opiáceos: 22.9%; insulina y antidiabéticos: 22.5%; antidepresivos: 21.2%; betabloqueantes: 15.7%; antihipertensivos vasodilatadores: 13.1%; antihistamínicos 1ª generación: 11.9%; AINEs: 11.9% y digoxina: 5.5%. Cambios en la medicación de riesgo postcaída: 3.8 % de los pacientes.

**DISCUSIÓN:**

Hay poca concienciación respecto a la relación entre la medicación del paciente y el riesgo de caídas. Los medicamentos de los pacientes que han sufrido caídas deberían ser revisados, cambiados o suspendidos apropiadamente con la intención de reducir futuras caídas y adaptándolos a su función renal y estado clínico. Las estrategias de reducción de riesgos incluyen el reconocimiento del problema y la participación de los farmacéuticos en el desarrollo de pautas de reevaluación de los pacientes con riesgo de caídas.

**CB - 281.- NO SÓLO DE IDENTIFICAR RIESGOS VIVEN LAS UNIDADES FUNCIONALES. IMPORTANCIA DE ELABORAR PRÁCTICAS SEGURAS.**

OLIVERA-CAÑADAS G, SANZ-DEL OSO JJ, DRAKE-CANELA M, CAÑADA-DORADO A, CORNEJO-GUTIERREZ A, ZAMARRÓN-FRAILE E.

DIRECCIÓN TÉCNICA DE PROCESOS Y CALIDAD. MADRID.

**OBJETIVOS:**

Describir el proceso de elaboración de medidas correctoras y prácticas seguras en las Unidades de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS) de una Gerencia de Atención Primaria (AP), tras la creación de una nueva estructura organizativa y funcional.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En junio de 2011 se implantó un sistema de notificación y gestión informático vía web de incidentes de seguridad sin daño y errores de medicación (EM) y se constituyeron siete UFGRS con reglamentos de régimen interno y procedimientos normalizados de trabajo comunes. Se dio formación sobre la utilización de la herramienta a los miembros de las UFGRS (75 personas) y a los responsables de seguridad de los centros (260).

**RESULTADOS:**

El total de incidentes y EM notificados a través de la plataforma informática han sido 2547 (1766 EM y 781 incidentes de seguridad sin daño); de los notificados han sido analizados por las UFGRS el 60% (459) de los incidentes y el 47% (821) de los EM. En total se han elaborado 1096 informes con medidas correctoras y prácticas seguras (654 relacionados con EM y 442 con incidentes); en relación a la elaboración de las prácticas seguras y recomendaciones de seguridad generalizables, así como las recomendaciones de seguridad locales (bien si afecta a todos los centros de salud o a los centros relacionados con una Dirección Asistencial (DA) determinada), se han elaborado 146; dichas prácticas y recomendaciones están relacionadas con la medicación/vacunas, dispositivos médicos, infraestructuras, gestión organización, prevención de la infección, accidentes de pacientes, continuidad asistencial, cuidados y pruebas diagnósticas. Todas estas prácticas y recomendaciones tanto generalizables como locales, quedan almacenadas en sus respectivos "bancos", a los cuales pueden acceder para su consulta todos los profesionales de los centros o sólo los de la DA implicada en caso de recomendación de seguridad local; para lograr su difusión, la propia aplicación envía un aviso informático a las distintas gerencias y DA así como un vínculo para poder acceder directamente a los documentos.

**DISCUSIÓN:**

Durante éste periodo se han notificado y analizado un amplio número de incidentes de seguridad y EM; igualmente se han elaborado un número importante de informes con medidas correctoras y prácticas seguras; Ha sido fundamental la nueva aplicación informática de notificación así como la creación de bancos de prácticas y recomendaciones de seguridad generalizables y locales. Hay que asegurar que las prácticas generalizables son conocidas por los profesionales asistenciales de los centros.

**CB - 282.- COMO SE ABORDAN LOS CASOS CENTINELA: A PROPOSITO DE UN CASO.**

SAGRERA-FELIIP C.

CAPIO HOSPITAL GENERAL DE CATALUNYA. SANT CUGAT DEL VALLÉS (BARCELONA).

**OBJETIVOS:**

La seguridad del paciente tiene como objetivo reducir y prevenir los riesgos asociados a la asistencia sanitaria. A pesar de nuestros esfuerzos en intentar que nuestros cuidados no produzcan efectos negativos en el paciente, en ocasiones no lo conseguimos apareciendo los eventos adversos.

Los eventos adversos más graves son los denominados "eventos centinela" que pueden llegar a provocar la muerte, lesiones graves físicas o psicológicas o el riesgo de padecerlas.

Objetivos:

- 1.- Demostrar que el análisis metodológico de un evento centinela nos permite identificar las causas y por lo tanto aportar propuestas de mejora.
- 2.- Demostrar que la aparición de un evento centinela no es atribuible a un único factor sino que la complejidad del mismo nos evidencia los numerosos factores contribuyentes que lo favorecen.
- 3.- Demostrar que la realización de un análisis completo permite la visualización del problema como algo sistémico y no individual.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

La realidad de un evento centinela nos permite aplicar una de las metodologías de análisis reactivo: análisis causa raíz.

Ante el conocimiento de un evento centinela el comité de seguridad del paciente pone en marcha el análisis correspondiente, creando un grupo de trabajo formado por responsables del servicio afectado junto con miembros del comité de seguridad que ayudaran en el soporte metodológico para la realización del análisis.

Se procede a recoger la información de los registros clínicos, del personal implicado, y cualquier dato que pueda ayudar a clarificar los hechos, posteriormente se realiza una descripción cronológica del suceso.

Finalmente para poder valorar de forma individual las causas y factores contribuyentes, utilizamos como herramienta el diagrama de Ishikawa.

La finalidad de realizar un ACR consiste en aplicar las propuestas de mejora para conseguir que el evento adverso no se vuelva a producir o que en caso de producirse las consecuencias sean mínimas para el paciente, estas medidas se concretan en un plan de acción que se incluye dentro del plan de calidad del centro.

La aplicación práctica de esta metodología la presentaremos a través de un caso centinela real con consecuencia de muerte.

**RESULTADOS:**

El análisis completo del evento centinela nos ratifica en el hecho de considerar el problema como un hecho sistémico identificando factores contribuyentes que afectan a profesionales, procedimiento, condiciones de trabajo, paciente, servicio y organización.

Las propuestas de mejora ante cada uno de los problemas de seguridad identificados ayuda a implementar prácticas seguras y a disminuir la probabilidad de que vuelva a suceder.

**DISCUSIÓN:**

La notificación de los errores es el elemento fundamental para conocer los problemas de seguridad.

Los análisis reactivos permiten la valoración de todos los elementos que contribuyen a la aparición de un evento adverso.

Aprender de los errores y compartir las lecciones aprendidas es el principal objetivo para mejorar la seguridad de los pacientes.

## **CB - 283.- NORMALIZACIÓN DE UN CHECK LIST INFORMATIZADO DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA EN UN GRUPO SANITARIO.**

BLANCO-RODRÍGUEZ M.

HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR. BARCELONA.

### **OBJETIVOS:**

Durante el año 2011, los Centros de agudos del Grupo Capiro Sanidad disponen de una gran diversidad de listados, en papel, de seguridad quirúrgica o, directamente, en algún caso, carecen de ellos. Por este motivo se decide desarrollar e implementar un modelo de "check list" normalizado e informatizado en todos los centros del Grupo.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

El responsable corporativo de seguridad del paciente diseña un modelo de "check list" informatizado, que es desarrollado por el Departamento de Sistemas del Grupo en un formato de tres pestañas: La primera a comprobar y cumplimentar antes de la entrada, en el prequirófano. La segunda antes del comienzo de la intervención. La tercera a la finalización de la intervención antes de la salida de quirófano. La cumplimentación de las pestañas en responsabilidad tanto de enfermería, como de anestesiólogos y cirujanos.

La Dirección de Capiro Sanidad establece como objetivo corporativo la implantación del listado de seguridad en todos los centros del grupo durante el año 2012, debiéndose alcanzar un porcentaje de cumplimentación de, como mínimo, un 70%. El seguimiento es realizado por el Núcleo Central de Calidad de Capiro Sanidad, departamento que también realizará durante el primer trimestre de 2013 una evaluación del grado de implantación.

La implantación se realiza en dos fases: A) Durante el primer semestre de 2012, en los hospitales de mayor complejidad, detectándose aquí incidencias y oportunidades de mejora. B) Durante el segundo semestre de 2012 de forma general en todos los centros.

### **RESULTADOS:**

Durante los cinco primeros meses de 2012 se ha implantado el check list de seguridad normalizado en los principales hospitales del grupo, procediéndose, simultáneamente, a la resolución de problemas propios de la implantación, recogiendo sugerencias de los centros en temas como: el desarrollo de un informe automatizado de explotación de datos, o el volcado automático en el "check list" de informaciones ya recogidas previamente en el sistema de gestión asistencial, llamado IMDH.

Los resultados medios alcanzados en esta primera fase son de un 30% de correcta cumplimentación, resultado aceptable teniendo en cuenta la diversidad de centros y de facultativos implicados.

La evaluación de la implantación progresiva ha llevado, también, a la constitución de un comité corporativo de seguridad, que supervisará la explotación de datos y los análisis que correspondan, así como las acciones correctoras a aplicar, si se diera el caso.

### **DISCUSIÓN:**

Pese a la diversidad geográfica, idiosincrásica y de complejidad, la primera fase de la implantación ha resultado muy exitosa y establece un excelente punto de partida para la definitiva normalización del listado de seguridad quirúrgica en el Grupo Capiro Sanidad.

**CB - 284.- TRAZABILIDAD ELECTRÓNICA COMPLETA DEL PROCESO TRANSFUSIONAL. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.**

HERNÁNDEZ-VIDAÑA AM, MORENO-AGUILAR R, RIOS-TAMAYO R, GARCÍA-RUIZ MA, JURADO-CHACÓN M, PÉREZ-ZENNI FJ.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

**OBJETIVOS:**

Búsqueda de alternativas para la mejora de la identificación de pacientes, muestras y componentes sanguíneos. Hemos diseñado un proceso a seguir para que las formas de trabajo, a través de instrumentos de aseguramiento electrónico, estuviesen adaptados a las recomendaciones nacionales e internacionales. Se implantar una solución para la mejora de la trazabilidad del circuito de Seguridad Transfusional. objetivos: Aumentar la seguridad de los pacientes transfundidos mediante la identificación inequívoca del paciente, realización de la petición de transfusión, impresión etiquetas de muestra y trazabilidad de los componentes sanguíneos de forma electrónica, monitorizar dicha trazabilidad mediante los Sistemas de Información del circuito de Seguridad Transfusional, envío de hemoderivados por tubo neumático y digitalizar: solicitud transfusión, pruebas de compatibilidad, Informe de Control Transfusional e Incidentes relacionados con la Transfusión, obligatoriedad de cumplimentación del Consentimiento Informado a la transfusión y registro de todo el proceso en la Historia Clínica digital del paciente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

1. Identificación inequívoca del Paciente mediante pulsera única identificativa a su ingreso en el hospital durante toda su estancia 2. Petición electrónica al S. de Transfusión 3. Impresión de Etiquetas para la muestra (obligatorio: NUHSA, NHC, nombre, apellidos, fecha extracción, unidad hospitalaria y número de petición). 4. Confirmación de Petición: A pie de cama mediante lector Datamatrix se capturan los datos identificativos de la pulsera del paciente y de las etiquetas de la petición y de la muestra. 5. Servicio de Transfusión: El Sistema de Información eDelphyn registra la petición electrónica, realizadas las pruebas pretransfusionales se generan las etiquetas de hemoderivados y se envían de uno en uno, por tubo neumático. 7. Transfusión En Destino: a pie de cama se comprueba el código de la pulsera del paciente con la etiqueta del HD para asegurar que esa bolsa está asignada al paciente. 8. Finalización del Proceso: La información recopilada por iBox genera Informe de Control Transfusional y Notificación de Reacción Transfusional cuando exista.

**RESULTADOS:**

Se obtiene la trazabilidad completa del proceso, identificando fechas, horas y personal responsable en cada uno de los pasos: Petición al ST, Impresión de etiquetas, Confirmación de petición, Recepción en el ST, Envío de los HD, Transporte de los mismos, Transfusión en destino y finalización del proceso (cierre de transfusión y Hemovigilancia). La automatización de cada eslabón del proceso reduce el riesgo de errores.

**DISCUSIÓN:**

La trazabilidad electrónica incorpora un mecanismo de seguridad a la cabecera del paciente, verificando de forma inequívoca el envío de la muestra al laboratorio, recepción de hemoderivados e identificación inequívoca del paciente. Se registra el 100% del cierre transfusional y los incidentes relacionados con transfusión (hemovigilancia). Todo el proceso quedará registrado en la Historia Clínica Digital.

**CB - 285.- PAPEL CLAVE DEL COORDINADOR DEL CHECKLIST: POR EL RIGOR Y EL TRABAJO EN EQUIPO. EXPERIENCIA PRÁCTICA DE LA CLÍNICA IMQ.**

URRUTIA-JOHANSSON I, GUERRA-ZALDUA N, ROMANO-PLANILLO MJ, MUÑOZ-NUÑEZ E, ONDARZA-LUNO-BILBAO E.

CLÍNICAS IMQ ZORROTZAURRE E IMQ VIRGEN BLANCA. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

1. Desplegar una cultura de seguridad en quirófano a objeto de disminuir los eventos adversos prevenibles. A tal efecto se persiguen 2 objetivos operativos:
  - a. Diseñar el checklist quirúrgico en las Clínicas del IMQ.
  - b. Implantar el checklist quirúrgico en todas las cirugías reforzando y potenciando el papel del coordinador del checklist como elemento fundamental para el éxito en la implantación.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

1. Fase 1: Comisión de Seguridad del paciente elabora y establece las líneas de seguridad del paciente.
2. Fase 2: Se constituye un equipo de mejora de "cirugía segura" a objeto de diseñar el checklist.
3. Fase 3: Realización de benchmarking con otros hospitales de la CAV y estatales.
4. Fase 4: Diseño del Checklist.
5. Fase 5: Piloto: selección de equipos quirúrgicos.
6. Fase 6: Adaptación y mejoras conforme a los resultados del piloto.
7. Fase 7: Formación y despliegue al resto de servicios.

**RESULTADOS:**

1. La formación a todos los coordinadores del checklist y la clarificación de dudas al respecto, ha contribuido en gran manera a los resultados a continuación expuestos:
  - a. El 98% de los checklist están cumplimentados en su totalidad.
  - b. Se ha aplicado en la práctica totalidad de cirugías 97,37% ( no pudiéndose realizar en el 2,63% por la celeridad de las intervenciones).
2. Se implica al paciente en su seguridad.
3. Muchos de los ítems ya se hacían (pero cada uno lo suyo, y sin decirlo en alto). El hecho de comentar todos los puntos en voz alta fomenta la comunicación en el equipo y que todos estén informados de los puntos más críticos.
4. Consigue que "monitoricemos" los elementos más cruciales de seguridad en la intervención.
5. Conforme se ha ido adquiriendo más práctica, se empieza a instaurar como un hábito (no lleva tanto tiempo hacerlo).

**DISCUSIÓN:**

Si bien el Checklist en Quirófanos tiene ya varios años de andadura en muchos de los hospitales españoles, sigue teniendo sus dificultades a la hora de implementarlo y mantenerlo. La formación y la implicación de todos los estamentos profesionales es vital para poder realizar el checklist de una manera correcta y que no quede en un simple "rellenar un papel más". En nuestro centro ha sido fundamental el papel que ejerce el coordinador del mismo, en hacer las preguntas asegurándose de que todo el equipo está presente, el repetir las preguntas y esperar las respuestas, en ocasiones atropelladas, el impedir la salida de los integrantes del equipo hasta no finalizar completamente la Fase 3.... Podemos concluir que los buenos resultados obtenidos en la implantación han sido en gran parte al rol de "líder facilitador" de nuestros coordinadores y evitar que las prisas y la presión impidan que se haga demasiado rápido o sin el rigor adecuado y la conciencia cada vez mayor de que el checklist es necesario porque aporta seguridad.

## **CB - 286.- INCIDENTES Y SOLUCIONES: ERRORES DE MANEJO DEL ANCIANO AGITADO EN UN SALA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS.**

RICARTE-URBANO E, GROS-BAÑERES B, PES MM, PALAZON-SAURA P, HERRER-CASTEJON A, CORTES MA.

HOSPITAL MIGUEL SERVET. ZARAGOZA.

### **OBJETIVOS:**

-Prevenir los cuadros de agitación psicomotriz en las Salas de Observación( SO): aparición con relativa frecuencia de estos cuadros, debido tanto a la estructura funcional de las mismas, como a las características de las pacientes, en su mayoría de edad avanzada y con patologías subyacentes graves.

-Manejar los cuadros de agitación de forma homogénea, segura y con las menores repercusiones para el paciente.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

1. Detección del problema: sistema de comunicación de incidentes implantado en el servicio. El grupo de seguridad estableció una alerta por 11 casos de sobredosificación de neurolépticos y benzodiacepinas en pacientes agitados en las SO.

2. Análisis de la situación:

La agitación psicomotriz es un síndrome frecuente en los enfermos ingresados en la sala de observación.

Debido a la carga asistencial existente, en ocasiones pautamos tratamientos sin una correcta valoración previa del paciente.

Factores condicionantes: turnicidad, relevos, sobresaturación, mezcla de pacientes de observación y preingreso, etc.

3. Grupo de trabajo ----- Línea de mejora: Guía de manejo del paciente agitado:

Elaboración

Difusión

Monitorización

### **RESULTADOS:**

\* ELABORACIÓN DE LA GUIA: Guía de manejo de los pacientes agitados en las SO :

1. Evaluación inicial : herramientas básicas :

- Historia Clínica:

- antecedentes psiquiátricos, orgánicos y consumo de tóxicos.
- existencia de episodios similares y los datos relativos al episodio actual.

-Examen del estado mental:

-Examen neurológico y físico básico

-Pruebas complementarias básicas: Constantes vitales , glucemia basal capilar, Saturación oxígeno mediante pulsioximetría..

2. MEDIDAS DE SEGURIDAD: Lo primero es salvaguardar la integridad de paciente y del personal que le atiende.

3. CONTENCIÓN VERBAL: En general, la contención verbal suele ser insuficiente para controlar un cuadro de agitación intensa..

4. CONTENCIÓN MECÁNICA (SUJECCIÓN): restringir los movimientos del paciente. Va encaminado a disminuir los riesgos de autoagresividad e impedir la manipulación de vías o sondas o evitar la fuga de un paciente .

5. CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA (SEDACIÓN): pequeño vademécum con los neurolépticos y benzodiacepinas mas utilizados.

- \*APROBACIÓN DE LA GUIA POR EL GRUPO DE CALIDAD DEL SERVICIO.
- \*DIFUSIÓN DE LA GUIA EN SESIONES CLINICAS CON ATS Y FACULTATIVOS.
- \*DISEÑO DE FICHAS PARA SU MONITORIZACIÓN.

### **DISCUSIÓN:**

- Solo hablar de problemas de seguridad mejora la cultura de seguridad de un servicio.
- Buscar soluciones sencillas a incidentes notificados. Refuerza la motivación a la hora de notificar.
- La identificación de los posibles factores PREDISPONENTES nos ayudara a prevenir el episodio.
- No debemos en ningún caso pautar una medicación sin una mínima valoración del anciano, ya que en ocasiones estos cuadros están originados por patología orgánica tratables, como fiebre, retención urinaria, etc.,pudiendo ser, en estos casos, un tratamiento inadecuado perjudicial e incluso fatal para el paciente.

## **Sesión de Comunicaciones Orales Breves.**

**Sala BT1.**

**Jueves, 8 de noviembre / 10:30 h. – 11:30 h.**

**Eficiencia.**

**CB – 287 / CB – 299**

## CB - 287.- INTERACCIÓN CON LA CIUDADANÍA. CONSEJOS PARA LA UTILIZACIÓN EFICIENTE DE NUESTROS SERVICIOS.

GARMENDIA-GOMEZ J.

COMARCA BILBAO DE OSAKIDETZA. BILBAO.

### OBJETIVOS:

Mejorar la implicación del ciudadano en el uso eficiente de los servicios sanitarios.

Mejorar la información al ciudadano de forma transparente y cercana.

Aumentar la consecución de cita previa a través de web.

Aumentar la consecución de cita automatizada telefónica.

Aumentar la utilización de la cita de consulta telefónica.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Charlas grupales a colectivos ciudadanos, representados en asociaciones vecinales, jubilados, de afectados, a trabajadores etc...

Realizadas en centros municipales, locales de asociaciones, lugares de trabajo...

Siendo los ponentes 1 Técnico de la Comarca Bilbao de Osakidetza, así como profesionales (8) de las Areas de Atención al Cliente de sus centros de salud.

Ayudado con presentaciones power-point, video ilustrativo, interacción con pagina web, el ponente expone una serie de consejos sobre:

- Nuevas fórmulas de atención no presencial, como la cita de consulta telefónica.
- La capacidad de resolución de muchas necesidades por parte del profesional de enfermería y administrativo.
- El nuevo servicio telefónico de Consejo Sanitario 365 días x 24 horas.
- Cómo obtener fácilmente una cita con el médico, enfermera o matrona a través de web.
- Utilizar el sistema telefónico automatizado.
- Utilizar el "punto verde" de reciclaje del centro de salud.

Se entrega "kit" en formato papel a los asistentes de las presentaciones y contenidos expuestos.

### RESULTADOS:

De abril 2011 a mayo 2012, realizadas 21 charlas, con asistencia de aprox. 340 ciudadanos bilbaínos.

Satisfacción general con la charla 92,79%. Interés de las materias abordadas muy adecuadas o adecuadas 91,79%.

#### Resultados internos

	Abr.2011	Sept.2011	Dic.2011	Abr.2012
% consecución cita a través de web	3,99	4,18	4,96	5,34
% consecución cita telefónica automatizada	7,13	6,24	6,13	6,17
% citas de consulta telefónicas	10,71	9,87	11,64	12,55

### DISCUSIÓN:

Entendemos esta iniciativa como un ejercicio más de responsabilidad social dentro de la estrategia global de la Comarca Bilbao en esta dimensión, por la que viene apostando de forma muy decidida desde hace varios años. Pretendemos acercarnos más al ciudadano, informarles de forma cercana, con lenguaje sencillo, resolver sus dudas, buscando su adhesión y participación en un objetivo común: la utilización eficiente y responsable de nuestros servicios y la mejora de la calidad y accesibilidad de los mismos.

Con estas charlas apoyamos al logro de los resultados anteriores. Un área de mejora es la mejor comprensión y utilización del sistema automatizado telefónico. En este sentido, desde marzo 2012 hemos incorporado información adicional (flujogramas) en el kit entregado al ciudadano.

Creemos por tanto en la conveniencia de este tipo de iniciativas innovadoras, en las que se han implicado profesionales administrativos de nuestros centros de salud, sirviendo como puntos de partida hacia un diálogo más transparente, cooperativo, y satisfactorio con nuestros grupos de interés.

**CB - 288.- SOLICITUD DE RX DESDE EL TRIAJE DE URGENCIAS. VALORACIÓN DE COSTO-BENEFICIO Y EFECTO EN LA CALIDAD ASISTENCIAL.**

VELA-FERNANDEZ A, AGINAGA-BADIOLA JR, BENITO-FRANCISCO E, MARCELLAN-NARROS C, BUSCA-OSTOLAZA P, GONZALEZ-URDAMPILLETA L.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA. SAN SEBASTIAN.

**OBJETIVOS:**

Valoración de la adecuación de solicitud desde el triaje de estudios radiológicos múltiples.

Valorar en qué medida estas Rx retrasan o incluso evitan el tratamiento analgésico de calidad.

Valorar cuantas de estas Rx resultarían innecesarias realizando antes la Historia Clínica y la Exploración.

Valorar en cuantos casos resulta insuficiente o incompleta la petición de Rx.

Valorar en qué medida estas solicitudes afectan al funcionamiento global del servicio de urgencias y a la calidad asistencial global prestada al paciente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio retrospectivo descriptivo de análisis de historias clínicas (2093) de los pacientes traumatizados que se atienden en el área B del servicio de urgencias y a los que se realizan 4 solicitudes radiológicas a lo largo del mes de Septiembre de 2011. Incluyéndose en el estudio 33 casos.

**RESULTADOS:**

Sexo: ♂45% ♀55%

Prioridad: El 12%P1; 15%P2; 60%P3; 12%P4

Pacientes a los que se le inicia el estudio Rx desde triaje: 100%P4; 65%P3; 40%P2; 0%P1.

Rx desde triaje:

A todos los P4 se les solicita Rx del triaje no llegando en ningún caso a diagnóstico definitivo.

Al 40% de los P2 se les solicita Rx múltiples desde el triaje, llegando siempre al diagnóstico definitivo.

Al 57% de los pacientes se les solicita Rx desde el triaje llegando al diagnóstico de 22 fracturas. Obteniéndose un NNT de 4.

El 36% de los pacientes a los que se les solicita Rx desde triaje obtiene un diagnóstico definitivo.

El 63% de los pacientes requiere nueva Rx.

Fracturas:

El 88% de las fracturas se diagnostica a través de las Rx solicitadas desde triaje.

Analgesia:

De los pacientes que presentan 3 fracturas el 43% no recibe analgesia o lo hace tarde

Consta administración de analgesia al 72%.

En el 20% de los casos la analgesia no se cumple dentro del tiempo establecido en el triaje.

El retraso de la analgesia en el 60% de los casos va unida a la solicitud de Rx desde el triaje.

La priorización se cumple en el 78%. El incumplimiento está relacionado en el 71% con solicitud de Rx desde el triaje.

## **DISCUSIÓN:**

A pesar de las distintas limitaciones de este estudio, sobre todo por la pequeña  $n(33)$ , y también por la dificultad de valorar la adecuación de la petición de los estudios de Rx a través de las historias clínicas de manera retrospectiva; teniendo en cuenta los NNT, este estudio nos hace reflexionar sobre la excesiva cantidad de radiografías que solicitamos con la carga económica, radiación gratuita que eso supondría y carga de trabajo para celadores.

Llama la atención que casi el 90% de las fracturas diagnosticadas se haga con las radiografías solicitadas desde el triaje. No obstante el diagnóstico completo solamente se ha conseguido en un 37% de los que el estudio radiológico se les había iniciado en triaje sin con ello mejorar la calidad asistencial ya que de ellos un 42% no ha recibido analgesia o lo ha hecho de manera tardía.

La solicitud de estudios múltiples de Rx desde el triaje alarga los tiempos de respuesta no cumpliéndose las prioridades establecidas.

**CB - 289.- APLICACIÓN PLAN SOSTENIBILIDAD AL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.**

GARCÍA-GARCÍA JJ, FAJARDO-SAMPER M, PLANAS-TAPIAS MJ, JABALERA-CONTRERAS M.  
HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU (ESPLUGUES). BARCELONA.

**OBJETIVOS:**

Reducir la actividad en hospitalización sin afectar a la calidad de la atención ofrecida a los pacientes. Para ellos se plantean dos objetivos secundarios: adecuar los ingresos y reducir la estancia media.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Creación de un grupo interdisciplinar transversal y permanente en octubre de 2011, que se reúne cada 3 semanas. Para el abordaje de los objetivos se utiliza la metodología del ciclo de mejora de la calidad:

1. Representación del mapa del proceso de hospitalización.
2. Identificación de oportunidades de mejora y priorización.
3. Creación de subgrupos para el análisis de causas y la definición de los planes de acción.
4. Implantación de cambios.
5. Definición de indicadores para el seguimiento de las acciones implantadas.

**RESULTADOS:**

Del análisis de las principales actividades del proceso de hospitalización se identifican 48 oportunidades de mejora, de las cuales se priorizan 26 (según criterios: recursos y dificultad de resolución).

Las acciones se han clasificado en tres bloques:

Desarrolladas: incremento de la accesibilidad de pacientes en espera de alta por pruebas a Diagnóstico por la imagen y videofluoroscopias; adecuación lugar físico y circuito interno para pacientes con alta; revisión protocolo de aislamiento e implantación de un nuevo procedimiento ingreso pacientes.

En desarrollo: incremento del número de procedimientos con alta enfermera, nuevo procedimiento ingreso para segundas opiniones, definición circuito para identificar de manera precoz necesidades de educación al alta, incrementar la indicación de prealta por los servicios.

Por implantar: requerimientos cambio al sistema informático (informatización peticiones), procedimiento de preparación de las habitaciones y circuito de interconsultas.

Se construye un cuadro de mando de indicadores para el seguimiento del plan.

Los resultados de indicadores en marzo de 2012 indican que se ha reducido la estancia media global (de 4.9 en 2011 a 4.6 días en 2012) en la mayoría de los Servicios excepto en los ingresos para estudio (debido la disminución de éstos ingresos y al incremento de la complejidad de los pacientes); se mantienen los reingresos en hospitalización (0,04%) y se incrementa el número de prealtas (de un 20% a un 40%).

**DISCUSIÓN:**

Son destacables varios factores:

La aplicación del plan de sostenibilidad propuesto por la Dirección y los mandos del Centro ha sido posible gracias a dos aspectos clave: transparencia y coherencia. Lo que ha permitido la implicación y compromiso de los profesionales en la realización de cambios y las mejoras.

La implicación de diferentes estamentos y profesionales permiten una visión transversal i interdisciplinar.

El establecimiento de líneas de trabajo permanentes (ambulatorización; coordinación médico-enfermera; adecuación de protocolos de atención; programas de educación al paciente y su familia)

Las estancias y la adecuación de ingresos sólo han sido la primera fase del trabajo.

**CB - 290.- OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN PACIENTES CIRRÓTICOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL GENERAL.**

MARTÍNEZ-OTÓN JA, CARRIÓN-GARCÍA F, MORÁN-SÁNCHEZ S, SERRANO-LADRÓN DE GUEVARA S, BAÑOS-MADRID R.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA. CARTAGENA (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

Motivados por el afán de mejorar la calidad de la atención al paciente cirrótico ingresado por infecciones en nuestro hospital, decidimos realizar este estudio para determinar cómo se utilizan las diferentes opciones antibióticas para poder llevar a cabo una intervención informativo-educativa sobre los médicos que atienden esta patología en su actividad clínica diaria.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se analizaron de forma retrospectiva 300 episodios de infecciones en cirróticos, correspondientes a 200 pacientes que han acudido al H. Universitario Santa Lucía. Se seleccionaron pacientes que presentaban como diagnóstico al alta cualquier tipo de infección asociada a cirrosis hepática (ITU, neumonía, PBE.), entre enero 2011 y febrero 2012. Se recogen de forma estandarizada datos demográficos del informe del alta, así como el tratamiento al ingreso tanto en urgencias como en planta para su estudio. Los datos obtenidos se procesan mediante el programa estadístico EPIDAT 3.1.

**RESULTADOS:**

La edad media fue de 62,77 años de los cuales el 59% son hombres y un 41% mujeres con una estancia media de 11 días. Predomina la cirrosis de etiología alcohólica 53% seguida del VHC (33%). Las infecciones más frecuentes fueron la ITU (37%), la Neumonía (18%) y la PBE (16%). Y los principales gérmenes causales fueron: E. Coli, S.pneumonia y E. Faecalis.

Analizando el tratamiento impuesto, identificamos que los antibióticos más usados fueron las cefalosporinas de 3ª generación y las quinolonas, siendo la duración del tratamiento insuficiente según las guías clínicas.

**DISCUSIÓN:**

Una vez conocido el/los agentes causales de las infecciones más comunes y la respectiva sensibilidad a los antibióticos, es esencial la adaptación del régimen antimicrobiano para asegurar el tratamiento óptimo y limitar las consecuencias del mal uso de antibióticos, que fundamentalmente son la selección de microorganismos resistentes y los costos excesivos de los tratamientos antimicrobianos.

Los antibióticos representan un porcentaje elevado del gasto de farmacia de un hospital y una elevada proporción de las prescripciones se consideran inapropiadas; por este motivo deben implantarse programas para la optimización del tratamiento antimicrobiano.

**CB - 291.- APORTACION DE LA ENFERMERIA, EN EL AREA DE DIGESTIVO, A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO.**

RODRIGUEZ- R, VILLAR-ARNAL MT.  
CME RAMON Y CAJAL. ZARAGOZA.

**OBJETIVOS:**

Objetivo General: Orientar la práctica profesional y la gestión hacia una mejora de la calidad asistencial y la eficiencia.

Objetivos Secundarios:

- Aprovechamiento de los recursos humanos disponibles.
- Disminución de las listas de espera.
- Optimización del gasto sanitario favoreciendo la sostenibilidad del sistema.
- Asegurar la continuidad entre niveles asistenciales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

La gestión clínica supone un concepto de equipo con un equilibrio entre curar y cuidar, con el paciente como centro del acto asistencial. En este nuevo marco sanitario, las enfermeras tienen dos funciones básicas: ser prestadoras y gestoras de servicios. Por formación y experiencia podemos asumir funciones, dentro del equipo, que contribuyan a agilizar la asistencia y a acercar el sistema al usuario, incrementando su satisfacción.

En este sentido, el favorecer la implementación de consultas de enfermería en los Centros de Especialidades Médicas, similares a las de los Centros de Atención Primaria, supone un gran avance en cuanto a continuidad asistencial y rentabilización de los recursos humanos. En el área de Digestivo, de nuestro sector sanitario, se propone una actuación para colaborar en el cribado del cáncer de colon, con protocolo establecido, y la realización de la prueba del Test de Aliento para detección de *Helicobacter pilory*. Y de esta forma, aligerar las cargas de trabajo de las consultas médicas.

**RESULTADOS:**

En nuestro sector sanitario la demora para acceder a la consulta del especialista de Digestivo es de unos 210 días para una primera visita, desde el mes de Diciembre de 2011. Del total de pacientes que se atienden por primera vez, el 40% acude para realización de actividades preventivas del cáncer colo-rectal y otro 8% para realización de Test de Aliento, prueba que realiza la enfermera de forma independiente. La Consulta de Enfermería de Digestivo puede asumir este 48% de pacientes, con lo que las consultas médicas disminuyen a la mitad, el tiempo de demora medio para acceder a una primera visita del especialista.

**DISCUSIÓN:**

En la actual coyuntura de crisis, fomentar la innovación, introducir valores en el ámbito empresarial y apostar por las personas, pueden ser soluciones para afrontarla con éxito. La creación de consultas de enfermería de apoyo a las especialidades médicas es una decisión de los gestores que puede reportar un alto nivel de retorno para las instituciones sanitarias porque: refuerza el trabajo en equipo, aumenta la autoestima profesional favoreciendo el rendimiento personal y fomentando el autocuidado del paciente lo que redundará en su satisfacción con la asistencia y la institución.

**CB - 292.- GESTIÓN EFICIENTE DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL: CREACIÓN DE UN CUADRO DE MANDO.**

MARTÍNEZ-MOURIN C, NICOLÀS-ALCON I, ALONSO-CARRASCO T, PUJOL-COLOMER J, PUJOL-BORRÀS D, GUIJARRO-PÉREZ AM.

HOSPITAL PLATÓ. BARCELONA.

**OBJETIVOS:**

Disponer de un cuadro de mando cuantitativo que recoge toda la actividad asistencial realizada en el centro (altas, primeras visitas, urgencias, etc), así como de indicadores cualitativos y claves para la gestión asistencial.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Como soporte a la implantación de la calidad y la excelencia en la organización se decidió apostar en 2007 por la herramienta informática Minerva Gestión. En el año 2011 se diseñó el cuadro de mando a través del módulo Minerva Análisis con la colaboración y el soporte metodológico de una consultoría externa. Se realiza formación específica a las personas implicadas en el manejo del programa, que permite la lectura de los datos asistenciales a fecha real.

**RESULTADOS:**

Unos de los ejes estratégicos del hospital es la necesidad de garantizar la sostenibilidad de la organización tanto económica como social, lo que nos obliga a realizar una gestión eficiente de los recursos. Para ello se requiere una monitorización de resultados y un control de la evolución de la actividad asistencial. Estos resultados son los llamados resultados clave, que según la definición del modelo EFQM con el que trabajamos desde el año 2003, se definen como los resultados que la organización quiere conseguir como parte de su estrategia. Dentro de esta línea de trabajo, nuestro centro ha obtenido el Sello de Oro 500+ en la autoevaluación EFQM.

Minerva Análisis permite la obtención de resultados de manera inmediata, con la particularidad de que se trata de una herramienta dinámica que se adapta a las necesidades del centro y cuyas variables se pueden modificar incorporando nuevos parámetros que nos ayudan a gestionar.

La información se muestra en forma de cuadro y en formato de gráfico para facilitar su visualización, y se organiza por partidas de actividad. Además de la actividad realizada se muestra la actividad propuesta anual y mensualmente, así como una proyección de la misma a final de año, lo que permite el mejor control y la corrección inmediata de posibles desviaciones.

Aparte del análisis cuantitativo, el cuadro contiene también un análisis cualitativo donde se muestran los indicadores asistenciales más relevantes del centro y que se contemplan en el Pla de Salut, como son resultados en circuitos rápidos de cáncer, infección nosocomial o prevalencia del dolor postquirúrgico. Estos indicadores son actualizados rigurosamente y ello permite realizar un control exhaustivo de los mismos.

**DISCUSIÓN:**

El cambio en la forma de trabajo al disponer de esta herramienta ha sido sustancial. Anteriormente se trabajaba con diferentes bases de datos que se iban traspasando, implicando posibles errores de transcripción y diversas lecturas de resultados. Con la herramienta Minerva Análisis este volcado es automático y el error es mínimo. La accesibilidad de los jefes de servicios al aplicativo ha conseguido mejorar notablemente la planificación de la actividad y su gestión diaria.

**CB - 293.- ESTUDIO DE TIEMPOS ASISTENCIALES Y CÁLCULO DE LA CAPACIDAD DE LAS CONSULTAS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.**

HERRERA-CARRANZA M, PADILLA-GARRIDO N, AGUADO-CORREA F, CARPIO-MUÑOZ V.  
HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.

**OBJETIVOS:**

Analizar los tiempos de atención a los pacientes de las consultas del servicio de urgencias (SUH) de un hospital de nivel 2 para el cálculo de su capacidad asistencial.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realiza un estudio descriptivo observacional y retrospectivo de 343.233 visitas entre enero de 2008 y diciembre de 2010. Se obtienen los tiempos medios de consulta de la primera visita médica por prioridad (PI: emergencia, PII: urgencia inestable, PIII: urgencia demorable, PIV: menos urgente, PV: no urgente) y área funcional (G: General, T: Trauma, P: Pediatría), y el tiempo de reconsulta o de espera hasta nueva valoración del paciente para decidir su destino. Para el cálculo de la capacidad de la consulta se aplicó la fórmula: tiempo disponible (Td) x utilización real (Ur) x eficiencia del trabajador (Et) x eficacia organizativa (Eo) / tiempo actividad (Ta).

**RESULTADOS:**

Los tiempos medios en minutos (min) por paciente y prioridad (TPP) en cada área asistencial fueron: (a) G: PI 18,51 min, PII 21,72 min, PIII 20,82 min, PIV 16,67 min, PV 9,31 min, gran media (PI-PV) 19,30 min, (b) T: PI 10,21 min, PII 10,06 min, PIII 9,54 min, PIV+V 7,74 min, gran media (PI-PV) 7,97 min, (c) P: PI 13,31 min, PII 17,90 min, PIII 14,99 min, PIV+V 14,23 min, gran media (PI-PV) 14,37 min. Los tiempos de espera hasta reconsulta por área fueron: (a) G: 216, 60 min, (b) T: 91,80 min, (c) P: 154,20 min. Se consideró como valor de Ta el TPP, 7 horas de turno laboral para el Td, para el cálculo de la Ur dos periodos de 15 minutos de cambio de turno, 30 minutos de descanso y el tiempo empleado en las reconsultas; además, la Et se estimó en un 90% y la Eo en un 85%. La capacidad media fue: (a) consultas G, organizadas por niveles de gravedad, PI: 13 pacientes, PII: 11 pacientes, PIII: 12 pacientes, PIV: 15 pacientes, PV: 26 pacientes, (b) consulta T: 31 pacientes, (c) consulta P: 17 pacientes.

**DISCUSIÓN:**

Nuestro estudio pone de manifiesto tiempos asistenciales de consulta diferentes para cada prioridad y área funcional. Las consultas más rápidas y, por consiguiente, con más capacidad son las de traumatología, las que requieren más tiempo y tienen menos capacidad, debido a la complejidad de los pacientes, son las generales, ocupando las de pediatría una posición intermedia. En líneas generales, los pacientes más graves (PI a PIII) ocupan más tiempo en las consultas que los leves o banales (PIV y PV), salvo en pediatría, donde la gravedad influye menos en el tiempo de atención. Conocer la capacidad de las consultas es importante porque permite al SUH adaptarse a su demanda, mejorar la organización y derivar recursos al área funcional más saturada y así evitar cuellos de botella y colas de espera inmanejables que pongan en riesgo la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes. Nuestro estudio es innovador porque posibilita la utilización de estándares propios, por prioridad y área, y no internacionales, como hasta ahora, alejados de nuestra realidad hospitalaria.

**CB - 294.- IMPACTO DE UN FORMULARIO ELECTRÓNICO DE SOLICITUD ANALÍTICA URGENTE SOBRE LA EFICIENCIA Y LA CALIDAD ASISTENCIAL.**

PÉREZ-MORENO M, ALOY-DUCH A, MARTÍN-SÁNCHEZ E, SAURA-AGEL P, VILLÀ-BLASCO MC, ROMEU-GARCIA R.

HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS. BARCELONA.

**OBJETIVOS:**

Presentar los resultados obtenidos en un estudio prospectivo de intervención e incidencia, comparativo pre/post implantación de un formulario (petición) consensuado de solicitud analítica urgente en formato electrónico, y su plan de comunicación, para valorar el impacto sobre la eficiencia/coste, el cumplimiento de la petición y la calidad asistencial final, en el contexto de un plan de ajuste institucional.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El Laboratorio Clínico del Hospital General de Granollers, de referencia comarcal realizó en 2011 un total de 61406 analíticas programadas y 78816 urgentes. Hasta el año 2010 los peticionarios, urgente y programado, se cumplimentaban en papel. En año 2011 se propuso un peticionario urgente electrónico con perfiles predefinidos y pruebas individuales, pactándose los perfiles con los responsables de cada servicio, y simultáneamente con el plan de comunicación, se inició el nuevo formato. Los resultados se basaron en las acciones realizadas de comunicación, y en los indicadores comparados entre ambos períodos, pre/post-implantación, de: eficiencia (actividad), cumplimentación del formulario y mejora de la calidad asistencial..

**RESULTADOS:**

Sobre el plan de comunicación: se abordaron distintas iniciativas para alcanzar a todos los profesionales incluyendo la intranet y el correo electrónico, completándose con sesiones informativas a diferentes colectivos. En el año 2012, si bien inicialmente se aceptaron formularios en papel y electrónicos, se procedió a rechazar cualquier petición en papel.

Sobre la eficiencia: se observó una disminución global de la actividad (y consiguiente ahorro derivado) respecto al año anterior (-23.25 %) que cambió la tendencia de incremento previo.

Sobre la cumplimentación / implementación del peticionario electrónico: en 2011, se apreció un incremento progresivo anual desde el 95%, al 97% con las nuevas acciones de comunicación y, finalmente, en el primer trimestre de 2012 hasta el 99,5%. La evolución del cumplimiento a través de perfiles se ha estabilizado en el 33% de implantación, respecto a la petición de determinación libre.

Sobre la mejora de la calidad asistencial (adecuación de la demanda del laboratorio clínico): se apreció una mejora, 2010/2011, tanto en el número de determinaciones por petición (de 5.71 a 4.84), por atención en el servicio de urgencias (de 4.12 a 3.33) y por paciente (de 16.95 a 13.51).

**DISCUSIÓN:**

Los objetivos que se plantearon con la modificación del peticionario mediante perfiles y el nuevo formato electrónico se alcanzaron ampliamente, especialmente por la mejora en la eficiencia, la calidad asistencial en la adecuación de la demanda y la conducta del profesional, facilitando el cumplimiento del plan de ajuste planteado por la institución para el año 2011. El esfuerzo dedicado por el laboratorio a la difusión, implantación y aceptación del nuevo formato electrónico, ha de asegurar los hábitos de petición creando un entorno adecuado que facilite la adopción de próximos cambios hacia modelos futuros.

**CB - 295.- PROGRAMAS "SIN HUMOS" EN UNIDADES DE PSIQUIATRÍA Y PROMOCION DE LA SALUD FÍSICA: MEJORANDO LA CALIDAD Y LA EFICIENCIA.**

ARRIBAS-HERNANDEZ A, BLANCO-MARTOS AI, GOMEZ-OLMEDA D, DEL ALAMO-JIMENEZ C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA. PARLA (MADRID).

**OBJETIVOS:**

Los pacientes con enfermedad mental grave como esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno depresivo presentan una peor salud física así como una esperanza de vida un 20% menor que la población general.

Factores que empeoran su salud física y que están relacionados con hábitos de vida no saludables son : 1.Tabaquismo 2.Inactividad física 3.Malos hábitos alimentarios y 4.Abuso de sustancias.

La nueva disposición legal (Ley 42/2010), que entró en vigor en enero de 2011, en su Disposición adicional octava excluye las Unidades de Agudos, lugares donde antes se podía fumar.

En este marco,nos propusimos como objetivo inmediato cumplir la normativa legal aprovechando los medios más adecuados a nuestro alcance de manera que el paciente pudiera experimentar una mejora en su atención y no una introducción "punitiva". Se realizó un programa de Salud Física : " Vivir saludablemente", incluyendo la implementación de una política libre de humos . Los objetivos eran:

- Enseñar un estilo de vida saludable, proporcionando información y estrategias para mejorar hábitos de salud que mejoraran la calidad de vida.
- Promover que los profesionales de Salud Mental conviertan el Programa en una parte integral del tratamiento.
- Aumentar la calidad ambiental del espacio físico en la unidad.
- Iniciar un programa de deshabituación tabáquica, como parte del tratamiento.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

A partir del 1de Octubre de 2011 ,nuestra Unidad de agudos se convirtió en una unidad libre de humos .Tras el ingreso, se evalúa el grado de dependencia (Test de Fagerstromg) y de motivación para el cese del consumo (Test de Richmond).,estimándose la necesidad de Terapia sustitutiva con nicotina-TSN y su dosificación.

Se incluye en el Programa Vivir Saludablemente que gira en torno a dos ejes principales:

- Una tabla de ejercicios matinal.
- 3 talleres de psicoeducación de 45 minutos:alimentación saludable, autoestima, tabaquismo.

**RESULTADOS:**

Tras su implantación y hasta la actualidad la inclusión en el programa " Vivir saludablemente" fue del 100%, con una participación activa por parte de todos los pacientes .El 71,83% eran fumadores (60,78% hombres y 39,21% mujeres).Un 40 % recibieron TSN .No se precisó tratamiento farmacológico para abstinencia. El 100% recibieron al alta un informe médico y de cuidados de enfermería que reflejaba la intervención e inclusión en el Programa de Continuidad Asistencial.

Se ha conseguido un aumento de la calidad percibida por parte de los pacientes, profesionales sanitarios y familiares en cuanto al ambiente físico de la Unidad.

**DISCUSIÓN:**

La implantación de Programas de salud física en el marco de la Red de Unidades de Psiquiatría sin humo suponen conseguir no solo un fin institucional sanitario sino que el paciente pueda experimentar una mejora en la calidad de su atención y adquirir hábitos de vida más saludables que redunden en una mejora en la calidad de vida y reducción del estigma asociado a nuestros enfermos.

**CB - 296.- DIAGNÓSTICO DEL PROCESO HOSPITALIZACIÓN EN EL CONSORCI SANITARI INTEGRAL: CUESTIÓN DE GORROS.**

GIMENO-RUBERTE C, MOMPO-AVILES C, CARO-CEBADOR B, PUMAR-DELGADO D.  
CONSORCI SANITARI INTEGRAL. BARCELONA.

**OBJETIVOS:**

Estandarizar las tareas de los profesionales del proceso "Hospitalización de agudos" y el momento de su realización para mejorar la eficiencia de dichas tareas y del flujo transversal, así como la calidad asistencial (sobretudo la seguridad del paciente).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- Equipo de trabajo multidisciplinar (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, administrativas y gestoras).
- Etapas: descripción teórica de las actividades de los profesionales y su ubicación en el tiempo, observación y toma de tiempos y otros datos en el lugar de trabajo, evaluación de los datos, definición de la situación futura ideal (en cuanto a duración y ubicación en el tiempo de las actividades para facilitar el flujo de altas e ingresos) y elaboración del plan de mejora para alcanzar la situación esperada.
- Cálculo de capacidades / saturación de los profesionales y los recursos (ocupación de camas).
- Identificación de las actividades que interaccionan entre los diferentes profesionales.

**RESULTADOS:**

- Nueva distribución de actividades para nivelar las cargas de trabajo y saturación de los recursos.
- Definición de responsabilidades en algunas actividades y funciones ("quien lleva el gorro").
- Falta de visión transversal de cómo afecta a otros profesionales y al flujo global el momento de realizar determinadas actividades. Elaboración de hojas de trabajo para estandarizar las actividades de los profesionales en aras a establecer pase de visita conjunto, planificación del alta, etc...

**DISCUSIÓN:**

- La estandarización de trabajos de los distintos profesionales nos permitirá: a) Disponer de una base para aplicar la mejora continua (no se pueden mejorar procesos en los cuales existe una gran variabilidad). b) Facilitar la rotación y el aprendizaje de nuevos profesionales.
- El trabajo en grupo multidisciplinar ha permitido acercar los puntos de vista de los distintos profesionales y de los dos centros que se encuentran en fase de integración.
- El trabajo de campo (observación en el lugar de trabajo) ha facilitado la implicación de muchos profesionales y la recogida de datos empíricos que, aun sin significación estadística, permiten validar y perfilar mucho más las áreas de mejora detectadas en las reuniones de trabajo.
- El proyecto nos permitirá engranar las actividades de los profesionales dentro del flujo de actividades relacionadas con el alta e ingreso, reduciendo las ineficiencias actuales.
- Los resultados serán visibles a lo largo del año, conforme se lleve a cabo el Plan de acción.

## **CB - 297.- DIAGNÓSTICO DEL PROCESO HOSPITALIZACIÓN EN EL CONSORCI SANITARI INTEGRAL: ¿EL ORDEN DE LOS FACTORES AFECTA AL PRODUCTO?.**

MOMPÓ-AVILÉS C, GIMENO-RUBERTE C, CARO-CEBADOR B, PUMAR-DELGADO D.  
CONSORCI SANITARI INTEGRAL. BARCELONA.

### **OBJETIVOS:**

Analizar y evaluar el flujo del paciente hospitalizado (del ingreso hasta el alta) en dos centros de agudos pertenecientes al Consorci Sanitari Integral, para proponer acciones de mejora en relación a la eficiencia (cadena de valor) y la calidad asistencial (sobretudo seguridad del paciente).

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

- Equipo de trabajo multidisciplinar (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, administrativas y gestoras).
- Se aplica Matriz de evaluación que sigue los criterios marcados en nuestro sistema de producción (basado en la Gestión por procesos y la metodología Lean Healthcare). Aspectos evaluados: flujo continuo, sistema pull, adecuación a la demanda y producción nivelada.
- Etapas: descripción teórica de las fases del proceso, observación y toma de tiempos y otros datos en el lugar de trabajo, evaluación de los datos, definición de la situación futura ideal y elaboración del plan de mejora para alcanzar la situación esperada.
- Identificación del flujo del proceso, mediante mapa de flujo de valor (VSM).
- Identificación del concepto "agrega valor" para el proceso y clasificación de las actividades que agregan valor y las que no.
- Análisis del tiempo por actividad y ubicación de la actividad en el momento del día. Propuesta de nueva ubicación en el momento idóneo para el flujo.
- Análisis de los flujos de información.

### **RESULTADOS:**

- La confirmación del alta y elaboración del informe médico actúan como marcapasos del flujo. Se reorganizan las actividades diarias para priorizar el marcapasos.
- Identificados dos cuellos de botella (momentos dedicados al alta e ingreso de la enfermera y a la limpieza del alta).
- Hora del alta: a) No se prioriza el pase de visita de pacientes con alta. b) El alta con ambulancia tiene como promedio 2h de retraso respecto a sin ambulancia. Sin ambulancia el tiempo es similar en ambos centros (12:25 i 12:47). Con ambulancia el tiempo difiere (13:54 i 15:07).
- El volumen máximo de actividad por gestión de altas e ingresos coincide con el cambio de turno.
- La falta de estandarización del proceso dificulta el servicio de los proveedores (farmacia, cocina, lavandería).
- Oferta no adaptada a la demanda durante el día: genera pacientes ectópicos y posteriores traslados.

### **DISCUSIÓN:**

- El trabajo multidisciplinar ha permitido acercar los puntos de vista de profesionales y de dos centros que se encuentran en fase de integración.
- El trabajo de campo ha facilitado la implicación de muchos profesionales y la recogida de datos empíricos que, aun sin significación estadística, permiten validar y perfilar mucho más las áreas de mejora detectadas en las reuniones de trabajo.

- La nueva propuesta de trabajo permitirá: a) Nivelar la demanda para que sea asimilada por el proceso. b) Adaptar los recursos en el momento de máxima demanda. c) Engranar las actividades de los profesionales dentro del flujo relacionado con el alta e ingreso, reduciendo las ineficiencias actuales.
- Los resultados serán visibles a lo largo del año, conforme se lleve a cabo el Plan de acción.

**CB - 298.- DIAGNÓSTICO DEL PROCESO HOSPITALIZACIÓN EN EL CONSORCI SANITARI INTEGRAL: SIMPLIFICANDO LO COMPLEJO.**

CARO-CEBADOR B, GIMENO-RUBERTE C, PUMAR-DELGADO D, MOMPÓ-AVILÉS C.  
CONSORCI SANITARI INTEGRAL. BARCELONA.

**OBJETIVOS:**

Realizar una evaluación y diagnóstico del proceso "Hospitalización de agudos" en dos centros hospitalarios pertenecientes al Consorci Sanitari Integral, desde el punto de vista de eficiencia (cadena de valor) y calidad asistencial (sobretudo seguridad del paciente), con el objetivo prioritario de mejorar el flujo de altas e ingresos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- Equipo de trabajo multidisciplinar (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, administrativas y gestoras).
- Se aplica Matriz de evaluación que sigue los criterios marcados en nuestro sistema de producción (basado en la GPP y la metodología Lean Healthcare). Incluye aspectos organizativos (estandarización, gestión de personas, materiales, equipos, infraestructuras, información y conocimiento; dirección por políticas y objetivos; identificación, análisis y mejora de problemas) y técnicos (; flujo continuo, sistema pull, adecuación a la demanda y producción nivelada).
- Etapas: evaluación del pilar organizativo, descripción teórica de las fases del proceso, observación y toma de tiempos y otros datos en el lugar de trabajo, evaluación del pilar técnico, definición de la situación futura ideal y elaboración del plan de mejora para alcanzar la situación esperada.

**RESULTADOS:**

- Analizadas volumen y estacionalidad de ingresos y altas.
- Descritos mapas de flujo de valor (VSM), actividades que agregan y no agregan valor, tiempos de duración de actividades y horarios de las mismas.
- Identificados los principales despilfarros: destacan los relacionados con la provisión de la medicación y la falta de engranaje entre los distintos profesionales que genera ineficiencias en el flujo.
- Identificados riesgos de seguridad de paciente: cambio de turno con pase de información oral, medicación preparada en control y no ante la puerta de la habitación, déficit en el registro del curso clínico.
- Elaborado Plan de mejora con prueba piloto prevista para junio 2012: estandarizar tareas, flujo de actividades e información (cambio de turno, gestión de camas, pase de visita conjunto médico y enfermera), ubicación de tareas en el momento idóneo para agilizar el flujo, mejorar consenso con los proveedores..

**DISCUSIÓN:**

- El proceso de hospitalización es complejo y no facilita el trabajo en equipo de los profesionales implicados. El gran reto ha sido simplificar y llegar a la esencia de lo que ocurre tras las múltiples actividades y profesionales que intervienen en el proceso.
- Las herramientas Lean han facilitado la síntesis y detección de los principales potenciales de mejora.
- El trabajo multidisciplinar ha permitido acercar puntos de vista de distintos profesionales y de dos centros que se encuentran en fase de integración.

- El trabajo de campo ha facilitado la implicación de muchos profesionales y la recogida de datos empíricos que, aun sin significación estadística, permiten validar y perfilar mucho más las áreas de mejora detectadas en las reuniones de trabajo.
- Los resultados serán visibles a lo largo del año, conforme se lleve a cabo el Plan de acción.

**CB - 299.- GESTIÓN ENERGÉTICA: EL AHORRO A TRAVÉS DE LA EFICIENCIA.**

BLANCO-RODRIGUEZ M, ALFARO-CADENAS L, MARTINEZ-RODRIGUEZ I, GARCÍA-FERNÁNDEZ L, ALVAREZ-POVEDA J, MUÑOZ-JIMENEZ F.

HOSPITAL INFANTA ELENA. VALDEMORO (MADRID).

**OBJETIVOS:**

Los centros hospitalarios, debido a su característica de actividad continuada, constituyen edificios grandes consumidores de recursos. La importancia de aportar la calidad necesaria en la atención de los pacientes sumada a la correcta gestión de los hospitales hace recapacitar sobre la integración del desarrollo sostenible en los centros hospitalarios. El Hospital Infanta Elena de Valdemoro, en Madrid, ha ido implementando desde su apertura en 2008 diferentes acciones para la mejora del desarrollo sostenible del centro. El objetivo del proyecto ha sido incorporar a su sistema integrado de gestión de la calidad y medioambiente, un sistema de gestión de la energía, en base a la norma internacional UNE-EN-ISO 50001:2011, con el fin de normalizar las actuaciones implantadas, así como evidenciar los logros alcanzados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

La etapa previa a la implantación del sistema ha sido la designación de responsabilidades para llevar a cabo la implantación y seguimiento del proyecto. Para ello se ha creado un equipo multidisciplinar con parte activa del servicio de mantenimiento como principal conocedor de las instalaciones del edificio y agente activo en el mantenimiento de las condiciones de confort para los pacientes y trabajadores. Conllevando a un cambio en el modelo de servicio hacia un equipo de trabajo comprometido, analítico y proactivo.

La metodología aplicada ha seguido los siguientes pasos:

- Toma de datos y conocimiento exhaustivo del centro, sus instalaciones y los consumos energéticos relacionados.
- Aplicación de las actuaciones de mejora seleccionadas.
- Verificación de resultados.
- Auditoría interna del sistema implantado.
- Auditoría de Certificación.
- Revisión del sistema y los logros obtenidos.
- Planteamiento de actuaciones de mejora y objetivos para el siguiente periodo.

**RESULTADOS:**

Desde la puesta en marcha de las primeras acciones de gestión de la energía, se han observado los siguientes resultados:

- Implantación satisfactoria del sistema de gestión de la energía en base a la norma UNE-EN-ISO 50001:2011, con certificación en Julio de 2011.
- Descenso del 26,41% del consumo de energía eléctrica desde el primer año de funcionamiento del centro.
- Descenso del 45,85% del consumo de gas natural desde el primer año de apertura del centro.
- Descenso del 30,81% del consumo de agua desde el primer año de apertura del centro.
- Aumento de la implicación y concienciación del personal trabajador del centro.
- Cumplimiento exhaustivo de los requisitos legales aplicables.
- 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 del Sistema de Gestión Energética y su integración en el Sistema de Gestión de la Calidad y Medio Ambiente previo, se puede dar un paso más en la gestión del centro hospitalario teniendo en cuenta la calidad del servicio asistencia prestado en coordinación con la sostenibilidad y la gestión de un centro hospitalario eficiente, asegurando el confort de los pacientes.

## **Sesión de Comunicaciones Orales Breves.**

**Sala BT2.**

**Jueves, 8 de noviembre / 10:30 h. – 11:30 h.**

**Gestión de Riesgos / Seguridad.**

**CB – 300 / CB – 312**

**CB - 300.- DESARROLLO Y MEJORA DE LA COMUNICACIÓN EN UN PROYECTO INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DE PACIENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID.**

MORÓN-MERCHANTE FJ, ÁLVAREZ-RODRÍGUEZ J, LUENGO-ALARCIA MJ, ALONSO-OVIES A, TORRES-GONZÁLEZ JI.

UCI HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA. FUENLABRADA (MADRID).

**OBJETIVOS:**

El proyecto Neumonía Zero (NZ) es un proyecto nacional cuyo objetivo es reducir los episodios de neumonía a menos de 9 por 1000 días de ventilación mecánica asociado a un plan de seguridad integral (PSI), cuyo objetivo es mejorar la cultura de seguridad en las unidades de cuidados intensivos (UCI).

El equipo coordinador autonómico (ECA) de Madrid estableció como objetivo prioritario mejorar la gestión de la comunicación de las 40 UCIs participantes en el proyecto, la difusión de la información, formación de los coordinadores para impulsar de este modo el liderazgo y la participación de los profesionales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El análisis de los cuestionarios de cultura de seguridad realizados a las 26 UCIs participantes en un proyecto anterior sirvió de base para establecer las líneas maestras en las que actuar para mejorar la comunicación y que se resumen a continuación.

**RESULTADOS:**

Creación de un espacio de colaboración específico del proyecto en el Portal de la Intranet de la Consejería de Sanidad donde está la información relativa al proyecto, herramientas de apoyo así como los documentos de las reuniones y los contactos de los coordinadores de las unidades.

Elaboración y difusión de un "Boletín de Seguridad de pacientes de NZ de las UCI de Madrid" con experiencias de seguridad de pacientes (SP) de las unidades e información de las actividades del proyecto.

"12 meses, 12 causas" es una herramienta implementada por el ECA para hablar de problemas de seguridad concretos de la UCI y que nos preocupan. Cada mes se recuerdan los objetivos relativos al tema elegido en las sesiones conjuntas.

Envío de información a todos grupos de interés, Jefes y Supervisores de las unidades, coordinadores del proyecto, responsables de seguridad, unidades funcionales de gestión de riesgos (UFGR) y Unidades de Calidad de los hospitales, para lograr una mayor participación e implicación en el proyecto.

Envío de información de resultados del proyecto a los líderes y responsables de las UCIs así como a las Gerencias de los hospitales para su evaluación.

Reuniones de seguimiento y de formación en SP con participación activa de los profesionales. Se han hecho reuniones con grupos específicos: enfermería, auxiliares de enfermería y grupos de seguridad con el objetivo de que toda la información repercute en las unidades y sean los profesionales los que lideren el cambio.

Difusión del proyecto en los diferentes foros con el objetivo de transmitir conocimiento e implicar a profesionales de los diferentes niveles de gestión.

**DISCUSIÓN:**

La comunicación es un elemento clave para mejorar y transmitir cultura de seguridad. Para mejorar la SP en la UCI, es necesario introducir el cambio en las personas, y para gestionar este cambio los elementos básicos son el liderazgo, la formación y la comunicación. Una comunicación eficaz logra involucrar a los profesionales en la SP, haciéndoles partícipes de esta red de profesionales cuyo objetivo es proporcionar una atención de calidad y segura.

## **CB - 301.- ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO: VALORACIÓN DEL RIESGO EN PACIENTES PSICOGERIÁTRICOS.**

CARVAJAL-PRIETO E, ESCUTÉ-AMAT M, ALONSO-ORTEGA A, DEL PINO-CAMARA J, GRIMAL-MELENDI I, QUÍLEZ-JOVER J.

PARC SANITARI SANT JOAN DE DÉU. SANT BOI DE LLOBREGAT (BARCELONA).

### **OBJETIVOS:**

Descripción y análisis de las necesidades y grados de dependencia de los usuarios ingresados en la unidad de Larga Estancia Psicogeriátrica Psiquiátrica (Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat), realizando un comparativa de los años 2008 y 2011.

#### **Datos:**

- CMBDSS (indicador de actividad asistencial del servicio sociosanitario catalán)
- Registros asistenciales internos.
- Valoración de un total de 79 usuarios por cada año.
- Visión de las necesidades asistenciales de la unidad
- Permite la adecuación de la atención y de la provisión de recursos = Mejor Gestión y Calidad asistencial.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Mediante aplicativo informático:

CMBDSS incluye 14 patrones diferentes (Cognitivo, Comunicación, Tímica y Comportamiento, Físico, Nutrición...) contemplando un total de 125 variables.

Registros asistenciales internos utilizados por los equipos de enfermería de los cuales recogemos y explotamos ciertos datos.

Se han clasificado los diferentes indicadores en 5 grupos:

- 1: Datos generales de la población
- 2: Patrón social o conductual
- 3: Patrón Avd
- 4: Patrón pluripatología
- 5: Patrón de curas/programas

Valoración del riesgo de cada grupo:

- 1 Datos generales población Visión macro de la muestra.
- 2 Patrón Social o Conductual La inclusión de las diferentes variables mostrarán un déficit relacional con su entorno.
- 3 Patrón Avd. Se pretende valorar la dependencia en las Avd y los riesgos que se derivan.
- 4 Patrón pluripatología Las complicaciones somáticas y su posible prevención son el objetivo de este apartado.
- 5 Patrón de curas/programas Observación del volumen de intervenciones y curas que dispensan los equipos de enfermería = Carga asistencial.

### **RESULTADOS:**

Entre los múltiples resultados podemos describir:

Observamos que más del 60% de la muestra son varones ubicados en las franjas de edad que van del los 70-90 años.

El diagnóstico Pral. es sin duda la esquizofrenia (54% en el 2008 bajando hasta el 33% en el 2011)

Referente a los años de ingreso, se trata de usuarios relativamente nuevos en la unidad; el 78% ('08) y el 63% ('09) llevan 5 años de ingreso en la unidad. Ninguno con más de 10 años de ingreso.

La valoración de la movilidad en cama se sitúa en un 50% de usuarios independientes.

Respecto a la deambulación ha ido descendiendo paulatinamente el nº de pacientes independientes para ir incrementando progresivamente los pacientes con dependencia total (del 6% al 9%).

El uso de pañal está por encima del 50% en ambos años, y el programa de control de esfínteres se le aplica a más del 70% de los residentes.

#### DISCUSIÓN:

Para poder desarrollar actividades de mejora en cuanto a la seguridad clínica de los pacientes psicogeriatricos y teniendo en cuenta la poca bibliografía existente en cuanto a la seguridad clínica en hospitales monográficos de salud mental. Creemos que es de gran importancia el poder realizar un estudio epidemiológico de los pacientes ingresados para poder adecuar las estrategias de mejora que ayuden a aumentar la seguridad clínica del paciente.

**CB - 303.- DISEÑO DE UNA GUIA DE ACOGIDA AL PACIENTE COMO INSTRUMENTO DE MEJORA DE LA EFICIENCIA Y SEGURIDAD.**

HERNÁNDEZ-SANSALVADOR M, LERMA-GAUDE V.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE. ALBACETE.

**OBJETIVOS:**

La constante aparición de nuevos fármacos junto con las recientes resoluciones de los servicios de salud hace que cada vez sean más los medicamentos que se incluyen en los programas de asistencia farmacéutica a pacientes externos de los servicios de farmacia hospitalaria. El incremento continuo de la demanda asistencial, la seguridad de los pacientes y el elevado coste de estos medicamentos, hace necesario el desarrollo de estrategias que garanticen su óptimo uso. Objetivos: Diseñar y elaborar un documento que proporcione información a los pacientes no ingresados y sirva de instrumento para fomentar que participen en su propia terapéutica, con un uso adecuado y responsable de los recursos disponibles, con el propósito de mejorar la seguridad y eficiencia del proceso farmacoterapéutico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Durante los procesos de atención farmacéutica a pacientes externos y de dispensación, desde un servicio de farmacia hospitalaria, se detectaron fallos en el conocimiento de los pacientes sobre sus medicamentos y el procedimiento para su dispensación. Estos fallos presentaban riesgos potenciales para su seguridad, además de importantes repercusiones económicas, por lo que se consideraron como oportunidades para mejorar la seguridad y eficiencia del proceso farmacoterapéutico. Se completó la identificación de necesidades de información y educación a través de estudios publicados sobre opinión y perspectiva de los pacientes y mediante la consulta con expertos en calidad asistencial. Se definieron criterios de contenido del documento: aquellos que den respuesta a las demandas identificadas y contribuyan a prevenir posibles problemas relacionados con la medicación, a la sostenibilidad del sistema sanitario y a la prevención de contaminación medioambiental. Criterios de forma: breve, lenguaje claro, directo y sencillo, comprensible para cualquier paciente, ameno a su lectura.

**RESULTADOS:**

Se ha elaborado una guía de acogida al paciente con unos objetivos definidos claramente. La guía incluye breves características del hospital, la misión, visión y valores del servicio de farmacia y su cartera de servicios. Da respuesta a: qué medicamentos son los que se dispensan desde la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos, qué documentos deben presentar, dónde se encuentra ubicada, cuándo pueden ser atendidos, quién les va a atender, cómo pueden contactar, qué deben hacer con la medicación sobrante y qué con los residuos. Además, incluye un checklist, las siete preguntas, para que comprueben que conocen adecuadamente sus medicamentos. Por último, se añadió un cuestionario de satisfacción.

**DISCUSIÓN:**

Se ha elaborado un documento de acogida al paciente que, de una manera resumida y estructurada, da respuesta a las demandas de información identificadas. Esta guía se presenta como una herramienta para optimizar el proceso farmacoterapéutico, así como, para fomentar una cultura de seguridad y eficiencia. Tras su difusión a los pacientes se analizarán los cuestionarios de satisfacción.

## **CB - 304.- GUIA PRÁCTICA DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS POR VÍA INTRAVENOSA**

### **EN EL MEDIO HOSPITALARIO.**

SUBIELA-GARCIA JA, ABELLON-RUIZ J, DIAZ-LLANERA I, MUÑOZ-SÁNCHEZ M, DIAZ-MARTINEZ AN.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR. SAN JAVIER (MURCIA).

### **OBJETIVOS:**

- Desde el punto de vista de seguridad del paciente:
  - Evitar y/o reducir reacciones adversas y efectos secundarios (p. ej.: flebitis por administración rápida o dilución errónea).
  - Mejorar la eficacia en los tratamientos médicos con una buena praxis (p.ej: manteniendo las dosis adecuadas de fármacos en el organismo coincidiendo con la adecuada administración).
- Desde el punto de vista de la práctica enfermera:
  - Aunar criterios (evitar los tópicos "si siempre se ha hecho así" o "si no lo sabes, mejor que falte que no que sobre", etc.).
- Desde el punto de vista del gasto sanitario:
  - Reduciendo el número de efectos adversos, reducimos el gasto.
  - Reduciendo y administrando determinados fármacos con la dilución adecuada se puede ahorrar también (p. ej.: empleando un SSF para diluir determinados fármacos en su mismo envase de origen).
  - En aquellos casos que exista compatibilidad, la administración conjunta, ahorra tiempo y dinero.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Para cada uno de las partes del trabajo, el/los método/s han sido los siguientes.

- 1.-Creación de tabla de datos con los 50 fármacos IV más empleados en nuestro hospital durante el año 2011, donde se incluyen: nombre comercial y genérico, dosis habitual (diaria), presentación del fármaco para diluir (en mg), concentración máxima (mg/ml) para diluir, estabilidad (una vez diluido el fármaco), fotosensibilidad (durante la administración), suero/s de elección, tiempo mínimo de administración y dilución recomendada (en ml).: Revisión bibliográfica y la práctica clínica diaria.
- 2.-Encuesta a personal de enfermería: Encuesta.
- 3.-Estudio de compatibilidad entre 50 fármacos: Revisión bibliográfica.
- 4.-Análisis y tratamiento de la información y publicación en página Web.

### **RESULTADOS:**

Hemos detectado una gran disparidad de criterios en ciertos medicamentos, y una serie de prácticas que deberían cambiarse según la evidencia científica disponible hasta la fecha.

### **DISCUSIÓN:**

El resultado de este trabajo de investigación propone formar e informar a todos los enfermeros para que se trabaje con criterio, seguros de lo que hacemos y aportando seguridad y calidad a los cuidados que se prestan a diario en las unidades de hospitalización en la tarea de administración de fármacos por vía intravenosa.

Sería conveniente unificar la administración de fármacos, siguiendo criterios basados en la evidencia, para alcanzar los objetivos que nos hemos propuesto. Para lo cual hemos editado una tabla con toda la información rescatada que está disponible de forma electrónica en todo el centro. Dicha tabla (también en póster) permite consultar dicha

información de forma sencilla y administrar de forma segura y eficiente los distintos fármacos o mezclas de ellos con los objetivos anteriormente citados. Además se ha implementado la información relativa al manejo de fármacos en el programa de prescripción-administración electrónica asistida del hospital, de modo que facilitará el acceso a la información.

**CB - 305.- FORMACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICA ON-LINE EN SEGURIDAD CLÍNICA: RESULTADOS OBTENIDOS Y ELEMENTOS DE MEJORA DETECTADOS.**

UNANUE-MUNDUATE T, ALBERRO-ARANZASTI B, BLANCO-COCA R, ROCHA-LLORENTE MV, VIRTUS-ALDANONDO I, ZABALETA-BASURTO A.

EMERGENCIAS OSAKIDETZA. DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN.

**OBJETIVOS:**

Dentro del plan de seguridad clínica de nuestra organización se recogen como objetivos el aumento de cultura de seguridad y la formación de los profesionales en seguridad clínica. La formación on-line en dicha materia se ha desarrollado en estos años como alternativa eficaz a la presencial. Las potencialidades de la plataforma moodle nos permitían incorporar módulos prácticos, a desarrollar por el alumnado, que potenciaran los conocimientos teóricos del propio curso.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se diseña, se desarrolla y se pone en marcha un curso de formación teórico-práctica, con la inclusión de los siguientes elementos formativos: 7 módulos teóricos compuestos por presentaciones comentadas por el profesorado, 3 módulos prácticos, en los que el alumnado debía contestar a 1) ejercicios de identificación de evento adverso así como de los factores contribuyentes a su aparición, 2) elaborar un protocolo de Londres respecto a un caso clínico planteado y 3) diseñar un AMFE de un subproceso propio de nuestra organización. Además, se incluyeron artículos de seguridad y gestión de riesgos, como lectura recomendada. Para evaluar los conocimientos adquiridos se lleva a cabo examen test. Durante el desarrollo progresivo del curso el profesorado ha mantenido contacto directo con el alumnado para corrección de ejercicios y resolución de dudas.

**RESULTADOS:**

Se han llevado a cabo 2 ediciones del curso, con un total de 152 participantes. Superaron el curso el 82,23% de los participantes. La evaluación global del curso, en una escala de 1 a 5 (siendo 1 la opción menos favorable y 5 la respuesta más positiva) es de 4,34, siendo los valores "seguimiento personal por el docente" y "opinión global de los docentes", los mejor valorados. Entre los comentarios de la encuesta de opinión más relevantes, señalar la dificultad detectada en el desarrollo de las herramientas de análisis (Londres y AMFE), así como la complejidad de la literatura recomendada para los profesionales no sanitarios (conductores de ambulancias, operadores telefónicos).

**DISCUSIÓN:**

La formación on-line ha conseguido una capacitación de un porcentaje alto (42,9%) de nuestros profesionales. La plataforma diseñada ha permitido una interacción práctica alumnado-profesorado que complementa el relato teórico. Del análisis de las evaluaciones y del propio seguimiento del curso, cabría reconsiderar el desarrollo de herramientas de análisis de incidentes planteado y que están conceptualizadas como de elaboración en grupo, optando por realizarlo de forma presencial y grupal. La positiva percepción de la interacción con el profesorado, en un medio en el que no se da un contacto personal, así como la consecución de los objetivos docentes apoyan el continuar con la dinámica formativa planteada, optando por el carácter semipresencial descrito.

**CB - 306.- VALORACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL, UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA TRAS EL TRASLADO A UN NUEVO EDIFICIO.**

LOZANO-BALLESTER MJ, CONTESSOTTO-SPADETTO C, IBARRA-MARTÍNEZ C, MUÑOZ-SÁNCHEZ M, ROS-MUÑOZ BF, MARTÍNEZ-ALBALADEJO Y.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR. SAN JAVIER (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

En la comunidad autónoma se establece como indicador de calidad de cuidados de enfermería, que los pacientes ingresados para intervención de cirugía general y digestiva sean valorados del riesgo de desnutrición a través de la escala NRS2002. Aquellos pacientes que tras el cribado inicial tienen un IMC inferior a 20,5, se les hace el scrining final que determina el riesgo de desnutrición, para poder pautar el tratamiento adecuado.

Hubo dificultades iniciales debido a la ausencia en el hospital de un servicio de nutrición y dietética y la falta de repercusión de dicha valoración para la puesta en marcha de las medidas terapéuticas adecuadas.

En 2010 se instauró la valoración, con un cumplimiento del 77,8 %. En marzo de 2011 nos trasladamos a un nuevo edificio y la valoración nutricional pasó a realizarse a través de formulario informatizado, cayendo su cumplimiento a un 1,3% ese año.

A la vista de los resultados, en abril de 2011, desde la unidad de calidad, nos plantemos los siguientes objetivos:

1. Dar a conocer los resultados del año 2011, para concienciar al personal.
2. Implicar al personal en la valoración del riesgo nutricional, aumentando su cumplimiento.
3. Conseguir el compromiso de un facultativo para hacer el seguimiento de los pacientes con riesgo de desnutrición.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Los resultados obtenidos en el cumplimiento del indicador de valoración de riesgo nutricional en 2011, se comunican al equipo directivo, coordinador de calidad, Comisión de Dietética y Nutrición y supervisora de la unidad de cirugía.

Se decide hacer un ciclo de mejora con la participación del personal de enfermería de la unidad, detectando que enfermería desconoce la finalidad de esta valoración, cómo realizarla y también que hacer con ella en caso de que el resultado sea de riesgo.

Se da asesoramiento en la forma de realizar la valoración y a quién comunicar el resultado.

A través de la Comisión de Dietética y Nutrición se consigue el compromiso de dos facultativos de UCI como consultores de nutrición, que a su vez hacen política de comunicación entre los facultativos del centro y se vuelve a relanzar este indicador.

**RESULTADOS:**

En mayo de 2012 se hace el un corte para ver el cumplimiento de indicadores de calidad de cuidados de enfermería, entre ellos, la valoración del riesgo nutricional. El porcentaje de cumplimiento de la valoración del riesgo nutricional es del 66,6%.

El jefe de servicio y otra intensivista de UCI, son los consultores del resto de facultativos, para seguimiento de pacientes con riesgo de desnutrición, se accede a su intervención por medio de interconsulta.

**DISCUSIÓN:**

La mejoría en la realización de la valoración del riesgo nutricional es significativa (66,6% frente a 1,3%), pero aún estamos lejos del cumplimiento de 2010 (78,2%) y del estandar fijado para 2012 que es del 80%.

**CB - 307.- "EN SUS MARCAS, LISTOS...": PRIMERA EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE UN ÁREA SANITARIA.**

DULANTO-BANDA RA, MINGO-BLANCO M, TORIJANO-CASALENGUA ML.

GERENCIA DEL ÁREA DE SALUD DE TALAVERA DE LA REINA. TALAVERA DE LA REINA (TOLEDO).

**OBJETIVOS:**

Identificar las características de la cultura de seguridad del paciente (SP) de los Equipos de Atención Primaria (EAP) de un área sanitaria y los factores asociados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo transversal de la versión española del cuestionario MOSPSC (Medical Office Survey on Patient Safety Culture) aplicada a profesionales sanitarios y no sanitarios de Atención Primaria de un área sanitaria en noviembre de 2011. Se revisaron las características sociodemográficas y laborales de los encuestados, las valoraciones globales de la SP y los 57 ítems reagrupados en 12 dimensiones, y las correlaciones entre las variables dependientes e independientes a través de análisis bivalente, estratificado y multivalente (regresión logística). Se utilizaron los paquetes estadísticos SPSS® v17 y EpiInfo y como punto de corte para la significación estadística  $p=0,05$ .

**RESULTADOS:**

Respondieron el 61% de los encuestados (100% de los EAP). Las características sociodemográficas coincidieron con las de la plantilla ( $p=0,05$ ): media de edad de 46,7 (DE: 9,042), 63 % mujeres, 39,7% médicos, 77% fijos y 85% del turno de mañana. Solo el 19,2% ocupaba algún puesto de responsabilidad. El 91% de los encuestados puntuó la SP de sus centros como buena (54%) o muy buena o excelente (37%), siendo la dimensión peor valorada el ritmo y la carga de trabajo, y la mejor, el aprendizaje organizacional. En 11 de las 12 dimensiones el porcentaje de respuestas positivas fue mayor al 50%. Sin embargo, de los 57 ítems, 7 tuvieron menos del 50% de respuestas positivas (puntos débiles; 12,3%), mientras que 14 obtuvieron más del 75% de respuestas positivas (puntos fuertes; 24,6%). La pregunta peor valorada estuvo relacionada con el número de pacientes asignados por sanitario y la mejor, con el correcto archivo de la información clínica en la historia correspondiente. En el análisis estratificado se halló que ser interino y sanitaria disminuía la puntuación de la SP ( $p=0,009-0,036$ ), lo contrario a ser gestor y hombre, quienes puntuaban globalmente la SP como buena, muy buena o excelente ( $p=0,036$ ). Sin embargo, tras el análisis multivalente, solo la variable "ser interino" influyó en la valoración de la SP (OR: 0,344; IC95%: 0,138 – 0,861;  $p=0,02$ ). Se ha creado una macro basada en Excel® para facilitar la comparación e individualizar los informes por EAP.

**DISCUSIÓN:**

La cultura de SP de los EAP de nuestra área sanitaria obtiene valoraciones positivas en la mayoría de ítems y dimensiones por más de la mitad de los profesionales. Los resultados desglosados nos ofrecen una valiosa información para abordar de manera más dirigida la SP a nivel de los EAP, según dimensión o ítem, mas no así según las características sociodemográficas y laborales, a excepción de la situación laboral, tal como prevé la propia AHRQ cuando recomienda el análisis por EAP tras el MOSPSC. Los responsables de SP en los centros deben liderar, junto con la dirección y las Unidades de Gestión de Riesgos, las actuaciones que consigan mejorar la cultura de la SP.

**CB - 308.- PEQUEÑOS CAMBIOS EN LAS RUTINAS, GRANDES AVANCES EN LA SEGURIDAD DE LA MADRE Y DE SU HIJO.**

RODRÍGUEZ-BLANCO MA, UCEIRA-REY S, RODRÍGUEZ-CASTAÑO M, ROMERO-SABORIDO E, BÓVEDA-FERNÁNDEZ MP, FONTÁN-MADARNÁS SM.

HOSPITAL DA BARBANZA. SANTA UXÍA DE RIBEIRA (A CORUÑA).

**OBJETIVOS:**

Propiciar unión madre-hijo desde nacimiento al alta: no deben existir separaciones, salvo que la salud de alguno de ellos así lo requiera.

Informar a padres sobre estado de su hijo y de técnicas y cuidados que se realizan.

Tener en cuenta su consentimiento y deseo.

Registro en la historia neonatal.

Intentar realizar todos los procedimientos (PO) en presencia de los padres, y tras su consentimiento.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Grupo de trabajo multidisciplinar, agosto 2009, para elaboración del PO, basado en evidencia científica.

Aprobación e implantación.

Recogida de cuestionarios de satisfacción y evaluación del grado de cumplimiento de las actuaciones introducidas al personal y a las madres.

**RESULTADOS:**

Unificación de criterios.

Elaboración de

- o PO para la atención al RN y para los cuidados en fototerapia neonatal,
- o Instrucciones técnicas: contacto piel con piel precoz madre-bebé, profilaxis ocular en RN, prevención de enf. hemorrágica por déficit de vit. K en RN, vacunación neonatal de hepatitis B y aseo del RN.

- o Documentos de rechazo informado.

Aprobación e implantación sep. 2010.

Mejora de registros: nueva hoja de atención al RN.

Cambio de prácticas:

- o Permitir y favorecer piel con piel.
- o Minimizar dolor de RNs en PO dolorosos con medidas no farmacológicas: admin. de glucosa oral, succión no nutritiva, contacto con padres, realizar técnicas mientras este mamando o tomando biberón.
- o Admin. de vitamina K 60-120 min. tras nacimiento y vacuna de hepatitis B en planta.
- o Pase de visita de pediatra en habitación con padres.
- o Baño del RN en habitación.

Resultados de encuestas:

Contestaron el 73.64% de profesionales y 29 madres atendidas en sep. 2011.

- o Los profesionales conocen PO y manifiestan avance en cuidados del RN desde implantación.

- o Las madres confirman que el cambio de rutinas está establecido y consideran positivo que el pase de visita se realice en el cuarto y que se realicen las pruebas al bebé en su presencia.

## **DISCUSIÓN:**

- Se establece un PO que mejora la calidad de los cuidados, elaborado por equipo multidisciplinar.
- Los padres se implican y participan en cuidados desde el momento del nacimiento. El contacto piel con piel supone mejor aceptación del cambio en la vida y del RN.
- Favorecer el contacto piel con piel facilita la colonización del RN por las bacterias maternas y no por las hospitalarias; la adaptación a vida extrauterina y aumenta la duración de lactancia materna, disminuyendo riesgos para el RN.
- La sensibilización de los profesionales sanitarios sobre el dolor de los RNs, incorporando a los cuidados una correcta valoración e intentando minimizar los PO dolorosos y estresantes, adoptando y potenciando medidas no farmacológicas contra el dolor, disminuye los riesgos de alteraciones futuras en la respuesta a dolor, en el desarrollo cognitivo y en el aprendizaje.
- Que los RNs no se separen de sus padres durante la hospitalización favorece vínculo madre/hijo y disminuye riesgo de error de identificación.

**CB - 309.- ESTRATEGIA PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA NORMA UNE 179003 DE GESTIÓN DE RIESGOS EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA.**

CARRERAS-VIÑAS M, MARTÍN-RODRÍGUEZ MD, RODRÍGUEZ-CASTAÑO M, LALE-CANDAL M, GARCÍA-RIVELA L, CANDIA-BOUSO B.

SERGAS. EDIFICIO ADMINISTRATIVO DE SAN LÁZARO.15703. SANTIAGO DE COMPOSTELA. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

**OBJETIVOS:**

Implantar 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 MÉTODOS:**

Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar para la implantación de la Norma UNE 179003 integrado por 15 profesionales de 7 hospitales con formación en gestión de la calidad. Creación de una plataforma web de trabajo colaborativo Formación de los miembros del grupo en los contenidos, requisitos de la norma y herramientas para la gestión de riesgos 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 gestión de riesgos 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 la identificación de riesgos, definición de criterios para la valoración del riesgo, tratamiento de riesgos, sistematización de procedimientos, diseño de registros necesarios para el seguimiento del sistema, elaboración de la documentación que exige la norma, coordinado por un responsable del sistema de Gestión de Riesgos nombrado por la dirección.

**RESULTADOS:**

Certificación de la Unidad de Diálisis de un Hospital Comarcal en diciembre 2011 e implantación del sistema de Gestión de Riesgos en el Laboratorio. Auditoría de certificación prevista diciembre 2012. Implantación del Sistema de Gestión de Riesgos en Unidad de Oncohematología de día de un Complejo Hospitalario. Auditoría de certificación prevista cuarto trimestre 2012.

Política de Gestión de Riesgos aprobada por la Dirección en el área de oncohematología de un tercer hospital y de Hospitalización, Radiología y Cirugía de un cuarto hospital. Estos centros están completando la documentación y registros para la implantación del Sistema de Gestión de Riesgos 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. Hemos colaborado con el Ministerio en cursos de formación en otros Servicios Salud.

De nuestra experiencia han surgido propuestas de modificaciones al texto que desarrolla la norma que se han trasladado al Comité Técnico de AENOR.

La 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 primera en España en certificar un servicio sanitario con la norma UNE 179003. Ser pioneros ha supuesto múltiples dificultades en la interpretación y aplicación práctica de la Norma. El trabajo colaborativo multidisciplinar y multicéntrico facilitó la resolución de los problemas identificados.

## **CB - 310.- SISTEMA DE NOTIFICACIÓN EN SEGURIDAD DE PACIENTES: SEIS AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA.**

RIVERA-HERNANDO A, VEGA-MORENO I, MERCADER-ANGUIANO J, MANZANO-RAMIREZ A, ALVAREZ-MOREZUELAS MN, MARTINEZ-MARTINEZ M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA-SANTIAGO. VITORIA - GASTEIZ.

### **OBJETIVOS:**

Analizar la gestión y los resultados de la explotación de la base de datos del SNASP desde hace seis años con el objetivo de identificar acciones de mejora.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

1. Notificación por parte de los profesionales del SMI en un Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad de Pacientes (SNASP) anónimo.
2. Preanálisis de los registros por el grupo de seguridad del SMI formado por personal multidisciplinar y experto en seguridad de pacientes (SP).
3. Explotación estadística de los casos registrados desde el 1 de diciembre del 2006 hasta el 29 de mayo del 2012. Análisis cualitativo y cuantitativo de los incidentes y de los Factores Contribuyentes (FC) que los profesionales refieren en sus notificaciones.
4. Comparación cronológica y con otros estudios.

### **RESULTADOS:**

Se han registrado 324 casos cuya evolución ha sido desde el 2006 hasta mayo 2012 de 10, 54, 64, 61, 63, 45 y 28. Se ha aumentado la frecuencia de las reuniones al cambiar el horario de estas. Se mantienen los porcentajes de incidentes que alcanzan al paciente en el 79,3% y el 20,7% restante como casi incidentes. Los profesionales que mas notificaron siguen siendo DUEs (45,4%), médicos (38.3%), MIR (8%) y Aux. enfermería (5,6%). Los lugares donde ocurrieron los SA con mas frecuencia son el SMI (87,4%), habitación del paciente (3%), radiología (2%) y serv. Interiores (2%). En cuanto a la evitabilidad, el 79% los consideraban evitables y un 4% como no evitable. Los profesionales que reflejaban la gravedad, en el 32% era baja, en un 23,3% moderada y en un 15% sin afectación. En cuanto a los tipos de SA, los mas notificados eran los relacionados con equipos (29.3%), la medicación (28.4%) y diagnóstico clínico (16%). En cuanto a los FC destacan los relacionados con los equipos (25,6%), factores relacionados con el paciente (14.4%) y la comunicación entre profesionales (13.6%), entre otros.

### **DISCUSIÓN:**

Cambios en la organización mejora la gestión de estos sistemas de notificación y la utilidad de los mismos.

Seguimos encontrando resistencia para implicar a los profesionales en la notificación, por lo que debemos acometer acciones de mejora.

Comparando con otros estudios el uso de estos SNASP permiten conocer las debilidades en SP de nuestro servicio y priorizar las acciones de mejora. Dada la gran evitabilidad de los SA, debemos continuar en la definición de acciones dirigidas hacia los FC mas críticos.

**CB - 311.- REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE AGRESIONES EN CONSULTAS EXTERNAS.**

FERNANDEZ-GONZALEZ MJ, MARTINEZ-MARTIN C, GARCIA-SAN MARTIN S, MUR DE VIU-  
BERNAD C, ALVAREZ DEL VALLE-LAVESQUE L, CARRASCOSA-BERNALDEZ JM.

INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SERVICIOS DE SALUD MENTAL JOSÉ GERMAIN. LEGANÉS  
(MADRID).

**OBJETIVOS:**

Reducción del número de agresiones e incidentes hacia el personal asistencial, sin  
incremento de recursos, mejorando la gestión de los ya existentes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se detecta que el número de incidencias protagonizadas por usuarios en las consultas  
externas, se había incrementado desde el año 2007, hasta llegar a un máximo de 26  
incidentes durante el año 2010 (19 de ellos en el 2º semestre).

Se realiza un análisis de las incidencias, constatándose sus características:

- ☐ Visita programada en consulta externa.
- ☐ Aumento de la agitación del usuario durante la entrevista, que deriva en aviso al VS  
para que minimice la incidencia.

**RESULTADOS:**

Se realiza un procedimiento de actuación por el cual, cuando los usuarios que tienen un  
historial de conflictividad estén citados, los VS deben esperarles a su llegada a la consulta.

Objetivos que se plantean:

- ☐ Disminuir el numero de incidentes en las consultas
- ☐ Disminuir progresivamente el número de presencias preventivas mediante la  
normalización de la actitud de los usuarios, al asociar la asistencia con la presencia del VS.  
La técnica de gestión elegida ha sido una variación de la denominada Just In Time:
- ☐ 0 stocks. La presencia del VS durante el tiempo total de funcionamiento de las consultas,  
aunque deseable desde el punto de vista de la seguridad, no lo es desde la eficiencia, ya  
que su presencia es necesaria en el resto de unidades.
- ☐ 0 retrasos. Para que el VS este esperando al usuario, el Jefe de Servicio de la unidad  
avisa al Responsable de Seguridad de la fecha y hora de la cita.
- ☐ 0 papel. La notificación se realiza por correo electrónico. Posteriormente el Responsable  
de Seguridad envía un SMS al teléfono móvil del VS, que registra la información en la  
agenda del teléfono.
- ☐ 0 averías. Se prioriza esta presencia sobre el resto de actividades de los VS para que  
ninguna cita se quede sin cubrir.
- ☐ 0 defectos. Una vez finalizada la cita, se solicita al Jefe del Servicio que valore la  
actuación del VS, indicando si ha sido satisfactoria.

Se han realizado en el año 2011 un total de 26 presencias disuasorias, de las cuales 25  
fueron satisfactorias, registrándose una presencia no satisfactoria. En este caso la  
presencia del VS fue tomada por el usuario como un "agravio" que hizo aumentar su  
agitación.

Este procedimiento consiguió que el número de incidentes se redujese a 4 durante el año  
2011 (-85% que en el 2010) y 2 durante el 2012 (-92% con respecto al mismo periodo del  
2010).

El 2º objetivo se ha logrado igualmente, ya que hasta mayo de 2012 se han realizado un  
total de 6 presencias por 11 en el mismo periodo del 2011 (-55%).

**DISCUSIÓN:**

La situación de crisis económica, hace que se puedan destinar menos recursos a todos los servicios, por lo que hay que conseguir mediante la aplicación de mejoras en la gestión, que con los recursos disponibles, podamos reducir el numero y gravedad de los incidentes sobre los trabajadores.

**CB - 312.- FORMACIÓN E INFORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS EN MÓSTOLES.**

GALINDO-GALLEGO M, GARCÍA-ROMO E, VARGAS-TORRES R, GARCÍA-RODRIGO R, TARÍN-VICENTE MN, QUIBEN-PEREIRA R.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. MÓSTOLES (MADRID).

**OBJETIVOS:**

En 2011 nos planteamos, desde nuestro centro con apoyo de la Oficina Regional de Cuidados Paliativos - Red de Formación y Red de Efectividad Clínica, realizar un proyecto para mejorar la formación e información en cuidados paliativos. El objetivo fue mejorar los conocimientos de las personas que atienden a pacientes en fase avanzada de su enfermedad en el entorno hospitalario y domiciliario, mediante formación dirigida a: personal sanitario y a familiares - cuidadores y así mejorar la atención prestada a pacientes en fase avanzada de su enfermedad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

La estrategia supuso la planificación y realización de 2 iniciativas: A. Curso de Cuidados Paliativos para profesionales sanitarios que contó con acreditación (25 horas) y con 24 ponentes expertos, y B. Charlas-coloquio sobre ;Cuidados paliativos: el papel de la familia; para familiares, cuidadores y población general, con varias ediciones y con participación de médicos y enfermeras del Equipo de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos.

**RESULTADOS:**

Los resultados favorables se basan en: presencia de este tema en los medios de comunicación (9 impactos en medios digitales), número de asistentes a las iniciativas: 36 alumnos en A y 25 personas por jornadas B, por el balance de los asistentes en cuestionarios de evaluación: A con media de 9 (rango 1=desfavorable a 10=muy favorable) y en B: 9,5 y la puntuación más baja se obtuvo en la pregunta ¿Ha podido aclarar sus dudas? Que fue de 7,9. En ambas iniciativas, en su mayoría los alumnos han sido mujeres con muy pocos varones poniendo de manifiesto que las mujeres son en su mayoría más sensibles a este tema y probablemente sobre ellas recae también mayor responsabilidad de los cuidados.

**DISCUSIÓN:**

De cara el futuro nos planteamos continuar con esta iniciativa, aumentar el impacto y conseguir sensibilizar, informar y formar a otros profesionales y familiares-cuidadores, y más de sexo masculino.

Esta iniciativa en formación en cuidados paliativos es clave porque nuestra formación academica no nos prepara para ello. Aunque damos los datos de la buena consideración y aceptación inmediata reflejada por los asistentes en los cuestionarios de evaluación y satisfacción, esperamos más adelante encontrar datos objetivos del impacto de esta intervención en educación para la salud sobre la atención a este tipo de pacientes en nuestro centro.

## **Sesión de Comunicaciones Orales Breves.**

**Sala A3-1.**

**Jueves, 8 de noviembre / 16:00 h. – 18:00 h.**

## **Evaluación de Calidad y Resultados.**

**CB – 313 / CB – 339**

**CB - 313.- EVALUACIÓN DE LAS SUSPENSIONES QUIRÚRGICAS COMO INDICADOR DE CALIDAD EN NUESTRO HOSPITAL.**

GUILLÉN-PAREDES MP, SORIA-ALEDO V, AGUAYO-ALBASINI JL, VERDÚ-FERNÁNDEZ MA, GARCÍA-GARCÍA ML, GARCÍA-MARÍN JA.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. MURCIA.

**OBJETIVOS:**

La monitorización de las suspensiones quirúrgicas merece una especial atención en el área quirúrgica de los centros de Salud. Cifras por encima de los estándares pueden indicar una gestión deficiente en la planificación quirúrgica con las consiguientes pérdidas en la eficiencia y en la salud de los pacientes. Nuestro objetivo es analizar la tasa de suspensiones quirúrgicas en nuestro hospital durante el último año y comparar con los estándares de calidad establecidos para identificar y mejorar aquellos problemas de calidad deficiente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio retrospectivo descriptivo desde Junio de 2011 hasta Abril de 2012 de las suspensiones quirúrgicas de nuestro hospital. Análisis de los partes de quirófano según especialidades quirúrgicas y también aquellas médicas que usan el área quirúrgica de forma eventual. Las variables estudiadas han sido: servicio responsable, fecha de la suspensión, edad del paciente, diagnóstico, cirujano y anestesista responsable, causa de la suspensión y tipo de ingreso (cirugía con ingreso, CCI o cirugía mayor ambulatoria, CMA). Se ha utilizado la prueba Chi-cuadrado para variables cualitativas en el programa SPSS versión 17.

**RESULTADOS:**

Desde el 1 de Junio de 2011 hasta el 30 de Abril de 2012 ha habido 270 suspensiones quirúrgicas sobre un total de 8.800 intervenciones, lo que supone una tasa del 3 %. Por servicios, las suspensiones de Cirugía General suponen el 25,6 % y las de Traumatología el 25,2 %, en tercer lugar, Oftalmología con el 22,6 % de los casos. En cuanto a las causas, la falta de tiempo ocupa el 35,9 % de los casos, seguida en segundo lugar con el 28,9 % de los casos las causas del paciente, además la falta de tiempo supone la mitad de las suspensiones en las dos primeras especialidades. La mayoría de los pacientes suspendidos están en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria, el 64,8 % de los casos. No hay diferencias sustanciales entre las suspensiones según Anestesista o Cirujano. En el primer caso sólo un médico destaca, con el 8,1 % de las suspensiones, 22 casos en valor absoluto. Por diagnósticos, las cataratas suponen el 14,4 % de todas las suspensiones y la coleditiasis el 5,6 %.

Hay diferencias significativas ( $p < 0,001$ ) entre la causa de la suspensión y el tipo de ingreso, de manera que del total de suspensiones por no ingreso el 92 % de pacientes están en régimen de CMA. El 54 % de la suspensiones por falta de tiempo se realizan en pacientes con ingreso.

**DISCUSIÓN:**

En nuestro caso nos encontramos por debajo de los estándares de calidad en cuanto a tasa de suspensiones quirúrgicas (6 %). La monitorización de este indicador nos permitirá evaluar cambios en nuestra tasa que marquen posibles problemas a evaluar y mejorar. El gasto sanitario en las áreas quirúrgicas así como la calidad percibida por los usuarios e integrantes del sistema suponen motivos suficientes para la evaluación y mejora de todos los aspectos relacionados con la atención en los servicios quirúrgicos.

**CB - 314.- ¿CÓMO ANDAMOS DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL?.**

ARELLANO-MORATA C, LÓPEZ-ACUÑA MP, PARRA-HIDALGO P, FONSECA-MIRANDA YA, CALLE-URRA JE, LÓPEZ-ROJO C.

CONSEJERÍA DE SANIDAD. SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL. MURCIA.

**OBJETIVOS:**

Conocer la adecuación de las prácticas sanitarias en la atención al parto normal en 6 maternidades de nuestro Servicio de Salud, en relación a las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) del Sistema Nacional de Salud. Identificar la existencia de variabilidad en la práctica entre hospitales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En 2011 se evaluó la atención al parto normal con 17 indicadores de calidad relacionados con las recomendaciones de la EAPN. Las unidades de estudio fueron mujeres dadas de alta por parto normal en 2009, se excluyeron aquellos con duración del embarazo inferior a 37 semanas o superior a 42. Existían otros criterios de exclusión específicos para cada indicador. Otras unidades de estudio fueron los protocolos en vigor y las mujeres ingresadas por parto normal en periodo de estudio. El tamaño muestral fue de 180 casos para cada indicador, el muestreo realizado fue aleatorio, estratificado no proporcional por hospital. Para los indicadores por entrevista, se realizó un muestreo de conveniencia hasta completar tamaño muestral y en el caso de la tasa de cesáreas fue la totalidad del universo. En la mayoría de los indicadores la identificación de los casos se realizó mediante el CMBD de hospitalización; y la obtención de los datos se realizó mediante la historia clínica, los protocolos y por entrevista a las mujeres ingresadas en el momento de la auditoría. Para el tratamiento de los datos se calculó el valor de cada uno de los indicadores para cada hospital junto con sus intervalos de confianza. El porcentaje global del SMS, se calculó ponderando por el total del universo de cada centro. Se obtuvo, además la razón de variación entre el porcentaje máximo y mínimo de cada hospital.

**RESULTADOS:**

En 50,4% de los partos normales se realizó amniotomía; 44,5 de partos con inicio espontáneo tuvieron estimulación con oxitocina; los partos inducidos fueron 31,2%; el porcentaje de alumbramientos con manejo activo fue de 8,1%; 35,4% de mujeres con parto eutócico le realizaron episiotomía; los partos vaginales instrumentales fueron 18,1%; los partos vaginales tras cesárea previa fue 43,8%; según manifestaron las mujeres 97,2% parieron en posición de litotomía; la maniobra de Kristeller se les realizó al 33,3% y el 49,2% de madre-bebe tuvieron contacto piel con piel. Se evaluaron 32 protocolos ninguno contenía las 11 recomendaciones de atención al parto y nacimiento, sólo 1 hospital recogía en protocolos las 10 recomendaciones de contacto precoz y en 3 de ellos contemplaban las 5 recomendaciones de lactancia.

**DISCUSIÓN:**

Se han identificado cómo oportunidades de mejora, las prácticas que el porcentaje observado y el estándar de referencia son, además de elevadas, estadísticamente significativa y aquellas que presentan una gran variabilidad entre hospitales (razón de variación de 1,50 o más). Como primera medida correctora se ha puesto en marcha un grupo de trabajo para la elaboración de un protocolo regional de atención al parto normal.

**CB - 315.- DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PARC SANITARI SANT JOAN DE DÉU (PSSJD).**

CRUZ-ANTOLIN AJ, DE LA PUENTE-MARTORELL ML, GARCÍA-CARO Y.

PARC SANITARI SANT JOAN DE DÉU. SANT BOI DE LLOBREGAT (BARCELONA).

**OBJETIVOS:**

Análisis de la situación de calidad y seguridad del Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD), con la finalidad de la elaboración del plan de calidad 2012-2015(se presenta en otra comunicación), así como la detección de problemas y el análisis de acciones de mejora.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Mediante recogida de documentos, revisión de datos y encuestas a profesionales, se evalúan en 5 conceptos o áreas.

Orientación al cliente:

- Revisión de de quejas y reclamaciones
- Valoraciones de las diferentes listas de espera
- Índice de penetración
- Encuestas a clientes

Seguridad del paciente

- Por áreas de interés
- Evaluación mediante el proyecto SENECA (basado en el EFQM)

Procesos

- Identificación
- Estado de situación

Documentación clínica

- Protocolos, Procedimientos y circuitos, Guías y trayectorias:
  - o Censo de protocolos
  - o Estado de situación

Grupos de trabajo

- Revisión de los grupos existentes y el estado de monitorización.

Monitorización y resultados

- Revisión de la monitorización de indicadores.

**RESULTADOS:**

Orientación al cliente

La intensidad de las quejas y reclamaciones bajan de paulatinamente, dado el seguimiento y las acciones realizadas a pesar de la variabilidad en áreas.

Las listas de espera están dentro de los márgenes dados por el CatSalut

El índice de penetración se ha incrementado desde la apertura del Parc Sanitari

Y por último las encuestas de clientes se encuentran con una valoración global positiva

Seguridad del paciente

Tanto en las áreas priorizadas por el Departamento de Salud como en los criterios de SENECA, nos encontramos en una fase incipiente en la mayoría de las áreas con algunas excepciones.

Procesos

Se identificaron en toda la institución un total de 81 procesos. Se encuentran totalmente diagramados un 62%, y en fase de elaboración con sus correspondientes planes funcionales un 38%

Documentación clínica:

Existen un total de 201 protocolos, 172 procedimientos y 4 trayectorias clínicas. El 43% se encuentra revisado 2 años.

Grupos de trabajo:

Se detectan 25 comisiones, subcomisiones y comités, que dan respuesta a los criterios de Acreditación, a pesar de observar una gran variabilidad funcional y de seguimiento de sus objetivos

Monitorización y resultados

El análisis se focaliza en la revisión de los principales registros de calidad y seguridad y en los audits (mortalidad, transfusiones, seguridad del paciente etc..)

La mayoría de los registros se encuentran en un estado incipiente de informatización, las auditorías corresponden a lo establecido en el Departamento de Salud

## **DISCUSIÓN:**

El diagnóstico nos ha servido para conocer el estado de situación en cada área.

El grado de participación tanto de los profesionales como de los directivos ha sido elevado.

El diagnóstico nos ha dado un punto de partida óptimo para el desarrollo del nuevo plan de calidad.

**CB - 316.- IMPULSO DE LA MEJORA CONTINUA A TRAVÉS DE LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN.**

CARRASCO-PERALTA JA, TORRES-OLIVERA A, NÚÑEZ-GARCÍA D, CASTELLANO-ZURERA MM.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DÉ ANDALUCÍA. SEVILLA.

**OBJETIVOS:**

Describir los resultados más relevantes obtenidos en un Programa de Acreditación de la Calidad Sanitaria y el impulso de mejoras en el sistema sanitario.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo realizado sobre los proyectos de acreditación realizados entre 2003 y 2012. Para este estudio hemos seleccionado una serie de indicadores para describir la actividad realizada y la implicación de los profesionales sanitarios en la mejora de calidad. Además hemos analizado las áreas de mejora identificadas en los centros sanitarios y las mejoras implantadas a nivel del sistema sanitario.

Los datos para realizar este análisis se han obtenido de los registros de la aplicación de soporte online para la acreditación.

**RESULTADOS:**

Resultados de actividad relevantes:

- Autoevaluaciones iniciadas: 814
- Profesionales sanitarios participantes en los procesos: 8.493
- Evidencias positivas identificadas en la autoevaluación: 133.515
- Áreas de mejora identificadas: 33.191
- Evaluaciones realizadas: 530 (65% de proyectos iniciados)
- Certificaciones emitidas: 464

Otros resultados de interés:

- Casi la mitad de las áreas de mejora identificadas (43,7%) están relacionadas con la disminución de la variabilidad de los profesionales.
- Mejoras relevantes del sistema implantadas durante los procesos de acreditación: identificación de pacientes con pulseras, implantación de metodologías de gestión del riesgo (mapa de riesgos, AMFE, etc), realización sistemática de autoevaluaciones de calidad de las historias clínicas y de la confidencialidad de los registros, sistematización del control de caducidades de medicamentos y productos sanitarios, gestión de la seguridad de estructuras y equipamiento.
- La valoración global de la entidad acreditadora que han hecho los centros acreditados fue de 8,26 en una escala de 10. El interés por continuar con los procesos de acreditación fue valorado con 8,74 y el equipo humano con 9,22.

**DISCUSIÓN:**

La acreditación de centros y unidades sanitarias favorece la implicación de profesionales sanitarios en la identificación de fortalezas y de áreas de mejora. La emisión de informes de evaluación que valoran esa información aportada por los profesionales ha permitido el aprendizaje colaborativo y por tanto la implantación de mejoras en el sistema sanitario en áreas de especial relevancia como seguridad del paciente o monitorización de la calidad.

**CB - 317.- ¿DÓNDE NO HAY MEJORA DE LA CALIDAD...? ¿DE QUÉ NO HABLA LA CALIDAD...?.**

QUINTÍN-GRACIA J, MORENO-NÚÑEZ P, GARCÍA-AISA- JC, ALTARRIBAS-BOLSA E, GARCÍA-OREA MA.

SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD (DIRECCIÓN GERENCIA). ZARAGOZA.

**OBJETIVOS:**

El Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad surgió en el año 2000 con la misión de impulsar la realización de esas actividades entre los profesionales de la salud en la comunidad autónoma. En 2008 se llevó a cabo una evaluación del programa para revisar su funcionamiento, los logros obtenidos, y las opiniones y expectativas de los profesionales participantes. Se puso de manifiesto una elevada satisfacción de los profesionales participantes con la organización y el funcionamiento del programa, junto con una valoración muy positiva de los resultados que se derivaron del proyecto de mejora que desarrollaron. Para continuar mejorando el programa, en 2011 se tomó la decisión de realizar una nueva evaluación para detectar la existencia de "ámbitos , territorios, unidades y áreas de contenidos sin proyectos de mejora de la calidad", con los siguientes objetivos:

- 1.- Identificar la distribución geográfica y por centros asistenciales, o unidades de trabajo, de los equipos de mejora que se han incorporado al Programa desde su inicio hasta 2011.
- 2.- Analizar la evolución, tanto numérica como, especialmente, de contenidos, de los proyectos seleccionados dentro del programa.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Para identificar la distribución de los proyectos, se analizan, depuran y unifican las bases de datos que se han ido generando a lo largo de las convocatorias (2000-2011), estableciendo unos criterios homogéneos, que a su vez puedan ser aplicados en el futuro para tener actualizada la información.

Para analizar los objetivos y contenidos de los proyectos, en una primera fase se crea un grupo de trabajo que desarrolla un sistema de codificación que permite clasificar los proyectos según las unidades asistenciales o de trabajo donde se llevan a cabo y según el área de actuación al que van dirigidas las iniciativas de mejora. Se toma una muestra al azar de 50 proyectos del último año, 25 de Atención Primaria y 25 del resto de ámbitos, y de comprueba la utilidad y aplicabilidad de los códigos desarrollados. Se realizan las correcciones y ampliaciones oportunas. En una segunda fase, para analizar los 2.234 proyectos existentes hasta el momento se realiza un muestreo aleatorio simple de 93 proyectos (nivel de confianza del 95% y precisión de 0,10).

**RESULTADOS:**

Se ha elaborado un mapa de los proyectos existentes entre 2000 y 2011 y se presenta su distribución desagregada según criterios de ubicación geográfica, nivel asistencial, centro de trabajo y áreas técnicas.

Se ha diseñado un sistema de codificación de los contenidos de los proyectos y se presenta su distribución según los procesos asistenciales, administrativos y de gestión relacionados con ellos.

**DISCUSIÓN:**

La evaluación realizada proporciona oportunidades para mejorar el Programa de Apoyo. El análisis del mapa de proyectos y de sus contenidos permite identificar los ámbitos y procesos de la Organización en donde es necesario actuar para impulsar la puesta en marcha de iniciativas de mejora de la calidad.

**CB - 318.- ¿TENEMOS ALTERNATIVA A LAS ENCUESTAS TRADICIONALES PARA MEDIR LA CALIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO?.**

MARTINEZ-MARTINEZ A, ARCE-CAPARRÓS R, SEGARRA-CASTELLÓ L, HERNANDEZ-ROMEU AF, ORTEGA-DICHA MA.

CENTRO DE RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LEVANTE. VALENCIA.

**OBJETIVOS:**

- 1.- Comparar la encuesta clásica de percepción de la calidad con el modelo de Noriaki Kano en un hospital certificado por la norma UNE-EN-ISO 9001:2008 midiendo las concordancias y discrepancias entre ambos modelos.
- 2.-Identificar alguna acción implantada por los resultados de las encuestas y, en su caso, evaluar la efectividad de las mismas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

A partir de las encuestas de satisfacción por el método clásico y cumplir con un requisito de la norma UNE-EN-ISO 9001:2008, en sus apartados 7.2.3 C y 8.2.1 percibimos que, tanto en el año 2010 como en 2011 la respuesta favorable estaba sobrevalorada.

Por ello establecimos la hipótesis de que había un efecto de "resultado esperado" que enmascaraba algunas deficiencias, incidentes o incluso sucesos adversos, al igual que elementos favorables, de sorpresa que tampoco aparecen reflejados en las encuestas en su totalidad (A veces, algún paciente lo refleja en el apartado "observaciones").

**RESULTADOS:**

Los análisis de las encuestas de 2010 y 2011 resultaron ser semejantes, incluso con herramientas multivariantes. Se usaron en ambos años el análisis de componentes principales (ACP) y la regresión múltiple logística después de codificar respuestas en "bien o mal".

Los datos según el modelo de Noriaki Kano de las encuestas de 2012 estamos en fase de elaboración, por lo que los resultados y análisis de las diferencias, si las hay, se presentará en el XXX Congreso.

**DISCUSIÓN:**

Son frecuentes las noticias en prensa de que el índice de satisfacción de los pacientes atendidos en el hospital, departamento o consejería es, siempre superior al 90% con lo que dan por muy buena la calidad de la asistencia sanitaria.

El modelo Kano. Además de medir este "mix" de calidad, lo hace también respecto a la funcionalidad o disfuncionalidad de cada pregunta, obteniendo información objetiva de factores de sorpresa, en positivo, y de actividades que le han generado discomfort o, potencialmente, un riesgo, por lo que, para proponer acciones de mejora y/o de reducción de riesgo puede ser de utilidad.

**CB - 319.- UTILIZACIÓN DEL CUESTIONARIO DTSQ (SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES) EN DIABÉTICOS TIPO 2 POLIMEDICADOS.**

GOROSTIZA-HORMAETXE I, ELIZONDO-LÓPEZ DE LANDACHE I, GARCIA-PUENTE E, ECHETO-GARCIA A, URRUTIA-LOSADA A, PORRAS-ARREGUI I.

CENTRO DE SALUD EL KARMELO. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Describir la satisfacción con el tratamiento de la diabetes de una cohorte de pacientes diabéticos tipo 2 polimedicados, mediante la utilización del cuestionario Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire versión estado (DTSQs).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Análisis descriptivo transversal de la satisfacción con el tratamiento en una cohorte de pacientes diabéticos tipo 2 polimedicados (5 o más principios activos) atendidos en 5 centros de salud.

El cuestionario DTSQ está diseñado para evaluar la satisfacción global con el tratamiento: 6 ítems sobre áreas específicas de satisfacción y 2 sobre frecuencia percibida de hiper/hipoglucemias. Las respuestas en una escala Likert de 7 puntos se agrupan para obtener un índice global de rango 0-36.

Se explora también cómo influyen en la satisfacción con el tratamiento, la edad, sexo, valor de HbA1c, número de medicamentos consumidos y el tratamiento con insulina.

**RESULTADOS:**

322 pacientes respondieron al cuestionario, cuya edad media fue 70,7 años, el 56,5% hombres y el 23,9% menores de 65 años. El 52,7% presentaba un buen control de Hb1Ac(7%), con un valor medio de 7,2 (rango 5,2-13,6). El 50,9% de los pacientes tomaba 9 o más medicamentos. El 22,4% de los pacientes se encontraba en tratamiento con insulina.

Sólo menos de la mitad de los pacientes (46,9%) se encontraban "muy satisfechos" con su tratamiento actual de la diabetes. Un 48,4% consideró que el tratamiento era muy fácil y cómodo y para el 45,9% de los pacientes se adaptaba fácilmente a su vida. El 1,3% de la población se mostró totalmente insatisfecho, y en la misma proporción, consideró que el tratamiento era muy difícil/incómodo o que no se adaptaba nada a su vida. El 55,5% continuaría con su tratamiento habitual aunque sólo el 35% lo recomendaría sin ninguna duda. El 65,7% consideró que su nivel de azúcar nunca era inaceptablemente bajo, frente al 35,2% en el caso de las hiperglucemias. El 38,1% se mostró muy satisfecho con el conocimiento que tenía sobre la diabetes.

El 11,0% de los pacientes respondió con la máxima puntuación en todos los ítems. No se observaron correlaciones relevantes entre los valores del índice global de satisfacción y la edad, los niveles de HbA1c o el número de medicamentos. Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas entre subgrupos.

**DISCUSIÓN:**

Los resultados del cuestionario DTSQ muestran que algo menos de la mitad de los pacientes se encontraban muy satisfechos con su tratamiento, lo consideraban muy fácil/cómodo o se adaptaba muy fácilmente a su vida, lo que indica una importante oportunidad de mejora en el tratamiento de los pacientes diabéticos polimedicados que puede tener impacto en la efectividad de la terapia.

Los resultados obtenidos en este estudio, difieren de los obtenidos en el estudio de validación del cuestionario para la población española principalmente en los niveles de satisfacción con el tratamiento y en la percepción de hipo/hiperglucemias.

**CB - 320.- UTILIZACIÓN DEL CUESTIONARIO EQ-5D-5L EN UNA COHORTE DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 POLIMEDICADOS.**

GARCIA-PUENTE E, ECHETO-GARCIA A, ECHEVARRIA-DE RADA M, URRUTIA-LOSADA A, GARDEAZABAL-ROMILLO MJ, GOROSTIZA-HORMAETXE I.

UNIDAD FARMACOECONOMÍA. DIRECCIÓN DE FARMACIA. DEPARTAMENTO SANIDAD Y CONSUMO. GOBIERNO VASCO. VITORIA - GASTEIZ.

**OBJETIVOS:**

Describir el estado de salud autopercebido y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) así como los valores de utilidad, en una cohorte de pacientes diabéticos tipo 2 polimedicados mediante la utilización de la nueva versión del cuestionario EQ-5D.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Análisis descriptivo transversal de una muestra de 313 cuestionarios cumplimentados por pacientes diabéticos tipo 2 polimedicados, que toman 5 o más principios activos. El cuestionario EQ-5D mide 5 dimensiones de CVRS (movilidad, auto-cuidados, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión); la nueva versión EQ-5D-5L incrementa de 3 a 5 las opciones de respuesta, aumentando teóricamente su capacidad discriminatoria. Para el cálculo de utilidades con EQ-5D-5L se ha empleado una ecuación que permite extrapolar los valores a la versión anterior. Se explora también cómo influyen la edad, sexo, valor de HbA1c(%), nº de medicamentos consumidos y el tratamiento con insulina (estas dos últimas sólo grupo intervención). Se ha utilizado el programa estadístico SPSS para la obtención de resultados.

**RESULTADOS:**

La edad media de los pacientes que cumplimentaron el cuestionario fue de 70 años (DE=9,1), el 75,7% eran mayores de 65 años y el 57,2% fueron hombres.

El 51,6% tenía buen control de HbA1c (7%), con un valor medio de 7,2. Más de la mitad de la población consumía 9 medicamentos o más (media de 9,4 y rango 4-23), presentando las mujeres una media superior (+1,8 medicamentos). El 22,4% de los pacientes estaba en tratamiento con insulina, con un mayor consumo en número de medicamentos respecto a los no insulinizados (medianas 10 vs 8, respectivamente).

Los resultados del cuestionario EQ-5D-5L mostraron que las dimensiones más afectadas fueron movilidad y dolor. En la dimensión ansiedad/depresión, el 65% refirió no tener problemas. La utilidad media observada fue 0,78 (DE= 0,22) y un valor medio de 67,8 (DE=19,0) en la escala visual analógica. Los menores de 65 años refirieron peor calidad de vida en las dimensiones relacionadas con actividad cotidiana, dolor/disconfort y ansiedad/depresión,. El valor medio de la utilidad fue mayor en los no tratados con insulina (0,82 vs 0,66, p0,05), los que presentaban buen control de HbA1c (0,81 frente a 0,76 con mal control, p=0.0392) y aquellos con un menor consumo de medicamentos. Se observó efecto techo (puntuación máxima) en el 23,3%.

**DISCUSIÓN:**

Los resultados obtenidos con el nuevo cuestionario EQ-5D-5L muestran que la calidad de vida percibida por los diabéticos polimedicados está disminuida respecto a la población general. Las dimensiones más afectadas son la movilidad y el dolor. Ser mujer, un mal control glucémico, el tratamiento con insulina o el consumo de un mayor número de medicamentos parece estar asociado a una peor percepción de la calidad de vida. Con la nueva versión EQ-5D-5L se disminuye el efecto techo respecto a la versión 3L, incrementando su capacidad discriminatoria.

**CB - 321.- ¿QUÉ ESTAMOS HACIENDO CON NUESTROS DIABÉTICOS?.**

CALLE-IZA C, CEÑAL-BERJANO M, DE DIOS-DEL VALLE R.

AREA SANITARIA I DE ASTURIAS-HOSPITAL DE JARRIO. JARRIO - COAÑA (ASTURIAS).

**OBJETIVOS:**

Valorar el grado de implantación de las recomendaciones del Guía de Práctica Clínica de la Diabetes, editada en Asturias, en el Área Sanitaria I.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Ámbito: Atención Primaria del Área Sanitaria I.

Población de Estudio: Pacientes activos con código T-90 en el programa informático OMI-AP. Se excluyen desplazados.

Muestra: 193 pacientes seleccionados aleatoriamente.

Variables estudiadas:

Sociodemográficas: Sexo, Edad, Actividad, Zona de Salud.

Antecedentes Personales: Factores de riesgo cardiovascular (HTA, dislipemia, obesidad, tabaquismo...) y eventos previos asociados a los mismos (ACVA, AIT, cardiopatía isquémica, etc.)

Grado de Control de la Diabetes, HTA, Dislipemia (definidos por PCAI).

Aplicación de recomendaciones del PCAI (todas con nivel de evidencia IA).

Análisis estadístico:

Descriptivo: Variables cuantitativas con media y desviación estándar y cualitativas con distribución porcentual de frecuencias.

Bivariante: Se busca la relación entre el control de la diabetes y el resto de variables, utilizando la prueba chi-cuadrado para variables cualitativas y la t de Student, ANOVA u otras pruebas no paramétricas para variables cuantitativas.

**RESULTADOS:**

N= 193, Edad media: 69,54 (DE:13,98. 51,8% mujeres (IC95%:44,5-59,1) Media de fármacos consumidos: 6,23 (DE: 3,26); 15,54% (10,17-20,9) tienen más de 10 fármacos. 81,3% pensionistas (IC95%:75,6-87,1).

Factores de riesgo: Fumadores: 10,4% (5,8-14,9), HTA: 69,94% (63,22-76,67), Dislipemia: 69,43% (62,67-76,2), Obesidad/Sobrepeso: 75,64% (69,33-81,96). IMC30: 49,74%.

Complicaciones: ACVA y AIT: 7,36% (3,39-11,35), Cardiopatía isquémica: 14,5% (9,2-19,73), Insuficiencia Renal: 15% (9,72-20,32), Retinopatía: 5,7%. Un 32,1% (25,3-38,9) tenían rango de control de diabetes (HbA1c 6,5), 40,7% tenían controlada la tensión arterial, y un 46,6% la dislipemia. El cumplimiento de las recomendaciones era variable, algunas sólo alcanzaban el 15,2% (9,7-20,3) como la realización del examen de pies, y otras al 80,6% (60,6-93,4) como la prescripción de betabloqueante a pacientes con infarto. En el multivariante se observa mayor cumplimiento en pacientes no controlados (p0,005). Hay mayor control de diabetes en pacientes con buen control de otros factores de riesgo (p0,005). Los pacientes en programa de retinografía digital tienen mejor cumplimiento (p0,001).

**DISCUSIÓN:**

El perfil es de anciano polimedicado con varios factores de riesgo asociados. El grado de control tiene un margen de mejora notable. El grado de cumplimiento de recomendaciones es muy variable según el tipo de recomendación, parece ser más estrictas en aquellas que tienen que ver con el tratamiento. Parece que se hace un esfuerzo mayor en pacientes con mayor riesgo vascular y se obtiene mejor control y más cumplimiento. Es evidente que debemos diseñar una estrategia de implantación de la guía clínica, no siendo suficiente con su publicación.

**CB - 322.- ESTUDIO DE LA CALIDAD DEL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA EN UN HOSPITAL GENERAL.**

MORÁN-SÁNCHEZ S, SEVILLA-CÁCERES L, SERRANO-LADRÓN DE GUEVARA S, BAÑOS-MADRID R, CARRIÓN-GARCÍA F, MARTÍNEZ-OTÓN JA.

HGU SANTA LUCÍA. CARTAGENA (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

La pancreatitis aguda (PA) es una enfermedad frecuente que precisa ingreso hospitalario y es responsable de una elevada morbi-mortalidad. El tratamiento y la monitorización inicial del paciente es fundamental para detectar de forma precoz la aparición de complicaciones y evitar el fallo orgánico. El objetivo de nuestro estudio es revisar el manejo inicial de los pacientes que ingresan con PA en un hospital general.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo. El criterio de inclusión fue tener como diagnóstico principal una PA, desde Noviembre de 2009 hasta Diciembre de 2011. Se han analizado distintas variables: edad, sexo, diagnóstico, monitorización de constantes, soporte vital, derivación y uso de escalas pronósticas durante sus primeras 24 horas en urgencias.

**RESULTADOS:**

Se incluyeron en el estudio 265 pacientes, de los cuales el 49,5% (131) eran hombres y el 50,5% (134) mujeres, con una edad media de 56,19 años y un rango entre 11 y 96 años. Se determinó la amilasemia en el 100% de los pacientes realizando el diagnóstico en un 63% (169) de los casos con clínica sugestiva y amilasemia cinco veces por encima del valor normal y en un 32,8% (87) el diagnóstico se basó en la clínica y una determinación de amilasa por debajo de cinco veces los valores normales. La prueba de imagen más usada es la Rx abdomen solicitada en el 60,7% (161), seguida de la ecografía en un 42% (112) de los pacientes, siendo menos frecuente la realización del TAC en las primeras 24 horas. En un 75% (197) de los pacientes se monitorizaron varias constantes siendo las más frecuentes la TA y Tª. En el soporte vital se emplearon varios fármacos analgésicos y volúmenes de sueroterapia que oscilaban entre 1000 y 2500cc en un 20% (55) de los pacientes. El 89% (236) de los pacientes fueron derivados a Digestivo, empleándose escalas pronósticas sólo en el 16% (44) de los casos.

**DISCUSIÓN:**

Se evidencia en nuestro estudio una insuficiente monitorización de constantes vitales (saturación y diuresis en las primeras 24 horas de ingreso) constituyendo un factor de riesgo en el desarrollo posterior de complicaciones. Además la aplicación de escalas pronósticas es reducida, siendo la más empleada la de Ramson que ha demostrado una utilidad muy limitada durante las primeras 24 horas. Tras los datos obtenidos, se evidencia que la calidad del manejo inicial no es óptima ya que existe una amplia variabilidad de tratamiento y criterios diagnósticos y pronósticos por lo que existe un amplio campo de mejora en estos pacientes para prevenir la aparición de complicaciones durante el ingreso.

**CB - 323.- ¿EXISTEN FACTORES PRONÓSTICOS QUE DETERMINEN MALA TOLERANCIA A LA COLONOSCOPIA, INFLUYENDO EN LA CALIDAD DE LA MISMA?.**

SEVILLA-CÁCERES L, MARTÍNEZ-OTÓN JA, CARRIÓN-GARCÍA F, TORREGROSA-LLORET M, SERRANO-LADRÓN DE GUEVARA S, MORÁN-SÁNCHEZ S.

HGU SANTA LUCÍA. CARTAGENA (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

La colonoscopia es una técnica diagnóstica y terapéutica que se realiza de forma rutinaria en los servicios de endoscopias y permite diagnosticar importantes patologías, siempre que se realice con unos parámetros de calidad adecuados. Sin embargo, aunque en la mayoría de pacientes es bien tolerada, existe un grupo de los mismos en los que no se puede concluir la exploración por intolerancia, que se manifiesta en la mayoría de las ocasiones como dolor abdominal y que en ocasiones requiere una nueva exploración o la falta de diagnóstico de patologías con elevada morbimortalidad. Por ello el objetivo de este estudio es analizar determinadas variables clínicas, para ver si se relacionan con una peor tolerancia a la colonoscopia influyendo en la calidad final de la misma.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realizó un estudio retrospectivo y multivariante. Se revisaron todas las colonoscopias realizadas en el servicio de endoscopias durante un periodo de 8 meses (Junio2011-Febreo2012), realizandose un muestreo aleatorio sistemático de las mismas para incluir a los pacientes en el estudio. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, cirugía abdominal previa, toma de fármacos ansiolíticos y tolerancia presentada en la colonoscopia.

**RESULTADOS:**

Se revisaron 1600 colonoscopias incluyéndose en el estudio a 160 pacientes siguiendo un muestreo aleatorio sistemático de  $n+10$ . Tras realizar un análisis multivariante de las variables medidas del estudio y tras relacionar cada una de ellas con la tolerancia presentada se obtuvieron los siguientes resultados estadísticos. La OR (odds ratio) para la relación entre la edad y la tolerancia fue de 1.001 ( $p=0.933$ ), respecto al sexo se obtuvo una OR para varones de 3.611 ( $p=0.04$ ), para los antecedentes de cirugía abdominal previa la OR fue de 0.375 ( $p=0.239$ ), y por último la variable de toma de ansiolíticos presento una OR respecto a la tolerancia de 0.667 ( $p=0.646$ ).

**DISCUSIÓN:**

Según los hallazgos de nuestro estudio la única variable que se relaciona con una mala tolerancia en la colonoscopia y que es estadísticamente significativa es el sexo masculino. Aún así, parece existir una tendencia entre los antecedentes de cirugía, y la toma de antidepresivos con una mala tolerancia a pesar de que la  $p$  no es estadísticamente significativa. Por tanto ante pacientes que presenten dichas características, debemos considerar antes de iniciar la exploración que van a presentar peor tolerancia que el resto de la población y por ello, de entrada debemos premedicar más intensamente al paciente o incluso recurrir a la sedación profunda para conseguir mejorar la calidad final de la exploración y con ello el diagnóstico y el tratamiento posterior de los hallazgos patológicos encontrados.

**CB - 324.- CÁNCER DE COLON Y RECTO. ¿HACEMOS BIEN LAS COSAS QUE HAY QUE HACER?.**

RAMÓN-ESPARZA T, LÓPEZ-ACUÑA MP, LÓPEZ-ROJO C, CALLE-URRA JE, PARRA-HIDALGO P, ARELLANO-MORATA C.

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL DE MURCIA. MURCIA.

**OBJETIVOS:**

Evaluar el cumplimiento de las normas de buena práctica en la atención al cáncer de colon y recto en una red de 9 hospitales públicos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se han evaluado 10 indicadores elaborados a partir de la Estrategia de Cáncer del Ministerio de Sanidad (4 de estructura, 3 de proceso y 3 de resultado). En los indicadores de estructura los datos se corresponden con la situación de los centros en 2011, utilizándose como fuente de datos los protocolos, documentos constitutivos y/o actas de los comités, el cuestionario de situación de los hospitales y entrevistas realizadas a referentes de los mismos. En los indicadores de proceso y resultado las unidades de estudio fueron las pacientes dadas de alta en 2009 por cáncer de colon y recto, excluyendo los carcinomas in situ y las recidivas. 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 218 casos o más (30 en cada hospital, obtenidos aleatoriamente, o el total del universo si se habían producido menos). Para cada medida se ha calculado su valor y el intervalo de confianza, desagregado por hospital, y la razón de variación entre centros (RV).

**RESULTADOS:**

Los indicadores de proceso y resultado alcanzaron los siguientes valores: pacientes evaluados por el Comité de Colon y Recto (18,7% para el total, varía entre 0 y 60%; 12,1% en colon y 29,4% en recto), niveles de antígeno carcinoembrionario en la historia clínica (80,7%, RV 1,25), informes de anatomía patológica con los contenidos requeridos internacionalmente (79,3% en total, RV 9,02; 93,6% en colon y 53,0% en recto), fallo de sutura en cirugía electiva (8,8% , RV 4), infección de herida quirúrgica (11,7%, RV 9), pacientes con intervalo diagnóstico histopatológico-tratamiento de 30 días o menos (64,3% para el total, RV 1,83; 75,1% en colon y 49,6% en recto). En cuanto a los datos de estructura: todos los centros disponían de profesional para el apoyo psicológico y 4 de ellos contaban con consulta de estomatoterapia. No existía protocolo completo en ninguno de los centros y más de un 50% no tenían Comité de Colon y Recto.

**DISCUSIÓN:**

Se observa una alta variabilidad entre hospitales y un alejamiento de los estándares en la mayor parte de los indicadores. En tres de ellos la RV era del 50% o más y tenían diferencias estadísticamente significativas con el estándar y por tipo de cáncer (evaluación por el Comité de Colon y Recto, contenido adecuado del informe de anatomía patológica e intervalo diagnóstico histopatológico-tratamiento). El porcentaje de pacientes con infección de herida quirúrgica y el fallo de sutura presentaban una alta variabilidad entre hospitales, aunque sin diferencias con el estándar. La existencia de Comité no garantiza el que se evalúen todos los casos. Como primeras medidas de intervención se proponen la elaboración de un protocolo completo y la valoración de todos los casos por el Comité.

## **CB - 325.- CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE: EVALUACIÓN DE INDICADORES, DIFUSIÓN DE RESULTADOS Y BENCHMARKING INTRACENTRO.**

GONZALEZ E, SALLÉS M, GEMINA S, RODRIGUEZ L, ZARAGOZA M, ROBLES-ANTÚNEZ MD.  
HOSPITAL CLÍNIC. BARCELONA.

### **OBJETIVOS:**

1. Disponer de un cuadro de mandos con los indicadores claves de los programas de calidad y seguridad clínica en relación a la práctica enfermera, de forma global, por Institutos y por unidad asistencial.
2. Difundir sus resultados de forma periódica a los profesionales del Centro, de forma global y en relación a la unidad asistencial y marcar su tendencia.
3. Introducir sistemas de información y benchmarking interInstitutos y interunidades del propio Instituto.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Desde el año 2010, realizamos estudios transversales (prevalencia) anual, a través de la revisión de Historias/Registros clínicos y observaciones directas de indicadores de proceso y resultados en relación a los programas siguientes:

- prevención de caídas: valoración del riesgo/medidas preventivas aplicadas/taxa de caídas por mil estancias y taxa de lesiones por caídas por mil estancias.
- Prevención de úlceras por presión nosocomiales: valoración del riesgo/taxa de úlceras según localización, severidad y medidas preventivas.
- Higiene de manos y uso de guantes.
- Seguridad de los medicamentos en la preparación y administración de medicamentos.
- Taxa de Utilización de restricciones físicas
- Prevención infección nosocomial: flebitis y infección urinaria asociadas a dispositivos.
- Higiene hospitalaria
- Evaluación del dolor agudo

### **RESULTADOS:**

La difusión de resultados a través del cuadro de mandos se realiza a las Direcciones generales, al Comité Técnico de la Dirección de enfermería, a los coordinadores de enfermería de los Institutos, que a su vez son la cadena de transmisión a los equipos de enfermería de las unidades asistenciales y servicios.

Los resultados han sido positivos en:

Taxa de caídas (0,7); lesiones por caídas -fracturas- (0,03 por mil estancias); taxa de úlceras nosocomiales (2,4%); uso de restricciones físicas (3.2%); evaluación del dolor agudo al ingreso y periódica (> 85%). La tendencia de los resultados ha permitido canalizar oportunidades de mejora en aquellas áreas que no han logrado alcanzar los estándares deseables.

### **DISCUSIÓN:**

La evaluación de indicadores sensibles a los cuidados que realizan los profesionales es una fuente de información clave que las organizaciones han de medir y evaluar de forma periódica y planificada de aquellos aspectos relevantes de la asistencia, conocer y difundir estos resultados a todos los profesionales implicados, para que puedan conocer y dar la oportunidad de compartir, analizar y proponer mejoras en el entorno en el cual trabajan.

La evaluación de la asistencia de forma periódica, el aseguramiento de la difusión de resultados a los profesionales y la aplicación de las recomendaciones de mejora en la

práctica, ha significado un avance positivo en nuestro centro, por mayor sensibilización hacia la importancia de los indicadores sensibles a los resultados de los pacientes..

**CB - 326.- AUDIT DE CUIDADOS DE ENFERMERIA: EXPERIENCIA EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN.**

IBARROLA-IZURA S, LABIANO-TURRILLAS J, LIZARRAGA-URSUA Y, PALOMA-MORA B, GORDO-LUIS C.

CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. PAMPLONA.

**OBJETIVOS:**

Responsabilizar a las supervisoras de enfermería del mantenimiento de estándares de calidad en el cuidado del paciente mediante la valoración sistemática de puntos fuertes y débiles de la atención en unidades de hospitalización.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se ha establecido un programa de auditoría en el que las supervisoras de enfermería de unidades de hospitalización evalúan de forma periódica (trimestralmente, excluyendo el período estival) los cuidados de enfermería. Para ello, utilizan una herramienta (check-list), diseñada por las enfermeras del Servicio de Calidad, cuyo contenido está basado en estándares de calidad relacionados con el cuidado del paciente. Algunas de las áreas evaluadas son: atención del paciente al ingreso, uso seguro del medicamento, control y prevención de la infección nosocomial, evaluación y formación de los profesionales.

Una vez la supervisora ha realizado el audit de su unidad, envía dicha información a las Supervisoras Generales y al Servicio de Calidad para su posterior análisis. En función de los resultados obtenidos, cada supervisora establece unos objetivos a alcanzar en su unidad en el siguiente trimestre. La consecución de dichos objetivos se revisa en la siguiente reunión de análisis de resultados.

**RESULTADOS:**

El grado de cumplimiento del check-list por parte de las supervisoras, desde su inicio en enero de 2010 a diciembre de 2011, ha sido del 66%.

Se han identificado mejoras importantes en la calidad de los cuidados, especialmente en aquellas unidades con un elevado grado de cumplimiento (Unidad de Cardiología y Área de Hospitalización Especial). Cabe destacar las mejoras obtenidas en los siguientes aspectos:

- Correcta identificación del paciente al ingreso mediante la utilización de dos identificadores (nombre y dos apellidos y nº de historia o fecha de nacimiento)
- Correcta administración de hemoderivados comprobando la identificación del paciente in situ por dos personas
- Valoración de la necesidad de educación al paciente
- Información al paciente en la administración de la medicación
- Etiquetado con fecha de apertura en los envases multidosis
- Utilización del read-back en órdenes verbales
- Técnica correcta (6 pasos) de higiene de manos
- Técnica aséptica correcta en el sondaje vesical.

**DISCUSIÓN:**

La evaluación sistemática de los cuidados de enfermería por parte de las supervisoras en unidades de hospitalización ha contribuido a mejorar la atención del paciente.

La adherencia de las supervisoras de enfermería a esta metodología ha sido variable (del 17% al 100%). La escasa cultura de evaluación y registro sistemático de los cuidados auditados han podido influir en el grado de cumplimiento en algunas unidades.

La principal limitación del proyecto está relacionada con el sesgo del auditor, ya que cada supervisora es la responsable de auditar su propia unidad.

**CB - 327.- ESTANDARES DE CALIDAD EN EL PROCESO DE GESTION DE MEDICAMENTOS.**

LLORET-MAYA A, MONTSERRAT-TORAN M, RIZO-GOMEZ A.  
HOSPITAL PLATÓ FUNDACIÓ PRIVADA. BARCELONA.

**OBJETIVOS:**

Presentar indicadores de calidad y sus correspondientes valores estándar para las actividades desarrolladas en el área de gestión de medicamentos de un hospital de 160 camas, con sistema de gestión de calidad EFQM (500+).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Presentación de los indicadores, la sistemática de su implantación, los valores obtenidos los últimos cinco años y los estándares fijados.

**RESULTADOS:**

Indicador "Rotación de stock": Importe económico consumo/importe económico stock. Valor 2007:0.6; 2008: 0.5; 2009:0.6; 2010:0.6; 2011:0.5. Estándar: 0.8. Indicador "Desviación de existencias": nº de unidades regularizadas en los recuentos (entradas+salidas)/nº total de unidades revisadas x 100. Valor 2007:2.40%; 2008:2.35%; 2009:2.98%; 2010:2.82%; 2011:1.64%. Estándar: 3%. Indicador "Registro de no conformidades": nº de líneas de pedido no conformes/nº total de líneas de pedido recibidas x 100. Valor 2007:4%; 2008:3%; 2009: 1.7%; 2010:1.15%; 2011:1%. Estándar: 8%. Indicador: "No provisión de stocks": nº de medicamentos obtenidos vía urgente/nº de medicamentos incluidos en la Guía Farmacoterapéutica x 100. Valor 2007:0.05%; 2008:0.11%; 2009:0.11%; 2010:0.3%; 2011:0.21%. Estándar: 2%.

**DISCUSIÓN:**

Los valores obtenidos para los indicadores definidos se encuentran dentro del rango fijado como estándar. La implantación de indicadores para la valoración de las actividades desarrolladas en el Servicio de Farmacia, el seguimiento de su evolución a lo largo del tiempo y la comparación sistemática con los estándares fijados como propios o del entorno es la base de todo sistema de calidad. Las organizaciones debemos dar a conocer los resultados de nuestra actividad para favorecer su puesta en común en los foros profesionales y así facilitar el desarrollo del benchmarking con el fin de conseguir la mejora continua de la calidad y avanzar en el camino de la excelencia.

**CB - 328.- CALIDAD ASISTENCIAL EN RADIOTERAPIA DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE. ESTUDIO PROSPECTIVO EN 2963 PACIENTES.**

HERNÁNDEZ-ARMENTEROS ML, PARDO-MASFERRER J, SOTO-PÉREZ R.

CAPIO HOSPITAL GENERAL DE CATALUNYA. SANT CUGAT DEL VALLÉS (BARCELONA).

**OBJETIVOS:**

Evaluar la percepción de de la calidad de la atención recibida en un Servicio de Oncología Radioterápica desde el punto de vista de los pacientes, y detectar posibles áreas de mejora.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio prospectivo realizado entre Enero de 2006 y Febrero de 2011 entre 2963 pacientes ambulatorios que recibieron tratamiento en nuestro Servicio. Se diseñó un cuestionario que valoraba: -Facilidad para conseguir citación para visita, -Proceso de recepción de los pacientes. -Instalaciones de recepción de pacientes, -Tiempo de espera para iniciar el tratamiento desde la primera visita, -Tiempo de espera diario para recibir el tratamiento, -Trato personal de los médicos especialistas (ME), técnicos superiores de radioterapia (TS) y personal administrativo (PA). -Calidad humana de los mismos, -Información recibida sobre su enfermedad, el tratamiento y sus efectos secundarios, -Valoración del formulario de consentimiento informado (FCI). 2963 pacientes consecutivos sometidos a radioterapia radical fueron invitados la última semana de su tratamiento a completar el cuestionario. El cuestionario era anónimo, debía rellenarse en el domicilio del paciente y entregarlo el último día del tratamiento o una vez finalizado el mismo.

**RESULTADOS:**

Se recogieron 2140 (72,23%) cuestionarios de los que en 2047 se respondió a todas las preguntas. Las facilidades para conseguir visita y el proceso de recepción eran excelentes para el 86,80%. La demora en el inicio del tratamiento fue correcta para el 84,24% de los pacientes y excesiva para el 15,76%. El tiempo diario de espera para recibir el tratamiento fue corto para el 86,15% y excesivo para el 4,03%. La relación con los ME, TS y PA (calidad humana y amabilidad) era excelente o buena para el 80,42% y normal para el 18,86% de los pacientes. El 88,76%, 91,65% y 93,67% de los pacientes, respectivamente, estimaron que la información proporcionada acerca de su enfermedad, los efectos del tratamiento y de los efectos secundarios fue excelente. Para el 3,93%, 2,44% y 1,33%, respectivamente, no fue suficiente. La valoración del FCI fue positiva en el 92,80%. El 92,31% de los pacientes volverían a nuestro departamento, o lo recomendarían a otros.

**DISCUSIÓN:**

La evaluación sistemática de la satisfacción de la calidad asistencial desde el punto de vista del paciente es una parte importante de los resultados de la atención sanitaria, y permite identificar posibles áreas de mejora en la misma, lo que es particularmente relevante en oncología.

Dicha evaluación puede realizarse de forma eficiente en un servicio de oncología radioterápica. El alto índice de respuestas completas del cuestionario (95.67%) indica que es aceptable para los pacientes. La demora para iniciar el tratamiento, se consideró un problema importante para un 15,76% de los mismos. En la actualidad una nueva unidad de tratamiento ha disminuido la lista de espera. Identificando lo que es más importante para los pacientes, podemos modificar el entorno de la atención para mejorar su satisfacción.

**CB - 329.- EVALUACIÓN DE LA NORMATIVA DE HIGIENE Y CIRCULACIÓN DEL BLOQUE QUIRÚRGICO: ESTUDIOS DE PREVALENCIA Y ACCIONES DE MEJORA.**

ALOY-DUCH A, VÁZQUEZ-SÁEZ RM, RIU-ALBORNA T, NAVARRO-SOLA D, VILA-SENANTE M, BADIA-PÉREZ JM.

HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS. GRANOLLERS (BARCELONA). GRANOLLERS (BARCELONA).

**OBJETIVOS:**

Presentar los resultados de un proyecto de evaluación y revisión después de la implantación de una "Normativa de Higiene y Circulación en el Bloque Quirúrgico", mediante 4 estudios sucesivos de prevalencia con observación directa y las consecuentes acciones de mejora, utilizando un instrumento de medida tipo "Listado de Verificación de la Normativa" (LVN), para mejorar los hábitos de los profesionales en el bloque quirúrgico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El Hospital General de Granollers realizó en 2011 unas 5.775 intervenciones quirúrgicas electivas (de ellas un 52 % de sustitución por CMA), unas 1367 intervenciones urgentes y 1906 partos. La Normativa se elaboró y difundió en el 2º semestre de 2011. El proyecto, iniciado en el 1º trimestre de 2012, se distribuyó en 4 fases: fase piloto (elaboración y pilotaje del LVN), fase de implantación (con 2 estudios de prevalencia mediante observación directa), fase de acciones de mejora (con propuestas de implantación) y fase de revisión (3º estudio de prevalencia). La observación directa constaba de un recorrido cronometrado estricto (mismo observador externo, tiempo y áreas); se valoraba la "Tasa de Adherencia al Cumplimiento de la Normativa" (TACN) (%): número de cumplimientos / número de oportunidades de cumplirla. Al no existir bibliografía sobre el tema se han propuesto unos estándares  $\geq 80\%$  o  $90\%$ , según las áreas.

**RESULTADOS:**

En el total del proyecto, se han observado de forma directa 897 oportunidades de cumplir la Normativa, distribuidas entre los estudios realizados.

1º. Fase piloto: el LVN constaba de 17 variables resumidas en 2 subindicadores parciales de síntesis (área no crítica con 4 variables, y área crítica con 13), y un indicador global de cumplimiento; los resultados de la TACN en estos 3 indicadores de pilotaje fueron: 37%, 85% y 64%, respectivamente.

2º. Fase de implantación: a) en el primer estudio de prevalencia la TACN fue 60%, 91% y 76%, respectivamente; b) en el segundo estudio, fue 53%, 94% y 80%.

3º. Fase de acciones de mejora: se rediseñó el LVN y se implantaron las propuestas consensuadas con el equipo responsable de quirófano y sus mandos; a destacar: a) los cambios de calzado después de entrar y salir del vestuario; b) aumentar el lavado de manos; c) optimizar el circuito de apertura y cierre de las puertas de los quirófanos, entre otros.

4º. Fase de revisión, con el tercer estudio la TACN mejoró al 70%, 85% y 96%, respectivamente.

**DISCUSIÓN:**

La implantación de una normativa como la descrita, utilizando la metodología adecuada mediante una lista de verificación y la observación directa, ha permitido mejorar los hábitos y los resultados de cumplimiento de los profesionales que trabajan en el bloque quirúrgico. Así, la evaluación periódica mediante indicadores y la realización continuada de acciones de mejora, deben potenciar el cumplimiento de las normas de higiene y disminuir, posiblemente, la adquisición de infecciones nosocomiales en esta área.

**CB - 330.- EVOLUCIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL COMARCAL 2006-2011. PERSPECTIVAS 2012.**

FLORES-MARTÍN JA, MUÑOZ-SÁNCHEZ M, IBARRA-MARTÍNEZ C, ROS-MUÑOZ BF, CONTESSOTTO-SPADETTO C, LOZANO-BALLESTER MJ.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR. SAN JAVIER (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

En marzo de 2011 se traslada el hospital a un nuevo edificio, abren nuevos servicios y se contrata nuevo personal. Se produce relevo en la supervisión de calidad, que se repite en marzo de 2012.

A la vista de los resultados anuales de 2011 nos planteamos los siguientes objetivos:

Conocer la evolución de los indicadores de Calidad de los cuidados de Enfermería en los 6 últimos años.

Evaluar la tendencia en el año 2012 para identificar las áreas de mejora y posibles acciones.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Analizados los resultados de 2011 comparados con 2010 y con el estándar 2012., se hacen sesiones de enfermería, en todas las unidades de hospitalización, en ellas se hace un repaso de cada uno de los criterios de cumplimiento de los indicadores de calidad. Las sesiones se repiten, varias veces en cada unidad, en el mes de abril, para abarcar a la mayoría de profesionales, durante sus turnos de trabajo.

Del 7 al 11 de mayo se hace el corte de indicadores de calidad de enfermería, coincidiendo con los demás hospitales de la comunidad. Se comparan los resultados del corte con los obtenidos los 6 años anteriores, analizando la tendencia.

Se identifican los puntos fuertes y áreas de mejora, para presentar los resultados específicos de cada unidad a sus profesionales y determinar las estrategias de mejora.

En un escenario de incertidumbre y descontento por la crisis económica, tratamos de evitar que revierta en perjuicio de nuestros pacientes-usuarios.

**RESULTADOS:**

En 2011 baja en el cumplimiento de los indicadores respecto a la tendencia desde 2006 y a 2010.

Baja el cumplimiento en la realización del plan de acogida, la valoración inicial, valoración del riesgo de UPP y el registro de los cuidados de pacientes con riesgo, de la fecha de inserción de sonda vesical, la valoración del riesgo de caídas y el mantenimiento de los dispositivos al alcance de la mano. También disminuyó el nº de DdeE identificados en la VI y que el enunciado fuera en formato PES. Empeoró el registro de los cuidados al paciente portador de catéter venoso central y periférico, del estado de la vía, fecha de inserción y tipo de catéter, así como, que la inserción estuviera protegida y visible, aumentó el índice de flebitis y extravasación. Disminuyó la valoración del dolor y riesgo nutricional.

En mayo de 2012 se observa una mejoría en la mayoría de los indicadores respecto al año anterior, pero VI, DdeE identificados, registro diario, evaluación del dolor y riesgo nutricional, siguen siendo áreas de mejora.

**DISCUSIÓN:**

La comunicación de los resultados, a los profesionales de enfermería implicados, es un arma eficaz para mejorarlos, aunque hay un amplio margen de mejora. La actual situación de crisis con recorte en el nº de efectivos en las unidades, incremento de horario y disminución salarial, ¿es el mejor escenario para conseguir la implicación de enfermería en un mayor esfuerzo para mejorar los resultados?.

**CB - 331.- ESCALAS PRONÓSTICAS DE NEUMONÍAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.**

MOZOTA-DUARTE J, MUÑOZ-ALBALADEJO P, HERNÁNDEZ-LOMERO A, CORONAS-MATEOS S.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLES. ZARAGOZA.

**OBJETIVOS:**

Analizar si la utilización de las escalas pronósticas de neumonías en nuestro servicio de urgencias es adecuada durante 2011.

Analizar si la evolución de los pacientes se corresponde con lo predeterminado por las escalas pronósticas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realiza un estudio descriptivo transversal aleatorizado en pacientes que acuden al servicio de Urgencias de nuestro hospital durante 2011 (Enero de 2011- Diciembre de 2011), con diagnóstico principal de Neumonía.

Las variables recogidas en el estudio son edad, sexo, si el paciente está institucionalizado, constantes clínicas (tensión arterial, frecuencia cardiaca, respiratoria y saturación de oxígeno), estudio radiológico, puntuación de escalas CRB y CURB65, FINE y REMS, destino tras diagnóstico (alta, ingreso sala observación u hospitalario), antibiótico administrado, si tras ingreso fallecían o eran dados de alta y si tras el alta de urgencias existía reingreso por el mismo episodio.

Las escalas CURB65, CRB65, Fine o PSI (pneumonia severity index) y REMS (Rapid Emergency Medicine Score) son escalas descritas en la bibliografía que según el resultado de diversas variables clasifican a los pacientes según el riesgo y les asignan el destino tras la evaluación en un Servicio de Urgencias.

**RESULTADOS:**

El número de pacientes atendidos en 2011 en nuestro servicio de urgencias fue de 123.409, de los cuales en 1148 constaba el diagnóstico de Neumonía.

Se revisó una muestra de 280 pacientes con neumonía (24,4%), de los cuales 125 (44,6%) son mujeres y 156 (55,4%) son varones, con una edad media de 67, 7 años.

Tras el diagnóstico el destino fue: 74 (26,4%) pacientes fueron derivados a su domicilio, 13 (4,6%) pasaron a la sala de observación y 197 (70,3%) ingresaron en planta, permaneciendo una media de 10,4 días de ingreso.

De los pacientes ingresados fallecen 19 (9,6%) y el resto son dados de alta (90,4%). De los pacientes que son dados de alta desde Urgencias: reingresan 16 (7,6%), 5 (31,2%) de ellos son nuevamente dados de alta, 1 pasa a sala de observación y 10 (62,5%) son ingresados falleciendo 2.

Según puntuación de escalas CRB y CURB65 deberían haber sido dados de alta 181 pacientes (64,6%), 84 (30%) quedar en sala de observación y 15 (5,3%) ingresar en hospital. Acorde con la escala Fine 97 pacientes (34,6%) deberían haber sido dados de alta, 67 (23,9%) pasar a observación y 116 (41,4%) ingresados. Valorando a los pacientes con el REMS deberían haber sido dados de alta 67 pacientes (23,9%), 198 (70,7%) ingresar en hospital y 15 (5,3%) valorar su ingreso en UCI.

**DISCUSIÓN:**

Las decisiones de destino en nuestra práctica no se ajustan a las recomendaciones de las escalas pronósticas, aunque hemos observado mayor concordancia y mejores resultados con la escala REMS.

Fallecen el 3% de los pacientes que damos de alta con neumonía, lo que representa un problema de seguridad importante. Esto refuerza la importancia de utilización de herramientas de ayuda como son las escalas pronósticas.

**CB - 332.- IDENTIFICACION DE PACIENTES SUBSIDIARIOS DE AISLAMIENTO REAL O POTENCIAL E INFORMACION PROTOCOLIZADA EN Hª CLINICA.**

SÁNCHEZ-SERRANO A, JIMÉNEZ-ANTÓN MM, CÁMARA-SIMÓN M, MORENO-SÁNCHEZ MD, IBARRA-MARTÍNEZ C, ROS-MUÑOZ BF.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR. SAN JAVIER (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

El objetivo principal es la creación de un canal de comunicación entre la enfermera de control de infecciones y los profesionales sanitarios de las distintas unidades hospitalarias, de forma que la información aportada para cada paciente no se distorsione con el paso del tiempo. A esta información se deberá acceder rápidamente. Mediante este canal deberemos conseguir identificar y proporcionar información sobre pacientes aislados o susceptibles de ser aislados en un corto periodo de tiempo (pacientes potencialmente portadores de SARM, sobre los que incidiremos sin estar aislados).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Utilización del soporte informático de las historias clínicas usando un icono específico para control de infecciones así como el uso de un código de colores para identificar a pacientes aislados y a pacientes susceptibles de aislamiento en un corto periodo de tiempo.(SARM).

- En el caso de pacientes aislados, se identifica al paciente en el mapa de camas con el color rojo y si entramos a su historia clínica obtendremos de forma protocolizada toda la información referente al tipo de aislamiento: motivo, duración prevista según recomendaciones CDC, medidas a adoptar por el personal que le atiende, normas a cumplir por la familia y acompañantes, así como las actuaciones especiales de limpieza y desinfección de la habitación.
- En el caso de pacientes susceptibles de aislamiento en un corto periodo de tiempo (pacientes pendientes de resultado de laboratorio tras cribado para detección de SARM). Identificamos al paciente en el mapa de camas con el color amarillo, Al entrar en la historia del paciente encontraremos información sobre el grupo de riesgo al que pertenece , cuando se le han tomado las muestras y la relación de medidas a seguir extremando las medidas de precaución para evitar la posible transmisión, pero sin estar aislado. A la llegada de resultados de laboratorio este paciente pasará a aislarse (color rojo), o se le retirará la alerta (color amarillo).

**RESULTADOS:**

Se crea un nuevo canal de comunicación entre el Equipo de Control de Infecciones y el resto de los profesionales que proporciona información, extrapolada de los protocolos de aislamiento del hospital, y que queda reflejada en la historia clínica de de cada paciente sometido a aislamiento.

**DISCUSIÓN:**

La complejidad del correcto seguimiento de los protocolos de aislamiento, hace necesario el continuo flujo de información hacia los profesionales implicados en cada aislamiento.

La identificación de los pacientes susceptibles de aislamiento de forma precoz, da sentido al cribado de pacientes con alto riesgo de ser portadores de SARM, porque se puede incidir sobre ellos desde las primeras 24 h del ingreso.

**CB - 333.- LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA. EVALUACION DE LA CUMPLIMENTACION TRES AÑOS CONSECUTIVOS TRAS SU IMPLANTACIÓN.**

RODRIGO-RINCÓN I, MARTÍN-VIZCAÍNO M, ZABALZA-LÓPEZ P, VILLALGORDO-ONTÍN P, TIRAPU-LEÓN B.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. PAMPLONA.

**OBJETIVOS:**

La implantación del listado de verificación quirúrgica (LVQ) requiere un seguimiento y un acompañamiento a los profesionales. El objetivo del trabajo es evaluar el grado de cumplimentación del LVQ en el Hospital de Navarra durante los 3 años siguientes a su implantación para detectar y proponer áreas de mejora en el cumplimiento de los ítems por parte de los distintos perfiles profesionales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Evaluación retrospectiva del grado de cumplimentación de los LVQ de los años 2010, 2011 y 2012. Se analizaron 452 casos en el año 2010, 464 en 2011 y 425 en 2012.

El tamaño muestral se ha calculado para que permita diferencias del 5% para poblaciones infinitas tomando como porcentaje de referencia los valores del 2010.

Ha habido tres ediciones distintas del LVQ y se han realizado modificaciones provisionales por incorporación de nuevos ítems en 17 ocasiones.

**RESULTADOS:**

En 2010 el 87% de las intervenciones quirúrgicas fueron con LVQ, disminuyendo al 79% en 2011 (IC del descenso 3-12,7) subiendo el año 2012 hasta el 85% (IC del aumento 0,8-10,87). No hay diferencias entre el 2010 y el 2012 ( $p=0,4486$ ).

El % de ítems verificados en 2010 fue del 88% y disminuyó hasta el 79% en los años 2011 y 2012 (diferencia con ambos del 9% IC 8,3-9,7).

En cuanto a los perfiles profesionales, el personal de enfermería cumplimentó en el año 2010 el 84,6% de los ítems ascendiendo al 89,3% en el año 2011 (IC del incremento: 2,9-6,3) y al 91,2% en 2012 (IC del incremento: 0,3-3,1). Los cirujanos cumplimentaron en el año 2010 el 79,5% de los ítems descendiendo al 73,6% en 2011 (IC del descenso: 4,4-7,4) y al 72,1% en 2012 (IC del descenso: 0,1-3,1). Los anestesiólogos cumplimentaron en el año 2010 el 92,1% de los ítems descendiendo al 72,3% en el año 2011 (IC del descenso: 18,23-21,4) y al 73,4% en 2012 no encontrándose diferencias estadísticamente significativas con respecto al año anterior. El personal de enfermería de quirófano cumplimentó en 2010 el 94,9% de los ítems descendiendo al 92,4% en 2011 (IC del descenso: 12-3,7) y al 88% en 2012 (IC del descenso: 2,8-6,01).

Los ítems con menor % de cumplimentación por año fueron en 2010 profilaxis antibiótica por enfermería planta (77,2%); en 2011 preoperatorio y consentimiento por anestesiología (63%) y en 2012 eventos críticos con anestesiología por cirujano (59,2%). Los ítems con % mayor de cumplimentación por año fueron la identidad del paciente por enfermería quirófano (96,4%), y en 2011 y 2012 comprobación de ayunas por parte de enfermería planta (96,3% y 97,9%: respectivamente).

**DISCUSIÓN:**

El % de intervenciones quirúrgicas con LVQ se sitúa por encima del 80% a pesar del descenso en 2011, pero el % de cumplimentación de ítems descendió en 2011 y se mantiene ligeramente por debajo de 80%, valor que la bibliografía indica necesario para que el LVQ tenga efectividad, lo que requiere el análisis de causas. A excepción de la enfermería de planta, es necesario intervenir en el resto de los perfiles profesionales.

**CB - 334.- IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO "CUIDADOS DEL CATÉTER INTRAVENOSO PERIFÉRICO" (CCVP) EN TRES SECTORES DE LA CA DE ARAGÓN.**

PÉREZ-MARTÍNEZ C, VICENTE-EDO M, - POR EL GRUPO DE ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA DE ARAGÓN, CASANOVA-CARTIE N, VIDAL-MESEGUER AM, COMET-CORTÉS P. INSTITUTO ARAGONÉS DE CIENCIAS DE LA SALUD. ZARAGOZA.

**OBJETIVOS:**

Promover el uso de la mejor evidencia científica mediante la implementación del protocolo de cuidados del catéter intravenoso periférico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En el año 2004 se inició el proyecto de Enfermería Basada en la Evidencia en esta CA. Está estructurado en tres fases; 1ª fase: formación del grupo coordinador con la finalidad de impulsar, implementar y realizar el seguimiento del proyecto en cada Sector Sanitario. 2ª fase: elaboración de la Guía Metodológica para elaborar protocolos de cuidados de enfermería utilizando diferentes fuentes de evidencia. En la 3ª fase se inició el proceso de implementación de estos protocolos en los diferentes sectores de salud siguiendo un proceso metodológico y diferentes estrategias dirigidas a los profesionales y a la organización que fueron previamente planificadas. El proceso de implementación del protocolo de CCVP se realiza en 3 hospitales de la CA y los resultados de la implementación de dicho protocolo son los que se presenta.

**RESULTADOS:**

El periodo de evaluación es de 2008-2011 en tres hospitales (H1, H2, H3) de la CA. La implementación ha sido progresiva en todas las Unidades de enfermería. La media de pacientes portadores de catéter venoso periférico es en los tres hospitales de 85% H1, 72% H2 y 65% H3. El número de vías periféricas (VP) que se han revisado en este periodo ha sido en el H1 649 vías; en el H2 468 vías y en el H3 1724. El indicador "Porcentaje de disponibilidad del protocolo en las Unidades" a lo largo del periodo se ha incrementando llegando en el año 2011 al 100% en los tres hospitales. En relación al indicador "Porcentaje de pacientes con apósito despegado ó manchado" presenta variaciones en el periodo observado en el H1 36% (2008), 24% (2009), 14%(2010) y 20% (2011). En el H2 24% (2008), 26% (2009), 14% (2010) y 12% (2011). En el H3 18% (2008), 12% (2009), 10% (2010) y 4% (2011) El indicador "Porcentaje de pacientes con VP insertada más de 96 horas" H1 26% (2008), 32% (2009), 20% (2010) y 24%(2011). En el H2 49% (2008), 9% (2009), 18%(2010) y 12% (2011). En el H3 21%(2008), 16% (2009) 16% (2010) y 13% (2011).El indicador "Porcentaje de pacientes con signos de flebitis" en H1 5% (2008), 2% (2009), 0,6% (2010) y 5% (2011). En el H2 10%(2008), 13%(2009), 3%(2010) y 3%(2011) En el H3 5% (2008), 4% (2009), 2% (2010) y 0,8% (2011).

**DISCUSIÓN:**

Según el EPINE, el porcentaje de pacientes con vía periférica ha incrementado en los últimos años. En nuestros resultados la prevalencia es todavía mayor, lo que justifica la elaboración de este protocolo. Se ha encontrado una relación directa entre el tiempo de permanencia del catéter y la aparición de signos de flebitis, lo que indica que un mantenimiento adecuado de la VP reduce el riesgo de flebitis. La utilización de protocolos basados en la evidencia pueden mejorar los cuidados que se prestan, disminuyen la variabilidad en la práctica y aporta a los profesionales información y conocimientos que les permitan tomar las mejores decisiones en el cuidado de los pacientes.

**CB - 335.- IMPLANTACIÓN DEL REIKI COMO PRÁCTICA DEL CUIDADO ENFERMERO.**

DÍAZ ZORITA-CALLEJA T.

HOSPITAL GUADARRAMA. MADRID.

**OBJETIVOS:**

Implantar la terapia complementaria REIKI como una herramienta más dentro del ámbito de la práctica de los cuidados de enfermería con el fin de proporcionar la confortabilidad del Paciente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En el proyecto de implantación se definió el proceso de formación del personal de Enfermería por el cual, en la actualidad, se cuenta con un total de 20 personas para la impartición de la terapia.

Así mismo, se definieron una serie de indicadores de medición obteniendo resultados del nivel de confortabilidad y datos subjetivos de los pacientes que siguen la terapia. Estos indicadores se han agrupado en dos grupos de pacientes que reciben la terapia: Pacientes Paliativos y Pacientes no Paliativos.

**RESULTADOS:**

Pacientes Paliativos. Datos de los Pacientes.

Se imparte la Terapia Reiki a siete pacientes, cinco mujeres y dos hombres.

De las mujeres cuatro eran menores de 50 años y una mayor. De los hombres ambos eran mayores de 50 años. En seis la Terapia fue solicitada por ellos mismos y en un caso por un familiar cercano (hija).

Datos Relevantes:

Todos los pacientes dejaron la terapia por exitus.

La conclusión final de las diferentes familias o pacientes durante el tratamiento era de mejora sustancial sobre todo en la Ansiedad, Angustia, Miedo e Insomnio. Mejorando sensiblemente su Confortabilidad.

Los datos obtenidos de media de ingreso y alta son:

Ansiedad 1.8% - 0.5%, Miedo 1.8% - 0.25%, Angustia 2% - 0.8%, Insomnio 1% - 0.25%.

Confortabilidad: Confortable 0% - 60%, muy confortable 20% - 40%.

Pacientes no Paliativos. Datos de los Pacientes.

Se imparte la Terapia Reiki a siete pacientes, dos mujeres y cinco hombres. De las mujeres una era menor de 50 años y otra mayor. Los hombres eran todos mayores de 50 años. En tres la Terapia fue solicitada por ellos mismos y en cuatro por un familiar cercano.

Datos Relevantes:

La conclusión final de las diferentes familias o pacientes durante el tratamiento es de mejora sustancial sobre todo en la Ansiedad, Dolor e Intranquilidad. Mejorando sensiblemente su Confortabilidad.

Los datos obtenidos de media de ingreso y alta son:

Ansiedad 7% - 0.67%, Dolor 2.43% - 1.33%, Intranquilidad 1.86% - 0.83%, Insomnio 1.57% - 0.67%.

Confortabilidad: Poco confortable 86% - 17% Confortable 14% - 17%, muy confortable 0% - 67%.

## **DISCUSIÓN:**

La implantación de la Terapia mediante un protocolo de actuación y toma de resultados, ha hecho posible su desarrollo de una manera segura y controlada.

La terapia ha tenido una gran aceptación desde su implantación en Junio del 2011 para los Pacientes Paliativos y desde Febrero del 2012 para el resto del Hospital, siendo recomendada en muchos casos por el personal médico del hospital.

El mayor problema que hemos encontrado es el tiempo necesario para su impartición, y el ascenso de pacientes que solicitan la terapia, intentándolo resolver con un nº suficiente de terapeutas que permita acomodar la terapia de una manera más relajada para el personal.

## **CB - 336.- ÁRBOL DE DECISIÓN. HERRAMIENTA DE PRIORIZACIÓN DE ÁREAS DE MEJORA A PARTIR DE RESULTADOS DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN.**

SAN SEBASTIAN-DOMINGUEZ JA, BILBAO-UNIBASO I, IZARZUGAZA-ITURRIZAR E, LLAMAS-HERMOSILLA AM, LATORRE-GUISASOLA M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES. BARACALDO (VIZCAYA).

### **OBJETIVOS:**

Las encuestas de satisfacción son una herramienta clásica que permite obtener información de la satisfacción de los pacientes con el servicio prestado. En sus resultados se pueden identificar los aspectos mejor y peor valorados por los pacientes, pero se necesitan métodos que faciliten realizar la mejor decisión, la más eficiente. El método "Árbol de decisión" facilita esta decisión al escoger la variable independiente que presenta una interacción más fuerte con la variable dependiente.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Población de estudio: se analizan los resultados de la encuesta realizada en 2011 a los pacientes hospitalizados. Cuestionario: incluye 55 preguntas de valoración ordinales y dicotómicas (Sí/No) para recoger la satisfacción de los pacientes con respecto a aspectos generales (trato, información, coordinación, confort,...) así como a la realización de determinadas buenas prácticas (información de resultados de pruebas diagnósticas, entrega de informe de alta,...). Variables: la Valoración Global de la asistencia es la variable dependiente. Se realiza una selección de las variables predictoras mediante un análisis bivariante (coeficiente de correlación para variables ordinales "gamma"). Las variables seleccionadas se incluyen en el análisis multivariante "Árbol de decisión" del paquete estadístico IBM SPSS Statistics 19. Se acepta como nivel de significación crítico el valor  $p0,05$ .

### **RESULTADOS:**

Respondieron la encuesta un total de 300 pacientes ingresados en 17 servicios. Valoración global: el 67% de los pacientes encuestados valoran como "muy buena" o "excelente" la asistencia recibida y el 33% la perciben como "mala", "regular" o "buena". Análisis bivariante: 19 preguntas mostraban asociación con esta distribución de la variable dependiente. Análisis multivariante: el resultado de incluir estas preguntas en el método del "Árbol de decisión" permitió conocer que el resultado anterior depende principalmente de cómo se valora la "Organización del equipo de médicos y enfermeras que le atendió durante el ingreso". Así, en el segmento de pacientes que valoran dicha organización como "mala, regular o buena", menos de un 40% opina que la asistencia global recibida ha sido "muy buena" o "excelente".

### **DISCUSIÓN:**

El método que presentamos permite determinar las variables significativas para un resultado dado, en nuestro caso, la Valoración Global de la asistencia durante la hospitalización. El resultado del método muestra la división más discriminante; es decir, aquella que permite diferenciar mejor a los distintos grupos. La proporción en cada una de las subdivisiones se utiliza con fines predictivos para vaticinar el grado de satisfacción global de los miembros de ese grupo. Esta herramienta permite priorizar los objetivos hacia donde canalizar las acciones de mejora más eficientes para la percepción de satisfacción de los pacientes.

**CB - 337.- TIEMPO Y CALIDAD: UN BUEN TANDEM EN HEMOTERAPIA.**

GOIKOETXEA J, BEDIA A, ZURBANO-DE MENDIVIL M, ARBERAS O, ARAS-IBARZABAL M, MELLADO-CANO E.

HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO. BANCO SANGRE. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Uno de los factores que hemos de tener presente para lograr una transfusión de calidad es el de administrar hemoderivados seguros y eficaces. En esta tarea, el tiempo es una medida de obligado respeto a lo largo de toda la cadena transfusional.

Nuestro objetivo es el análisis de la calidad de los hemoderivados a partir de la salida del Banco de Sangre hasta que se cierra la transfusión.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Es un estudio descriptivo longitudinal. Constituye la muestra inicial las transfusiones realizadas desde el 1 al 31 de Marzo de 2012, ambos inclusive, más las anuladas en ese mismo periodo (1885 transfusiones)

Los motivos de exclusión fueron: Hemoderivados con destino Quirófanos y otros Centros Asistenciales (175 transfusiones) y los registros defectuosos (110 transfusiones).

La información se ha obtenido de las Hojas de Registro Transfusionales recibidas en ese mismo periodo y la estadística aportada por el programa informático del Banco SYS NET-BANK GOLD .

**RESULTADOS:**

De la muestra definitiva se ha medido el tiempo desde que el hemocomponente sale del Banco hasta el inicio de la transfusión (un 61.5% dentro de la primera media hora y un 15.5% más de 60 minutos); el tiempo transcurrido desde que sale el hemoderivado hasta el término de la transfusión ( un 88.5% se realizan dentro de las primeras 4 horas) y las transfusiones anuladas ( en las que las bolsas se devuelven dentro de la primera media hora de salida del Banco).

**DISCUSIÓN:**

Se observa que el porcentaje de transfusiones realizadas dentro de las 4 horas siguientes a la salida de hemocomponentes del Banco es elevado, aunque hay una demora en el inicio de la transfusión debida a causas ligadas al receptor (fiebre) y ajenas al receptor (urgencia en el servicio).

Sería conveniente elaboración de protocolos junto planes de formación para garantizar la calidad de los hemoderivados.

Por otro lado, en Mayo y en periodo de prueba tenemos el HEMOCOD SUITE 3.0 que es un sistema de registro informático mediante la identificación con código de barras de los elementos implicados en el proceso transfusional, aportando trazabilidad en todo el proceso.

**CB - 338.- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS ROTURAS CARDIACAS POST-IAM.**

CABALLERO-GARCÍA MJ, MARTINEZ-MORCILLO L, MOMPÓ-ÁLVAREZ F.

CAPIO SANIDAD ALBACETE. ALBACETE.

**OBJETIVOS:**

- 1- Conocer las actuaciones de enfermería en pacientes post quirúrgicos tras una rotura cardiaca post-IAM.
- 2- Conocer las características y el resultado final de los pacientes operados.
- 3- Evaluar la calidad asistencial del equipo multidisciplinar.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de todos los pacientes tratados en la clínica Capio Albacete, desde el año 2001 al 2012.

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, antecedentes, método diagnóstico, tipo de infarto, periodo transcurrido hasta la intervención quirúrgica, y calidad de vida tras cirugía.

Analizamos el resultado del tratamiento quirúrgico de las roturas cardiacas con la técnica del parche.

**RESULTADOS:**

Desde Enero del año 2001 hasta Marzo del 2012, han sido intervenidos 18 pacientes por rotura cardiaca post-IAM.

La edad media de los pacientes intervenidos es de 68´8 años, siendo 72´2% de los pacientes intervenidos hombres y 27´7% mujeres.

La técnica empleada fue en todos ellos parche mas cola biológica , sin suturas. En 11´1 % pacientes fue necesaria la utilización de Circulación extracorpórea, el 88´88% restante no fue necesario el uso de bomba.

La mortalidad hospitalaria fue de 11´1% pacientes (2/18).

Se ha realizado un seguimiento completo de todos los pacientes supervivientes; el tiempo medio tras la cirugía es de 66´06 meses (aproximadamente unos 5´5 años).

En este tiempo, han fallecido otros 5 pacientes (31´2%), de los cuales solo han fallecido 3 por causa cardiaca.

**DISCUSIÓN:**

- El tratamiento de la rotura cardiaca post-IAM con parche y cola presenta unos resultados hospitalarios muy favorables, con una baja mortalidad.
- La supervivencia de estos pacientes es beneficiosa, realizando la mayor parte de ellos una vida activa y sin limitaciones tras la cirugía.

**CB - 339.- EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA CONVOCATORIA DE MEJORA DE LA CALIDAD DE 2011 EN UN SECTOR SANITARIO.**

LÓPEZ-IBORT N, ARENERE-MENDOZA M, CASTÁN-RUIZ S, ESTUPIÑÁN-ROMERO FR, VALDERRAMA-RODRÍGUEZ M, BARRASA-VILLAR JI.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. ZARAGOZA.

**OBJETIVOS:**

En el año 2011 se presentaron en nuestro Sector Sanitario 113 propuestas de proyectos de mejora de los que se seleccionaron 77 para su puesta en marcha.

Este trabajo trata de evaluar el impacto de estos proyectos de mejora seleccionados dentro del Programa de ayuda a las iniciativas de mejora de la Calidad en Salud en un Sector Sanitario.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se evaluaron un total de 71 (92,2%) proyectos, debido a que 6 de ellos no presentaron memoria de resultados en el plazo previsto.

El grupo de trabajo, integrado por 6 evaluadores, elaboró un guión metodológico con las escalas de medida para las dimensiones de efectividad, eficiencia, adecuación y calidad científico-técnica, de cada proyecto, puntuada del 0 al 10. Además trató de estimarse el beneficio máximo obtenido por el proyecto a cierre de 2011 y el número de pacientes potencialmente beneficiados en cada proyecto.

Se efectuaron dos rondas de evaluación. Cada uno de los evaluadores asignó su puntuación en cada dimensión. En una segunda ronda, la puntuación final de cada proyecto se estableció en base a la mediana de puntuaciones de los evaluadores, previa ronda de discusión hasta alcanzar un consenso sobre la puntuación final asignada. La categorización del número de personas afectadas por cada proyecto de mejora se obtuvo de los datos recogidos en cada memoria.

Se obtuvieron las frecuencias de cada categoría puntuada para cada una de las 6 dimensiones.

**RESULTADOS:**

El 54,6% de los proyectos afectaban a una población potencial de menos de 1.250 pacientes, teniendo un alcance de más de 10.000 pacientes sólo el 15,6% de los mismos. El beneficio obtenido más importante para más de la mitad de los mismos tenía que ver con la elaboración (14,3%) o implantación y aplicación (46,8%) de un protocolo clínico o procedimiento organizativo de trabajo. En general, de los 71 proyectos evaluados, la puntuación media en las distintas dimensiones fue de 0,51 puntos en efectividad (DE 1,32; rango 0-6), 0,99 puntos en eficiencia (DE 1,79; rango 0-10), 2,65 puntos en adecuación (DE 2,37; rango 0-9) y 3,10 puntos en calidad científico técnica (DE 2,60; rango 0-9), sobre 10 puntos posibles. No hay diferencias significativas comparando las cuatro dimensiones en relación al nivel asistencial (AP, AE y SM) en el encuadre del proyecto excepto para la dimensión de adecuación, que es ligeramente superior para Atención Primaria ( $p = 0,041$ ).

**DISCUSIÓN:**

Los proyectos de mejora de la calidad evaluados centraron sus objetivos mayoritariamente en la elaboración e implantación de protocolos, encaminados prioritariamente a la mejora de la adecuación y la calidad científico técnica de la asistencia sanitaria para grupos relativamente reducidos de pacientes, con un impacto global bajo a nivel de Sector. La metodología aplicada en este trabajo podría ser extendida a la selección y priorización de los proyectos seleccionados en próximos años.

## **Sesión de Comunicaciones Orales Breves.**

### **Sala A3-2.**

**Jueves, 8 de noviembre / 16:00 h. – 18:00 h.**

### **Gestión de Procesos: Procesos, Guías Clínicas, Vías Clínicas.**

**CB – 340 / CB – 366**

**CB - 340.- PREVALENCIA LACTANCIA MATERNA, FACTORES CONDICIONANTES EN UN ÁREA HOSPITALARIA.**

GOMEZ-FERNANDEZ C, MELERO-JIMENEZ V, AGUIRRE- T, GARCIA-OREA-ALVAREZ M, FAJARDO-EXPOSITO M, DIAÑEZ- G.

HOSPITAL UNIVERSITARIO ;PUERTA DEL MAR;CÁDIZ.

**OBJETIVOS:**

Conocer la prevalencia de lactancia materna (LM) en nuestra área sanitaria antes de la puesta en marcha de un protocolo de promoción y apoyo LM, determinar los principales condicionantes y causas de abandono de la misma.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se estudia el tipo de L (materna, mixta o artificial) que reciben recién nacidos del hospital al alta de maternidad, a los 15 y 30 días de vida. Se evalúan datos de informes de alta de 78 gestantes que han parido en un periodo de 15 días, se realiza encuesta telefónica un mes después del parto.

**RESULTADOS:**

La prevalencia LM exclusiva en niños sanos nacidos en el hospital al alta es 59.5%, descendiendo a 53.1 y 43.6% a los 15 y 30 días. Porcentajes un 20% más bajo que los referidos para Andalucía. En los factores estudiados destaca el tipo de parto, siendo la tasa de LM menor en las cesáreas. La causa del destete precoz es la sensación de leche insuficiente, especialmente en niños con lactancia materna parcial. Las madres están satisfechas con la atención recibida, manifiestan escasa información y la falta de apoyo respecto a la LM.

**DISCUSIÓN:**

La prevalencia de la LM exclusiva en nuestra área es más baja que la referida en nuestro entorno, tanto al alta del hospital como al mes de vida. Los factores relacionados con el destete precoz en nuestro estudio: falta de apoyo para resolver los problemas durante la instauración de la lactancia, la administración de líquidos adicionales diferentes de la leche materna y la falta de contacto precoz madre-hijo (cesáreas). Es fundamental incidir en estos aspectos a la hora de desarrollar el protocolo de promoción y apoyo a la LM.

**CB - 341.- ANALISIS DEL ABSENTISMO DE LOS PACIENTES EN CONSULTAS EXTERNAS.**

PEREZ-PEREZ E, DEL ALAMO-JIMENEZ C, HERRANZ-ORS FJ, CARRASCOSA-BERNALDEZ JM, MUR DE VIU-BERNA C, MARTÍNEZ-MARTÍN C.

INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SERVICIOS DE SALUD MENTAL JOSÉ GERMAIN. LEGANÉS (MADRID).

**OBJETIVOS:**

Analizar las causas que provocan que nuestro absentismo en consultas en nuestro centro duplique a la media de la Comunidad de Madrid, donde trabajamos, para poder implementar acciones de mejora.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Periodo de estudio: Junio-Octubre 2011.

Total de pacientes citados: 1307.

Total de pacientes vistos: 848 (64,89 %).

Total de pacientes que no acuden: 459 (35,11 %).

Para nuestro estudio cogimos una muestra estadísticamente significativa de 95 pacientes de manera aleatoria (20,69 % del total de pacientes que no acudieron a consultas).

Para poder seleccionar estos pacientes desde el servicio de informática se realizó una descarga de información a través de SQL, extrayendo de las bases de datos de Selene la información necesaria y exportándola a Microsoft Excel para su análisis.

Una vez identificada nuestra población diana procedimos mediante llamada telefónica a contactar con los pacientes para que nos explicaran los motivos por los que no habían acudido a consulta.

**RESULTADOS:**

El contacto telefónico con los pacientes fue en todo momento cordial sin que ninguno de ellos mostrara ninguna queja por la llamada. Se mostraron colaboradores.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Ilocalizables por no tener los datos actualizados: 40 (42,10 %).
- Causa del paciente: 46 (48,42 %).
- Causas mayores: 4 (4,21 %).
- Errores de cita: 5 (5,27 %).

Una vez identificados que mas del 90% obedecían a causas concretas procedimos a actuar sobre ambas, de la siguiente manera.

Para actualizar todos los datos administrativos de los Pacientes, se gestiono desde el Servicio de Informática, el alta de una selección de personal del Servicio de Admisión utilizando la herramienta GestionAI (Gestión Automática de Identidades) al aplicativo SCAE (Gestión de citas médicas de atención especializada) dependiente de la Dirección General de Sistemas de Información.

Para actuar sobre los pacientes realizamos una llamada personalizada con una semana de antelación en donde no solo le recordamos la cita sino que intentamos adaptarnos a sus necesidades, indicándoles los pasos que deben seguir para conseguir una nueva cita.

Estas medidas han hecho que tengamos actualizados el 100% de los datos administrativos de los pacientes que vienen citados desde atención primaria, y hemos conseguido disminuir el porcentaje de absentismo en más de un 50%, con lo que nuestra actividad en consultas ha aumentado un 21%, sin tener que incrementar el número de pacientes por agenda.

**DISCUSIÓN:**

Uno de los papeles fundamentales de las direcciones es saber escuchar las sugerencias y problemas de los trabajadores, para posteriormente poder analizarlas conjuntamente y buscar áreas de mejora.

Estas áreas no implican siempre un aumento de recursos humanos y/o materiales, si no la revisión continúa de los circuitos establecidos para cada proceso, con el fin de lograr optimizar los recursos dentro de una política de mejora continua.

**CB - 342.- ESTUDIO SOBRE INASISTENCIAS A CONSULTAS EN UN CENTRO DE ESPECIALIDADES.**

IZQUIERDO-NAZAR MI, PÉREZ-JERÓNIMO L, SÁNCHEZ-GONZÁLEZ S, CRUZ-BARBUDO E, ABASCAL-PÉREZ MP, VILLAR-ESPANTOSO MP.

CENTRO DE ESPECIALIDADES VICENTE SOLDEVILLA. MADRID.

**OBJETIVOS:**

Los profesionales sanitarios no facultativos hemos venido observado las no asistencias que se generan diariamente en los servicios y unidades del centro. Con el fin de tener datos objetivos, hemos diseñado este estudio para:

1. Conocer el patrón de las ausencias en un centro de especialidades periférico.
2. Determinar el grado de absentismo de las consultas en el centro de especialidades.
3. Identificar las causas por las que los pacientes se ausentaron de las consultas, para disminuir el absentismo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Realizamos un estudio observacional, transversal, unicéntrico, descriptivo, que se realizó mediante llamada telefónica a los pacientes que no asistieron a su cita entre el 1 de Noviembre de 2011 y el 15 de Febrero de 2012.

Se completó una ficha por paciente, registrándose un total de 2964. Estas contenían información referente a número de pacientes citados en consultas, registro de ausencias, datos demográficos, motivos de inasistencia y características de la cita.

Con el fin de reducir el sesgo por olvido, se estableció un plazo máximo de una semana. Se realizaron un mínimo de dos llamadas, en días diferentes, a aquellos pacientes que no se localizaban con la primera. Tras la recogida de los datos en access se procedió al tratamiento estadístico con excell, determinándose así los porcentajes de cada variable analizada.

**RESULTADOS:**

- El grado de no asistencia a las consultas fue del 16,1%.
- No se contacta con los usuarios en un 37,5%.
- Los principales motivos de inasistencia son el olvido con un 28,5% y otros compromisos con un 19%, dentro de éstos los más representativos son enfermedad con un 32,8% y problemas Laborales con un 14,7%.
- Otros motivos menos frecuentes son la confusión de citas por el paciente con un 4,62%, resolución del proceso con 4,4% y finalmente errores administrativos con un 3,10%.
- Las especialidades con mayor absentismo fueron Neurología con un porcentaje medio del 21%, Dermatología con 19,1% y TocoGinecología con el 16,7% y la de menor absentismo fue Traumatología (10,5%).
- En pruebas radiológicas el mayor absentismo se da en la radiología simple/Torác con un 17,7%.
- Hay diferencias en las ausencias cuando la cita se solicita personalmente (17%) o por teléfono (15,7%).
- No hay diferencias significativas en cuanto a edad, día de la semana, origen y primera cita o revisión.

**DISCUSIÓN:**

El estudio evidencia que el olvido es el primer motivo de las incomparecencias, en segundo lugar otros compromisos, y el tercer motivo es la confusión en la cita por parte de los pacientes. Constituyen éstas tres causas, más de la mitad de los motivos evitables de inasistencias.

Sugerimos diseñar nuevas estrategias, realizar mensajes o llamadas recordatorias previas a la cita; que faciliten la anulación o gestión de una nueva cita, con la intención de disminuir este absentismo.

Al igual que en otros estudios, encontramos que el absentismo es multifactorial.

**CB - 343.- SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACCESO EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA 2007-2011.**

MIGUEL-ABANTO MA, GÓMEZ-CIRIANO JI, RABANAL-BASALO A, LÓPEZ-MARTÍN-ARAGÓN MT, LÓPEZ-CABELLOS MA, IZQUIERDO-MAYORDOMO MJ.

CENTRO DE SALUD. FUENLABRADA (MADRID).

**OBJETIVOS:**

Describir el impacto de la implantación del proceso "Gestionar acceso; sobre los indicadores de calidad técnica y percibida en un centro de salud de atención primaria (AP).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se utilizó la metodología de la mejora de procesos. Los criterios de selección del proceso fueron: elevado número de reclamaciones recibidas en relación a este proceso y el malestar entre los profesionales. El equipo de mejora estuvo constituido por la Comisión de Dirección del centro y la Comisión de Calidad. Se definió el proceso y se nombró propietario al Director del centro. Se realizó su evaluación a partir de la ficha descriptiva mediante un análisis de campos de fuerza, identificándose 6 ayudas, 4 barreras, 4 puntos fuertes y 4 áreas de mejora.

Las medidas de mejora fueron: elaboración de criterios de actuación, instalación de "back office", reorganización de actividad en la Unidad administrativa, reuniones del equipo para potenciar la autoconcertación, revisar el circuito de desburocratización y hacer seguimiento de resultados de indicadores. Paralelamente se implanta la Agenda de Calidad en AP con una fuerte influencia positiva.

Se compara el cumplimiento de los indicadores antes de su implantación en junio de 2007, después y de forma periódica hasta diciembre de 2011.

**RESULTADOS:**

El total de consultas atendidas fue de 138.433 en el 1º semestre de 2007 y de 105.596 en el 2º. En 2010 se atendieron 113.552 consultas y en 2011 un total de 119.094. Sin embargo el porcentaje de consultas sin cita previa disminuyó.

El porcentaje de citas programadas autoconcertadas en 2007 entre los médicos aumentó desde el 51,99% (1º semestre) hasta 66,17% (2º semestre). Entre los enfermeros las citas autoconcertadas pasaron del 52,07% a 58,28% y en 2010 se registraron un 86,43% de que aumentó a un 87,05% en 2011.

El porcentaje de reclamaciones por motivos relacionados con la cita fue de 23% en el 1º semestre del 2007 y del 22,5% en el 2º semestre, siendo durante el 2011 sólo el 11% de las causas de reclamaciones.

**DISCUSIÓN:**

Consideramos que la metodología aplicada nos ha permitido mejorar el proceso, en especial los indicadores de calidad técnica, y percibida por el usuario. La gestión de procesos, ha propiciado la motivación de los profesionales implicados y por tanto la mejora. Además de los resultados obtenidos, el éxito vendrá determinado por la monitorización periódica de los indicadores.

**CB - 344.- PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL AREA DE URGENCIAS EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO LEVE. INDICADORES DE CUMPLIMIENTO.**

PALAZON-SAURAS P, GARCES-SAN JOSE C, GROS-BAÑERES B, JAVIERRE-LORIS MA, RICARTE-URBANO E, HERRER-CASTEJON A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ZARAGOZA.

**OBJETIVOS:**

En el año 2009 se redacta el protocolo de manejo del TCE LEVE-MODERADO. Participantes: Servicios de Neurocirugía, Radiodiagnóstico y Urgencias. El objetivo de la revisión es valorar el cumplimiento del protocolo, identificar las áreas de mejora del mismo y realizar una medición inicial de cumplimiento de indicadores tras un año de aplicación del protocolo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

INDICADORES ANALIZADOS: 1. Registro de la escala de Glasgow desglosada en pacientes con TCE leve (Nº de pacientes con TCE leve con registro en el informe de urgencias de GCS desglosada / Nº de pacientes atendidos por TCE leve x 100) 2. Cumplimiento de observación previa a realización de TAC (Nº de pacientes con TCE leve con periodo de observación previo al TAC según protocolo / Nº de pacientes atendidos por TCE leve x 100) 3. Demora en la realización de TAC: (Nº de pacientes con TCE leve e indicación de TAC según protocolo con TAC realizado antes de 2 horas desde la solicitud / Nº de pacientes con TCE leve e indicación de TAC según protocolo x 100). 4. Adecuación de la consulta a neurocirugía.

(Nº de pacientes que cumplen criterio de llamada urgente a neurocirugía / Nº de pacientes atendidos por TCE leve en los que se ha avisado a neurocirugía x 100).

334 pacientes atendidos en el servicio de urgencias durante el año 2010. Se analiza muestra 30 pacientes.

**RESULTADOS:**

Indicador 1: 23% de cumplimiento (Estandar 100%). Si recogemos los pacientes que registran el Glasgow de forma global, ese cumplimiento sube al 64% pero existe un 36 % de los pacientes atendidos con este diagnóstico en los que no figura en la historia clínica la escala ni desglosada ni de manera global. Indicador 2: 80% de cumplimiento (Estándar del 95%) Indicador 3: Estándar del 95% con un cumplimiento del 70%. Indicador 4: Adecuación de la consulta con neurocirugía.

- Ninguno de los pacientes revisados cumplía criterios de consulta neuroquirúrgica. Se revisan 3 parámetros no incluidos como indicadores que se consideraron importantes: 1. Entrega de Recomendaciones al alta.

2. Cumplimentación de la Hoja de recogida de datos.

3. Nº de pacientes que acuden por segunda vez para valoración del TCE. Solo el 46% de las historias recogen la entrega de la hoja informativa. No se produjo segunda visita en los pacientes analizados.

**DISCUSIÓN:**

De los resultados obtenidos, se identifican fortalezas importantes como: 1. Adecuada atención de pacientes con TCE leve que se demuestra en el bajo porcentaje de pacientes que consultan por complicaciones del TCE. 2. Adecuada indicación de consulta neuroquirúrgica. 3. Adecuada indicación de realización de TAC. Debilidades: Cumplimentación insuficiente de registros. Cumplimiento insuficiente de la observación.

Oportunidades de mejora: Repetir sesión formativa a la plantilla. Concienciación de los médicos que atienden a este tipo de pacientes que a pesar de ser una patología leve deben cumplirse unos estándares de manejo. Revisión y ajuste del protocolo. Replantear estándares de cumplimiento.

**CB - 345.- MONITORIZACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LAS EXPLORACIONES ENDOSCÓPICAS.**

MORAN-SANCHEZ S, SEVILLA-CACERES L, CARRIÓN-GARCIA F, MARTINEZ-OTÓN JA, SERRANO-LADRON DE GUEVARA S, MARTINEZ-GARCIA P.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA. CARTAGENA (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

El cumplimiento del consentimiento informado (CI) previa a la realización de la exploración endoscópica, es uno de los criterios mas evaluados para el estudio de la calidad en el ámbito de los Servicios de endoscopias. Es por ello, que motivados por el afán de mejora, en 2009 se llevó a cabo un estudio en nuestro medio, de valoración del cumplimiento del CI, que demostró que se cumplimentaban solo el 63% en condiciones optimas. Por ese motivo, se instauró una zona en el informe de la exploración en el que se recogía de forma activa que el CI había sido cumplimentado de forma correcta.

El objetivo es verificar la monitorización del consentimiento informado previo a la realización de la prueba, como marcador de la calidad de la exploración endoscópica en nuestro medio.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se recogen de forma retrospectiva 4527 exploraciones endoscópicas realizadas entre enero de 2010 y diciembre de 2011, con un periodo total de estudio de 24 meses, pertenecientes al archivo general del Servicio de Endoscopias del Hospital General Universitario Santa Lucia. Se consideran como cumplimiento correcto, aquellas exploraciones, que en el apartado especifico del consentimiento informado tienen correctamente cumplimentado.

**RESULTADOS:**

De las 4527 exploraciones estudiadas, solo el 22%, unas 1017 exploraciones, están correctamente cumplimentadas. De estas 1017, el 22% corresponden a colonoscopias, el 17.5% a polipectomias, el 13.4% a CPRE, el 6.8% a gastroscopias y el 6% a ecografías (Tabla 1). De las exploraciones estudiadas, la CPRE y la polipectomía son las que mas se han cumplimentado (Tabla 2).

**DISCUSIÓN:**

Pese a las distintas intervenciones para mejorar el cumplimiento del CI en nuestro medio, no han sido efectivas, obteniendo un cumplimiento muy bajo. Si analizamos por exploración, las exploraciones mas complejas, y con mas riesgos, son las que mas se han cumplimentado. Para mejorar estos datos, el nuevo ciclo de mejora debe incluir una concienciación sobre el cumplimiento en las exploraciones mas rutinarias.

**CB - 346.- IMPLANTACIÓN PROCESOS CLÍNICOS EN UN HOSPITAL TERCER NIVEL.**

GONZÁLEZ-VIEJO MA, MEJÓN-BERGÉS R, MARTÍNEZ-IBÁÑEZ V, ALVAREZ-LORENZO C, CUXART-FINA A, OLIVERAS-GIL M.

HOSPITAL VALL D'HEBRON. BARCELONA.

**OBJETIVOS:**

Los procesos clave de nuestra organización (hospitalización, urgencias, consultas y quirófanos) integran distintos subprocesos entre los cuales se engloban algunos organizativos y otros clínicos; estos corresponden a las entidades patológicas más prevalentes.

y se enmarcan dentro del área de Traumatología y Rehabilitación de nuestro hospital.

El proceso de hospitalización del área de Traumatología y Rehabilitación de nuestro hospital incluye: ingreso en el mismo día de la intervención, prótesis primaria de cadera y de rodilla, fractura de fémur y lesión medular.

El objetivo es mejorar la eficiencia de cada subproceso ya que existía una gran variabilidad en la práctica clínica y presentar los resultados obtenidos tras la implantación de las acciones de mejora propuestas por los grupos de trabajo.

Destacar que actualmente se está trabajando en el proceso urgente y el subproceso de la atención al enfermo crítico, bisagra entre los procesos urgente y hospitalización.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estos procesos se iniciaron en nuestro hospital a finales del año 2009 y la metodología ha sido la siguiente:

A) Formación de los grupos de mejora interdisciplinar para cada uno de los procesos con la participación de la dirección del hospital.

B) Análisis de los circuitos existentes, detección de los problemas

C) Diseño de los procedimientos futuros, propuestas de mejora y elaboración de indicadores. Se nombró el grupo de seguimiento con un propietario de cada proceso.

D) Implantación y validación del proceso: coordinación entre los profesionales, plan de comunicación interno y externo de cada proceso.

E) Seguimiento y evaluación: se realiza una evaluación periódica de los indicadores y un estudio observacional.

**RESULTADOS:**

Indicadores de participación de pacientes: 95 % asistencial a las sesiones informativas.

Indicadores asistenciales: durante los últimos tres años la EM de la prótesis de rodilla se ha reducido un 21% mientras que en la prótesis de cadera ha disminuido un 30%. Esta disminución de estancias ha permitido un incremento de la actividad quirúrgica de estas patologías.

El primer año de implantación de los ingresos el mismo día de la intervención han pasado de un 22% a un 48%.

Indicadores de calidad: durante la implantación de estos procesos se han mantenido los niveles de calidad de los indicadores referentes a los índices de mortalidad, reingresos y complicaciones.

Se han protocolizado y revisado todos los circuitos que facilitan la coordinación entre los distintos colectivos y niveles de asistencia.

**DISCUSIÓN:**

La implantación de estos procesos ha implicado una mayor eficiencia en la gestión de recursos, manteniendo la calidad y consiguiendo un máximo nivel de seguridad del paciente.

La participación, coordinación e implicación de los ciudadanos y los profesionales en los proyectos sigue siendo clave en las organizaciones para poder unificar esfuerzos hacia el éxito y poder avanzar en el camino de la excelencia y la innovación así como una optimización de recursos.

**CB - 347.- INDICADORES DE CALIDAD. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS ALCANZADOS EN PACIENTES CON DETERIORO FUNCIONAL.**

SALAZAR-DE LA GUERRA RM.

HOSPITAL GUADARRAMA. GUADARRAMA (MADRID).

**OBJETIVOS:**

La actividad rehabilitadora representa el 50% de la actividad global del hospital. Dentro de la Unidad de Recuperación funcional se atienden a pacientes con deterioro funcional que supone un 21% de los ingresos en la Unidad de Recuperación función. Desde el año 2004 estamos recogiendo indicadores para controlar y mejorar el proceso. Desde el 2010 está certificado con la Norma UNE-EN ISO 9001-2008.

Objetivos:

Medir los indicadores de resultados del proceso de Deterioro funcional para verificar el control del mismo e identificar oportunidades de mejora siempre con un enfoque interdisciplinar que asegure la atención integral de los pacientes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En el Hospital se creó un Grupo de Trabajo interdisciplinar encargado de planificar el proceso de atención al paciente que requiere Rehabilitación tras un inmovilismo, producido por una patología o un periodo de hospitalización.

En el diseño del proceso asistencial se incluye un conjunto de indicadores de calidad que se recogen sistemáticamente y que se analizan tras el alta de los pacientes con carácter cuatrimestral en el seno del grupo de trabajo interdisciplinar.

**RESULTADOS:**

Se trata de un estudio descriptivo de los resultados alcanzados en los años 2010 al 2011. Se han recogido un total de 236 registros. La estancia media ha disminuido de 45,31 a 42,79 días. La mejoría fue el motivo de alta en un 85% de los casos, la mortalidad se sitúa en un 2%. El 71% de los pacientes regresaron a su domicilio tras el alta. Para medir la ganancia funcional hemos utilizado la escala de Barthel, la ganancia ha sido de 34,47 y de 32,46 puntos en los 2010 y 2011 respectivamente. El índice de eficiencia ha permanecido en cifras similares, 0,75 y 0,76 y el de eficacia ha variado de 48,26 a 46,26 para los años 2010 y 2011 respectivamente.

La incidencia de caídas ha disminuido de 13% a 8% en este periodo. La media de las sesiones de fisioterapia fue de 27,73 en el año 2010 y de 29,86 para el año 2011.

**DISCUSIÓN:**

La implantación del proceso nos ha permitido unificar criterios en las tres Unidades de Recuperación Funcional del hospital, hemos ido mejorando los resultados año tras año y la estancia media ha disminuido con la consiguiente mejora de la eficiencia en la gestión del proceso.

Se ha mejorado el abordaje interdisciplinar con la puesta en marcha de las sesiones de caso en el año 2011.

**CB - 348.- LA GESTIÓN POR PROCESOS EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA DEL HOSPITAL DE CAMPDEVÀNOL.**

NICOLÁS-ALCÓN I, GRANÉ-ALSINA J, SOLER-FERRET L, RADOVÁN-GONÇALVES A.  
HOSPITAL DE CAMPDEVÀNOL. CAMPDEVÀNOL (GERONA).

**OBJETIVOS:**

Implantar y desarrollar un nuevo modelo de gestión basado en procesos (GBP) en los servicios de atención sociosanitaria del Hospital de Campdevànol. Este proyecto se enmarca en el desarrollo del Plan Estratégico 2010-2012 en el que se apuesta por implantar este modelo de gestión en toda la organización para garantizar a todos los pacientes un servicio asistencial de calidad y acorde con sus necesidades.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El proyecto de implantación de la GBP en los servicios de atención sociosanitaria se ha desarrollado en distintas fases: 1) comunicación del proyecto y formación en la metodología GBP; 2) identificación de la estructura de procesos definiendo el mapa global; 3) definición de los procesos y subprocesos; 4) implantación de los procesos; y 5) desarrollo del Plan de Mejora. Dado que los procesos y los subprocesos trabajados están altamente integrados entre ellos y el resto de la organización, son altamente complejos e involucran diferentes áreas, su definición se ha realizado a diferentes niveles usando el método IDEF. Para la definición de cada proceso se han llevado a cabo varias sesiones en equipos de trabajo multidisciplinares.

**RESULTADOS:**

Los resultados más tangibles han sido: la diagramación y estandarización de todo el proceso de atención sociosanitaria; la implantación de un cuadro de mando con 40 indicadores para la evaluación sistemática de su funcionamiento y la comparación con los estándares de calidad auto exigidos; y la planificación de 9 proyectos de mejora que conforman el primer plan anual de mejora continua. Además, esta definición de procesos ha llevado consigo un cambio de modelo en los circuitos de atención del paciente, incorporando el nuevo subproceso: Evaluación de las necesidades sociosanitarias del paciente. Este proceso inicial actúa como canalizador de las demandas recibidas y garantiza que el paciente recibe una atención adecuada en función de sus necesidades redirigiéndolo al resto de subprocesos: convalecencia; paliativos; larga estancia; hospital de día socio sanitario o programas de atención domiciliaria. Así mismo, cabe destacar como cambio más significativo, la incorporación sistemática en los distintos procesos de diferentes puntos de control y acciones de evaluación y reevaluación integrales. Estas acciones, recaen en profesionales de distintas disciplinas con el fin de garantizar que se está cumpliendo con el objetivo de recibir una atención adecuada teniendo en cuenta todo el espectro de las atenciones que requiere el paciente sociosanitario.

**DISCUSIÓN:**

La implantación del modelo GBP en los servicios de atención sociosanitaria ha significado la redefinición de los procesos para su optimización en base a criterios de eficacia y eficiencia. La nueva estructura de procesos junto con el flujo de actividades propuesto y la estandarización de puntos de control y evaluación asegura un servicio de calidad para la atención del paciente sociosanitario.

**CB - 349.- MEJORANDO LA CALIDAD PERCIBIDA Y SEGURIDAD ALIMENTARIA DEL PACIENTE MEDIANTE EL DESARROLLO DEL PROCESO DE RESTAURACIÓN.**

MACÍAS-RUIZ MT, ESCALONILLA-JURADO M, IGLESIAS-ÁLVAREZ MR, MORENO-MORENO ML, FERNÁNDEZ-MARTINEZ L, FERNÁNDEZ-GÓMEZ AR.

HOSPITAL VIRGEN DE LA TORRE. MADRID.

**OBJETIVOS:**

Implantar una metodología de gestión por procesos en la cocina del hospital que asegure la mejora continua de sus objetivos y resultados en:

- Proporcionar a los pacientes una alimentación que cubra sus necesidades nutricionales en función de su patología y características personales.
- La calidad percibida y satisfacción de los pacientes.
- Garantizar las mejores condiciones higiénico sanitarias y de seguridad alimentarias.
- La implicación y satisfacción de los profesionales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En línea con el plan estratégico del hospital, se ha descrito y se está gestionando de forma sistemática mejoras en el proceso de restauración. Para ello se han desarrollado 2 fases:

Fase1: Creación del grupo de proceso multidisciplinar con reuniones periódicas durante 2 meses para describir el proceso siguiendo la metodología IDEF. Aprobación por la Dirección y comunicación de las conclusiones a los profesionales.

Fase2: Control y seguimiento del proceso por parte del equipo mediante reuniones mensuales de seguimiento y trabajo posterior de implantación. Se analizan los resultados, se identifican áreas de mejora, se priorizan y se planifica su implantación. El equipo tiene autonomía de gestión para ello y en las reuniones se realiza un seguimiento del estado de implantación de las áreas de mejora. Se ha diseñado una ficha específica que facilita el mismo.

**RESULTADOS:**

- Un documento validado que se revisa anualmente, con la descripción del proceso: Equipo de proceso, misión, alcance, salidas del proceso, entradas, guías y directrices, recursos necesarios, subprocesos, actores, catálogo de actividades, representación gráfica IDEF e indicadores.
- Cuadros de mando de seguimiento con 6 grupos de indicadores de cantidad y actividad, calidad técnica y calidad percibida.
- En las reuniones se han identificado 20 acciones de mejora. 9 consideradas de alta prioridad de las que se han implantado 8, relacionadas con la calidad percibida, seguridad, protocolización, información, coordinación e informatización, auditorías de calidad, rediseño de menú y control de compras y almacenaje.

Continuamos trabajando en la implantación de las acciones consideradas de prioridad intermedia.

**DISCUSIÓN:**

El proceso de restauración tiene un impacto relevante en las condiciones en que se presta el servicio asistencial, la satisfacción del paciente y la eficiencia en su prestación. A pesar de las escasas experiencias en cocina hospitalaria, la gestión por procesos contribuye de una manera decisiva a mejorar de forma continua los resultados y la implicación de los profesionales.

En nuestra experiencia se está logrando :

- Asegurar el conocimiento del proceso por parte de los profesionales.

- Adaptar el servicio a las necesidades y expectativas del paciente.
- Establecer una sistemática de mejora en la que los profesionales osn los protagonistas.
- Orientar las actuaciones hacia la mejora de los resultados mejorando la satisfacción del paciente, la satisfacción de los profesionales y la eficiencia.

**CB - 350.- GESTIÓN POR PROCESOS DE LA ORGANIZACIÓN: UN OBJETIVO ESTRATÉGICO.**

BAULENAS-PARELLADA D, IBÁÑEZ-ROMAGUERA JM, DURAN-NAVARRO J, VICENTE-GARCIA M, NORTES-MUNTADAS V.

HOSPITAL DE MOLLET. MOLLET DEL VALLÈS (BARCELONA).

**OBJETIVOS:**

En la formulación estratégica 2009-2011, el hospital decidió desarrollar como uno de sus objetivos estratégicos, la gestión por procesos de la organización. El objetivo de la comunicación es explicar cómo se ha realizado este trabajo, la metodología empleada y los resultados obtenidos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

La implantación de la gestión por procesos se realizó mediante la aplicación de una metodología concreta que podemos resumir en las siguientes fases: fase 0: identificación de los procesos y elaboración del mapa de procesos; fase 1: formación y comunicación a los profesionales de la organización; fase 2: definición de los procesos; fase 3: definición de indicadores, identificación de puntos fuertes y áreas de mejora y fase 4: seguimiento de indicadores e implantación de la mejora continua de los procesos, a través de la implementación de las acciones de mejora establecidas.

Inicialmente, el equipo de dirección identificó los procesos de la organización (estratégicos, de soporte y clave) y elaboró el mapa de procesos. Entre ellos, se priorizaron 6: atención urgente, hospitalización, salud mental, atención quirúrgica, atención ambulatoria y atención nefrológica.

Para cada proceso se nombró a un líder de proceso y se constituyó un grupo de proceso multidisciplinar. Los outputs obtenidos fueron la definición de indicadores y de las oportunidades de mejora, así como los diagramas de flujo de los mismos.

**RESULTADOS:**

Se implicó a 61 profesionales, de diferente perfil, identificándose un total de 203 áreas de mejora repartidas de la siguiente manera: atención urgente (40), hospitalización (36), atención nefrológica (29), salud mental (23), atención quirúrgica (37) y atención ambulatoria (38).

A principios de 2010 y fruto del trabajo de los grupos se diseñó el primer plan de mejora, que se ejecutó entre los meses de febrero a junio, previamente al traslado del hospital al nuevo edificio que tuvo lugar a finales de julio de 2010. Entre julio de 2010 y marzo de 2012, se han ido llevando a cabo las acciones de mejora priorizadas y se han monitorizado los indicadores, algunos que ya estaban incorporados en el cuadro de mando del hospital y otros de nueva creación que se han ido incorporando.

**DISCUSIÓN:**

La implantación de la gestión por procesos en la organización ha representado un punto de inflexión en la gestión de la misma. La posibilidad de participación de los profesionales, el aplanamiento de la organización y la multidisciplinariedad en el enfoque han representado una mejora de la eficiencia y una mayor satisfacción de los profesionales. El proyecto no se ha cerrado y en marzo de 2012, se ha diseñado un nuevo proyecto de revisión del mapa de procesos, que dará lugar al segundo plan de mejora, adaptando la definición de los procesos a la nueva realidad del hospital tras su traslado e incorporación de un 50% más de población de referencia e implicando a nuevos profesionales en el proyecto.

**CB - 351.- IMPACTO DE LA COLABORACIÓN ENTRE LA UNIDAD DE CALIDAD Y UN SERVICIO CLÍNICO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS NO CONFORMIDADES.**

BILBAO-UNIBASO I, LATORRE-GUISASOLA M, BENITO-FERNANDEZ FJ, SAN SEBASTIAN-DOMINGUEZ JA, MINTEGI-RASO S, IZARZUGAZA-ITURRIZAR E.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES. BARACALDO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

Analizar el impacto de la colaboración sistemática entre la UC y el SUP para el tratamiento de las No Conformidades detectadas en auditoría interna.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El Servicio de Urgencias de Pediatría (SUP) del Hospital Universitario de Cruces inició su andadura en la gestión de calidad en 2005. Desde entonces cuenta con un Sistema de Gestión certificado por AENOR. La última auditoría interna realizada al proceso supuso un salto cualitativo y cuantitativo en la transición de la Norma ISO 9001:2000 a la ISO 9001:2008.

En 2011 la Unidad de Calidad (UC) realizó una auditoría interna a petición del Responsable de proceso. El resultado fue un informe con detalle de puntos fuertes y áreas de mejora difundido tanto al equipo de proceso como a la Dirección del hospital. Debido al calado de algunas de las áreas de mejora fue directamente AENOR quien las priorizó y nos orientó en su tratamiento como No Conformidades, en la revisión de la documentación previamente a la auditoría externa. Tras realizar un análisis causal de las mismas, se detectó como uno de los aspectos importantes la falta de colaboración entre el SUP y la UC.

Se analiza la gestión de las No Conformidades tras definir un proyecto de colaboración entre el equipo de proceso del SUP y la UC que comprendía la profundización en los nuevos requisitos de norma, el asesoramiento en técnicas de análisis causal, definición de acciones correctivas con el consiguiente plan de acción, y seguimiento establecido del estado del plan de acción por parte de la UC y de la Dirección del hospital.

**RESULTADOS:**

En la valoración de la auditoría interna realizada por la UC se detectaron 6 áreas de mejora en el diagnóstico del sistema de gestión, 6 en el diagnóstico de la implantación del sistema y 3 en el diagnóstico de la mejora. En la revisión de la documentación previamente a la auditoría externa, el auditor, priorizó 6 de estas áreas de mejora considerándolas No Conformidades. Se elaboró un plan de acciones correctivas disponible para la auditoría externa. Tras la colaboración entre la UC y el SUP, en la auditoría externa, no se detectó ninguna No Conformidad.

**DISCUSIÓN:**

La colaboración entre UC y el SUP ha facilitado la gestión de las No Conformidades detectadas en auditoría y ha facilitado el acercamiento de la Dirección a los procesos.

La UC ha provisto al equipo gestor del proceso de algunas herramientas y algunos puntos de vista técnicos que se han considerado útiles para su gestión diaria de acuerdo a la normativa ISO.

**CB - 352.- GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA EN TIEMPOS DE CRISIS.**

CARRASCOSA-BERNALDEZ JM, DEL ALAMO-JIMENEZ C, PEREZ-PEREZ E, MARTÍNEZ-MARTÍN C, MUR DE VIU-BERNA C, HERRANZ-ORS FJ.

INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SERVICIOS DE SALUD MENTAL JOSÉ GERMAIN. LEGANÉS (MADRID).

**OBJETIVOS:**

Gestión adecuada de la lista de espera, sin incrementos de recursos, tanto materiales como humanos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En Octubre de 2011 y debido a que la demora para una primera consulta se había duplicado, desde comienzo de año, estando en esas fechas en más de 100 días, en un trabajo conjunto entre la Dirección Medica , Servicio de Admisión y Servicio de Informática, se decide analizar de la lista de espera los siguientes apartados:

- i.Actividad
- ii.Derivaciones
- iii.Absentismo
- iv.Duplicidades

Para poder medir todos estos indicadores desde el servicio de informática se realizó una descarga de información através de SQL, extrayendo de las bases de datos de Selene la información necesaria y exportándola a Microsoft Excel para su manipulación y calculo. Siendo necesario escribir scripts para conseguir los indicadores.

**RESULTADOS:**

En actividad comparamos el periodo comprendido entre Enero-Octubre 2010 y 2011 y vimos que habíamos pasado de 2165 pacientes nuevos a 2059.

En Derivaciones comparamos el periodo comprendido entre Enero-Octubre 2010-2011 y vimos que habíamos pasado de 2752 a 2670 pacientes derivados desde Atención Primaria.

En Absentismo en Octubre del 2011 alcanzo la cifra del 37.74% del total de los pacientes citados.

Duplicidades teníamos en nuestra lista de espera 147 pacientes con duplicidad de cita.

Una vez analizados todos estos datos nos dimos cuenta que nuestro principal problema venia del Absentismo de los pacientes por lo que decidimos averiguar por que nuestros pacientes no venían a consulta, para ello cogimos una muestra significativa del total de pacientes que no habían acudido a consulta, y mediante encuesta telefónica intentamos averiguar los motivos viendo que el 40% de dicho absentismo era por motivos del paciente.

Con una visión global de todos los problemas detectados emprendimos distintas líneas de actuación como fueron:

- Atención personalizada telefónica a los pacientes, que van ha ser vistos en una semana.
- Cruces informáticos mensuales para evitar duplicidades.
- Revisión semanal de las agendas para completar citas vacías que hayan podido quedar de última hora.
- Apertura de agendas en turno de tarde para facilitar la asistencia de los pacientes que no podían acudir en turno de mañana.
- Mejorar e implicar a nuestros equipos de atención primaria.

Como con secuencia de la implantación de todas estas medidas los datos a 30 de abril del 2012 son los siguientes.

- Absentismo ha sufrido una disminución del 55%.
- Actividad ha tenido un incremento de un 21%.
- Demoras hemos pasado de 139 días de demora a 42 días.

**DISCUSIÓN:**

Situaciones de crisis como la que actualmente estamos viviendo hacen que tengamos que desarrollar toda nuestra capacidad gestora en la busque de áreas de mejora e implantación de medidas correctoras a coste 0.

**CB - 353.- PROCEDIMIENTO DE LLAMADA TELEFÓNICA AL PACIENTE EN PROGRAMA DE PALIATIVOS POR PROFESIONALES NO SANITARIOS DE UN ESAD.**

DOMINGUEZ-LORENZO C, MOLINA-BALTANAS E, VICENTE-AEDO M, GARCÍA-VERDE I, MUELAS-GONZÁLEZ S, GARCÍA-HERVÍAS E.

ESAD-DIRECCIÓN ASISTENCIAL V OESTE. MADRID.

**OBJETIVOS:**

Tras la creación y el comienzo de la actividad de un Equipo de Soporte de Atención a Domicilio (ESAD) se detectó la necesidad de implantar un procedimiento de recogida sistemática de información que implicase tanto al personal sanitario como no sanitario de la unidad. Los objetivos fueron: 1. Diseñar un procedimiento para el personal no sanitario del equipo de recogida de información relevante mediante llamada telefónica al domicilio, que permitiese posteriormente al personal asistencial evaluar la situación del paciente y/o familia para decidir las actuaciones a realizar. 2. Disminuir la variabilidad en la información recogida por los distintos profesionales 3. Realizar un pilotaje del procedimiento durante el año posterior a su elaboración. 4. Evaluar los resultados de dicho pilotaje, e introducir actuaciones de mejora.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se constituyó un grupo de trabajo formado por profesionales sanitarios y no sanitarios del equipo. Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema, así como de una muestra aleatoria de 50 historias clínicas de pacientes oncológicos en situación de fase final de vida (FFV) en programa de cuidados paliativos. Con todo ello se consensuó la información mínima necesaria para evaluar la situación del paciente y/o familia, que permitió la elaboración del procedimiento de recogida de información. Posteriormente se realizó por parte del personal asistencial el adiestramiento y supervisión del personal no sanitario en la entrevista telefónica. Por último se procedió a un pilotaje del procedimiento durante un período de 1 año.

**RESULTADOS:**

Por consenso se realizó el diseño del procedimiento "Llamada al paciente oncológico en FFV a su domicilio". Se trata de una guía sencilla y estructurada que permite la recogida sistemática y uniforme de la mínima información biopsicosocial de la unidad paciente-familia necesaria para la orientación diagnóstica y la toma de decisiones por parte del personal sanitario. De un total de 6.022 llamadas realizadas por el Equipo en el año del pilotaje, un 60% de las mismas se realizaron al domicilio del paciente, de las cuales un 20% las efectuó el personal no sanitario. El grado de cumplimentación del procedimiento fue del 80%: 100% en los aspectos clínicos, frente a un 60% en los aspectos psicosociales. Ante dichos resultados, se introdujeron actuaciones de mejora: revisión y modificación de los apartados de la entrevista relacionados con los aspectos psicosociales, así como formación específica en entrevista clínica.

**DISCUSIÓN:**

Con la elaboración del procedimiento "Llamada al paciente oncológico en FFV a su domicilio" se ha conseguido homogeneizar la información recogida por cualquier miembro del equipo, evitando la pérdida de información sensible al proceso y permitiendo un registro unificado de la misma. La participación de profesionales asistenciales y no asistenciales en la recogida de dichos datos supone un valor añadido de cara a la integración y al trabajo en equipo.

**CB - 354.- MEJORA DE LA ESTANCIA PREOPERATORIA DE PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA MEDIANTE REDISEÑO DEL PROCESO.**

MARÍN-SILVENTE C, ROLDÁN- V, SARABIA-CONDE JM, ALCARAZ-MARTÍNEZ J, UREÑA- I, CASTILLO- JA.

MORALES MESEGUER. MURCIA.

**OBJETIVOS:**

Mejorar la estancia preoperatoria de pacientes con fractura de cadera ingresados en nuestro centro.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Tras detectar mediante actividades de benchmarking con otros 6 centros de características similares al nuestro, unos resultados en el indicador de estancia preoperatorio del proceso fractura de cadera mejorables, se convocó una reunión en la que se analizaron los posibles puntos críticos del proceso por los responsables de todos los servicios implicados y la dirección del centro. Posteriormente se formó un grupo de trabajo para rediseñar el proceso y elaborar los protocolos que se habían identificado como necesarios para la mejora.

Los cambios en el indicador se analizaron mediante la revisión en el CMBD, usando los datos del CIE 820.0 a 820.8 tomando como muestra todos los casos del año (n=240).

**RESULTADOS:**

Se han elaborado dos protocolos sobre manejo preoperatorio del paciente anticoagulado y antiagregado y se han establecidos nuevos circuitos para la valoración preoperatoria por el servicio de anestesia, realización de ecocardiografía urgente y programación quirúrgica.

Los resultados de estancia preoperatoria en 2011 por trimestre han sido respectivamente: 7,68 días de media en el primer trimestre, 6,03 en el segundo, 5,08 en el tercero y 3,93 en el cuarto. En cuanto al porcentaje de pacientes intervenidos en las primeras 48 horas, han sido en cada trimestre de 10,5%, 12,2%, 20% y 31,1%.

La estancia media total en estos trimestres ha sido de 16, 12, 13.8 y 11.4 días respectivamente.

**DISCUSIÓN:**

El rediseño del proceso de atención al paciente que ingresa por fractura de cadera, como parte del proceso de elaboración de una vía clínica, está modificando los resultados durante su aplicación, evidenciándose una reducción de estancia preoperatorio e incluso, aunque no era el objetivo principal, de la estancia total.

**CB - 355.- EFECTIVIDAD DE LA LLAMADA PREQUIRÚRGICA EN PACIENTES  
INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA. 2007-2011.**

BRUGOS-LLAMAZARES V, GOMEZ-CAGIGAS M, FLOREZ-PEREIRAS MA, FARIÑAS-ALVAREZ MC, ESCOBIO-GONZALEZ P, FERNANDEZ-BUSTAMANTE C.

HOSPITAL SIERRALLANA-TRES MARES. TORRELAVEGA.

**OBJETIVOS:**

El protocolo de control de pacientes incluidos en el programa de Cirugía Mayor Ambulatoria (C.M.A) de nuestro hospital incluye la realización de una llamada prequirúrgica el día anterior a la intervención con el fin de garantizar que los pacientes ingresen con una preparación prequirúrgica adecuada. De forma anual, se evalúa la efectividad de la llamada identificando posibles áreas de mejora.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El periodo de estudio ha sido un mes durante los años 2007-2009 y 2011. Se estudian todos los pacientes incluidos en el programa de C.M.A con los que se puede contactar telefónicamente y se evalúa a través del registro de control de C.M.A. En este contacto preoperatorio se pregunta al paciente si presenta catarro, tos, fiebre u otra enfermedad actual y por la medicación que está tomando. Además, se verifica que cumplen los requisitos sociales de la C.M.A y se les recuerda que: traigan bata y zapatillas, tomen y traigan su medicación habitual, vengan en ayunas, no traigan ni joyas ni maquillaje puestos, se duchen la noche anterior y el mismo día por la mañana y la hora de la intervención. En el cálculo de los indicadores de efectividad de la llamada (proporción de pacientes: con tiempo correcto de ayunas, higiene adecuada, que traen su medicación habitual y que no traen maquillaje) no se incluyen los valores perdidos (sin información). Estos indicadores, se resumen en un indicador global de la eficacia del recordatorio prequirúrgico en el que se incluyen sólo aquellos pacientes que tienen cumplimentados y cumplen los 4 ítems evaluados.

**RESULTADOS:**

Se han registrado 981 pacientes, 245,1 pacientes-año (DE: 46,4) durante el periodo a estudio pudiendo contactar telefónicamente con 710 (72,4%). En 616 (86,8%) de los 710 pacientes con los que se contactó se realizó el recordatorio de las recomendaciones. Hasta el año 2011 en el que se produce un descenso del indicador global de la eficacia del recordatorio prequirúrgico al 69,0%, éste se ha ido incrementado (60,9% en el año 2007, 82,1% en el 2008 y 88,6% en el 2009). La evolución del cumplimiento de los indicadores ha sido: tiempo correcto de ayunas (96,3% en el año 2007, 99,2% en el 2011), higiene adecuada (100% en el 2007, 99,3% en el 2011), medicación (50,4% en el 2007, 88,4% en el 2011) y maquillaje (87,1% en el 2007, 98% en el 2011).

**DISCUSIÓN:**

El indicador global de la eficacia de la llamada prequirúrgica ha sido alto durante el periodo de estudio. Prácticamente el 100% de los pacientes han venido con el tiempo correcto de ayunas no siendo necesario suspender ninguna intervención por esta causa. Cabe destacar la necesidad de insistir a los pacientes en la necesidad de que traigan su medicación habitual el día de la intervención. De forma general, la realización de una llamada prequirúrgica a los pacientes que van a ser intervenidos de C.M.A es una herramienta eficaz para garantizar que ingresen con una preparación prequirúrgica correcta.

**CB - 356.- IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA.**

CRUZ-GOMEZ J, DELGADO-VELILLA F, MORA-FERNANDEZ JR.

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA. MADRID.

**OBJETIVOS:**

1. Identificar el grado de madurez en el desempeño aplicando la Norma Internacional UNE EN ISO 9004 de 2009 y elaboración de un plan de calidad a partir de los resultados obtenidos.
2. Desplegar un modelo de gestión por procesos a partir de la confección del mapa de procesos del servicio y la posterior documentación de cada uno de ellos.
3. Corregir los defectos de calidad identificados en la autoevaluación asociados a otras actividades operativas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Para la realización de la autoevaluación de base del servicio, se ha aplicado como material una versión instrumental validada que tiene como referencia la Norma UNE EN ISO 9004 de 2009. Para ello se ha contado con la creación de un panel de expertos y con la participación de todos los médicos de la unidad.

Para el despliegue de la gestión por procesos se ha aplicado una metodología de análisis cualitativo basado en la gestión de la actividad (global del servicio ABM) , identificando y clasificando los diferentes tipos de procesos y procediendo, posteriormente a documentarlos según su tipología.

**RESULTADOS:**

Los resultados obtenidos de este proyecto son:

- Confección del mapa de procesos del servicio de cirugía ortopédica y traumatología.
- Documentación de los procesos de gestión y soporte definiendo: misión, clientes, expectativas y necesidades de los clientes, proveedores, entradas, salidas, métricas, procedimiento operativo y diagrama de flujo.
- Documentación de todos los procesos operativos o clínicos: misión, clientes, expectativas y necesidades de los clientes, proveedores, entradas, salidas, métricas, características de seguridad y calidad de los flujos de salida, vía clínica y diagrama de flujo.
- Revaluación del servicio una vez culminado el proyecto y definición de actividades de mejora para el futuro, tales como el establecimiento de costes asociados a los procesos y la corrección de las desviaciones según los resultados aportados por las métricas definidas.

**DISCUSIÓN:**

Con la aplicación de un modelo de calidad total basado en la gestión por procesos como referencia clave, se ha posibilitado que desde el diseño y desarrollo del plan de calidad se fomente la gestión clínica en su sentido más operativo y profesional.

**CB - 357.- MANEJO DEL CÁNCER DE PULMÓN (CPCNP) EN EL CHOP CON ESPECIAL ÉNFASIS EN EL DIAGNÓSTICO MEDIANTE RADIOGRAFÍA DE TÓRAX.**

PÉREZ-CACHAFEIRO S, LEYVA-VASQUEZ-CAICEDO M, PEREIRA-BARREIRO D, VERDINI-MONTEMUIÑOS R, ORIHUELA-PALOMINO A, LORES-AGUÍN ML.

HOSPITAL MONTECELO (CHOP). PONTEVEDRA.

**OBJETIVOS:**

Publicaciones recientes intentan justificar el cribado de Cáncer de Pulmón (CP) con TC en la población con factores de riesgo.

Los estudios TC incrementan la exposición radiológica, riesgo añadido de cáncer y detectan gran cantidad de nódulos pulmonares sin significado patológico que requerirán más controles y biopsias.

El objetivo de nuestro estudio es calcular las demoras del proceso asistencial del CP y valorar el beneficio ocasionado a los pacientes con el informe de todas las Rx de tórax, incluyendo las solicitadas desde el Servicio de Urgencias, informadas en su totalidad en nuestro hospital pero solo en el 15% de los casos a nivel de la CA.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Incluimos todos los pacientes de nuestro hospital (n=76) con diagnóstico patológico de CP de células no pequeñas (CPCNP) entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2009.

Calculamos las demoras del proceso asistencial.

Registramos las fechas de diagnóstico verdadero positivo de CP con Rx simple, o la fecha en la que retrospectivamente visualizamos la lesión los radiólogos participantes, si el informe es falso negativo.

**RESULTADOS:**

86% de los pacientes son hombres.

El diagnóstico del CP se realiza con Rx simple en 85% de casos y en 44% de estos la exploración es solicitada por el Servicio de Urgencias.

En 94% la demora entre inicio de síntomas y diagnóstico radiológico es menor de 1 mes.

En 24% la demora entre Rx positiva y diagnóstico por radiólogo es mayor de 1 mes, en 14% de 3 meses y en 9% mayor de 6 meses.

En 55% la demora entre inicio síntomas e inicio del tratamiento es mayor de 3 meses.

En 28% de pacientes la demora entre el diagnóstico Rx y el diagnóstico patológico es mayor de 1 mes y en 11% mayor de 3 meses.

En 41% la demora entre diagnóstico patológico e inicio del tratamiento es mayor de 1 mes y en 12% de 3 meses.

Son intervenidos con intención curativa solo el 11% de pacientes.

Únicamente 12 pacientes (16%) sobreviven y 5 (7%) están libres de enfermedad, a los 2 años del diagnóstico.

**DISCUSIÓN:**

Nuestro estudio confirma la necesidad de mejora del proceso asistencial del CP en nuestra Área Sanitaria y apoya la necesidad de generalizar el informe radiológico a nivel de la CA.

Las bajas dosis de radiación aplicadas y el coste muy inferior al del cribado con TC, apoyan la implantación de controles periódicos con Rx simple de tórax en los pacientes con factores de riesgo, con el fin de adelantar el diagnóstico y mejorar el pronóstico, objetivo inaplazable en nuestra Área sanitaria donde, según nuestros datos, únicamente 11% de pacientes son sometidos a tratamiento quirúrgico frente al 25% de publicaciones internacionales.

La potenciación de las secciones de radiología torácica y de los comités de CP y el amplio desarrollo de las TICs y PACS, que permiten disponer de todas las exploraciones anteriores y detectar cualquier modificación u opacidad de nueva aparición, facilitan la implantación de este tipo de cribado poblacional.

**CB - 358.- MEJORAS ALCANZADAS TRAS LOS CAMBIOS ORGANIZATIVOS Y ESTRUCTURALES EN EL SERVICIO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN.CLÍNICAS IMQ.**

ÁLVAREZ-HORNIA E, GUERRERO-UGARTE S, PÉREZ-SANTIAGO A, TRESPALACIOS-MARTÍN A, RUIZ-GARCÍA I, SOLÍS-POLO G.

CLÍNICA IMQ ZORROTZAURRE. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Optimizar el rendimiento del servicio, mejorando su eficiencia: la variabilidad en formas y protocolos de actuación y disminuyendo la variabilidad en la forma y protocolos de actuación.

Por ello el objetivo, se puede resumir como la evaluación y alcance de las siguientes metas:

- ☐ Alta competencia técnica
- ☐ Alta capacidad de resolución
- ☐ Trato excelente al paciente y profesionales que demandan el servicio.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Implantación de un sistema de gestión y su posterior certificación:

- ☐ Diseño del proceso, estableciendo las especificaciones e indicadores de calidad, interacciones con otros procesos.
- ☐ Implantación de acciones de mejora
- ☐ Redefinición de responsabilidades y competencias del personal
- Evaluación de la satisfacción del cliente
- Redimensionamiento de recursos ante la creciente demanda actual y previsible.

**RESULTADOS:**

Indicadores de calidad

Identificamos como áreas de mejora:

- ☐ Cumplimiento del consentimiento informado
- ☐ Calidad de la imagen radiológica
- ☐ Calidad del informe, respecto a la correcta cumplimentación de los apartados estipulados

Resultados satisfactorios respecto a la tasa de repetición de radiografías, cumplimiento de plazos en la entrega de resultados, días para la primera cita y absentismo de pacientes.

Muy buenos resultados en las encuestas de satisfacción del paciente y de los clínicos, que sin embargo nos permitieron identificar áreas de mejora.

Acciones de mejora realizadas:

Normalización de los consentimientos informados su difusión en la intranet

Refuerzo de los criterios de calidad de la imagen radiológica y del informe de Diagnóstico por imagen.

Redimensionamiento los recursos ante la creciente actividad de la Clínica y demanda externa.

Implantación del sistema digital de archivo de imágenes.

Implantación del sistema digital directo de imágenes.

Puesta en funcionamiento de un segundo ecógrafo y de una segunda unidad de resonancia.

Definición y evaluación de la competencia técnica de los profesionales.

Con estas medidas se han alcanzado mejoras significativas en las áreas mencionadas, así como en la trazabilidad de todo el proceso, gracias a las nuevas aplicaciones informáticas implantadas.

Asimismo, se ha acortado el tiempo de espera para la cita de ecografía y es previsible que ocurra lo mismo con la resonancia en un futuro inmediato,

### **DISCUSIÓN:**

Si bien los resultados iniciales de los indicadores fueron bastante satisfactorios, el seguimiento de los mismos nos ha ayudado a mejorar nuestra eficacia arraigándose la mentalidad y el hábito de la toma de decisiones basada en datos.

Asimismo, se ha trabajado en el consenso con otros departamentos para los criterios para un correcto desempeño mutuo,. Esto se traduce en un mayor orden y entendimiento en el trabajo.

La implicación del personal en el proceso de mejora continua fue aumentando gradualmente y se ha conseguido una alto grado de asunción de responsabilidades, arraigo de la cultura de seguridad, tanto del paciente como del personal.

**CB - 359.- INDICADORES DE CALIDAD. ANÁLISIS DE RESULTADOS ALCANZADOS EN PACIENTES CON PROCESO DE ORTOGERIATRÍA.**

ESCOLANTE-CASTRO O.

HOSPITAL GUADARRAMA. GUADARRAMA (MADRID).

**OBJETIVOS:**

El Hospital de Guadarrama es un centro donde la Rehabilitación es una especialidad predominante en el conjunto de los procesos terapéuticos hospitalarios. Dentro del proceso de ORTOGERIATRÍA se incluyen todas aquellas patologías relacionadas con procesos traumatológicos que producen cierto grado de inmovilismo. Se analizan los índices de proceso desde 2004. Desde 2010 está certificada la norma UNE-EN ISO 9001.2008.

**OBJETIVOS:**

Medición de los indicadores de resultados de proceso de ORTOGERIATRÍA para verificar el control del mismo e identificar opciones de mejora. Siempre con un enfoque interdisciplinar que asegura la atención integral del paciente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En los hospitales se han creado grupos de trabajo para planificar el proceso rehabilitador en pacientes geriátricos ingresados por un proceso traumatológico, que sugiere un síndrome de inmovilismo de mayor o menor grado.

Los indicadores de calidad se recogen de forma sistemática. Los datos son analizados con una periodicidad cuatrimestral en el seno del equipo interdisciplinar.

**RESULTADOS:**

Se trata de un estudio descriptivo en el que se analizan los resultados alcanzados en el 2010 y 2011. Se han recogido 518 registros. Se estudia la ganancia funcional utilizando los valores de mejoría del índice de Barthel al alta respecto al ingreso. Se obtiene una ganancia media de 31,9 y 33,98 puntos para los años 2010 y 2011 respectivamente. Así mismo, se estudia la ganancia del índice funcional de marcha, que permite evaluar la capacidad de deambulación del paciente durante el ingreso, con una ganancia media 3,03 y, 2,78 puntos para los años 2010 y 2011. Analizamos los pacientes que tras la cirugía traumatológica permanecieron en descarga y en que medida este hecho ha condicionado un incremento de la estancia en días.

Finalmente se analizaron los pacientes dados de alta a domicilio y los traslados a residencia.

Se analizaron los índices de eficiencia siendo de 0,74 en los dos años estudiados y el de eficacia que ha sido de 55 para los dos años.

Complicaciones tales como caídas y procesos intercurrentes que afectaron al tratamiento rehabilitador.

**DISCUSIÓN:**

La implantación de estos procesos nos ha permitido unificar criterios en las distintas unidades del hospital.

**CB - 360.- TRES EJEMPLOS DE MEJORA Y UNA TEORÍA: LA REALIDAD Y LOS PILARES DEL CONTROL Y MEJORA DEL PROCESO. CLINICAS IMQ.**

SOLÍS-POLO G, RUIZ-GARCÍA I, URRUTIA-JOHANSSON I, ECHEVERRIA-ROCA M, FERNANDEZ-ALVAREZ J, FUENTES-FELIPE F.

CLÍNICA IMQ ZORROTZAURRE. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Resumir las herramientas utilizadas para la medición de los procesos y la mejora continua, dando respuesta a preguntas como las siguientes:

Cómo identificar las áreas de mejora.

Cómo interpretar una desviación de nuestros indicadores y cuándo se debe empezar a actuar.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se toman tres ejemplos, centrándonos en la demora del triaje de urgencias y la satisfacción del paciente de urgencias y del laboratorio:

Se compararon los resultados obtenidos sobre demora del triaje con los estándares establecidos, no alcanzando el grado deseable de cumplimiento de la especificación.

Aplicamos el control estadístico de procesos para valorar la variabilidad de los mismos.

Se evaluó la satisfacción del paciente de Urgencias y laboratorio y se realizó un estudio de los casos en los que la valoración del tiempo de espera era más baja en Urgencias, así como un estudio sobre el tiempo de demora para la extracción en el Laboratorio.

**RESULTADOS:**

Acciones realizadas ante los resultados iniciales:

- ☐ Seguimiento y mejora de la calidad de los registros asociados al triaje, así como de la técnica.
- ☐ Se dotó al servicio con una enfermera adicional.
- ☐ Se reforzó la formación.
- ☐ Se realizó una campaña de información al paciente en Urgencias sobre el funcionamiento del servicio.
- ☐ En el laboratorio, se amplió el horario de extracciones.

Estas medidas tuvieron como resultado una mejora significativa en los indicadores demora del triaje satisfacción del paciente y su percepción sobre el tiempo de espera, en Urgencias y laboratorio.

**DISCUSIÓN:**

Llegamos a las siguientes conclusiones:

- ☐ Al iniciar la evaluación de indicadores, casi invariablemente, comprobamos que el grado de cumplimiento de las especificaciones es inferior a la percepción que teníamos sobre el mismo.
- ☐ Una vez alcanzado un nivel aceptable de cumplimiento de las especificaciones de un indicador, es más importante conseguir la estabilidad del mismo que aumentar el nivel de exigencia del estándar, es decir, variabilidad en un rango aceptable y para ello es muy útil el control estadístico de procesos.

Los principales pilares en los que debemos basar la mejora continua son:

- ☐ La comparación de los resultados que obtenemos en la evaluación de los indicadores con los estándares establecidos.

- ☐ La observación de la tendencia en los resultados de indicadores.
- ☐ Cuando tenemos una cierta trayectoria en la evaluación de los indicadores, el control estadístico de procesos resulta muy útil para valorar las desviaciones, con el fin de identificar las causas no comunes de variación y adoptar las medidas oportunas.
- ☐ La evaluación de la satisfacción del paciente, aparte de para conocer la percepción del paciente, sobre los distintos aspectos del servicio, pueden ayudar a comprender la asociación entre diferentes aspectos del proceso que en un principio pueden pasar inadvertidas.

**CB - 361.- GESTIÓN POR PROCESOS EN UNA UNIDAD DE LESIONADOS MEDULARES.**

JAUREGUI-ABRISQUETA ML, IZARZUGAZA-ITURRIZAR E, CIVICOS-SANCHEZ N, ITURRIZAGA-ACEÑA I, SAEZ-CASADO JL, ZABALLA-FERNANDEZ R.

UNIDAD DE LESIONADOS MEDULARES – SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN - HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES. BARAKALDO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

Realizar un sistema de gestión organizado que ayude a conseguir resultados esperados en la hospitalización de la Unidad de Lesionados Medulares (HULM) e identificar fuentes de información que permitan analizar y llegar a conclusiones sobre la calidad del proceso asistencial y su avance.

**MATERIAL Y MÉTODOS:****GESTIÓN POR PROCESOS:**

-Definición del proceso asistencial de la HULM mediante Ficha de Proceso: se realiza un Curso de Formación durante 1 mes y posteriormente Reuniones de Implantación durante 1 año; definiéndose requisitos, necesidades, recursos, responsabilidades asignadas, interacciones, seguimiento y control.

-Implantación: Presentación al equipo directivo, 5 reuniones informativas a colectivos y 2 a grupos de interés externos. El 05/03/2012 se inicia la implantación. Se realiza 1 reunión mensual del equipo gestor para revisión del sistema. El alcance del ciclo será 31/12/2012, momento en que se realizarán la valoración global del desempeño, plan de mejora y auditoría interna.

**RESULTADOS:**

-Sistema de gestión organizado para conseguir resultados (Ficha de proceso, documentos de sistematización de actividades, asignación de responsabilidades, medición y seguimiento...).

-Identificación de Fuentes de información del proceso (indicadores, incidencias, encuestas de satisfacción...).

-La HULM cuenta con una Ficha de Proceso definida por el equipo gestor y aprobada por la Jefatura de Servicio, Direcciones de Enfermería y Médica.

**DISCUSIÓN:**

Desde la década de los noventa se vienen retomando conceptos sobre gestión clínica y en los planes estratégicos de los hospitales se han ido incluyendo propuestas para favorecer la participación de los profesionales en la gestión de las organizaciones. En este marco, una de las grandes tendencias que se ha comenzado a implantar es la organización por procesos.

Nuestra ULM forma parte del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, está integrada dentro de un Hospital Terciario y funciona como Unidad de referencia de la Comunidad Autónoma en la atención al paciente con lesión medular. Está dividida en tres secciones: hospitalización, hospital de día y consulta externa.

En una primera fase se ha elaborado un sistema de gestión para la sección de hospitalización. Con ello se ha conseguido un espacio de encuentro entre los diferentes profesionales que intervienen en el proceso. Ha permitido disponer de actividades por escrito junto con sistemas de registro, demostrando lo que realiza cada profesional y reconociendo la labor de todos. Permite gestionar interacciones con otros procesos, poner

en común problemas y dificultades compartidas así como obtener información objetiva a través de indicadores de seguimiento.

Al no disponer de datos de otras Unidades de similares características el proceso medirá durante un año la capacidad de cumplir su misión así como los requisitos y necesidades de los clientes. Al finalizar este tiempo, el aumento de la información recogida por el proceso lo capacitará para establecer metas/objetivos para ciclos posteriores.

**CB - 362.- REVISION Y OPTIMIZACION DEL PROCESO DE LAVANDERÍA, TRAS LA REFORMA INTEGRAL DEL SERVICIO.**

GRAÑA-CABO A, MARTINEZ-MARTINEZ M, IZAGUIRRE-ESNAOLA I, OYARZABAL-VALORIA S, PORRAS-SANTAMARIA A, ASCASIBAR-JACA D.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA. DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN.

**OBJETIVOS:**

Evitando la externalización del Servicio de Lavandería del Hospital, conseguir:  
Cobertura de las necesidades totales a corto y medio plazo del Hospital, eliminando contratos exteriores.

Incremento de la productividad.

Optimización de la utilización de los recursos materiales.

Reducción del stock de ropa en rotación.

Mejora de las condiciones de trabajo en la lavandería.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Reingeniería del proceso de lavandería:

- Análisis y definición de necesidades finales de estructura, equipamiento y personal, por fases.
- Redefinición del proceso durante el tiempo de duración de la reforma, en cada una de las fases.
- Definición de las actuaciones a llevar a cabo y su cronograma.

Presentación y acuerdo con los trabajadores.

Acuerdo con la representación social de los trabajadores.

Formación a los trabajadores de lavandería.

Comunicación a la totalidad de personal del hospital.

Revisión y mejora continua hasta finalización del proyecto.

**RESULTADOS:**

Aseguramiento de la ejecución de la producción total necesaria para el hospital, hasta el 2015.

Reducción de los turnos ordinarios y extraordinarios de trabajo.

Reducción de las necesidades de personal para cubrir la producción.

Reducción de las necesidades de stock de ropa (lencería y vestuario).

Trazabilidad de la utilización del vestuario.

Disminución de cargas físicas del personal.

Posibilidad de asumir mayor producción.

**DISCUSIÓN:**

En los cuatro años, desde que se inició el proceso, las actuaciones llevadas a cabo han contado en todo momento con el apoyo del personal de lavandería, y su colaboración ha sido un factor clave en la plena consecución de los objetivos establecidos.

**CB - 363.- ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: SEMBRAR PARA RECOGER.**

DÍAZ-SAMPEDRO E, OLAVARRÍA-BEIVIDE E, MARTÍN-ORTIZ A, BARAHONA-BUSTAMANTE E, FERNÁNDEZ-NÚÑEZ ML, LÓPEZ-MAZA R.

HOSPITAL SIERRALLANA. TORRELAVEGA.

**OBJETIVOS:**

Nuestra Gerencia ha sido elegida para participar en un proyecto de implantación de Guías de Práctica Clínica (GPC) enfocadas a cuidados. Este proyecto, llamado Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO®)), ha sido puesto en marcha en España gracias a la colaboración entre la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud del Instituto Carlos III y la Registered Nurses Association of Notario (RNAO). Se presentan las acciones llevadas a cabo con el fin de facilitar la implantación de las GPC..

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Alcance del proyecto: 20 Unidades/Servicios, 600 profesionales implicados.

El programa BPSO® proporciona un modelo de estrategias interactivas en diversos niveles de actuación, que se han adaptado a nivel local:

- Selección de GPC
- Difusión del Proyecto
- Captación de profesionales que impulsen la implantación: implicar a profesionales de primera línea que serán los encargados de adaptar las recomendaciones de las guías en acciones reales de la práctica diaria y facilitar, impulsar y mantener los cambios en las rutinas de trabajo del resto de profesionales a través de la enseñanza, la motivación y el feed-back de resultados
- Formación específica de impulsores
- Creación de comité de implantación
- Reconocimiento a los profesionales implicados

**RESULTADOS:**

- Se seleccionaron 4 GPC, por consenso, implicando diversas comisiones y grupos de trabajo de la Organización.
- Presentación del Proyecto a 36 grupos de interés (Equipo Directivo, profesionales, Servicio Cántabro de Salud, Universidad de Cantabria, centros sociosanitarios concertados, Colegios Profesionales de Enfermería y Médico, etc ) a través de 1 sesión general y 18 sesiones por Servicios.
- 3 noticias en la Intranet hospitalaria.
- Noticias en prensa local y nacional
- Convocatoria abierta a todos los profesionales interesados en ser impulsores del Proyecto: 98 impulsores interesados (x enfermeras, x auxiliares, x técnicos especialistas, x médicos, 1 psicóloga.)
- 2 ediciones de actividad formativa para impulsores de 8h de duración, acreditadas con 1,7 créditos y realizándose cómputo de las horas en la jornada laboral (88 impulsores formados)
- Creación de 1 grupo estratégico y 4 grupos operativos de entre 18 y 27 personas (uno por cada guía a implantar).
- Creación de un foro institucional específico para las GPC a implantar
- Envío de carta personalizada de agradecimiento de parte de la Dirección a todos los impulsores.

**DISCUSIÓN:**

Aunque la aplicación de Guías de Práctica Clínica (GPC) ha demostrado mejorar los resultados de salud de los pacientes, su utilización en la práctica es baja. Para modificar la práctica clínica existente es necesario crear las condiciones de dirección, gestión, formación, motivación, etc, oportunas.

La herramienta de implantación del programa BPSO ha resultado útil para organizar y planificar el despliegue inicial necesario que facilite la implantación masiva de 4 Guías de Práctica Clínica..

**CB - 364.- IMPLANTACION DE LA MEJORA CONTINUA EN EL PROCESO DE SERVICIOS INFORMATICOS: 6 AÑOS DE CAMINO RECORRIDO.**

CONDE-AMBELEZ F, ASPILLAGA-BONILLA U, GUTIERREZ-FERNANDEZ A, SAINZ-DEL MOLINO A, SEGUROLA-ALVAREZ MG, MARCOS-RUIZ L.

HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO (OSAKIDETZA). GALDAKAO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

Implantar la mejora continua en la prestación de servicios informáticos del hospital. Suministrar, implantar y mantener los Sistemas de Información, la tecnología informática y las comunicaciones de datos, de tal forma que se de soporte operativo eficaz y a tiempo, para prestar la atención necesaria a los pacientes, salvaguardando la confidencialidad y seguridad de la información.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El proceso de servicios informáticos se implanta en el 2006 con la norma ISO 9001:2000 como metodología de trabajo. Para ello se constituyó un equipo de proceso y se implantaron herramientas informáticas que han dado soporte al despliegue de dicho proceso, como es la petición de avisos a informática y la de proyectos de desarrollo, ambas basadas en visual Basic, así como el Microsoft Project.

**RESULTADOS:**

Desde la implantación en el 2006 hasta la actualidad el proceso ha pasado por diversas etapas y ha incorporado mejoras significativas. 1) Definición del proceso; misión, cliente, requisitos, responsabilidades y medición. 2) Definición de la cartera de servicios con la identificación de tiempos de respuesta (así como el tiempo máximo y mínimo). Prestando básicamente los siguientes servicios; desarrollo y mantenimiento de aplicaciones, administración de Sistemas, instalación de hardware y/o software, mantenimiento de hardware e instalaciones y explotación de datos, 3) Diseño e implantación de una aplicación de avisos a informática, donde se prioriza la urgencia desde el proceso, atendiendo a los criterios definidos (impacto en paciente). Esta aplicación permite al usuario/a dar seguimiento a sus solicitudes, y al proceso le aporta información real de los avisos y de la actividad realizada. Del mismo modo, recoge los avisos "recurrentes". 4) El proceso también dispone de una aplicación, de diseño propio que permite la introducción, una vez aprobados, de nuevos desarrollos informáticos, recogiendo campos como: objetivo, alcance, y planificación. 5) Utilización de la aplicación de avisos de informática para la recogida de quejas y felicitaciones, 6) Identificación en la aplicación de las incidencias referidas a la LOPD lo que favorece su correcta gestión, 7) Mejora de la percepción de los usuarios respecto a los sistemas de información, pasando de un 5,66 en el 2008 a un 6,16 en 2010, en la encuesta de Personas del Hospital. 8) La información del proceso queda recogida en un Cuadro de mando, soportado en una aplicación de business intelligence, y que favorece la correcta monitorización y ajuste de objetivos.

**DISCUSIÓN:**

- 1) disponemos de un sistema de información real del proceso, facilitando la revisión y ajuste, así como la identificación de mejoras y la implantación de las mismas,
- 2) hemos diseñado un sistema que da respuesta a la gestión diaria de los servicios informáticos del Hospital y a los requisitos que nos marca la normativa vigente (como es la LOPD).
- 3) Las mejoras incorporadas en el proceso quedan reflejadas en la encuesta de satisfacción de personas y en los resultados de indicadores.

**CB - 365.- GUÍAS QUE GUÍAN: UN PASO MAS PARA PARA DISMINUIR LA VARIABILIDAD CLÍNICA.**

RIOS-VALLES L.

HOSPITAL LLEUGER CAMBRILS. TARRAGONA.

**OBJETIVOS:**

Evaluar el grado de utilización de guías de práctica clínica informatizadas.

Evaluar su impacto en la variabilidad clínica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Dada la gran variabilidad clínica que existe en la toma de decisiones diagnosticas y terapéuticas en ciertas patologías frecuentes en atención continuada, hemos apostado por modificar nuestras guías en soporte informático, de forma que con un simple clic, guían al profesional en la toma de decisiones tanto diagnósticas como terapéuticas, es decir, son "guías que guían". Constan de tres apartados:

a.- Algoritmos diagnósticos sencillos, que con un simple clic guían al profesional en la toma de decisiones.

b.- Protocolos terapéuticos, que ayudan al profesional en la decisión terapéutica recomendada en la guía.

c.- Indicadores clave de cumplimiento individualizados por profesional, para evaluar la mejora en la variabilidad clínica ( porcentaje de administración de acido acetil salicílico, prevención tromboembólica correctamente administrada, antibiótico administrado en la ITU, etc.

La priorización de las guías se ha hecho en base a su gravedad y a la variabilidad clínica.

Cada protocolo tiene un profesional responsable de su actualización y la dirección del centro explota los indicadores y el grado de utilización de las guías bimensualmente, presentando los datos globales en sesión de gestión clínica para aplicar las mejoras oportunas.

**RESULTADOS:**

Actualmente hemos implantado cuatro guías: Cardiopatía isquémica, fibrilación auricular, anticoncepción postcoital e infección del tracto urinario (ITU).

El grado de utilización de las mismas va en aumento, hemos pasado de un 36.75% en el primer cuatrimestre de 2011 con las guías clásicas, a un 41% en el mismo periodo de 2012, ( 29% cardiopatía isquémica, 31% fibrilación auricular, 95 % postcoital y 9% infección de orina ).

En cuanto a la variabilidad clínica, en todos los casos que se ha activado la "guía que guía" ha disminuido la variabilidad ( porcentaje de administración de acido acetil salicílico en Cardiopatía isquémica, ha pasado de 82.39% a 100%, % de correcta prevención tromboembólica del 48% al 95%, antibiótico utilizado en la ITU del 15 al 95 % ).

Actualmente estamos pendiente de los resultados de los indicadores a los 6 meses de su implantación, en junio de 2012.

**DISCUSIÓN:**

El soporte informático de este tipo de guia, contribuyen a disminuir la variabilidad de la actuación diagnostica y terapéutica de los profesionales, siendo una herramienta aplicable a la gran mayoría de patologías prevalentes en Atención Primaria.

Es fundamental el retorno de información de los resultaos a los profesionales para conseguir y mantener su implicación.

**CB - 366.- UTILIDAD DE UN MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS.**

INIESTA-SÁNCHEZ J, ROS-GARCÍA VM, CORBALÁN-DÓLERA C, MUÑOZ-PÉREZ G, TERÓN-MARTÍNEZ MJ, SÁEZ-SOTO AR.

**OBJETIVOS:**

- Evaluar la utilización de los procedimientos como herramientas evaluación y mejora de la calidad de los cuidados de Enfermería.
  - o Determinar el nivel de evaluación.
  - o Conocer las acciones y ciclos de mejora desarrollados a partir de la evaluación.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo, retrospectivo de los procedimientos de Enfermería contenidos en el Manual desde su primera edición. Se estudiaron las Memorias de la Dirección de Enfermería y de Calidad de Enfermería en el periodo comprendido entre el año de publicación del Manual de Procedimientos de Enfermería (2000) y el año 2011.

Los resultados son expresados mediante frecuencias.

Variables: Nº veces evaluados, evaluados por año, Ciclos de mejora desarrollados, Acciones de Mejora adoptadas.

**RESULTADOS:**

- Nº de veces evaluados. 30 al menos una vez, 5 dos veces, 2 tres, 1 cuatro veces, 2 nueve y otros dos 10 veces.
- Nº de procedimientos evaluados por año: 2002: 2, 2003: 39, 2004: 8, 2005:11, 2006: 4, 2007: 4, 2008: 4, 2009: 5, 2010: 5, 2011: 4.
- Se constata la incorporación de Acciones y Ciclos de Mejora desde 2007.
- Acciones de Mejora: 23, 13 en 2007 y 10 en 2008.
- Ciclos de Mejora: 11, 1 en 2008, 5 en 2009, 2 en 2010, 3 en 2011.

**DISCUSIÓN:**

La finalidad de los manuales de procedimientos es mejorar la atención a los pacientes y para ello es necesario implementarlos en la práctica asistencial. Uno de los componentes de los programas de gestión de la calidad es la protocolización o diseño de la calidad, consistente en diseñar sistemas y procesos de modo que favorece que las actividades se realicen siempre bien, de forma que el resultado sea el esperado. Pero el diseño no es suficiente, hay que contrastarlo con la realidad, evaluarlo y monitorizarlo. Uno de los objetivos prioritarios de cualquier organización ha de ser la mejora continua de los cuidados y para ello debe definir, planificar e implantar actividades de medición, seguimiento y análisis para verificar que esta mejora se lleva a cabo de forma consecuente. La evaluación de indicadores de calidad de cuidados, que parten del cumplimiento de procedimientos institucionales, se ha convertido en un proceso sistemático que permite monitorizar el nivel de calidad los cuidados y establecer e implantar acciones de mejora tras cada evaluación. La calidad de los cuidados se hace patente a través de indicadores que permiten evaluar la práctica asistencial, éstos indicadores se extraen de la existencia y aplicación de los procedimientos como instrumentos de diseño y evaluación de la calidad. La dinámica de evaluación y mejora continua implantada en nuestro centro ha generado una actitud crítica sobre su labor asistencial y la participación actividades los profesionales en la mejora de los cuidados enfermeros.

## **Sesión de Comunicaciones Orales Breves.**

**Sala A3-4.**

**Jueves, 8 de noviembre / 16:00 h. – 18:00 h.**

### **Gestión y Organización de Servicios Sanitarios.**

**CB – 367 / CB – 393**

**CB - 367.- EL TABLÓN DE AVISOS, UN ELEMENTO FACILITADOR EN EL SEGUIMIENTO DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.**

GABARI-MACHÍN MM.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA A. PAMPLONA.

**OBJETIVOS:**

Introducción:

La historia clínica electrónica (HCE) se ha erigido como una herramienta fundamental en el trabajo diario de los profesionales sanitarios.

Objetivos:

- Implantar un método para saber el estado de las pruebas complementarias solicitadas a través del volante de la HCE.
- Incorporar un sistema que evite el uso de los informes en formato papel.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En nuestro entorno sanitario 16 Servicios han incorporado un catálogo de prestaciones/pruebas complementarias en la HCE. El volante de la HCE permite solicitar distintas prestaciones a diferentes Servicios. El volante que está solicitado queda pendiente de programar y secundariamente se ha de realizar, informar y validar.

El tablón de avisos sirve para visualizar el estado en que se halla la prestación. El momento de aviso se ha establecido que sea en estado realizado para las prestaciones que no se informan, y validado en el caso de prestaciones que son informadas por los servicios receptores, definiéndose un código de colores para cada estado (azul y amarillo respectivamente).

La validación del informe de la prueba ha supuesto una dificultad en el desarrollo de este método puesto que, en general, es muy alto el número de prestaciones informadas que no son validadas.

**RESULTADOS:**

Desde junio del año 2011 está en funcionamiento el tablón de avisos en la HCE. Las prestaciones que aparecen en él corresponden a pruebas complementarias de Alergología, Aparato Digestivo, Cardiología, Cirugía general, Enfermedades Infecciosas, Genética, Hematología y Hemoterapia, Medicina Interna, Medicina Nuclear, Neumología, Neurofisiología, Oftalmología, Radiodiagnóstico, Rehabilitación, Unidad del Sueño y Urología.

Todos los usuarios de la HCE tienen disponible esta aplicación. Sin embargo, los Servicios de Consultas (y también Admisión) son los que más la utilizan, al ser los que mayor número de pruebas solicitan.

Se observa que ha fomentado la utilización de la HCE por parte de enfermería en consultas.

**DISCUSIÓN:**

El tablón de avisos solamente permite conocer el estado de las prestaciones que se realizan dentro del circuito de imagen digital a través del volante de la HCE. Se excluyen pruebas como las analíticas, pruebas de anatomía patológica, el ECG, etc., que todavía no están en dicho entorno.

La manera de gestionar las consultas es diferente entre los servicios. Médicos, enfermeras, y administrativos participan de esta tarea, por ello, cualquiera de estos usuarios va a utilizar la herramienta.

La existencia del tablón de avisos desde su implantación va siendo conocida por un mayor número de usuarios, a ello ha contribuido la difusión de material formativo sobre la aplicación.

A pesar de que pueda observarse alguna limitación y, por tanto, margen de mejora, ha permitido dar solución a los objetivos planteados.

**CB - 368.- REESTRUCTURACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN EN HOSPITAL DE DÍA.  
UNA ACCIÓN DE MEJORA EN CALIDAD DESDE LA GESTIÓN POR PROCESOS.**

MARTINEZ-VERGARA A, FONTCUBERTA-GARCIA N, PRIETO-SAN ANTONIO C, CEDRON- L,  
FERNÁNDEZ-GALLEGOS A, PEREZ-DE OLAGUER J.

HOSPITAL PLATÓ. BARCELONA.

**OBJETIVOS:**

- Optimizar recursos en Hospital de Día para la mejora en la calidad asistencial.
- Adecuar y actualizar la cartera de servicios.
- Programar tratamientos y ocupación de la actividad según disponibilidad de espacios.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Aplicando la metodología de trabajo de gestión por procesos se plantea acción de mejora desde Proceso Atención en Hospitalización que permita la reestructuración y optimización del servicio de Hospital de Día y la ocupación de 11 Boxes de este servicio.

Realización de estudio de ocupación y tiempo real de tratamientos.

Diseño e implantación de agenda para los tratamientos y especialidades teniendo en cuenta tiempo real de tratamientos, ocupación según servicios médicos y posibilidad de ocupación para otras especialidades y profesionales.

**RESULTADOS:**

Se identifican áreas de mejora en cuanto a ocupación de espacios, horarios de tratamientos y programación.

Problemática detectada. Programación de tratamientos vinculada a profesional que comporta la falta de valoración real de ocupación de espacios, necesidades, tiempo real para tratamientos y la previsión para ocupación con diferentes tratamientos y en diferentes disciplinas médicas.

Evidencia: 10.70% anulación de tratamientos programados. No reflejado tiempo real de programación, datos de ocupación no reales versus disponibilidad de ocupación. Actividad 2010 (9179 tratamientos) superior en relación 2011 (8709 tratamientos).

Implantación de programación en Hospital de Día según ocupación para 11 Boxes en horario mañana y tarde.

Disminución de anulación de tratamientos y duplicidad de tratamientos (disminución a 6.3% de la programación en relación a datos de 2011).

Aumento de tratamientos y ocupación de Boxes: curas específicas de enfermería, ocupación para tratamiento médico de Patología de Dolor, aumento de actividad fisioterapia (6.4%) y Cirugía Ortopédica y Traumatológica (4.2%). Aumento actividad y aprovechamiento de Boxes en horario tarde para tratamientos Patología de Dolor y Oncología.

**DISCUSIÓN:**

La organización de servicio según la ocupación de espacios y la asignación de actividad según especialidad mejora el control y conocimiento inmediato de la estructura del servicio. Se actualiza la cartera de servicios aumentando en dos tratamientos y se actualiza el tiempo real de estos, adaptándolos a la organización de Hospital de Día. Se ocupan Boxes para otros tratamientos nuevos (Patología de Dolor).

Desde la gestión por procesos y el Proceso de Atención en Hospitalización se plantea la mejora de la calidad asistencial en Hospital de Día y mejora de la atención sanitaria del servicio ofreciendo como valor añadido la gestión inmediata y de proximidad al paciente y a los profesionales. La modificación de parámetros en programación ha aumentado la actividad de tratamientos y disminuido la anulación de éstos, evitando además, la distorsión que comportaba para la programación de los servicios médicos.

**CB - 369.- DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE PRIORITARIO.**

ERRASTI-GUTIERREZ M, GARATE-GUISASOLA E, LETONA-ARAMBURU J, DIEZ-AZURMENDI L.

ORGANIZACIÓN CENTRAL DE OSAKIDETZA. VITORIA - GASTEIZ.

**OBJETIVOS:**

Ante la necesidad de adecuar el tiempo de respuesta para determinadas patologías que conllevan cierta gravedad evitando las demoras que, habitualmente encontramos en el sistema sanitario y estando agotada, la vía del paciente preferente, la DAS de Osakidetza optó por rediseñar un circuito denominado ;del paciente prioritario; que asegurase la atención de estos pacientes en tiempo adecuado.

**OBJETIVOS:**

Desarrollar e implantar en todos los centros de Osakidetza (At. Primaria y At. Especializada) un circuito específico de atención rápida para pacientes con sospecha de enfermedad oncológica o cardiológica en los que la demora en su diagnóstico y tratamiento pueda comprometer su evolución.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se constituyó para ello un Grupo Promotor de miembros estables provenientes de AP, AE y Gestión. Posteriormente se crearon Grupos Clínicos de composición variable constituidos en ambos casos por profesionales médicos de AP y AE, expertos en la enfermedad analizada.

1. En una 1ª fase de Planificación se priorizó y estableció un grupo de 9 procesos del ámbito de cardiología (2) y oncología (7) sobre los que se trabajaría en esta etapa.
2. En la fase de Diseño de proceso los grupos se centraron en llegar al consenso en aspectos claves: definición de casos a través de criterios de inclusión, establecer unos plazos ;tolerables; para cada proceso clínico, acorde a la realidad de la oferta de todos los centros de Osakidetza, análisis de los circuitos por los que debía discurrir el paciente, la información relativa a su proceso y establecimiento de un sistema de seguimiento y revisión por parte de los responsables a designar en cada organización en AP y AE.
3. En la fase de implantación se facilitaron los cambios necesarios en los sistemas informáticos para la gestión tanto de citas como de información relativa al proceso. Se estableció un plan de información presencial con los responsables del ámbito de AP y AE implicados en su despliegue.

**RESULTADOS:**

Aunque algunos Centros ya han iniciado su puesta en práctica, lo previsto es finalizar el proyecto en todo Osakidetza a finales de Junio siendo previsible que para noviembre podamos contar con una 1ª aproximación de la evaluación cuali (satisfacción, adecuación...) y cuantitativa (grado de utilización, tiempos...) planteados en el proyecto y esperando aprender y establecer las mejoras oportunas.

**DISCUSIÓN:**

Además de cumplir con el objetivo de sistematizar y adecuar la oferta asistencial de manera formal a este grupo de pacientes que habitualmente engrosarían las filas de las lista de espera o urgencias, poniendo en marcha otro mecanismo de gestión.

Ha permitido analizar el proceso asistencial con un enfoque integrado y establecer una sistemática para todo Osakidetza que asegure la atención de pacientes con patologías graves sin que se haga dependiente del mejor o peor conocimiento del sistema y sus circuitos por parte de los profesionales.

Participación de AP y AE Conjunta.

Puesta en práctica nuevos modelos de atención como consultas virtuales.

**CB - 370.- LOS ATLAS DE SALUD MENTAL: ¿UNA HERRAMIENTA DE ANÁLISIS DE SERVICIOS?. EL ATLAS DE SALUD MENTAL DE GIPUZKOA.**

IRUIN-SANZ A, LEKUONA-SANZ L.

RED DE SALUD MENTAL DE GIPUZKOA. DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN.

**OBJETIVOS:**

Surge del interés de la RSMG de dotarse de un documento científico que permita conocer la situación y el funcionamiento del Sistema de Salud Mental, y que sirva para a su gestión y planificación en Gipuzkoa. El objetivo principal es el estudio de la sectorización, disponibilidad territorial y utilización de los servicios sanitarios de atención a las personas con enfermedad mental de la provincia de Gipuzkoa.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio comparativo, descriptivo y transversal de la SM en Gipuzkoa que se centra en la evaluación de servicios y tipos básicos de atención a nivel meso siguiendo el modelo propuesto en la Matriz de Thornicroft y Tansella(1999) para la evaluación de servicios. El año de referencia es el 2011 aunque se ha recurrido a datos de años anteriores y se ha completado con información en 2012.

Unidad de análisis: Los servicios de SM públicos, concertados y subvencionados destinados a la atención de personas con enfermedad mental y sus familias.

Criterio de inclusión: atención a personas con enfermedad mental (min. 20% de los usuarios están diagnosticados con trastorno mental).

Criterio de exclusión: atención exclusiva de carácter privado con ánimo de lucro y sin financiación pública.

Población diana: pacientes atendidos en los servicios de atención a la Salud Mental.

Unidad territorial: áreas geográficas definidas en la zonificación de salud, Áreas de Salud y Zona Básica de Salud, y las áreas de cobertura de los recursos de Salud Mental.

Instrumento: Diagrama Europeo para Evaluación de Servicios de Salud Mental-Investigación.

**RESULTADOS:**

Los resultados del estudio se concretan en un conjunto de cartografía que ha sido analizada:

Descripción de la organización territorial de la salud mental: análisis y mapas.

Caracterización sociodemográfica de las áreas geográficas de atención: Análisis y mapas de los indicadores sociodemográficos.

Distribución territorial de los servicios estandarizados de salud mental: Descripción, análisis de la distribución territorial de los dispositivos, de los profesionales y plazas/camas destinadas, mapas sobre las tasas de profesionales y plazas/camas por tipo de dispositivo.

Accesibilidad temporal a los servicios de salud mental: análisis y mapas.

Distribución territorial de la morbilidad psiquiátrica y la utilización de los servicios de salud mental: Análisis de las características demográficas de los pacientes, análisis de los indicadores de actividad de los servicios Y mapas de los indicadores de actividad.

**DISCUSIÓN:**

Servirá como método de evaluación del objetivo de promover la cooperación y corresponsabilidad de los Departamentos implicados, potenciar la participación de las personas que sufren un trastorno mental, sus familias y los profesionales que los acompaña. Se dispondrá de un sistema de información sobre los servicios de SM en Gipuzkoa (conocer la situación actual y planificar el futuro). Será útil para los usuarios, personas con trastorno mental y sus familias: dispondrán de un catálogo para conocer los diferentes servicios a los que acceder.

**CB - 371.- PRIMERA REFLEXIÓN ESTRATÉGICA EN UNA ORGANIZACIÓN INTEGRADA. EL CASO DE LA RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA (RSMB).**

LÓPEZ-ORTIZ M, ARRIZABALAGA-CALZACORTA M, PEREIRA-RODRIGUEZ C, VALENCIANO-GONZALEZ A, MARTÍNEZ-MAGUNACELAYA J, RODRÍGUEZ-ITURRIZAR A.  
BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Trascurrido un año y medio desde la creación de la RSMB, a través de la fusión de cuatro organizaciones sanitarias, la Dirección de la nueva organización aborda el reto de realizar una reflexión estratégica que defina el camino a seguir para desarrollar plenamente un modelo de atención comunitaria. Superada una primera etapa de integración estructural, se pretenden establecer las líneas estratégicas que permitan mejorar los resultados en salud y calidad de vida de las personas con enfermedad mental de Bizkaia.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Fases:

Preliminar: Presentación por parte de la Dirección del balance de los primeros 18 meses de la organización integrada, a los mandos intermedios a través de sesiones informativas.

1: Reflexión sobre los procesos de apoyo al objeto de revisar la reorganización y los cambios en el funcionamiento de los procesos de Gestión de Personas y Económico-Financiero, identificando tanto las fortalezas como las mejoras necesarias para aumentar la coordinación interna que consolide la integración plena de las organizaciones.

2: Reflexión sobre el modelo asistencial de la RSMB en la que participan los líderes asistenciales con el fin de consensuar las bases de un modelo comunitario equilibrado.

3: Contraste con profesionales asistenciales de la RSMB de las conclusiones de la fase anterior para identificar actuaciones clave que permitan desplegar ese modelo de atención y desarrollar el modelo de Atención a la Cronicidad impulsado por el Departamento de Sanidad.

4: Priorización de las acciones consensuadas y Plan de Acción.

**RESULTADOS:**

El debate suscitado en las diferentes fases del proceso de reflexión se concretó en 10 líneas estratégicas que constituyen el Plan de Gestión 2012 de la RSMB:

- 1 Desarrollar el modelo asistencial
- 2 Mayor protagonismo a los usuarios
- 3 Potenciar papel de la enfermera comunitaria
- 4 Avanzar en Gestión de personas
- 5 Garantizar recursos económicos y materiales
- 6 Consolidar el entorno tecnológico
- 7 Perfeccionar los sistemas de información sanitaria
- 8 Avanzar en investigación y docencia
- 9 Optimizar la integración
- 10 Gestión pública responsable.

Y 41 acciones de mejora para alcanzar las líneas asistenciales establecidas, y 28 acciones de mejora en las líneas relacionadas con los procesos de apoyo.

Posteriormente la Dirección elaboró un cronograma de implantación de las acciones.

**DISCUSIÓN:**

El proceso de reflexión en el que han participado desde líderes hasta profesionales en contacto directo y diario con el paciente, ha permitido constatar que el camino iniciado hacia un modelo comunitario y centrado en la recuperación del paciente y en la integración en su entorno cercano, cuenta con un consenso generalizado.

Las áreas de mejora detectadas indican que aún queda mucho trabajo para alcanzar el desarrollo pleno del modelo comunitario, y que debemos seguir trabajando para asegurar la continuidad de la atención, coordinando los recursos sociales y sanitarios, y facilitando que el paciente sea el protagonista en la gestión de su enfermedad.

## **CB - 372.- ¡SOCORRO!. NO QUEDA NADA EN EL MISMO SITIO.**

SANTIAGO-GARCIA C, ALVAREZ-DOMINGUEZ GM, LEON-NAVARRO J, MORENO-VALERO MA, GARCIA-GARCIA J, GARCIA-GARCIA AL.

AREA DE SALUD 2 - SERVICIO MURCIANO DE SALUD. CARTAGENA (MURCIA).

### **OBJETIVOS:**

Mejorar la asistencia sanitaria en un área de salud, mediante la apertura de un nuevo hospital, ampliación de la cartera de servicios y la dotación de nuevos. Mejorar la continuidad asistencial mediante la creación de la Gerencia de Área.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se abre un nuevo hospital en la ciudad, con socio tecnológico privado encargado de la dotación, mantenimiento y renovación de toda la tecnología. La construcción y gestión de servicios no sanitarios se cede a una empresa pública. Simultáneamente se desaloja un Hospital del Ministerio de Defensa y se transforma el hospital urbano del Servicio Regional de Salud al tiempo que se integra la Atención Primaria. El proceso de rediseño y planificación estratégica fue progresivo, garantizando la asistencia y trabajando en tres hospitales simultáneamente. Tras la recepción del nuevo inmueble, se programó el traslado al nuevo recinto hospitalario en 3 fases:

Octubre-2010: traslado de consultas externas

Diciembre-2010: traslado del bloque materno infantil con inicio de la hospitalización.

Febrero-2011: Inauguración oficial del nuevo hospital

Abril y Mayo-2011: traslado progresivo de los servicios e inicio de actividad. 4 de Mayo:

Apertura de la puerta de urgencias del nuevo hospital

Previo a cada fase se coordinaron acciones con todo el personal (médicos, enfermeras, responsables de sistemas de información, mantenimiento...) y expertos en traslados hospitalarios, responsables de formación, de sistemas de información, gestores no sanitarios, con contenido prefijado para chequear, relativa a instalaciones, funcionamiento, material, dotación informática y electrónica y compatibilidad de sistemas, recursos humanos y formación. Se diseñaron circuitos de funcionamiento e información/formación a los implicados y a la población.

### **RESULTADOS:**

Se parte de una actividad hospitalaria prestada en dos hospitales (uno urbano, accesible y con gran arraigo en la población y un hospital de defensa, que compartía su uso militar y civil, mediante convenio entre ambos ministerios). Tras la apertura del nuevo Hospital, se plantea el traslado de la actividad clínica ambulatoria y hospitalaria, añadiendo la creación de nuevos servicios, y ampliación de la cartera existente. Simultáneamente se persigue el objetivo de dejar la actividad en el hospital de defensa, devolviendo las instalaciones a sus propietarios, potenciando la cirugía mayor ambulatoria y de corto ingreso y el área psiquiátrica. El proceso se realiza con la premisa de atender a los pacientes, garantizando la asistencia y mejorando la continuidad asistencial.

Se ejecutaron los planes previstos con modificaciones sobre el cronograma inicial, debido a requerimientos asistenciales, limitación de infraestructuras/materiales o formación.

### **DISCUSIÓN:**

La cohesión y un objetivo común de los implicados han sido cruciales para el éxito del proceso.

La flexibilidad, secuencialidad, visión conjunta del proyecto, motivación e implicación de líderes son factores críticos y limitantes para desarrollar el proyecto.

**CB - 373.- ADAPTÁNDONOS A LOS CAMBIOS IMPUESTOS: ¿LO HEMOS HECHO BIEN?.**

SALADIE-VERNET MT, ENRI-FERNÁNDEZ E, ALCARRAZ-VERNET MC, SILVESTRE-GARCÍA E, COLLADO-CUCÒ A, NAVARRO-VELÁSQUEZ E.

ABS VANDELLÒS-HOSPITALET. L'HOSPITALET DE L'INFANT (TARRAGONA).

**OBJETIVOS:**

Evaluar los efectos de un cambio en la organización de la atención urgente en un centro de atención primaria (CAP) sobre las cargas asistenciales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Modificaciones organizativas introducidas a partir del 01/09/2011.

-Cierre del CAP durante el periodo nocturno (21h – 8h).

-Reserva de huecos de agenda para visitas espontaneas y/o urgentes a costa de las programadas

-Incorporación de la enfermería para el filtrado de las demandas espontaneas.

Revisión de las asistencias efectuadas durante el periodo setiembre-mayo de los tres últimos años a partir de los registros informatizados de la historia clínica (OMI-AP).

Tabulación y depuración de los valores obtenidos (Microsoft Access) por grupo profesional, tipo de visita y horario.

Cálculo de estadística descriptiva e inferencial.

**RESULTADOS:**

Se analizan un total de 129.292 visitas, de las cuales el 28,46% eran espontaneas o urgentes (no diferencias significativas entre los periodos estudiados).

En la primera hora de abertura del centro (08h a 09h) se produjo un incremento del 150% de visitas urgentes( $p0.01$ )en el periodo 2011-12 respecto al anterior.

Las urgencias atendidas por enfermería en el periodo 2011-12 respecto al anterior se incrementaron en un 180% ( $p0.001$ ). En el caso de los médicos no se observa diferencia significativa ( $p0.1$ ).

Las visitas programadas durante el periodo 2011-12 sufrieron un decremento del 17 % respecto al periodo anterior ( $p0.05$ ).

**DISCUSIÓN:**

El cierre del CAP durante el periodo nocturno no ha hecho disminuir la demanda asistencial urgente o espontánea, sino que la ha concentrado en horario diurno.

El incremento de visitas a primera hora supone un aumento de la carga de trabajo al personal administrativo y de enfermería.

El personal de enfermería ha visto incrementada su carga de trabajo global.

Han disminuido las visitas concertadas (revisión de crónicos, programas de salud, etc...).

**CB - 374.- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN SALUD MENTAL.**

MAYORDOMO-ARNÁIZ E, CAÑAS-GARCÍA MT.  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE ÁLAVA. VITORIA - GASTEIZ.

**OBJETIVOS:**

Conocer el papel de la enfermera gestora de casos en salud mental.

Introducción: Los trastornos mentales poseen una gran repercusión sobre la morbimortalidad e impacto sobre la calidad de vida tanto de las personas afectas como de sus cuidadores. Su incidencia y prevalencia han experimentado un aumento espectacular. Se calcula que el 76% de los reingresos son evitables y representan un 13% del número total de ingresos. La psicosis está dentro de los 5 diagnósticos médicos causantes de más reingresos. Un estudio estimó en un 24,6% los pacientes psicóticos que reingresaban antes del mes.

El Plan Estratégico de Osakidetza y Estrategias para afrontar el reto de Cronicidad reflejan una especial sensibilización para el desarrollo de nuevas políticas activas que conlleven cambios en los modelos de gestión y reorganización de servicios.

El proyecto estratégico 8 de la Oficina para la Estrategia de la Cronicidad hace referencia a las Competencias avanzadas de enfermería, cuyo impacto esperado es la atención y gestión del proceso de cronicidad: promoción de una atención continua, coordinación interprofesionales, movilización de recursos, aumento de la calidad de vida y satisfacción de profesionales, pacientes y cuidadores.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Revisión bibliográfica de artículos publicados sobre gestión de casos en enfermería de salud mental. Se ha utilizado la Biblioteca Virtual de Osakidetza y la revista Journal of Psychosocial Nursing, no incluida en dicho catálogo. Palabras claves utilizadas: gestión de casos, gestión de cuidados, gestor de casos, enfermera de enlace, planificación al alta y sus análogas en inglés.

**RESULTADOS:**

Se han recogido un total de 19 artículos relacionados con la gestión de casos en enfermería de salud mental. Algunos de ellos permanecían en un nivel más teórico, mientras otros aportaban datos sobre su puesta en práctica.

Se han encontrado diferentes definiciones de gestión de casos y enfermera gestora de casos. Todas ellas con elementos comunes pero también con matices diferentes relacionados con el contexto y modelo sanitario prevalente.

La revisión bibliográfica realizada fomenta la prestación de una atención integral y de calidad que dé respuesta y se adapte a las necesidades de las personas que padecen una enfermedad mental. Al mismo tiempo, que posibilite aportar nuestra propia definición de enfermera gestora de casos en salud mental como: la enfermera responsable del proceso de transición y coordinación de la persona con un problema de salud mental y/o con una afectación significativa de sus necesidades a nivel funcional y psicosocial, a través de los distintos niveles de asistenciales sanitarios de la Red de Salud y/o recursos existentes.

**DISCUSIÓN:**

Establece un punto de partida basada en la evidencia. La implementación de la enfermera gestora de casos en salud mental puede contribuir de manera positiva en la adopción de una cultura continuidad asistencial de las personas con una enfermedad mental grave y su permanencia en la Comunidad.

## **CB - 375.- CÓMO LLEGAR A 3 610 PERSONAS EN LA REFLEXIÓN ESTRATÉGICA Y SACAR CONCLUSIONES. UN EJERCICIO DE PARTICIPACIÓN.**

RUIZ-ETXEBARRIA MA, GUAJARDO-REMACHA J, REGULEZ-ARIÑO MP, SOTO-BEOBIDE A, LLARENA-CUEVAS MJ.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO. BILBAO.

### **OBJETIVOS:**

Implicar en el proceso de reflexión estratégica a todas las personas del Hospital, mediante un método que sirva para contrastar la estrategia y completar la reflexión con el máximo número de aportaciones. Fomentar una visión compartida que facilite el despliegue y puesta en marcha del Plan Estratégico.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Para cumplir el objetivo se optó por el diseño de cuestionarios de preguntas abiertas para contrastar la definición de Misión, Visión, Valores, y Retos Estratégicos, fruto de la primera reflexión realizada por el G17 formado por (Equipo Directivo, personas del Consejo técnico y la Unidad de Calidad). Se han diseñado nueve modelos diferentes: Uno por cada reto estratégico (8) y un cuestionario con preguntas generales.

Todos los cuestionarios mantienen una parte común, cuyo objetivo es contrastar Misión, Visión y Valores y una segunda parte específica para cada Reto con preguntas abiertas de cara a identificar proyectos, e indicadores y un segundo apartado que busca reflexionar sobre focos de análisis relativos al contenido del RETO.

### **RESULTADOS:**

Los cuestionarios se incorporan en la segunda fase del proceso de reflexión estratégica, con el objetivo de completar los resultados aportados por los Grupos de reflexión presenciales, formados por líderes y expertos en el contenido del Reto analizado.

Para cada Reto Estratégico, se constituyó un Grupo Espejo y al que se le envía un cuestionario con las mismas preguntas que las utilizadas en la reflexión del grupo presencial. El total de personas participantes en los 8 grupos espejo fue de 104.

Se les pide que tras la lectura de la Misión, Visión y Valores, y del contenido del RETO sobre el que tienen que reflexionar contesten una serie de preguntas, relativas a proyectos, indicadores y se focaliza en varios puntos del propio contenido del Reto.

2) En una fase posterior se envían cuestionarios dirigidos al Grupo - Personas. Está formado por las personas que no han participado en los anteriores grupos (grupos presenciales y grupos espejos) y su objetivo además de informar del contenido de un primer borrador del PE, es dar la opción de participar en la reflexión a nivel general.

### **DISCUSIÓN:**

1) El cuestionario on-line, es una herramienta válida para contrastar la estrategia definida por un grupo de líderes de Equipo de Dirección, con las personas de la organización, con alcance global.

2) Acerca la estrategia a las personas y dinamiza la implicación con las ideas estratégicas.

3) El valor de la propia participación en el proceso, esto es, invitar a todas las personas a ser parte activa en el Plan Estratégico desde su definición 4) Conocer en un análisis segmentado, la información de primer nivel para definir posteriormente estrategias.

**CB - 376.- LA IMPORTANCIA DE LA COORDINACION CON EL SECTOR DEL EMPLEO PROTEGIDO EN LA REHABILITACION DE LAS PERSONAS CON T.M.S.**

VIGUERA- L, IRIBAR-SORAZU K, APALATEGUI- N, ASKASIBAR- A, SAN VICENTE-OTAMENDI N, LEKUONA-SANZ L.

RED DE SALUD MENTAL DE GIPUZKOA.

**OBJETIVOS:**

El carácter asistencial de RSMG y la tipología de la enfermedad hacia la que dirige sus actuaciones tienen un fuerte impacto social existiendo un compromiso primordial con la sociedad, que es la recuperación de la salud perdida a través de las intervenciones en beneficio de la mejora del estado de salud.

Esta implicación/compromiso con la sociedad ha hecho que, desde 1996, la Red de Salud Mental de Gipuzkoa, junto con las instituciones de Gipuzkoa, tenga presente como objetivo propio ayudar a los pacientes con más dificultades en reinserción laboral a la consecución de su integración a través de diferentes acciones.

A efectos de estandarizar el proceso de coordinación entre ambos recursos, asistencial y laboral, con la finalidad de que las personas con enfermedad mental tuviesen un mejor aprovechamiento de los mismos, se estableció la necesidad de contar con un procedimiento de coordinación.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Con este objetvo se creó un grupo de trabajo compuesto por técnicos de Gureak y Trabajadoras Sociales de la Red de Salud Mental de Gipuzkoa, de Osakidetza, con la finalidad de:

☐ Identificar y analizar los aspectos positivos y las dificultades en la práctica de la coordinación.

Valorar y consensuar intervenciones ante las necesidades detectadas.

Diseñar un protocolo de coordinación común.

A lo largo de 8 meses de 2011 se mantuvieron 6 reuniones de trabajo, con cuyas conclusiones se elaboró el protocolo de coordinación, validado y aprobado por ambas Organizaciones.

**RESULTADOS:**

☐ Creación del protocolo de colaboración y el flujograma de relación.

Creación de un foro para el seguimiento de los procedimientos establecidos con el objetivo de actuar como un "observatorio" que garantice el buen funcionamiento del protocolo y la consecución de sus objetivos.

Diseño de un modelo de Consentimiento Informado para la información acerca del caso.

Edición de un pequeño manual formativo para responsables de los centros de empleo.

**DISCUSIÓN:**

El procedimiento incide en la necesidad de contar con información actualizada de cada paciente, desde los dos ámbitos de trabajo, tanto asistencial como sociolaboral, existiendo un compromiso por parte de ambos sistemas para la facilitación de la misma.

La formación periódica sobre enfermedad mental a los responsables de los talleres laborales se ha identificado como un área prioritaria para poder alcanzar el objrtivo de la integración.

**CB - 377.- PROYECTO DE APERTURA DE UN HOSPITAL MILITAR A LA POBLACIÓN GENERAL: CRÓNICA DE UN ENCUENTRO.**

LOPEZ-PALACIOS S, DELGADO-PÉREZ JM, LOPEZ-GOMEZ C, ALGUACIL-RODRÍGUEZ R, ESPINOSA-URBINA J, MOLINER-PRADA C.

GERENCIA ATENCION PRIMARIA. MADRID.

**OBJETIVOS:****GENERAL**

Conseguir una adecuada puesta en marcha del convenio de colaboración entre el Ministerio de Defensa y la Comunidad Autónoma de Madrid en materia de asistencia sanitaria, por el cual el Hospital Militar (HM) pasa a ser centro de referencia para la población de las Zonas Básicas (ZB) de cuatro Centros de Salud (CS) atendiendo a una población de 112.000, y también para 5.463 habitantes adscritos a otra ZB.

**ESPECÍFICOS**

Adequar los circuitos de derivación de pacientes entre Atención Primaria y Atención Especializada. Conseguir que la satisfacción sea alta, tanto de la población, como de los profesionales de los dos niveles asistenciales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se constituye un grupo multidisciplinar de trabajo para asegurar la puesta en marcha y operatividad del convenio, integrado por profesionales de la gerencia del hospital, responsables de la Dirección Asistencial y los directores de los centros de salud. Además se constituyen grupos de trabajo para la normalización y establecimiento de las agendas y del petitorio del HCD, la tramitación de las derivaciones, las solicitudes de estudios radiológicos y de laboratorio. Además de las comisiones del área médica, médico-quirúrgica y urgencias.

**RESULTADOS:**

Reuniones de continuidad asistencial para seguimiento del convenio (6) .Comunicación de incidencias por parte de los Directores de los C.S al Director de Continuidad Asistencial del HM y hoja resumen de incidencias mensuales por la DAC. Reuniones de AE con AP (21 servicios), revisando la situación actual, planteando actuaciones para mejorar la derivación, y estableciendo referentes por servicio. Reuniones de continuidad de cuidados de enfermería, 2 reuniones de coordinación. Reunión de las Unidades de Atención al Usuario de los C.S con el servicio de Admisión del HM. Realización de 4 protocolos. Plan de continuidad asistencial 2012. Constitución de la Comisión de uso racional del medicamento. Participación en la Comisión de docencia del HM. La integración del HM en la red sanitaria pública, ha supuesto para los profesionales de AE y AP establecer procedimientos de coordinación de amplio calado y con resultados positivos, que han hecho posible que la población no haya notado (en base a los incidentes y reclamaciones presentadas) el cambio de hospital. Están pendientes de análisis los resultados de la encuesta de satisfacción de la población.

**DISCUSIÓN:**

El liderazgo de la organización, la voluntad de los profesionales, junto a la existencia de responsables operativos, destacando la participación de los directores de los CS, y el papel del Director de Continuidad Asistencial, han sido los puntos fuertes para lograr con éxito la apertura del HM a la población civil.

**CB - 378.- EVALUACIÓN DE LOS NUEVOS ENFOQUES EN LA ATENCIÓN A LA CRONICIDAD. RESULTADOS AL APLICAR IEMAC 1.0.**

GUILABERT M, TORO N, CONTEL JC, MIRA-SOLVES JJ, SOLÁS O, NUÑO R.  
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ.

**OBJETIVOS:**

En España existen casi 20 millones de personas que refieren problemas crónicos de salud y a cuya atención se destinan tres cuartas partes de los recursos sanitarios. La atención a los pacientes crónicos requiere de un enfoque multidimensional, proactivo, continuado, integral y sistémico, que vaya más allá de los aspectos estrictamente clínico-asistenciales. El Chronic Care Model (CCM) se ha consolidado en la mayoría de países desarrollados como modelo de referencia a la hora de abordar un cambio en las estrategias de atención a la cronicidad. IEMAC (Instrumento para la Evaluación de Modelos Asistenciales ante la Cronicidad) se ha desarrollado para trasladar al terreno operativo los marcos conceptuales del CCM, en nuestro entorno sanitario. En esta comunicación se describe el nivel de desarrollo de los enfoques de atención a la cronicidad basándonos en las intervenciones que IEMAC incorpora como hoja de ruta para una mejor atención al fenómeno de la cronicidad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se describen las tendencias en los resultados en una selección de las 80 intervenciones de IEMAC 1.0. Los resultados son fruto de las valoraciones (escala en 5 segmentos de 0 a 100) de una muestra de oportunidad de más de 250 profesionales sanitarios, pertenecientes a distintos servicios de salud, que han participado en diferentes sesiones de presentación de IEMAC. Los participantes de forma individual, voluntaria y anónima, valoraron considerando: despliegue (profundidad de la intervención y grado de implantación tanto cobertura territorial como número de patologías sobre las que se interviene), si se evalúa de forma sistemática y continuada en el tiempo las intervenciones puestas en práctica y si se introducen mejoras que potencian los resultados en términos de una mayor calidad, eficiencia y sostenibilidad del sistema.

**RESULTADOS:**

La puntuación global media en las dimensiones de IEMAC osciló entre 13 y 28 puntos (dentro del segundo segmento de la escala de respuesta), indicando que: (i) si bien existen enfoques y experiencias puntuales puestas en práctica, éstas no logran un 50% de alcance territorial y no alcanzan a un amplio número de patologías, (ii) que no se lleva a cabo una evaluación sistemática de resultados. Existe un mayor desarrollo en lo referente a sistemas de información y un menor desarrollo en los enfoques para implicar al paciente en autocuidado y, especialmente, en la coordinación con los recursos comunitarios.

**DISCUSIÓN:**

IEMAC permite clasificar enfoques de atención a la cronicidad en función de su alcance, nivel de implantación y resultados alcanzados. La búsqueda de una respuesta a las necesidades de los enfermos pluripatológicos más efectiva y eficiente pasa por enfoques que combinan diferentes intervenciones que movilizan recursos de la comunidad, el paciente y el sistema de salud (enfoque multipalanca).

**CB - 379.- CRÓNICA DE UN ENCUENTRO.PROYECTO DE APERTURA DE UN HOSPITAL MILITAR A LA POBLACIÓN GENERAL.**

DELGADO-PÉREZ JM, ESPINOSA-URBINA J, ALGUACIL-RODRÍGUEZ R, MOLINER-PRADA C, LOPEZ-GOMEZ C, LÓPEZ-PALACIOS S.

GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA. MADRID.

**OBJETIVOS:****GENERAL**

Conseguir una adecuada puesta en marcha del convenio de colaboración entre el Ministerio de Defensa y la Comunidad Autónoma de Madrid en materia de asistencia sanitaria, por el cual el Hospital Militar (HM) pasa a ser centro de referencia para la población de las Zonas Básicas (ZB) de cuatro Centros de Salud (CS) atendiendo a una población de 112.000, y también para 5.463 habitantes adscritos a otra ZB.

**ESPECÍFICOS**

Adecuar los circuitos de derivación de pacientes entre Atención Primaria y Atención Especializada. Conseguir que la satisfacción sea alta, tanto de la población, como de los profesionales de los dos niveles asistenciales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se constituye un grupo multidisciplinar de trabajo para asegurar la puesta en marcha y operatividad del convenio, integrado por profesionales de la gerencia del hospital, responsables de la Dirección Asistencial y los directores de los centros de salud. Además se constituyen grupos de trabajo para la normalización y establecimiento de las agendas y del petitorio del HCD, la tramitación de las derivaciones, las solicitudes de estudios radiológicos y de laboratorio. Además de las comisiones del área médica, médico-quirúrgica y urgencias.

**RESULTADOS:**

Reuniones de continuidad asistencial para seguimiento del convenio (6) .Comunicación de incidencias por parte de los Directores de los C.S al Director de Continuidad Asistencial del HM y hoja resumen de incidencias mensuales por la DAC. Reuniones de AE con AP (21 servicios), revisando la situación actual, planteando actuaciones para mejorar la derivación, y estableciendo referentes por servicio. Reuniones de continuidad de cuidados de enfermería, 2 reuniones de coordinación. Reunión de las Unidades de Atención al Usuario de los C.S con el servicio de Admisión del HM. Realización de 4 protocolos. Plan de continuidad asistencial 2012. Constitución de la Comisión de uso racional del medicamento. Participación en la Comisión de docencia del HM. La integración del HM en la red sanitaria pública, ha supuesto para los profesionales de AE y AP establecer procedimientos de coordinación de amplio calado y con resultados positivos, que han hecho posible que la población no haya notado (en base a los incidentes y reclamaciones presentadas) el cambio de hospital. Están pendientes de análisis los resultados de la encuesta de satisfacción de la población.

**DISCUSIÓN:**

El liderazgo de la organización, la voluntad de los profesionales, junto a la existencia de responsables operativos, destacando la participación de los directores de los CS, y el papel del Director de Continuidad Asistencial, han sido los puntos fuertes para lograr con éxito la apertura del HM a la población civil.

**CB - 380.- PROYECTO NECUPA: COORDINACIÓN INTEGRAL DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL AREA LOCAL DE BILBAO.**

BAÑUELOS-GORDON A, ROMO-ROMO MI, IBARRA-HERNANDEZ K, RUIZ-ETXEBARRIA MA, GARCIA-ASENSIO J, CAMPO-ARTOLA MA.

HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Prestar asistencia a pacientes y familiares, con enfermedad avanzada, progresiva e incurable, en la población del ámbito geográfico del Hospital Universitario Basurto, la Comarca Bilbao de Atención Primaria, incluida la UAP Urbi-Basauri, (incluyendo al PAC) y el Hospital Santa Marina, involucrando a los profesionales sanitarios.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se han formado dos profesionales, en un taller de formación durante cuatro meses, sobre la Gestión de Proyectos, cuyo trabajo final ha sido la elaboración del proyecto NECUPA o la atención sanitaria a los pacientes con necesidad de cuidados paliativos del área de Bilbao.

Se ha seguido la metodología impartida en el curso, donde tras el análisis de la situación de partida, se establecen los requisitos del proyecto, el ciclo de vida del proyecto, el plan de requisitos y entregas así como el despliegue en las tres organizaciones implicadas.

Se utiliza la herramienta informática Project, como método de elaboración y seguimiento de las fases del proyecto, elaborándose un cronograma para cada una de las fases del proyecto.

Se establecen las funciones de cada profesional implicado.

El despliegue en tres fases, según se trate de pacientes de Servicios Médicos, Quirúrgicos y/o finalmente Oncológicos, con alcance en Atención Primaria.

Difusión del Proyecto a los Profesionales Sanitarios de los niveles asistenciales implicados.

**RESULTADOS:**

Se consigue una atención socio sanitaria interniveles.

Nombramiento de la Coordinadora del Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP) del Hospital Universitario de Basurto (HUB).

Designación de interlocutores en Comarca Bilbao y H. de Santa Marina.

Se desarrollan reuniones intercentros e interniveles asistenciales para cada una de las fases, adecuando circuitos y responsabilidades.

Se elaboran protocolos de derivación pactados, estableciendo las reglas de los flujos de pacientes, de acuerdo a la asistencia que precise el paciente en cada momento.

Documento de soporte del proyecto.

**DISCUSIÓN:**

La atención paliativa debe proporcionarse desde todos los ámbitos asistenciales, ya que los enfermos en situación avanzada presentan una alta demanda asistencial. Desarrollamos un proyecto, que abarca los servicios que estos pacientes y sus cuidadores precisan, garantizando la continuidad de la atención y la prestación de los servicios en el lugar más adecuados, con niveles óptimos de calidad y eficiencia, con una gestión sistemática e integral de las necesidades y recursos.

La mejora continua, implica desarrollar circuitos y criterios de identificación, derivación, actuación y seguimiento para consolidar un modelo organizativo normalizado, homogéneo e integrado, donde se impulse la colaboración y coordinación con otros sectores e instituciones implicadas. Proyecto dinámico, basado en la mejora continua, con intervención y adaptación a todos los niveles asistenciales que precisa el paciente y familia, atendiendo tanto los aspectos físicos como los emocionales y sociales.

**CB - 381.- GRUPO FUNCIONAL DE GESTION SANITARIA Y SERVICIOS INFORMATICOS COMO ELEMENTO CLAVE PARA LA UNIFICACION HOSPITALARIA.**

MANZANO-RAMIREZ A, BACIGALUPE-ARTACHO MT, LOPEZ-BARRUSO C, BEITIA-GARCIA DE ACILU CM, LOMA-OSORIO-MONTES A, BLANCO-DOMINGUEZ E.

HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA-SANTIAGO. VITORIA - GASTEIZ.

**OBJETIVOS:**

Incluir la planificación de la estructura organizativa necesaria en la fusión de dos hospitales al elaborar el Plan Funcional del Hospital Universitario de Araba. Emplear la participación de los profesionales y los grupos de interés como herramienta básica para la elaboración del documento y las propuestas de mejora.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se creó un grupo funcional donde estaban representados profesionales de ambos servicios de Informática así como de ambos servicios de Gestión Sanitaria de todas las áreas afectadas por la unificación (Gestión de pacientes, Documentación Clínica y Sistema de Información). Se analizaron todas las bases de la estructura organizativa hospitalaria a las cuales afectaba esta fusión desde el punto de vista de la gestión de pacientes, asimismo se analizaron los circuitos de la documentación clínica planteando circuitos alternativos. Todo esto planteado así para facilitar la fusión hospitalaria y no partir con problemas de circuito o de duplicidades.

**RESULTADOS:**

Durante un periodo de 3 meses se han mantenido 3 reuniones con la participación de 16 profesionales de diferentes servicios. Se elaboró informe que incluía: estudio de los diferentes plataformas informáticas que conviven en ambos centros, propuesta de estructura organizativa del HUA donde incluía recomendación de 1 organización de servicios con 3 centros y "n" edificios, porque esta opción proporciona circuitos diferenciados y claros de pacientes, ir creando informáticamente el HUA a medida que se fueran fusionando los servicios, evita fusión de Historias Clínicas, pero permite disponer de toda la información clínica del paciente a través del CIC. Y sobre todo permite un traspaso de pacientes en tres hospitales sin generar al paciente ni a los profesionales dificultades en la gestión diaria de su actividad.

**DISCUSIÓN:**

Se trata de la primera experiencia de elaboración del Plan Funcional de una reorganización asistencial dirigida por un equipo de profesionales asistenciales donde la planificación incluye no solo la estructura arquitectónica de los edificios, sino también la estructura organizativa para asegurar una adecuada gestión de pacientes en todas sus modalidades asistenciales partiendo de la dificultad añadida que durante un periodo de 6 u 8 años vamos a seguir trabajando en 3 centros separados físicamente.

**CB - 382.- PROYECTO NECUPA: COORDINACIÓN INTEGRAL DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL AREA LOCAL DE BILBAO.**

CAMPO-ARTOLA MA.

HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Prestar asistencia a pacientes y familiares, con enfermedad avanzada, progresiva e incurable, en la población del ámbito geográfico del Hospital Universitario Basurto, la Comarca Bilbao de Atención Primaria, incluida la UAP Urbi-Basauri, (incluyendo al PAC) y el Hospital Santa Marina, involucrando a los profesionales sanitarios.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se han formado dos profesionales, en un taller de formación durante cuatro meses, sobre la Gestión de Proyectos, cuyo trabajo final ha sido la elaboración del proyecto NECUPA o la atención sanitaria a los pacientes con necesidad de cuidados paliativos del área de Bilbao.

Se ha seguido la metodología impartida en el curso, donde tras el análisis de la situación de partida, se establecen los requisitos del proyecto, el ciclo de vida del proyecto, el plan de requisitos y entregas así como el despliegue en las tres organizaciones implicadas.

Se utiliza la herramienta informática Project, como método de elaboración y seguimiento de las fases del proyecto, elaborándose un cronograma para cada una de las fases del proyecto.

Se establecen las funciones de cada profesional implicado.

El despliegue en tres fases, según se trate de pacientes de Servicios Médicos, Quirúrgicos y/o finalmente Oncológicos, con alcance en Atención Primaria.

Difusión del Proyecto a los Profesionales Sanitarios de los niveles asistenciales implicados.

**RESULTADOS:**

Se consigue una atención socio sanitaria interniveles.

Nombramiento de la Coordinadora del Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP) del Hospital Universitario de Basurto (HUB).

Designación de interlocutores en Comarca Bilbao y H. de Santa Marina.

Se desarrollan reuniones intercentros e interniveles asistenciales para cada una de las fases, adecuando circuitos y responsabilidades.

Se elaboran protocolos de derivación pactados, estableciendo las reglas de los flujos de pacientes, de acuerdo a la asistencia que precise el paciente en cada momento.

Documento de soporte del proyecto.

**DISCUSIÓN:**

La atención paliativa debe proporcionarse desde todos los ámbitos asistenciales, ya que los enfermos en situación avanzada presentan una alta demanda asistencial. Desarrollamos un proyecto, que abarca los servicios que estos pacientes y sus cuidadores precisan, garantizando la continuidad de la atención y la prestación de los servicios en el lugar más adecuados, con niveles óptimos de calidad y eficiencia, con una gestión sistemática e integral de las necesidades y recursos.

La mejora continua, implica desarrollar circuitos y criterios de identificación, derivación, actuación y seguimiento para consolidar un modelo organizativo normalizado, homogéneo e integrado, donde se impulse la colaboración y coordinación con otros sectores e instituciones implicadas. Proyecto dinámico, basado en la mejora continua, con intervención y adaptación a todos los niveles asistenciales que precisa el paciente y familia, atendiendo tanto los aspectos físicos como los emocionales y sociales.

**CB - 383.- UNIFICACIÓN DE LABORATORIOS CLÍNICOS DE UN HOSPITAL EN UN ÁREA CENTRAL MULTIDISCIPLINAR DE UN COMPLEJO HOSPITALARIO.**

LEMA-PIÑEIRO I, GONZÁLEZ-ALVAREZ JM, GARCÍA-FERNÁNDEZ V, PÉREZ-GARCÍA I, ORTIGUEIRA-ESPINOSA JA, MORENO-MARTÍNEZ A.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA.XESTIÓN INTEGRADA PONTEVEDRA E SALNÉS. GALICIA. PONTEVEDRA.

**OBJETIVOS:**

Diseñar y poner en marcha un laboratorio unificado como área de producción única a partir de laboratorios periféricos organizados por servicios y ubicados en distintos edificios en un complejo hospitalario.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Ámbito:Hospital de 622 camas, del SERGAS (población 287.680 hab).A partir del informe técnico elaborado en 2010 se realizó un concurso público para la construcción y puesta en marcha de un laboratorio central (LC) que unificara pruebas de rutina y automatizara procesos.El proveedor principal tendría la consideración de "socio tecnológico".Tras la resolución del concurso en Marzo de 2011, un grupo de trabajo formado por especialistas, enfermeras y la Dirección concretó el Plan Funcional con objetivos específicos, áreas de trabajo, flujos internos, organización funcional y de recursos humanos, responsabilidades, plan de instalación,correlación de resultados,formación,y arranque.El laboratorio comenzó su actividad en septiembre de 2011.

**RESULTADOS:**

Frente al modelo de organización por servicios (Análisis Clínicos, Hematología, Microbiología, Inmunología), con áreas de trabajo independientes o con poca interrelación, se ha establecido una organización en la que la funcionalidad y la economía de escalas priman sobre la estructura orgánica común.Se ha creado un área preanalítica automatizada y se ha reestructurado el área analítica, creándose un LC robotizado con cadena de suero (bioquímica, inmunoquímica y serología), cadena de hematología(hematimetría)coagulación y VSG.Se han reordenado dos áreas de atención continuada(una por hospital)y se han redefinido las unidades no integradas en la robotización para las determinaciones con práctica manual o por motivos de índole estructural.El LC funciona en jornada ordinaria(días laborables)de 8 a 17 h.La unidad de atención continuada está disponible 24 h 365 días.Se ha designado un Especialista responsable único del LC, reorganizándose la plantilla y funciones del personal de acuerdo al plan funcional.Todos los técnicos de laboratorio(TEL)disponen de un conocimiento básico de todo el área de análisis aunque desarrollen su labor con preferencia en una de las zonas del LC y según cargas de trabajo se simultanea la atención en diferentes técnicas dentro de una misma jornada y por una misma persona.El LC ha supuesto un ahorro anual en costes por proveedor de 35%.La plantilla de TEL se ha reducido en el 32%. El gasto energético se ha reducido en 20%.Las áreas comunes se han incrementado en 240%.Los equipos se han reducido en 43% y el número de proveedores se ha reducido en 87%.

**DISCUSIÓN:**

El diseño y puesta en marcha de un LC supone un cambio importante en la organización estructural y funcional de los tres servicios clínicos con mayor implicación en las pruebas analíticas.La repercusión afecta a la distribución y organización de los recursos humanos,las circulaciones de las muestras y la sistemática de validación e informe de los resultados.La unificación tiene también efectos positivos sobre la responsabilidad social corporativa.

**CB - 384.- SANIDAD PÚBLICA Y CIRUGÍA CONCERTADA ¿POR QUÉ SÍ?.**

MENDEZ-MARTIN J, LOIZATE-TOTORICAGÜENA A, GÓMEZ-PALACIOS A, MERINO-VAL P, BARRIOS-TREVIÑO B, TAIBO-ASENCOR M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Proponer el concierto de la Sanidad Pública con la Privada, para operar determinados procesos, justificándolo por su Valor (Valor=Adecuación\*Calidad/Coste).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio observacional y de costes (2.010-2.011), en 886 pacientes del Servicio de CGD (H. Basurto), operados en Clínica concertada con Osakidetza-SVS. Fueron incluidos pacientes de baja-mediana complejidad, afectos de hernias, coleditiasis, patología anal y cirugía ambulatoria, etiquetados como ASA I-III. Se excluyeron los ASA IV (Tabla 1). Las intervenciones quirúrgicas y el seguimiento fueron realizados por cirujanos del propio Servicio de CGD.

Para el cálculo del Valor (eficiencia) se evaluaron los beneficios producidos para el paciente, Servicio de Cirugía, Hospital y Osakidetza. Los costes se calcularon utilizando los GRDs de los procesos, y su traducción económica en coste hospitalario, y se compararon con los correspondientes "forfaits" (pagos que la D.T. del Departamento de Sanidad realizó a la Clínica).

El control de resultados (adecuación), por parte de Osakidetza, se hizo mediante auditorías externas, que evaluaron indicadores administrativo-sanitarios, de procesos, de resultados y de satisfacción (Tabla 2) y, en la Clínica, por auditoría interna realizada por su Dirección Médica.

**RESULTADOS:**

- . Adecuación: Se alcanzaron todos los ítems exigidos, con 99,9% de satisfacción de los pacientes.
- . Beneficio: Operados eficazmente 886 pacientes. Lista de Espera reducida un 28%. Ganados 5 quirófanos/semanales. Estancias evitadas 1.138.
- . Costes: Se ahorraron en 1 año 1.472.542 Euros (Tablas 3-4).

**DISCUSIÓN:**

La Sanidad Pública en España es excelente pero tiene problemas de financiación porque sus costes aumentan logarítmicamente; problemas de infraestructuras porque, al haber desaparecido el nivel secundario sanitario, en el que se operaban los procesos menos complejos (niveles I-III), que suponían más del 80%, los pacientes se derivan directamente desde el nivel primario (Ambulatorios) al nivel terciario (Hospitales), desbordando su capacidad; y problemas por exceso de demanda.

Para evitar su colapso, el Sistema Sanitario necesita recursos que solo pueden llegar por aumento de los ingresos o por la optimización en su uso, mejorando la eficiencia.

En esta línea, nuestro concierto con la Sanidad Privada, además de demostrar su adecuación, produjo beneficios totales aumentando globalmente el Valor del Sistema. Fue bueno para el paciente porque, de forma eficaz, resolvió precozmente y con satisfacción su problema, para el Servicio de Cirugía y el Hospital, porque se ganaron cinco quirófanos semanales, disminuyó la Lista de Espera y pudo disponer de recursos para tratar otros pacientes más graves, y para Osakidetza, porque, sin necesidad de construir nuevos Hospitales, se atendió de forma excelente y en menos de seis meses de espera (mandato del Parlamento Vasco) a sus pacientes. Además el programa disminuyó los costes produciendo, en solo un año, un ahorro para el Sistema Sanitario de 1.472.641 Euros.

**CB - 385.- REINICIANDO EL CAMINO A LA EXCELENCIA EN UNA ORGANIZACIÓN INTEGRADA. EL CASO DE LA RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA.**

LOPEZ-ORTIZ M, MARTINEZ-MAGUNACELAYA MJ, ECHEBESTE-PORTUGAL M, ARRIZABALAGA-CALZACORTA M, PEREIRA-RODRIGUEZ C, RODRIGUEZ-ITURRIZAR A.  
RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Las cuatro organizaciones que integran la Red de Salud Mental de Bizkaia contaban con reconocimientos externos a su avanzado nivel de gestión, basado en el modelo EFQM. La fusión ha supuesto profundos cambios de estrategia y organizativos que implican regresar a la casilla de salida del camino de la Excelencia. La RSMB se plantea realizar una evaluación EFQM y contrastarla con un equipo de evaluadores externos para identificar los aspectos consolidados tras su primer año de andadura, así como aquellos que precisen mejorar y que serán la clave para alcanzar la Excelencia.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En diciembre de 2011 se realiza una primera autoevaluación, contrastando las prácticas de gestión con todos los subcriterios del modelo EFQM e identificando. No se emite ni consensúa puntuación ya que el objetivo de la autoevaluación se centra en la identificación de fortalezas y áreas que precisan mejorar. En abril de 2012 se realiza un contraste externo a través de Euskalit, al objeto de recibir una visión externa sobre los enfoques de algunos componentes del modelo y reflexionar sobre el modo más eficaz de desplegarlos.

**RESULTADOS:**

Se obtienen dos informes: El de autoevaluación describe al detalle puntos fuertes y áreas de mejora e incluye una priorización de acciones de mejora y cronograma de implantación. El de contraste ofrece una visión global de los temas elegidos como foco de análisis y recomendaciones sobre acciones a desarrollar. Como áreas más desarrolladas se encuentran la visión estratégica, el impulso hacia el cambio por parte de los líderes de 1º nivel, la proactividad a la hora de incorporar oportunidades derivadas del contacto con los grupos de interés, la formación de los profesionales basada en competencias estratégicas, el impulso a la implantación de TICs, etc. Aún es necesario seguir trabajando en configurar una cultura integrada, reflexionar sobre el liderazgo necesario para este proyecto de cambio y determinar la forma más adecuada de estructurar los procesos para dar cumplimiento a la Visión.

**DISCUSIÓN:**

El modelo EFQM tiene solidez contrastada en organizaciones sanitarias. Si a la potencia de la autoevaluación se le suma la participación de evaluadores externos de gran experiencia, el resultado no puede ser otro que la identificación de aspectos clave para avanzar en la Excelencia. Se evidencia que la integración de la RSMB está permitiendo una reorganización asistencial que evaluará sus resultados a través de la salud poblacional y la calidad de vida de los usuarios. Este cambio implica una modificación radical de los procesos asistenciales, precisando de una mayor transversalidad que garantice la continuidad de la atención del paciente. La horizontalidad de los procesos choca con una organización jerárquica, en la que será necesario transformar el rol del mando intermedio hacia el de gestor que impulsa la visión. Para ello, será imprescindible hacer que cale en todos los profesionales de la organización la nueva estrategia a través de mensajes simples e inspiradores.

**CB - 386.- SOSTENIBILIDAD Y CALIDAD COMO OBJETIVO DE TODOS LOS PROFESIONALES, A TRAVÉS DE LOS CONTRATOS DE GESTIÓN.**

CHACON-CARRASCO A, TORRAS-BOATELLA MG, CRESPO-BAQUERO R, RODRIGUEZ-CALA A, VIDAL-MILLA A, CALLE-RODRIGUEZ C.

INSTITUTO CATALAN DE ONCOLOGIA. HOSPITALET DE LLOBREGAT (BARCELONA).

**OBJETIVOS:**

Se trata de un centro monográfico, dedicado en exclusiva al cáncer, incluye prevención primaria, secundaria, consejo genético, servicios asistenciales, investigación translacional y formación especializada.

Objetivo-Alinear a toda la organización en la consecución de los objetivos estratégicos (atención sostenible y de calidad), mediante la concreción de un contrato de gestión (CG), con cada una de las líneas directivas (asistenciales, no asistenciales) de la corporación. Vinculando los incentivos individuales a los resultados conseguidos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

La Dirección General fija el Plan de Acción y los objetivos corporativos.

Se organizan las diferentes áreas de resultados esperados según enfoque EFQM: liderazgo, personas, estrategia, alianzas y recursos, procesos productos y servicios, resultados en las personas, clientes y sociedad, resultados clave.

Se identifica la aportación específica de cada departamento a la consecución del plan de acción.

Se abre un proceso de negociación con cada una de las direcciones (asistenciales, programas, soporte) y a su vez dichas direcciones con sus servicios y unidades.

Los incentivos individuales se vinculan a los resultados que se obtengan de la evaluación del CG (entre un 50%-80% según nivel de responsabilidad y cargo).

Se planifica la incorporación al cuadro de mandos de los indicadores clave para asegurar el feedback de los resultados.

Se establece un calendario de seguimiento a lo largo del año, con evaluación prevista en enero-febrero 2013.

**RESULTADOS:**

Se han realizado 85 CG, 18 a direcciones y 67 a unidades y servicios. El enfoque EFQM nos muestra una distribución de objetivos centrados en procesos, productos, servicios y resultados clave a nivel de las direcciones asistenciales; y centrados en liderazgo, alianzas, recursos para las direcciones corporativas.

Todos los CG tienen en común un apartado específico de 'Gestión de Recursos' cuyo peso es de 50 puntos y vinculado al equilibrio presupuestario, y objetivos de calidad, eficiencia y procesos que junto a otros componentes completan los 100 puntos totales. Cada apartado contiene objetivos e indicadores, con un resultado esperado y un peso asignado.

Se ha establecido la rutina de seguir el grado de consecución de los CG en todos los comités directivos y a nivel de servicios y unidades a través del cuadro de mandos e informes adicionales.

**DISCUSIÓN:**

El proceso está resultando muy positivo aun no habiendo cerrado el círculo de la evaluación. Los profesionales se sienten más motivados en conseguir unos resultados que sienten próximos y pertinentes, al haber participado en su negociación. El método ha forzado la concreción de indicadores monitorizables de todos los componentes del modelo EFQM, unificándolos y facilitando su comparación. Se ha reforzado el cuadro de mandos como instrumento estratégico y por otro lado ha aflorado la necesidad de evolucionarlo y hacerlo escalable. Se han identificado gaps de información en áreas clave que han abierto nuevas prioridades de trabajo.

**CB - 387.- PLAN FUNCIONAL DE LA REORGANIZACION HOSPITALARIA DE ALAVA:  
LA PARTICIPACION DE LOS PROFESIONALES COMO HERRAMIENTA CLAVE.**

BLANCO-DOMINGUEZ E, BEITIA-GARCIA DE ACILU CM, BACIGALUPE-ARTACHO MT,  
MANZANO-RAMIREZ A, LOMA-OSORIO-MONTES A, LOPEZ-BARRUSO C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ARABA-SANTIAGO. VITORIA - GASTEIZ.

**OBJETIVOS:**

Elaboración del Plan Funcional del Hospital Universitario de Araba mediante la integración de la atención especializada de Alava en un único hospital general para la atención de los pacientes agudos, que responda a las necesidades sanitarias de la población a medio y largo plazo. Emplear la participación de los profesionales y los grupos de interés como herramienta básica para la elaboración del documento.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se basa en promover la máxima participación de los equipos de profesionales que proporcionan actualmente la atención especializada en Alava que aportan Proyectos Integrados de los Servicios Asistenciales y de las Areas Funcionales del hospital, siguiendo un guión preestablecido (evaluación y análisis de la misión, necesidades de recursos y modelo organizativo del nuevo hospital). Del análisis de los proyectos de los servicios y de las áreas funcionales se elaboran las propuestas asistenciales (cartera de servicios, organización por procesos, accesibilidad) y organizativas que se analizan en tres comités de seguimiento (Consejo de Dirección de Osakidetza, Consejo mixto de Dirección de los hospitales y Consejo Técnico Mixto). Se han mantenido reuniones con grupos de interés de la asistencia especializada de Alava (representantes sindicales, representantes políticos, asociaciones de pacientes, hospitales comarcales, atención primaria, emergencias sanitarias, colegios profesionales, universidad) para incorporar sus aportaciones al proyecto.

**RESULTADOS:**

Durante un periodo de 18 meses se han mantenido 172 reuniones con la participación de 403 profesionales de diferentes estamentos (directivos, facultativos, enfermería, celadores, administrativos, logística, informática). Se han elaborado 41 Proyectos de Servicios Asistenciales y 12 de Areas Funcionales: Laboratorios, Urgencias, Hospitales de Día, hospitalización convencional, Bloque Quirúrgico, Pruebas Complementarias, Salud Laboral y Medicina Preventiva, Servicios generales, Gestión y soportes informáticos, Docencia, Investigación y Consultas Externas. Se han mantenido 10 reuniones con los comités de seguimiento del proyecto. El Plan recoge una propuesta arquitectónica en 8 bloques (70.000 m<sup>2</sup> de nueva construcción), con 7 accesos diferenciados, 722 camas en 477 habitaciones (232 individuales), 22 quirófanos, 110 puestos de hospital de día y 270 consultas (60 de enfermería).

**DISCUSIÓN:**

Se trata de la primera experiencia de elaboración del Plan Funcional de una reorganización asistencial dirigida por un equipo de profesionales asistenciales y cuyo elemento clave es la participación de los profesionales encargados de la asistencia especializada y de los diferentes grupos de interés. El Plan funcional recoge las necesidades asistenciales mediante una organización centrada en el paciente.

**CB - 388.- EL PLAN DAR VALOR.**

LÓPEZ-GÓMEZ C, ALEJO-BRÚ N, LOPEZ-PALACIOS S, SERRADILLA-CORCHERO P, CURIEESE-ASENSIO A, ARROYO-MOROLLÓN J.

DIRECCIÓN ASISTENCIAL CENTRO. MADRID.

**OBJETIVOS:**

Implicar, motivar y hacer participe a los profesionales responsables de algún área de trabajo de los Centros de Salud (CS) en la gestión del Contrato Programa (CP) de Atención Primaria (AP) con el fin de mejorar la gestión del mismo.

Conseguir mejores resultados en el CP 2012 facilitando el trabajo a través de planes comunes de acción.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se establece un plan de mejora que incluye:

1. Análisis de los indicadores del CP 2011.
2. Establecimiento de reuniones de trabajo con comisiones directivas y responsables. Cronograma de plan.
3. Recogida de información de las reuniones con responsables y directivos.
4. Establecimiento de líneas de trabajo: Actividades del plan.
5. Implantación de las propuestas realizadas.
6. Seguimiento del plan. Julio y Septiembre 2012.

**RESULTADOS:**

Entre el 15 y 30 de abril se realizan 9 reuniones con responsables de áreas de trabajo, a las que acuden 450 personas (20, 1% ), siendo la media de CS representados por reunión de 43,3 (total de CS: 48).

Además se mantienen reuniones con las 48 comisiones directivas de los CS (Director de Centro, Responsable de Enfermería y Responsable Administrativo).

Del análisis de la situación con los profesionales surgen 59 líneas de trabajo agrupados en 11 bloques en función de los objetivos de del CP, organizados según los criterios de EFQM.

En estos momentos no se disponen de resultados específicos que miden indicadores críticos (no cumplidos o con bajo cumplimiento), esperamos disponer de los primeros en julio de 2012.

**DISCUSIÓN:**

El CP de AP nace con la finalidad de evaluar la eficacia y la eficiencia en la gestión de los CS.

El recurso más importante de toda organización son las personas que pertenecen a la misma. La gestión participativa es una pieza esencial para la acción en las organizaciones. Crear espacios formales de encuentro que permiten elaborar y formalizar lo que puede estar implícito, genera propuestas de mejora y compromiso de los profesionales.

Partiendo de esta premisa y antes de realizar las negociaciones de CP con los CS desde la Dirección Asistencial se planteó implicar, además del equipo directivo del CS, a responsables de áreas de trabajo en el pacto del CP, estableciendo un Plan de Actuación.

El abordaje del proyecto de mejora mediante grupos de trabajo ha propiciado la implicación de mayor número de profesionales así como la introducción a la "cultura" de la gestión participativa que ayuda a contribuir a la creación de un sustrato necesario para que las organizaciones impliquen a sus directivos y profesionales de forma activa. Con este tipo de intervención se hace participe a los responsables de áreas de trabajo y no solo a las comisiones directivas de los CS, por lo que entendemos que el plan de actuación se orienta a facilitar una reflexión sobre la importancia de estrategias de mejora continua de la calidad de los servicios sanitarios.

**CB - 389.- ¿SOMOS RED? CREANDO UNA CULTURA ORGANIZATIVA DE COOPERACIÓN Y COLABORACIÓN EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA.**

VÁZQUEZ-PÉREZ P, MARTÍNEZ-MAGUNACELAYA J, VALENCIANO-GONZÁLEZ A, RODRIGUEZ-ITURRIZAR A, LOPEZ-ORTIZ M, TORO-POLANCO N.

RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Desplegar una estrategia de integración organizativa y evaluar la percepción de los profesionales sanitarios del grado de avance alcanzado tras la fusión de cuatro organizaciones sanitarias.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Desde la creación de la RSMB se han desarrollado diversas iniciativas para fomentar la coordinación interna y favorecer la cooperación entre los profesionales, ya que la integración cultural es una condición sine qua non para desplegar un modelo de atención asistencial compartido, centrado en el paciente y basado en la continuidad asistencial y la eficiencia.

El proyecto de integración fue transmitido a través de sesiones de comunicación en las que se dieron a conocer los 10 objetivos estratégicos de transformación de la organización. Se llevaron a cabo cambios en el organigrama, orientados a transversalizar los procesos asistenciales y a dar un mayor peso a líderes clínicos en el proyecto de cambio. Los contratos de gestión clínica han integrado y alineado los objetivos de dispositivos pertenecientes a las 4 exorganizaciones.

Se disuelven las antiguas comisiones y se crean nuevas con carácter de red e inclusión de profesionales de diferentes dispositivos. Esta misma estrategia se ha seguido a la hora de establecer equipos de trabajo para rediseñar programas asistenciales e impulsar programas de mejora. La eficacia de las acciones realizadas se evalúa a través de la opinión de los profesionales. En diciembre de 2010 se incluyeron unas preguntas específicas en la encuesta de satisfacción corporativa de Osakidetza. En 2012 se aplica un cuestionario diseñado por o+berri.

**RESULTADOS:**

En el primer año de la integración (2010) los resultados sobre la experiencia de integración extraídos de la encuesta de satisfacción fueron: Implicación y participación de los profesionales en el proyecto de integración: 5,34. Expectativa sobre mejora de calidad de servicio asistencial: 4,89. Expectativa sobre la mejora de la coordinación entre profesionales y dispositivos: 4.53 Es destacable el hecho de que en las 4 ex organizaciones se incrementó notablemente el índice de satisfacción general, subiendo más de un punto de media (Escala 0-10).

A la hora de elaborar el presente resumen aún no se ha realizado la explotación de los resultados del 2012. Se presentarán datos sobre: existencia de objetivos compartidos, orientación al paciente, conocimiento y confianza mutua, existencia de directrices de colaboración, liderazgo compartido, espacios de encuentro, etc.

**DISCUSIÓN:**

En los procesos de integración de organizaciones sanitarias uno de los grandes retos se encuentra en gestionar el cambio cultural. Cualquier proyecto de cambio supone dificultades y es necesario mucho tiempo para que los profesionales lleguen a compartir objetivos, se conozcan y desarrollan una confianza mutua. Entonces se logrará una colaboración y coordinación que posibilitará que su talento sea puesto al servicio de los objetivos estratégicos con plena eficiencia.

**CB - 390.- IMPORTANCIA DEL OBJETIVO ESPECÍFICO DEL CONTRATO PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA.**

GARCÍA-LÓPEZ M, LÓPEZ-PALACIOS S, MALLO-FERNÁNDEZ JM, MOLINER-PRADA C, CURIESES-ASENSIO A, SERRADILLA-CORCHERO P.

DIRECCIÓN ASISTENCIAL. MADRID.

**OBJETIVOS:**

El Contrato Programa (CP) de Atención Primaria (AP) propone 104 indicadores a pactar con los Centros de Salud (CS), muchos de ellos con un escaso margen de negociación. El Objetivo Específico (OE) de Centro es la única propuesta del CP a iniciativa del CS.

Objetivos: Evaluar el grado de desarrollo de los OE de los CS de la Dirección Asistencial (DA) al cierre del CP 2011. Establecer los criterios a utilizar por la DA en el pacto del 2012.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

1. Establecimiento de una sistemática de evaluación desde la DA a través de un cuestionario de autoevaluación por los Directores de Centro (DC) que incluye: valoración, justificación de los resultados y propuestas de mejora.
2. Revisión y valoración de los OE en la DA.
3. Análisis de resultados y propuestas de mejora.
4. Presentación a los Equipos Directivos (ED) de los CS.

**RESULTADOS:**

Los 48 CS de la DA han pactado OE, distribuyéndose según criterios de EFQM en: Procesos: 14 (polimedicado 7, Circuito IT 4; diabetes 1; registro historia clínica 1, consulta enfermería 1). Resultados claves: 14 (farmacia 10; continuidad asistencial 4). Resultados en clientes: 13 (reclamaciones 3; optimizar consultas y la hiperfrecuentación 2; buenas prácticas 2; población atendida enfermería 1; mejora datos administrativos pacientes 1; seguridad pacientes 1, higiene de manos 1; derivaciones fisioterapia 1; reducir demora laboratorio 1). Resultados en personas: 6 (formación continuada). Liderazgo: 4 (reuniones centro, comunicación interna). Alianzas y recursos 4 (colaboración residencias 2, Astore 2). Personas: 3 (sesiones reversión). Desarrollo plan de ecografías: 7.

El número de OE por CS es de 1 en 27 CS, 2 en 17 CS, 3 en 2 CS y 4 o más en 2 CS.

De acuerdo con la autoevaluación de los CS y la valoración de la DA se ha alcanzado el OE en 25 CS, no se ha alcanzado en 15 y no se ha aportado la información requerida en 8.

**DISCUSIÓN:**

1. Consideramos necesario dar mayor protagonismo a estos OE como única propuesta de los CS.
2. La consecución del OE por un 53% de los CS en un año con importante rotación de los profesionales en ellos, nos orienta a la importancia en el funcionamiento de los Centros.
3. De los informes de autoevaluación de los CS se obtiene una importante información acerca de las necesidades de mejora y dificultades en su consecución, que requieren de un mayor análisis, valoración y propuestas con los CS para su desarrollo.
4. El estudio de la DA concluye en la necesidad de:
  - a. Alineación de los OE con el CP
  - b. Factibilidad para el CS (según resultados del CP)
  - c. Definición clara y estructurada de los OE y del pacto a realizar
  - d. Compromiso de 2 OE como máximo en cada CS
  - e. Inclusión del análisis, valoración y conclusiones del estudio en las Líneas Estratégicas de la DA para 2012.

**CB - 391.- INDICADORES DE SATURACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS: UNA HERRAMIENTA DE MEJORA.**

VIÑADO-OTEO B, PARRILLA-HERRANZ P, PALAZÓN-SAURA P, POVAR-MARCO J, GROS-BAÑERES B, HERRER-CASTEJÓN A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ZARAGOZA.

**OBJETIVOS:**

Evaluar la eficacia de medidas correctoras de reorganización asistencial, adoptadas para la resolución de problemas de saturación de un servicio de urgencias hospitalario (SUH), mediante la monitorización de indicadores de calidad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realizó un análisis de indicadores de calidad propuestos por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias (SEMES) desde Mayo de 2009 a Mayo de 2012. Tras el análisis de los mismos se detectaron diversos puntos críticos que favorecían la saturación y la falta de seguridad de nuestro servicio de urgencias: Demora en el tiempo de resolución de los pacientes atendidos en boxes, elevado porcentaje de fugas/altas voluntarias, gran volumen de pacientes con estancias prolongadas.

Se propusieron unas líneas de mejora: Creación de una nueva área asistencial "Consulta Ambulatoria", Creación por parte del servicio de admisión de un sistema de alertas de saturación del área de observación y preingreso.

Se realizó la monitorización de los indicadores de calidad para valorar la eficacia de estas medidas.

El registro de los datos se obtuvo a través de la historia clínica informatizada mediante el programa de "Puesto Clínico Hospitalario" (PCH) y el análisis de los mismos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS IBM 20.

**RESULTADOS:**

El número total de pacientes atendidos no ha sufrido variaciones significativa en los años estudiados ( 95.000 /año aproximadamente).

El tiempo de resolución de los pacientes en el área de boxes ha disminuido en promedio entre 20-30 minutos, más del 85% de los pacientes se resuelven en menos de 240 minutos en el último año, con una clara mejoría en el tiempo de resolución respecto a los años anteriores. Se analizaron separadamente los tiempos de resolución por prioridades.

El nivel de fugas (1,5%) ha descendido significativamente en el último año, situándose por debajo del estándar. El porcentaje de pacientes con estancias superiores a 24 h en el servicio ha disminuido ligeramente situandose entre el 4 al 6%, todavía muy por encima el estandar recomendado por SEMES (1%). Analizamos separadamente los pacientes en observación de los pacientes en situación de preingreso.

**DISCUSIÓN:**

La monitorización de los indicadores de calidad es una herramienta fundamental para la detección de problemas en un servicio de urgencias.

La creación de un área funcional de consulta ambulatoria ha proporcionado una mejora importante en la saturación del servicio de urgencias al disminuir el tiempo de resolución de pacientes que no requieren asistencia en salas de observación.

Asimismo el sistema de alertas creado por el servicio de admisión ha disminuido el porcentaje de pacientes con estancias superiores a 24 h.

**CB - 392.- MEJORANDO LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON INTOXICACIONES MEDICAMENTOSAS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.**

LARRODÉ-LECIÑENA I, HERRER-CASTEJÓN RA, GARCÉS-SAN JOSÉ C, REAL-CAMPAÑA JM, JAVIERRE-LORIS MA, GROS-BAÑERES MB.

H. UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ZARAGOZA.

**OBJETIVOS:**

Las intoxicaciones por medicamentos con frecuencia requieren una atención rápida en el Servicio de Urgencias (SU), siendo imprescindible la existencia de un botiquín de antídotos para minimizar su gravedad.

El objetivo del estudio es analizar las intoxicaciones medicamentosas atendidas en el Servicio de Urgencias como paso previo para establecer un botiquín de antídotos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se incluyeron todos los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias (SU) de un Hospital de 3º nivel de España desde Enero a Junio de 2010 por intoxicaciones medicamentosas. Los datos recogidos fueron los siguientes: sexo, edad, causa de la intoxicación, medidas aplicadas, días de permanencia en SU, hospitalización, servicio, duración hospitalización, complicaciones.

**RESULTADOS:**

Se analizaron 137 pacientes, 79 mujeres (57,7%), la mediana (máximo-mínimo) de edad fue 37 (92-0) años. 77 pacientes (56,2%) se intoxicaron por medicamentos que afectaban al sistema nervioso central, 19 (13,9%) por analgésicos/antiinflamatorios, 11 (8,0%) por medicamentos del sistema cardiovascular, 5 (3,6%) por medicamentos del sistema endocrino y en 21 (15,3%) se desconocía el fármaco implicado. En el 20,4% la intoxicación se debió a varias clases de fármacos. El 65,0% necesitó medidas específicas de tratamiento. En el 29,9% fue necesario realizar un lavado gástrico. Además se administró carbón activo a un 32,1%, flumazenilo a un 25,5%, naloxona a un 4,4% y N-acetilcisteína a un 4,4%. Otros fármacos usados fueron NAD, anticuerpos antidigoxina, quelante de potasio, antieméticos, factores de coagulación y anticolinérgicos. La mediana de permanencia en SU fue de 1 (0-2) día. 27 pacientes (19,7%) ingresaron y 2 (1,5%) solicitaron el alta voluntario. De los pacientes que ingresaron, el 26,9% se derivó a Psiquiatría, 19,2% a UCI, 19,2% a Cardiología, 19,2% a Medicina Interna y 15,4% a Pediatría. La duración de la hospitalización fue 6 (17-0) días. 7 pacientes presentaron complicaciones relacionadas con la intoxicaciones (3 insuficiencia renal aguda, 2 rabdomiolisis, 2 neumonía por aspiración) y ninguno falleció.

**DISCUSIÓN:**

El análisis de las intoxicaciones atendidas nos facilitará la revisión de nuestro botiquín de antídotos incluyendo o eliminado fármacos según la demanda de nuestros paciente. Debemos incidir en las intoxicaciones por fármacos que afectan al SNC dado que son los fármacos implicados en el mayor porcentaje de pacientes con IM.

**CB - 393.- AREAS DE MEJORAS EN EL AMBITO DE LOS INGRESOS PROCEDENTES DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE TERCEROS OBLIGADOS AL PAGO.**

DEL VALLE-IÑIGUEZ B, BRAVO-SUAREZ E, PEREZ-PATXO L.  
SUBDIRECCIÓN DE ASESORÍA JURÍDICA. VITORIA - GASTEIZ.

**OBJETIVOS:**

La actual coyuntura económica pone en cuestión el actual sistema sanitario público. Por ello, antes de situarnos en un escenario en el que el ciudadano deba participar "directamente" en la financiación directa de las prestaciones sanitarias, deviene imprescindible agotar los mecanismos previstos en la normativa vigente a fin de dotar de mayores ingresos al sistema de financiación sanitario.

La presente comunicación pretende un breve análisis de los supuestos contemplados en la normativa aplicable en los que cabe repercutir el coste de la asistencia sanitaria a los terceros obligados al pago, y en concreto de aquellos en los que el tercero responsable (entidad aseguradora privada) se niega al abono de dicha asistencia. Asimismo, se exponen las propuestas de mejora realizadas a fin de incrementar los ingresos que por dicho concepto corresponden al servicio público de salud.

El objetivo es ofrecer una mirada crítica que obligue a reflexionar sobre las carencias existentes en la reclamación del coste de los servicios sanitarios cuando existe un tercero obligado al pago, incidiendo en la importancia de mejorar la eficacia en el ejercicio del derecho de reembolso en el marco de una situación de crisis estructural del sistema.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se analiza normativa, jurisprudencia, casuística y problemática específica de los supuestos contemplados en la ley, y en particular, aquellos que representan al mayor porcentaje de facturación impagada. Se exponen los mecanismos implantados nuestra CAV para obtener el reintegro del coste de los servicios prestados cuando existe un tercero obligado al pago, y las mejoras que se proponen.

**RESULTADOS:**

Se analizarán los resultados de los últimos años, en relación con la facturación realizada por las distintas organizaciones de servicios de Osakidetza, el volumen de deuda acumulada por los terceros responsables obligados al pago, medidas implantadas etc.

**DISCUSIÓN:**

La falta de identificación de los supuestos en los que procede repercutir el coste a un tercero o la negativa del obligado al reembolso de los gastos de asistencia sanitaria prestada por la sanidad pública, conlleva una disminución de los ingresos que corresponde a los servicios públicos de salud, y un enriquecimiento injusto de las aseguradoras privadas que ofrecen determinadas prestaciones que luego realizan utilizando recursos propios de la sanidad pública, sin satisfacer contraprestación alguna.

Atendiendo a la redacción actual de la ley, a fin de obtener una aplicación homogénea por parte de todas las CCAA en el sistema de reembolso de los gastos sanitarios en los supuestos en que proceda, entendemos necesario de lege ferenda, una modificación de la norma que contenga un mandato imperativo, sustituyendo el carácter potestativo con el que se regula en la actualidad.

## **Sesión de Comunicaciones Orales Breves.**

### **Sala C1.**

**Jueves, 8 de noviembre / 16:00 h. – 18:00 h.**

**Gestión de la Innovación / Conocimiento –  
MBE / Tecnología / Comunicación.**

**CB – 394 / CB – 420**

**CB - 394.- CALIDAD A TRAVES DE GEHITU, LA HISTORIA CLINICA DIGITAL.**

CLAVERIA-VIRGILI G, ACHAERANDIO-GALDOS N, IJALBA I, ULIBARRENA-SAINZ M.  
MUTUALIA. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Mejorar la calidad de la atención al cliente/paciente a través de una buena gestión de la comunicación en el equipo departamental.

Mejorar la trazabilidad de la información en la Admisión Sanitaria.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Incorporación de la nueva Historia Clínica Digital con la creación de Alarmas Sanitarias y Alarmas Administrativas con dotación de un sistema de registro de los contactos mantenidos con el paciente o su entorno (familia, empresa, servicios médicos, ...)

Medición de la satisfacción del personal sanitario a través de la realización de una encuesta basada en 8 preguntas, de las cuales el resultado de las 3 siguientes influye de manera directa en dicha medición.

- ¿Ha mejorado la Historia Clínica Digital con respecto a la aplicación anterior?
- Gehitu, ¿ha ayudado a mejorar la calidad asistencial al paciente?
- ¿Cuál es tu nivel de satisfacción general con Gehitu?

**RESULTADOS:**

Mayor eficacia y eficiencia de respuesta en las gestiones realizadas.

Registro de actividades no asistenciales con relación al paciente y con trascendencia para su Hª Clínica.

Agilización de cualquier tipo de consulta por parte del cliente/paciente.

Mejora en la organización del Departamento SADO con su correspondiente mejora de la calidad en la asistencia y en la atención al paciente.

Mejora de la imagen que transmitimos debido a nuestra rapidez y eficiencia de respuesta.

Mejora en la satisfacción de nuestros clientes/pacientes, comprobada a través de las encuestas de satisfacción realizadas mensualmente.

A fecha 14/05/11, el resultado obtenido en la encuesta realizada es favorable, con una nota media entre el 7,44 y el 7,8, según la pregunta realizada.

**DISCUSIÓN:**

La buena comunicación interna dentro de una empresa es un factor que repercute en la imagen que percibe el paciente/cliente con la satisfacción de sus necesidades, en la productividad y eficiencia del trabajo realizado, y en definitiva, en la mejora de la CALIDAD de nuestros servicios asistenciales.

Cuando existe una buena comunicación dentro de la organización, se producen muchas ventajas:

- Mayor coordinación entre las personas implicadas en la asistencia de un cliente/paciente.
- Mayor motivación del equipo derivada del sentimiento de integración.

Con GEHITU (HCD), la comunicación horizontal ha facilitado la conexión y armonía entre todos los miembros del equipo, ha mejorado la calidad asistencial del cliente/paciente satisfaciendo sus necesidades de manera eficaz y eficiente.

**CB - 395.- PLAN DE COMUNICACION INTERNA DE UN HOSPITAL Y SUS HERRAMIENTAS INFORMÁTICAS.**

MELENDEZ-AGUDIN V, SÁNCHEZ-VIDAL B, GARRIDO-MARTÍN M, LORENZO-MARTINEZ S.  
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN. ALCORCÓN (MADRID).

**OBJETIVOS:**

Diseñar un Plan de Comunicación Interna (PCI) eficiente, renovado y adecuado a las necesidades actuales de los profesionales.

- Potenciar y difundir de forma novedosa estrategias de mejora de atención al paciente a través de las buenas prácticas profesionales y de mejora de la calidad utilizando medios informáticos.
- Detectar y aplicar nuevos canales de comunicación.
- Dinamización de actividades a través de herramientas informáticas.
- Participar en el compromiso de mejora continua de la gestión estratégica de los recursos humanos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Ámbito: hospital de 448 camas del SERMAS. Periodo de estudio: marzo 2011-2012. Se realiza una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos con el fin de analizar las experiencias en otros centros de nuestro entorno. La Unidad de Comunicación Interna elaboró un análisis de los resultados de la encuesta de clima laboral realizada en el centro en el 2010. Se llevaron a cabo reuniones mediante la técnica de grupo nominal con el objetivo de elaborar un diagnóstico de situación sobre la comunicación interna en la institución. Participaron profesionales de distintas categorías (10 médicos, 14 enfermeras, 8 auxiliares enfermería, 5 Administrativos, 8 Técnicos y 5 celadores) y distintas áreas, seleccionados mediante criterios de antigüedad, representatividad y liderazgo. Se detectaron 7 áreas de mejora y se diseñó un PCI.

**RESULTADOS:**

Se desarrolló un PCI que aprobó la Comisión de Dirección basado, además de en la comunicación tradicional, en las nuevas estrategias de gestión de la información adaptadas a las tecnologías informáticas disponibles:

- Programación de 30 Salvapantallas automáticos y simultáneos con mensajes de buenas prácticas e información estratégica en el 100% de los ordenadores del hospital.
- Reorganización y dinamización del correo electrónico institucional. Emisión de 35 mensajes corporativos a toda la organización.
- "T-opinión nos importa": Nuevo programa informático para la gestión de Sugerencias y Felicitaciones del personal.
- Portal del Empleado en Intranet: acceso directo a la gestión de recursos humanos para equipos profesionales.
- 10 campañas de comunicación y 38 acciones específicas de CI realizadas para distintas áreas del hospital.
- Hasta la fecha se han recibido 14 solicitudes para el diseño y planificación de campañas específicas de CI.

**DISCUSIÓN:**

La reorientación de la comunicación interna, según las necesidades de la organización y de los profesionales, y la revisión know how institucional es fundamental para la mejora continua. Un PCI se plantea desde la multidireccionalidad de la comunicación (ascendente, descendente, transversal, etc) aprovechando las herramientas informáticas.

Con su ejecución e implantación se logra la adecuación de los resultados a los objetivos planteados, el compromiso y la participación de los profesionales, la mejora en la gestión de la información, una planificación adecuada y una evaluación periódica como garantía de mejora continua.

**CB - 396.- CALIDAD SANITARIA Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN. ANÁLISIS DE LA APARICIÓN DE NOTICIAS SOBRE ACREDITACIÓN EN MEDIOS LOCALES.**

DELAGADO-RAMOS RM, HERRERA-USAGRE M, LEÓN-VERGARA MR.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. SEVILLA.

**OBJETIVOS:**

El objetivo de este estudio se centra en describir la evolución de la aparición de noticias sobre acreditación de calidad entre 2008 y 2010 y explorar los posibles factores que han podido afectar a dicha evolución.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Para ello, se ha acudido a diferentes fuentes de datos. En primer lugar, el conjunto de notas de prensa emitidas por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA a partir de ahora) durante el periodo 2008-2010 y que, en su inmensa mayoría, hacen mención de los procesos de acreditación sanitaria y sus actos de entrega. En segundo lugar, se ha hecho una exploración sistemática de todas las noticias emitidas en medios de comunicación. La mayoría de estas noticias publicadas parten de la redacción de notas de prensa de la propia ACSA, haciendo de ésta una importante herramienta de difusión de su actividad, contemplada en el plan de comunicación de la organización. En tercer y último lugar, hemos utilizado el número total de acreditaciones de calidad, tanto de centros y unidades como de profesionales, que aporta la ACSA en su página web (2011).

**RESULTADOS:**

En el periodo 2008-2010, espacio de tiempo analizado, la ACSA ha emitido 202 notas de prensa, referidas, en su mayoría, a actos de entrega de certificación de calidad. De ellas, 55 se emitieron en 2008, 72 en 2009 y 75 en 2010. La búsqueda de las referencias publicadas a partir del envío de esas notas de prensa, realizada fundamentalmente vía internet a través de las ediciones digitales de los medios de comunicación y de Google, ha dado como resultado 171 noticias sobre acreditación en 2008, 309 en 2009 y 506 en 2010. El total de profesionales acreditados pasó de 1015 en 2008 a 1393 en 2009 y a 3587 en 2010. Por otro lado, el total de centros y unidades acreditadas pasó de 143 en 2008 a 208 en 2009 y a 506 en 2010.

**DISCUSIÓN:**

Se puede afirmar que ha habido un incremento de noticias publicadas sobre acreditación de calidad en salud en Andalucía. Existen dos posibles factores a tener en cuenta. Por un lado, el mayor número de profesionales, centros y unidades que han apostado por la acreditación de calidad. Por otro, existen indicios razonables para afirmar que, la 'localización' de los actos y la estrategia de comunicación de los mismos, enfatizando el contacto con los medios locales, ha hecho que se multiplique la publicación de las notas en estos medios. El aumento de medios locales, bien a través de ediciones de medios de ámbito superior o de publicaciones exclusivamente municipales, reforzadas por la aparición de medios digitales, ha hecho que la acreditación de un centro de salud de un municipio sea una noticia importante para esa localidad en concreto. Es importante reflexionar sobre si estas publicaciones en medios locales son un factor que desencadene el incremento de la confianza del ciudadano/a en su sistema sanitario y una herramienta para dar a conocer a la ciudadanía la calidad de los servicios de salud. Hacen que un concepto como la calidad se haga tangible y visible para la ciudadanía.

**CB - 397.- CALIDAD DEL DISCURSO ESCRITO DE LAS RECLAMACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA.**

PIÑANA-LÓPEZ A, LUQUIN-MARTINEZ R, PIÑANA-LÓPEZ JA, WU NY, ALONSO-GARCÍA C, ROS-MARTINEZ E.

CENTRO DE SALUD VIRGEN DE LA CARIDAD (CARTAGENA-OESTE). CARTAGENA (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

Determinar la calidad del discurso escrito de las reclamaciones según sus estresores lingüístico en dos centros de salud que comparte edificio y personal administrativo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Elegimos el último libro de reclamaciones completado que había en cada centro. Abarcaba un periodo de tiempo desde septiembre de 2009 hasta marzo de 2011 conteniendo las 50 reclamaciones de las que consta cada libro. Procedimos a determinar cuales eran los estresores lingüísticos que íbamos a determinar en cada reclamación que era: la presencia de alguna palabra escrita en su totalidad en mayúsculas, el utilizar al menos una vez una frase corta (tres palabra o menos), con punto seguido o aparte y la identificación directa de la persona por la que se reclamaba. Así según el número de estresores determinamos la categoría de la reclamación en tipo A, con un solo estresor, AA con dos y AAA con la presencias de los tres.

**RESULTADOS:**

Los usuarios masculinos realizaron el 44% de las reclamaciones. Del total de reclamaciones el 46% eran por representación del usuario afectado siendo de estas reclamaciones por representación el 66% de usuarias . El estresor de mayúsculas aparecía en el 51% de las reclamaciones, el estresor de indentificación directa sólo el 16% y la presencia de frases cortas el 51% de las reclamaciones. La presencia de los tres estresares (reclamación AAA) aparecía el 7% de las ocasiones, la ausencia de los tres era del 26%; un estresor aparecía (reclamación A) en el 36% de las veces y al menos dos estresares (reclamación AA) en el 30% de las reclamaciones.

**DISCUSIÓN:**

Observamos como dos tercios de las reclamaciones presenta al menos un estresor lingüístico. El hecho de que menos 10% de las reclamaciones las consideremos triple A nos hace pensar que el 90% de las reclamaciones pretende una queja más que una amonestación y que prácticamente un tercio de las mismas carezcan de estresor lingüístico que el usuario pretende manifestar su frustración por el sistema . Por otra parte, con esta sencilla clasificación se podría mejorar la calidad de respuesta de la administración sanitaria a las reclamaciones de los usuarios.

**CB - 398.- VIDEOGRABACIONES COMO INSTRUMENTO DOCENTE: ¿POR QUÉ?.**

MONREAL-HIJAR A, JAVIERRE-LORIS MA, DENIZON-ARRANZ S, GARCÉS-SAN JOSÉ C, PABLO-CEREZUELA FJ.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ZARAGOZA.

**OBJETIVOS:**

Maximizar en tiempo y forma el desarrollo de una de las competencias más importantes que necesita un médico: la comunicación efectiva y afectiva.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

La actividad se ha desarrollado con residentes de primer año de una Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Inicialmente se realizó un taller de 6 horas explicando la línea de trabajo a seguir, los objetivos y la instrucción en el uso de la videocámara. Posteriormente se procedió a realizar la grabación de tres entrevistas a cada uno de los residentes en la consulta de demanda del centro de salud al que pertenecen. Tras la grabación, un personal docente de la Unidad se encargó de evaluar cada una de las entrevistas utilizando como guía las escalas GATHA-RES y CICCA. Por último se realizó una reunión entre el residente, su tutor responsable y el responsable docente para llevar a cabo el feedback y la visualización del video.

**RESULTADOS:**

Al finalizar el período de formación, los 17 residentes han realizado las grabaciones que les corresponden, la evaluación y el feedback resultante de la visualización de las grabaciones. Una vez superadas las dificultades y miedos la actividad es valorada de forma muy positiva por los residentes y tutores.

**DISCUSIÓN:**

Con esta actividad se pretende analizar la entrevista clínica desde un punto de vista de mejora donde es fundamental resaltar las aptitudes positivas, fomentar el autoaprendizaje y la autorreflexión, e identificar las habilidades y competencias que pueden mejorarse en cada una de las entrevistas. De esta manera, y con la ayuda de su tutor, podrán ir trabajando en estas áreas de mejora a lo largo de su periodo de formación.

**CB - 399.- MEJORA DE LA COMUNICACIÓN INTERNA Y EL RECONOCIMIENTO TRAS DOS AÑOS DE ESFUERZOS O "EL SUEÑO DE UNA NOCHE DE VERANO".**

FLURIACHE-GARCÍA-CARO MP, DE LA HIJA-DÍAZ MB, DEOCAL-REINA S, DULANTO-BANDARA, BLÁZQUEZ-SÁNCHEZ MP, GRAGERA-GABARDINO F.

GERENCIA DEL ÁREA DE SALUD DE TALAVERA DE LA REINA. TALAVERA DE LA REINA (TOLEDO).

**OBJETIVOS:**

Evaluar los cambios en la encuesta de la Comunicación Interna (CI) y la Política de Reconocimiento (PR) por el personal de la Unidad de Apoyo a la Gerencia (UAG) en Atención Primaria de un área sanitaria, tras implantar acciones de mejora.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo pre-post intervención de la evaluación de la CI y la PR en 2009 y 2011. Población diana: UAG en Atención Primaria de un área sanitaria. La encuesta fue diseñada ad hoc por los grupos que elaboraron el Plan de Comunicación Interna y el Procedimiento de Reconocimiento, ambos creados tras la aproximación al modelo EFQM en 2009. El cuestionario recogió la jerarquía laboral, el sexo, y la antigüedad en el puesto, e incluyó escalas visuales y de tipo Likert, y preguntas múltiples y abiertas. Se describieron las frecuencias y medidas de tendencia central, usando pruebas específicas para identificar los cambios significativos (valor de significación (p) 0,05).

**RESULTADOS:**

La tasa de respuesta cayó del 80% (53/68) al 52% (37/70) en 2 años. Las características sociodemográficas coincidieron con las de la plantilla de la UAG: más del 70% mujeres, cerca del 35% directivos o mandos intermedios y cerca del 60% con entre 2 y 10 años en la Unidad. Todos los ítems valorados del 1 al 10 mejoraron su media. CAMBIOS SIGNIFICATIVOS: La valoración general de la CI aumentó en 54%, de 3,4 (IC95%  $\pm$  0,52) a 5,2 (IC95%  $\pm$  0,86) y en 60,8% de la PR (de 3,5 (IC95%  $\pm$  0,65) a 5,7 (IC95%  $\pm$  0,88)), en ambos casos con un máximo posible de 10 (del suspenso al aprobado). El ítem peor valorado pasó de ser "se me informa de las funciones del compañero nuevo" (media: 2,91; mediana: 2) a "recibo tanta información que entorpece mi trabajo" (media: 4; mediana: 3). La "falta de interés de los trabajadores para comunicarse" subió al primer lugar entre los problemas específicos de la CI (del 22% al 57%). El incentivo económico como área de mejora de la PR desplazó en importancia al reconocimiento verbal (del 40 al 26% y del 27 al 43%, respectivamente). CAMBIOS NO SIGNIFICATIVOS: Ítems como el hermetismo en la gerencia como barrera de CI más señalada, el teléfono como canal de CI más usado o la flexibilización horaria y los certificados como vía principal de PR no variaron, y en general las mujeres y el Equipo Directivo puntuaron mejor los ítems globales de CI y PR (p0,05) en ambos cortes.

**DISCUSIÓN:**

Existe una mejor valoración de la CI y la PR tras las medidas adoptadas desde el 2009. Sin embargo, existen limitaciones como la caída en la tasa de respuesta, la ausencia del análisis de la no respuesta y los bajos valores extremos que se obtuvieron en la primera encuesta, ni la posibilidad de determinar el verdadero impacto de las variables explicativas por la poca información al estratificar. Es necesario verificar que la tendencia de este tipo de encuestas es positiva y que los grupos implicados no cesen en las acciones de mejora, a pesar de que los cambios organizativos y el clima laboral puedan variar radicalmente los resultados.

## **CB - 400.- LA CALIDAD DEL TIEMPO EN COMÚN: GESTIÓN EFICIENTE DE LAS REUNIONES.**

GARCÍA-CUBERO C, HERMOSO-MOLINA N, MATEOS-RODILLA J, MIQUEL-GÓMEZ A, JIMÉNEZ-DOMÍNGUEZ C.

DIRECCIÓN TÉCNICA DE PROCESOS Y CALIDAD. MADRID.

### **OBJETIVOS:**

Los equipos de trabajo necesitan de espacios y tiempo en común con objeto de coordinar las actividades, comunicarse y evaluar su eficacia. En el diagnóstico de situación previo al diseño de un plan de comunicación interna, los profesionales identificaron como un problema en la organización la ineficiencia de las reuniones de los equipos. Por este motivo, se diseñó un plan de mejora de la gestión de las reuniones. Los objetivos planteados son:

1. Desarrollar una metodología para la gestión eficiente de las reuniones.
2. Mejorar la gestión y dirección de las reuniones del equipo de trabajo.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se identificaron las áreas de mejora de la comunicación y de la calidad del tiempo en común a través de una encuesta autocumplimentada y mediante la realización de grupos focales con los profesionales. Se recopiló bibliografía sobre la gestión de reuniones. Se elaboró un manual de gestión de reuniones (los tipos de reunión y su método, cómo preparar y planificar una reunión, cómo dirigirla). Se elaboraron plantillas en formulario PDF: convocatoria, check list de planificación, dos modelos de actas/informe de reunión/plan de acción y dos modelos de análisis-evaluación de reunión. Se realizó un taller formativo con los profesionales. Durante el taller, se identificaron las áreas de mejora y los cambios necesarios en la reunión de equipo semanal. Se construyó un formulario access para el registro y evaluación de las reuniones. Se diseñó y documentó el procedimiento de comunicación interna.

### **RESULTADOS:**

Se formó al 100% de los profesionales, incluyendo el secretariado. El 100% de reuniones tienen convocatoria con el objetivo de reunión, orden del día, tiempo asignado a cada tema y si es necesaria preparación previa. El 100% de las reuniones tienen acta y un plan de acción. Al inicio de cada reunión se repasa el plan de acción de la reunión anterior y la evaluación de los asistentes. En todas las reuniones, los participantes analizan y evalúan la reunión. La coordinación de la reunión es rotatoria fomentando el aprendizaje, implicación y participación de todo el equipo en la mejora. Se realizó un decálogo de las reuniones eficientes, visible en la sala de reuniones. Todos los profesionales pueden consultar los resultados de la evaluación de la reunión.

### **DISCUSIÓN:**

El tiempo común de los equipos debe ser un tiempo de calidad. La gestión eficiente de las reuniones ayuda a los equipos de trabajo a conseguir su eficacia y mejorar su funcionamiento con el menor tiempo y esfuerzo posible. La aplicación de metodología de la gestión de las reuniones consigue resultados de mejora del tiempo en común.

**CB - 401.- PROCEDIMENTAR LA COMUNICACIÓN INTERNA EN UN EQUIPO DE TRABAJO, MEJORAR LA COMUNICACIÓN.**

HERMOSO-MOLINA N, ALEMANY-LÓPEZ A, CORNEJO-GUTIÉRREZ AM, MATEOS-RODILLA J.  
DIRECCIÓN TÉCNICA DE PROCESOS Y CALIDAD. MADRID.

**OBJETIVOS:**

La comunicación interna (CI) en un equipo de trabajo es un elemento imprescindible y fundamental para que éste consiga sus fines y metas, favoreciendo una efectiva relación y coordinación de las tareas. A la vez, crea el clima laboral necesario para que los profesionales se sientan motivados y comprometidos. Dentro de las acciones de mejora de nuestro plan de comunicación interna, se encuentra el diseñar y documentar el procedimiento de CI en cada grupo de trabajo. Los objetivos son:

1. Definir el procedimiento de comunicación interna.
2. Establecer los mecanismos de comunicación efectiva y eficiente de los profesionales del equipo de acuerdo al plan de comunicación interna de la organización.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se nombró a un responsable de CI. Se identificó la misión de la CI. Se identificaron nuestros proveedores de información y comunicación. Se identificaron nuestros clientes de CI. En una sesión de trabajo grupal decidimos los contenidos de comunicación, qué necesidades tienen nuestros clientes, qué personas son responsables de cada contenido, cómo se transmite cada uno (se estableció el canal o medio más adecuado), a quiénes y si era necesario el registro. Se realizaron diagramas de flujo por cada tipo de comunicación: descendente, ascendente y lateral. Se definieron los indicadores para su control y evaluación. Se definió el procedimiento de actualización, aprendizaje y mejora.

**RESULTADOS:**

Hemos conseguido tomar decisiones sobre cómo queremos que sea la comunicación interna en nuestro equipo de trabajo y hemos estudiado cómo debe ser para conseguir su efectividad, calidad y eficiencia. El 100% del equipo, incluida la secretaría, se ha implicado en su diseño y definición. Hemos implantado el procedimiento en abril de 2012.

**DISCUSIÓN:**

La comunicación debe ser significativa, continua y oportuna. Es un instrumento estratégico para alcanzar los objetivos de nuestra organización, para mejorar continuamente y para que las personas de la organización se sientan reconocidas, motivadas e informadas. Documentar cómo realizar la comunicación interna en nuestro equipo de trabajo ha resultado una actividad de mejora de la calidad de nuestras interacciones, favoreciendo la coordinación de esfuerzos y la transmisión efectiva de la información. Nos ha permitido revisar todos los contenidos y canales de comunicación, seleccionando los más eficientes. Al realizar los diagramas de flujo, hemos podido eliminar actividades que no aportaban valor.

**CB - 402.- PLAN DE COMUNICACIÓN: REMODELACION DE UN AREA DE SALUD.**

GARCIA-GARCIA J, ALVAREZ-DOMINGUEZ GM, MORENO-VALERO MA, MESEGUER-BARRIONUEVO AM, SANTIAGO-GARCIA C, LEON-NAVARRO J.

AREA DE SALUD 2 - SERVICIO MURCIANO DE SALUD. CARTAGENA (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

Diseño de un Plan de Comunicación dirigido a:

- los profesionales, para coordinar la apertura de un nuevo hospital y traslado de servicios
- la población, para informar de cambios organizativos asistenciales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El diseño se planificó entre la unidad de comunicación del área de salud y los equipos directivos del área y del servicio regional de salud.

Comunicación interna:

- Presentaciones orales a cargo del Gerente: circunstancias específicas, fechas, organización, etc. Se realizaron 5 sesiones.
- Visitas al nuevo Hospital: el equipo directivo con jefes de servicios y sección y, posteriormente, con el resto del personal para familiarizar a los profesionales con las dependencias, circuitos, etc.
- Tablones y circulares: resumen sobre las reuniones, dirigidas a todo el personal.
- Boletín interno mensual dirigido a jefes de servicio, profesionales, asociaciones de pacientes y grupos de interés, medios de comunicación, Ayuntamiento, Consejería de Sanidad, etc.
- Sección de Gabinete de Prensa de la intranet.
- Sección "Nuevo Hospital" de la intranet, con 3 apartados: Novedades (vídeos, información, convocatorias, etc.), documentación (planos, formación, etc.) y Foro de preguntas y dudas.

Comunicación externa dirigida a Instituciones públicas y organismos privados, Fuerzas de Seguridad, etc. a través de medios de comunicación y se realizaron Jornadas de Puertas Abiertas para visitas de colectivos y asociaciones.

Todo este proceso continúa en la actualidad con las últimas modificaciones y reorganizaciones internas.

**RESULTADOS:**

La apertura del nuevo Hospital ha supuesto cambios organizativos importantes del área de salud, un reto importante para toda la organización y la población del área. Se parte de una actividad hospitalaria que se prestaba en un hospital urbano, accesible y con gran arraigo en la población y en un hospital que compartía su uso militar y civil.

Se hizo necesario plantear el traslado de la actividad clínica ambulatoria y hospitalaria al nuevo centro, manteniendo en algunas fases la actividad duplicada. En paralelo se perseguía el objetivo de dejar la actividad en el hospital de defensa, devolviendo las instalaciones a sus propietarios y transformar el hospital urbano en otro con cambios estructurales y de funcionamiento. Este proceso ha precisado de un proyecto de comunicación externa e interna, que informara a los 3000 trabajadores y a los 270000 habitantes del área.

**DISCUSIÓN:**

El plan de comunicación ha sido decisivo en el buen funcionamiento del cambio organizativo y asistencial del área.

La unidad de comunicación/gabinete de prensa del hospital ha jugado un papel clave en el diseño y ejecución de dicho proceso.

La cohesión, coordinación y el objetivo común del equipo humano, en todos los implicados, tanto asistenciales, como directivos y empresas colaboradoras, han sido cruciales para el éxito del proceso.

**CB - 403.- EFICACIA DE LAS ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN SOCIOSANITARIA A LA POBLACIÓN Y A PROFESIONALES SANITARIOS EN MÓSTOLES.**

GALINDO-GALLEGO M, MORO-VELASCO L, DÍEZ-PIÑA JM, TARÍN-VICENTE MN, TAFALLA-BORDONADA C, CABALLERO-ROMERO A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. MÓSTOLES (MADRID).

**OBJETIVOS:**

En nuestro centro se desarrollan, desde hace 4 años, certámenes-concursos públicos con objeto de sensibilizar y concienciar a sus profesionales (por su papel ejemplarizante) y a su población más joven de referencia (como motores del cambio) sobre el alcance de algunos problemas de salud y sobre el cuidado de nuestro entorno. Estas iniciativas van dirigidas a fomentar: la Prevención del Tabaquismo, la Prevención de la Violencia de Género y la Conservación del Medio Ambiente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Esta estrategia ha sido apoyada por la Dirección del Hospital, contando con la planificación y coordinación de las Unidades de Comunicación y de Calidad, las comisiones hospitalarias de Prevención del Tabaquismo y Contra la Violencia, y con la colaboración de los Ayuntamientos de los municipios que atendemos. A: Desde 2009, anualmente se celebra un concurso de dibujo 'En Móstoles nos divertimos sin tabaco', dirigido a estudiantes de 1º y 2º curso de Educación Secundaria Obligatoria. Y se hace coincidir con el Día Internacional Contra el Tabaquismo. Se incentiva la participación de jóvenes en el debate sobre los efectos perjudiciales del tabaco.

B: En 2011, el hospital puso en marcha la primera edición del Concurso Audiovisual 'Contra la Violencia a las Mujeres', en la que alumnos de 1º y 2º curso de Bachillerato realizaron una serie de cortos (en formato vídeo) con mensajes de prevención y alerta sobre los efectos de la violencia a las mujeres. Grupos de adolescentes de 15 a 17 años, construyeron valiosos relatos audiovisuales sobre este problema de salud.

C: Desde 2008, anualmente se convoca un Concurso de Ideas Medioambientales que se ha desarrollado empleando distintos formatos. En la edición de 2012 los profesionales del centro han plasmado sus ideas en fotografías sobre el cuidado del medio ambiente y que invitan a colaborar a favor de un entorno sostenible.

**RESULTADOS:**

Los buenos resultados se cifran en:

Nº de participantes, por ejemplo en el III Concurso 'En Móstoles nos divertimos sin tabaco' se presentaron un total de 350 dibujos, y en la IV edición del Concurso de Ideas Medioambientales se presentaron una veintena de fotografías. Impactos en medios de comunicación, por ejemplo en el I Concurso Audiovisual contra la Violencia obtuvo una significativa presencia en los medios, con un total de 17 impactos. Además, cada acción conlleva la celebración de un acto institucional de entrega de premios, que refuerza el mensaje, con entrada libre. Por otra parte, las obras son usadas en distintos soportes de sensibilización (trípticos, enlaces web...), por ejemplo los vídeos premiados en 2012 del certamen contra la violencia de género están disponibles en la web [www.madrid.org/hospitalmostoles](http://www.madrid.org/hospitalmostoles).

**DISCUSIÓN:**

La implicación, sensibilización y formación de tod@s es clave en los temas de salud. Nuestro centro tiene el compromiso de transmitir a sus profesionales y a la comunidad mensajes positivos de prevención. Presentamos nuestra experiencia en estos ámbitos y el alcance conseguido.

**CB - 404.- INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA AL ALTA EN PACIENTES TRASPLANTADOS.**

SAUTUA-LARREATEGUI S, DE MIGUEL-GASCÓN M, BAZA-MARTÍNEZ B, SERRANO-DE LUCAS L, BASKARAN-KALTZAKORTA Z, CASTAÑO-LÓPEZ M.

SERVICIO DE FARMACIA. BARAKALDO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

Describir el programa de información al alta al paciente trasplantado que existe en nuestro hospital.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El tratamiento farmacológico que debe tomar un paciente recién trasplantado es muy complejo, con un elevado número de fármacos y tomas al día. Estos son dos factores que se asocian con una menor adherencia del paciente a los tratamientos farmacológicos.

En el caso del trasplante el correcto cumplimiento de la pauta de tratamiento es fundamental para evitar la pérdida del órgano trasplantado. Existen diversos estudios que evalúan estrategias para mejorar la adherencia del paciente y una de las que han tenido mejores resultados consiste en proporcionar al paciente información, tanto verbal como escrita, sobre su tratamiento antes del alta.

En nuestro hospital la información suministrada por el médico es reforzada por el farmacéutico, tanto en el caso de los pacientes trasplantados renales como hepáticos, incluidos los pacientes pediátricos. Para preparar la información escrita se utiliza el programa Infowin® que genera un prospecto simplificado para cada fármaco y un esquema gráfico del tratamiento farmacológico, el cual permite incluso a los pacientes analfabetos entender cómo y cuando deben tomar cada uno de sus medicamentos. Una vez redactado el informe de alta por parte del médico responsable del paciente, se avisa al farmacéutico para que prepare el documento informativo y se entreviste con el paciente, proporcionándole la información verbal y escrita sobre su tratamiento farmacoterapéutico.

**RESULTADOS:**

Este programa de información al alta al paciente trasplantado se viene llevando a cabo desde el año 2005, habiéndose informado durante el año 2011 a 81 pacientes trasplantados renales y a 58 pacientes trasplantados hepáticos.

El número anual de trasplantes realizados en el periodo 2005-2011 en nuestro hospital se ha mantenido en torno a cifras similares, sin embargo, el número de pacientes informados se ha ido incrementando año tras año, siendo el total de pacientes informados en este periodo de tiempo de 593 trasplantados.

Aunque no se ha realizado una encuesta de satisfacción a los pacientes la sensación percibida es que valoran positivamente la información recibida. También los médicos están satisfechos con el resultado del programa e incluso demandan que se suministre este tipo de información a otros pacientes no trasplantados.

**DISCUSIÓN:**

Este programa de información al alta aumenta la calidad asistencial y la adherencia al tratamiento en un grupo de pacientes donde es especialmente importante para evitar el rechazo al órgano trasplantado.

**CB - 405.- EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA NEUMOLÓGICA (ARNAS).**

BALLAZ-QUINCOCES A.

HOSPITAL DE GALDAKAO-USANSOLO. GALDAKAO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

En nuestra sociedad es cada vez más importante reducir costes y mejorar la eficiencia revisando la utilización hospitalaria, incluyendo la satisfacción del paciente además del coste económico. Así, las Unidades de Corta Estancia basan su éxito en una gestión administrativa ágil e implicación de los facultativos para mejorar la calidad asistencial. Los objetivos principales de nuestro estudio son:

- Descripción de los resultados de la puesta en marcha de una Unidad Neumológica de Corta Estancia (ARNAS).
- Comparación de la satisfacción de los pacientes con los de la planta neumológica convencional.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El Hospital de Galdakao-Usansolo es un hospital de agudos que abarca una población de 300000 habitantes, con una capacidad de 439 camas de hospitalización, 32 de las cuales están asignadas al Servicio de Neumología y 8 de las mismas a ARNAS, que está atendida por dos neumólogos en turno de mañana y tarde y enfermería especializada.

Criterios de ingreso en ARNAS: NAC, grupo de riesgo Fine I-III, con decisión de ingreso y puntuación evaluada por el score SCAP9; broncopatía aguda y crónica (asma bronquial y EPOC de grado leve-moderado agudizado); e imagen pulmonar a estudio.

Criterios de exclusión: Pacientes graves y/o con criterios de ingreso en UCI o UCRI.

Del 1 de marzo al 30 de junio de 2011 se recogen prospectivamente datos sociodemográficos y variables tales como demora de ingreso, estancia media, hora del alta hospitalaria, porcentaje de ingresados con criterio ARNAS, destino al alta, reingresos en los siguientes 30 días, número de visitas al Servicio de Urgencias tras el alta, mortalidad intrahospitalaria y al de 30 días, y motivo de fallecimiento. Se les realiza una encuesta de satisfacción tras el alta, tanto a los pacientes ingresados en ARNAS como a los de planta convencional, realizando análisis estadístico mediante Cochran-Mantel-Haenszel Statistics ajustado por edad y sexo, con intervalos de edad de 10 años.

**RESULTADOS:**

- Ingresos: 156 pacientes (64% criterio ARNAS)
- Demora de ingreso: 58 minutos
- Alta antes de las 13.00h: 79,7%
- Patología prevalente: NAC e infección respiratoria (45,35%)
- Alta domiciliaria: 98%
- Visita al Servicio de Urgencias en 30 días: 7,6%
- Reingresos en 30 días: 4% (Pacientes NO ARNAS)

Por causa respiratoria: 66% (4/6) Estancia media: 3,5 días

- Diferencias estadísticamente significativas en comparación con la planta convencional en cuanto a la satisfacción percibida por el paciente, el trato recibido por el médico, la información proporcionada y la estancia media.

**DISCUSIÓN:**

Podemos concluir que: ARNAS funciona como una unidad ágil, con una demora de ingreso y una estancia media cortas, sin repercusión en los resultados y con un nivel de satisfacción incluso superior al de la planta convencional.

**CB - 406.- TELEMEDICINA A DOMICILIO FRENTE AL TELEVISOR, DE PACIENTES CON EPOC AGUDIZADORES FRECUENTES, USANDO TECNOLOGÍA KINECT.**

AULESTIA-SEOANE L, RODRIGUEZ-MARÍN E, ITURRIETA-MURGUIONDO MA, LOBO-BERISTAIN JL, SOBRADILLO-ECENARRO P, SÁNCHEZ-BERNAL R.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ÁLAVA. VITORIA - GASTEIZ.

**OBJETIVOS:**

Corto plazo: 1. Mejora del control y seguimiento de pacientes con EPOC, desde la perspectiva de pacientes y clínicos 2. Aceptación y usabilidad de la solución y probar que la tecnología Kinect de Microsoft es adecuada. Medio / Largo plazo: 3. Mejora de la condición de salud y calidad de vida de los pacientes 4. Reducción del número de ingresos hospitalarios y visitas a urgencias 5. Evitar el traslado físico de los pacientes, tanto para ser citados como para ser atendidos en aquellos casos en que no se precise su presencia.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se trabaja con pacientes EPOC con FEV1 post-broncodilatación igual o inferior a 50% y en fase estable, co-liderado por el Hospital 8 Centros de Atención Primaria. Se ha diseñado una combinación y frecuencia de intervenciones personalizada y según plan de acción específico definido por los médicos del hospital, los de atención primaria y coordinados con el resto de clínicos participantes (enfermeras de atención no presencial y médicos y enfermeras de Urgencias Hospitalarias que garantizan una atención 24 horas, 7 días de la semana). El seguimiento se hará mediante mediciones de FEV1, saturación, frecuencia cardiaca,  $\text{O}_2$ , ejercicios de resistencia en extremidades superiores, fuerza de extremidades y músculos respiratorios. Existe un listado de preguntas sobre el estado diario del paciente y se utilizarán los cuestionarios LCADL (Escala Actividades Vida Diaria). En cuanto a la toma de medicación, habrá un checklist de medicación, que incluye confirmación de toma diaria y grabación de uso de inhaladores programada.

**RESULTADOS:**

Se dispone de mensajes de audio/texto, con recordatorio de actividades, consejos y alarmas, así como llamada y Videollamada con planificación previa y aprobación por ambas partes. La educación del paciente consta de Técnicas de Inhalación, Hábitos saludables, Información de la EPOC, Información sobre aspectos medioambientales (alergias,...) y Reconocimiento de la exacerbación. Todos los datos de ejercicios, mediciones, cuestionarios, diario de síntomas, tomas de medicación y parámetros se integrarán en la Historia Clínica Electrónica Única a través de la televisión automáticamente, sin usar ningún dispositivo electrónico, excepto las manos del paciente. La mejora se consigue no solo por la reducción de las agudizaciones, sino por la sensación de seguimiento continuo que el paciente percibe.

**DISCUSIÓN:**

Queremos utilizar la televisión como medio para mejorar la atención a los pacientes crónicos, porque consideramos que es una tecnología a la que están acostumbrados los pacientes, y la videoconferencia en directo nos va a permitir un seguimiento creemos que adecuado.

La utilización de la televisión como medio de relación no presencial entre pacientes, sus familias y los clínicos que le atienden, está siendo muy bien valorada y creemos que va ser una herramienta fundamental para la relación de los clínicos y los pacientes, y que va permitir conseguir los objetivos propuestos.

## **CB - 407.- ANÁLISIS DE PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES EN PROGRAMAS DE VOLUNTARIADO.**

CRESPO-BAQUERO R, CALLE-RODRIGUEZ C, DURAN-GARCIA N, MARGALEF-LLOBERA M, RODRIGUEZ-CALA A, VIDAL-MILLA A.

INSTITUTO CATALÁN DE ONCOLOGIA. HOSPITALET DE LLOBREGAT (BARCELONA).

### **OBJETIVOS:**

Conocer la participación de los trabajadores en acciones de voluntariado realizadas por iniciativas individual y la predisposición para participar en acciones de voluntariado promovidas por la empresa con la finalidad de diseñar un programa de voluntariado corporativo.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

En una primera fase se realiza un inventario para registrar todas las acciones solidarias que están organizadas por la institución.

Después se realizó una encuesta sobre voluntariado a las personas que integran la plantilla, con un modelo de cuestionario proporcionado por la Fundación Hazloposible, organización orientada a fomentar la participación de la sociedad en causas solidarias. La encuesta se ha publicado en la intranet, con carácter anónimo, con identificación opcional en el caso de los trabajadores con interés en colaborar en el programa de voluntariado. La encuesta se lanzó en mayo de 2012, con una participación de 60 trabajadores.

### **RESULTADOS:**

La institución realiza diferentes acciones solidarias como el envío de material a países del tercer mundo, colaboración con ONGs para la recogida de alimentos, sesiones de reiki a pacientes y familiares y sesiones de educación para la salud en escuelas y en actos.

Resultados de la encuesta. El 48% de las personas que han contestado la encuesta colabora con alguna organización social, principalmente mediante aportaciones económicas puntuales (61%), voluntariado (36%) y apadrinamiento (30%).

Las personas que no colaboran con organizaciones sociales refieren que es: por falta de tiempo (58%), porque no conocen proyectos que le interesen (7%), porque nunca se lo han planteado (7%) o porque desconfía de las entidades y ONGs (4%).

Las actividades preferidas para que la institución de soporte son el facilitar que la plantilla proponga iniciativas en las que los trabajadores se puedan apuntar (60%), y ofrecer una gama de oportunidades de voluntariado para que cada persona escoja la que más se ajusta a sus inquietudes (51%).

Las acciones preferidas por los trabajadores encuestados es el soporte directo a colectivos desfavorecidos (66%) y la participación en campañas puntuales de entidades sociales como conciertos, etc. (45%).

La participación ha sido baja pero 21 personas se han ofrecido para participar en el proyecto de voluntariado corporativo.

### **DISCUSIÓN:**

Los resultados del estudio han permitido identificar diferentes acciones de voluntariado que se realizaban en la organización por iniciativa de algunos trabajadores, y la demanda de una parte de los trabajadores para que la empresa promueva el voluntariado. A partir de los resultados aportados por el estudio, la organización plantea promover un programa de voluntariado corporativo, para dar respuesta a las demandas e inquietudes de los trabajadores que quieren realizar acciones de voluntariado, para mejorar el clima laboral y fomentar el orgullo de pertenencia en la empresa; y para promover el compromiso de la relación empresa-sociedad en el contexto de la responsabilidad social corporativa.

**CB - 408.- "SALIR DE LA CAJA" – CREATIVIDAD APLICADA EN UN HOSPITAL.**

GALLEGO-CAMIÑA I, TORO-SANCHEZ L, CUEVAS-BALBAS A, VILLA-VALLE R, MAESTRE-MARTINEZ MT, CASTELO-ZAS S.

HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO (OSAKIDETZA). GALDAKAO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

Desplegar una sistemática que nos permita replantearnos los esquemas establecidos, hacernos pensar de forma diferente para buscar nuevas soluciones, nuevos productos, servicios o procesos, que aporten un valor añadido a nuestros grupos de interés.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Reflexión estratégica del Equipo de Dirección sobre el enfoque de la creatividad en el HGU. Estructura de soporte a la creatividad con la creación de un equipo de facilitadores de creatividad (Txapelurdines) y una coordinación por la Unidad de Calidad e Innovación. Definición del flujo de actividades y herramientas para la realización de los talleres de creatividad, e implantación progresiva de los mismos.

**RESULTADOS:**

1) Desde la implantación de talleres en el 2009, se han realizado un total de 31 talleres, pasando de 2 en 2009 a 15 en 2011. Participando en dichas dinámicas un total de 186 personas diferentes. Y se ha contado con la participación de Grupos de Interés en 10 de los talleres realizados, con presencia de pacientes, ONGs, proveedores, entre otros. 2) Atendiendo al foco de los talleres, se pueden clasificar en: 33% diseño de nuevos productos o campañas, el 24% para la búsqueda de soluciones o de mejora de procesos, el 30% para el diseño del PE vigente, 10% de los talleres para mejorar la participación y trabajar el clima laboral, y el 3% en dinámicas de reuniones. 3) Los talleres se han utilizado para el diseño de campañas de comunicación interna como la celebración del Día Mundial del Medioambiente o el Día sin coche, para la campaña del Silencio en la planta, la sensibilización sobre la prevención de la SEPSIS, o la planificación de la comunicación del Plan estratégico. También se ha utilizado para el diseño de aplicación para smartphone con pacientes, reflexiones del personal de enfermería en el quirófano para mejorar la corresponsabilidad en el trabajo y clima laboral, o en dinámicas de reuniones como las realizadas en el equipo de proceso quirúrgico para mejorar la implantación del check list quirúrgico de la OMS. 4) El grado de satisfacción de las personas que han participado en estas dinámicas es muy alto, de manera que el 93,25% de los talleres, realizan una valoración positiva de los talleres realizados hasta la fecha.

**DISCUSIÓN:**

1) Ante nuevos retos, es necesario el uso de nuevas herramientas que inviertan el esfuerzo en las ideas y salir del pensamiento habitual, se trata por tanto de "salir de la caja" 2) herramienta aprobada por la práctica mayoría de los participantes en los talleres realizados. 3) Utilidad de las ideas surgidas que se han traducido en mejoras de procesos o diseño de nuevos servicios/productos o campañas, convirtiéndose en buenas prácticas internas. 4) Aumento progresivo de la participación de las personas en estas dinámicas y creación de una cultura de creatividad en el HGU. 5) Incorporación de nuestros grupos de interés en los talleres aportando un valor añadido al resultado.

## CB - 409.- NUESTRA EXPERIENCIA EN ATENCIÓN SUBAGUDA. CAMBIO DE MODELO.

LORENZO-SÁNCHEZ AC, SOLÉ-FORTUNY R, FERRER-PENART I, YAGÜEZ-RUBIO C, DE FEBRER-MARTINEZ G.

ÀREA SOCIO SANITÀRIA - HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN DE REUS. REUS (TARRAGONA).

### OBJETIVOS:

Para dar respuesta asistencial adecuada a los pacientes de edad avanzada y con patología crónica, que presentan una alta frecuencia en el Servicio de urgencias y ingresos hospitalarios recurrentes y que tienen unas necesidades sanitarias "intermedias" entre la hospitalización aguda y la convalecencia tradicional, se define el nivel asistencial de subagudos.

Atención subaguda(SUB):tratamiento integral a enfermos con una enfermedad crónica conocida y muy evolucionada, disminuyendo o evitando la estancia en agudos mediante un tratamiento en una unidad de menor complejidad terapéutica.

Atención postaguda(PAG):tratamiento integral del enfermo anciano frágil con una enfermedad aguda reciente o un accidente, disminuyendo su estancia en agudos mediante un traslado precoz a unidades de convalecencia.

- Desarrollar la actividad de subagudos durante todo el año. Se inicio en el año 2009 y de forma progresiva se instauró esta línea en años sucesivos.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Establecer circuitos de actuación y cumplir los indicadores establecidos.

\* Indicadores de calidad aplicables a las unidades de convalecencia.

\* Indicadores del impacto en el hospital de agudos:

- Disminución de estancias en hospitales de agudos.

- Reingresos en el hospital de agudos 3%.

- Derivaciones a urgencias 5%.

\* Indicadores de funcionamiento global de la unidad:

- Mortalidad 10%.

- Estancia media. 16 días.

- Altas a domicilio 70% de los ingresos.

\* En las unidades de subagudos: altas 15% a convalecencia.

### RESULTADOS:

	Altas año 2009	Altas año 2010	Altas año 2011
Postagudos	23	40	75
Subagudos	46	69	77

\* Indicadores de calidad: Cumplimiento según cuadro de indicadores.

\* Indicadores del impacto en el hospital de agudos:

·Disminución de los días de estancia en el hospital de agudos:77 SUB. Media – 8'1 días. (48 pacientes 15 días) – 62,3%. 75 PAG Media – 8,8 días. (31 pacientes 15 días) – 52,5%.

·Reingresos en el hospital: 3 pacientes. (1,9 %).

·Derivaciones a urgencias: 0 pacientes (0%).

\*Indicadores de funcionamiento global del programa o de la unidad.

·Exitus: 1. Mortalidad 0,6%.

·Estancia media SUB: 14,6 días, PAG: 16,4 días.

·Altas a domicilio: 126 pacientes. 82%. SUB : 62/77, PAG : 68/75.

·CSS:22 pacientes.

\* Otros datos:

Diagnósticos: SUB: MPOC/ asma o Insuficiencia respiratoria:31, insuficiencia cardiaca: 10, infección respiratoria: 12. PAG: Fractura de cadera 16, Prótesis de cadera 11 Ictus 12, Posquirúrgico: 17.

Rehabilitación SUB: 77,6%, PAG: 94%.

Ganancia funcional: ((BA-BI) X100/ días de estancia) SUB:113'6%. PAG: 125,2%.

### **DISCUSIÓN:**

Se ha implementado de forma progresiva la atención de subagudos cumpliendo con los indicadores establecidos por el plan director, durante todo el año.

La disminución de la estancia media ha permitido atender a más pacientes y dirigir la atención geriátrica al Servicio de Urgencias.

El ingreso a la Unidad ha permitido la ganancia funcional del paciente atendido antes de volver al domicilio.

## **CB - 410.- METODOLOGÍA DE LA GESTIÓN DEL RIESGO CLÍNICO. RESULTADOS EN LA UNIDAD DE CRÍTICOS.**

PAZOS-JARDON C, MUÑOZ-MELLA MA, GROBA-PEREZ F.

POVISA. VIGO.

### **OBJETIVOS:**

- Evaluar la implantación de la metodología de la gestión del riesgo clínico.
- Evaluar el impacto de la gestión por competencias del personal de enfermería en la mejora de la seguridad del paciente.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

- Creación de un equipo, intraservicio, de la gestión del riesgo, encargado del diseño y desarrollo de un mapa de riesgos de la unidad, integrado en el mapa de riesgos del hospital.
- Metodología reactiva en la que se analizan las declaraciones de incidentes realizadas durante el año 2011 y las acciones de mejora iniciadas a partir del análisis de incidentes.
- Metodología proactiva en la que el panel de expertos identifica, analiza, evalúa, pondera y planifica el tratamiento a cada uno de los riesgos identificados.
- Inclusión de los "objetivos diarios" en la dinámica diaria de la unidad
- Evaluar el número de enfermeras con sus competencias evaluadas y reevaluadas en 2011
- Elaboración del "cuadro de referentes"

### **RESULTADOS:**

- Ha aumentado el número de declaraciones de incidentes y proporcionalmente el de acciones de mejora establecidas durante el año 2011.
- Se ha diseñado el mapa de riesgos de la unidad en el que se desarrolla el tratamiento de 17 riesgos identificados.
- Se incluyen en el mapa de riesgos los programas de Bacteriemia Zero (0.17% en 2010 y 0.33 en 2011); Neumonía Zero(2,2% en 2011);Infección urinaria en paciente portador de sonda vesical(7,63 en 2010 y 3,27 en 2011) como indicadores relevantes sobre el manejo de la infección
- Se han revisado los "Objetivos diarios" en el 98% de los pacientes.
- El checklist de traslado se utiliza en el 97% de los traslados, reduciéndose los incidentes durante los mismos.
- Al 100% de las enfermeras se le han evaluado o reevaluado sus competencias, con un significativo aumento de las competencias plenas. Sobre todo se ha mejorado en aspectos relevantes para la organización como la formación en cuanto a la RCP, el tratamiento del dolor o la consecución de los llamados "privilegios ". Las enfermeras referentes están identificadas en el cuadro de referentes semanal.
- En 2ª fase de certificación de la UNE 179003 de Gestión del Riesgo Clínico.

### **DISCUSIÓN:**

La utilización de las metodologías reactivas y proactivas junto con la opinión y experiencia de los expertos de la unidad ha permitido identificar los riesgos clínicos, de manera que podamos dirigir el esfuerzo de todos a eliminarlos.

La participación de todos los integrantes del equipo de cuidados ha permitido elaborar un mapa de riesgos con mucho mayor alcance.

El desarrollo de las competencias en el personal de enfermería permite el aumento proporcional de la complejidad de los cuidados a la vez que ha disminuido el número de incidentes declarados vinculados a la aplicación de dichos cuidados.

**CB - 411.- ¿PODEMOS AFIRMAR QUE HEMOS REDUCIDO EL RIESGO EN EL PROCESO QUIRÚRGICO?.**

IGLESIAS-CABALEIRO C, GROBA-PEREZ F, MUÑOZ-MELLA MA.  
POVISA. VIGO.

**OBJETIVOS:**

- Evaluación cuanti-cualitativa de la implantación del listado de verificación quirúrgica.
- Evaluación de los resultados en términos de valor añadido para el paciente y la organización.
- Impacto de las acciones de mejora implantadas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- Análisis de los 24245 listados aplicados a los 25384 pacientes intervenidos entre enero de 2010 y diciembre de 2011.
- Revisión de las actas de las 14 reuniones del equipo de mejora en las que se establecen las acciones de mejora, su cronograma de implantación e impacto.
- Utilización de listados informatizados diferenciados, en función del tipo de cirugía( cirugías mayores y menores), y periprocedimiento para su posterior evaluación.

**RESULTADOS:**

- Tasa de cumplimentación del listado superior al 96%; tasa de cumplimentación según protocolo 93,45% y tasa de casi fallos 0,52%.
- Disminución del número de incidentes y eventos adversos declarados, tendencia que confirma la efectividad del listado como barrera de seguridad.
- Implantación de buenas prácticas; el desarrollo del sistema de monitorización del protocolo de seguridad quirúrgica ha constatado la disminución, en un 70%, de los tiempos necesarios de preparación y comprobaciones previas a la intervención. Esto ha permitido la drástica reducción de suspensiones quirúrgicas.
- Las acciones de mejora han sido evaluadas en tiempo real, permitiendo su adaptación a la práctica, así como su efectividad.

**DISCUSIÓN:**

Hemos alcanzado un programa dinámico que nos permite objetivar las áreas de mejora mediante monitorización continua y que permite implantar y evaluar acciones de mejora. Favorece la comunicación e implicación de todo el equipo quirúrgico y el aumento de la cultura de seguridad, clave para una atención quirúrgica más segura.

Esta metodología dinámica constituye el verdadero valor del enfoque que pretendemos dar a la implantación de un listado de verificación prequirúrgico en nuestro hospital.

Se ha generalizado la metodología primero al 100% de los quirófanos y después hacia otros procesos invasivos realizados en otras áreas del hospital, demostrado que se trata de un sistema válido y aplicable, del que se pueden beneficiar los pacientes y la organización.

**CB - 412.- EVALUACION DE LA TRANSFERIBILIDAD DE LA MEDICION DE IONES SODIO Y POTASIO EN TRES EQUIPOS DE LABORATORIO DIFERENTES.**

VARELA-SOTO MBG, MENDOZA-RUIZ MC, IMAZ-ALLENDE MI, DIEZ-DE DIEGO MA, AGUAYO-GREDILLA FJ.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO.

**OBJETIVOS:**

Estudiar la transferibilidad de los resultados entre los 2 equipos habitualmente usados en el laboratorio de urgencias (Cobas-6000 e Integra-400) y el gasómetro Gem-3000 (que mide también iones) para optimizar los recursos del laboratorio e incluir los gasómetros como equipos de comprobación y apoyo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se formó un equipo compuesto por el facultativo jefe de la unidad y 5 técnicos de laboratorio. Se estudian los autoanalizadores bioquímicos Cobas-6000, e Integra-400 (Roche), comparándolos con el gasómetro GEM-3000 (IZASA). Los autoanalizadores bioquímicos miden los iones mediante potenciometría indirecta, mientras que el gasómetro lo hace por potenciometría directa. Se estudia un pool de muestras de pacientes, que se procesa 20 veces consecutivas en los 3 equipos a estudio, calculándose la media, para los 2 iones. Se obtiene también la diferencia entre las medias de las determinaciones de cada equipo, y de acuerdo al criterio de la Sociedad Española de Bioquímica Clínica, se evalúa la transferibilidad de los resultados acorde con la variabilidad biológica intraindividual ( $Na=0,7$  y  $K=4,8$ ).

**RESULTADOS:**

Estudiando el ión Potasio, nos encontramos con unas medias de 4,37 (G-3000), 4,42 (C-6000) y 4,39 (I-400). La diferencia entre el G-3000 y el C-6000 fue de -0,05, claramente inferior a 1/3 de la Variabilidad Intraindividual (1,6). La diferencia entre el G-3000 y el I-400 fue de -0,02, que también resulta inferior a este límite.

En el estudio del ión Sodio, nos encontramos con unas medias de 142,4 (G-3000), 142,6 (C-6000) y 140,2 (I-400). La diferencia entre el G-3000 y el C-6000 fue de -0,3, inferior a la mitad de la Variabilidad Intraindividual (0,35). La diferencia entre el G-3000 y el I-400, fue de 2,2, superior incluso a la propia Variabilidad del Sodio. Ocurre algo similar comparando el C-6000 y el I-400, con una diferencia de 2,4.

**DISCUSIÓN:**

El G-3000 presenta unas diferencias bajas para sodio y potasio con el C-6000, y para potasio con el I-400, con lo que sus resultados son transferibles y puede emplearse en la práctica clínica diaria del laboratorio.

Los resultados obtenidos para el ión sodio comparando el I-400 con los otros 2 analizadores, presentan unas diferencias superiores a lo deseable, por lo que los resultados no son transferibles entre este equipo y los otros 2.

Curiosamente, hemos detectado un problema entre los dos autoanalizadores habituales del laboratorio (C-6000 e I-400), cuyos resultados de sodio no resultan transferibles. Se precisa de un estudio adicional de causas para solventar este problema y poder ofrecer resultados transferibles entre todos los 3 equipos.

**CB - 413.- SISTEMA DE GESTION DE RECEPCION DE MUESTRAS EN UN LABORATORIO CENTRAL DE ANALISIS CLINICOS.**

ROMERO-SANTOS S, NOVAS-CARBALLA IRENE, RODRIGUEZ-FERNÁNDEZ E, MORENO-MARTÍNEZ A, APARICIO-CASANS T.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA. PONTEVEDRA.

**OBJETIVOS:**

- 1.-Establecer tiempos óptimos de procesamiento preanalítico.
- 2.-Mejora de la coordinación interna del personal involucrado en la fase preanalítica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se ha diseñado una aplicación informática en la que se recogen cada una de las acciones a realizar durante la fase preanalítica: Recepción de los contenedores (neveras) de los centros de extracción periférica; registro de peticiones en lector automático de tarjeta grafitada; revisión de cada petición por personal administrativo; introducción de las muestras en el Sistema Automatizado de Clasificación y Alicuotado de muestras.

A medida que estas acciones son llevadas a cabo, el personal encargado de cada área lo notifica en la aplicación informática.

Un código de colores permite visualizar a tiempo real al resto de las áreas la disponibilidad o no de las muestras:

Rosa: recepción en el Laboratorio Clínico.

Amarillo: registro mediante lector de tarjeta grafitada.

Verde: revisión manual de las tarjetas grafitadas por el personal administrativo realizada.

Azul: entrada en el Sistema Automático de Clasificación de muestras (Automate 1250).

**RESULTADOS:**

Se han mejorado considerablemente los tiempos preanalíticos intralaboratorio, llegándose en reducir hasta en 30 minutos la duración de la fase preanalítica, permitiendo un adelanto en el procesamiento analítico de las muestras, a la vez que se ha optimizado la comunicación interna del personal implicado.

**DISCUSIÓN:**

El tiempo que transcurre entre la toma de muestras y su procesamiento es decisivo para garantizar la calidad de los resultados analíticos. De ahí que surja la necesidad establecer un control de tiempos para poder optimizar la fase preanalítica intralaboratorio. Ello nos ha llevado a diseñar un sistema de gestión de recepción de muestras que nos permita conocer el estado y la localización de las muestras en la fase preanalítica dentro del Laboratorio Clínico, a la vez que sistematizamos la comunicación entre el personal participante en cada una de las fases que engloba la preanalítica: recepción de muestras, registro de peticiones, entrasa de muestras en el sistema automatizado de gestión y alicuotado de muestras /automate 1250).

**CB - 414.- "SIRIMIRI" – SESIONES TÉCNICAS DE GESTIÓN EN EL HGU.**

ALTUNA-GANDARIAS A, TORO-SÁNCHEZ L, CUEVAS-BALBAS A, VILLA-VALLE R, MEÑICA-AZKUENAGA ME, CASTELO-ZAS S.

HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO. GALDAKAO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

El Grupo SIRIMIRI nace con la finalidad de crear un espacio donde podamos aprender, compartir y difundir conocimientos y buenas prácticas, especialmente en el área de la gestión y la mejora. Esta dinámica de compartir conocimiento está enfocada a atraer y facilitar al personal que trabaja en el ámbito de la gestión, tradicionalmente no sanitario, a participar de esta formación.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Reflexión del Grupo Sirimiri, formado por Jefes de Servicio de áreas de gestión, para diseñar la sistemática y contenidos de las sesiones técnicas de formación para compartir conocimiento. La Unidad de Calidad e Innovación se encarga de la coordinación y gestión diaria de las sesiones técnicas, así como el despliegue y evaluación de las sesiones (encuesta de satisfacción).

**RESULTADOS:**

1) Desde la implantación del Sirimiri en el 2009, se han realizado 39 sesiones técnicas, pasando de 4 en 2009 a 14 en 2011. 2) Han participado como ponentes un total de 25 personas diferentes. 3) Atendiendo a las áreas temáticas se pueden clasificar en: 18% área económica, 13% comunicación, 13% sistemas de información, 13% normativa y legislación, 13% calidad e innovación, el 10% temas medioambientales, 10% área de personal, 10% prevención y salud laboral. 4) Las sesiones con más interés para los asistentes han sido repetidas por petición de los mismos. Un total de 7 sesiones diferentes se han vuelto a realizar en diferentes fechas. 5) Implicación de 11 servicios diferentes del área de gestión para la realización de las sesiones: contabilidad, personal, suministros, hostelería, UBP, UC+i, etc. 6) Tras realizar una encuesta de satisfacción el grado de satisfacción de las personas que han participado en estas dinámicas es de un 98%. Los ítems más valorados son la motivación, claridad e interés que despiertan los contenidos expuestos a los asistentes (100%), seguido de la formación de los ponentes y la metodología utilizada (98%) y la utilidad de los contenidos (94%).

**DISCUSIÓN:**

1) En un ámbito predominantemente sanitario, impulso de sesiones formativas de gestión  
2) Socialización del conocimiento en áreas no sanitarias  
3) Facilitar un espacio de encuentro a los profesionales no sanitarios  
4) Aplicabilidad y utilidad de las sesiones realizadas que se han convertido en buenas prácticas internas: implicación de estos servicios en comunicaciones externas de Congresos y Jornadas, ensayos de comunicaciones orales frente a un auditorio, identificación de personas para la participación en dinámicas de talleres de creatividad o en Equipos de Mejora del Hospital,...  
5) Impulso de la imagen corporativa del Hospital: unificación de criterios a la hora de presentaciones en congresos  
6) Aumento progresivo de la participación de las personas en estas dinámicas  
7) Reconocimiento a los ponentes con certificación para el Desarrollo Profesional como estímulo para la participación.

**CB - 415.- UN INSTRUMENTO DE MEDIDA PARA LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA INDIVIDUAL.**

REYES-ALCÁZAR V, BUIZA-CAMACHO B, TORRES-OLIVERA A, HERRERA-USAGRE M.  
AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. SEVILLA.

**OBJETIVOS:**

Presentar los resultados preliminares del Índice de Producción Científica Individual (IPCI) elaborado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), cuyo objetivo es monitorizar el output de producción científica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Este trabajo presenta una propuesta de un índice compuesto para medir la producción científica individual. El Índice de Producción Científica Individual (IPCI) está compuesto por cuatro tipos de indicadores de producción científica: participación en congresos, publicación de artículos científicos, edición de libros y publicación de capítulos de libros. Cada uno de estos indicadores constituye en sí mismo un índice compuesto con diferentes factores de ponderación específicos.

El IPCI contempla tanto las participaciones en congresos, como las publicaciones de trabajos científicos en sus diferentes formatos. El IPCI pondera diferenciadamente los distintos tipos de publicaciones (artículos científicos, capítulos de libros y libros); tiene en consideración el factor de impacto de las revistas científicas, así como el ámbito de la participación en congresos (internacionales, nacionales o regionales). Igualmente, integra en los factores de ponderación el orden de aparición en la autoría de los trabajos científicos.

**RESULTADOS:**

Se calculó el Índice de Producción Científica Individual en la ACSA con los datos de producción científica de 40 de sus 60 profesionales. Los resultados reflejan tres clusters de grupos de profesionales según su IPCI, con valores de IPCI que varían notablemente. El valor mínimo ha sido de 1 mientras que el máximo de 76. Se ha obtenido un valor medio de 9,23 y una desviación típica de 13,6. En el percentil 90 se sitúan los valores del IPCI por encima de 22,76.

**DISCUSIÓN:**

El IPCI de la ACSA muestra una gran variabilidad entre los profesionales en cuanto a la cantidad y calidad de su producción científica. Estas diferencias responden, parcialmente, a los diferentes roles y tareas asignadas a cada uno de ellos en la organización. Tal y como está diseñado, el índice crecerá más, cuanto mayor sea la calidad de la producción científica y no, cuanto mayor sea el número de productos científicos publicados.

Ofrecer una herramienta a una organización para medir la producción científica individual de sus integrantes presenta numerosas dificultades. Por un lado, las organizaciones tienen diferentes asignaciones de tiempo de dedicación a actividades científicas, de acuerdo con sus objetivos estratégicos y operacionales. Por otro lado, las organizaciones tienen diferentes ámbitos de interrelación, y por tanto, definen de manera diferente el impacto esperado de su producción científica, aunque el escenario general suele ser buscar el mayor impacto internacional. El IPCI permite a las organizaciones ajustar los factores de ponderación preferidos con el fin de adecuar los objetivos profesionales individuales asignados de actividad científica a los objetivos globales de la organización.

**CB - 416.- MEJORANDO LA GESTIÓN DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA.**

REYES-ALCÁZAR V, HERRERA-USAGRE M, TORRES-OLIVERA A.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. SEVILLA.

**OBJETIVOS:**

Describir el proceso Gestión de la Producción Científica de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía como parte de un sistema de gestión de la calidad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En el año 2009, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) decide aplicar el Modelo EFQM como forma de gestionar su mapa de procesos. Entre los procesos estratégicos que se definen, se encuentra el proceso Gestión de la Producción Científica (GPC). En dicho proceso, los procedimientos y fichas técnicas que derivan de él tienen como objetivo garantizar una amplia difusión y diseminación de los resultados obtenidos en materia de investigación científica.

**RESULTADOS:**

El proceso de compone de tres procedimientos específicos que dan lugar a una serie de outputs específicos: 1. Presentación y realización de proyectos de investigación, 2. Publicación de artículos científicos, y 3. Participación en Congresos. Todos estos procedimientos se apoyan en instrucciones técnicas transversales y en instrucciones técnicas específicas.

Entre las instrucciones técnicas transversales se encuentran: a) Revistas científicas, congresos y convocatorias de investigación de referencia. b) Instrucción para el almacenaje de versiones intermedias de documentos. c) Instrucción para la normalización de autores, organización y biopics. d) Recomendaciones para el uso de palabras claves (keywords).

Entre las instrucciones técnicas específicas se encuentran: [1.1] Registro de la participación en convocatorias de proyectos de investigación, [2.1] Registro de publicaciones científicas, [3.1] Registro de participación a Congresos y [3.2] Justificación de asistencia a Congresos.

Los procedimientos específicos describen el circuito completo de tareas que conllevan. En otras palabras, se especifica el orden de tareas a realizar para aumentar las posibilidades de conseguir financiación para proyectos, publicar artículos en revistas de impacto y reducir las posibilidades de rechazo de comunicaciones a congresos.

Las instrucciones técnicas transversales tienen un doble objetivo: por un lado, homogeneizar las tareas incluidas en los procedimientos y, por otro, ofrecer una serie de recomendaciones claves que optimicen el proceso de producción científica.

Las instrucciones técnicas específicas proveen de la información necesaria para el registro de toda la actividad científica de la ACSA, incluida la justificación de los gastos extraordinarios, como el que supone la asistencia a Congresos.

Finalmente, un cuarto procedimiento, el registro y monitorización de la producción científica, recoge la información necesaria de cada producto científico realizado en la ACSA de modo que se puedan elaborar indicadores de calidad científica tanto colectiva como individualmente.

**DISCUSIÓN:**

El proceso de Gestión de la Producción Científica ofrece una herramienta útil para "procedimentar" la generación de conocimiento y la actividad científica desarrollada en la organización, siguiendo el modelo de gestión por procesos.

**CB - 417.- MEJORA DEL SERVICIO A TRAVÉS DE LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO COMPARTIDO.**

MARTIN-RODRIGUEZ MJ, OLALDE-QUINTANA R, ORMAETXEA-LEGARRETA MJ.  
ADMINISTRACIÓN OSAKIDETZA-COMARCA BILBAO. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Estructurar una comunidad de práctica profesional en base a procesos que permita identificar mejoras / problemáticas en la actividad diaria y/ o la estrategia de la organización.

Generar nuevo conocimiento a través de la socialización de los conocimientos y experiencias de los profesionales, superando la dispersión geográfica de nuestros 26 centros de trabajo y las limitaciones horarias de su funcionamiento diario.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- 1.- Se crea un Equipo de Mejora conformado por una representación de todos los grupos profesionales para diseñar e implementar el proyecto.
- 2.- El Equipo de Mejora propone el diseño de una plataforma on line que denominamos EZAGUTZA.
3. - Presentación y despliegue del proyecto a la organización: EZAGUTZA se presenta de forma personalizada a cada una de las Unidades de Atención Primaria.
4. Inicio de fase colaborativa con Aliados: Se diseña el espacio SESIONES COMPARTIDAS, donde se plantean sesiones clínicas u otras actividades conjuntas On Line entre la Atención Primaria – Atención Especializada.
5. Apertura en 2009 de EZAGUTZA todos los profesionales de Osakidetza e invitados relevantes.
6. Se abre la posibilidad de gestionar áreas de EZAGUTZA a profesionales de otras Organizaciones de Osakidetza.
7. Del conocimiento a la acción: En 2010 EZAGUTZA posibilita la plataforma de innovación colaborativa HOBE4+, una estructura de innovación interorganizaciones para la detección, definición y desarrollo de ideas innovadoras.

**RESULTADOS:**

Objetivos Cuantitativos:

Nº de accesos a la Plataforma On Line desde la migración a la plataforma wordpress 3.0 (del 7 de julio de 2011 al 28 de mayo de 2012).

19.132 visitas

9923 visitantes

98669 consultas

Estancia media de cada visita: 6 minutos 31 segundos.

Nº de proyectos de mejora iniciados con origen en EZAGUTZA:

- Diseño de Infogramas como herramienta eficaz de Comunicación para buenas prácticas en prevención de Riesgos Laborales.
- Puesta en marcha de Traducción simultanea de Pacientes.
- Puesta en marcha de sistema de botón de ayuda ante agresiones.
- Tratamiento de incidentes relacionados con seguridad de pacientes ON LINE.
- Proyectos de mejora de comunicación de pacientes en centros.
- Mejora en el manejo de Outlook y correo electrónico de todos los profesionales.
- Sistema de Acceso inmediato a Alertas Sanitarias.
- Creación de un entorno de innovación a través del conocimiento: HOBE4+.

**DISCUSIÓN:**

- Hemos posibilitado el intercambio de conocimiento de los profesionales, de todos los perfiles profesionales (sanitarios y no sanitarios).
- Hemos posibilitado la apertura de un espacio colaborativo en el que se planteen sesiones clínicas on line de las propias UAPs o conjuntas Atención Primaria – Atención Especializada.

**CB - 418.- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN ARTROSIS. ANÁLISIS DE LAS GPC INTERNACIONALES. MISMA EVIDENCIA, DISTINTAS RECOMENDACIONES.**

SYSADOAS-PROYECTO KRONIKGUNE DESINVERSIÓN GRUPO DE EVALUACIÓN, GONZALEZ-SANTISTEBAN R, BENGURIA-ARRATE G, GUTIERREZ-IBARLUZEA I, IBARGOYEN-ROTETA N, CAMBERO-SERRANO MI.

OSTEBA, DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO. GOBIERNO VASCO. VITORIA - GASTEIZ.

**OBJETIVOS:**

Elaborar un documento de resumen de evidencia, mini HTA que soporte la intervención educativa durante el proceso de desinversión tecnológica en la prescripción de fármacos condroprotectores para el tratamiento de la artrosis.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Para la extracción de la evidencia se realizó una búsqueda bibliográfica de evidencia secundaria (GPC, informes de evaluación de tecnologías sanitarias, revisiones sistemáticas y meta-análisis) sobre el manejo farmacológico de la artrosis de rodilla y cadera. Las bases de datos empleadas fueron: Medline, EMBASE, NGC, DARE, NHS-EED, INAHTA, GuiaSalud y Cochrane Database of Systematic Reviews. Los criterios de inclusión eran que los documentos versaran sobre el manejo farmacológico de la artrosis de rodilla y cadera y que estuvieran publicados con posterioridad a 2007 (5 años por obsolescencia). En el caso de las GPC se utilizó el AGREE II como método de evaluación de la calidad y en el caso de las revisiones sistemáticas y meta-análisis el software FLC de lectura crítica. La evaluación de la calidad se realizó por dos evaluadores de manera independiente.

**RESULTADOS:**

Una vez empleados los criterios de inclusión se recuperaron 8 GPC internacionales y 2 nacionales, 2 meta-análisis y una revisión sistemática. Las GPC internacionales eran 2 americanas, una australiana, una británica, una canadiense, una Singapur y dos de sociedades europeas. Todas ellas incluían recomendaciones relativas al uso de SYSADOAS. Los métodos de elaboración de recomendaciones fueron: GRADE, NHMRC, NICE, consenso explícito DELPHI, sistemas directos tipo SIGN sin ponderación en 3 GPC y una no especificaba el método. La mayor parte de las GPC estaban publicadas en el periodo 2007-2010 (7) y una publicada en el 2012. La evidencia sobre la que soportaban sus recomendaciones dirigidas hacia la utilización de los SYSADOAS era similar excepto la GPC más reciente que incorporaba el último meta-análisis publicado 2010. La puntuación en el dominio de metodología del AGREE II, variaba desde 89 hasta 17 (MEDIA 55,5). En cuanto a las recomendaciones 5 GPC recomendaban no emplear SYSADOAS, 2 recomendaban emplearlo como tratamiento no de primera elección y discontinuarlo en 6 meses y 1 recomendaba condicionalmente no emplearlo (GRADE). Las GPC que recomendaban la utilización correspondían a una GPC de baja calidad metodológica y a una con elaboración de recomendaciones basada en consenso explícito de profesionales.

**DISCUSIÓN:**

Las GPCs internacionales publicadas en grandes bases de datos presentan recomendaciones divergentes en el empleo de SYSADOAS en el manejo de la artrosis de rodilla. Dichas divergencias no son explicables por la evidencia en la que soportan sus recomendaciones, pero si por la calidad metodológica de elaboración o el método de gradación de las recomendaciones; y las fundamentadas en técnicas de mayor calidad justifican el proceso de desinversión.

**CB - 419.- DISEÑO PARA LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA ACREDITACIÓN EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE UNIDADES SANITARIAS.**

CARRASCO-PERALTA JA, REYES-ALCÁZAR V, NÚÑEZ-GARCÍA D, HERRERA-USAGRE M.  
AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. SEVILLA.

**OBJETIVOS:**

Describir el diseño de un estudio para analizar el impacto de la acreditación de unidades sanitarias desde un punto de vista multidimensional y global.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Diseño de carácter mixto, con una aproximación cuantitativa y cualitativa al fenómeno de la acreditación de la calidad asistencial. Para la fase cuantitativa se utilizó un diseño descriptivo antes y después de la acreditación, mientras que para el diseño cualitativo nos hemos basado en la observación participante y en la realización de cuestionarios con informantes claves entre directivos y profesionales sanitarios de unidades acreditadas en los años 2009 y 2007, y que por lo tanto han cumplido 2 y 4 años de su acreditación durante 2011.

**RESULTADOS:**

Actualmente estamos realizando el análisis de los resultados obtenidos, pero se pueden ir adelantando algunos especialmente sugerentes.

Desde el punto de vista cuantitativo, estamos identificando cambios adoptados durante los procesos de acreditación y que suponen la implantación de iniciativas que no existían en las unidades asistenciales. La media de mejoras implantadas por unidad asistencial se sitúa en torno a las 20, principalmente en aspectos de protocolización de la actividad y actividades de difusión y formación.

Desde el punto de vista cualitativo, a la hora de señalar los logros, los equipos directivos ponen el foco en la mejora de la comunicación entre los profesionales del equipo y en la creación de dinámicas de mejora de los resultados, mientras que los profesionales hablan sobre todo de disminución de la variabilidad, mejora de la gestión de los procesos asistenciales y mayor seguridad para el paciente.

Entre las dificultades se señala la burocratización de los procesos así como el desconocimiento de la terminología de la calidad.

**DISCUSIÓN:**

Una realidad compleja como es la acreditación de la calidad y su repercusión en la mejora real del sistema sanitario requiere un abordaje integrador, capaz de obtener resultados a todos los niveles. El estudio ha demostrado que puede servir de base de una herramienta que mida de manera sistemática el impacto de la acreditación en la organización sanitaria, pudiendo identificar fortalezas para difundirlas, y dificultades para salvarlas.

**CB - 420.- LA INVESTIGACIÓN: UN ELEMENTO MÁS EN LA ORQUESTACIÓN DE LA CLÍNICA IMQ ZORROTZAURRE.**

REGULEZ-PÉREZ B, SOLÍS-POLO G, CUDOLÁ-AURREKOETXEA N, URRUTIA-JOHANSSON I, ENSUNZA-LAMIQUIZ P, GUERRA-ZALDUA N.

CLÍNICAS IMQ (CLÍNICA IMQ ZORROTZAURRE Y CLÍNICA IMQ VIRGEN BLANCA). BILBAO.

**OBJETIVOS:**

☐ Desarrollo de plataformas digitales y tecnológicas que soporten los procesos del sistema sanitario orientados al diagnóstico, tratamiento y seguimiento eficaces de los pacientes, en un contexto de hospital extendido.

☐ Desarrollar e implementar proyectos de investigación estableciendo alianzas con otras entidades como universidades y centros tecnológicos a objeto de incrementar el valor añadido y efectividad de los tratamientos y diagnósticos clínicos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

☐ Fase 1: Planificación de la gestión del proyecto.

☐ Fase 2: Revisión tecnológica.

☐ Fase 3: Diseño de la arquitectura del sistema.

☐ Fase 4: Procesado y clasificación de imágenes.

☐ Fase 5: Primer prototipo de aplicación informática.

☐ Fase 6: Prototipo final integrado.

☐ Fase 7: Validación de imágenes y pruebas de usuario final.

**RESULTADOS:**

☐ Introducción de mejoras significativas en la fase de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad reduciendo la variabilidad de la práctica clínica.

☐ Introducción de herramientas para personalizar el tratamiento ( medicina centrada en el paciente).

☐ Incremento de la seguridad del paciente dentro de los circuitos asistenciales.

☐ Seguimiento cercano de los pacientes aunque físicamente no estén próximos.

☐ Acceso sencillo y rápido a la información requerida en el momento preciso a los profesionales sanitarios.

☐ Mayor colaboración entre facultativos en las fases diagnósticas y de seguimiento de los pacientes.

**DISCUSIÓN:**

La Clínica IMQ Zorrotzaurre ha apostado por potenciar e integrar la investigación en su estrategia. La selección de proyectos de investigación en temáticas que tienen una apuesta a medio/ largo plazo por los avances en la medicina tanto en el diagnóstico como en el tratamiento y el compartir los conocimientos tanto de nuestros profesionales como de nuestros aliados (universidades, centros tecnológicos otros hospitales), es un tangible que en áreas, sobre todo, de la oncología ya pueden evidenciarse en la práctica asistencial.

## **Sesión de Comunicaciones Orales Breves.**

### **Sala B3.**

**Jueves, 8 de noviembre / 16:00 h. – 18:00 h.**

### **Seguridad Clínica.**

**CB – 421 / CB – 447**

**CB - 421.- CONOCIMIENTO SOBRE SINASP Y VÍAS DE COMUNICACIÓN PREFERIDAS POR LOS FACULTATIVOS.**

ORTIGUEIRA-ESPINOSA JA, CASTRO-LAREO B, ESPERÓN-GÜIMIL JA, SANDUENDE-OTERO Y, CERDÁ-MOTA T, GARCIA-DOMINGUEZ M.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA (CHOP). XESTIÓN INTEGRADA PONTEVEDRA E SALNÉS. PONTEVEDRA.

**OBJETIVOS:**

Evaluar el grado de conocimiento del Sistema de Notificación y Aprendizaje de Eventos Adversos (SiNASP) de los facultativos de un Complejo Sanitario y conocer sus preferencias para recibir información.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En abril de 2011 se implantó el SiNASP en nuestro centro. Para darlo a conocer y difundir la actividad desarrollada por el Núcleo de Seguridad de Pacientes y Gestión de Riesgo Clínicos, se planteó una estrategia de difusión que incluía: sesiones divulgativas, espacio seguridad en intranet, boletín electrónico SiNASP, apartado novedades de la intranet y correo electrónico.

Para reforzar la difusión del SiNASP entre el personal facultativo, se programaron 32 sesiones presenciales que se desarrollaron a lo largo de 4 meses. Antes de su inicio, se solicitaba a los asistentes que cumplimentaran una encuesta. Ésta se elaboró con la herramienta online de Google y se imprimió para ser autocumplimentada.

**RESULTADOS:**

Se cumplimentaron 239 encuestas, lo que supone una tasa de respuesta del 96%. El 24% conocían el Núcleo de Seguridad. El 34% conocía el SiNASP a través de 1 o varias vías: 56% sesiones divulgativas previas, 38% información compañeros del centro, 14% espacio de seguridad Intranet, 7% medios de comunicación, 5% boletín SiNASP publicado en la intranet, 8% correo electrónico y 2% otras fuentes. Al preguntar sobre como les gustaría recibir la información, el 60% citaba el correo electrónico, el 28% sesiones en el servicio, el 13% el apartado novedades de Intranet, el 11% el espacio de seguridad de la intranet, el 9% las sesiones generales y un 2% contestó que no estaba interesado en recibir más información.

**DISCUSIÓN:**

Los resultados revelan un bajo conocimiento del SiNASP en relación a las expectativas generadas tras la importante estrategia de difusión desarrollada.

Destacar que las actuaciones presenciales fue la principal fuente de conocimiento referida, lo que refuerza el interés de continuar realizando sesiones formativas y divulgativas, que sirvan de estímulo y recordatorio para notificar eventos adversos.

Sorprende la discrepancia observada con el correo electrónico, vía preferida de difusión que, sin embargo, es poco mencionada como vía de conocimiento.

Adaptar las sesiones a la sistemática de cada servicio ha facilitado la alta participación de los facultativos, lo que permite garantizar el incremento sustancial del conocimiento del SiNASP. La comunicación, aspecto clave en nuestras organizaciones, precisa de continua investigación para ir adecuando vías y formatos a las preferencias de cada audiencia diana.

**CB - 422.- DESARROLLO DE LA APLICACIÓN MAPA DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

ENRÍQUEZ-MAROTO MF, SANTOS-BOX C, FERNÁNDEZ-SIERRA MA.  
HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

**OBJETIVOS:**

La implantación de una cultura y estrategias en seguridad del paciente (SP) en los centros sanitarios es un compromiso explícito y elemento de calidad de la organización, tal como se refleja en los programas de acreditación de centros y unidades de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Así es un estándar de calidad que las Unidades dispongan de una metodología para la gestión de riesgos derivados de la atención sanitaria. Esto movió a nuestra unidad al desarrollo y puesta a punto de una herramienta informática de ayuda a las Unidades de Gestión Clínica (UGC) para la elaboración del Mapa de Riesgos para la SP, que permite sistematizar la identificación y evaluación de riesgos para la seguridad del paciente y el diseño de medidas para minimizar y prevenir los riesgos estimados. Se toma como referencia las directrices de la Norma UNE 179003.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realizó una aplicación en la herramienta ofimática Microsoft Access. Las opciones se eligieron a través de cuadros desplegables, ayuda en línea y múltiples salidas. Las áreas (hospitalización, consultas, quirófanos, hospital de día...), el nombre de la unidad y la fecha son configuraciones de la aplicación y se solicitan en primer lugar. La introducción de datos se realiza definiendo para cada riesgo identificado los siguientes campos: nombre del riesgo, descripción del riesgo, probabilidad y consecuencia, áreas a las que afecta el riesgo y medidas de reducción del riesgo estimado. El nivel de riesgo se establece por la aplicación en función de dos criterios para los que se brinda ayuda en línea orientativa: Probabilidad de ocurrencia del riesgo: raro, improbable, posible, probable, casi cierto y Gravedad de las Consecuencias que tendría la ocurrencia sobre el paciente: insignificante, bajo, grave, muy grave y catastrófico. El nivel de riesgo resultante se clasifica en extremo, alto, moderado y bajo.

**RESULTADOS:**

La aplicación se diseñó en 2011. La herramienta permite visualizar los riesgos, a través de dos tipos de gráficos, el primero con los tipos o niveles de riesgos por áreas y el segundo agrupa los riesgos según nivel sin tener en cuenta las áreas. Igualmente permite la emisión de informes configurados igualmente por áreas de riesgo o por niveles de riesgo, en los que se muestra para cada riesgo: el nombre, la definición y las áreas afectadas. Se ha elaborado un Manual de uso de la aplicación informática.

**DISCUSIÓN:**

La unidad que realiza el mapa dispone de una herramienta de gestión de riesgos que sistematiza su definición, localización, frecuencia y gravedad; y en función de ello el nivel de riesgo, esto ya por si solo, es un elemento importante para priorizar medidas de prevención, fomentar la cultura de seguridad y la implantación de mejores prácticas para la seguridad del paciente. La difusión de la aplicación permitirá ir adaptando esta herramienta a las diferentes tipologías de UGC, para finalmente diseñar el mapa de riesgos del hospital.

**CB - 423.- EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE INDICADORES DE SEGURIDAD EN LA VALORACIÓN INICIAL DE LA PERSONA.**

VICENTE-GARCIA M, ALVAREZ-LLORCA O, NICOLÁS-SILVA T, IBÁÑEZ-ROMAGUERA JM, TOMÉ-RAMOS E.

HOSPITAL DE MOLLET. MOLLET DEL VALLÈS (BARCELONA).

**OBJETIVOS:**

En el año 2011 se diseña y se implementa un plan operativo que persigue asegurar una prestación de cuidados enfermeros seguros y estandarizados. Con el fin de mejorar la seguridad de las personas que ingresan en las unidades de hospitalización, desde el momento de ingreso, se realizaron diferentes acciones: formación, rediseñar los registros de valoración enfermera, introducir una taxonomía internacional en los registros y planificar las intervenciones y los indicadores de evaluación.

Con el objetivo de monitorizar todos aquellos aspectos relacionados con la seguridad de la persona y que podían tener repercusión en el plan terapéutico, se establecieron como variables obligatorias a implementar en toda valoración enfermera inicial: capacidad para alimentarse, riesgo de desnutrición, eliminación, capacidad para movilizarse, dolor, calidad del descanso, autocuidado en la higiene, seguridad física, riesgo de caídas, riesgo de úlceras, seguridad psíquica, riesgo de lesión, deterioro de la comunicación, identificación del cuidador, cansancio del cuidador.

Los objetivos generales fueron evaluar la implementación de indicadores de seguridad introducidos en la valoración enfermera inicial e identificar las necesidades o riesgos que presentan las personas que atendemos en el momento de la valoración inicial.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal. Para la recogida de los datos, a partir de los registros de valoración inicial, se realizaron dos mediciones, una en febrero del 2011 con 108 casos y la otra en noviembre de 2011 con 79 casos.

**RESULTADOS:**

En cuanto a las variables: capacidad para alimentarse 80'81%, riesgo de desnutrición 14'31%, autocuidado eliminación 96'96%, capacidad para movilizarse 90'84%, dolor 68'84%, calidad del descanso 47'61%, autocuidado en la higiene 78'54%, seguridad física 78'28%, riesgo de caída 78'2%, riesgo de úlceras 81'74%, seguridad psíquica 68'21%, riesgo de lesión 59'11%, deterioro de la comunicación 76'10%, identificación del cuidador 65'82%, riesgo de cansancio del cuidador 39'47%.

De las 187 personas de la muestra se identifican dific. para autoalimentarse 14'29%, riesgo de desnutrición 16'25%, dific. en la eliminación 23'88%, dific. en la movilización 27'69%, descanso no reparador 37'27%, riesgo de caída 54'82%, riesgo de úlcera 12'32%, riesgo de lesión 11'72%, deterioro en la comunicación verbal 12'71%, cansancio en el cuidador 39'08%.

**DISCUSIÓN:**

A todo paciente que se le debe realizar una correcta valoración enfermera, aplicando metodología validada y que incluya los aspectos de seguridad. Destacamos que el riesgo de desnutrición conjuntamente con la valoración de los cuidadores son las variables con una menor adhesión en la implementación. Por otra parte, el riesgo de caída y el cansancio del cuidador son situaciones que aparecen en un mayor número de valoraciones. Este análisis va a permitir introducir acciones de mejora para maximizar la seguridad de los pacientes.

**CB - 424.- HERRAMIENTAS INFORMÁTICAS PARA DIFUSIÓN E INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES NOTIFICADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES.**

BILBAO-UNIBASO I, IZARZUGAZA-ITURRIZAR E, LATORRE-GUISASOLA M, SAN SEBASTIAN-DOMINGUEZ JA, LLAMAS-HERMOSILLA AM.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES. BARACALDO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

La difusión de la cultura de seguridad entre los profesionales del Hospital exige facilitar la comunicación, tanto de la notificación de los incidentes como de los resultados de la investigación y las recomendaciones elaboradas. El fin de este trabajo es mostrar la implantación de herramientas informáticas que facilitan tanto uno como el otro objetivo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

1. Se crea un grupo de trabajo para conocer los requisitos de la aplicación de retroalimentación para los notificantes. Entre éstos destacar: la aplicación tiene que ser conocida y con capacidad de modificar formatos gráficos; debe mostrar una tendencia de notificaciones por servicio; debe permitir conocer el área y el turno en el que ocurren los incidentes y debe permitir un análisis de riesgos por tipos de riesgo, así como las consecuencias para el paciente. Debe incluir un manual de uso de la aplicación.
2. Se crea otro grupo de trabajo para identificar los requisitos de la aplicación de investigación de incidentes (Protocolo de Londres). El requisito más importante es facilitar el envío de las recomendaciones a los responsables de su ejecución. Debe incluir un manual de uso de la aplicación.

**RESULTADOS:**

1. Se elaboran dos proyectos de aplicaciones informáticas. La primera utiliza una plataforma "Excel" y facilita la difusión de las notificaciones, con gráficos de los tipos de incidentes y las "acciones inseguras", mostrando distribución por porcentajes y gráficos de barras y tartas. La segunda aplicación facilita el análisis de las notificaciones, la recogida de la información –entrevistas y documentos–, la identificación de acciones inseguras y su priorización, la identificación de factores contribuyentes y su priorización, la elaboración de recomendaciones y su difusión como informe vía correo electrónico.
2. Se realizó una sesión de presentación a los 14 equipos formados para la Investigación de incidentes de los Servicios de: Farmacia, Medicina Preventiva, U. Neonatal, Traumatología, Urgencias Generales y Pediátricas, Cirugía General, O.R.L /Maxilofacial, Radiodiagnóstico, Cuidados Intensivos Pediatría, Reanimación, Lactantes, Oncología Infantil / Hospital Día Infantil y Medicina Interna.

**DISCUSIÓN:**

1. Las herramientas de notificación, por sí solas, no desarrollan una cultura de seguridad entre los profesionales, necesitan que la organización las analice, elabore recomendaciones e implante mejoras.
2. Es muy importante facilitar la retroalimentación de las notificaciones y automatizar tareas que faciliten tanto la comunicación como el análisis de los errores y la elaboración de acciones de mejora.

**CB - 425.- PREVALENCIA DE PACIENTES AL INGRESO COLONIZADOS POR BACTERIAS MULTIRESISTENTES (SARM Y BLEE) EN EL HOSPITAL DR. MOLINER.**

MORRO-MARTÍN MD, GARCÍA-LLOPIS MV, MERINO-PLAZA MJ, OTAÑO-PIUDO P, HABA-ATIENZA J, MARTINEZ-SUBÍES M.

HOSPITAL DR MOLINER. SERRA (VALENCIA).

**OBJETIVOS:**

-Conocer la prevalencia de pacientes colonizados por bacterias multiresistentes (BMR: SARM o BLEE) en los pacientes al ingreso en nuestro centro pues es posible que la alta endemia de IN por BMR sea secundaria a la colonización importada de otros centros.

-Identificar los pacientes colonizados al ingreso para adoptar medidas de prevención que eviten futuras infecciones por estos agentes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

-Diseño: Estudio Transversal.

-Muestreo: No probabilístico y consecutivo. Los sujetos estudiados fueron los pacientes en el momento de su ingreso.

A los pacientes estudiados se les tomó un frotis nasal, axilar, inguinal, lamicultivo si SVP y biopsia si UPP.

-Variables:

\*Explicativas: Identificación del paciente, edad, sexo, hospital y servicio de origen, tiempo de hospitalización, diagnóstico principal y secundarios, UPP, SVP, catéter periférico o central, SNG, PEG, traqueostomía, hipoalbuminemia, EPOC, neoplasia, AVC, índice de Barthel y tratamiento antibiótico.

\*Variables respuesta:

Colonización por SARM.

Colonización por BLEE.

Colonización por BMR (SARM y/o BLEE).

-Tratamiento Estadístico:

Con el programa SPSS se ha realizado:

\*Estudio descriptivo.

\*Estudio inferencial.

-Cronograma: El 14 de diciembre de 2010 se comenzó la recogida de muestras hasta completar el tamaño muestral de 105 pacientes.

**RESULTADOS:**

-De los 105 pacientes 11 estaban colonizados por SARM (10,5%) y 14 estaban colonizados por BGN productoras de BLEE (13,3%).

-Si consideramos los pacientes colonizados por SARM y/o por BGN productores de BLEE, 24 pacientes estaban colonizados por BMR (22,9% de pacientes colonizados).

-Se han obtenido diferencias estadísticamente significativas en la colonización por BMR para los siguientes factores:

\*Pacientes con UPP.

\*Según el diagnóstico principal los enfermos con neoplasia, enfermedades del aparato circulatorio o con enfermedades de piel y tejidos blandos tienen mayor probabilidad de estar colonizados por BMR.

\*Según los servicios clínicos de procedencia la colonización por BMR es más frecuente en pacientes procedentes de las UCE y de servicios de oncología.

-No se observa colonización por BGN productores de BLEE en pacientes portadores de SNG o PEG.

## **DISCUSIÓN:**

La IN es uno de los principales problemas relacionados con la seguridad del paciente y en los hospitales de perfil HACLE es una complicación frecuente.

En este estudio se ha comprobado la eficacia de las medidas adoptadas en los últimos años en los hospitales de origen para la prevención de la diseminación del SAMR ya que la prevalencia de los pacientes colonizados al ingreso en nuestro centro ha disminuido en un 37,5% (10,5% frente al 16,8% observado en el estudio realizado en 2005).

Sin embargo, la colonización por BGN productores de BLEE es un problema emergente para el que en muchas ocasiones no se toman medidas preventivas eficaces y que debería abordarse para evitar el aumento de pacientes colonizados/infectados y la transmisión de los mecanismos de resistencia antibiótica de estas bacterias.

## **CB - 426.- IMPLANTACIÓN Y ANÁLISIS DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA.**

SALSAMENDI-BALLESTEROS ML, MARTÍNEZ-GOROSTIAGA J, ANTOLÍN-LARRAÑAGA ME, ORDOÑO-BOLINAGA JM, AGUIRRE-LEJARCEGUI G, ALEJANDRE-RODRÍGUEZ P.

DIRECCIÓN DE COMARCA ARABA - OSAKIDETZA. VITORIA - GASTEIZ.

### **OBJETIVOS:**

La seguridad del paciente es uno de los aspectos más importantes en la organización de todo sistema sanitario y está relacionada directamente con la calidad asistencial.

Uno de los objetivos de la estrategia de seguridad del paciente es la implantación de un sistema local de notificación y registro de incidentes, adaptado a las características de su ámbito.

Por ello, se plantean como objetivos: evaluar la implantación del Plan de Seguridad del Paciente en una Comarca de Atención Primaria y analizar los incidentes notificados a través del formulario diseñado al efecto.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

En el Plan de Gestión de la Comarca se recoge como objetivo estratégico la gestión y reducción de los eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria, a través de procesos de seguridad clínica, integrados en un modelo de gestión de riesgos y control interno.

Para su puesta en marcha se siguieron las siguientes fases:

1º.- Aprobación del Plan de Seguridad del Paciente de la Comarca.

2º.- Creación del Grupo de Seguridad de la Comarca (GSC).

3º.- Campaña de formación y sensibilización en sesiones celebradas en los centros de salud.

4º.- Implantación del formulario electrónico para la notificación de eventos. Recoge los siguientes apartados: descripción, análisis de las causas, factores contribuyentes y recomendaciones.

5º.- Análisis y difusión de los informes de respuesta emitidos por el GSC a través de un boletín electrónico vía Intranet.

6º.- Acciones de mejora propuestas y comunicación a otras Organizaciones relacionadas.

### **RESULTADOS:**

Tras 12 meses de implantación del Plan de Seguridad del Paciente, han asistido a la sesión de información y sensibilización 176 profesionales.

Se han notificado 104 eventos adversos, de los cuales, 42,7% estaban relacionados con el incumplimiento de protocolos, 17,4% con fármacos, 15,5% con comunicación entre profesionales y otro 15,5% con factores ambientales.

Ninguno de los eventos notificados ha sido grave o ha dejado secuelas al paciente, pero con 14 notificaciones se han propuesto acciones de mejora.

Se han elaborado 13 boletines específicos de información sobre seguridad del paciente.

### **DISCUSIÓN:**

- La herramienta diseñada para la notificación ha resultado útil, tanto para la información de incidentes, como para el análisis y difusión de las recomendaciones.

- La mayoría de los incidentes notificados tienen su origen en el ámbito de atención especializada.

- La creación del Grupo de Seguridad del Paciente ha permitido, no solo obtener información útil para el aprendizaje y la mejora, sino también promover la participación de los profesionales, contribuyendo a sensibilizar y crear una cultura de seguridad en la Comarca.

**CB - 427.- EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD TÉCNICA Y PERCIBIDA POR EL PACIENTE CRÓNICO EN SU ALIMENTACIÓN DURANTE SU INGRESO.**

GOMEZ-MENDEZ N, CALVO-CERDÁ V, PEREZ-CONTRERAS ML, CHAZIN-TIRADO V, ABAD-J, BLANCO-GARCIA AL.

HOSPITAL VIRGEN DE LA TORRE. MADRID.

**OBJETIVOS:**

Establecer una sistemática de evaluación y mejora que contribuya a:

- Asegurar la adecuada nutrición del paciente durante su estancia para contribuir a su recuperación.
- Disponer de indicadores que permitan evaluar el grado de aceptación y satisfacción con la comida por parte de los pacientes.
- Identificar las comidas, texturas y formas de presentación peor valorados para incorporar acciones de mejora que aseguren una ingesta adecuada.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En la fase inicial se identifican y calibran los menús para establecer una nutrición adecuada. Al ingreso del paciente la dietista realiza una visita para registrar diversas variables, como alteraciones en la masticación y estado funcional del paciente, las preferencias individuales y la detección de comidas potencialmente rechazables por alergia, motivos culturales o desagrado específico.

Tras ello, se realiza una doble evaluación de la aceptación y satisfacción con la comida:

a) Estudio observacional continuado mediante el método del desbarrasado (comida devuelta a cocina), para valorar de una manera objetiva y cuantificable la cantidad de comida sobrante en cada bandeja, registrando en una ficha el número de platos devueltos tras servir un determinado menú.

b) Realización de encuestas de satisfacción semanales en relación a la comida y alimentación.

**RESULTADOS:**

- Los dos métodos de valoración presentan resultados similares al preguntar por platos concretos.
- El número de platos eliminados del menú tras los datos del desbarrasado fue de un 11%.
- Un 18% fueron aceptados tras cambiar su forma de elaboración y conseguir una textura más adaptada para el paciente.
- Un pequeño porcentaje de pacientes (6%) mostró cierto rechazo hacia el plato por tener excesiva cantidad.
- El método de la encuesta muestra un porcentaje muy alto de satisfacción de los pacientes (99%), en relación a la elaboración, presentación, textura y a la clase de comida ofrecida.
- Un porcentaje no significativo (2%) se queja de no recibir en ocasiones la comida a la temperatura adecuada.
- Un 87% de pacientes con dieta triturada (turmix) no alcanzan los requerimientos nutricionales necesarios.

## **DISCUSIÓN:**

- La desnutrición hospitalaria en pacientes crónicos es frecuente, debido a una baja ingesta de comida durante su ingreso, y su detección es compleja.
- Disponer de un sistema de evaluación personalizado y continuado resulta fundamental para identificar las áreas de mejora en la nutrición y satisfacción de los pacientes.
- Desde la puesta en marcha de este sistema de evaluación se han incorporado diferentes acciones que han mejorado la nutrición y la percepción, como por ejemplo:
  - o Clasificación e incorporación de platos de más del 70% de aceptación en la elaboración del menú
  - o Especial atención a la textura.
  - o Registro de temperaturas en cada emplatado para asegurar su adecuación.
  - o En los pacientes de dieta turmix se suplementa con proteína el primer plato y no se utilizan preparados comerciales que tienen peor sabor.

**CB - 428.- CUMPLIMIENTO POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DEL PROGRAMA DE PACIENTES POLIMEDICADOS.**

MENDIA-GOROSTIDI JL, SAEZ DE CABEZON-BUSTINDUY MA, JIMENEZ-SERRALTA A, ARSUAGA-BILBAO E, SUKIA-ARMENDARIZ G, SARRIEGUI-URANGA MI.

CENTRO DE SALUD DE ONDARRETA. SAN SEBASTIAN.

**OBJETIVOS:**

Durante el año 2011 mientras en nuestra comarca(Guipuzkoa Ekialde) se estaba implantando el programa de los pacientes polimedicados(PP), quisimos conocer el grado de cumplimiento de cada uno de los pasos del proceso de dicho programa, mediante la elaboracion de este trabajo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se trata de un estudio descriptivo transversal de una muestra aleatoria de 122 pacientes obtenidos del listado de pacientes polimedicados de nuestro centro de salud, definidos como polimedicados por OSABIDE. Se obtiene una muestra de 122 casos (poblacion esperada 1049, alfa 0,05,precision 5%,proporcion esperada 10%).Se revisaron 109 historias clinicas , se eliminaron 13 por fallecimiento o salida del area basica. En estas historias clinicas revisadas se valoro cuantos PP estaban registrados con el codigo V58.6(Utilizacion de medicamentos durante largo tiempo).

Asimismo se valoro si a estos pacientes se les aplicaba un formulario,creado para el buen control de estos PP en nuestro programa informatico OSABIDE (donde se nos recordaba a los sanitarios la conveniencia de entregarles en hoja escrita la medicacion con su posologia,fecha de revision de la medicacion y el numero de medicametros que tomaba el paciente). Tambien valoramos a cuantos pacientes constaba que se les habia entregado la hoja de medicacion cronica para su domicilio.

Mediante visita domiciliaria a sus domicilios se constato cuantos PP poseian en sus domicilios dicha hoja de medicacion.

**RESULTADOS:**

El dato del registro con su codigo V58.6 se cumple en un 81% de las 109 historias. La aplicacion del formulario para su control se habia completado en un 57% de esas 109 historias revisadas. En un 32% de esas 109 historias constaba que se les habia entregado la hoja de medicacion cronica par su domicilio.

Mediante visita domiciliaria de varios medicos y enfermeras se constato que el 25% de esos paciente tenian en su domicilio dicha hoja de medicacion cronica actualizada.

**DISCUSIÓN:**

Creemos que el hecho de que solo el 25% de nuestro PP registrados como tales, tengan en su domicilio una hoja de prescripcion cronica es un dato bastante positivo,aunque claramente mejorable,sobre todo teniendo en cuenta que en el año 2011 dicho programa aun se estaba implantando en nuestra comarca de Guipuzkoa.

En cuanto a los resultados del registro y del formulario los consideramos buenos.

Estamos seguros que actualmente, despues de haber transcurrido un año de estos datos hayan mejorado, sobre todo ahora que estamos en plena implementacion de la Receta electronica.

Seria interesante valorar la evolucion de estos datos tan importantes para la salud de nuestro PP.

**CB - 429.- ELABORACIÓN, DESPLIEGUE Y EVALUACIÓN DE UN PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. EXPERIENCIA EN LAS CLÍNICAS DEL GRUPO IMQ.**

GUERRA-ZALDUA N, MUÑOZ-NUÑEZ E, FERNÁNDEZ-ÁLVAREZ J, URRUTIA-JOHANSSON I, GONZÁLEZ-SÁNCHEZ C, DARPÓN-SIERRA J.

CLÍNICAS IMQ ( CLÍNICA IMQ ZORROTZAURRE Y CLÍNICA IMQ VIRGEN BLANCA). BILBAO.

**OBJETIVOS:**

1. Disminuir la variabilidad clínica de las decisiones y actuaciones que tienen impacto en la seguridad del paciente.
2. Incrementar la seguridad del paciente, mediante la monitorización y seguimiento de las dimensiones de seguridad.
3. Identificar y priorizar las dimensiones y variables de prevalencia en la seguridad del paciente.
4. Afianzar un sistema de indicadores que permitan monitorizar la seguridad del paciente.
5. Mantener un seguimiento operativo del impacto de las iniciativas de mejora asociadas a cada uno de los objetivos clínicos.
6. Centralizar y/o descentralizar decisiones e iniciativas en función de su alcance.
7. Desplegar una cultura de seguridad del paciente entre todos los profesionales y estamentos implicados.
8. Incorporar al paciente y/o familiar en las iniciativas de seguridad clínica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

1. Identificación de las variables / dimensiones críticas en materia de seguridad del paciente teniendo como marco de referencia los estándares de la Joint Commission.
2. Descripción y alcance de cada dimensión de seguridad.
3. Monitorización\_ elaboración de un Cuadro de Mando integral de Seguridad del paciente.
4. Identificación de iniciativas de actuación.
5. Despliegue/ implantación de iniciativas mediante equipos de mejora.
6. Análisis causa efecto e impacto en los objetivos.

Se ha aplicado metodología que combina: análisis retrospectivo de datos/ indicadores; eventos centinela, eventos adversos, brainstorming y benchmarking de otros centros de referencia.

**RESULTADOS:**

1. Operativizar la Seguridad del paciente a través de un plan de Actuación que permite disponer de Cuadros de Mando, determinar análisis de causas, establecer Planes de Mejora, el benchmarking "interno- externo", mejorar de manera permanente....
2. Apostar por una cultura de seguridad clínica, que aborda a todos los estamentos profesionales.
3. Abordar estrategias que inciden en la información/ formación e implicación del paciente para colaborar en la implantación de las estrategias de seguridad.
4. Implicación de la Dirección y profesionales mediante sistemas de gestión centralizados ( Comisiones) y descentralizados (por unidades / especialidades).

**DISCUSIÓN:**

La seguridad del paciente la consideramos un principio fundamental de la asistencia al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Abordarla en sus múltiples vertientes y sobre todo mejorarla, requiere una labor compleja que afecta a todo el

sistema, en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora de los circuitos organizativos, la seguridad del entorno, la gestión del riesgo, la lucha contra las infecciones, el uso inocuo de medicamentos, la seguridad del equipo las prácticas clínicas seguras y un entorno de cuidados sano. Prácticamente todos los procesos de las clínicas y los profesionales están implicados , por lo que consideramos que la seguridad del paciente requiere un enfoque general y multidisciplinar para identificar y gestionar los riesgos reales y potenciales.

**CB - 430.- ¿QUÉ PIENSAN LOS PACIENTES? PRIMEROS DATOS EN LA PERCEPCIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA CIRUGÍA POR CÁNCER COLORRECTAL.**

REBASA-CLADERA P, VALLVERDÚ-CARTIÉ H, PARÉS D, HERMOSO-BOSCH J, ESTALELLA-MERCADE L.

SANT BOI DE LLOBREGAT (BARCELONA).

**OBJETIVOS:**

Disponemos de revisiones de satisfacción y de calidad de la asistencia médica pero carecemos de información suficiente sobre la opinión del paciente y su percepción de seguridad a lo largo de su ingreso hospitalario y menos aún si nos referimos al cáncer colorrectal y su tratamiento quirúrgico.

Nuestro proyecto se engloba en un estudio más amplio que pretende conocer la percepción de seguridad del paciente a lo largo de su hospitalización para cirugía del cáncer colorrectal. Con este estudio y con los datos obtenidos pretendemos mejorar la comunicación con el paciente y sus familiares. La visión del paciente de su patología y proceso asistencial resultará fundamental en el desarrollo de actuaciones de mejora en dicho proceso asistencial.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio prospectivo longitudinal. Población: incluyó todos los pacientes intervenidos por cáncer colorrectal en la Unidad de cirugía colorrectal que accedieron a participar en el estudio y cumplieron los criterios de inclusión entre Enero de 2010 y Junio de 2011.

Se registraron los datos demográficos de los pacientes, la cirugía realizada, la existencia de incidentes adversos (IA) definidos previamente. Se pasaron las encuestas: Cuestionario Picker y el Cuestionario sobre la percepción de la seguridad de la atención sanitaria en el ámbito hospitalario (Ministerio de Sanidad 2009). La encuesta incluye la definición de "incidente": cualquier suceso inesperado o no deseable que pueda haber ocurrido durante la hospitalización y que atribuye a algún fallo en el proceso de atención sanitaria

**RESULTADOS:**

73 pacientes fueron intervenidos por cáncer colorrectal durante el intervalo del estudio, 61 (83,5%) entraron en el estudio. Fueron 38 (62,3%) hombres y 23 mujeres.

34 (55,7%) pacientes no tuvieron ningún IA, 32 de ellos así lo percibieron, mientras que 2 si tuvieron la percepción de sufrir algún IA. De los 25 (44,3%) pacientes que sufrieron IA, 21 creyeron que no tuvieron IA y sólo 4 lo creyeron.

Un total de 55 (96,5%) pacientes se sintieron seguros, de estos el 59,6% se sintió muy seguro. Sólo 2 pacientes se sintieron inseguros, uno de ellos sin ningún IA sufrido.

La percepción de seguridad fue levemente diferente en función de si tuvieron IA o no. Los que no tuvieron IA se sintieron muy seguros 22 (66,7%) , bastante seguros 7 (21,2%), ligeramente seguros 3 (9,1%) y totalmente inseguro 1 (3%). Los que si tuvieron IA se sintieron muy seguros 12 (50%), bastante seguros 10 (41,7%), ligeramente seguros 4 (7%) y 1 (4,2%) inseguros.

**DISCUSIÓN:**

Existe una clara discrepancia entre lo que los cirujanos definimos como IA y lo que el paciente cree que es un IA. Se puede hipotetizar que el paciente asume como normales o inherentes a la cirugía algún tipo de IA.

En segundo lugar el dato más relevante es el altísimo porcentaje de pacientes que se siente seguro. Esto nos lleva a pensar que la relación con el paciente y la información que se da es la adecuada y hay que seguir en esta línea.

**CB - 431.- USO SEGURO DEL MEDICAMENTO EN UNA MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO. PROYECTO SEGURMED.**

MARZA-ALBALATE F, GIL-ALCAMI J, MORALES-OLIVAS F, GALA-FERNANDEZ J, OLIVAGARCIA S, PALLARES-CARRATALA V.

UNION DE MUTUAS. CASTELLÓN.

**OBJETIVOS:**

SEGURMED, es un programa formativo y de investigación, dirigido al personal sanitario de una mutua de accidentes de trabajo, cuyo objetivo es contribuir a mejorar conocimientos sobre el uso racional de medicamentos, evaluar las asociaciones con riesgo de interacción y desarrollar una herramienta de diagnóstico rápido de interacciones farmacológicas como mejora de la seguridad en nuestro ámbito de trabajo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio transversal, observacional, y descriptivo, en pacientes polimedicados (rango 16-65 años) atendidos en los centros asistenciales de una mutua de accidentes de trabajo entre el 1 del 6 al 22 del 7 de 2011. La recogida de datos se realizara mediante ficha autoadministrada, disponible en la intranet, pudiendo acceder cualquier profesional de la organización, rellenarla, y enviar directamente a la dirección de correo receptora para su posterior análisis estadístico (significación  $p < 0,05$ ). Las interacciones se clasificaron en función de su rango de significación de 1 a 5 según la gravedad.

**RESULTADOS:**

Se reciben un total de 296 cuestionarios que cumplen los criterios de inclusión para su valoración y análisis estadístico (36.8% mujeres, edad media  $46 \pm 9,75$  años, un total de 664 principios activos prescritos). La patología más frecuente en varones son las contusiones y en mujeres problemas de raquis (lumbalgia/cervicalgia). En cuanto al número de fármacos prescritos la media es de 4,37 (rango 2-10), de los cuales un 2,24 (rango 1-5) corresponde a media de prescripción en UM y un 2,13 (rango 1-8) a tratamientos por patología común. Los más prescritos omeprazol (52,9 %), diclofenaco (27%), ibuprofeno (22,3%), y paracetamol (21,6%). Las asociaciones más frecuentemente utilizadas, destaca AINE-IBP con un 17,9%, AINE-analgésico-IBP un 6,1%, y AINE-analgésico 5,1%. En el tratamiento de patologías de raquis se han utilizado hasta un total de 40 combinaciones diferentes, en contusiones 35 y en tendinitis 25.

De los fármacos que los pacientes ya toman por otras patologías, por grupos terapéuticos el más prevalente son los antihipertensivos (40,5%), hipolipemiantes (37,8%), benzodiacepinas (23%).

La sospecha de probable interacción, en 97 casos, se consideró esta por parte del médico notificador.

**DISCUSIÓN:**

Se trata de un estudio sobre uso de medicamentos en un entorno laboral, en el cual no son habituales, y su realización puede ayudarnos a reflexionar sobre nuestra práctica y mejorarla. Es difícil la discusión ya que la bibliografía en ámbito laboral es inexistente y lo publicado en otros ámbitos hacen referencia a población 65 años. Los resultados hacen replantear las recomendaciones sobre el empleo racional de fármacos. Entre las medidas de mejora, destacar que el estudio supone la incorporación al Programa de Seguridad de Pacientes, la atención específica al paciente polimedicado, con el objetivo de fomentar el uso correcto de medicamentos, incrementar su eficiencia y la seguridad. Se ha diseñado una herramienta específica de interacciones.

**CB - 432.- CLÍNICA IMQ: POR UNAS CLÍNICAS SIN DOLOR (IMQ ZORROTZAURRE E IMQ VIRGEN BLANCA).**

DARPÓN-SIERRA J, GUERRA-ZALDUA N, NAVARRO-FERRER F, MOZAS-CALABAZAS M, VILLALONGA-SAEZ J, URRUTIA-JOHANSSON I.

CLÍNICAS IMQ (IMQ ZORROTZAURRE E IMQ VIRGEN BLANCA). BILBAO.

**OBJETIVOS:**

1. Llevar acabo el reto estratégico de Clínica SIN DOLOR, basada en iniciativas, escalas de valoración y protocolos de tratamiento para evitar o disminuir el dolor agudo posquirúrgico.
2. Estudiar el dolor mediante pilotos en plantas de hospitalización, UCI y URPA para testear escalas y protocolos, tanto en el dolor crónico como en el dolor agudo posquirúrgico.
3. Desplegar una cultura entre los profesionales de Clínica sin dolor, mediante formación e implicación de los mismos en los pilotos desarrollados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

1. : Constitución del equipo de trabajo multidisciplinar (medicina interna, cirugía, anestesia, enfermería, farmacia, unidad del dolor, UCI; URPA; Quirófano, Planta de hospitalización).
2. : Establecimiento de la Política y enfoque estratégico del Dolor.
3. : Determinación de escalas y sistemática de evaluación del dolor (EVA, PAINAUD).
4. : Elaboración de protocolos de tratamiento del dolor agudo posquirúrgico y crónico.
5. : Realización de un estudio del dolor en los centros del IMQ para valorar situación actual.
6. : Revisión y modificación del protocolo conforme a los resultados obtenidos.

**RESULTADOS:**

1. Generalizar el dolor, como uso de la quinta constante vital.
2. Establecer una sistemática de evaluación del dolor, basado en escalas.
3. Implementar protocolos de tratamiento con la aplicación de técnicas multimodales y de analgesia, seleccionando el tratamiento en función de la fase del posoperatorio y de la respuesta del paciente.
4. Potenciar el confort posquirúrgico.
5. Establecer criterios de derivación e interacción coordinada entre los diferentes servicios.
6. Aportar información / educación al paciente sobre el dolor.
7. Despliegue de un control y tratamiento del dolor como un proceso continuo que requiere la participación de todos los estamentos (médicos, enfermería).
8. Sistemática de reevaluación constante del dolor e información al paciente sobre posibles efectos adversos asociados a la elección de cada tratamiento.

**DISCUSIÓN:**

La apuesta de las Clínicas IMQ por ser centros "sin dolor", ha sido un trabajo multidisciplinar para ofertar a nuestros pacientes una asistencia clínica sin dolor, incidiendo sobre todo en el dolor agudo posquirúrgico, consensuando y pilotando escalas y herramientas de valoración del dolor y elaborando protocolos de tratamiento adecuados al grado de intensidad del dolor percibida por el paciente o asociados a las patologías clasificadas como dolor ALTO-MODERADO-BAJO. Si bien aún queda camino por recorrer, atendiendo a los resultados del estudio de dolor y pilotos realizados, hay un esfuerzo multidisciplinar para disminuir o alcanzar un umbral EVA inferior a 4, así como los efectos secundarios actualmente asociados a algunos tratamientos contra el dolor, pautados fuera de los protocolos consensuados.

**CB - 433.- REVISIÓN SISTEMÁTICA DE INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS: RESULTADOS PRELIMINARES.**

MOYA-SUÁREZ AB, MORALES-FERNÁNDEZ A, PÉREZ-JIMÉNEZ C, ARANDA-GALLARDO M, MORALES-ASENCIO JM, ENRIQUEZ DE LUNA-RODRIGUEZ M.

AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL. MIJAS COSTA (MÁLAGA).

**OBJETIVOS:**

Determinar la precisión de los instrumentos de valoración del riesgo de caídas en pacientes agudos hospitalizados.

Objetivos específicos:

- Analizar su validez diagnóstica.
- Determinar las propiedades psicométricas de las distintas herramientas de evaluación del riesgo de caídas.
- Comparar la eficacia de los instrumentos de evaluación del riesgo de caídas, y su impacto en la incidencia de caídas en pacientes hospitalizados agudos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Revisión sistemática y meta-análisis.

Se realizaron búsquedas bibliográficas en las principales bases de datos y en webs relacionadas hasta julio de 2011.

Tipos de estudios: de validación diagnóstica; observacionales en los que se comparara la validez y fiabilidad de instrumentos para la valoración del riesgo de caídas; estudios experimentales, aleatorizados o no, con grupo control, que incluyeran la utilización de algún instrumento para la valoración del riesgo de caídas y ofrecieran datos de sensibilidad, especificidad, valores predictivos y/o ratios de probabilidad, frente a otros instrumentos o frente a juicio clínico profesional; revisiones sistemáticas con o sin meta-análisis sobre instrumentos de valoración del riesgo de caídas.

Población de estudio: adultos (mayores de 16 años) ingresados en hospitales de agudos. Se excluyeron pacientes psiquiátricos o pediátricos.

**RESULTADOS:**

La búsqueda bibliográfica arrojó un total de 2047 artículos. Tras lectura del título y resumen, 72 estudios fueron seleccionados como potencialmente elegibles, siendo evaluada su calidad metodológica de forma ciega por dos revisoras. En función de la heterogeneidad y comparabilidad de los estudios, se llevará a cabo un meta-análisis. En caso de excesiva heterogeneidad se realizará sólo una revisión cualitativa de los distintos estudios. Se calculará la OR diagnóstica de los estudios incluidos y se ejecutará el modelo jerárquico de resúmenes de curvas ROC (HSROC Model) y el modelo bivariado, siempre que se cuente con más de 4 estudios para ello. Los cálculos se efectuarán desde modelos de efectos aleatorios. La heterogeneidad se abordará mediante diagramas de forest-plot para la sensibilidad y especificidad y la prueba de razón de verosimilitudes para estas dos dimensiones. Adicionalmente, se calculará la Q de Cochran para los ratios de probabilidad negativos y positivos, usando como pesos los inversos de las varianzas y también el estadístico I<sup>2</sup>.

**DISCUSIÓN:**

Tras la revisión de los estudios, a falta concluir el análisis estadístico, se pone de manifiesto que:

- existe una gran variedad de estudios sobre instrumentos de valoración del riesgo de caídas.

- la precisión diagnóstica de un mismo instrumento varía según el entorno de estudio, debido a la gran heterogeneidad de escenarios y condiciones específicas de los pacientes.
- serían precisos estudios de validación prospectiva locales para determinar la efectividad de la escala antes de proceder a su implementación.
- son necesarios más estudios y de mejor calidad metodológica.

**CB - 434.- PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN: ENCUESTA ONLINE A PACIENTES INGRESADOS.**

COSTA-MOURIÑO MC, ORTIGUEIRA-ESPINOSA JA, CERDÁ-MOTA T, GONZÁLEZ-ÁLVAREZ JM, ESPERÓN-GÜIMIL JA, PÉREZ-GARCÍA I.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA (CHOP). XESTIÓN INTEGRADA PONTEVEDRA E SALNÉS. PONTEVEDRA.

**OBJETIVOS:**

Evaluar el grado de cumplimiento del procedimiento para identificación de pacientes ingresados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En diciembre de 2011 se aprobó un procedimiento de identificación de pacientes. Previamente se habían renovado las impresoras y pulseras de identificación del centro.

Para evaluar el grado de cumplimiento de aspectos clave del procedimiento, se elaboró una encuesta online con la herramienta gratuita de Google.

Tras un pretest, y coincidiendo con la auditoría interna trimestral de control de identificación con pulseras, se realizó una encuesta a 195 pacientes, que suponía el 44% de los ingresados ese día. Se seleccionaron, de modo consecutivo y proporcional, entre los ingresados en Unidades: Médica, Quirúrgica, Pediátrica y Servicios Centrales.

Todas las encuestas las realizó la misma enfermera a pie de cama, marcando las respuestas con un puntero directamente en una tableta con acceso a Internet.

**RESULTADOS:**

Al 88 % de los pacientes les pidieron que confirmaran su nombre y apellidos antes de colocarle la pulsera. El 58% la tenían colocada en la mano dominante y un 2,6% en el tobillo. El 97% referían haberla llevado puesta durante toda su estancia. Al 78% de los pacientes que les realizaron alguna prueba durante su estancia, le verificaron su identidad antes de hacérsela. Únicamente el 6,7 % de los pacientes contestaban que la pulsera debía quitarse fuera del hospital, el 25 % contestaron que al darle el alta y el 69 % decían que no le habían informado o que no lo recordaba. No se encontraron diferencias significativas al analizar las respuestas por centros ni por tipo de unidad.

**DISCUSIÓN:**

Los resultados reflejan los puntos fuertes: colocación y uso mantenido de pulsera y las áreas de mejora: colocación en la mano no dominante, no confirmar siempre la identidad del paciente antes de realizar una prueba y no informar adecuadamente sobre la importancia de mantener colocada la pulsera hasta estar fuera del hospital. No solo debe garantizarse el uso de pulseras de identificación, también hay que garantizar que se ofrece una adecuada información a los pacientes para que éstos actúen como una barrera más que permita evitar los frecuentes errores de identificación que se producen.

Si bien hay una amplia experiencia de uso de herramientas online para realizar encuestas a profesionales, su uso en pacientes no está muy extendido. El software utilizado permite realizarlas con un bajo consumo de tiempo, proporciona acceso en vivo a los resultados y ofrece análisis automático de resultados. Si no se dispone de tabletas con acceso a Internet, pueden imprimirse e introducirse en ordenador.

**CB - 435.- DODECALOGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

JAYO-ATELA N, MAIZ-OLAZABALAGA E, AÑEL-RODRIGUEZ RM, LIENDO-BARKIN J, REGIDOR-FUENTES I.

CENTRO DE SALUD LANDAKO (DURANGO). DURANGO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

1. Difundir la cultura de Seguridad del Paciente. 2. Sensibilizar a todos los profesionales de nuestra organización, tanto sanitarios como no sanitarios, y motivarles para la mejora en el ámbito de la Seguridad del Paciente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se describen los conceptos y áreas clave en las que las organizaciones y equipos de atención sanitaria deben trabajar para salvaguardar la seguridad de los pacientes. La presentación consta de 12 mensajes breves y cada uno de ellos va acompañado de una imagen que lo representa y que insta al lector a reflexionar sobre el concepto que se quiere implantar. Cada mes del año se resalta uno de estos conceptos en la web de la Comarca, con la posibilidad de acceder también al dodecálogo completo mediante un enlace creado para este fin.

**RESULTADOS:**

Las 12 ideas clave son:

1) Conozcamos qué es la seguridad del paciente (reducir al mínimo el riesgo asistencial o riesgo que tiene el paciente de sufrir un daño como consecuencia del contacto con el sistema sanitario). 2) Sepamos de qué se encarga la seguridad del paciente (ser conscientes de que existen riesgos en nuestro ámbito de trabajo y estar alerta para poder detectarlos, notificarlos y evitarlos). 3) Analicemos por qué se producen los errores (modelo del queso suizo de Reason: una combinación de errores humanos y fallos en el sistema). 4) Comprendamos que errar es inherente a la condición humana. 5) Cambiemos las condiciones en las que trabajamos (ya que no podemos cambiar la condición humana, modifiquemos las condiciones de trabajo). 6) Aprendamos de los errores. 7) Fomentemos la notificación. 8) Integremos la gestión del riesgo en la actividad laboral (cuando se detecta un fallo lo más importante es intentar averiguar qué pasó, cómo y por qué; generalmente la persona que notifica un incidente es la más indicada para proponer medidas que puedan evitar su reaparición, porque es quién dispone de la mejor información). 9) Difundamos las recomendaciones compartiendo lecciones de seguridad. 10) Mejoremos la comunicación contribuyendo así a una mayor seguridad clínica. 11) Lideremos y apoyemos a nuestros profesionales (un buen liderazgo ayuda a establecer un enfoque claro y sólido sobre seguridad del paciente; el personal y los equipos deben sentirse capaces de manifestarse si piensan que la atención que prestan no es segura, con independencia de su posición). 12) Hagamos de la seguridad del paciente nuestro reto en el sistema sanitario (Prevenir los riesgos es construir un sistema sanitario más seguro para los pacientes. Hay que tener en cuenta que los mismos fallos pueden repetirse con consecuencias diferentes cada vez).

**DISCUSIÓN:**

La Seguridad del Paciente es un aspecto crítico de la calidad asistencial, por lo que cada organización sanitaria debe considerar un objetivo primordial la mejora continua en este campo. Con este trabajo hemos intentado captar la atención de los profesionales haciéndoles reflexionar sobre la importancia que la Seguridad del Paciente tiene dentro de su quehacer diario.

**CB - 436.- TRATAMIENTO DE LOS INCIDENTES NOTIFICADOS POR UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA ENTRE 2007 Y 2011.**

TORIJANO-CASTILLO MJ, JÍMÉNEZ-MUÑOZ AB, PLA-MESTRE R, RODRÍGUEZ-PÉREZ MP, MUIÑO-MIGUEZ A, NOVAKOVA- V.

GREGORIO MARAÑÓN. MADRID.

**OBJETIVOS:**

1. Analizar los incidentes y efectos adversos(EA) notificados en un servicio de Medicina Interna(MI).
2. Establecer medidas preventivas para disminuir la incidencia de los incidentes y EA o al menos disminuir su gravedad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En el Hospital General Universitario Gregorio Marañón(HGUGM) se crea en abril de 2006 la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios(UFDGDR). Desde el año 2001 se tenía implantado un registro de incidentes relacionados con la medicación, por lo que tomando como base dicho registro, en el 2006 se puso en marcha un sistema de comunicación de incidentes, con las siguientes características: no ser punitivo, ser confidencial, independiente, inmediato, sistémico y eficaz.

Para facilitar la accesibilidad, la hoja de comunicación de incidentes se encuentra a disposición del personal en la intranet. La participación de los profesionales y creación de una cultura de notificación en MI se logro, con sesiones formativas para todo el personal sobre seguridad del paciente, tipos de incidentes y manejo del formulario. Los incidentes son evaluados por la UFdGdR que es la encargada de implementar las medidas preventivas. Realizamos un estudio descriptivo de las notificaciones de MI.

**RESULTADOS:**

El 68% de los incidentes notificados corresponden a MI. Un 23% están relacionados con la infraestructura, un 18% con la falta de coordinación entre servicios y un 17% con la documentación clínica. Un 53% fueron notificados en el turno de mañana y un 50% de ellas se producen en los meses de invierno. La clasificación según etapa indica que el 42% ocurren en el seguimiento y en los cuidados, un 16% en el tratamiento médico y un 12% en el acceso o admisión. Según causas, un 22% son debidos al equipamiento y un 18% a los profesionales. Por consecuencias se clasifican como incidentes, el 76% y como EA el 24%, entre estos últimos no se produce ningún daño o perjuicio mayor ni ninguna muerte. Se propusieron medidas correctoras y/o preventivas en un 83% de los casos que consistieron en un 22% en mejorar la comunicación entre servicios y en un 19% en mejorar las infraestructuras y el mantenimiento.

**DISCUSIÓN:**

Los incidentes y EA implican aumento de la morbimortalidad de los pacientes, alargan su estancia hospitalaria y los costes. Los estudios de EA indican que un 40% son evitables. Las características de los incidentes notificados en nuestro medio orientan a la posibilidad de que estos sean evitables. La presencia de una UFDGDR y de un sistema de comunicación de incidentes accesible, rápido y eficaz facilita el análisis y la toma de medidas correctoras y/o preventivas.

**CB - 437.- IMPLEMENTACIÓN A TRAVÉS DE LA WEB DE LA DECLARACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS DE LOS PERFUSIONISTAS ESPAÑOLES.**

DIAZ-ALVAREZ CL.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA). OVIEDO (ASTURIAS).

**OBJETIVOS:**

- Aumentar la seguridad de los pacientes sometidos a circulación extracorpórea.
- Aprender de los errores, conocerlos, analizarlos y evaluarlos, por y para los perfusionistas.
- Dar respuesta técnica a profesionales con gran dispersión geográfica.
- Garantizar el anonimato.
- Difundir a todo el territorio nacional las alertas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Partiendo del Modelo de Seguridad de los Perfusionistas Españoles y de los factores contribuyentes que pueden desencadenar un evento adverso, que la Joint Commission International define como necesarios, convertidos en nueve para adaptarlos a la perfusión, se diseñó un registro de eventos adversos.

El ámbito del registro abarca a todas las unidades de perfusión de los servicios de cirugía cardíaca del país en hospitales públicos y privados. Y a un número de intervenciones de cirugía cardíaca con circulación extracorpórea que supera las 16.000 cirugías/año.

Se desarrolló a través de un formulario que dirige las descripciones del evento hacia los factores contribuyentes que lo desencadenaron, con pantallas que conforman los criterios de cada uno de ellos.

Los datos descriptivos del evento son enviados a los miembros de la Comisión de Calidad para su estudio y evaluación, permaneciendo oculta la identidad del declarante si así lo manifiesta. Solamente el administrador de la página puede ponerse en contacto con el origen de los datos.

**RESULTADOS:**

Se han registrado 103 declaraciones de eventos/primer año de funcionamiento, de las cuales el 13 (12.62%) han tenido que ser rechazadas por fallos en su cumplimiento. El 87.38% corresponde a 90 casos que han sido estudiados.

Del total de los 90 casos un 16.67% han permanecido sin identificar su origen por deseo expreso de los declarantes. Un 30.67% no han pedido apoyo de la Comisión de Calidad. El 69.33% han solicitado informe personalizado de la Comisión.

De todos los 90 eventos adversos registrados válidos el 66.67% han sido leves, un 30.00% han resultado moderados y un 3.33% fueron graves.

De los 15 eventos con identidad oculta 33.33% fueron leves, el 53.33% moderados y un 13.34% graves.

**DISCUSIÓN:**

La implementación de la Declaración de Eventos en la Web ha resultado ser una herramienta de apoyo imprescindible.

Aumento del desarrollo de la cultura de seguridad, el número aumenta con el tiempo de implantación.

Los profesionales demandan de la organización apoyo y orientación protocolizada ante los eventos, así como informes a las direcciones ante deficiencias en seguridad.

La herramienta es de bajo coste económico, aunque necesita una estructura organizativa potente.

Se han detectado necesidades de formación de los profesionales en protocolización de técnicas nuevas y de revisión de las implantadas. También de formación en herramientas de seguridad del paciente, reactivas y proactivas.

La herramienta puede ser válida para otros grupos profesionales.

**CB - 438.- APLICACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS.**

MARTÍNEZ-GUERRERO M, RODRÍGUEZ-MONDÉJAR JJ, NAVARRO-SANZ L, LÓPEZ-ALACID FJ, FELICES-ABAD FJ, INIESTA-SÁNCHEZ J.

HGU REINA SOFÍA DE MURCIA. MURCIA.

**OBJETIVOS:**

En las unidades de cuidados intensivos (UCIs) se reconoce un papel importante a la seguridad del paciente como dimensión de la calidad asistencial. La medición de indicadores de forma establecida y repetida puede ser una buena herramienta de gestión interna de la calidad ya que detecta desviaciones de los estándares previstos. Nuestra UCI ha incluido en su cultura de la seguridad la recogida de indicadores específicos de calidad en esta área dentro de las propuestas realizadas por los grupos de trabajo de las sociedades científicas relacionadas con los cuidados críticos, tanto de enfermería como médica. Objetivos: identificar áreas de mejora dentro de nuestra unidad, cuantificar el nivel de cumplimiento de los indicadores de calidad específicos para cuidados críticos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio observacional, transversal y prospectivo.

Temporalidad: 1er periodo estudio, 5 semanas, Febrero-Marzo 2012.

Dimensión de la calidad estudiada: la seguridad.

Lugar: UCI polivalente de 12 camas, en un hospital general universitario metropolitano.

Desarrollo: se escogieron 16 indicadores de los 20 recomendados por las sociedades científicas de cuidados críticos para su medición en cualquier UCI nacional. Se revisaron entre el supervisor de enfermería y el jefe de servicio (de forma conjunta), y por observación directa. En algunos casos se hizo variación horaria para evitar acomodamiento del personal y modificación de las condiciones basales o sesgo de intervención. Se incluía corrección in situ y argumentación para producir efecto positivo y adherencia en el personal.

**RESULTADOS:**

Nº de ingresos: 66, Nº enfermos con ventilación mecánica invasiva (VMI) 48 h: 17, Nº de días de VMI 151, Nº de días de catéter venoso central (CVC) 230, nº de días de enfermos no sedados: 166, Nº de transfusiones sanguíneas 17, nº de sepsis/shock séptico 3, nº de enf. con NE precoz 10, nº de EPOC 5, limitación del esfuerzo terapéutico (LET) se indicó en 7 casos. Nivel de cumplimientos: profilaxis tromboembólica 98,3%, Cama incorporada entre 30-45º en pacientes con VMI 79,40%, Profilaxis de hemorragia digestiva en VMI 100%, antibióticos en sepsis precozmente (1hora) 66%, analgesia en paciente no sedado 99,3%, nutrición enteral precoz (primeras 24h), EPOC y VMNI 100%, información a familiares 100%, sedación en enfermo intubado 99,3%, LET 100%, transfusión sanguínea adecuada (Hb8)100%.

**DISCUSIÓN:**

Ciclo de mejora establecido:

Exposición a equipo médico y de enfermería.

Recordatorio mediante carta a todo el equipo de enfermería insistiendo en la importancia de la posición semiincorporada en VMI.

Volver a medir (5 semanas) en junio-julio y 5 semanas en octubre-nov.

Hacer un resumen del año: ver deficiencias e implantar las actuaciones que se requieran.

**Conclusiones:**

La medición reglada de indicadores de calidad en cuidados críticos es útil para establecer una detección adecuada de lo que se debe cambiar, y dar origen a un ciclo de mejora

La implementación de medidas correctoras aumenta la cultura de la seguridad del paciente en UCI.

**CB - 439.- ¿ES ÚTIL LA METODOLOGÍA CUALITATIVA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?.**

GUTIÉRREZ-CÍA I, ELÍA-GUEDEA M, OBÓN-AZUARA B.  
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO. ZARAGOZA.

**OBJETIVOS:**

Primarios: Detectar las necesidades formativas en SP de los residentes de las especialidades quirúrgicas. Establecer un programa de formación en Seguridad del Paciente (SP). Lograr que los residentes de las especialidades quirúrgicas alcancen los conocimientos y habilidades necesarias para reconocer y analizar los problemas de seguridad del paciente y aprender de la experiencia.

Secundarios: fomentar la cultura de seguridad (CS) en el ámbito quirúrgico. Crear un ambiente favorable para la comunicación y discusión de incidentes sin miedo a las represalias.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo, transversal en el que se utilizan dos métodos de investigación cualitativa, 1) encuesta para evaluar el grado de CS de los residentes y adjuntos jóvenes de las especialidades quirúrgicas; 2) formación de un grupo nominal que identificara los principales problemas de SP en el ámbito quirúrgico.

**RESULTADOS:**

Resultados: 1.- Encuesta CS: El 70% de los encuestados valoró con un 7 la SP en su Servicio. En positivo destacan las dimensiones de comunicación dentro del Servicio/Unidad, el trabajo en equipo y la franqueza en la comunicación. Como debilidades destacan las dimensiones de comunicación entre Servicios/Unidades, apoyo de la gerencia del hospital en la SP, problemas en cambios de turno y transiciones entre Servicio y Unidades. 2.- Grupo Nominal: temas seleccionados en la parrilla de priorización: 1.- Check list, 2.- Comunicación, 3.-Relación médico-paciente, 4.-Motivación, 5.- Formación en SP.

**DISCUSIÓN:**

Discordancia entre la encuesta y el grupo nominal, lo que traduce que es necesario adentrarse en el conocimiento de las barreras y miedos a la hora de afrontar la SP en el plano real. Los resultados de las encuestas no reflejan siempre la realidad. Cuando se profundiza, se generan más opiniones de los participantes del grupo nominal siendo las conclusiones mucho más enriquecedoras, más acordes a la realidad y más eficaces a la hora de implementar estrategias de mejora.

**CB - 440.- DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL MANEJO DEL PREMATURO TARDÍO EN PLANTA DE MATERNIDAD.**

LLANOS-RIAÑO JM, ESTALELLA-BELLART M, GOIRIA-ORMAZABAL MC, ESTALELLA-BELLART I, TRINCADO-AGUINAGALDE MJ, ARANA-ARRI E.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Se ha descrito que la incidencia de prematuros tardíos (aquellos nacidos entre las semanas 34(0/6) y 36(6/7) de gestación) está aumentando y que presentan tasas de morbilidad mayores que los recién nacidos a término. Sin embargo su apariencia apenas difiere a la de estos últimos, por lo que existe el riesgo de infravalorar sus problemas durante su ingreso en planta de maternidad. El objetivo de este trabajo es diseñar unos cuidados de calidad, seguros y basados en la evidencia disponible para el prematuro tardío. Para ello se revisó la incidencia de prematuridad y se analizó la morbilidad de los prematuros tardíos en comparación con los recién nacidos a término en nuestro hospital.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio observacional retrospectivo de los recién nacidos vivos en nuestro hospital entre los años 1995 y 2011. Variables continuas descritas mediante media y desviación típica y comparación de variables categóricas (%) mediante prueba Chi cuadrado (software SPSS 20.0).

**RESULTADOS:**

Entre los años 1995 y 2011 nacieron un total de 100.499 niños, de los cuales 5.839 fueron prematuros tardíos, representando un 5,8% del total de nacidos vivos y un 74% de los nacidos prematuros. Observamos un incremento en la tasa de prematuros, a costa exclusivamente de esta población. El 53,6% fueron varones con un peso medio de  $2.482 \pm 469$  gramos y edad gestacional media de  $35,3 \pm 0,8$  semanas. Presentaron un test de Apgar al 1'7 el 12,1% y Apgar a los 5'7 el 1,8%, además de tasas significativamente mayores frente al grupo a término, de multiparidad (14,8% vs. 1,3%,  $p0,001$ ), parto por cesárea (23,9% vs. 11,2%,  $p0,001$ ), ingreso a unidad neonatal desde partos (28,2% vs. 3,4%,  $p0,001$ ) y lactancia artificial al alta (38,7% vs. 21,6%,  $p0,001$ ). En concreto, en 2011 nacieron 398 prematuros tardíos de los cuales 314 ingresaron en nuestra unidad. De estos, un 14,7 % requirieron ingreso a unidad neonatal desde planta siendo la media de estancia de 4,42 días.

**DISCUSIÓN:**

Existe evidencia sobre los beneficios que la lactancia materna y el contacto piel con piel aportan en la salud de los recién nacidos prematuros. Observamos una tasa de lactancia artificial mayor en nuestra población asociada probablemente a la menor madurez del prematuro y a la situación materna (mayor tasa de cesáreas, multiparidad,...). Se hace necesario diseñar una intervención de enfermería específica, centrada fundamentalmente en: apoyar de forma precoz e individualizada una lactancia materna eficaz, implementar el Método Madre-padre Canguro de forma segura y garantizar la continuidad de cuidados al alta. También se hace necesaria la formación del personal sanitario implicado en su cuidado para el seguimiento y vigilancia, con el fin de anticiparnos a los problemas comunes en esta población. Introducir esta intervención en nuestra práctica clínica, disponiendo de un protocolo consensuado y escrito, permitiría mejorar la seguridad y calidad de los cuidados que prestamos.

## **CB - 441.- ELABORACIÓN DE UN PLAN DE ACCIONES PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

CASTILLO-BLASCO M, LÁZARO-BLASCO A, HERRERO-BARONA C, VEZ-FERNÁNDEZ A, ESPIG-BULTÓ MD, OLMOS-GASCÓN MJ.

HOSPITAL DR MOLINER. SERRA (VALENCIA).

### **OBJETIVOS:**

- Analizar y aprender de los eventos adversos ligados a la atención sanitaria.
- Identificar las principales causas de los EA acaecidos en nuestro centro, para evitar que se repitan o para reducir sus efectos.
- Elaborar un plan de acciones para disminuir la incidencia y gravedad de los EA producidos en nuestro centro, implementando prácticas seguras en todos los niveles de prestación asistencial.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Herramientas utilizadas:

1. Diagrama causa-efecto de Ishikawa para detección de las principales causas de los EA acaecidos en nuestro centro.
2. Lluvia de ideas para identificar posibles acciones de mejora.
3. Matriz de Priorización para realizar la selección de las acciones de mejora identificadas previamente, utilizando criterios objetivos y claros para seleccionar cada acción de mejora en función de su importancia e impacto, asignando así su prioridad de ejecución.
4. Elaboración de un Plan de Mejora, identificando las acciones, responsables, plazos y recursos necesarios para llevar a cabo las acciones de mejora identificadas y priorizadas en las fases previas.
5. Planificación de acciones correctivas, con actividades a realizar para evitar los riesgos identificados o minimizar sus efectos.
6. Elaboración de indicadores de seguimiento.

### **RESULTADOS:**

Con el análisis de situación realizado se han definido las actividades y los indicadores que nos ayudarán a prevenir los EA ligados a la atención sanitaria y a medir la frecuencia y gravedad de los EA producidos, gestionando las medidas que nos permitirán proporcionar una atención más segura a nuestros pacientes.

Se han identificado 25 acciones de mejora que han sido analizadas y evaluadas, entre las que destacan la protocolización y estandarización de los métodos de trabajo, la promoción de las medidas de higiene hospitalaria, el uso de sistemas de señalización de riesgos y el promover la declaración voluntaria de EA, registrándolos para su posterior análisis. Otras medidas propuestas son el promover el registro de la información en sistemas que sean accesibles a todos los niveles, el formar adecuadamente al personal en temas relacionados con la seguridad del paciente o el promover un ambiente laboral adecuado para favorecer la buena comunicación entre los profesionales.

### **DISCUSIÓN:**

Con la aplicación de la metodología de Mejora de la Calidad, hemos identificado una serie de actividades sencillas y aplicables, que esperamos que contribuyan a mejorar la seguridad de nuestros pacientes durante su estancia hospitalaria.

Sin embargo, para conseguir nuestro objetivo será necesaria la concienciación e implicación de todo el personal del centro, ya que en general, en los temas relacionados con la seguridad del paciente, pequeñas acciones aplicadas por muchos profesionales, producen grandes cambios, pero si no se consigue sensibilizar al personal en los temas relacionados con la seguridad del paciente y con la cultura de debatir sobre los errores, los resultados obtenidos no serán tan satisfactorios como cabría esperar.

**CB - 442.- SEGURIDAD DEL PACIENTE EN RADIODIAGNÓSTICO: OPTIMIZACIÓN DE LA IMAGEN Y REDUCCIÓN DE DOSIS.**

DEVESA-PARDO FJ, GÁMEZ-JIMÉNEZ JI, AMADOR-VELA-HIDALGO JJ, CORPAS-RIVERA L.  
DIRECCION SERVICIOS ASISTENCIALES MUTUA UNIVERSAL. BARCELONA.

**OBJETIVOS:**

La mayor parte de las radiaciones ionizantes recibidas por la población es debida a su exposición por las prácticas médicas y, dentro de las mismas, la causada por exploraciones radiodiagnósticas es la que más contribuye a la dosis colectiva. Por consiguiente resulta esencial establecer protocolos de optimización de las técnicas, a fin de conseguir la menor dosis posible en cada paciente, al tiempo que una adecuada imagen radiológica.

Mutua Universal, titular de ciento diez instalaciones de radiodiagnóstico en toda la geografía nacional, inició en 2008 un proceso de digitalización de la imagen radiológica con sistemas CR en las mismas, a fin de mejorarla y de conseguir la reducción de las dosis en los pacientes.

Por lo tanto, se trataba de establecer un protocolo de optimización, evaluando la imagen radiológica en función de su digitalización, consiguiendo la reducción de las dosis en los pacientes, por medio de la revisión de las técnicas empleadas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El Sistema informatizado de Gestión Radiológica de Mutua Universal (SIGERMU), implantado en sus instalaciones, registra cada radiografía con sus características, así como la evaluación de la calidad de la imagen obtenida. Al mismo tiempo se determinan las dosis recibidas por los pacientes, con dosímetros radiotransparentes de termoluminiscencia (TLD) por medio del sistema DOSES de Dosimétrica, con lo que se han caracterizado las dosis recibidas en cada técnica e instalación.

De los 75 centros en los que se digitalizó la imagen, en 63 de ellos había información de las dosis impartidas a pacientes antes de la misma y, de esas, en 28 también había información sobre la calidad de la imagen, previamente a la digitalización.

A partir de ahí se analizó la evolución de los índices de dosis y de calidad de imagen en estas instalaciones y se planteó un protocolo específico de optimización por medio de la revisión de las técnicas empleadas.

**RESULTADOS:**

En los centros en los que se disponía de información previa al cambio del sistema, la evaluación de la calidad de imagen permitió determinar una mejora global de la misma, mientras que en los indicadores de las dosis impartidas a los pacientes no se observó una variación significativa.

Por consiguiente, teniéndose en cuenta la utilidad de la que disponen los sistemas CR, de ajuste de la imagen obtenida, se planteó un protocolo de reducción de dosis, por medio de la revisión de las técnicas empleadas, disminuyéndose las condiciones de exposición -en particular los mAs-, con lo que se podían reducir las dosis impartidas a los pacientes, al tiempo que la imagen se mantenía en condiciones aceptables para el propósito diagnóstico.

**DISCUSIÓN:**

La implantación de un protocolo de optimización, asegurándose la calidad de la imagen, al tiempo que verificándose la reducción de las dosis en los pacientes, además de ser factible, constituye un elemento esencial para la seguridad del paciente y el control de la calidad de los procesos en radiodiagnóstico.

**CB - 443.- ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES EN HIGIENE DE MANOS EN EL MODELO ANDALUZ DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES.**

ALMUEDO-PAZ A, MUÑOZ-CASTRO FJ, HERCE-MUÑOZ AM, TURIÑO-GALLEGU JM, ROJAS DE MORA-FIGUEROA A.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. SEVILLA.

**OBJETIVOS:**

Conocer la adherencia de los profesionales del SSPA a las recomendaciones de higiene de manos(RHM)a través del Modelo de Acreditación de Competencias Profesionales.Las infecciones relacionadas con atención sanitaria (IRAS) tienen alta prevalencia en los sistemas de salud. La higiene de manos es una de las medidas preventivas más eficientes que requiere implicación del personal con la técnica y un cambio de comportamiento.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Análisis descriptivo retrospectivo del cumplimiento de la evidencia "Seguimiento de las recomendaciones sobre la higiene de manos" en profesionales acreditados por el modelo andaluz de competencias profesionales en versión 2.1, entre los periodos septiembre 2011 a febrero 2012. El Programa de Acreditación de Competencias Profesionales de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) se diseña para reconocer los logros de los profesionales en su práctica diaria y colaborar al impulso de mejora continua. Los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) disponen de la versión 2.1 de 72 Manuales de Competencias (MC), que incluyen aspectos relacionados con seguridad del paciente.

Los datos se agruparon por niveles asistenciales de Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH), por manuales y grupos troncales (Críticos, Enfermería, Farmacia, Laboratorio, Médicas, Médico-Quirúrgicas, Quirúrgicas, Psique, Radiología y No Clasificados) con más de 35 profesionales que cumplen criterios de inclusión.

La prueba asociada a la evidencia es un informe de práctica (IP) basado en el cuestionario de conocimientos sobre higiene de manos publicado por la OMS y propuesto por el Ministerio de Sanidad y Política Social para la evaluación de la mejora de la higiene de manos.

**RESULTADOS:**

De los 935 profesionales de AH acreditados, 255 aportaron la evidencia (27,29%) y de los 300 acreditados de AP 88 profesionales (29,33%).

La tasa de cumplimiento por ámbito asistencial fue 74,5% en AH y 86,4% en AP.

Manuales Competencia:

De 38 profesionales acreditados con el MC Médico Familia Atención Primaria, 31 cumplen la evidencia (81,6%).

De 40 profesionales acreditados con el MC Enfermera/o Hospitalización/Cuidados Especiales, 30 cumplen la evidencia (75%).

Grupos Troncales:

De 106 profesionales acreditados en el grupo troncal de disciplinas médicas, 81 cumplieron la evidencia (76,4%).

De 101 profesionales acreditados en el grupo troncal de disciplinas de enfermería, 77 cumplieron la evidencia (76,2%).

**DISCUSIÓN:**

Se observa mayor cumplimiento de la evidencia en el nivel asistencial de AP.

El cumplimiento de la evidencia es similar en los profesionales acreditados con el MC Médico de Familia de Atención Primaria y en los del MC Enfermera/o de Hospitalización y Cuidados Especiales.

Por grupos troncales, el cumplimiento en profesionales de disciplinas médicas fue similar al de disciplinas enfermeras.

El Modelo de Acreditación de Competencias Profesionales fomenta la adherencia de los profesionales a las recomendaciones de higiene de manos.

**CB - 444.- IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN UN HOSPITAL DE DÍA Y SU VALORACIÓN POR PARTE DE ENFERMERÍA.**

RODRIGO-RINCÓN I, TIRAPU-LEÓN B, ZABALZA-LÓPEZ P.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA. PAMPLONA.

**OBJETIVOS:**

Implantación en un hospital de día (HdDO) Oncológico de un sistema de identificación de pacientes mediante tarjetas con código de barras para el control de los fármacos y su valoración por parte de los profesionales de enfermería.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Dos sesiones de formación con el personal de Enfermería para mostrar el manejo técnico del terminal electrónico y enseñar el protocolo de identificación.

Identificación de todos los pacientes del HdDO mediante una tarjeta personal con nombre del paciente, edad, sexo y número de historia, en cifra y en código de barras.

Al mes de iniciarse el sistema, se pasó al personal de enfermería un cuestionario de percepción de doce preguntas (3 sobre actitud ante el uso de sistemas adicionales de identificación; 4 sobre la utilidad del sistema implantado, la formación recibida y las posibilidades de mejora del sistema; 2 sobre seguimiento del nuevo sistema; 1 valoración del paciente del nuevo sistema y 2 de satisfacción general) junto con una pregunta abierta.

**RESULTADOS:**

Se distribuyeron las tarjetas a todos los pacientes del HdDO que han tenido sesiones de tratamiento hasta la fecha, unas 1100 tarjetas en total. Se realizaron 8 rondas para verificar el funcionamiento del sistema observándose que se cumplían las especificaciones. Tasa de respuesta del cuestionario 80%. Del análisis de los cuestionarios, podemos observar una buena receptividad hacia la implantación de medidas adicionales de seguridad: el 87,5% cree que son necesarias medidas adicionales para identificar a los pacientes, y el 100% afirma que un sistema de identificación electrónica es útil para prevenir errores de administración. El 87,5% opinaron además que los propios pacientes son favorables al uso de estas medidas; 100% afirmaron seguir el protocolo de identificación siempre o casi siempre. Las opciones más escogidas para perfeccionar el sistema de identificación fueron: la necesidad de un sistema que identifique al personal sanitario (75%); un dispositivo electrónico que dé menos problemas técnicos (62,5%); un sistema que incluya información del fármaco (62,5%); y un sistema que deje registrada en HCI la realización de la identificación (75%). En la valoración numérica del grado de satisfacción con el sistema, la puntuación media fue de cuatro sobre diez. La valoración estimada si se implementaran las medidas sugeridas alcanzó una puntuación de 9,28 sobre diez. La valoración media de la formación impartida fue de 5,66.

Además de estas propuestas, el 50% del personal consultado comentó en la pregunta abierta la conveniencia de que el terminal electrónico distinga cuándo se pasa el lector por la tarjeta y cuándo por la etiqueta del fármaco.

**DISCUSIÓN:**

El seguimiento del sistema de identificación por parte del personal es adecuado y bien acogido por parte de los profesionales, no obstante, se precisa mejorar distintos aspectos para que resulte de mayor utilidad.

**CB - 445.- UTILIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CHT-10 EN LA MEJORA DEL PROCESO DE TRATAMIENTO MEDICO.**

ISUSI-CAMINO S, MÍNGUEZ-YUSTA MJ, DE LA PUERTA-RUEDA JE, PEÑA-LÓPEZ M, CORTIGUERA-FERNÁNDEZ S.

HOSPITAL CRUZ ROJA DE BILBAO. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

El Sistema de Seguridad del Paciente CHT-10, como sistema de control y aviso de errores al profesional, ha sido previamente validado frente al método tradicional de administración de medicación, habiendo demostrado su efectividad en la reducción de los errores más frecuentes. El objetivo de este nuevo estudio es evaluar la utilidad de la información registrada por el sistema, como herramienta de mejora continua del proceso de tratamiento médico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

CHT-10 es un Sistema de Seguridad del Paciente diseñado para reducir los efectos adversos asociados a la hospitalización. Integra la seguridad de los procesos de tratamiento médico, quirúrgico, transfusión, y seguridad en la trazabilidad de muestras. Su hardware consiste en dispositivos con lectores de códigos de barras y RFID colocados en la cabecera de cada cama y mesa de quirófano. Además del software para mejorar la seguridad en estos cuatro procesos, dispone de un módulo para automatizar por el usuario los protocolos diagnóstico-terapéuticos a modo de sistema experto, un módulo inteligente de prescripción que permite especificar el inicio y fin automático de las órdenes, y un módulo para el control por enfermería de sus tareas. A modo de "caja negra" CHT-10 registra todas las actividades realizadas, registrando en su caso los errores y los casi-errores producidos durante la ejecución de los procesos.

Este estudio ha sido diseñado como un estudio prospectivo observacional. A partir de la información registrada por el Sistema sobre los errores detectados en el procedimiento de administración de medicación, en el área de hospitalización, durante tres meses consecutivos (febrero a abril de 2012), un equipo de mejora, formado preferentemente por enfermeras, realizó un análisis de las posibles causas de los mismos y planteó las mejoras. Tras su implantación se observó el efecto de las mismas.

**RESULTADOS:**

En total se registraron 27.650 procedimientos de administración de medicación. De los 20.491 procedimiento realizados en febrero y marzo, se registró algún error de calidad en el 3,04% (78,7% por administración fuera de hora). Tras comprobar que este tipo de error era debido a la inadecuada organización de los horarios de administración, el 28/3/2012 se implantaron las mejoras organizativas elaboradas por el equipo de mejora. En los 7.159 procedimientos realizados en abril se observó un descenso de los erróneos al 1,98% (p0,001), por descenso exclusivamente de los errores de administración fuera de hora.

**DISCUSIÓN:**

Mediante la información aportada por su sistema de registro automático de calidad, CHT-10 ha demostrado ser una ayuda efectiva y eficiente en la mejora continua. El control humano de estos 27.650 procedimientos habría supuesto un coste de personal inasumible, y una menor fiabilidad que el sistema automático. Un sistema automático de registro de los errores y sus tipos, permite tener disponible permanentemente la información necesaria para la mejora de los procesos y su seguimiento.

**CB - 446.- UBICACIÓN INCORRECTA DE LA EMERGENCIA: DESPLIEGUE EN PROCESOS DE RECOMENDACIONES TRAS ANÁLISIS PRE Y POST-INCIDENTE.**

URIONABARRENECHEA-OLABARRIAGA O, GARCÍA-RAMOS A, BLANCO-COCA R, GABIKAGOJEASKOA-BERISTAIN A, UNANUE-MUNDUATE T, ZABALETA-BASURTO A. EMERGENCIAS OSAKIDETZA. DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN.

**OBJETIVOS:**

La correcta ubicación del paciente que precisa una asistencia urgente resulta primordial en las patologías tiempo-dependientes, las enfermedades graves o bien incluso en toda situación emocionalmente intensa para la ciudadanía que solicita ayuda. Con la finalidad de evitar o disminuir la aparición de riesgos para el paciente, derivados de una asistencia demorada por una incorrecta ubicación, se puso en marcha un proyecto orientado a identificar las variables relacionadas con su aparición y a analizar las posibles acciones preventivas. Todo ello con el objetivo de dictar recomendaciones a desplegar en los procesos que vertebran nuestra organización.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El grupo de seguridad clínica realizó un análisis retrospectivo de 1437 movilizaciones de ambulancias, identificando la incidencia de movilizaciones a lugares erróneos, factores que se relacionaban con dicho error, así como barreras que se establecían para evitarlo y su eficacia. Por otra parte, se realizó un AMFE de los subprocesos implicados en la toma de dato del lugar, su registro y comunicación, identificando modos de fallo y señalando recomendaciones para su evitación o disminución de su repercusión.

**RESULTADOS:**

La incidencia de ubicaciones erróneas es del 6,1%, si bien tras las medidas habitualmente utilizadas como barreras, esta tasa desciende al 2,2% .La ubicación errónea se relaciona de forma estadísticamente significativa ( $p<0,05$ ) con la apertura del incidente por parte de SOS-Deiak, el desarrollo del incidente en vía pública y con el empleo de telefonía móvil por parte del comunicante. Dichos resultados junto con las recomendaciones emanadas del AMFE, llevan a la elaboración y despliegue de 26 propuestas en los ámbitos formativo (5), informativo (2), organización/proceso (12) y tecnológico (7).

**DISCUSIÓN:**

El conocimiento de las variables que se relacionan con la aparición de una situación que puede ocasionar un evento adverso, así como las herramientas proactivas de análisis de modalidades de fallo, permiten la elaboración y despliegue sistematizados de recomendaciones en los procesos de nuestra organización. El seguimiento de implantación de dichas propuestas conforme al cronograma establecido junto con un nuevo análisis de incidencia planteado a 18 meses de la puesta en marcha del proyecto, permitirán evaluar la eficacia de dichas recomendaciones.

**CB - 447.- MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE SEGURIDAD TRANSFUSIONAL EN UN SERVICIO DE TRANSFUSION.**

APRAIZ-INTXAUSTI I, HERNANDO-ORTEGA J, MARZANA-SANZ I, GUERRA-RODRIGUEZ L, HERNANDEZ-HERNANDEZ JJ, ORTE-MUÑOZ A.

HOSPITAL SAN ELOY. BARACALDO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

Implantar un sistema de seguridad transfusional basado en tecnología informática de tipo móvil,adaptado al procedimiento de trabajo del hospital,con el fin de mejorar la seguridad del paciente mediante la minimización de errores,y conseguir la trazabilidad completa del proceso,desde la obtención de la muestra hasta finalizar el ciclo de hemovigilancia,de acuerdo a las especificaciones legales y estándares definidos del sistema de la calidad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El sistema de seguridad a implantar(Hemocod) consta de :

-PDA con lector de código de barras y software que permite su movilidad.

-Software con:a)módulo para la seguridad en cabecera paciente, desde la extracción,mediante el empleo de pulsera de identificación con código de barras que queda vinculado a la muestra y hemoderivado seleccionado posteriormente,b)módulo de monitorización para la Unidad de transfusión,que permite controlar la evolución de hemoderivados enviados, visualizar alarmas,y rastrear las acciones llevadas a cabo con cada PDA y,c)módulo de informes de hemovigilancia y explotación de datos.

Se parametrizó el software para adaptarlo al procedimiento interno de trabajo y objetivos previstos. Se instaló en un servidor central del hospital con accesibilidad desde puestos y usuarios autorizados,y se comunicó con Odolbide(NetBankGold), base de datos transfusional corporativa de Osakidetza,para el envío de datos del paciente.

Se distribuyeron 9 PDAs en plantas de hospitalización, hospital de día,área quirúrgica, urgencias y Unidad de transfusión.

Se realizó la formación de todo el personal de enfermería implicado,asi como del personal de la Unidad de transfusión.

**RESULTADOS:**

A los tres meses de la implantación,el grado de utilización resultó del 90% respecto al nº de transfusiones realizadas,y 95% a los seis.

Se ha conseguido una inequívoca identificación de paciente con muestra y hemoderivado desde la extracción por medio de lecturas de código de barras.

El uso de PDA ha aportado la trazabilidad eliminando registros manuales como identificación enfermería, tiempos,y una sistematización del procedimiento interno a través de las sucesivas pantallas:comprobación de constantes,de realización de grupo en cabecera,de aviso de reacción adversa.

La situación de la transfusión se controla a tiempo real con alarmas por exceso de tiempos.

**DISCUSIÓN:**

A pesar de las dificultades iniciales,ligadas fundamentalmente al empleo de tecnologías novedosas,las ventajas resultaron evidentes en un corto período de tiempo,ya que además de la indiscutible seguridad del paciente, aportó confianza en el personal involucrado en una actividad considerada de carácter crítico.

La monitorización a su vez ha conseguido establecer una estrecha comunicación y colaboración entre la Unidad de transfusión y el personal de enfermería responsable de la transfusión en el hospital.

Esta percepción positiva nos permitirá continuar implantando funcionalidades adicionales del sistema,que no se consideraron prioritarias en una primera etapa.

## **Sesión de Comunicaciones Orales Breves.**

### **Sala C3.**

**Jueves, 8 de noviembre / 16:00 h. – 18:00 h.**

### **Coordinación Asistencial.**

**CB – 448 / CB – 474**

**CB - 448.- ¿ABUSAN LOS HIPERFRECUENTADORES O NECESITAN MÁS ATENCIÓN? UN ANÁLISIS DETALLADO DE SU PERFIL.**

CARPIO-MUÑOZ V, AGUADO-CORREA F, PADILLA-GARRIDO N, HERRERA-CARRANZA M.  
UNIVERSIDAD DE HUELVA. HUELVA.

**OBJETIVOS:**

Analizar el volumen y los factores que caracterizan a los pacientes hiperfrecuentadores (HF) del servicio de urgencias de un hospital de tipo 2 comparándolos con los no hiperfrecuentadores (NHF).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realiza un estudio descriptivo observacional y retrospectivo de 172.092 visitas entre enero de 2008 y diciembre de 2010. Se ha calificado como hiperfrecuentadores ocasionales (HFO) a aquellos pacientes que realizan más de 4 visitas urgentes al año (media más dos veces la desviación estándar de la media de frecuentación) y como persistentes (HFP) a los que acuden más de 12 veces en los tres años. En concreto se han estudiado la demografía, distribución por área funcional, nivel de gravedad, procedencia, patrón de llegadas y destino.

**RESULTADOS:**

Aproximadamente un 1% del total de pacientes urgentes son HFP (7,43% de las visitas), mientras que el 4% son HFO (16% de las visitas). Analizados en cifras absolutas, 1.390 pacientes HFP originaron 25.490 consultas en los tres años, mientras que 2.880 HFO provocaron 19.447 asistencias en 2010. En los HF hay predominio masculino (56%), siendo más del 50% niños, especialmente de 0-4 años (47%). Aunque el foco de hiperfrecuentación es pediatría, le sigue de cerca el área médico quirúrgica (MQ). Por niveles de gravedad, la mayoría de HF pertenece al nivel IV, sin embargo, en el área MQ los HF tienen niveles más altos (I a III) que los NHF. El 80% de HF llegan por iniciativa propia y el 20% derivado por un dispositivo sanitario. Tanto HF como NHF acuden más por la tarde, pero el patrón de llegadas de los primeros es más homogéneo a lo largo del día. Los HF de MQ llegan más por la mañana y los de trauma indistintamente. La mayor afluencia de HF se produce en el fin de semana y de NHF los lunes. El porcentaje de ingresos hospitalarios de los HF (10%) es similar al de NHF pero el volumen de HF derivados al médico de familia o al especialista es más bajo.

**DISCUSIÓN:**

Nuestro estudio no percibe, en líneas generales, grandes diferencias de conducta entre HFP e HFO. El hiperfrecuentador infantil es de baja gravedad y acude preferentemente por las noches. Esto revela probablemente una utilización del servicio de urgencias como "sustituto" de la atención primaria o también la inexperiencia de los padres para orientar adecuadamente los problemas de salud de sus hijos. Por su parte, los adultos HF presentan un mayor nivel de gravedad en MQ que los NHF y, por tanto, no hay que verlos como "abusadores" de las urgencias sino que, posiblemente, reflejan una población más vulnerable y frágil, con mayores necesidades de cuidados sanitarios y de coordinación entre niveles asistenciales. Podemos concluir que la realización de nuestro estudio es importante para establecer además medidas que disminuyan el número de HF no adecuados y mejoren la atención a los enfermos verdaderamente urgentes.

**CB - 449.- QUE HACER Y COMO HACERLO CUANDO UNA MADRE DECIDE DAR A SU HIJO O HIJA EN ADOPCIÓN.**

PORTABALES-GOBERNA A, RODRIGUEZ-BLANCO C, RUÍZ-GARZÓN J, GRAÑA-GARRIDO MI, PAIS-IGLESIAS B, COGALLUDO-FERNÁNDEZ R.

SUBDIRECCIÓN DE DESENVOLVIMIENTO Y SEGURIDAD ASISTENCIAL. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

**OBJETIVOS:**

Establecer la secuencia de acciones que se deben de llevar a cabo por parte de todos los agentes implicados cuando una mujer expresa su decisión de entregar a su hijo o hija en adopción, para:

Establecer la secuencia de acciones que se deben de llevar a cabo por parte de todos los agentes implicados cuando una mujer expresa su decisión de entregar a su hijo o hija en adopción, para:

Mejorar la seguridad del bebé.

Evitar abandono de recién nacidos.

Favorecer la libre decisión de la madre una vez informa da de opciones disponibles.

Establecer un procedimiento profesional homogéneo en todos los centros sanitarios de la Comunidad Autónoma.

Facilitar la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales de la Comunidad autónoma.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se crea un grupo de trabajo con trabajadoras sociales, matronas y técnicas de la subdirección para realizar un diagnóstico de situación y elaboración de un borrador.

Se consensua con Equipos técnicos del Menor y personal de los servicios de Familia y Menores de la Consejería de Trabajo y Bienestar.

Se envía el borrador a directivos y directivas de los Servicios de Salud y Servicios Centrales para su revisión externa.

Se envía al Consejo de Gobierno para su aprobación.

Se difunde a todos los profesionales mediante la intranet y correo corporativo.

**RESULTADOS:**

Desde el mes abril de 2012, todos los centros sanitarios de nuestra Comunidad Autónoma disponen de un "Procedimiento de actuación en el ámbito sanitario con mujeres que desean dar a su hijo o hija en adopción".

**DISCUSIÓN:**

El abordaje sistemático de los casos de niñas y niños dados en adopción por deseo de sus madres creemos que será una buena herramienta para conseguir humanizar el trato y la seguridad tanto de la madre como la del recién nacido, garantizando en todo momento el derecho a la intimidad y confidencialidad.

**CB - 450.- MODERNIZACION INTEGRAL DEL SERVICIO DE DIGESTIVO HOSPITAL SAN ELOY. "MEJORANDO LA COORDINACIÓN INTERNIVELES".**

VIVANCO-GOMEZ ML, MARTIN-GONZALEZ V, BAO-PEREZ F.  
HOSPITAL SAN ELOY. BARACALDO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

- Garantizar agilidad y rigor en la atención al usuario, integrando diferentes niveles asistenciales.
- Mantener una lista de espera en las consultas ambulatorias 15d junto a una agenda diaria 20 pacientes que garantice la actividad de asistencia on line con Atención Primaria.
- Mantener una actividad endoscópica de alta resolución integrada.
- Descentralización organizativa de la unidad de Endoscopias para una mejor organización de la sedación profunda.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Implantación de consultas no presenciales a través de Osabide-AP entre AP y AE.

Coordinación consulta extrahospitalaria AE/área de Endoscopias.

3 innovaciones fundamentales:

Informatización informes endoscópicos.

Modernización equipamiento.

Sistema trazabilidad endoscópica.

Las innovaciones descritas pretenden hacer más dinámicas las consultas ambulatorias tanto en la relación con Atención Primaria a través de Osabide-AP (citas, consultoría de asesoramiento y petición de endoscopias) como con la propia Endoscopia (volantes de endoscopia pedidos por Digestivo con orientación al alta y peticiones de endoscopia de Atención Primaria).

Se trata de establecer una interrelación bidireccional por la cual la consulta de Digestivo facilite la labor resolutoria de la Endoscopia y ésta gestione pacientes para evitar citas innecesarias en la consulta.

**RESULTADOS:**

Las consultas ambulatorias presentan una demora de 5 días para nuevas consultas.

Los pacientes oncológicos abandonan la endoscopia con el estudio de extensión citado y la consulta a Cirugía en 10 días e informados de forma preliminar sin citar en la consulta de Digestivo. En el cribado del CCR los informes se remiten en el día si no hay histología pendiente y a los 7 días si la hay, a los Médicos de Familia con recomendaciones de vigilancia pertinentes. En los pacientes de Digestivo se dan en torno a 4-5 altas semanales con informe a su Médico de Familia y se cancelan las respectivas citas de la consulta.

La sedación por Digestivo implica la eliminación de los preoperatorios y las citas en consulta de Anestesia previas.

La tasa de complicaciones derivadas de la sedación han sido nulas hasta el momento.

El nuevo timing en la preparación para la colonoscopia ha eliminado la repetición de pruebas por mala preparación.

**DISCUSIÓN:**

Las consultorías sin cita y la petición de endoscopias desde Atención Primaria junto con la altas informadas, ha permitido mantener la lista de espera en consultas 7 días y mejorar la relación con Atención Primaria.

El nuevo método de preparación colónica mejora la calidad de la prueba (menor repetición y más tasa de detección de lesiones).

El paciente percibe la sedación practicada por Digestivo con una calidad similar a la realizada por Anestesia, sin complicaciones relevantes y con mayor agilización de las altas y mejor organización de la actividad.

La endoscopia de alta resolución clínica y la trazabilidad permite gestionar pacientes con un enfoque más de servicio clínico que de unidad de exploración.

**CB - 451.- LIMANDO DIFERENCIAS Y PREJUICIOS.UN MODELO ASISTENCIAL COMPARTIDO EN LOS HOSPITALES DE DÍA DE COMARCA INTERIOR RSMB.**

PERTEAGUDO-SOT I, VALENCIANO-GONZÁLEZ A, LÓPEZ-ZABARTE MP, MARTÍNEZ-AZUMENDI O.

RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Con la integración de la RSMB, resultó prioritario trabajar de cara a la consolidación como una unidad funcional de las estructuras similares, como era el caso de los HD. Tras ciertas actuaciones dirigidas a unificar plantillas y algunas actividades asistenciales, se observó que el objetivo se veía entorpecido debido a las diferencias de orígenes, dependencia administrativa, horarios, dotación de personal y modelos asistenciales y también debido a las diferentes actitudes históricas de los equipos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

De cara a la mejor y más efectiva integración de las EEII entre sí y con el resto de dispositivos comunitarios se establecen actuaciones de carácter interpersonal a dos niveles:

a) Nivel comarcal. Encuentros regulares de los HDs con los CSMs a los que dan cobertura, así como con los responsables clínicos comarcales.

b) Nivel transversal. Convocatoria de una Jornada de Encuentro dirigida a todos los profesionales de los HDs y pisos asistidos de la Comarca, la mayoría de ellos desconocidos entre sí. Se forman pequeños grupos de discusión que debaten sobre cuestiones previamente planteadas, recogiendo por escrito las respuestas de los participantes, con una puesta en común final. Un técnico de calidad se encarga de recoger las impresiones, recopilar las respuestas escritas de cada grupo y elaborar un informe final.

**RESULTADOS:**

Ciñéndonos a la actuación a nivel transversal entre las EI, asistieron a la convocatoria 26 personas (100% de los profesionales de la Comarca) a quienes se remite con posterioridad el informe redactado. Dos años después de la constitución de la RSMB, además de los condicionantes estructurales, se constatan algunas dificultades interpersonales que dificultan la integración funcional de todos los HD que la forman, con presunciones y valoraciones prejuiciados de unos equipos frente a otros, predominando el desconocimiento mutuo.

**DISCUSIÓN:**

Con la experiencia de la jornada se han podido trabajar varios de esos aspectos diferenciadores que pudieran entorpecer una más efectiva integración, destacando finalmente la satisfacción de los profesionales por el resultado. El compromiso adquirido con el trabajo de la jornada, proyectándose su convocatoria regular, es de esperar sea trasladado al desempeño diario con repercusión directa en la calidad de la atención que se ofrece a los usuarios de estos dispositivos.

**CB - 452.- UNIDAD DE APOYO TÉCNICO: CREACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y DESARROLLO.**

CARDENAS-VALLADOLID J, ALONSO-SAFONT T, RODRIGUEZ-BARRIENTOS R, DEL REY-GRANADO Y, LÓPEZ-ROMERO A, ESTEVEZ-MUÑOZ JC.

UNIDAD DE APOYO TÉCNICO. GERENCIA ADJUNTA DE PLANIFICACIÓN Y CALIDAD. MADRID.

**OBJETIVOS:**

Creación de una Unidad de Apoyo compuesta por técnicos con formación y experiencia en Calidad, Investigación, Sistemas de Información e Historia Clínica Informatizada.

Puesta en marcha y desarrollo de la unidad para el apoyo directo a los profesionales de los Centros de Salud en los temas anteriormente mencionados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Para la creación de la Unidad de Apoyo Técnico (UAT) se planteó que estuviera integrada por profesionales de medicina de familia y enfermería con un perfil técnico en calidad, investigación, sistemas de información e historia clínica informatizada y con amplia experiencia, conocimientos, formación y aptitudes que pudieran dar respuesta a esta necesidad de apoyo técnico de una forma homogénea y uniforme en toda la Comunidad.

Para la puesta en marcha de la UAT se reubicó a los profesionales en un mismo espacio para favorecer sinergias y se planteó una organización funcional por parejas, un médico y una enfermera, asignados a una demarcación territorial, dirección asistencial, con el requisito de que tuvieran un perfil muy amplio y complementario entre ambos, uno de los dos tendría un perfil en sistemas de información y el otro un perfil en calidad e investigación, independientemente de su formación sanitaria original.

Para el desarrollo de las actividades de la UAT se han elaborado procedimientos normalizados de trabajo (PNT) con el objetivo de dar respuestas homogéneas a las demandas de los profesionales de los centros de salud. Para favorecer el conocimiento de la UAT y sus funciones se ha realizado unas sesiones presenciales en los centros de salud. Además los PNT están accesibles en la Intranet Corporativa y se ha creado un correo institucional genérico para facilitar la comunicación con los profesionales.

**RESULTADOS:**

Se creó la UAT con 13 profesionales, 6 médicos de familia y 7 enfermeras.

Después de 18 meses de funcionamiento, se pueden destacar los siguientes resultados: apoyo a 44 proyectos de calidad, apoyo a 55 proyectos de investigación, despliegue de 80 centros de salud de la nueva versión de Historia Clínica Informatizada (AP Madrid), apoyo en 10 nuevas aplicaciones informáticas.

**DISCUSIÓN:**

Se ha conseguido crear y poner en marcha la UAT.

La UAT se está consolidado como referente de apoyo a los profesionales de los centros de salud para aspectos relacionados con calidad, investigación, sistemas de información e historia clínica informatizada.

Se está trabajando en mejorar la accesibilidad de todos los profesionales de los centros de salud y para aumentar la eficiencia de a UAT.

**CB - 453.- DETECCIÓN Y ATENCIÓN PRECOZ DE PSICOSIS DE INICIO TEMPRANO. PROGRAMA COLABORATIVO ATENCIÓN PRIMARIA-SALUD MENTAL ALAVA.**

SALAZAR-GONZALO M, SANTANDER-CARTAGENA F, RUIZ DE LARRÍNAGA-RUIZ DE OCENDA B, MARTÍNEZ-MURGUIALDAY B, MONTOYA-PÉREZ DE HEREDIA B.

HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA "ANGULEMA". RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA. (OSAKIDETZA). VITORIA - GASTEIZ.

**OBJETIVOS:**

Describir un programa de intervención temprana en las psicosis, en Alava. Este tipo de programas se están convirtiendo en el nuevo paradigma de conceptualización de estas enfermedades, abriendo una perspectiva más optimista de recuperación alternativa a la visión dominante hasta hace relativamente poco tiempo, en la que los trastornos psicóticos se caracterizaban por una evolución inevitable hacia un progresivo deterioro.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Partiendo del interés en dar un servicio de calidad en la atención a los problemas de salud mental de la población alavesa en Julio de 2008 se iniciaron contactos entre profesionales de Atención Primaria y de Salud Mental (Hospital de Día) con la intención de elaborar un programa de detección e intervención temprana de las psicosis. En su primera fase (2009) se elaboró de una guía sobre las características de las psicosis en sus fases tempranas y una guía breve de detección de signos de alerta. Posteriormente se han mantenido reuniones periódicas (2-3 al año) para la evaluación de la marcha del programa.

La sistemática de trabajo fue: si en la consulta de At.Prim. se detecta un posible caso se comunica al equipo del Hospital de Día de Psiquiatría; en el plazo de 48 horas el paciente es citado para realizar una evaluación psicopatológica. Tras la evaluación se informa al derivante de la impresión clínica y la propuesta de seguimiento.

**RESULTADOS:**

En el tiempo transcurrido desde el inicio de este programa de colaboración (2 años y medio) se han atendido 12 casos: 7 de ellos presentaban una psicosis en fase incipiente y son seguidos por el equipo del H.de Día; 3 de ellos presentaban otra patología psiquiátrica grave y fueron derivados a un Centro de Salud Mental; 2 de ellos presentaban patología psiquiátrica leve y fueron derivados a su Centro de Salud para un seguimiento de observación. La derivación fue valorada en todos los casos como correcta ya que presentaban signos y síntomas que inicialmente podían hacer sospechar la presencia de un cuadro psicótico. En al menos dos casos la intervención temprana permitió la evitación de descompensaciones psicóticas agudas y de ingresos hospitalarios de urgencia probablemente inevitables en caso de no haberse realizado esa intervención.

**DISCUSIÓN:**

Los programas de detección precoz de las psicosis han mostrado que cuanto más temprana sea la intervención mejor evolución clínica y mayor calidad de vida conseguirán los pacientes, siendo el principal beneficio la prevención del deterioro y de la tendencia a la cronicidad.

Este programa se está desvelando como satisfactorio tanto para todos los profesionales que lo desarrollan como para sus beneficiarios (pacientes y familias).

**CB - 454.- PROYECTO PARA LA MEJORA DEL ABORDAJE INTEGRADO EN EUSKADI A PACIENTES CON DEPRESIÓN.**

AIARZAGUENA-SARRIUGART JM, ARTAZA-ARISTONDO N, SAGARZAZU-GOENAGA JJ, ORTUETA-CHAMORRO P, DE LA RICA-GIMENEZ JA, GRABILONDO-CUELLAS A.

INSTITUTO VASCO DE INNOVACION SANITARIA, O+BERRI. SONDIKA (BILBAO).

**OBJETIVOS:**

La puesta en marcha de una intervención multicomponente basada en la evidencia científica para la mejora del abordaje integrado de la depresión. Se pretende evaluar la viabilidad y adecuación de la intervención y obtener la documentación y experiencia necesaria para el desarrollo y evaluación posterior del modelo resultante a nivel de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se trata de un proyecto colaborativo que se pone en marcha a nivel de Euskadi desarrollado según la metodología Breakthrough Series (BTS) del Institute for Healthcare Improvement (IHI) e inspirado en el modelo Chronic Care (MCC) en el que las 3 redes de salud mental, así como 9 Organizaciones Comarcales de Atención Primaria participan simultáneamente. A día de hoy el número de profesionales sanitarios participantes en el proyecto asciende a 110.

La intervención ha sido desarrollada por un grupo de expertos en base a los "gaps" detectados en la asistencia a la depresión y la evidencia científica disponible.

Se trata de una intervención multicomponente, escalonada, que incluye: 1. Cribado en grupos de riesgo con el instrumento PHQ2; 2. Confirmación diagnóstica con el instrumento PHQ9; 3. Tratamiento con psicoterapia breve, por parte de enfermería de La atención primaria, en depresión leve; 4. Tratamiento con estrategias farmacológicas según las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la Depresión mayor en el adulto; 5. Entrega de material educativo a todos los pacientes con depresión; 6. Modelo de Coordinación entre Atención Primaria (AP) y especializada.

El proyecto se realiza con 21 cupos de Atención Primaria y tendrá una duración de 12 meses para la captación y de otros 12 meses para su seguimiento y control. Se evaluará: 1. La viabilidad de la intervención; 2. La calidad de vida 3. La satisfacción de los pacientes y profesionales. 4 el nivel de conocimiento y utilización del MCC en la asistencia a la depresión en AP.

**RESULTADOS:**

El proyecto está en fase de implementación desde Mayo 2012 hasta Abril de 2013. Ya se está captando, derivando y tratando pacientes. Se espera obtener información útil para la adaptación y mejora del modelo de intervención propuesto. Dicho modelo será posteriormente evaluado para revisar su eficacia en la mejora de la atención a la depresión. Participan un total de 110 profesionales sanitarios distribuidos en equipos multidisciplinares y multinivel, entre los que se encuentran médicos y Enfermeras de AP, Psiquiatras, Psicólogos y Enfermeras de Salud Mental así como metodólogos y responsables de Las comarcas sanitarias y las Redes de salud mental de la CAPV.

**DISCUSIÓN:**

No se trata de un proyecto de investigación de creación de nueva evidencia científica sino que persigue implementar la ya existente y medir los resultados de la implantación.

Las intervenciones planteadas por el grupo de expertos se recogen eso sí, en un nuevo modelo asistencial integrado diseñado a tal efecto.

**CB - 455.- PROYECTO PILOTO PARA LA MEJORA DEL ABORDAJE INTEGRADO EN EUSKADI A PACIENTES CON DEPRESIÓN.**

GABILONDO-CUELLAR A, SAGARZAZU-GOENAGA JJ, ARTAZA-ARISTONDO N, DE LA RICA-GIMENEZ JA, AIARZAGUENA-SARRIUGART JM, ORTUETA-CHAMORRO P.

INSTITUTO VASCO DE INNOVACIÓN SANITARIA (O+BERRI). BILBAO.

**OBJETIVOS:**

La puesta en marcha de una intervención multicomponente basada en la evidencia científica para la mejora del abordaje integrado de la depresión. Se pretende evaluar la viabilidad y adecuación de la intervención y obtener la documentación y experiencia necesaria para el desarrollo y evaluación posterior del modelo resultante a nivel de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se trata de un proyecto colaborativo que se pone en marcha a nivel de Euskadi desarrollado según la metodología Breakthrough Series (BTS) del Institute for Healthcare Improvement (IHI) e inspirado en el modelo Chronic Care (MCC) en el que las 3 redes de salud mental, así como 9 Organizaciones Comarcales de Atención Primaria participan simultáneamente. A día de hoy el número de profesionales sanitarios participantes en el proyecto asciende a 110.

La intervención ha sido desarrollada por un grupo de expertos en base a los "gaps" detectados en la asistencia a la depresión y la evidencia científica disponible.

Se trata de una intervención multicomponente, escalonada, que incluye: 1. Cribado en grupos de riesgo con el instrumento PHQ2; 2. Confirmación diagnóstica con el instrumento PHQ9; 3. Tratamiento con psicoterapia breve, por parte de enfermería de La atención primaria, en depresión leve; 4. Tratamiento con estrategias farmacológicas según las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la Depresión mayor en el adulto; 5. Entrega de material educativo a todos los pacientes con depresión; 6. Modelo de Coordinación entre Atención Primaria (AP) y especializada.

El proyecto se realiza con 21 cupos de Atención Primaria y tendrá una duración de 12 meses para la captación y de otros 12 meses para su seguimiento y control. Se evaluará: 1. La viabilidad de la intervención; 2. La calidad de vida 3. La satisfacción de los pacientes y profesionales. 4 el nivel de conocimiento y utilización del MCC en la asistencia a la depresión en AP.

**RESULTADOS:**

El proyecto está en fase de implementación desde Mayo 2012 hasta Abril de 2013. Ya se está captando, derivando y tratando pacientes. Se espera obtener información útil para la adaptación y mejora del modelo de intervención propuesto. Dicho modelo será posteriormente evaluado para revisar su eficacia en la mejora de la atención a la depresión. Participan un total de 110 profesionales sanitarios distribuidos en equipos multidisciplinares y multinivel, entre los que se encuentran médicos y Enfermeras de AP, Psiquiatras, Psicólogos y Enfermeras de Salud Mental así como metodólogos y responsables de Las comarcas sanitarias y las Redes de salud mental de la CAPV.

**DISCUSIÓN:**

No se trata de un proyecto de investigación de creación de nueva evidencia científica sino que persigue implementar la ya existente y medir los resultados de la implantación.

Las intervenciones planteadas por el grupo de expertos se recogen eso sí, en un nuevo modelo asistencial integrado diseñado a tal efecto.

## CB - 456.- NUEVOS MODELOS DE GESTION EN RELACION A COSTE, BENEFICIO Y CALIDAD ASISTENCIAL EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA TORACICA.

RUMBERO-SANCHEZ JC, PUJADAS-MUÑOZ E, PAC-FERRER JJ, URIBE-ETXEBARRIA-LUGARIZA-ARESTI N, CASANOVA-VIUDEZ JB, ROJO-MARCOS R.  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES. BILBAO.

### OBJETIVOS:

Evaluar un sistema de gestión centralizado de Cirugía Torácica con asistencia interhospitalaria.

Calidad percibida por usuarios y profesionales.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

GRUPO 0: Resecciones pulmonares

GRUPO 2 – SUBGRUPO 3: Resecciones pulmonares VATS

GRUPO 2 – SUBGRUPO 5: Resecciones mediastino VATS

GRUPO 4: Cirugía pleura

GRUPO 5: Cirugía pared torácica

GRUPO 6: Cirugía Vía Aérea

GRUPO 7: Diafragma

### RESULTADOS:

INTERVENCIONES REALIZADAS ENTRE EL 2007-2011

INTERVENCION/GRUPO	2007	2008	2009	2010	2011
Total año	469	522	511	463	406
Grupo 0	194	199	192	222	183
Grupo 2					
Subgrupo 3	2	12	15	11	5
Grupo 2					
Subgrupo 5	6	1	2	2	
Grupo 3	15	30	21	17	26
Grupo 4	34	31	23	13	11
Grupo 5	21	29	26	15	25
Grupo 6	21	13	24	21	17
Grupo 7	1	1	2	1	2

### DISCUSIÓN:

De acuerdo a las normas publicadas por la ESTS (European J. Cardiothorac Surger 2011, octubre), aconsejan para optimizar los costes/beneficios, la calidad asistencial y docente de los pacientes candidatos a ser tratados por un servicio de Cirugía Torácica, la centralización de estos pacientes en centros que reúnan los estándares de calidad suficientes como son: número de intervenciones por año consideradas entres 300-400, planta de hospitalización especializada, unidad de cuidados intensivos y quirófanos adaptados. Ello permite obtener un número de procedimientos acorde a estos estándares de calidad que repercuten en la calidad asistencial, mejoría de experiencia técnica e impartición de docencia.

La atomización de subespecialidades en diferentes hospitales conlleva una disminución de estos estándares de calidad por lo que creemos que la tendencia debe ser a la centralización de unidades o servicios de Cirugía Torácica que deben adquirir estos estándares.

**CB - 457.- EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN LA IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PÍE DIABÉTICO CENTRADA EN EL PACIENTE.**

BASTERRETXEA-OZAMIZ A, BERECIARTUA-BASTARRICA E, ARANA-ARRI E, CORTÓN-CORRAL L, LARRAZABAL-ARBAIZA A, VELA-ORUS P.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES. BARACALDO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

Evaluar el impacto en la implantación de una Unidad de Píe Diabético (UPD) en un Hospital Terciario y sus áreas sanitarias de referencia, en términos de satisfacción, número de ingresos desde el servicio de urgencias, número de amputaciones, estancia media y rentabilidad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

La UPD se implantó en febrero de 2011 como un equipo multidisciplinar que engloba los siguientes servicios: Cirugía Vascular, Urgencias, Hospitalización a Domicilio, Unidad de Enfermedades Infecciosas, Endocrinología, Rehabilitación y Microbiología. Recientemente se han incorporado los servicios de Traumatología y Cirugía Plástica. Para evaluar el impacto se recogieron los datos de la historia clínica electrónica de todos los pacientes atendidos en la UPD durante el año 2011. Se realizó un seguimiento a 3 meses y se administraron cuestionarios de calidad de vida. La UPD se incluyó en el acuerdo del contrato programa para el proceso diabético entre el Departamento de Sanidad y Consumo y Osakidetza.

**RESULTADOS:**

Durante el año 2011 se atendieron 202 pacientes en la UPD. Acudieron al servicio de urgencias 114, de los cuales requirieron ingreso el 57,8%. En total ingresaron 94 pacientes. El motivo de ingreso principal fue la isquemia crítica (78,8%) y el resto por infección, exceptuando un caso que requirió ingreso por infección y coma hiperosmolar. Un 42,3% de los pacientes que acudieron a urgencias y no ingresaron en un primer momento, reingresaron, siendo el resto atendidos bien en la consulta de la UPD o por su médico de atención primaria. El 37,2% de los pacientes requirió un segundo ingreso, el 10,6% dos reingresos y 2 pacientes ingresaron en 4 ocasiones. La estancia media fue de 14,04 días. 70 pacientes requirieron seguimiento por parte del servicio de Hospitalización a Domicilio, con una estancia media de 23,5 días. Se realizaron en este periodo 16 amputaciones mayores (6 de ellas en reingresos) y 65 amputaciones menores. De los pacientes ingresados fallecieron el 7,4% y el 75,5% experimentaron una mejoría o curación de su proceso. En lo que respecta a las consultas, 76 pacientes fueron seguidos en la consulta monográfica de Píe Diabético del servicio de Cirugía Vascular, con una media de visitas por paciente de 2,18 (Rango: 1-12 visitas). 23 pacientes fueron vistos en la consulta de Rehabilitación, 7 en la Unidad de Enfermedades Infecciosas y 3 pacientes fueron tratados por Cirugía Plástica. De todos los pacientes atendidos en la unidad el 5% está siendo seguido por su médico de atención primaria. El valor medio del EuroQol-5D fue 4,7 en una escala de 0-10.

**DISCUSIÓN:**

La implementación de una UPD supone una modificación de las pautas de manejo y derivación del paciente con dicha patología. Se requiere una participación transdisciplinar de diferentes servicios hospitalarios y la incorporación de protocolos que aseguren la eficaz derivación desde la atención primaria. Los resultados iniciales obtenidos indican que la UPD se ha mostrado eficaz en el manejo de los pacientes.

**CB - 458.- PLAN DE CÁNCER EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.**

RUIZ-CASADO A, PÉREZ-MARTÍNEZ Y, MARINERO-ROJAS O, SERRANO-BALAZOTE P, ORTIZ-OTERO MM, CASTAÑO-PASCUAL A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA. MADRID.

**OBJETIVOS:**

1. Apoyar el Registro Hospitalario de Tumores (RHT).
2. Reforzar los Comités de Tumores.
3. Identificar mejoras de la HCE.
4. Identificar MEJORA en calidad asistencial.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

1. Constitución de una COMISIÓN DE CÁNCER (CC) alineada con la definida en el Plan d Cáncer del SNS con un ENFOQUE- DESPLIEGUE en el Hospital.
2. Revisión de otros planes de cancer publicados.
3. Sistematización del trabajo de Comités de TUMORES (CT).
4. Identificar elementos para la sostenibilidad de los CT.
5. Creación y desarrollo del RHT en el Hospital con: formación, designación de responsable, identificando fuentes de información, recursos. Elaboración del mapa de procesos del RHT. Coordinación con otras instituciones.
6. Revisión de HC de pacientes con cáncer analizando: la demora diagnóstica y terapéutica, tnm, plan terapéutico, pacientes de ensayo clínico.
7. Encuesta a profesionales del hospital, relacionados en la asistencia de pacientes con cáncer.
8. Participación en la elaboración de indicadores de la Estrategia de Cáncer, que el Ministerio de Sanidad encargó a la FAD.
9. EVALUACIÓN EXTERNA del funcionamiento de los CT, su multidisciplinariedad y estudio prospectivo de casos.
10. Segunda revisión de HCE de pacientes con cáncer, analizando 30 parámetros definidos en el PLAN.
11. Desarrollado un sistema de comunicación entre los CT.

**RESULTADOS:**

1. Creación de C.CÁNCER, como comisión clínica independiente, de composición definida, con representación de CT, del Plan de Cáncer, de Calidad, Dirección y del RHT, periodicidad mensual.
2. Creación y Desarrollo del RHT, con 4.305 casos registrados a fecha de 02/2012. Fuentes identificadas: CMBD; Bbdd. A. Patológica; Agendas; los CT; Notas (decisión, evolución) en HCE; Bbdd. Radioterapia; Registro de mama.
3. 1ª revisión de HCE, con los siguientes resultados: DEMORA DIAGNÓSTICA, mediana 15 días; TERAPÉUTICA, mediana 28 días; TNM en la HCE en 73% de casos; Plan terapéutico 77%; Pacientes de Ensayo Clínico 0%; Presentados en CT 40% de pacientes.
4. Conclusiones Encuesta: Demanda de paliativos y psico-oncología, información paciente, formación específica a profesionales documentar adecuadamente algunos aspectos de la asistencia, insatisfacciones del personal que atiende a estos pacientes.
5. EVALUACIÓN EXTERNA de los CT del hospital realizada el 7/04/2011 al 28/10/2011 con los resultados: Programación de las reuniones de los CT. Duración media de las reuniones: 46.8 min; Casos presentados: 10/sesión; Más de 10 profesionales/CT; 6 especialidades médicas/CT; Se 1080 casos.

6.REVISIÓN en 2011 de 378 HCE: El 40% de casos presentados de forma prospectiva; el 30% no habían pasado por C; el 46.5% no consta la decisión del CT en la HCE ;cTNM documentado el 25%; pTNM presente el 54%; No consta responsable del paciente.  
7.Uso de la INTRANET, para la comunicación entre CT.

### **DISCUSIÓN:**

Discusión PREVIA a la 1ª decisión terapéutica.  
Documentar el tnm clínico y patológico de forma explícita.  
Uniformidad en la recogida de datos esenciales  
Constar el nombre del CT en la HCE.

**CB - 459.- UNIDAD ONCOLÓGICA IMQ ZORROTZAURRE: UN PROCESO INTEGRAL EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER.**

ALMEIDA-NOVOA F, ENSUNZA-LAMIQUIZ P, URRUTIA-JOHANSSON I, GOMEZ-MIJANGOS E, RUIZ-SAN VICENTE B, GONZÁLEZ-SÁNCHEZ C.

CLÍNICA IMQ ZORROTZAURRE. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

1. Aplicar la metodología de gestión por procesos en el área de oncología para asegurar la continuidad asistencial, la seguridad clínica y la interacción entre los diversos procesos /áreas de apoyo al diagnóstico y tratamiento.
2. Alcanzar un mayor nivel de integración y coordinación entre profesionales y especialidades, completar la oferta actual fundamentalmente en aquellos aspectos de carácter no asistencial e incidir en una atención más personalizada al paciente y su entorno familiar.
3. Integrar los estándares de la Joint Commission International, en lo que en cuanto a calidad, seguridad y necesidades educacionales, formativas e informativas del paciente se refiere.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

1. : Constitución del equipo de trabajo multidisciplinar integrado por profesionales de las Clínicas IMQ y del centro TEKNON.
2. : Descripción de las Fases del proceso.
  - a. Ficha básica del proceso.
  - b. Ficha operativa (protocolos, registros...).
  - c. Cuadro de Mando.
3. : Despliegue a los profesionales: estructura organizativa, funciones y responsabilidades; revisión y adecuación de los protocolos y circuitos organizativos.
4. : Adecuación de instalaciones e infraestructuras a las necesidades de los pacientes.

**RESULTADOS:**

1. Refuerzo de la oferta actual, dando un paso más en un servicio que viene desarrollándose en los últimos años con un elevado nivel resolutivo.
2. Unidad centrada en un equipo multidisciplinar con la incorporación de nuevos servicios enfocados la paciente y nuevos recursos, como la enfermería especializada.
3. Infraestructuras diseñadas en un espacio orientado al cliente y dotada de recursos humanos y tecnológicos adecuados a las necesidades.
4. Desarrollo de protocolos y procedimientos operativos.
5. Desarrollo de registros y Cuadro de Mando de Seguridad del paciente.
6. Sistemática de recogida y análisis de efectos adversos.
7. Guías informativas al paciente.

**DISCUSIÓN:**

La apertura de la Clínica IMQ Zorrotzaurre ha sido un punto decisivo para introducir mejoras en el proceso oncológico y aspirar a convertirse en referencia privada en el país Vasco en el diagnóstico y tratamiento oncológico. La apuesta por la Gestión por Procesos, el apoyo y alianza con Teknon que permite contar con su conocimiento y experiencia contrastada en lo que a la oncología y radiooncología se refiere; Espacio físico diferenciado, moderno y perfectamente equipad con un diseño enfocado al paciente, que busca un elevado nivel de confort y accesibilidad, y que preserva en todo caso su intimidad; la configuración de un grupo multidisciplinar, actuando de forma coordinada y de acuerdo a

procedimientos y protocolos desarrollados; el establecimiento de un equipo de enfermería especializado, orientado a la enfermedad oncológica y con una figura que se encarga de dar soporte al paciente y a su entorno familiar acompañándoles a lo largo de todo el proceso.... forman parte, entre otras variables de este proyecto de atención integral.

**CB - 460.- ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA DE UNA INTERVENCIÓN ESPECÍFICA MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN.**

DEL ÁLAMO C, SÁNCHEZ-ÁLVAREZ MT, TORRES-MACHO J, ARRIBAS A, GARCÍA DE CASASOLA G, GÓMEZ D.

HOSPITAL INFANTA CRISTINA. PARLA (MADRID).

**OBJETIVOS:**

Los trastornos por somatización tienen una elevada prevalencia (5% de la población general). Suponen el 25% de las consultas en atención primaria y el 7% en Urgencias. Además se estima que generan aproximadamente el 10% del gasto sanitario. En un intento de avanzar hacia formas de organización novedosas que aprovechen el conocimiento y las competencias de las personas para afianzar una gestión más productiva, se ha desarrollado un programa específico multidisciplinar de atención a este tipo de pacientes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Los servicios de medicina interna y psiquiatría del Hospital pusieron en marcha una consulta para la atención de pacientes con trastorno por somatización, atendida por un médico internista con formación específica en patología psicosomática. Cuenta con 5 horas de atención por semana y capacidad de interconsulta inmediata al Servicio de psiquiatría. Los pacientes son remitidos desde atención especializada tras confirmar la ausencia de datos de patología orgánica subyacente.

El tratamiento se basa en varios aspectos como la programación de visitas periódicas para evitar la hiperfrecuentación, una intervención farmacológica principalmente mediante antidepresivos y/o benzodiacepinas, medidas higiénico-dietéticas, psicoterapia basada en intervenciones de orientación dinámica en el contexto de Psicoterapia breve y en casos seleccionados terapia grupal por parte del servicio de psiquiatría.

**RESULTADOS:**

Entre febrero y diciembre de 2011 se han atendido un total de 101 pacientes (71 % mujeres). El tiempo medio de evolución de los síntomas antes de la evaluación es de 30 meses. El número medio de especialistas visitados por parte del paciente en los 6 meses previos a la valoración en la consulta fue de 2.6. El 50 % de los pacientes había realizado al menos 1 visita a urgencias en los 6 meses previos y el 10 % había hospitalizado por el síntoma asociado a la somatización. En los 6 meses siguientes a la intervención terapéutica en la consulta, el 69 % de los pacientes presentaron mejoría subjetiva. Ninguno de los pacientes atendidos volvió a hospitalizar. El número medio de consultas a otros especialistas por paciente en dicho período fue de 0.1 (8 en total). El 6% de los pacientes realizaron visitas a urgencias. Desde la consulta solamente se solicitaron 6 análisis de sangre, 2 TAC (uno craneal y otro abdominal), 2 resonancias magnéticas de columna, una endoscopia digestiva alta y un enema opaco. 17 pacientes (16.7%) abandonaron el seguimiento de forma voluntaria. 24 (23.8%) pacientes han sido dados de alta en el momento actual por mejoría.

**DISCUSIÓN:**

Una intervención precoz, estructurada y multidisciplinar sobre los pacientes con trastorno por somatización permite una buena evolución clínica a corto plazo en un alto porcentaje de ellos. Se disminuye el número de consultas a atención especializada y la realización de pruebas complementarias. Este tipo de organizaciones asistenciales permiten una disminución la comorbilidad y el gasto en estos pacientes.

**CB - 461.- BROTE DE GRIPE ESTACIONAL EN UNA RESIDENCIA DE LA TERCERA EDAD O EL EMPLEO NO ADECUADO DE LOS RECURSOS.**

OBÓN-AZUARA B, AIBAR-REMÓN C, MARECA-DOÑATE R, GUTIÉRREZ-CÍA I.  
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO. ZARAGOZA.

**OBJETIVOS:**

Análisis del empleo de los recursos en el transcurso de un brote en un grupo de población a riesgo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio longitudinal observacional prospectivo durante el período de tiempo del 23 al 13 de marzo de 2012. Análisis descriptivo.

**RESULTADOS:**

Durante el período comprendido entre el 23 al 26 de febrero de 2012, tuvo lugar un brote de gripe en una residencia 3ª edad de una localidad situada a 25 km de Zaragoza, que contaba con 81 residentes, de los que 26 contrajeron la enfermedad (tasa de ataque 20%), siendo trasladados al servicio de Urgencias del HCUZ.

Todos remitidos mediante transporte medicalizado y visitados previamente por el MAP. br  
Edad media 83 años, 46% dependientes para AVD, 100% con enfermedades crónicas. En Urgencias, 61% presentaba fiebre, y 50% disnea. Se practicó una media de 3,5 exploraciones/paciente; las más frecuentes: analítica urgente (96%), Rx tórax (100%), PCR para virus de la gripe (46,2%) y hemocultivo (20%). El 57,6% requirió ingreso generando una media de 9,45 días de estancia. No falleció ningún paciente. Diagnósticos al alta: infección respiratoria 64,6%, neumonía 11,5%, infección tracto urinario, insuficiencia cardiaca, y EPOC con sendos 7,7%. El 30,8% de los pacientes mostró determinación PCR positiva para el virus Influenza A (H3N2).

Un 7,7% fue dado de alta sin precisar tratamiento antiinfeccioso, el resto de los pacientes requirieron tratamiento AB con levofloxacino 61,5%, amoxicilina-clavulánico 26,9% y ceftazidima en el 3,8%. El 30% recibió tratamiento con oseltamivir.

**DISCUSIÓN:**

La gripe, auténtico problema de salud pública, pues incrementa el coste económico sanitario y social derivado del aumento de la demanda asistencial, traslado de pacientes en ambulancia medicalizada, costes de tratamiento y diagnóstico, realización de múltiples exploraciones complementarias...

Nuestro brote tiene lugar en un grupo de población de riesgo lo que probablemente explique la elevada tasa de ataque. Llama la atención que el 100% fueran remitidos a Urgencias del hospital de referencia, con el elevado consumo de recursos que supone, además del coste humano que sufrieron pacientes y familiares.

El abuso de la derivación a los S Urgencias hospitalarios por parte de las residencias de ancianos es un problema frecuente, del que este brote es un buen ejemplo. Medidas como el establecimiento de grupos de trabajo multidisciplinar (con enfermeras, médicos de AP, geriatras y médicos de Urgencias), pueden ser eficaces para el desarrollo de estrategias encaminadas a optimizar la atención a estos pacientes en su medio y establecer criterios de derivación eficientes.

**CB - 462.- PROYECTO DE COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DE SALUD MENTAL: ENFERMERA DE ENLACE.**

CAÑAS-GARCÍA M, MURUA-NAVARRO F, LARREINA-ZERAIN M, SÁNCHEZ-GÓMEZ S, RAMÍREZ-SÁNCHEZ MJ, BARRENA-GUIJARRO ME.

SERVICIO DE REHABILITACIÓN COMUNITARIA DE LA RED DE SALUD MENTAL DE ARABA. VITORIA - GASTEIZ.

**OBJETIVOS:****OBJETIVO GENERAL**

Mejorar el control de la patología diabética de las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) a través de un sistema de coordinación eficaz, que asegure la continuidad de cuidados.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Incluir a las personas con TMG y Diabetes Mellitus 2 en el Protocolo de Diabéticos ofertado en Atención Primaria.
- Evitar duplicidades y omisiones.
- Monitorizar el estado de salud de las personas seleccionadas en la muestra.
- Mejorar el control de la Diabetes.
- Aumentar la implicación del paciente en el autocuidado.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se trata de un estudio cuasiexperimental de tipo prospectivo longitudinal.

Población Diana:

Personas diagnosticadas de Trastorno Mental Grave y Diabetes Mellitus tipo 2 de la Red de Salud Mental de Álava.

Muestra:

12 pacientes atendidos en el Servicio de Rehabilitación Comunitaria de Salud Mental, pertenecientes a 3 Unidades de Atención Primaria: Olaguibel, San Martín y Zaramaga de Vitoria-Gasteiz, siendo la elección de la muestra no aleatoria.

Acciones:

- Reuniones de los Equipos de Atención Primaria y Salud Mental para presentar los casos y definir los criterios de actuación desde un enfoque Integral.
- Definición de Intervenciones de los diferentes profesionales de Atención Primaria y Salud Mental:

- . Consentimiento Informado.

- . Consulta Inicial, acompañados de la enfermera de enlace.

- . Consultas de Seguimiento.

Adaptación del flujograma base la oferta preferente para la Atención a las personas con diabetes. Diabetes.

- . Educación Sanitaria Individual y Grupal.

- . Contactos y utilización de aplicaciones informáticas para la Coordinación interniveles.

La duración del Estudio es de un año. Marzo 2012- 2013.

**RESULTADOS:**

En la actualidad no disponemos de resultados, por estar el estudio en ejecución. Podremos emitir un informe preliminar para noviembre de 2012, según los siguientes indicadores:

- Porcentaje de pacientes con buen control de Hemoglobina glicosilada al inicio y al cabo de un año.
- Porcentaje de Criterios de Buena atención cumplidos.
- Grado de satisfacción de los profesionales sanitarios con el sistema de coordinación.
- Grado de satisfacción del paciente y nivel de conocimientos adquiridos por el paciente mejorar el autocuidado.

**DISCUSIÓN:**

A pesar del tamaño reducido de la muestra, si los resultados son satisfactorios, la experiencia se podrá hacer extensible a otros centros de Atención Primaria y Especializada de Salud Mental y aplicarse en personas con otras patologías crónicas, pues entendemos que la comorbilidad física y psiquiátrica genera la necesidad de una atención continuada, lo que requiere una coordinación sistematizada interniveles.

Asimismo, se aportarán evidencias científicas, de las intervenciones de los diferentes profesionales de Atención Primaria y Salud Mental, optimizando los recursos existentes.

**CB - 463.- MEJORA EN LA GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA AMBULATORIA HOSPITALARIA DE NEUROLOGÍA MEDIANTE CONSULTORÍA "ONLINE".**

ALOY-DUCH A, SAURA-AGEL P, LLEDÓ-RODRÍGUEZ R, BOTTA-SANTASUANA M, OTERMIN-VALLEJO P, LAUCO-MARTÍNEZ A.

HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS. GRANOLLERS (BARCELONA). GRANOLLERS (BARCELONA).

**OBJETIVOS:**

Describir la utilidad de la implementación de una plataforma de consultoría "online", entre una especialidad hospitalaria (neurología) y las Áreas Básicas de Atención Primaria (ABS) de nuestra Área Sanitaria de referencia, con el fin de reducir la lista de espera de Atención Ambulatoria Hospitalaria Neurológica (AAHN), además de homogeneizar los criterios de derivación de las patologías neurológicas más comunes, y adecuar los criterios de derivación urgente, preferente y ordinaria.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

La Unidad de neurología del Hospital General de Granollers atiende una población de referencia comarcal de 300.000 h., distribuidos en 12 ABS, y asiste anualmente a 7.000 pacientes ambulatorios. En abril-2009 se constituyó una consultoría de casos clínicos a través del correo electrónico entre las ABS y nuestra AAHN, disponiendo de un busca móvil para discutir la necesidad de preferencia y la programación inmediata de los posibles casos urgentes. La Unidad está formada por 6 neurólogos especializados, según su experiencia, en consultas monográficas prevalentes de los procesos: a) epilepsia; b) trastornos del movimiento; c) cefaleas; d) ictus; e) deterioro cognitivo; f) enfermedades desmielinizantes y, g) patología neurológica no compleja; a su vez, los mismos consultores se encargan de realizar la consulta externa de cada proceso. Todo ello, facilitado por la utilización conjunta de la historia clínica compartida a nivel comarcal.

**RESULTADOS:**

En abril-2009 el promedio de tiempo de espera para la AAHN para una consulta ordinaria y una preferente era, respectivamente, de 10 y 3 meses. A finales de 2009, y tras el inicio de la consultoría, los tiempos de espera fueron de 6 meses para la visita ordinaria, y de 24 horas a 3 semanas para la visita urgente/preferente. Anualmente, se están recibiendo en nuestra unidad un promedio de 400 correos electrónicos de consultas "online" de las ABS. Actualmente, y tras 3 años de consultoría, la espera para una visita ordinaria no supera las 10 semanas, manteniendo los tiempos para las visitas preferentes (primeras vistas años 2008/2011: 2005/1572 respectivamente, que supone un descenso del 21%; índice de reiteración de visitas 2008/2011: 3,95/2,7). No fue necesario aumentar el tiempo dedicado a las consultas externas ni contratar más personal asistencial. No se han presentado reclamaciones por demora durante 2011 ni en el primer semestre de 2012.

**DISCUSIÓN:**

La plataforma "online" de comunicación directa e inmediata entre la AAHN y las ABS, ha aumentado la capacidad resolutoria sobre la patología neurológica por parte de éstos últimos, reduciendo el número global de derivaciones hospitalarias y la lista de espera ambulatoria, permitiendo visitar a un paciente en función de su prioridad y complejidad asistencial, y no en función de la fecha de derivación. Además, la utilización de las consultas monográficas ha homogeneizado los criterios de derivación y su preferencia, comportándose como instrumento de adecuación y formación.

**CB - 464.- ESPECIALISTA CONSULTOR EN SALUD MENTAL.**

BALBO-AMBROSOLIO EA, MUR DE VIU-BERNAD C, CARRASCOSA-BERNALDEZ JM, PEREZ-PEREZ E, MARTÍNEZ-MARTÍN C, VITORES-PICON P.

INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SERVICIOS DE SALUD MENTAL JOSÉ GERMAIN. LEGANÉS (MADRID).

**OBJETIVOS:**

Implantación del Especialista consultor en salud mental con presencia física, en los equipos de atención primaria, para:

- 1-Analizar y decidir que casos dudosos deben ser enviados a centro de salud mental.
- 2-Asesorar a los médicos de atención primaria, en aquellas dudas que les puedan surgir en los pacientes con problemas psiquiátricos.
- 3-Elaborar y dar cursos de formación en farmacología psiquiátrica.
- 4-Elaborar protocolos de derivación.
- 5-Detección precoz de casos potencialmente graves para su derivación inmediata a los centros de salud mental.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Tras numerosas reuniones con la dirección asistencial de Atención Primaria, se decide crea la figura del Especista Consultor "in situ".

Se busca un perfil muy determinado dentro de la plantilla existente en el Instituto. Debe creer y estar implicado en el proyecto, respetado por sus compañeros y con una trayectoria profesional que le permita ver la atención al paciente psiquiátrico como una continuidad de cuidados entre atención primaria y todos los dispositivos sanitarios existente en el instituto. Una vez seleccionada la persona fue presentada a la dirección asistencial de atención primaria y conjuntamente desarrollamos un programa de formación y presentación en todos los equipos d Atención Primaria.

Para determinar cuantos días debería acudir a cada centro se analizaron todas las derivaciones que hubo durante el año 2011.

Se habilito un despacho en cada equipo de atención primaria con acceso a la historia clínica electrónica donde el incluiría todas su anotaciones, así como tratamiento.

Con el fin de poder cubrir toda la jornada laboral de los equipos de atención primaria la actividad del consultor se realiza tanto en turno de mañana como de tarde a jornada completa.

Se realizaron reuniones individualizadas por equipo de AP, donde tanto el especialista como las direcciones de ambos dispositivos, explicaba a todo el personal de cada centro el proyecto.

**RESULTADOS:**

Dado que empezó a trabajar a principios de mayo solo tenemos datos de los primeros 15 días pero para la presentación ya tendremos mas datos que podremos analizar.

En estos 15 días ha visto 56 pacientes de los cuales ha derivado 6, 3 por la vía ordinaria y 3 por la vía preferente, que fueron citados en el centro de salud mental en menos de una semana.

Por otro lado ha logrado disminuir un 12% el número de derivaciones directas al centro de salud mental.

También ya tenemos preparado el borrador de un programa nuevo de detección temprana en psicosis que esperamos implantar a lo largo del segundo semestre de 2012.

**DISCUSIÓN:**

Aunque se trata de un proyecto piloto de reciente implantación, ha sido muy bien aceptado por todos los profesionales y los datos obtenidos hasta la fecha hacen que seamos muy optimistas en cuanto a los resultados que vamos a obtener, y que están basados siempre en garantizar una atención sanitaria de calidad a todos nuestros pacientes, y una mayor implicación de nuestros profesionales.

**CB - 465.- COORDINACIÓN ATENCIÓN ESPECIALIZADA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA DERIVACIÓN DE PACIENTES EN SALUD MENTAL.**

CARRASCOSA-BERNALDEZ JM, MUR DE VIU-BERNA C, VITORES-PICON P, PEREZ-PEREZ E, MARTÍNEZ-MARTÍN C, DEL ALAMO-JIMENEZ C.

INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SERVICIOS DE SALUD MENTAL JOSÉ GERMAIN. LEGANÉS (MADRID).

**OBJETIVOS:**

Mejorar los circuitos de comunicación entre Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE), con el fin de conseguir una atención integral del paciente.

Mejorar la calidad de las derivaciones de pacientes desde AP a AE.

Reforzar las habilidades de los médicos de atención primaria, en el diagnóstico y manejo de trastornos mentales.

Optimizar las agendas de los facultativos del Centro de Salud Mental.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Análisis de las derivaciones desde AP entre Junio y Octubre de 2011.

De un total de 1307 pacientes citados el 35´11% no acudieron a consultas y casi un 30% de los pacientes vistos fueron dados de alta tras la primera visita.

Dada la ineficiencia que se estaba generando, decidimos analizar los motivos que provocaban esta situación para poder emprender actuaciones de mejora, las cuales nos llevaron a realizar los siguientes pasos:

- Reuniones entre los equipos directivos de AP y AE, para acordar las estrategias a seguir.
- Presentación ante los jefes de equipo de AP del análisis realizado y de las líneas de futuras actuaciones a seguir, haciéndoles partícipes de la toma de decisiones.
- Mejorar los circuitos de comunicación entre AP y AE: Envío semanal de información, donde se incluye los pacientes que no acuden o renuncias a la cita, por centro y facultativo.
- Se habilita a los facultativos del centro de salud mental HORUS, visor que permite el acceso a información clínicas entre los facultativos de Atención Especializada y Atención Primaria.
- Se crea la figura del Especista Consultor "in situ". Se selecciono dentro de la plantilla existente un psiquiatra con un perfil específico, voluntario e implicado en el proyecto, en función del número de derivaciones se asignaron los días mensuales que debían acudir, en horario tanto de mañana como de tarde. Se realizaron reuniones individualizadas por equipo de AP, donde el especialista explicaba a todo el personal del centro el proyecto.

**RESULTADOS:**

siguientes resultados:

- Del total de pacientes citados en el primer cuatrimestre, hemos pasado de un 35,11 % de absentismo durante el 2011 a un 17´44%.
- El Especista Consultor, tiene una agenda abierta en 6 de los nueve equipos de AP, teniendo como media 5 consultas diarias, de las cuales tan solo deriva de media a un paciente.
- La actividad en el Centro de Salud Mental ha aumentado un 21´95% con el mismo número de agendas, y sin tener que aumentar el número de nuevos por agenda.
- Hemos pasado de 597 pacientes en lista de espera en Enero, a 400 a finales de Abril.

**DISCUSIÓN:**

La coordinación entre AP y AE es fundamental para aumentar la eficacia y eficiencia en ambos dispositivos sanitarios.

La figura del Especialista consultor “in situ” abre un camino, que con el fin de garantizar el mejor cuidado de nuestros pacientes, para la elaboración e implantación de nuevos programas de coordinación.

En nuestro caso ya hemos elaborado el programa de Detección Temprana en Psicosis que esperamos implantar a lo largo del segundo semestre del 2012.

**CB - 466.- UNA GUÍA DE ACTUACIÓN ÚNICA EN PACIENTES CON ANTIAGREGACIÓN Y/O ANTICOAGULACIÓN MEJORA LA CONTINUIDAD.**

LARRAZA-BORJA B, VALERO-HERNANDEZ CA V, SÁNCHEZ-BERNAL R, ARMENTIA-FRUCTUOSO-J, DEZA-CARRILLO-JL, BAREZ-HERNÁNDEZ-EM.

H. VITORIA - GASTEIZ.

**OBJETIVOS:**

1. Homogeneizar la atención de los pacientes con pautas crónicas de antiagregación o anticoagulación, cualquiera que sea su servicio de origen, para cualquier médico responsable tanto de asistencia Primaria como Especializada, para cualquier procedimiento, tanto diagnóstico como terapéutico, de ámbito médico o quirúrgico. Se logra mediante una guía de actuación utilizable por Primaria y Especializada de manera sencilla y rápida, consultable en formato electrónico.
2. Sensibilizar y responsabilizar a los equipos asistenciales de la importancia del manejo de estos pacientes desde el intento de equilibrar riesgos hemorrágicos y trombóticos.
3. Lograr la colaboración de todo el personal, médico y de enfermería del Área de Salud de Álava en la elaboración y puesta en práctica de esta guía.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Participación de todos los servicios médicos, quirúrgicos y centrales implicados en la atención de estos pacientes en el Hospital Universitario Araba. Se realizan reuniones de puesta al día y consenso, con la implicación de un referente por servicio, contando inicialmente con 22 profesionales médicos y farmacéuticos, para posteriormente organizar un grupo de trabajo de 8 facultativos que finalizan la elaboración de la guía. Se realizan sesiones clínicas particulares, por servicios o centros de salud, y generales en el Hospital Universitario Araba, para su máxima difusión.

**RESULTADOS:**

Se ha logrado la máxima sensibilización y colaboración de todo el personal invitado a participar en la elaboración de la guía. Se ha conseguido un consenso en todas las pautas de retirada, sustitución y reincorporación de pautas antiagregantes y anticoagulantes. Se ha logrado un grupo de trabajo homogéneo como referentes para toda el área y se ha propuesto la formación de una comisión para reuniones periódicas. El grado de utilización de la guía es del 100% en los pacientes con pautas crónicas. La guía está consultable en la intranet del hospital de forma que cualquier reforma, modificación o aportación se traslada automáticamente al documento.

**DISCUSIÓN:**

La utilización de guías de actuación y seguimiento basadas en los conocimientos científicos y consensuadas entre profesionales es la mejor herramienta disponible para la mejora de la seguridad de los pacientes. La implicación de la Atención Primaria y la Especializada con la guías de actuación en pacientes crónicos debe ser obligada, ya que el centro de salud es donde se tiene un contacto más frecuente con el paciente crónico, y el hospital es donde este acude para procedimientos invasivos de mayor riesgo.

Con la aplicación de la guía, se optimiza la atención al paciente, ya que desde el cualquier puesto asistencial se realizan la retirada, sustitución o reincorporación de fármacos antiagregantes y /o anticoagulantes siguiendo las mismas recomendaciones.

Se logra la sensibilización de todo el personal implicado con lo se garantiza la participación y la revisión periódica de la guía.

**CB - 467.- COORDINACIÓN Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL: PROTOCOLO DE COBERTURA DE AUSENCIAS DE PROFESIONALES SANITARIOS.**

GARCÍA-VERDE I, MUELAS-GONZÁLEZ S, PERALTA-IBAÑEZ ML, DOMÍNGUEZ-LORENZO C, GARCÍA-HERVÍAS EM, MOLINA-BALTANÁS E.

ESAD-DIRECCIÓN ASISTENCIAL V OESTE. MADRID.

**OBJETIVOS:**

La Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos (CP) del Sistema Nacional de Salud recomienda “establecer un sistema organizativo que garantice la coordinación entre los diferentes recursos sanitarios y sociales y promueva acciones integradas”.

-Establecer la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y unidades de apoyo que pueden intervenir en la atención al paciente oncológico en fase final de vida (FFV) y sus familiares (Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria -ESAD-, Unidades de Cuidados Paliativos domiciliarias (UCPD) de la Asociación Española contra el Cáncer (AECC), Equipo de Soporte Hospitalario -ESH-, Equipos de Atención Primaria) y organizar los recursos disponibles para poder responder a las demandas no previsibles, garantizando la asistencia a dichos pacientes.

-Elaborar un documento que establezca un protocolo de actuación en caso de ausencia de profesionales sanitarios de las unidades de apoyo.

- Definir los criterios de entrada del paciente en dicho protocolo de actuación.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se constituyó un grupo de trabajo formado por profesionales del ESAD y la Responsable Médico en la Dirección Asistencial del programa de CP. Se elaboró un borrador, que fue sometido a revisión y consenso en reuniones posteriores con las distintas unidades, la Coordinadora de Programas de la AECC y dicha Responsable Médico de la Dirección Asistencial. Se procedió a la revisión/adaptación según dicho protocolo de actuación de los circuitos de derivación ya existentes.

**RESULTADOS:**

Se celebraron un total de 4 reuniones. Por consenso se realizó el diseño del documento “Protocolo de cobertura de ausencias de profesionales sanitarios de las UCPD de la AECC”. Se trata de un procedimiento de actuación ante la ausencia no cubierta de profesionales sanitarios de dichas unidades y que permite la derivación de pacientes oncológicos subsidiarios de cuidados paliativos entre niveles asistenciales para garantizar la continuidad asistencial. Se procedió a la aprobación definitiva del mismo y firma por parte de todas las partes implicadas. Dicho protocolo se integró dentro del documento marco de coordinación de cuidados paliativos de la Dirección Asistencial.

**DISCUSIÓN:**

Con la elaboración de este documento, la revisión de los circuitos y su integración en el documento marco de Cuidados Paliativos, queda explicitada a nivel organizativo la continuidad asistencial.

La elaboración de procedimientos puede ser un instrumento de mejora de la atención sanitaria y del aumento de su eficiencia, ya que diversos estudios subrayan la coordinación entre niveles como uno de los principales factores valorados por los pacientes y familiares que reciben CP, y la falta de ésta como una barrera que repercute negativamente en sus experiencias. La participación de profesionales asistenciales y de gestión supone un valor añadido y facilitador de cara a la viabilidad real de los resultados del grupo.

**CB - 468.- VÍA CLÍNICA DE LA FRACTURA DE CADERA. PARTICIPACIÓN DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN (H. MORALES MESEGUER).**

SEVILLA-HERNÁNDEZ E, ALCARAZ J, CRESPO-SÁNCHEZ J, NAVAS M, MARTÍNEZ A.  
HOSPITAL MORALES MESEGUER. MURCIA.

**OBJETIVOS:**

Describir el conjunto de procedimientos realizados por el Servicio de Rehabilitación en la Vía Clínica de atención a la Fractura de Cadera del HGUMM.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Durante el año 2011 se llevó a cabo la elaboración de la Vía Clínica de la Fractura de Cadera en el HGUMM. En el proceso intervinieron distintos profesionales (médicos, enfermeros, fisioterapeutas, trabajadores sociales) pertenecientes a las unidades de Traumatología, Anestesia, Cardiología, Medicina Interna, Rehabilitación, Hematología, Urgencias, Atención al Usuario y Docencia.

El Servicio de Rehabilitación participó introduciendo el protocolo de actuación durante el ingreso hospitalario tras la intervención según matriz temporal y a través de la edición de una Guía de Recomendaciones al Alta en la que se incluían: cuidados posturales, precauciones básicas y ejercicios para realización domiciliaria.

**RESULTADOS:**

El protocolo de actuación del Servicio de Rehabilitación comienza con la valoración del paciente en el postoperatorio por parte del médico rehabilitador, que es informado a través de una hoja de consulta realizada por traumatología el mismo día de la intervención. Tras dicha valoración se inicia el programa de terapia física asistido por un fisioterapeuta responsable de adiestrar al paciente en cuidados posturales y cinesiterapia adaptada durante los 5 días de ingreso previstos inicialmente. El objetivo fundamental de la terapia es mejorar la independencia a la hora de realizar transferencias y conseguir marcha con andador.

Con posterioridad, al alta, se entrega una Guía de Recomendaciones que incluye medidas físicas básicas, cuidados posturales, modificaciones de las actividades de vida diaria, ejercicios activos en decúbito, sedestación y bipedestación según tolerancia, así como ejercicios respiratorios encaminados a optimizar el reacondicionamiento del paciente.

**DISCUSIÓN:**

La implantación de la vía clínica de la fractura de cadera permitirá disminuir la variabilidad interprofesional, mejorar el control de los resultados del tratamiento y optimizar el tiempo y los recursos empleados para atender este proceso.

La participación precoz del equipo de Rehabilitación supondrá una mejora en el control de complicaciones tras la cirugía (luxación, desacondicionamiento físico, encamamiento prolongado, lesiones por decúbito), en la situación funcional al alta, así como en la información que acerca de los cuidados en postoperatorio reciben los pacientes y sus cuidadores.

**CB - 469.- BASE DE DATOS PARA NOTIFICACIÓN DE INCIDENCIAS: HERRAMIENTA PARA INTEGRAR NIVELES ASISTENCIALES.**

VILLA-VALLE R, TORO-SANCHEZ L, CHUECA-AJURIA A, SAINZ-DEL MOLINO A, GALLEGO-CAMIÑA I, CASTELO-ZAS S.

HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO. GALDAKAO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

El plan Estratégico del Hospital Galdakao-Usansolo (HGU) 2010-14, define nueve Objetivos Estratégicos (OE), entre ellos Excelente Calidad Asistencial e Integración con Atención Primaria (AP). La base de datos para la notificación de incidencias, nace en 2007, como herramienta para mejorar la gestión de los procesos e identificar eventos relacionados con la seguridad del paciente. En 2011, se introdujo la opción de notificar incidencias derivadas de la interacción con AP dando respuesta a la mejora de la comunicación entre ambos niveles para asegurar la continuidad asistencial en la atención al paciente. Posteriormente, se han realizado numerosas mejoras en la aplicación, hasta llegar a la versión actual, implantada en abril de 2012.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En 2003-04, se optó por el desarrollo de bases de registro individuales, adaptadas a las necesidades específicas de cada proceso. Sin embargo, en 2007, se produjo un cambio en el enfoque de nuestros procesos hacia una orientación clara a los procesos asistenciales (Hospitalización, CCEE y Urgencias), lo que dió lugar a la integración de las bases de notificación de incidencias existentes y la creación de una única aplicación informática común a todos los procesos. Fruto de la identificación y mediante técnicas cuantitativas de consenso entre gestores de procesos y la Unidad de Calidad e Innovación (UCI+i), así como de la información generada en la utilización de la BBDD desde el 2007 y de los planes de acción derivados de las revisiones de los procesos, se realizaron reuniones focales entre la UCI+i e Informática, suponiendo la introducción de mejoras.

**RESULTADOS:**

Cualitativos: 1) implantación de una única base de datos de uso común a todos los procesos del hospital, en lenguaje Visual Basic. 2) posibilidad de notificar en sentido bidireccional las incidencias relacionadas con la interacción con AP, permitiendo la notificación de incidencias a cualquier persona de ambas organizaciones, de manera anónima y confidencial, 3) posibilidad de establecer un feed-back entre notificante y gestor del proceso, respetando siempre el anonimato. Cuantitativos: a) nº incidencias notificadas, b) % incidencias asociadas a Seguridad, c) % incidencias con sugerencias de mejora, d) % incidencias con respuesta, e) % incidencias de interacción, f) media de incidencias al mes segmentados por niveles asistenciales, g) media de incidencias diarias segmentados por niveles asistenciales, h) Variación del tipo de incidencias, i) % mejoras/recomendaciones implantadas.

**DISCUSIÓN:**

1) La BBDD implantada responde al modelo organizativo propuesto por el HGU, 2) Aumenta la comunicación entre AP y Especializada, 3) Implicación de los profesionales, evidenciada por el número de incidencias notificadas, 4) Agilidad del sistema de comunicación, constatada por el número de contestaciones, 5) Facilidad en el seguimiento de las incidencias notificadas, 6) Simplificación de la gestión, 7) Implantación de mejoras/recomendaciones/procedimientos, derivadas de las incidencias notificadas.

**CB - 470.- CONSULTOR EN TRAUMATOLOGÍA DE ALTA RESOLUCIÓN: COORDINACIÓN INTERNIVELES. QUÉ PIENSA EL MÉDICO DE A. PRIMARIA?.**

ARAUJO-CAMAÑO K, RUIZ-ARMIÑO J, ASTOBIZA-BRETONES I, LLEDO-VICENTE P, GAREA-IBAÑEZ J, ULIBARRENA-SÁINZ M.

CENTRO ASISTENCIAL DE SANTURCE. MUTUALIA. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Chequear la percepción que tienen los médicos de los centros de atención primaria (CAPs) de la figura CART (Consultor de Alta Resolución en Traumatología), evaluar fortalezas y debilidades y establecer acciones de mejora.

Medimos el uso que desde los CAPs se hace del CART. La figura CART se crea en 2010 como herramienta para mejorar la coordinación entre los CAPs, atendidos por especialistas en MFyC, y el Sº hospitalario de Traumatología, mejorando así los criterios de derivación al especialista, de determinación de contingencia y como apoyo interno al propio servicio de Traumatología. Consiste en un traumatólogo, dedicado a atender las consultas de los CAPs (videoconferencia, teléfono o derivación directa del paciente al hospital). Otras funciones son pasar planta de traumatología, apoyo a Urgencias hospitalarias o sustituir a compañeros ante ausencias imprevistas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se evalúa la figura CART a través de una encuesta de 7 preguntas a todos los médicos de CAPs de Mutualia-Bizkaia (6 centros y 16 profesionales) en marzo de 2012. Explora su percepción en conceptos como cumplimiento de expectativas, de las tareas asignadas, utilidad clínica, en determinación de contingencia, accesibilidad o adecuación de uso. Las preguntas fueron: 1 ¿Consideras que la figura del Cart está cumpliendo con las funciones asignadas?, 2 ¿Crees que el CART ayuda a mejorar los criterios de derivación de pacientes entre y CAPs a Traumatología?, 3 ¿Existe alguna labor del CART que crees que no es necesaria o debería modificarse?, 4 ¿La figura del Cart cumple con tus expectativas o necesidades?. Señala en qué te resulta útil y qué echas de menos, 5 ¿Consideras accesible el contacto con el Cart?, 6 Ponte en su lugar: ¿Qué quejas o disfunciones crees que pueden existir desde la figura CART con respecto al uso que hacen en CAPs?, 7 ¿Consideras importante la figura del Cart y que debe seguir en el futuro, qué cambiarías?.

**RESULTADOS:**

Contestan 9 médicos de CAPs. Utilización: 2 llamadas diarias y una consulta presencial. Aspectos positivos: Mejoría de criterios de derivación, resuelve dudas diagnósticas, aporta orden y accesibilidad al sº COT. Mejora el contacto y relación entre profesionales, lo que favorece la implicación.

Negativos: que el sistema informático no refleja quién es el CART, que muchas veces no se escribe en la historia clínica. Mala cobertura telefónica en algunas zonas de la clínica. Sensación de que el médico de CAPs es examinado por el traumatólogo.

**DISCUSIÓN:**

La opinión global sobre la figura CART es muy positiva aunque la tasa de respuestas sólo es del 60% de los encuestados, consiguiendo sus principales objetivos. Se apuntan 4 aspectos negativos. Acciones de mejora: reflejar la consulta y el nombre del CART en la hª clínica, unificar y clarificar criterios de derivación, mejorar la cobertura telefónica, mayor implicación en la determinación de contingencia de patología traumática, mejorar la relación y la amabilidad del CART.

**CB - 471.- INTEGRACION DE LA ATENCION PRIMARIA Y HOSPITALARIA.  
¿RESUELVE LOS PROBLEMAS?.**

LOPEZ-LACOMA JC, SANTIAGO-GARCIA C, BARRAGÁN-PÉREZ AJ, DE MIGUEL-GÓMEZ A,  
MORENO-VALERO MA, GARCIA-GONZALEZ AL.

AREA DE SALUD 2 - SERVICIO MURCIANO DE SALUD. CARTAGENA (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

El modelo de Gerencia de Área se inicia en Enero de 2010, tras la remodelación del Mapa Sanitario de la Región de Murcia, que se estructura en 9 áreas de salud y 9 Gerencias de Área. El objetivo es conocer la situación actual en los aspectos asistenciales y relacionales de los ámbitos de la Atención Primaria (AP) y la Atención Hospitalaria (AH).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo. Periodos: pre y post implantación del modelo. Ámbitos: AP y AH. Fuentes: Sistemas de Información en vigor. Variables cuantitativas: interconsultas, pruebas diagnósticas, hospitalizaciones evitables y calidad percibida por el usuario. Variables cualitativas: utilización de protocolos de relación AP-AH (asistenciales, de formación, docencia e investigación y de participación), integración de nuevas tecnologías de la información y comunicación y de modelo de gestión.

**RESULTADOS:**

**ASPECTOS POSITIVOS:**

- 1.- Mejora de la relación entre ámbitos asistenciales
- 2.- Unificación de criterios científico-técnicos
- 3.- Mejora en la Dirección, Coordinación y Comunicación de Proyectos Estratégicos
- 4.- Nuevas Tecnologías en los ámbitos de AP y AH para la Atención Sanitaria y gestión de recursos
- 5.- Utilización de nuevos canales y difusión de los tradicionales para la Mejora de la Comunicación
- 6.- Utilización de nuevos canales para la Mejora de la Información
- 7.- Mejora de la Coordinación en la Gestión del Conocimiento
- 8.- Mejora de la Coordinación e Integración de Comisiones de Participación de los Profesionales
- 9.- Modelo de Gestión EFQM común a los ámbitos de AP y AH
- 10.- Mejora en la percepción de los usuarios

**PERCEPCIÓN NEGATIVA:** Parece común la sensación de desánimo y "sentimiento de pérdida" en Atención Primaria:

- Pérdida de representatividad
- Pérdida de la capacidad de influencia
- Sentimiento de "fagocitosis" por parte del Hospital.

**DISCUSIÓN:**

La creación de las gerencias de área ha mejorado la coordinación y la relación entre ámbitos asistenciales.

El trabajo conjunto de profesionales de Atención Primaria y Hospitalaria produce resultados eficientes en gestión de recursos sanitarios y mejora la percepción y satisfacción del paciente.

**CB - 472.- CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIA DE LOS HOSPITALES DE ALTA RESOLUCIÓN DE ANDALUCÍA.**

ZAMBRANA-GARCIA JL, ENGELHARDT-PINTIADO R, RIVAS-RUIZ F, GARCIA-REYES D, LEGAZ-DOMENCH JM, GARCIA-MEGIDO G.

CONSEJERÍA DE SALUD. SEVILLA.

**OBJETIVOS:**

Conocer la calidad global de los informes de alta hospitalaria (IAH) emitidos por las unidades polivalentes de los hospitales de alta resolución de Andalucía, así como los posibles elementos que pueden determinar dicha calidad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio transversal y descriptivo que incluye 1804 IAH seleccionados de forma aleatoria simple entre los 8022 episodios de ingresos observados en 11 Hospitales de Alta Resolución durante 2010 (1.918 ingresos quirúrgicos y 6.104 médicos). Estimando una proporción de ausencia de cada ítem del 50%, un error de muestra del 3% y un intervalo de confianza del 95%.

Ningún evaluador ha analizado los IAH del propio hospital. Para asegurar la fiabilidad de los resultados obtenidos se realizó inicialmente un estudio piloto con 30 IAH para conocer el índice de concordancia K entre los revisores.

Como base de evaluación se han utilizado el RD 1093/2010 que aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, las recomendaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria en Andalucía (ACSA) y el Consenso de Sociedades para la elaboración de informe de alta hospitalaria en especialidades médicas.

Se analiza un total de 40 ítems agrupados en cinco grandes apartados con datos relativos al documento de IAH, del hospital, de identificación del paciente, del proceso asistencial (ítems imprescindibles) y de calidad intrínseca del IAH (ítems deseables y algunos, de excelencia).

Se establece el porcentaje de presencia de ítems, criterios y recomendaciones que permitirán clasificar los IAH en calidad adecuada y calidad inadecuada.

**RESULTADOS:**

CALIDAD ADECUADA en el 97,4% de los IAH (presencia del 80% de los ítems del RD1093/2010); el 72% cumplen además las recomendaciones de la ACSA y de las Sociedades Médicas (presencia del 85% ).

El 50% de los IAH alcanzan la EXCELENCIA. Se ha evaluado el % de IAH con presencia de cada CRITERIO DE EXCELENCIA: un 1,2 % con tratamiento en hoja específica; 75 % no se utilizan acrónimos en el diagnóstico o tratamiento; 34 % se detallan los resultados del hemograma; 77% se detallan los resultados de la bioquímica; 60% con tratamiento completo del paciente; 53% se escribe el tratamiento con principio activo.

Con resultados desagregados por edad y sexo, por tipo de ingreso (urgente/programado), según destino del alta hospitalaria (domicilio, fallecimiento o traslado), especialidad y hospital.

**DISCUSIÓN:**

El criterio de presencia del 80% de los datos exigidos en el Real Decreto, se adopta al considerar la vigencia de la norma desde septiembre y los IAH corresponden al año completo.

Los criterios de excelencia contribuyen a la seguridad en el uso de la medicación, aspecto que los estudios de efectos adversos destacan como deficitario.

La difusión de los resultados por centro y especialidad permitirá trabajar en establecer las medidas de mejora a implantar, con objetivos específicos que se incorporarán en el Contrato Programa 2013 y una nueva revisión en 2014 de los IAH que se emitan en ese año.

**CB - 473.- PROYECTO DE PLATAFORMA DIGITAL ONLINE PARA LA COMUNICACIÓN ENTRE MIEMBROS DEL PROYECTO BTS DEPRESION.**

FERNANDEZ DE PINEDO-LANDA C, PRIETO-REMON L, DE LA RICA-GIMENEZ JA, ARTAZA-ARISTONDO N, RETOLAZA-BALSATEGUI A, DIEGO-FERRERAS R.

O+BERRI, INSTITUTO VASCO DE INNOVACIÓN SANITARIA. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Puesta en marcha de una plataforma digital como herramienta de apoyo al proyecto colaborativo para la mejora del abordaje integrado en Euskadi a pacientes con depresión (BTS Depresion). En este proyecto se ven implicados profesionales pertenecientes a distintos niveles asistenciales, especialidades y centros que deben coordinarse y comunicarse para poder llevar a cabo las distintas intervenciones. Se pretende facilitar una comunicación fluida para la resolución de dudas, intercambio de información relevante, dinamizando así el curso del proyecto y el aprendizaje y mejora constante que la propia metodología BTS sugiere.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Este proyecto colaborativo se pone en marcha en Euskadi, enmarcado en la metodología BTS desarrollada por el Institute for Healthcare Improvement (IHI), inspirado en el modelo Chronic Care (MCC). El proyecto tiene una duración de 2 años. Durante este tiempo se pretende obtener resultados concluyentes en Salud Mental y sobre la mejora de la colaboración entre niveles asistenciales. En este proyecto participan profesionales sanitarios de toda la CAPV, formando 13 equipos de implementación. Cada equipo reúne un mínimo de 6 profesionales: médicos y enfermeras de AP, psiquiatras, psicólogos y enfermeras de Salud Mental y metodólogos. Deben coordinarse para llevar a cabo las intervenciones que propone el proyecto. Para lograr esta colaboración, entre otras medidas, se pone en marcha una plataforma digital en Internet en la cual los miembros de los equipos pueden tener acceso a datos de contacto de los participantes, un foro en el que plantear dudas y preguntas, un repositorio de herramientas y documentación, constantemente actualizado, y material formativo. Por otra parte, la plataforma se hace eco de noticias relevantes sobre la atención a la depresión y proyectos colaborativos. En paralelo a este trabajo los profesionales de un mismo nivel asistencial, que asumen un mismo rol, identifican nuevas necesidades, fruto de la implementación del mismo. Se observa así la importancia de que los grupos de profesionales estén conectados entre sí.

**RESULTADOS:**

El proyecto BTS DEPRESION se encuentra actualmente en fase de implementación y la plataforma ya está funcionando. En ella, los participantes pueden acceder a los documentos de consulta y herramientas del proyecto y otros documentos de interés que recogen las fases que precedieron la implementación del proyecto. El grupo de enfermeras de AP que recibe formación sobre conducción en psicoeducación, comparte aquí el material formativo y se comunican entre si. Esta iniciativa es liderada por una enfermeras participantes en el proyecto. Se espera que esta herramienta salve las distancias entre los profesionales de distintas disciplinas y niveles asistenciales, y sea un elemento facilitador para la colaboración de los equipos y grupos de profesionales imprescindible para la buena marcha del proyecto.

**DISCUSIÓN:**

Se facilita un manual de uso detallado a los participantes.

**CB - 474.- INTERVENCIÓN EN URGENCIAS DE LA UFISS DE GERIATRIA.**

NAVARRO-MASEGOSA I, DE FEBRER-MARTINEZ G, FERRER-PENART I, PÉREZ-LÓPEZ P, CROS-GARRIDO C.

AREA SOCIO SANITÀRIA - HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN DE REUS. REUS (TARRAGONA).

**OBJETIVOS:**

El paciente de 65 años y más, constituye de acuerdo con la literatura , el principal usuario de los Servicios de Urgencias hospitalarios. Los datos suelen ser variables, llegando a cifras medias del 26% del total de las urgencias asistidas en estas unidades. Ocasionan cerca del 40% de los ingresos hospitalarios por esta vía. Una vez en urgencias, generan proporcionalmente al menos el doble de ingresos que los adultos de menor edad (27% delante del 13%).

Los estudios, muestran que el anciano que acude a urgencias, lo hace por motivos más graves, requiriendo la realización de un número mayor de pruebas complementarias, que resultan patológicas con mayor frecuencia que en la población joven y no ingresan más que otros pacientes por motivos sociales.

1.- Ofrecer un abordaje proactivo y atención geriátrica , por parte de un equipo interdisciplinar, en la asistencia de pacientes mayores de 65 años que, por su patología se consideran crónicos, complejos y con riesgo o dependencia funcional, ingresados en el Área de Observación del Servicio de Urgencias.

- Mejorar la atención geriátrica en el Servicio de Urgencias.
- Evitar ingresos hospitalarios innecesarios.
- Promover la conexión entre Urgencias y la atención sociosanitaria.
- Coordinar y facilitar el alta de urgencias hacia el domicilio.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- Realizar y consensuar el protocolo de actuación en Urgencias. Creación de circuitos de actuación.
- Revisión de la actividad de la UFISS de Geriátrica en el servicio de Urgencias en los últimos años. Descripción de la población atendida, diagnósticos principales i destino al alta.

**RESULTADOS:**

-Nº de valoraciones realizadas por la UFISS de Geriátrica en el año 2011: 138 pacientes. Edad media de 79 años, mujeres 84%.

-Nº ingresos en CSS desde Urgencias en los últimos años.

2009 – 9 pacientes UCCP.

2010 – 18 pacientes UCCP (derivados otros CSS – 19). Total 37.

2011 – 66 pacientes UCCP (derivados otros CSS – 18). Total 84 pacientes.

-Diagnósticos:

- \* ITU complicadas: 15 pacientes.
- \* Insuficiencia respiratoria/Infec.resp/Asma/ broncoaspiraciones: 27
- \* Ictus:16
- \* IC/ arritmias:16
- \* Traumatismos, fracturas ( no quirúrgicas):14
- \* Deterioramiento cognitivo: delírium i trastorno de comportamiento: 12
- \* Otras infecciones: 16
- \* Trastornos metabólicos. Deshidratación, DM: 6
- \* Otros: 16.

**DISCUSIÓN:**

- Hemos consolidado la asistencia de la UFISS de Geriátría en el Servicio de Urgencias, protocolarizando su actuación en el Área de Observación.
- La asistencia de la UFISS de Geriátría y la derivación a CSS, es una alternativa al ingreso hospitalario en los pacientes geriátricos.
- Se requiere una buena accesibilidad a Unidades de subaguts para generar los ingresos desde Urgencias.
- En estos pacientes geriátricos pluripatológicos se hace difícil diferenciar el límite entre la atención aguda y subaguda.

## **Sesión de Comunicaciones Orales Breves.**

**Sala BT1.**

**Jueves, 8 de noviembre / 16:00 h. – 18:00 h.**

**Seguridad Clínica / Comunicación y  
Gestión de Incidentes.**

**CB – 475 / CB – 501**

**CB - 475.- RELACIONANDO LA COMPLEJIDAD DE LA CASUÍSTICA CLÍNICA CON EL NIVEL DE SEVERIDAD DEL RIESGO DE CAÍDAS DE LOS PACIENTES.**

PEREZ-COMPANY P, DEL OSO-MORAN J, ARTIGAS-LAGE M.  
HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL DE HEBRON. BARCELONA.

**OBJETIVOS:**

Estudiar la relación entre el nivel de severidad del riesgo de caídas y la complejidad clínica de los pacientes según el peso medio del DRG.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El primer paso es conocer el grado de severidad del riesgo de caídas. Se realiza un estudio descriptivo. Mediante dos cortes de prevalencia, durante el año 2011, en 16 unidades asistenciales, con pacientes adultos i niños, de especialidades medicas y quirúrgicas, cuya muestra es de 600 casos. La información de los indicadores de pacientes con valoración del riesgo y pacientes con riesgo, se obtiene mediante auditoria de Historias Clínicas en la Estación Clínica de Enfermería (Gacela), dando como positivo los criterios del valor de la escala Stratify y la inclusión del problema de riesgo de caídas en el Plan de Cuidados. En el segundo estudio se solicita a la Unidad de SIS y Documentación Clínica, la casuística, es decir, la distribución por DRG (versión AP-DRG 25.0) con su correspondiente peso medio, de cada una de las especialidades que componen la muestra del estudio anterior. Se revisan los datos y se establecen comparaciones.

**RESULTADOS:**

De los 544 pacientes estudiados (56 son nulos) el 92% tenían valoración del riesgo y de estos solo 387, el 71%, tenían riesgo de caídas. Los niveles de severidad de riesgo de este 71%, según la escala Stratify, eran del 30% de pacientes para nivel 0, del 23% para el 1, del 29,3% para el 2, del 14,3% para el 3, del 3% para el 4 y 0% para el cinco. El peso medio de las especialidades que entraban en el estudio es del 2,82 y si miramos una de las de más peso (Hematología, Hematoterapia) con el 4,5742 los niveles de severidad son del 73% de pacientes para el nivel 0, 13% para el 1, 13% para el 2 y el resto de niveles 0% pacientes.

**DISCUSIÓN:**

Varios son los interrogantes que nos han surgido a la vista de estos resultados. Nuestra hipótesis era que a mayor peso o sea mas complejidad, también tendríamos pacientes mas severos en el riesgo de caídas. Pero los resultados muestran que un 29% de nuestros pacientes no tienen riesgo, y los que lo tienen están en niveles muy bajos, el 53% de pacientes esta en el nivel 0 -1. ¿Es posible que, como la Stratify no valora la medicación de riesgo como un factor, quede bastante población sin estar valorada adecuadamente? ¿Es posible que no exista suficiente información en la Estación Clínica, o que no se valore correctamente, o no durante todo el episodio? Por ultimo ¿es posible que no exista relación entre el peso y la severidad de riesgo de caídas. Hemos empezado a estudiar todos estos interrogantes, revisamos bibliografía para conocer antecedentes, formamos a las enfermeras en valoración, y realizamos un estudio similar con la escala Donwton que incluye la medicación, para comparar los resultados.

**CB - 476.- SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS.**

PEREZ-GARCIA M, GARCIA-D'ACUÑA RM, GUINART-DE LA CRUZ J, MARIN-PELLISE AM, HERNANDEZ-VIDAL N, VIDAL-ESTEVE E.

ABS SALOU. SALOU (TARRAGONA).

**OBJETIVOS:**

Administración segura y eficiente de vacunas a los pacientes de nuestro centro, asegurando la conservación, identificación y accesibilidad a las mismas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Descriptivo, del proceso de administración segura de vacunas a pacientes en nuestro centro realizado durante el año 2011. Se identifica un referente de vacunas, se procede a la revisión del protocolo, identificación de situaciones de mejora a partir de la aportación de los profesionales e incidencias detectadas. Se selecciona un grupo de trabajo que, tras identificar y analizar las causas relacionadas con la rotura de la cadena de frío, problemas de stock de vacunas, caducidades y clasificación incorrecta, elabora e implementa el plan de mejora. Se utiliza como herramienta proactiva el Análisis Modal de fallos y efectos (AMFE), se prioriza cada uno de los riesgos detectados y se seleccionan acciones correctoras y preventivas para eliminar y/o reducir el fallo. Las acciones seleccionadas: 1 Mejora en el circuito de recepción. 2 Central de vacunas: Consta de ocho neveras ubicadas en tres espacios diferentes. 3 Mejora en Almacenamiento y clasificación: Ocho neveras numeradas y con descripción del contenido de manera visible. 4 Mejora en el control de la temperatura: termómetro identificado en cada una de las neveras e incorporación de equipo Software que nos permite el control y registro de la temperatura cada cuatro horas. 5 Control del stock y caducidades: Stock sujeto al calendario vacunal, protocolo de administración de vacunas de nuestro centro y la importante variabilidad y estacionalidad de nuestra población. Tras la implantación de dichas acciones se evalúa el impacto.

**RESULTADOS:**

A los seis meses de implantación de las diferentes acciones de mejora, no se han registrado incidencias de los profesionales relacionadas con errores de identificación, ni falta de vacunas. Se registra una única incidencia en el circuito de recepción. Se registra una incidencia en la cadena de frío debido a falta de suministro eléctrico, la existencia del registro nos indica con exactitud el tiempo transcurrido y la temperatura alcanzada durante el incidente, asegurando así la estabilidad de las vacunas y el ahorro económico, constatando que no hubo afectación en la termolabilidad de las vacunas afectadas y evitando la pérdida material y el coste económico de las mismas.

**DISCUSIÓN:**

La implantación de acciones preventivas y/o correctoras aumenta la seguridad en el proceso de administración de vacunas.

**CB - 477.- TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS DE PACIENTES CRÍTICOS: RIESGOS CONTROLABLES.**

VELAYOS-AMO C, GONZÁLEZ-SEDEÑO N, ALONSO-OVIES A, LUENGO-ALARCIA MJ, GARCÍA-GÁLVEZ MM, GARCÍA-PESO A.

UCI. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA. MADRID.

**OBJETIVOS:**

El traslado intrahospitalario (TIH) de un paciente crítico (para realización de pruebas diagnósticas o terapéuticas o traslado a quirófano) supone un elevado riesgo para su seguridad. Tras la aparición de un evento adverso grave durante un traslado de un paciente de UCI, se decidió analizar el suceso y proponer acciones de mejora que evitaran su recurrencia.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El evento adverso se analizó mediante la metodología del "análisis causa raíz", siguiendo las fases establecidas: formación del equipo, recogida de información, cronología de los hechos, detección de los factores contribuyentes, análisis de barreras y diseño de acciones de mejora. El análisis se realizó por un grupo multidisciplinar de profesionales de UCI en reuniones periódicas cada 15 días. Las decisiones se tomaron por consenso y se nombraron responsables de las áreas de mejora a desarrollar.

**RESULTADOS:**

- Revisión, actualización y adaptación del Protocolo de TIH existente. Este protocolo servirá de guía clínica a los profesionales de la UCI para disminuir la variabilidad clínica en la realización de un traslado del enfermo crítico.
- Cambios organizativos relacionados con la ubicación del material necesario para el TIH, así como mejora en la identificación del mismo con la incorporación de etiquetas de diferente color para evitar errores.
- Creación de una lista de verificación del TIH, donde se recoge todo el material necesario para el traslado seguro de un enfermo crítico, desde la monitorización, aparataje, bombas de infusión, medicación, así como comprobaciones con el paciente y competencias de los profesionales. Esta lista de verificación se chequeará verbalmente por todo el equipo multidisciplinar que realizará el traslado inmediatamente antes de hacer efectivo éste, y servirá para subsanar las posibles deficiencias.
- Creación de una valoración en la historia clínica electrónica que registre las incidencias que se hayan podido producir en el traslado.
- Mejora en la monitorización del paciente en Radiodiagnóstico.
- Comunicación al resto de profesionales de las áreas de mejora introducidas en sesiones multidisciplinarias, a través de correo electrónico y por carteles informativos.

**DISCUSIÓN:**

El TIH del paciente crítico supone un elevado riesgo potencial que puede conllevar un daño innecesario y evitable en ocasiones muy severo. Los factores que inciden en ello son la gravedad del propio enfermo, la inestabilidad que le supone el traslado y los cambios de cama, la disminución de la calidad de la monitorización, la utilización de los aparatos de soporte vital (respiradores de transporte) más precarios, etc. La revisión de todo el proceso y la creación de barreras que disminuyan el riesgo o mitiguen sus efectos nos llevarán a prestar una asistencia más segura. El éxito de estas medidas pasa por la implicación de todos los profesionales, lo que supone un cambio en nuestra cultura, en lo que elementos clave son el liderazgo, la formación y la comunicación.

**CB - 478.- INDICADORES DE FASE PREANÁLÍTICA COMO HERRAMIENTAS DE MEJORA EN CALIDAD ASISTENCIAL.**

GARNACHO-GAYARRE N, GOY-LÓPEZ MC, FORMOSO-LAVANDEIRA MD, SÁNCHEZ-PÉREZ-MEL MC, RUEDA-RUA R.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI. LUGO.

**OBJETIVOS:**

Minimizar desde el laboratorio los errores preanalíticos y sus consecuencias en la seguridad del paciente. Las actividades del laboratorio están expuestas a numerosas fuentes de error. Evitarlos tendrá repercusión en la calidad del análisis y de la información transmitida procurando una adecuada gestión de la patología del paciente, pilar fundamental de la calidad asistencial. Tradicionalmente el laboratorio ha enfocado el control de calidad en las actividades de la fase analítica, siendo éste un control reactivo cuando el problema ya ha sucedido. Hoy se trabaja con una actitud de prevención, buscando oportunidades de mejora para la seguridad del paciente. Así se controlan todas las fases del proceso: preanalítica, analítica y postanalítica. Nuestro objetivo es cuantificar los aspectos más críticos y con mayor margen de mejora dentro de la fase preanalítica utilizando unos indicadores.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Primero se codifican y se tipifican los errores detectados en el área de recepción de muestras de cuatro maneras según su naturaleza: uso de recipiente inadecuado para la recogida de muestras, llenado inadecuado de los tubos de muestra (alteración en la proporción adecuada con el anticoagulante), identificación errónea del paciente y ausencia de espécimen necesario para la determinación de las pruebas solicitadas. Con la aplicación "Estadística LMX-SQL Server" se cuantifican los errores en función del código y se cuantifica el total de peticiones y especímenes procesados para cada periodo de tiempo. En Excel se calculan los porcentajes de cada error obteniéndose así una valoración mensual de éstos. Con cada error se introduce un comentario codificado en el sistema informático del laboratorio (LMX) de tal manera que los informes se visualizan en tiempo real desde el gestor de historias clínicas del Sergas (IANUS) que está conectado a la base de datos del sistema informático del laboratorio.

**RESULTADOS:**

En 2011 los indicadores aportan los siguientes resultados: a) especímenes inadecuados: 0.54% (Objetivo a alcanzar: inferior a 2%), b) llenado insuficiente de tubos de extracción (espécimen insuficiente, proporción inadecuada): 0.13% (Objetivo inferior a 0.25%), c) identificación errónea/incorrecta: 0.02% (Objetivo inferior a 0.10%) y d) ausencia de espécimen: 2.17% (Objetivo inferior a 4%).

**DISCUSIÓN:**

Estos porcentajes pueden parecer bajos pero precisamente su cuantificación mediante indicadores es lo que permite mantenerlos dentro de unos límites "aceptables". Estos errores por ser evitable son relevantes. La cuantificación de éstos supone la posibilidad de identificar áreas de mejora imprescindibles para evitar situaciones de riesgo para la salud, lo cual repercute en la calidad asistencial. La utilización de comentarios codificados que explican el rechazo o la ausencia de especímenes aportan información en tiempo real de la causa que los originó, pudiendo evitar que el paciente acuda a una consulta y no existan resultados de las analíticas solicitadas lo que puede suponer un retraso en el diagnóstico.

**CB - 479.- EL MARKETING SANITARIO APLICADO EN LA MEJORA DEL CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS.**

GEA-VELÁZQUEZ DE CASTRO MT.

HOSPITAL SAN JOAN D'ALACANT. SAN JUAN DE ALICANTE (ALICANTE).

**OBJETIVOS:**

La adecuada higiene de manos es la medida que más eficaz en la lucha contra la infección asociada a los cuidados. El objetivo es determinar el cumplimiento de la higiene de manos en un hospital de tercer nivel antes y después de una intervención multimodal.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio prospectivo con grupo control no equivalente. Se aplicó el marketing sanitario como intervención principal con sesiones educativas en dos servicios (cirugía y traumatología), y se realizaron carteles para profesionales en los dos servicios y, sólo en uno de ellos para pacientes. Otros dos servicios actuaron como grupo control. Los carteles incidían de forma no segmentada sobre la responsabilidad individual y la presión social ejercida por la institución, la percepción de amenaza apelando a lo afectivo, y la percepción de beneficio (utilidad) y la percepción de control del PS mediante el refuerzo de la idea de que el uso de la SHA es fácil y rápido. El cumplimiento se midió con la observación directa siguiendo la metodología propuesta por la OMS.

**RESULTADOS:**

Se realizó una observación directa en 90 profesionales sanitarios durante la fase de pre-intervención y 77 tras la intervención. Se identificaron 831 oportunidades potenciales de lavado de manos (499 antes de la intervención y 332 tras la intervención). La tasa global de oportunidad por profesional fue de 4,98. De los 167 se identificaron 18 profesionales que hicieron perfectamente el lavado de manos (1 antes de la intervención y 17 después de ella). La mejora tras la intervención en el servicio de Cirugía General del 3,6% al 48% fue estadísticamente significativa ( $p$ -valor 0,001). Dado que realizar algún tipo de higiene (agua y jabón o solución hidroalcohólica) se consideró que la acción era adecuada, de las 831 oportunidades potenciales de higiene de manos en el 33,8% el profesional actuó correctamente IC95%: 30,6% - 37,0%. Se realizó correctamente más frecuentemente después de tocar un fluido, tocar al paciente o tocar al entorno que antes. Si revisamos todas y cada una de las oportunidades de higiene de manos de forma individual es de destacar que tras la Intervención en Cirugía General se mejora la correcta higiene de manos de un 26,3% a un 64,5% siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p$ -valor 0,001) al igual que tras la intervención en el servicio de Traumatología aunque la mejora tras la intervención (de un 20,6% a un 45,6%) es estadísticamente significativa ( $p$ -valor 0,001) es algo inferior a la conseguida en Cirugía. En los servicios de Ginecología y Urología aunque ha mejorado el cumplimiento (de 27,3% a 32,9%) este incremento no fue estadísticamente significativo ( $p$ -valor=0,354).

**DISCUSIÓN:**

La intervención en marketing sanitario mejora el cumplimiento de higiene de manos siendo ésta mas efectiva cuando se incorpora al paciente.

**CB - 480.- ¿PARTICIPAN NUESTROS PACIENTES EN ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD?. EXPERIENCIA CON ANTICOAGULADOS ORALES.**

BAGUENA-GARCIA A, LORBES-MACHIN MT, PUEYO-SALAVERA CM, ESCRICHE-ROS R, PEMAN-MUÑOZ MT, DIEZ-VELASCO JI.

CENTRO DE SALUD ALMOZARA. ZARAGOZA.

**OBJETIVOS:**

Nuestro Centro de Salud (CS) realiza su actividad en un ámbito urbano, incorporando programas de mejora de la calidad asistencial que incrementen las habilidades en salud de la población y promuevan actividades de Educación Para la Salud (EPS) en áreas consideradas prioritarias.

Durante el año 2009, el Programa de Mejora de la Calidad se desarrolló con los pacientes tratados con acenocumarol y en control capilar.

Los objetivos fueron:

- Conocer las necesidades sanitarias de nuestros pacientes.
- Aumentar los conocimientos de salud de la población.
- Incrementar la seguridad clínica.
- Favorecer la comunicación médico-paciente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- Estudio prospectivo en dos fases: observación e intervención, con (EPS) en consultas de enfermería-medicina y 3 talleres de Educación Para la Salud.
- Sujetos a estudio: pacientes en tratamiento anticoagulante oral con acenocumarol y en control capilar.
- Muestra: 144 sujetos.
- Periodo de intervención: 1-01-09 a 30-11-09.
- Fuente de datos: Historia clínica informatizada.
- Variables: Pacientes evaluados. Asistencia a talleres. Participación activa en los talleres.
- Captación: consultas de medicina, consultas de enfermería y carteles informativos en el Centro de Salud.
  - Desarrollo de 3 talleres de EPS, en 3 semanas consecutivos con los siguientes contenidos:
    - 1º.-¿ Por qué tomanos acenocumarol?, ¿Tenemos mas riesgo de complicaciones?.
    - 2º.- ¿Influye la alimentación en mi tratamiento?.
    - 3º.-Como interacciona el acenocumarol con otros medicamentos.

**RESULTADOS:**

- Pacientes evaluados: 144 sobre total de 144 = 100%.
- Asistencia a los 4 talleres de EPS: 60 sobre total de 144 = 42%.
- Participación activa en talleres: 48 sobre total de 60= 80%.

**DISCUSIÓN:**

- La respuesta a las actividades de EPS destinadas a un colectivo con problemas de salud específicos, como pueden ser los pacientes que requieren tratamiento con anticoagulación oral, resulta altamente satisfactoria.
- La asistencia y participación activa en los talleres resultó superior a la esperada, permitiendo el desarrollo de un programa eficaz de seguimiento.
- La buena respuesta y el alto grado de implicación de este colectivo ha facilitado iniciar una línea de continuidad y participación en salud de estos pacientes.

- El desarrollo de programas de EPS y de participación comunitaria supone una sobrecarga en la actividad asistencial y que debería formar parte de nuestra actividad como Equipo de Atención Primaria.

**CB - 481.- ULCERAS POR PRESIÓN: CUANDO EL OBJETIVO ES CERO. EXPERIENCIA PRÁCTICA DE LAS CLÍNICAS IMQ.**

LECANDA-GARAMENDI MA, GARCÍA-VILANOVA I, MADARIAGA-SANTAMARÍA S, URRUTIA-JOHANSSON I, HOJAS-MARTÍNEZ L, CARRASCAL-ANGULO M.

CLÍNICA IMQ ZORROTZAURRE. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

1. Disminuir la variabilidad en la práctica clínica, implementando una herramienta de trabajo unificada para todos los profesionales de las clínicas IMQ.
2. Unificar los criterios de actuación en la prevención y tratamiento de las UPP.
3. Optimizar los recursos disponibles a la situación del paciente y/o a las características de las UPP, con el fin de prestar una asistencia efectiva y eficiente.
4. Favorecer la comunicación interdisciplinar, potenciando la continuidad de cuidados.
5. Implicar al paciente y familiar/ cuidador en la prevención de las UPP.
6. Disminuir la incidencia de UPP en la Clínica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- ☐ Fase 1: Constitución de un equipo de trabajo mixto integrado por profesionales de enfermería de ambos centros IMQ.
- ☐ Fase 2: Identificación de los factores de riesgo de las UPP.
- ☐ Fase3: Escala de valoración: Gosnell modificada.
- ☐ Fase 4: Determinación de medidas preventivas.
- ☐ Fase 5: Educación para la salud: elaboración de una Guía para cuidador.
- ☐ Fase 6: Medidas de tratamiento asociadas a los diferentes estadios de UPP.
- ☐ Fase 7: Diseño de registros de valoración, prevención y tratamiento.
- ☐ Fase 8: Formación y despliegue.

**RESULTADOS:**

El protocolo y sistemática de evaluación y re-evaluación establecida nos ha permitido:

- ☐ Identificar a la persona con riesgo de desarrollar una UPP mediante una escala de valoración establecida.
- ☐ Disminuir o eliminar los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de las UPP.
- ☐ Definir las intervenciones de enfermería para la prevención y tratamiento de las UPP.
- ☐ Mantener o recuperar la integridad tisular y cutánea de la persona.
- ☐ Incrementar la participación del familiar/ cuidador en la prevención de las UPP.
- ☐ Disminuir la variabilidad de los tratamientos ( Curas y aplicación de apósitos).

**DISCUSIÓN:**

Las úlceras por presión constituyen un indicador indirecto de calidad y un importante problema por sus repercusiones en diferentes ámbitos, tales como el nivel de salud de quienes las padecen, la calidad de vida de los pacientes y sus entornos cuidadores, el consumo de recursos para el sistema de salud, pudiendo incluso alcanzar responsabilidades legales al ser consideradas en muchas situaciones un problema de salud evitable. En nuestros centros atendiendo al perfil de paciente que ingresa hemos de seguir reforzando los cuidados preventivos para conseguir a corto plazo, el objetivo que pretendemos que no se desarrolle ninguna UPP intrahospitalaria.

**CB - 482.- EVITANDO CAÍDAS: CUANDO EL ESLABÓN SE ROMPE EL PACIENTE SE CAE . EXPERIENCIA PRÁCTICA DE LAS CLINICAS IMQ .**

URRUTIA-JOHANSSON I, ARRANZ-GOMEZ M, URRACA-VILLAR A, MARTÍNEZ-FERREIRA A, CALLE-ARRINDA N, BERNAL-ZANCAS J.

CLÍNICAS IMQ ZORROTZAURRE E IMQ VIRGEN BLANCA. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

- ☐ Identificar al paciente con riesgo de sufrir caídas.
- ☐ Valorar factores estructurales de cada unidad que puedan propiciar una caída.
- ☐ Aplicar las medidas oportunas para prevenir las caídas, autolesiones y lesiones a otros (pacientes, familiares, personal).
- ☐ Determinar la incidencia de este tipo de accidentes hospitalarios y analizar sus causas, para saber dónde actuar o enfocar las mejoras.
- ☐ Estandarizar el empleo de medidas de prevención y medidas de contención en todas las unidades de la organización (quirófanos, UCI, plantas...).
- ☐ Educar al paciente y cuidadores en la prevención de caídas.
- ☐ Asegurar una continuidad de cuidados mediante la implicación de los diferentes colectivos profesionales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- ☐ Fase 1: Constitución de un equipo de trabajo mixto integrado por profesionales de enfermería de ambos centros IMQ.
- ☐ Fase 2: Identificación de los factores asociados al riesgo de sufrir una caída.
- ☐ Fase3: Escala de valoración de riesgo de caídas: Escala Downton.
- ☐ Fase 4: Determinación de medidas preventivas.
- ☐ Fase 5: Educación para la salud: elaboración de un tríptico para el paciente y familiar/ cuidador.
- ☐ Fase 6: Sistemática de actuación ante una caída.
- ☐ Fase 7: Diseño de registros de valoración, prevención y caídas.
- ☐ Fase 8: Formación y despliegue.

**RESULTADOS:**

El protocolo y sistemática de evaluación y re-evaluación establecida nos ha permitido:

- ☐ Identificar a la persona con riesgo de sufrir una caída mediante una escala de valoración.
- ☐ Disminuir o eliminar los factores de riesgo que contribuyen a que el paciente sufra riesgo de caída: la nueva Clínica IMQ Zorrotzaurre ha eliminado las barreras arquitectónicas de la CVSS.
- ☐ Se han definido las intervenciones de enfermería, administrativos, celadores.. para prevenir caídas.
- ☐ Establecer un circuito de actuación efectiva ante una caída.
- ☐ Incrementar la participación del familiar/ cuidador en la prevención de las caídas.
- ☐ Desarrollo de un protocolo de contención mecánica.

**DISCUSIÓN:**

Las caídas, generan un daño adicional para el paciente alterando su proceso de recuperación e incrementando su estancia hospitalaria, con los riesgos que esto implica para el paciente, familia e institución, ya que el resultado de la caída repercute en aspecto físicos (fracturas, daño en tejidos blandos, etc.), psíquicos (miedo a caer otra vez, aislamiento social, etc.), sociales (familia excesivamente protectora) y económicos (costo

de hospitalización, medicamentos, etc.). Las caídas registradas en ambos centros han sido consecuencia de que a pesar de haber incido en todas las medidas preventivas, la falta de colaboración de pacientes autónomos ("no quería molestar"), que caen al saltar las barandillas sigue siendo ese eslabón que acaba por romper la cadena de seguridad.

**CB - 483.- PREVENCIÓN DE APARICIÓN DE UPP EN LA PTR.**

ALONSO-SOTO Y, PACHON-VARES F, BEREZIARTUA-UNZUETA A.  
HOSPITAL DE MENDARO. MENDARO (GUIPÚZKOA).

**OBJETIVOS:**

Analizar la efectividad de las medidas de alivio de presión en el talón de la extremidad intervenida en paciente autónomo programado para PTR (prótesis de rodilla).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Revisión bibliográfica sobre la prevalencia y el estudio de la casuística de las UPP en pacientes intervenidos quirúrgicamente de Prótesis total de rodilla.  
Establecimiento de prácticas consensuadas dirigidas al cuidado del paciente intervenido quirúrgicamente de PTR para la prevención de las UPP.  
Difusión a todo el personal responsable del cuidado.  
Registro de actividad asistencial y evaluación de medidas adoptadas. Análisis de resultados y definición de líneas y acciones de mejora continua.

**RESULTADOS:**

Realizamos un corte de febrero 2010 a febrero 2011 (ambos incluidos) y encontramos un total de 10 casos. Durante el segundo periodo marzo 2011 a febrero 2012 encontramos un total de 2 casos, de los cuales uno corresponde a la extremidad contraria a la intervención. En los registros evolutivos de enfermería en revisión mediante checklist se analizó si hubo respuesta en cuanto a movilidad del paciente, localización de la UPP, aparición y estadio, colocación de colchón antiescaras y/o protección, cambios posturales y pautas de cura, aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) y cuidados aplicados sobre la piel, así como existencia o no de informe de continuidad de cuidados al alta.

**DISCUSIÓN:**

A pesar de ser pacientes autónomos y de bajo riesgo se comprueba que es efectivo el alivio de la presión desde el ingreso preoperatorio en la PTR programada. Los registros de enfermería han recogido la respuesta a los cuidados planificados de manera coherente.

**CB - 484.- QUE EL REMEDIO NO SEA PEOR QUE LA ENFERMEDAD: IMPLANTACIÓN DE CHECKLIST PARA CONTENCIÓN MECÁNICA EN LAS CLÍNICAS IMQ.**

MOYANO-SÁNCHEZ C, URRUTIA-JOHANSSON I, POZUELO-JUAN S, URRACA-VILLAR A, GARCÍA-APARICIO S, GOROSTIOLA-DE LUCIO A.

CLÍNICA IMQ ZORROTZAURRE. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

1. Prevenir los daños al paciente, personal o entorno mediante el desarrollo de actuaciones consensuadas dirigidas a la contención o inmovilización mecánica, donde se potencie la trabajo multidisciplinar y se eviten las complicaciones derivadas de esta práctica mediante una sistemática rigurosa de control y evaluación.
2. Elaborar una herramienta de seguimiento (Checklist) que evidencie los controles y evolución de la adecuación y mantenimiento de las medidas de contención mecánica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- ☐ Fase 1: Constitución de un equipo de trabajo multidisciplinar.
- ☐ Fase 2: Indicación de la contención o sujeción mecánica.
- ☐ Fase 3: Situaciones de exclusión de la contención mecánica.
- ☐ Fase 4: Tipos de contención utilizados en las Clínicas IMQ.
- ☐ Fase 5: Elaboración de procedimiento de la técnica de sujeción.
- ☐ Fase 6: Sistemática de seguimiento y control de la contención, mediante el diseño de un Checklist de registro.
- ☐ Fase 7: Formación y despliegue a las clínicas IMQ.

**RESULTADOS:**

- ☐ Prevenir autolesiones a los pacientes o que estos puedan lesionar a otros.
- ☐ Prevenir daños durante la administración de la medicación.
- ☐ Asegurar el plan terapéutico del paciente, interferido por el estado mental del mismo: mantenimiento de catéteres, vías, sondas, etc.
- ☐ Evitar daños en el entorno hospitalario.
- ☐ Prevenir complicaciones que se derivan de su uso.
- ☐ Evitar el abuso o uso no indicado.
- ☐ Monitorizar la indicación y cuidados en los registros asociados a la contención (checklist).

**DISCUSIÓN:**

La contención mecánica es una medida terapéutica excepcional dirigida a la inmovilización parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo, con sujeción a una cama, en un paciente que lo precise, para tratar de garantizar la seguridad de él mismo y de los demás. Es por ello necesario la formación de todo el personal y la sistemática de registro y seguimiento riguroso y sistemática con el objetivo de evitar complicaciones o eventos adversos no deseados. El trabajo en equipo y multidisciplinar en este proyecto, y el seguir de una manera rigurosa el checklist diseñado ha tenido como resultado que no se haya registrado ninguna complicación o evento adverso no deseado.

**CB - 485.- DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UNA LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA DIGITAL EN EL HRU CARLOS HAYA DE MÁLAGA.**

JIMENEZ-MARTIN A, CARRION-JIMENEZ A, CANO-SANCHEZ J, MOSTAZO-MUÑOZ A, PASCUAL-BARRERA AM, DIAZ-OJEDA J.

HRU CARLOS HAYA. MÁLAGA.

**OBJETIVOS:**

La Seguridad del paciente, es un concepto clave de la Calidad Asistencial. Según un estudio multicéntrico e internacional pilotado por la OMS, cada año se realizan cerca de 234 millones de intervenciones quirúrgicas en el mundo, con una tasa de mortalidad del 1,5% y un 11% de complicaciones. La puesta en marcha de una LVSQ (Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica) mejoraría los índices de mortalidad y las complicaciones asociadas a la cirugía hasta un 0.8 % y un 7% respectivamente.

OBJETIVO GENERAL: Disminuir la morbi-mortalidad asociada a la cirugía en los quirófanos de un hospital regional, aplicando una Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica.

OBJETIVOS ESPECÍFICO: Diseño e implantación de un modelo Digital de LVSQ como medida para mejorar el control de la calidad asistencial en el bloque quirúrgico de un hospital regional.

**MATERIAL Y MÉTODOS:****METODO:**

1.La BASE de nuestro proyecto es la LVSQ de la OMS, adaptada por la Consejería de Salud a las necesidades y al entorno de los hospitales andaluces.

2.La IDEA/INNOVACIÓN SOBRE LA LVSQ, surge del trabajo conjunto de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y la Subdirección de Tecnologías y Sistemas de Información y consiste en la incorporación del modelo de LVSQ, adaptado por la Consejería de salud, a la aplicación digital que aglutina toda la información sobre la actividad quirúrgica del complejo hospitalario, la cual se desarrolla en 38 quirófanos, con una actividad anual en torno a las 30.000 intervenciones.

**RESULTADOS:**

El RESULTADO es una LVSQ en un formato avanzado que:

- Mejora la accesibilidad de los profesionales a la historia clínica del paciente, a la información sobre el procedimiento quirúrgico y a la lista de chequeo (LVSQ), siendo una herramienta ágil y de fácil manejo.

- Permite el control de la verificación en tiempo quirúrgico real ( mes,día y hora ), en cada uno de los procedimientos quirúrgicos realizados. Lo que garantiza la fiabilidad de los resultados estadísticos obtenidos.

- Disminuye las cargas de trabajo para los evaluadores de la calidad asistencial en el centro.Facilitando la explotación de los datos relacionados con la verificación quirúrgica, almacenados en la base de datos de un sistema informático y permitiendo su correlacion con cada uno de los procedimientos realizados, paciente intervenido y servicio actuante.

- No incrementa sensiblemente los costes.

(insertaríamos documentación gráfica sobre la aplicación informática y los primeros resultados obtenidos).

**DISCUSIÓN:**

Podemos concluir que la LVSQ en formato digital implantada en los quirófanos de un hospital regional supone, además de un avance en términos de seguridad para los pacientes, una mejora en la accesibilidad a la información para los profesionales y consolida a la LVSQ como una herramienta de calidad, al permitir valorar estadísticamente sus resultados en salud a bajo coste y con alta fiabilidad.

**CB - 486.- EVALUACIÓN Y MEJORA DEL CIRCUITO DE RECOGIDA Y ENVÍO DE BIOPSIAS DESDE QUIROFANO A ANATOMÍA PATOLÓGICA.**

SÁNCHEZ-GIL A, CORBALÁN-DÓLERA C, SÁEZ-SOTO AR, CAZORLA-PÁEZ MC, BALLESTER-MOLINA C, PÉREZ-PÉREZ RM.

ÁREA DE SALUD VII MURCIA ESTE. MURCIA.

**OBJETIVOS:**

La repercusión que las posibles incidencias tienen en la seguridad del paciente justifica la puesta en marcha de un ciclo de mejora, ya que, aunque los errores no se presenten con una alta frecuencia, la presencia de un solo caso, tiene la suficiente trascendencia para justificar el estudio y tomar medidas correctoras.

Reducir los posibles efectos adversos asociados al proceso de recogida y envío de biopsias,

Definir las funciones y responsabilidades específicas en este proceso.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se dimensionó y se reflexionó sobre las causas de error mediante diagrama de causa-efecto de Ishikawa.

Se procedió al establecimiento de criterios con los que medir la calidad del proceso de recogida y envío de biopsias desde quirófano al laboratorio de anatomía patológica.

Se llevó a cabo una evaluación del nivel de calidad, en base a los siguientes criterios:

1.- Envase identificado con la pegatina del paciente y en su ausencia éste irá rotulado con nombre, apellidos y n.º de historia.

2.- El número de biopsias coincide con el número registrado en el parte de quirófano.

3.- Todas las biopsias del mismo paciente irán agrupadas (bloque único).

4.- Cada biopsia o grupo de biopsias irán asociadas a su petición.

5.- El número total de pacientes registrados en el parte de quirófano con recogida de biopsias coincide con el número total de peticiones.

Indicador: Número de muestras que se envían correctamente desde quirófano/número de muestras cada 24 horas.

Dimensión estudiada: seguridad y calidad científico-técnica.

Tipos de datos: proceso y estructura.

Unidades de estudio: pacientes sometidos a intervención quirúrgica con muestra para anatomía patológica en el periodo de evaluación. Profesionales de enfermería de quirófano.

Periodo de tiempo evaluado: 24 horas.

Fuentes de datos: Observación directa, parte de quirófano.

Identificación y muestreo de las unidades de estudio: Todos los pacientes intervenidos con muestra.

Tipo de evaluación: Interna.

**RESULTADOS:**

Se realiza una evaluación de 65 casos en la 1ª evaluación y 60 en la 2ª, de los que se obtiene el siguiente nivel de cumplimiento:

C1- 98%; 100%.

C2- 95%; 97%.

C3- 91%; 100%.

C4- 95%; 98%.

C5- 100%; 100%.

Indicador: 89%; 95%.

Acciones de mejora:

Teniendo en cuenta los resultados se realizaron sesiones de enfermería para la difusión de este proyecto, en las que se recogieron las sugerencias aportadas por el personal implicado en el manejo de las muestras, que se resumen:

Creación de un grupo de trabajo.

Diseño de un flujograma para el circuito y manejo de muestras.

Difusión en sesiones formativas al personal de quirófano y de anatomía patológica.

Diseño e implantación de un nuevo registro de recogida de muestras.

### **DISCUSIÓN:**

Se confirma una baja incidencia en errores en la gestión de muestras biológicas, y la importancia de su monitorización por su relevancia.

La implantación de las medidas de mejora ha disminuido las incidencias en la gestión de muestras biológicas.

**CB - 487.- COMO MARCAR LINEAS DE PROGRESO EN SEGURIDAD CLINICA CUANDO EL 78% DE LA PLANTILLA SUPERA LOS 48 AÑOS.**

LARRINAGA-LLAGUNO N, GONZALEZ-REGUERO A, BILBAO-SAEZ DE PARAYUELOS I, AIZPURU-DE LA HOZ F, PORTUONDO-JIMENEZ J, LARRINAGA-LLAGUNO M.

HOSPITAL DE BASURTO. BASURTO (BILBAO).

**OBJETIVOS:**

La seguridad clínica es un componente transversal crítico de la calidad asistencial. Según el IOM (instituto de medicina de EEUU) la seguridad clínica o seguridad del paciente se define como la ausencia de lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención de la atención a la salud recibida. Entre otras, es consecuencia de las actuaciones sobre el entorno, los equipos, los medicamentos, prevención, control de la infección, aplicación de procedimientos, prácticas clínicas seguras, mejoras en la comunicación en sus diferentes niveles y la interacción entre el sistema sanitario y sus profesionales con el paciente.

Por ello, se pretende conseguir una plantilla capaz de marcar líneas de progreso en seguridad clínica utilizando los recursos reales disponibles.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- Los Planes estratégicos deben ser consensuados entre la Dirección del Hospital y la Plantilla de la unidad.

La primera conoce el Plan Estratégico General y la segunda las Necesidades específicas de la unidad.

- Informar a la plantilla sobre los recursos económicos disponibles para autogestionarlos.

- Adecuar los recursos materiales existentes para la FORMACION, INNOVACION Y MOTIVACION de la plantilla en su HORARIO LABORAL.

- Confianza por parte de los máximos gestores en la capacidad de la plantilla para conseguir lo pactado.

**RESULTADOS:**

Prácticamente todas las comunidades autónomas han desarrollados o van a desarrollar su "plan de Seguridad del paciente", bien integrando dentro de su plan de calidad, bien como elemento diferenciado dentro de la política de calidad de las conserjerías de sanidad. Las líneas de progreso en Seguridad Clínica también parten de la propia plantilla; uniendo experiencia, formación e innovación.

**DISCUSIÓN:**

En los tiempos actuales de crisis no podemos bajar la guardia en seguridad clínica. Para ello hay que lograr un progreso unificado y consensuado aprovechando correctamente los recursos disponibles y conocidos por todos.

**CB - 488.- INFORMATIZACIÓN DE LOS CÁLCULOS PARA LA ELABORACIÓN DE MEZCLAS INTRAVENOSAS DESTINADAS A NEONATOS.**

BILBAO-MESEGUER I, SORDO-AISA B, FIGUERO-ECHEVERRIA MP, SAN JOSÉ-RUIZ B, SERRANO-DE LUCAS L, BASKARAN-KALTZAKORTA Z.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES. BARAKALDO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

Describir el proceso de informatización de los cálculos necesarios para la preparación de mezclas intravenosas destinadas a la unidad neonatal.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

En nuestro hospital la mayor parte de las mezclas intravenosas de la unidad neonatal son individualizadas en función de la dosis (mg o mcg/kg/h o min) y del peso del paciente (kg), administrándose a un ritmo constante. Por lo tanto, para garantizar la administración de la dosis correcta, se individualiza la preparación de la mezcla intravenosa utilizando diferentes concentraciones para cada caso concreto.

Estas mezclas se preparan en el Servicio de Farmacia, calculando la dosis diaria para cada paciente y teniendo en cuenta que es necesario enviar un exceso de volumen para poder purgar el equipo de administración. Para elaborar la hoja de preparación de la mezcla intravenosa, es necesario realizar una serie de cálculos (5-6 cálculos por preparación). Estos cálculos son repetitivos y estándar para todas las mezclas, por lo que se han informatizado en una hoja de cálculo de Microsoft Excel®. De esta forma, únicamente introduciendo el peso del paciente y la dosis prescrita se obtiene el volumen de fármaco necesario teniendo en cuenta la forma farmacéutica disponible en el hospital para preparar la mezcla y el volumen de purga.

Además, la hoja de cálculo aporta una información adicional sobre la fotosensibilidad, intervalo de concentraciones de estabilidad, disolvente con el que es compatible el fármaco, material del envase y si se recomienda realizar filtración esterilizante. En el caso de la estabilidad de la mezcla, la celda de la hoja de cálculo que indica el volumen necesario a adicionar en el suero cambia de color en función de si la concentración resultante es estable o no.

**RESULTADOS:**

La informatización de los cálculos ha conseguido minimizar el error de cálculo manual y disminuir el tiempo dedicado por el farmacéutico a estos cálculos, mejorando el nivel de seguridad del proceso.

**DISCUSIÓN:**

A pesar de la mejora que ha supuesto la informatización, minimizando los errores de cálculo, queda como proyecto para el futuro la automatización de todo el proceso, no sólo de los cálculos, sino también de las etiquetas, hojas de preparación y hojas de comprobación necesarias para la correcta identificación y distribución de las mezclas, para minimizar los errores de transcripción.

### **CB - 489.- VIDEOTUTORIAL SINASP: COMO REALIZAR UNA NOTIFICACIÓN..**

ESPERÓN-GÜIMIL JA, ORTIGUEIRA-ESPINOSA JA, CARRERAS-VIÑAS M, PAIS-IGLESIAS B, CERDÁ-MOTA T.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA (CHOP). XESTIÓN INTEGRADA PONTEVEDRA E SALNÉS. PONTEVEDRA.

#### **OBJETIVOS:**

Elaborar una herramienta de corta duración, en formato videotutorial, que sirva de soporte formativo de como realizar una notificación a través de la plataforma del Sistema de Notificación y Aprendizaje de Eventos Adversos (SiNASP).

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se elaboró un guión con las instrucciones básicas de cómo acceder a la plataforma SiNASP, como iniciar una notificación, los aspectos clave a registrar del incidente, las propuestas de reducción de riesgo, como guardar una notificación iniciada y como enviarla una vez finalizada.

A continuación se grabó todo el proceso de cómo realizar una notificación en el portal de SiNASP grabando simultáneamente las explicaciones mediante un programa de captura de pantalla.

#### **RESULTADOS:**

Se ha elaborado un videotutorial de una duración algo inferior a los 5 minutos.

En el video se muestra como acceder a la pantalla principal de SiNASP (<https://www.sinasp.es>) y se informa de cómo iniciar una notificación de un incidente de seguridad de pacientes. A continuación se accede a la siguiente pantalla cliqueando en la pestaña "Cuestionario de notificación" del portal, donde se describe el menú lateral izquierdo y se va pulsando sucesivamente en cada una de las 5 pestañas habilitadas para ello: incidente I, incidente II, paciente, factores contribuyentes y medidas de reducción de riesgo. En cada una de estas pantalla se va informando sobre el tipo de información a cumplimentar, como redactarla, como identificar los campos obligatorios y como localizar las instrucciones y menús de ayuda. También se informa de cómo garantizar el anonimato, tanto del declarante como de los profesionales y centros implicados.

En la última parte del video, a través del menú lateral izquierdo inferior, se accede a la pestaña: "finalizar notificación" donde se dan las instrucciones para enviar la notificación y accediendo a la pestaña "continuar en otro momento" se muestran como guardarla si queremos reanudarla y finalizarla en otro momento.

#### **DISCUSIÓN:**

Implantar y mantener activo un sistema de notificación de eventos adversos como el SiNASP, requiere un gran esfuerzo en actividades de divulgación y formación. En la fase de implementación del proyecto se requiere programar un gran número de actividades presenciales. Disponer de acceso a cursos online y/o píldoras formativas sobre seguridad de pacientes es otro elemento importante a considerar. El videotutorial SiNASP pretende ser una herramienta de formación complementaria que sirva para la formación inicial de los profesionales que se incorporan de novo y de recordatorio para los que no usan la plataforma de modo habitual.

**CB - 490.- IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES (SNI) EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. DOS AÑOS DE EXPERIENCIA.**

PARRILLA-HERRANZ P, MUNUERA-BARAHONA C, MARCO-IÑIGUEZ A, PALAZON-SAURA P, MARTINEZ-HERRANZ R, RICARTE-URBANO E.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ZARAGOZA.

**OBJETIVOS:**

1. Mejorar la Seguridad de nuestros pacientes
2. Conocer que en nuestro servicio ocurren sucesos adversos e incidentes
3. Registrar estos eventos
4. Analizarlos en su contexto: ocurrencia, lugar, causas, etc
5. Ser capaces de establecer acciones de mejora para prevenir su recurrencia o disminuir su impacto
6. Cultura de seguridad
7. Aprender de los errores.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

1. Crear un Grupo de Trabajo multidisciplinar que gestione el SNI.
2. Diseñar el SNI:
  - A-Establecer objetivos
  - B-Marco legal
  - C-Material:
    - \*Buzones de notificación
    - \*Base de datos
    - \*Ficha de recogida
3. Difusión Y formación:
  - A- ¿A quien?: todo el que realice actividad en el área de urgencias.
  - B- ¿Como?: sesión presencial con soporte power point con conceptos básicos de seguridad clínica, objetivos del proyecto y explicación del CIRCUITO DE NOTIFICACIÓN.
  - C- Oferta de cursos para trabajar herramientas de gestión de riesgos.
4. Puesta en marcha del Proyecto:
  - A- Primera valoración por el grupo al mes: detección de fallos en la implantación.
  - B- Recogida fichas e introducción en base de datos de forma mensual.
  - C- Análisis del registro de forma semestral:
    - \* Establecer primeras alarmas
    - \* Prioridades de actuación
    - \* Plantear posibles líneas de actuación
  - D- Análisis anual:
    - \* Definir y concretar líneas de actuación.
    - \* Nombrar responsables para cada línea.
5. Evaluación del proyecto.
  - A- Fallos y posibles mejoras
  - B- Monitorización de tendencias
  - C- Monitorización de las líneas de mejora establecidas
6. Comunicación de resultados y líneas de actuación al servicio.

**RESULTADOS:**

1. Buena implicación del personal: 101 notificaciones en el periodo marzo 2010-marzo 2012.
2. La mayoría de los eventos son incidentes: 79 incidentes y 22 sucesos adversos.

3. Se establecen 4 alertas:

A- Prescripción incorrecta de fármacos en pacientes alérgicos.

B- Sobredosificación de benzodicepinas en pacientes agitados en la sala de observación por las noches.

C- Errores en la administración de ventolin inhalado.

D- Errores en la transfusión de hemoconcentrados

4. Se ponen en marcha 2 acciones de mejora:

A- Alertas en los pacientes alérgicos.

B- Guía de manejo del paciente frágil agitado.

5. Tras evaluar el proyecto se ha planteado:

A- Modificar ficha de notificación: modelo mas sencillo.

B- Sesiones periódicas que recuerden la utilidad de la notificación.

C- Extender la formación y difusión a los residentes que realizan guardias en el servicio.

D- Implicar a los profesionales en la búsqueda de soluciones: buzón de sugerencias???

6. Al monitorizar la actuación sobre las alergias, se observa una disminución en su ocurrencia, pero siguen ocurriendo. Se esta buscando nuevas barreras.

## **DISCUSIÓN:**

1. Cometemos errores que ponen en peligro la seguridad del paciente.

2. Notificar errores nos ayuda a entender porque suceden y obtener un conocimiento útil.

3. No son necesarios SNI complejos.

4. ¿Y los eventos centinela?.

**CB - 491.- ¿QUÉ APORTA A NIVEL LOCAL EL SINASP EN EL ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE MEJORA DE ERRORES DE LA MEDICACIÓN?.**

PÉREZ-RODRÍGUEZ MT, ABRAIRA-GARCIA L, APARICI-BOLUFER JV, MARTÍNEZ-LÓPEZ MA. H. COMARCAL DE MONFORTE. MONFORTE DE LEMOS (LUGO).

**OBJETIVOS:**

Diversos estudios pusieron de manifiesto que la morbilidad y mortalidad atribuida al uso de medicamentos en los pacientes hospitalizados es elevada, y que estos problemas en un porcentaje importante son evitables. Las estrategias dirigidas a prevenir la morbilidad farmacoterapéutica en los pacientes requieren implantar sistemas para prevenir los errores de medicación (EM) en todos los procesos de la cadena terapéutica. Este estudio trata de evaluar el impacto de los EM notificados de forma voluntaria a través del Sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente (Sinasp) y la utilidad de esta herramienta para la puesta en marcha de mejoras en nuestro entorno hospitalario.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo sobre EM notificados al Sinasp desde 1 de Enero de 2011 a 31 de marzo de 2012. Herramientas de análisis: a) Sistemas de notificación de EM, b) Epidemiología de los EM: 1- tipo de incidente según categoría de eventos adversos Sinasp: Incidente que causa daño temporal y precisa o prolonga la hospitalización (SAC 2); Incidente que causa daño temporal y precisa intervención (SAC 3); Incidente que llega al paciente pero no le causa daño (SAC 4); Situaciones con capacidad de causar incidentes e incidentes que no llegaron al paciente (No SAC); 2 - fase del error: prescripción, validación, transcripción, administración; 3-causas del error, 4 -medidas para disminuir el riesgo; 5 - planes de acción.

**RESULTADOS:**

En el período de estudio se notificaron 30 EM de un total 104 eventos adversos. El 57% de las notificaciones de EM se hicieron en el último trimestre (enero-marzo 2012). Por tipo de incidente 13% fueron SAC 2; 30% SAC 3; 33% SAC 4 y 23% no SAC. Según la fase donde se produjo el error: 7% en la prescripción, 13% en la validación, 73% en la transcripción y 7% en la administración. La causa principal señalada por los profesionales fue la existencia de duplicidad de prescripción (en papel y electrónica), y la medida más frecuentemente sugerida por los notificadores para disminuir el riesgo fue la implantación del programa de prescripción electrónica en todo el hospital.

Se establecieron 8 planes de acción y se distribuyeron 3 informes monográficos con recomendaciones específicas para la mejora de la prescripción. Los 4 casos SAC 2 fueron sometidos a Análisis de Causa Raíz a partir de los cuales se establecieron planes de mejora específicos.

**DISCUSIÓN:**

Un porcentaje importante de los EM son debidos al sistema mixto de funcionamiento de la prescripción dentro del hospital. El Sinasp permitió documentar las causas fundamentales de los EM y poder priorizar planes de mejora. Se recomienda que futuras implantaciones de la prescripción electrónica en cualquier hospital se acompañe de la formación e implicación de todos los profesionales que intervienen en el proceso farmacoterapéutico, evitándose en la medida de lo posible un sistema mixto (electrónico y papel) que obstaculice los beneficios del sistema electrónico.

**CB - 492.- ERRORES DE MEDICACIÓN Y SINASP. 15 MESES DE NOTIFICACIONES EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA.**

MARTÍN-RODRÍGUEZ MD, GRAÑA-GARRIDO I, RODRÍGUEZ-PÉREZ B, PAIS-IGLESIAS B, GARCÍA-CEPEDA B, CARRERAS-VIÑAS M.

SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD A. SERVICIO GALLEGO DE SALUD. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

**OBJETIVOS:**

Hacer un análisis del volumen y las características de los eventos adversos relacionados con el área del medicamento notificados a través del SiNASP en una Comunidad Autónoma entre enero de 2011 y marzo de 2012.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se identificaron a través de la aplicación SiNASP todos los incidentes que los notificantes y/o los gestores de los centros habían clasificado dentro del área de medicación, y se revisaron desde un punto de vista cuantitativo y cualitativo.

**RESULTADOS:**

1. En este periodo hubo un total de 1338 notificaciones, de las cuales 470 fueron de medicación. Esto supone un 35% sobre el total.
2. En cuanto al grado de daño, algo más de la mitad (el 53%) fueron incidentes sin daño. Entre los incidentes con daño, el 3'33% fueron incidentes con riesgo alto o extremo.
3. Enfermería notificó un 54% de los incidentes, los farmacéuticos un 34% y los médicos un 10%.
4. Los notificantes destacaron, , como principal factor contribuyente (58% del total) los factores profesionales, y entre ellos, la formación y competencia del personal ocupa el primer puesto (30%) y la suma de comunicación y comportamiento/conducta de los profesionales el 27%.
5. Analizando el contenido de las notificaciones, abarcan problemas a lo largo de toda la cadena del medicamento, si bien el 50% de los incidentes se deben a errores de tres subtipos: administración de dosis errónea, administración de medicamento erróneo, omisión de medicación. Si bien en el aplicativo del SiNASP no existe todavía una categoría específica de errores de conciliación, la lectura pormenorizada de las notificaciones refleja una alta incidencia de este tipo de errores.

**DISCUSIÓN:**

- 1) Desde que se implantó el Sistema de Notificación de Eventos Adversos en nuestros hospitales , se ha podido constatar que los incidentes relacionados con el uso de medicamentos constituyen la principal fuente de eventos notificados. Este hallazgo coincide con lo que se encuentra en la literatura científica y con los datos globales del resto de hospitales que utilizan el SiNASP en otras CCAA.
- 2) Sería deseable que el aplicativo del SiNASP permitiera identificar de manera automática los errores de conciliación.
- 3) Es prioritario e inaplazable implantar mejoras en el uso seguro del medicamento a nivel de macro, meso y microgestión para aumentar la seguridad de nuestros pacientes. Dentro de las medidas identificadas como más eficaces en la prevención de errores están los procedimientos de conciliación de la medicación al ingreso , en los traslados y al alta, por un lado; y la universalización de sistemas de prescripción electrónica con la incorporación de alertas sobre nombres similares, alergias e incompatibilidades medicamentosas.

4) Teniendo todo ello en cuenta, desde nuestra Subdirección estamos trabajando en la elaboración de un procedimiento corporativo sobre Conciliación medicamentosa, y priorizando la extensión de la prescripción electrónica a los centros y unidades en los que aún no está implantada.

**CB - 493.- TENEMOS NOTIFICACIONES, PERO ¿REALMENTE EL PERSONAL CONOCE EL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN?**

MARTINEZ-LOPEZ MA, ABRAIRA-GARCIA L, CAMPOS-PARDO I, PEREZ-RODRIGUEZ MT, MENDEZ-LEIVAS HJ, RODRIGUEZ-CASTAÑO M.

HOSPITAL DE MONFORTE. MONFORTE DE LEMOS (LUGO).

**OBJETIVOS:**

Como objetivo principal: Conocer el impacto del SINASP en el personal de 2 hospitales similares. Objetivos específicos:

- Conocer el porcentaje de personal que conoce el sistema de notificación en nuestros hospitales y que lee los boletines (retroalimentación).
- Comparar los resultados de la misma encuesta en 2 hospitales comarcales de características similares.
- Planificación de mejoras según los resultados de las encuestas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- Elaboración de una encuesta común: 2 preguntas de datos socio-laborales, 6 preguntas dicotómicas, 1 de valoración de opinión y por último, sugerencias.
- Cálculo de la muestra para seguridad mayor del 95%: Monforte 257 población, 114 tamaño muestra. Se reparten 120. Barbanza 211 población, 104 tamaño muestra. Se reparten 110.
- Reparto de las encuestas del 10 al 27 de abril de 2012. En Monforte se recogen 115 encuestas y en Barbanza 109.
- Recogida de datos y explotación de los mismos mediante SPSS15.0 y Excel 2007.

**RESULTADOS:**

- Personal fijo: Monforte 77,6% y Barbanza 60,4%.
- Categoría profesional: la mayoría de los encuestados en Monforte son DUEs (44,1%), seguidos de TCAE (30,6%). En Barbanza 35,2% DUEs, 28,7%, TCAE y 18,5% médicos.
- ¿Conoces el SINASP? Sí: Monforte 95%, Barbanza 80,7%.
- ¿Has recibido formación/información sobre SINASP? Sí: Monforte 88,7%, Barbanza 63,3%.
- ¿Cuál es tu opinión sobre la formación/información impartida? muy buena Monforte 8,7%, Barbanza 12,8%; buena Monforte 55,7%, Barbanza 39,4%; insuficiente Monforte 20,9%, Barbanza 13,8%; no sabe/no contesta Monforte 14,8%, Barbanza 33,9%.
- ¿Estarías dispuesto/a a realizar alguna notificación? Sí: Monforte 83,5%, Barbanza 82,6%.
- ¿Te parece útil? Sí: Monforte 81,7%, Barbanza 76,1%.
- ¿Has leído/visto algún boletín con notificaciones y acciones derivadas del SINASP? Sí: Monforte 40,9%, Barbanza 51,4%.
- ¿Conoces al/los gestores en el Hospital? Sí: Monforte 54,8%, Barbanza 71,6%.
- Sugerencias: Formularios de notificación más cortos y simplificados/Más formación y presencial/Imprescindible para nuestro trabajo/Que se dé solución a lo notificado.

**DISCUSIÓN:**

- En ambos hospitales, la mayor parte del personal conoce el sistema de notificación y está dispuesto a notificar y les parece útil.
- Sobre si el personal ha recibido formación/información, hay una diferencia de 25 puntos entre ambos hospitales: Monforte 88,7%, Barbanza 63,3%. Esto puede ser debido a que

las sesiones presenciales en el Hospital da Barbanza se llevaron a cabo antes de la incorporación del personal tras la última OPE.

-A pesar de enviar boletines informativos a todo el personal mediante correo electrónico y de imprimirlos dejándolos en los diferentes controles, aproximadamente la mitad del personal los lee.

-El personal de ambos hospitales coinciden en sus demandas: más formación y formularios de notificación simplificados.

-Tenemos que trabajar la retroalimentación para que realmente resulte eficaz, por ejemplo con correo electrónico con acciones llevadas a cabo al personal que se identifique cuando notifica.

**CB - 494.- SEGURIDAD DEL PACIENTE NEONATAL: CREACIÓN DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ANÁLISIS DE INCIDENTES.**

PÉREZ-RODRÍGUEZ J, PASTRANA-PÉREZ N, PELLICER-MARTÍNEZ A, MORO-AGUD M, LÓPEZ-ORTEGO P, BRAVO-LÓPEZ R.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. MADRID.

**OBJETIVOS:**

Constitución de un grupo multidisciplinar con experiencia en la atención al paciente neonatal y en seguridad del paciente. Establecimiento de una dinámica de trabajo para la detección de incidentes, análisis de los mismos, propuesta e implantación de acciones de mejora. Evaluación de resultados tras 2 años de funcionamiento.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Selección de los miembros del grupo multidisciplinar. Establecimiento de la metodología de funcionamiento del grupo. Instauración de un formulario de registro de incidentes anónimo y un buzón de recogida. Difusión de la iniciativa en el Servicio de Neonatología. Reuniones de grupo de periodicidad media mensual para el análisis de incidentes, causas, consecuencias y propuesta de acciones de mejora. Implantación de medidas. No se incluye infección nosocomial analizada de modo independiente en la unidad.

**RESULTADOS:**

En enero de 2010 se constituye el grupo: personal médico, de enfermería y auxiliar del servicio y un farmacéutico adjunto. Se inicia el registro en marzo 2010, y hasta abril 2012 se recogen 157 incidentes, que son analizados en las 12 reuniones celebradas. Estos incidentes fueron notificados por: facultativos médicos (43,3%), enfermeras (49%), médicos residentes (5,7%) y auxiliares de enfermería (1,3%). Los incidentes fueron originados por: enfermeras (46,5%), facultativos médicos (40,8%), médicos residentes (7,6%), auxiliares de enfermería (3,2%) y otros (1,3%). Tipo de incidente: medicación (73,9%), alimentación (12,1%), monitores/ventiladores (5,1%), pruebas diagnósticas (5,1%), identificación/información (2,5%) y procedimientos (1,3%). Momento en el que ocurre: prescripción (38,9%), administración (33,8%), preparación (10,8%), indicación (8,3%), registro (7,6%) e identificación de la petición (0,6%). Alcance del error: "llegó al paciente" en el 67,5% de los casos, "no llegó" en el 29,9%, y en el 2,5% restante, se desconoce. Consecuencias para el paciente: ninguna (86%), mínima o baja afectación (7,0%), con daño moderado o de corta duración (5,7%) y con daño severo o prolongado (1,3%). Fruto del análisis causal de los mismos se propusieron 26 acciones de mejora, de las cuales, se han puesto en marcha 19, sin necesidad de aumentar los recursos existentes.

**DISCUSIÓN:**

Los recién nacidos son un grupo de alto riesgo de sufrir eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. La creación de este grupo multidisciplinar ha sido muy positiva para mejorar la seguridad del paciente neonatal, gracias a las acciones de mejora realizadas. Se ha logrado fomentar la cultura de seguridad, implantándose con éxito un sistema de notificación de incidentes en el que se implican todos los estamentos tanto en la declaración como en el análisis y propuestas de soluciones. Los resultados coinciden con la bibliografía: principalmente, errores de medicación y, en función del momento de la cadena, mayoría de errores de prescripción y administración. Se trata de una práctica generalizable a otros centros sanitarios.

**CB - 495.- NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS:  
PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS EN PACIENTES ALÉRGICOS.**

HERRER-CASTEJÓN A, GARCES-SAN ROMAN C, JAVIERRE-LORIS MA, CUADRA-GIMENEZ P,  
GARCES-HORNA S, PALAZÓN-SAURA P.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ZARAGOZA.

**OBJETIVOS:**

1. Mejorar la seguridad de los pacientes.
2. Aprender de los errores y buscar soluciones.

**MATERIAL Y MÉTODOS:****1. DETECCIÓN DEL PROBLEMA:**

Fuente: Sistema de Notificación de Incidentes.

Responsables: grupo de Seguridad Clínica y grupo de Mejora de Calidad.

**2. PROPUESTA DE LINEA DE TRABAJO:**

-Elección del equipo y responsable.

-Objetivos

**3. ANALISIS DEL PROBLEMA:**

-Análisis de la situación y contexto.

**RESULTADOS:**

1. Análisis de datos registrados en el sistema de notificación de incidentes implantado en urgencias.

Marzo 2010-marzo 2011: 40 notificaciones y 16 ( 40%) de ellas relacionadas con errores en la prescripción de fármacos a los que el paciente era alérgico.

2. Se trata de un problema que es recurrente, que en los casos analizados no ha tenido repercusión para el paciente: en 12 casos no hubo complicación, en 2 casos las complicaciones fueron leves ( mínima urticaria ) y en 2 casos los efectos adversos fueron mas graves ( hipotensión y taquicardia).

3. En todos los casos aumento la estancia hospitalaria, ya que pacientes que podrían haber sido dados de alta, fueron dejados en observación hasta 24 horas para su reevaluación.

4. El análisis causal determino que se trataba de un problema multifactorial con factores relacionados con:

-Entorno: sobresaturación de urgencias.

-Equipo: discontinuidad asistencial y varios responsables del paciente (participación de diferentes especialidades).

-Tarea: ausencia de barreras no solo de detección sino de actuación ante pacientes alérgicos. Prescripción por nombres comerciales.

-Comunicación: Relevos deficientes.

-Formación: desconocimiento de los principios activos por falta de uso.

5. Se decidió actuar creando barreras:

-Imposibilidad de abrir historia informatizada si el paciente no ha sido preguntado por las alergias.

-Icono específico para alergias como alarma informática que sale al iniciar la asistencia en la historia clínica informatizada.

- Difusión del análisis y propuestas de actuación como forma de sensibilizar e implicar al personal.

6. Monitorización: de marzo de 2011 a marzo de 2012 se notificaron 61 incidentes y 7 ( 11,47%) fueron relacionados con la prescripción errónea en pacientes alérgicos , con consecuencias leves en todos los casos.

**DISCUSIÓN:**

1. Un sistema de notificación puede ser útil como herramienta que orienta hacia donde dirigir nuestras acciones de mejora.
2. Los casos de mal manejo de alergias notificados, solo en 2 casos ha producido daño físico moderado, pero creemos que aún así se trata de un problema potencialmente muy grave. Estos incidentes son la punta del iceberg. Su prevención disminuirá la probabilidad de que se produzca un incidente crítico o suceso adverso.
3. La reevaluación periódica ha llevado a plantear nuevas acciones de mejora: rediseñar barreras informáticas y en la realización de tareas ( check list antes de la administración de cualquier fármaco).
4. ¿Sirven los SNI para monitorizar tendencias?.

**CB - 496.- GESTION COMPARTIDA DE INCIDENTES DE SEGURIDAD.**

CHUECA-AJURIA AM, SAINZ-DEL MOLINO A, GOIKOETXEA-ALBERDI A, TRIGO-GALARDI C, AÑEL-RODRIGUEZ RM, DOMINGO-RICO C.

CENTRO DE SALUD LANDAKO (DURANGO). DURANGO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

- 1) Promover la notificación de incidentes de seguridad utilizando una aplicación informática común para los profesionales de Atención Primaria y de Atención Especializada.
- 2) Notificar y gestionar las incidencias detectadas desde ambas partes del sistema sanitario, implicando a los profesionales de los dos niveles asistenciales, aprendiendo juntos y mejorando en Seguridad del Paciente.
- 3) Crear cultura de seguridad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se establece un acuerdo entre la Dirección de Comarca de Atención Primaria y la Dirección del Hospital de referencia para compartir una única aplicación informática para el registro de las notificaciones y se abre el acceso a ella a todos los profesionales de ambas organizaciones, tanto sanitarios como no sanitarios. Se realizan una serie de sesiones de formación para la utilización de este sistema de notificación y se facilita además un manual de uso del mismo.

**RESULTADOS:**

Se han registrado 400 notificaciones desde marzo hasta diciembre de 2011 (179 notificadas desde A. Especializada y 221 desde A. Primaria). El 70% han sido identificadas como incidencias de seguridad del paciente.

El análisis de todas las notificaciones muestra que la mayoría de las incidencias de seguridad se han notificado desde A. Primaria, lo que se atribuye al mayor contacto con el paciente y al conocimiento y seguimiento del paciente en su globalidad. Las causas más frecuentes de los incidentes han tenido que ver con errores en la identificación del paciente, con la falta de comunicación entre profesionales de ambos niveles y con el distinto nivel de exigencia para A. Primaria y para A. Especializada.

**DISCUSIÓN:**

La notificación aporta información imprescindible para la mejora en el campo de la seguridad del paciente. El hecho de notificar desde ambos niveles asistenciales simultáneamente y utilizando una herramienta común le añade otros valores (visión global de los problemas, mejor comunicación entre profesionales de ambos niveles, integración de los esfuerzos para avanzar en seguridad, búsqueda de consenso para las medidas de mejora a instaurar,...) que queremos impulsar.

Tras este periodo inicial, y dada la importante implicación de los profesionales y los resultados favorables obtenidos, se acuerda mejorar la aplicación informática, para ajustarla mejor a las características y necesidades de las dos organizaciones y para poder incluir mejoras dentro de esta herramienta que faciliten la gestión de las incidencias (que permitan dar respuestas y/o sugerencias a las incidencias registradas) y el seguimiento de las mismas por parte de los notificantes (feed-back).

**CB - 497.- COMUNICACIÓN WEB DE INCIDENTES DE SEGURIDAD Y ERRORES DE MEDICACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA: UN PROCESO CONTINUO DE MEJORA.**

HERNÁNDEZ-PASCUAL M, BARTOLOME-BENITO E, JIMÉNEZ-DOMÍNGUEZ C, PASCUAL-MARTÍNEZ O, SANZ-DEL OSO JJ, POLO-HERRADOR MJ.

DIRECCION TÉCNICA DE PROCESOS Y CALIDAD. MADRID.

**OBJETIVOS:**

Promover el uso de CISEMAP (aplicación para la comunicación de incidentes de seguridad y errores de comunicación de Atención Primaria de una Comunidad Autónoma) por parte de todas las partes implicadas, a través de la mejora continua de la misma.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

CISEMAP se implantó en Atención Primaria de la Comunidad en julio de 2011. Desde entonces se han recogido todas las mejoras que han trasladado expertos, profesionales, técnicos informáticos y miembros de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos fundamentalmente. Se ha elaborado una hoja de seguimiento de mejoras normalizada (se definen temas, prioridad, dificultad y descripción, fuente, fase y realización).

Se ha definido tres fases: 1ª pilotaje, 2ª las que se generan a partir de la implantación 3ª las que implican diseño adicional.

Dos personas gestionan las mejoras, canalizan análisis (grupos de discusión con técnicos de calidad, expertos, grupos de interés), y definen la ejecución de la misma. Son un Técnico de calidad y un informático.

**RESULTADOS:**

Se han identificado 71 mejora. 26 de 1ª fase, 44 de 2ª fase y 1 de 3ª fase. En la 1ª fase El 23% tiene por fuente expertos, el 35% la Dirección Técnica de Procesos y Calidad (DTPYC) y el 42% las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos (UFGR) en su pilotaje. Fundamentalmente son de temas formato (73%), y afecta a aspectos de alta relevancia (93%) como protección de anonimato, niveles de visualización y contenidos de informes. En la 2ª fase se recoge mayor variabilidad de fuentes (4% expertos, 49% DTPYC, 13% UFGR que recoge profesional y 11% informáticos) y temas (23% estadísticos, 9% errores medicación, 7% creación de banco de prácticas y recomendaciones seguras, 7% vinculo automático con portal Uso seguro medicamento, 2% creación cuadro de mando, y 4% elaboración de hoja de seguimiento de incidentes para la UFGR). El Nivel de dificultad en un 75% es medio-bajo y la relevancia en el 36% es media-alta.

**DISCUSIÓN:**

La mejora continua es la base de la aceptación y uso de la aplicación. En primera fase afecta a aspectos relevantes mientras que en la segunda son altamente funcionales. Ambas implican progresos relevantes destacando además en la segunda la mayor respuesta a demanda de los profesionales de los distintos niveles que acceden a la misma: elaboración de un banco de prácticas seguras, vinculación al portal de uso seguro de medicamentos, diseño de cuadro de mando interno, mejora de la estadística y elaboración de una hoja permita el seguimiento de la gestión de los incidentes de seguridad y errores de medicación por parte de las UFGR.

**CB - 498.- GESTIÓN DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN: UNA EXPERIENCIA DE ÉXITO.**

RODRÍGUEZ-CASTAÑO M, CAMPOS-PARDO I, MOZO-PEÑALVER HJ, OTERO-CALLÓN ML.  
HOSPITAL DA BARBANZA. SANTA UXÍA DE RIBEIRA (A CORUÑA).

**OBJETIVOS:**

Principal: Mejorar la SP en el Hospital.

Específicos:

- Implantación de un sistema de notificación para la SP que sea eficaz, conocido y accesible a todo el personal.
- Gestión de las notificaciones que se generen, intentando dar respuesta a las mismas de forma práctica y eficaz e implantando las acciones de mejora pertinentes.
- Información a todo el personal sobre el tipo de notificaciones recibidas, mejoras implantadas y/o actuaciones llevadas a cabo para evitar riesgos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- Formación del Núcleo de Seguridad en el hospital. En él participan 2 miembros del equipo directivo, 2 supervisoras y un farmacéutico.
- Formación al personal para crear cultura de seguridad mediante breafing, sesiones presenciales, reuniones, cursos, etc. de forma continuada.
- Implantación de un sistema de notificación (dic. 2010).
- Reuniones mensuales del Núcleo para analizar las notificaciones.
- Comunicación mediante correo electrónico entre gestor del sistema y núcleo de seguridad a medida que se reciben las notificaciones.
- Comunicación entre gestor y notificante identificado, manteniendo la privacidad.
- Implantación de acciones de mejora.
- Envío de boletines informativos bimestrales por correo electrónico e impresión en papel a todo el personal, cuyo contenido son resúmenes de notificaciones y las acciones llevadas a cabo, píldoras informativas sobre proyectos de SP, noticias de interés.

**RESULTADOS:**

- Personal sanitario: 211. Formación curso on line a 1 de mayo: 186 (88,15%). En sesiones presenciales se formó alrededor de 150 personas.
- En el año 2011 se reciben 45 notificaciones (una anulada) y se llevan a cabo 20 acciones de mejora. % de notificaciones: 53,6. Criterio de aceptación de Servicios centrales: 3%.
- En el 1ª cuatrimestre de 2012 se reciben 59 notificaciones, con 20 planes de acción. % de notificaciones 70,2%.
- De los 40 planes de acción iniciados, 5 están en marcha y el resto ya implantados.
- El % de notificantes identificados es 68% en 2011, mientras que en lo que va de 2012 93,2%.
- Cada 2 meses se envía boletín informativo.
- Se han realizado 2 ACR (Análisis Causa Raíz) con su plan de acciones asociado.

**DISCUSIÓN:**

- La gestión del sistema de notificación en el hospital está siendo eficaz. El número de notificaciones y de notificantes identificados va en aumento.
- Las acciones de mejora son adecuadas y efectivas. Suponen barreras para eliminar y/o minimizar los riesgos.

- Los boletines informativos son una herramienta de difusión a todo el personal, pues disminuyen el riesgo de interpretación y aumentan la cultura de SP en el centro.
- La cultura de SP ha aumentado en el hospital, pues cada vez hay más personal formado en sistemas de notificación, en cursos de SP, aumenta el nº de notificaciones, etc.
- Desde la implantación del sistema, 2 unidades trabajan de forma activa en la GR para la SP según la Norma 179003: laboratorio y hemodiálisis. El Servicio de Hemodiálisis es el primer servicio certificado en España en esta norma.

**CB - 499.- UN SISTEMA DE INFORMACIÓN DE INCIDENTES: EL GRAN PASO EN LA MEJORA DE SU GESTIÓN.**

BUENO-DOMÍNGUEZ MJ, COLOMÉS-FIGUERA L, BESORA-CUNILLERA JA, PRATS-ALONSO E, BRIANSÓ-FLORENCIO M.

GRUP SAGESSA. REUS (TARRAGONA).

**OBJETIVOS:**

Diseñar e implantar un sistema de información (SI) de incidentes relacionados con la seguridad clínica, para proporcionar criterios de análisis a las comisiones ad hoc de nuestros centros.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Análisis de la información recibida con la notificación.

Interpretación de las necesidades del Grupo de Análisis del Buzón de Notificaciones de Incidentes (GANBI) con el fin de adquirir conocimientos sobre las circunstancias que pueden causar error y sobre los errores en nuestros centros.

Definición de los indicadores, clasificación de estos.

Definición del contenido de los listados e informes.

Revisión de los diferentes procedimientos que se realizaban con las notificaciones entrantes. Redefinición de un nuevo procedimiento único para todo el grupo.

**RESULTADOS:**

Con esta actuación se ha diseñado e implantado un SI a medida para el GANBI, con apariencia atractiva y de ágil manejo.

Este SI consiste en un archivo digital unificado, clasificado por centro, tipología y grado de gravedad de las notificaciones además de información adicional como la calidad de la notificación.

Reporta informes con los indicadores relevantes, resumen ejecutivo, listado de notificaciones específicas para el GANBI.

Con las propuestas de mejora (PM) derivadas del notificador y del GANBI, el SI genera un archivo unificado de PM que retroalimenta el SI, el cual realiza informes con los indicadores relevantes, resumen ejecutivo, listado de PM específicas para el GANBI.

De forma adicional contiene un espacio documental con el fin de agrupar la información generada desde los diferentes elementos del proceso de seguridad clínica clasificada según sea información de recogida de datos, de trabajo o resultados.

Este sistema contiene más de 1300 notificaciones recibidas, desde octubre del 2005 a la actualidad, de más de 30 centros de diferentes ámbitos asistenciales (Hospitales de agudos, centros de atención primaria, socio sanitarios, atención social,...).

Desde la implantación de la herramienta (2011) el SI ha permitido saber de forma exacta el número de PM, así como la fecha de inicio y fin, responsable,...hasta el coste beneficio de cada una de las más de 370 PM.

El SI realiza de forma automática 5 informes diferentes en función del destinatario (puntual o evolutivo; general o por tipo de centro), además de listados exhaustivos de información de las notificaciones según grado de gravedad y de las PM.

**DISCUSIÓN:**

En primer lugar, el SI permite explorar información a demanda según perfil del usuario al que se destina dicha información.

En segundo lugar, permite realizar feedback a los profesionales mediante la difusión de los informes potenciando el sistema de notificación.

Por último y más relevante, gestionar de forma adecuada y segura tanto las notificaciones como la implementación en las PM.

### **CB - 500.- SINASP:A PROPÓSITO DE UNA NOTIFICACIÓN.**

MARTÍNEZ-MOAR A, OUTÓN-FERNÁNDEZ I, RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ N, OUTÓN-DOSIL C, MOSCOSO-OTERO D, GARRIDO-FILGUEIRAS MJ.

XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA A CORUÑA. LA CORUÑA.

#### **OBJETIVOS:**

Describir la discrepancia entre el análisis y clasificación por el SiNASP de un evento adverso (EA) y la interpretación de clasificación del mismo por el Gestor del SiNASP.

Presentar el análisis de variabilidad de la clasificación del EA entre diversos gestores del SiNASP para el mismo caso.

Interpretar las posibles causas de la variabilidad y el impacto de la “desviación” de la clasificación de un EA sobre la prioridad de actuaciones en el tratamiento del riesgo

Proponer una recomendación de “alerta” que facilite al Gestor del SiNASP identificar EA críticos (SAC1/SAC2) no clasificados por el sistema como de alta prioridad de actuación.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Notificación: Desde Anatomía Patológica avisan que las muestras para biopsia de 10 pacientes en vez de ir en formol, fueron enviadas en alcohol, lo que las inutiliza para su procesado.

En base a la información que el declarante carga en el sistema, el EA se clasifica como SAC-4.

A partir de esta declaración al SiNASP, se identifica que para un determinado EA, no parece corresponderse la necesaria prioridad de actuación con el nivel de SAC que establece el propio sistema.

Se promueve entre 9 gestores del SiNASP de la CCAA la realización de un ejercicio anónimo para conocer la posible variabilidad de declaración. Cada Gestor, con la descripción del incidente realizada por el declarante inicial, procede a la notificación del incidente y obtiene una clasificación SAC. Se calcula el índice de concordancia simple, se interpreta y se propone un modelo de alerta que facilite la identificación de estos casos para priorizar actuaciones.

#### **RESULTADOS:**

De los 9 Gestores que responden al estudio de variabilidad y analizan la notificación, 3 la clasifican como SAC-4, 5 como SAC 3, y 1 como SAC 1. Estos resultados muestran concordancia simple de 33,3% (3/9).

Esta baja concordancia interpretamos que traduce la dificultad de clasificar una notificación en función de la información disponible en el momento de la notificación, además de la variabilidad en la interpretación del tipo de incidente (desde incidente que no llegó al paciente hasta incidente que llegó al paciente). También se observaron discrepancias a la hora de clasificar el grado de daño.

En base a estos resultados, se plantean dos posibilidades:

Establecer una alerta que favorezca la identificación de este tipo de notificaciones: SAC 4 que pueden llegar a ser interpretados como SAC-1.

Incorporar en la clasificación SAC, además de gravedad y frecuencia, el número o volumen de pacientes que han sufrido o con capacidad de sufrir daño en el evento adverso notificado. Esta variable se recoge en el SiNASP pero no nos consta que se utilice posteriormente por el Sistema de clasificación SAC.

**DISCUSIÓN:**

El SiNASP nos ayuda a priorizar en función del Sistema de Clasificación SAC, sin embargo, consideramos se beneficiaría de incluir una nueva variable o una alerta que permita priorizar en los incidentes o eventos adversos que puedan tener repercusión sobre varios pacientes.

**CB - 501.- "SINASP: UNA ESTRATEGIA DE CAMBIO".**

CABEZAS-CHECCHI CA, GARCÍA-GARCÍA MJ, ALONSO-GONZÁLEZ MC, IGLESIAS-CASAS GC.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE (CHUO). OURENSE.

**OBJETIVOS:**

Invertir la tendencia en el número de notificaciones en SINASP en nuestro hospital.  
Conseguir la implicación de los distintos servicios del CHUO en la gestión de notificaciones de SINASP.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Desde que comenzó a utilizarse el SINASP en nuestra comunidad (diciembre de 2010) las notificaciones eran gestionadas por un grupo de gestores que las analizaban individualmente y trasladaban las propuestas de mejora a la Dirección a través de su representante en la Comisión de Sinasp.

En octubre de 2011 se modifica la sistemática de gestión de los incidentes notificados en SINASP de forma que se implica en la gestión de sus propias notificaciones a los tres servicios con mayor capacidad para notificar eventos adversos: Anestesiología y Reanimación, UCI y Urgencias.

Para ello, se modifica el procedimiento de gestión de SINASP:

- Se analiza el evento adverso notificado en el propio servicio.
- Se expone el análisis en sesión clínica del servicio.
- Se adoptan, si es posible, medidas de mejora en el ámbito del servicio.
- Las propuestas de mejora que exceden la capacidad de resolución del servicio se presentan a la Comisión de Sinasp y, desde aquí, a la Dirección.
- Se emite, a modo de feed back con los profesionales, un boletín semestral en el que se exponen los eventos adversos notificados juntamente con las mejoras adoptadas.

**RESULTADOS:**

Notificaciones en todo el 2011: 61.

Notificaciones octubre 2011- mayo 2012: 62.

**DISCUSIÓN:**

El cambio en la gestión ha permitido que los profesionales hayan incorporado el SINASP como una herramienta de mejora de la seguridad en sus respectivos Servicios. Realizar el análisis de los incidentes en el ámbito de su trabajo, recibir un feed back con las mejoras conseguidas y contar con el apoyo de la Dirección para implementar mejoras han sido claves para lograr estos resultados.

## **Sesión de Comunicaciones Orales Breves.**

**Sala BT2.**

**Jueves, 8 de noviembre / 16:00 h. – 18:00 h.**

## **Evaluación de Resultados / Indicadores / Sistemas de Información.**

**CB – 502 / CB – 528**

**CB - 502.- OBSTRUCCION DE COLON IZQ POR NEOPLASIA: CIRUGIA O PROTESIS + CIRUGIA. EVALUACION DE RESULTADOS Y ESTUDIO DE COSTES.**

PRIETO-CALVO M, COLINA-ALONSO A, IBARROLA-GUTIERREZ M, ANSO-BORDA MI, AROCENA-CEDRON MG.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES. BARACALDO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

Conocer el porcentaje de prótesis colocadas en el último año como paso previo a la cirugía, sus resultados clínicos y el coste por proceso en relación a la cirugía urgente de inicio.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio retrospectivo de las obstrucciones del colon izq por neoplasia, vistos durante el año 2011; los diagnósticos se han extraído del ExploGRD y del CMBD. Hemos analizado los procedimientos: cirugía o prótesis + cirugía, sus complicaciones y el coste por proceso en cuyo estudio se ha utilizado los GRD versión V21.0.

**RESULTADOS:**

De un total de 28 obstrucciones de colon izq por neoplasia, se indicó prótesis en 23(82%): 16(69%) puente para la cirugía y paliativas 7(31%). Complicaciones de las prótesis, 6(31,5%): 5(83%) perforaciones y 1(17%) no funcionante.

En las 16 puente, hubo 4(23,5%) intentos fallidos ; en las 12 restantes, la edad media fue de 68 años (49-87) con una Em por paciente de 27días (10-42), intervalo medio hasta la cirugía 22días (0-109); localización: sigma 8(66,6%), recto 3(25%), áng. Esplénico 1(8,3%). Mortalidad 2(16,6%). La prótesis se complicó en 4(33%). Fue posible la anastomosis primaria en 6(50%) y la vía laparoscópica en 2(33%).Complicaciones postoperatorias en un 53,8%. El coste medio por paciente fué de 16.242e (7.964-25.045).

De los 9 pacientes que se sometieron a cirugía como único procedimiento, presentaron una edad media de 74 años (54-94), Em 17días (5-30).; localización: áng. Esplénico 4(44%), sigma 3(33%), recto 2(22%). Mortalidad 11%, complicaciones postoperatorias 11%. Se practicó anastomosis primaria en un 55,5%. El coste medio por paciente fue de 13.046e (9.757-18.227).

**DISCUSIÓN:**

1) La anastomosis primaria es el objetivo de la prótesis y en nuestro caso el porcentaje es similar a la cirugía urgente como único procedimiento (50% versus 55,5%).

2) El coste por paciente ha sido mayor en las prótesis (16.242 versus 13.046)por el mayor número de ingresos.

3) La eficacia de las prótesis se encuentra limitada en nuestro caso por sus complicaciones (33%).

4) Dado que se trata de una serie corta de pacientes, no podemos establecer recomendaciones pero representa una primera evaluación de nuestros resultados.

**CB - 503.- INFLUENCIA DEL IMC Y OTROS FACTORES EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN UNA CONSULTA DE NEFROLOGÍA.**

EGÚSQUIZA-CASTILLO DM, CACSIRE-CASTILLO ES, FIGUEROA-ANGULO MP, GARCÍA-TESTAL A, DULANTO-BANDA RA, UGARTE-NÚÑEZ EF.

CS LA NAVA DE RICOMALILLO. TALAVERA DE LA REINA (TOLEDO).

**OBJETIVOS:**

Los cuestionarios de salud percibida ayudan en la interpretación del impacto de diversas variables en la calidad de vida relacionadas con la salud. El objetivo es determinar la relación entre el IMC y otros posibles factores, y la calidad de vida, en una consulta de nefrología.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio observacional de tipo transversal en pacientes mayores de 18 años que acudieron a la consulta de Nefrología de un hospital de tercer nivel durante el 2009. Se aplicó el cuestionario sobre calidad de vida SF12-v2, del que se utilizaron los componentes sumarios físico y mental (CSF y CSM). Se realizó un muestreo aleatorio simple con un IC de 95% y 10% de precisión absoluta. Además del IMC, se obtuvo información de la situación laboral, nivel educativo, actividad física, tabaquismo, consumo de alcohol y comorbilidades, entre otras. Las fuentes de datos fueron las historias clínicas y los propios pacientes, quienes dieron su consentimiento de forma verbal. Se excluyeron a los pacientes con enfermedades graves y/o IRC (Insuficiencia Renal Crónica) grado IV-V. Se utilizó la estadística descriptiva y se estableció como valor de significación  $p < 0,05$  (prueba de Chi cuadrado).

**RESULTADOS:**

La tasa de respuesta fue 80,3% (94/117). La media de edad fue 64,44 años (DE: 16,004; mediana: 70). El 52,1% eran hombres. Según el IMC (media: 29.5kg/m<sup>2</sup>; DE: 5,958, mediana: 28,8), 42,6% tenían sobrepeso, 20,2% obesidad grado I y el 18.1% IMC normal. El 20,2% y el 17% tenían estudios secundarios o superiores respectivamente, siendo el 60.6% jubilados. El 21,3% consumían tabaco y el 53,2% realizaba actividad física regularmente. El 79,9% presentaba IRC. Las medias de los CSF y CSM del cuestionario SF12-v2 fueron 41,9 (DE: 11,131, IC95%:  $\pm 2,28$ ) y 47,1 (DE: 11,502; IC95%:  $\pm 2,36$ ) respectivamente. No se halló relación estadísticamente significativa entre los componentes sumarios y el IMC, aunque sí la hubo con las variables sexo, situación laboral, actividad física y consumo de alcohol para ambos componentes, y con tabaquismo y nivel de estudios solo con el CSF. Los resultados obtenidos son inferiores a los de referencia poblacional de la región de Murcia (CSF: 48,6  $\pm$  10,6; CSM: 53,6  $\pm$  10,7).

**DISCUSIÓN:**

La calidad de vida encontrada es inferior a la de los valores de referencia de la población española y está relacionada con diferentes variables, aunque no con el IMC, variable principal del presente estudio. Considerando que la mayoría tiene más de 65 años y presentan varias comorbilidades, además de otros factores, se necesita un análisis multivariante para determinar el efecto real de cada variable en relación a las demás. Aún así, al estar la obesidad y el sobrepeso tan presentes en el grupo de estudio (79,8%) y al ser causa o consecuencia de otros condicionantes, se debe considerar su abordaje en la consulta y el impacto de este en la calidad de vida asociada a la salud, sobre todo en pacientes crónicos y utilizando para ello cuestionarios validados sobre calidad de vida.

**CB - 504.- EFECTIVIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN ESPAÑA ANTES Y DESPUÉS DE LAS TRANSFERENCIAS, USANDO LA MORTALIDAD REDUCIBLE.**

VALDERRAMA-RODRÍGUEZ M, CASTÁN-RUIZ S, BARRASA-VILLAR JI, ESTUPIÑÁN-ROMERO FR.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. ZARAGOZA.

**OBJETIVOS:**

El objetivo de este trabajo es describir la evolución de la mortalidad reducible por acción de los servicios sanitarios (MRASS) en el conjunto de España y en las diversas Comunidades Autónomas (CCAA) en dos períodos: el precedente a la culminación del proceso de transferencias de la gestión de los Servicios de Salud a las CCAA (1999-2001) y el correspondiente al trienio 2006-2008, cinco años después de haberse cerrado dicho proceso. El propósito último es detectar si el proceso transferencial ha supuesto durante ese período alguna diferencia en la evolución de la MRASS en las CCAA transferidas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

La MRASS, definida como aquellas muertes prematuras que no se hubieran producido si el sistema asistencial hubiese sido efectivo y oportuno, se determinó a partir de una lista de causas utilizada en otros estudios internacionales (Nolte y McKee).

Los datos sobre la mortalidad en ambos períodos estudiados (1999-2001 y 2006-2008) se recogieron del portal estadístico del Ministerio de Sanidad y los correspondientes a las poblaciones tanto de España como de las diversas CCAA del portal del Instituto Nacional de Estadística.

En el estudio se analizan las tasas de MRASS ajustadas por edad y sexo en los períodos 1999-2001 y 2006-2008, justo antes y cinco años después de haberse culminado el proceso de transferencias sanitarias, en España y en cada CCAA.

**RESULTADOS:**

La MRASS representa el 24 % de todas las defunciones entre las personas de 0 a 74 años y ha descendido entre los dos períodos estudiados en mayor medida (19,4 %) que en el resto de causas (14,5 %). El grupo de causas de MRASS que más descendieron fueron la cardiopatía isquémica (28 %), el resto de enfermedades vasculares (27 %), las patologías quirúrgicas y errores medico-quirúrgicos (26 %) y la diabetes (22,5%). Aunque existen grandes diferencias entre unas CCAA y otras, no se aprecia que esas diferencias ni que la evolución de la MRASS esté en relación con el proceso de transferencias sanitarias. Navarra y Madrid son las que tienen menores tasas de MRASS y Canarias, Asturias, Andalucía y Ceuta y Melilla, las de mayores tasas. Baleares es la CCAA donde más ha disminuido la MRASS en el período estudiado.

**DISCUSIÓN:**

La MRASS representa una importante proporción de la experiencia de mortalidad de las personas de 0 a 74 años y es mayor en hombres que en mujeres. Ha descendido en el período estudiado de forma notable y en mayor medida que el resto de causas de mortalidad, las principales grupos de causas de mortalidad reducible son la cardiopatía isquémica, el resto de enfermedades vasculares y el cáncer. Existen grandes diferencias geográficas por CCAA en cuanto a la magnitud de las tasas de mortalidad reducible, aunque no parece que el proceso de transferencias sanitarias haya tenido influencia en su evolución en el período estudiado. Pese a sus limitaciones, la MRASS es un indicador a tener en cuenta para monitorizar y detectar debilidades globales en la efectividad de los diferentes sistemas asistenciales.

**CB - 505.- IMPACTO DE LA INFORMACIÓN INTEGRAL PARA LA TOMA DE DECISIONES EN LA GESTION DE RECURSOS HUMANOS.**

GARRIDO-MARTIN M, GOMEZ-DIAZ ME, REAL-CASTELLANOS L, SANCHEZ-VIDAL B, MARTINEZ-SUSANA L.

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN. ALCORCÓN (MADRID).

**OBJETIVOS:**

Diseñar e implantar un cuadro de mando para el seguimiento de gestión de RRHH en un hospital que nos permita realizar control y seguimiento mensual de los indicadores del contrato programa y que facilite la toma de decisiones.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Ámbito: hospital de 448 camas perteneciente al SERMAS. Periodo de estudio: 2010-12. El contrato de gestión de los hospitales del SERMAS incluye una serie de indicadores de absentismo y gasto que requieren seguimiento mensual. Al analizar dichos indicadores, los responsables de las diferentes unidades del departamento de RRHH, consensuaron la necesidad de realizar seguimiento de otros indicadores relevantes para el funcionamiento del hospital.

**RESULTADOS:**

El cuadro de mando se ha ido modificando a lo largo de estos dos años, y en la actualidad incluye los indicadores de seguimiento del contrato del SERMAS, así como un resumen de las distintas áreas de los RRHH; se recoge la información en 6 bloques:

GASTO (desviación, seguimiento, proyección de cierre, evolución y análisis por conceptos,...).

PLANTILLA(desglose por estamentos, puestos, contratación).

ABSENTISMOS(tipo de absentismos y sustituciones, por categorías,...).

RELACIONES LABORALES(distribución del personal sindical.

FORMACIÓN (evolución y desarrollo del gasto de formación, por direcciones, categorías, fuentes de financiación,...).

SERVICIO DE PREVENCIÓN Y SALUD LABORAL (desglose de actividades realizadas).

El SERMAS en su evaluación de 2011, valoró como conseguidas los objetivos de gestión de Recursos Humanos.

**DISCUSIÓN:**

En la actualidad, los costes salariales suponen un 65% de los costes totales de la organización. Por lo tanto, y en el entorno económico actual, no es de extrañar que una de las labores más importantes de Hospital sea la contención de dichos costes, analizarlos y buscar su máxima eficiencia. No solo se pueden reducir a través de políticas salariales (incentivos,...) sino mediante el control de accidentes, absentismo laboral, buena aplicación de recursos formativos, y lo que es más importante, una correcta dotación de recursos en aquellas unidades donde más se necesitan.

Las necesidades actuales van cambiando y debemos anticiparnos lo antes posible a dichos cambios, saber si una unidad tiene una dotación eficiente de los recursos, tanto humanos como económicos, y saberlo con la mayor brevedad posible es primordial para la toma de decisiones.

El Cuadro de Mando de Recursos Humanos recoge mensualmente y de forma analítica la información más relevante de los Recursos Humanos del Hospital, obteniendo así una idea en su conjunto de los mismos, en la que el equipo directivo pueda tomar decisiones con los datos analizados y en función de la situación actual.

Podrás saber cuánto hemos gastado, en que partidas, en que categorías, saber cómo se distribuye el personal, que absentismo ha tenido, que medidas de prevención se han adoptado, como se le ha formado. En definitiva, saber:

CUANTO hemos gastado.

DONDE hemos gastado.

COMO mejorar.

**CB - 506.- MEJORA DE LA CALIDAD A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE LA COMISIÓN DE CUIDADOS.**

JIMÉNEZ-CHECA MC, GARCÍA-IBARRA C, RAMÍREZ-MARCO F, DONATO-PINA J, TERÓN-MARTÍNEZ MJ, MARTÍNEZ-AZNAR N.

AREA DE SALUD VII MURCIA ESTE. MURCIA.

**OBJETIVOS:**

La Comisión de Cuidados es un órgano de participación y consultivo de los profesionales de enfermería. Marcándose una serie de objetivos anuales que son evaluados y recogidos en los pactos de contrato de gestión. Por ello, nos proponemos:

- ☐ Evaluar el nivel de consecución de objetivos.
- ☐ Enumerar el número de actividades desarrolladas por la Comisión de Cuidados.
- ☐ Conocer el absentismo de los miembros de la comisión.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo retrospectivo del nivel de cumplimiento de los objetivos de la Comisión de Cuidados de Enfermería de una Gerencia de Área Única, durante los años 2009 al 2011 inclusive. Los datos se obtuvieron de las memorias de la comisión, de los registros de seguimiento de los indicadores de calidad de cuidados y de las actas de la Comisión de Cuidados. Las variables estudiadas fueron: estructura, representatividad, reuniones, actas, actividades desarrolladas y absentismo.

**RESULTADOS:**

Respecto a los criterios de estructura encontramos un cumplimiento del 100%, siendo representadas todas las áreas funcionales en el 100%, y los colectivos profesionales vinculados a la Dirección de Enfermería en un 67%. La media de reuniones anuales es de 7, existiendo acta en el 100%. La consecución de actividades programadas ha sido de un 73%; 93% y 100% para cada uno de los años de estudio. Del total de actividades 34% correspondió a procedimientos de enfermería, un 3% a la normativa y funcionamiento de la comisión, el 13% al desarrollo de las jornadas de enfermería del Área, y un 50% a la elaboración y validación de recomendaciones de cuidados. La tasa de absentismo fue de 26% en 2009, 14.5% en 2010 y un 4.9% en 2011.

**DISCUSIÓN:**

1. La Comisión de cuidados es un órgano reglamentado estructuralmente con representación los profesionales de enfermería del Área de Salud.
2. La consecución de actividades propuestas ha registrado un aumento en el tiempo hasta alcanzar un cumplimiento superior al 90%.
3. El nivel de absentismo ha experimentado un descenso progresivo desde la formación de la comisión.

**CB - 507.- ACTUALIZACION DE PROCEDIMIENTO PARA ORINAS MACROHEMATURICAS.**

VARELA-SOTO MBG, DEL RIO-HELGUERA E, AGUAYO-GREDILLA FJ, MENDOZA-RUIZ MC, LARRUCEA-DE LA RICA M, MAZON-RIBADO C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

La macro hematuria es un motivo frecuente de utilización de los servicios de urgencias de hospital. En el laboratorio se disponía de un protocolo de trabajo para el estudio sistemático de orinas en el que las orinas con macro hematuria precisaban ser centrifugadas antes de su análisis. De los resultados se eliminaban los parámetros: proteínas, sangre, esterasa leucocitaria, bilirrubina y urobilinógeno y se incluía en el informe el comentario "Hematuria Macroscópica". Se planteó la necesidad de actualizar este procedimiento y ofrecer la mejor información posible al médico solicitante.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se analizaron un total de 100 orinas macro hematúricas entre los periodos 10/2011 a 03/2012. Se analizan las muestras totales y tras la centrifugación con Tiras de orina URIFLET S diagnostics variables de: Glucosa, Proteínas, Bilirrubina, Urobilinógeno, Ph, hematíes/hemoglobina, Cetonas, Nitritos y Leucocitos/esterasa leucocitaria. En el Analizador de orina AUTION MAX AX 2480. El principio de medida es la reflexometría. Menos la densidad urinaria mediante refractometría. Se registraron los resultados en tablas Excel y se compararon los resultados mediante el índice estadístico Kappa, que indica el grado de concordancia. Siguiendo las directrices del CLSI en las cuales "se recomienda que la variabilidad metrologica no vaya más allá de una categoría por encima ó por debajo del valor esperado" se obtiene un nuevo índice estadístico Kappa con variabilidad metrológica. Para la interpretación del índice Kappa se utiliza la clasificación de Landis y Koch que es la siguiente: 0,2 Pobre; 0,21-0,4 Aceptable; 0,41-0,6 Moderada; 0,61-0,8 Considerable; 0,81-1 Perfecta.

**RESULTADOS:**

KAPPA (K) y KAPPA con variabilidad metrológica (Kvm) son : Glucosa (1(K) y 1(Kvm)). Proteínas 0,579(K)-0,985(Kvm). Bilirrubina 0,327(K)- 0,563(Kvm). Urobilinógeno 0,482(K)-0,655(Kvm) Ph 0,827(K)-1(Kvm). Hematíes/Hemoglobina. 0,312(K)-0,768(Kvm). Cetonas 0,213(K)-0,944(Kvm). Leucocitos/esterasa leucocitaria 0,139(K)-0,542(Kvm).

La concordancia K con Kvm, es casi perfecta para los parámetros: Glucosa, Proteínas, Cetonas y ph. Para el urobilinogeno y la Hemoglobina, es considerable y para el resto moderada. Para los nitritos y densidad no es posible la comparación.

**DISCUSIÓN:**

1- La concordancia es buena en general entre ambas muestras, oscilando desde moderada a perfecta, por lo que en principio, podrían utilizarse ambas muestras indistintamente.  
2- Se decide mantener los datos medidos con la orina sin centrifugar, y añadir un comentario: "Hematuria macroscópica: Resultados analíticos alterados (especialmente proteinuria aumentada, debido a la presencia de componente sanguíneo en la muestra". Sin eliminarse datos analíticos como se hacía con el protocolo anterior, mejorándose la disponibilidad de datos al facultativo.

3- La densidad no puede ser medida mediante refractometría debido a la interferente por turbidez, por lo que se mide en un equipo adicional por reflexometría.

**CB - 508.- ADECUACIÓN EN LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y HEMODERIVADOS.**

SANZ-SALVADOR X, MARTÍNEZ-CLARET D, CUEVAS-ORTEGA FJ, PINEDA-VILLALBA A.  
SCIAS - HOSPITAL DE BARCELONA. BARCELONA.

**OBJETIVOS:**

- Valorar la adecuación sobre indicación de transfusión de sangre y hemoderivados en un hospital urbano de tercer nivel de 300 camas, utilizando criterios estandarizados descritos en protocolos y guías de consenso nacionales e internacionales.
- Detección, priorización e implementación de posibles áreas de mejora.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realizó una Auditoría sobre procedimientos transfusionales realizados en 2011, seleccionando casos relacionados con la utilización de hemoderivados a través de altas hospitalarias clasificadas en ICD-9 como CDM 5 (enfermedades y trastornos del sistema circulatorio), 6 (enfermedades y trastornos del sistema digestivo) y 17 (enfermedades y trastornos mieloproliferativos y neoplasias poco diferenciadas), y dentro de éstas, las clasificadas en GRD (Grupo Relacionado con el Diagnóstico) con actividad transfusional.

La valoración de criterios transfusionales se realizó acorde a las guías: Guidelines for Blood Transfusions Services (NHS – UK), Audit for blood/blood product use (American Association of Blood Banks), Guía sobre la transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos (SETS) y Guía d'indicacions per a la transfusió a l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, después de evaluar cada una de las historias clínicas.

El cálculo se realizó mediante un muestreo representativo aceptando un riesgo alfa del 10% con un índice de confianza del 90%. Sobre un total de 375 pacientes transfundidos (1224 unidades) se seleccionaron aleatoriamente un total de 65 casos (17.3%) que fueron analizados por un grupo de profesionales (médicos y enfermeras) formados para ello, utilizando una tabla diseñada para tal fin.

Los casos de difícil valoración fueron consensuados por un mínimo de dos personas.

**RESULTADOS:**

La asignación de casos a GRD quirúrgicos fue superior en los CDM 5 (73,1%) y 6 (60%). En el 17, el 100% de los casos fueron asignados a GRD médicos.

Tras la valoración de resultados se desprende que:

- Un 6,5% de los casos no reunían condiciones de indicación transfusional (todos los casos se produjeron en GRD quirúrgicos).
- En un 23,1% se observó sobretransfusión (entendida como hemoglobina control postransfusional superior a 11 g/dl).
- En un 16,4% de los casos no se realizaron controles postransfusionales durante el resto de la estancia hospitalaria.

**DISCUSIÓN:**

Tras valorar los resultados, se puede considerar que la utilización de sangre y hemoderivados en nuestro centro es adecuada, atendiendo a los resultados de otros centros con casuística similar.

A pesar de ello, se detectaron posibles áreas de mejora encaminadas a:

- Concienciación de los profesionales sobre la indicación y uso de sangre y hemoderivados.
- Evitar transfusiones en aquellos casos en los que no está indicado y la sobretransfusión.
- Personalizar la transfusión teniendo en cuenta variables como edad y sexo.
- Elaboración de protocolos y guías de práctica clínica basadas en evidencia científica.
- Revisiones periódicas para la reevaluación y detección de nuevas áreas de mejora.

**CB - 509.- OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE ANCIANO: VALORACIÓN DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA EN URGENCIAS.**

MARTINEZ-OTON JA, MORAN-SANCHEZ S, CARRION-GARCIA F, MARTINEZ-GARCÍA P, SERRANO-LADRÓN DE GUEVARA S, SEVILLA-CÁCERES L.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA. CARTAGENA (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

La disfagia orofaríngea es un síntoma altamente prevalente, que puede deberse a múltiples procesos patológicos pudiendo ser causa de desnutrición hasta en 1/3 de los pacientes que la padecen, al mismo tiempo que aumentan el riesgo de neumonías por aspiración e infecciones respiratorias.

Con el presente estudio se pretende evaluar la incidencia real de alteraciones de la deglución en pacientes ancianos en el servicio de urgencias, así como la necesidad de incorporar en nuestro arsenal diagnóstico terapéutico métodos sencillos que permitan una mejor atención a este subgrupo de pacientes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se seleccionan de forma aleatoria a un total de 57 pacientes mayores de 80 años que acuden al Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario de Santa Lucía, entre los meses de enero y Marzo de 2012 por patologías que precisan ingreso hospitalario, pero en los que no está comprometida su situación basal. Para la evaluación de la disfagia se utiliza el Test del agua, que se realiza con el paciente incorporado. Con una jeringa de alimentación se le administran 10 ml de agua y se observa si hay babeo, el número de degluciones, si hay tos y si hay disfonía. Se repite cuatro veces en total con el mismo volumen de agua y se acaba con la administración de 50 ml. La prueba es positiva si se presenta cualquier síntoma: babeo, tos o disfonía, y negativa si no se presenta ningún síntoma.

**RESULTADOS:**

De los 57 pacientes incluidos en el estudio, el 63% presentaron anomalías en la deglución que pueden considerarse patológicas. La tos, con un 26% del total de pacientes, es el signo más frecuente, seguido con un 23% del babeo, y un 14% de disfonía. Si se consideran las comorbilidades de los enfermos, obtenemos que el resultado negativo se asocia a menor número de comorbilidades.

**DISCUSIÓN:**

Queda de manifiesto con los resultados obtenidos, que la valoración de la disfagia es de gran interés en la valoración inicial de un paciente anciano en los servicios de Urgencias. En la mayoría de los casos en los que el Test del agua es positivo, no solo se manifestó esa positividad con un único signo, ya que prácticamente todos los pacientes presentaban 2 o más signos. Si analizamos los resultados en base de las comorbilidades de los pacientes detectamos que a mayor número de comorbilidades, mayor porcentaje de positividad en el test del agua, lo que hace que ante un paciente anciano con un gran número de patologías concurrentes, un test tan sencillo, como rápido de realizar sea de gran utilidad.

La utilización del test del agua en nuestro medio, como despistaje de la disfagia orofaríngea es de gran utilidad en los pacientes ancianos, siendo un mecanismo sencillo, rápido y con gran capacidad para detectar pacientes en riesgo de sufrir complicaciones importantes como neumonías por broncoaspiración y desnutrición.

**CB - 510.- GESTIÓN INTEGRAL DEL NEONATO DE RIESGO DESDE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA PEDIÁTRICA: NUESTRA EXPERIENCIA.**

MATEO-PEREA G.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

**OBJETIVOS:**

Describir la experiencia de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria Pediátrica en la atención al neonato de riesgo derivado desde la unidad de Neonatología, así como la actividad principal y sus beneficios.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realiza un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, de pacientes neonatales de riesgo derivados de la Unidad de Neonatología a la Unidad de Hospitalización Domiciliaria Pediátrica entre junio de 2011 y abril de 2012. Utilizando como fuente de información, la historia clínica, informe global de gasto por Área de hospitalización y encuesta voluntaria al alta. Se analiza número de pacientes ingresados, fechas de ingreso y alta, edad cronológica al ingreso, edad gestacional al nacimiento, fecha de retirada de oxígeno en pacientes con oxigenoterapia continua, peso al ingreso y alta, así como la ganancia ponderal. Se realiza análisis de las encuestas voluntarias al alta.

**RESULTADOS:**

El grupo de estudio lo conforman 16 pacientes: 9 con oxigenoterapia y monitorización, 4 con monitorización, 2 con sonda nasogástrica y 1 con bomba de alimentación y monitorización. Todos los pacientes habían sido prematuros con 28,14 semanas al nacimiento de media. El peso medio al ingreso es de 3385 gramos, siendo al alta de 4018 gramo. El tiempo medio de ingreso es de 34,75 días. La actividad desarrollada implica: 108 llamadas telefónicas realizadas y 20 recibidas; 68 visitas domiciliarias de enfermería y 39 visitas conjuntas con pediatra; 23 consultas de seguimiento en hospital; consultas a trabajo social 11; somatometrias 48; vacunas 10; cambio de sonda gástrica 5; gestión de citas 20. Se consiguen 10 encuestas, en donde la totalidad de los padres indican que los conocimientos previos al alta del hospital fueron adecuados, no haberse encontrado desatendidos, que la asistencia fue adecuada a la llegada a domicilio y recomendarían este tipo de asistencia; el 60% indica que influyo la existencia de la unidad en el aceptar el alta y que habrían consultado más el servicio de urgencias de no existir la unidad.

**DISCUSIÓN:**

Destacar, que analizando los pacientes con Displasia Broncopulmonar y oxigenoterapia continua y la estancia media, su coste en Neonatología supondría para los 9 procesos 114.228,20€. Respecto a la satisfacción familiar, aunque no se han utilizado herramientas específicas, se evidencia una aceptación del proceso en domicilio, una ausencia de complicaciones y una respuesta positiva en las encuestas.

A pesar de que la muestra analizada es pequeña y se precisa de un análisis cruzado de más variables, con los datos obtenidos se puede deducir que la hospitalización domiciliaria en neonatos de riesgo aporta beneficios sobre paciente, familia y el sistema sanitario, mejora el rendimiento de las unidades neonatales y por tanto las hospitalarias, se incrementa la eficacia de las mismas al proporcionar una mayor disposición de profesionales y espacio hospitalario, a la vez que se reducen los costes económicos de los procesos tanto en sistema sanitario como familiar.

**CB - 511.- ESTUDIO COMPARATIVO EN DOS UNIDADES DE CMA DE CATARATAS EN EL HOSPITAL MORALES MESEGUER.**

HELLÍN-GARCÍA MJ, VICENTE-MARTÍNEZ R, MARTÍNEZ-MARTÍNEZ ML, DÍAZ-CUENCA A, LAJARA-BLESA J.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO JOSE MARÍA MORALES MESEGUER. MURCIA.

**OBJETIVOS:**

Determinar si la satisfacción de los pacientes intervenidos de cataratas en el HMM es diferente según la unidad de CMA en la que se ubiquen.

Determinar si existen diferencias significativas en ambos procesos que aconsejen priorizar uno u otro o hacer cambios en el circuito de CMA en el HMM.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio longitudinal y prospectivo sobre 213 pacientes sometidos a una intervención de cataratas mediante CMA en el Hospital Morales Meseguer de Murcia, España, del 3 de mayo al 15 de julio de 2011, distribuidos en la Unidad de camas (60,56%) y en la Unidad de sillones (39,43%). Se desarrolló un cuestionario específico con 29 variables usando como base el cuestionario validado SUCMA 14, que es específico para la CMA.

**RESULTADOS:**

Tras analizar los datos obtenidos en ambas unidades, se observa que éstas sólo poseen diferencias estadísticamente significativas en aspectos tales como las instalaciones ( $p=0.026$ ) y en el trato recibido por parte del personal no sanitario ( $p=0.034$ ).

En cambio, no existen diferencias en cuanto al trato recibido en quirófano ( $p=0,936$ ) ni en recuperación ( $p=0,1$ ). Tampoco se aprecian diferencias entre las unidades acerca de la información recibida del personal médico ( $p=0,3$ ), del personal de enfermería ( $p=0,816$ ) y del personal auxiliar de enfermería ( $p=0,928$ ). Los pacientes tampoco consideran que la actitud hacia ellos de los médicos ( $p=0,71$ ), las enfermeras ( $p=0,195$ ) y las auxiliares de enfermería ( $p=0,3$ ) sea diferente según la unidad.

Igualmente, no se encuentran diferencias entre las unidades en otros aspectos como la calidad de la información recibida por el paciente en caso de complicación ( $p=0,484$ ), la comida o bebida tomada durante su estancia ( $p=0,303$ ) o las recomendaciones que harían a sus familiares en caso de que precisasen este tipo de cirugía ( $p=0,486$ ).

**DISCUSIÓN:**

Los pacientes intervenidos en las dos unidades de CMA del Hospital Morales Meseguer se muestran satisfechos en ambas modalidades según los resultados analizados, resulta complejo comparar nuestros resultados con la literatura científica ya que no hay estudios previos.

La selección de los pacientes dependiendo del tipo de unidad, se realizaba sólo en función del quirófano en el que se realice la cirugía, siendo ubicados en la unidad de camas los pacientes intervenidos en el quirófano 4.1 y en la unidad de sillones los pacientes del quirófano 4.2. No obstante se podría plantear teniendo en cuenta el volumen quirúrgico de la población que se va a atender, el hecho de analizar que porcentaje del mismo se puede distribuir en las dos unidades con el fin de optimizar tiempos, algo que sería siempre beneficioso para el paciente.

**CB - 512.- DOCUMENTANDO PERCEPCIONES PARA MEJORAR PROCESOS ASISTENCIALES: ANCIANOS CON CANCER DE COLON.**

SERRA-REXACH JA, JIMÉNEZ-MUÑOZ AB, PLA-MESTRE R, MARTÍN- M, RODRIGUEZ-PEREZ MP, TORIJANO-CASTILLO MJ.

GREGORIO MARAÑÓN. MADRID.

**OBJETIVOS:**

1. Estudiar si se produce una diferente aproximación terapéutica en los mayores de 75 años con cáncer de colon sin estar justificado por su estado clínico (comorbilidades y extensión tumoral).
2. Implantar medidas de mejora en la atención, si fuera necesario.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

A partir de la percepción clínica de los médicos geriatras sobre la aproximación terapéutica en pacientes con cáncer de colon de 75 años excesivamente conservadora, se constituye un grupo de trabajo multidisciplinar formado por médicos especialistas en Geriatria, Oncología Médica y Medicina Preventiva. Se diseña un estudio para documentar esa percepción y si fuera necesario implementar medidas para mejorar el proceso asistencial. El estudio fue realizado a través del análisis de los pacientes diagnosticados de carcinoma de colon y recto incluidos en el Registro de Tumores del HGUGM entre el 1 de julio de 2003 y el 31 de diciembre de 2005 y el CMBD hospitalario. Se realizó un análisis bivalente y una regresión logística considerando como variables dependientes el haber recibido en algún momento del tratamiento cirugía, quimioterapia, radioterapia y tratamiento paliativo y como variables independientes: edad, sexo, índice de Charlson modificado y extensión tumoral en el momento del diagnóstico. Tras los resultados, se implantaron medidas de mejora.

**RESULTADOS:**

Se analizan 503 pacientes, de los cuales 320 son de 75 años y 183 de 75 años. No existen diferencias en función de la edad para el tiempo de demora de la primera consulta, con una media de 42 días. La cirugía en algún momento de la secuencia de tratamiento es lo más frecuente (86% de los de 75 años y en el 76% de los ). Ajustando por comorbilidad y extensión tumoral los mayores de 75 años tienen casi 6 veces menos probabilidad de recibir quimioterapia (OR: 5.9-CI 95% 3.47-10.02) y 3 veces menos de recibir radioterapia (OR: 3.13 CI 95% 1.49-6.47). Tras estos resultados se decide incorporar un geriatra al comité de tumores para revisar los casos de ancianos y mejorar la evaluación funcional y comorbilidad de estos pacientes de cara a la indicación terapéutica. Además este especialista participa en el proceso de comunicación del abordaje terapéutico al paciente y su familia. Quedando pendiente una reevaluación del impacto de esta medida.

**DISCUSIÓN:**

Parece existir una actitud conservadora en el tratamiento de los ancianos con cáncer de colon no justificada por el estado clínico de los pacientes. Sin embargo las limitaciones del Charlson (utilizado como ajuste de comorbilidad) pueden resultar insuficientes para evaluar el estado funcional de estos pacientes, motivo por el cual la medida de mejora implantada se dirigió a la evaluación exhaustiva de dicho estado funcional. En el trabajo no fue posible valorar el rechazo voluntario del tratamiento, aspecto este muy ligado a las habilidades de comunicación de los médicos responsables, sin embargo la medida implantada intenta mejorar también este aspecto.

**CB - 513.- ESTUDIO DEL PERFIL DE UTILIZACIÓN DE LINEZOLID.**

DOMÍNGUEZ-MENENDEZ JA, PÉREZ-ESPAÑA Z, YURREBASO-IBARRECHE MJ, VILELLA-CIRIZA ML, VALLINAS-HIDALGO S, EZPELETA-LOBATO G.

HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

Describir el uso de linezolid en un hospital terciario.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo prospectivo de aquellos pacientes tratados con linezolid en el hospital entre enero y abril de 2010. Durante este periodo se obtuvieron los siguientes datos: unidad de hospitalización, uso de catéteres centrales y/o periféricos, sondaje vesical, nasogástrica, resultado del cultivo microbiológico, uso de terapia antimicrobiana previa y concomitante e interacciones medicamentosas, registrando aquellos casos en los que hubiera sido necesaria intervenir para prevenirlas.

**RESULTADOS:**

Durante el periodo de estudio, 48 pacientes recibieron tratamiento con linezolid (34 hombres y 14 mujeres). La media de edad global fue de 66 años. Respecto a los factores de riesgo, la mitad de los pacientes tenían una vía periférica, el 25% una vía central, el 18.8% sondaje urinario, el 18.8% portaba un drenaje, el 8.3% tenía una sonda nasogástrica y un 4.2% estaba intubado. El Servicio de Reanimación destacó en proporción de pacientes tratados con linezolid (37,5%), Enfermedades Infecciosas el 14,6% y Neumología y Cirugía el 12,5%. En referencia a los diagnósticos de sospecha que motivaron el tratamiento, el más frecuente fue de etiología respiratoria (incluyendo la neumonía) con un 20,8%, seguidos de la infección por *Staphylococcus* spp. (12,5%) y peritonitis (10,4%). Cabe destacar la indicación empírica de linezolid en infecciones causadas por bacilos gram-negativos con una mediana de 3 días de tratamiento.

En cuanto a los microorganismos aislados el 16,7% corresponden a *S. aureus* meticilín resistente, seguidos de *S. aureus* meticilín sensible, estafilococo coagulasa negativo y neumococo (un 4,2% respectivamente). Un 8,4% de los aislamientos correspondieron a bacilos gram negativos. La duración media de tratamiento fue de 6,53 días. Llama la atención que se indicó tratamiento en un caso de infección por gram-negativos durante 11 días a pesar de disponer aislamiento microbiológico y de ser una contraindicación expresa en la ficha técnica. El tratamiento concomitante más utilizado han sido carbapenemes, quinolonas y antifúngicos. No se han registrado alteraciones hematológicas sugestivas de efectos secundarios del tratamiento.

**DISCUSIÓN:**

El 43% de los pacientes estudiados se ajustan a las indicaciones recogidas en la ficha técnica, aislándose en el 33% un microorganismo gram-positivo sensible a linezolid. Del 57% restante no existen datos clínicos ni microbiológicos que nos permitan establecer la idoneidad de la indicación del tratamiento. En un 67% de los casos incluidos se administró el fármaco por los protocolos clínico-terapéuticos existentes en los distintos Servicios, lo cual indica la necesidad de ajustar los protocolos a la realidad clínico-epidemiológica de nuestro hospital.

**CB - 514.- ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y EURO.**

ORTEGA-VILA Y, LORENTE-TEN E, OYA-GIRONA E, VIDAL-ESTEVE E, PAGES-ORTUÑO A, PALACIOS-LLAMAZARES L.

ABS SALOU. SALOU (TARRAGONA).

**OBJETIVOS:**

Correlacionar la información aportada por los pacientes hacia la adherencia terapéutica con el test Morinski-Green (MG) con los datos que constan en el SIRE respecto retirada de medicación de la farmacia en datos previos a medidas de copago farmacéutico y relacionarlas con las datos a los tres meses de la implantación de las medidas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Proyecto / Estudio descriptivo prospectivo. Cohorte. Área básica urbana (28.000 usuarios). Pacientes crónicos 65 años = 2500 personas.

Sujetos: Pacientes crónicos 65 años que han acudido al centro de salud en mayo 2012 en visita médica / enfermería. Se pasará test de MG y se correlacionará con datos SIRE. Incluimos una pregunta adicional: días / mes de abandono terapéutico.

Aceptando riesgo alfa 0.05 para una precisión de  $\pm 0.1$  unidades en contraste bilateral para una proporción estimada de 0.5, hay muestra aleatoria poblacional = 116 sujetos, asumiendo que la población = 2500 sujetos. Tasa de reposición: 20%.

**RESULTADOS:**

1ª fase: valoración previa a la implantación de las medidas de copago. N = 154. 55,84% mujeres; toma media de fármacos 6.4. Toman 7 fármacos 44%, de estos 44% toman 10. Test MG: 27% reconocen olvidos, 12% reconoce no tomar ls a la hora, 13% abandona cuando se encuentra bien, 4,5% abandona cuando se encuentra mal.

Respecto frecuencia de abandono, 11% 1-2 días / mes, 3,2% 1setmana/mes, 1.29% 2setmanes/mes, el resto adherencia total.

Correlación fármacos prescritos / retirados a farmacia: 15,58% no los retira todos. Los no retirados: 31,2% antihipertensivos, 31,2% miscelánea, 9,3% inhibidores de la bomba de protones, 2,4% antidiabéticos, 25% hipolipemiantes. En tres casos, el paciente no retira 1 fármaco.

Se repetirán las valoraciones a los tres meses post-implantación de medidas económicas.

**DISCUSIÓN:**

Hipótesis del grupo de trabajo: habrá un grupo de pacientes que desestimarán parte de los medicamentos, esto afectará directamente su salud. La adherencia terapéutica, será aún más importante. Habrá que establecer medidas para favorecer la seguridad del paciente y potenciar el seguimiento.

A partir de los datos obtenidos la primera parte: Tres de cada cuatro pacientes crónicos, toman todo el tratamiento. No concuerda con la percepción subjetiva de nuestro equipo. Necesitamos medidores indirectos.

Hay corroborar toma de fármacos / control de las patologías.

La mayoría de los pacientes retira toda la medicación. No podemos asegurar que la tomen. Se implementarán planes para salvaguardar la seguridad del paciente. Corroborar la toma de fármacos, psicoterapia breve verso cumplimiento y revisión de botiquines. Hay que implicar a los farmacéuticos en controlar el cumplimiento.

Introducir en el SIRE un aviso de los fármacos no retirados = mayor seguimiento.

Serán necesarias medidas para hacer prevalecer la seguridad de los pacientes y el seguimiento de las terapias indispensables.

**CB - 515.- ESTRATEGIAS PARA CONTENER EL GASTO EN EL TRATAMIENTO EN ARTROPATÍAS CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS.**

CATALÁ-PIZARRO R, USON-JAEGER J, MORIEL-SÁNCHEZ C, TARÍN-VICENTE MN, GALINDO-GALLEGO M, MIGUÉLEZ-SÁNCHEZ R.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. MÓSTOLES (MADRID).

**OBJETIVOS:**

En junio de 2011 a propuesta de la Dirección se elaboró un protocolo de tratamiento de la artritis reumatoide (AR) y de la Espondiloartropatías (E) consensuado entre el Servicio de Reumatología y Farmacia del centro. Éste fue dirigido a identificar las indicaciones y seguimiento de los fármacos biológicos. Uno de los objetivos fue: incluir estrategias para contener el gasto como la reducción de dosis o ampliación del intervalo del tratamiento con anti-TNF en pacientes en remisión de la enfermedad tratada definida como DAS28 menor de 2,4.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

La estrategia se aplicó primero en pacientes con AR y posteriormente en pacientes con E. Se estableció un procedimiento de revisión de tratamientos para lo que se elaboró un formulario por paciente con fecha de consulta y tratamiento. El reumatólogo responsable valoraba la idoneidad del tratamiento y en caso de idoneidad a protocolo se modificaba la pauta de dosis, la dosis o suspensión del tratamiento.

**RESULTADOS:**

De los 204 pacientes con artropatías en tratamiento, el % de pacientes en los que se reajustó el tratamiento con Etanercept fue del 21,88% en AR y el 29,63% en E, con Adalimumab fue 16,07% en AR y 25,71% en E y con Infliximab el 45% en AR y el 41,18% en E. El total de pacientes con reajuste de tratamiento (espaciado o reducción de dosis) fue en AR del 23,15% y en E del 32,29%, lo que supuso un ahorro de 49.419,46 euros en AR (5,41% del gasto a dosis estandar) y un ahorro de 73.426,83 euros en E (8,67% del gasto estimado a dosis estandar). Ahorro total en 2011 de 122.846,29 euros.

**DISCUSIÓN:**

La implicación de los profesionales de Reumatología y Farmacia Hospitalaria con la Dirección Médica es clave en la optimización de protocolos de prescripción, de resultados y de ajustes de dosis según respuesta al tratamiento, llevando una mayor eficiencia.

**CB - 516.- LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA EN GESTION AMBIENTAL.**

ASTARBE-ESCUADERO I, BROCAL-HERNANDEZ I, SEIJO-CHACON D, IZAGUIRRE-ESNAOLA I, OYARZABAL-VALORIA S.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA. DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN.

**OBJETIVOS:**

El Hospital desarrolla su política ambiental al sentirse copartícipe de la demanda social que exige una posición más responsable en el cuidado del medio ambiente y el avance hacia el desarrollo sostenible.

Con el objetivo de incorporar los aspectos ambientales a la gestión diaria del hospital, se definió e implantó un Sistema de Gestión de la Mejora Ambiental, logrando la certificación Ekoscan, lo que supuso un reconocimiento a su compromiso por la mejora ambiental continua y al esfuerzo de todo el personal por contribuir de forma activa a favor del medio ambiente y hacer un hospital comprometido con el desarrollo sostenible.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Aspectos relevantes a destacar de la experiencia de nuestra gestión ambiental:

- El compromiso Medioambiental del Hospital.
- Formación de un Grupo de Mejora ambiental, que trabaja en la identificación y definición de los objetivos de mejora.
- Creación de un GUNE en la Intranet, para facilitar la participación de todos los trabajadores del Hospital.
- Incrementar la sensibilización de los usuarios, cuya participación resulta fundamental en este proceso.
- Racionalización del uso de contenedores para residuo biosanitario.
- Instalación de puntos verdes en todo el hospital.
- Sustitución de 9 vehículos (aquellos en los que su autonomía permite la cobertura del itinerario habitual) de Hospitalización a Domicilio, por coches eléctricos.

**RESULTADOS:**

Como consecuencia se han logrado importantes resultados de Mejora Ambiental:

- \* Reducción en la generación de los residuos totales en un 6,90% , e incremento de la cantidad de residuos a reutilizar, reciclar y valorizar en un 23,51%, entre los años 2008 al 2011.
- \* Importante disminución de Kg. de residuo biosanitario, racionalizando el uso y volumen de llenado de contenedores a puntos de producción definidos por Medicina Preventiva.
- \* Mejora de la eficiencia en el consumo de recursos: Reducción de un 2,60% el consumo de agua, y un 5,71% de reducción de consumo de energía térmicas.

**DISCUSIÓN:**

Los resultados obtenidos han sido posibles debido a la campaña de sensibilización y la continua colaboración del personal y de los usuarios del hospital, lo que nos anima a seguir marcándonos objetivos, y perseguir su consecución con los recursos disponibles en cada momento.

## **CB - 517.- AUTOMATIZACIÓN DE CUADROS DE MANDO DEL HOSPITAL DE CAMPDEVÀNOL.**

NICOLAS-ALCÓN I, GRANÉ-ALSINA J, SOLER-FERRET L, RADOVAN-GONÇALVES A.  
HOSPITAL DE CAMPDEVÀNOL. CAMPDEVÀNOL (GERONA).

### **OBJETIVOS:**

El objetivo principal es la automatización de los cuadros de mando del Hospital de Campdevànol para habilitar a los responsables en la toma de decisiones proporcionando información veraz, actualizada y al instante de lo que está aconteciendo en sus distintas áreas de responsabilidad.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Para la consecución del objetivo propuesto se ha procedido al diseño e implantación de una plataforma tecnológica de Business Intelligence. Las distintas etapas del proyecto han sido las siguientes: 1) análisis de datos; 2) diseño funcional del prototipo y planificación; 3) diseño técnico; 4) desarrollo; y 5) implantación. Como principal obstáculo a superar en un proyecto de estas características consiste en la definición de los indicadores más relevantes. La selección de la información para el desarrollo del cuadro de mando ha supuesto un ejercicio laborioso y pormenorizado pues ha significado replantear el sistema de indicadores previo desechando algunos y añadiendo otros en función de su utilidad y necesidades reales de la dirección. Otro de los aspectos de método a destacar es la definición de una estructura de información óptima en el datawarehouse mediante la herramienta ETL (extract, transform and load) para que la información distribuida en las distintas aplicaciones del hospital pueda obtenerse sin demoras y con niveles de detalle suficientes para la gestión.

### **RESULTADOS:**

El resultado es la propia definición e informatización de los cuadros de mando del ámbito asistencial, económico-financiero y de recursos humanos que incluyen más de 50 indicadores claves de gestión. Todos los cuadros de mando se han desarrollado a dos niveles. Un primer nivel muestra la mínima información necesaria para detectar que está pasando y entender rápidamente que indicadores tienen resultados óptimos o desfavorables de acuerdo con los objetivos fijados. En un segundo nivel se permite al usuario profundizar en los resultados de cada uno de los indicadores de primer nivel mostrando un conjunto de gráficos e informes que muestran al detalle toda la información desglosada. Por ejemplo, en el cuadro de mando asistencial, se puede encontrar el indicador clave "número de altas" que muestra el resultado absoluto del período, además de mostrar también su desviación respecto el mismo período del año anterior. En este segundo nivel, el usuario puede agrupar o filtrar la información por conceptos, como por ejemplo, el servicio, la cobertura, el origen de ingreso, el destino, etc.

### **DISCUSIÓN:**

En el contexto actual es de vital importancia disponer de herramientas que faciliten la toma de decisiones en el mínimo tiempo posible centrando nuestros esfuerzos en lo que realmente es importante para nuestro hospital. La automatización de los cuadro de mando ha plasmado estas intenciones facilitando a los directivos y responsables la misma información, uniforme y actualizada para implementar y monitorizar el desarrollo del plan estratégico 2010-2012.

**CB - 518.- MORTALIDAD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO:  
INDICE DE CALIDAD ASISTENCIAL.**

MARTINEZ-MORATALLA-DE LA PRIDA M, LUCAS-IMBERNON FJ, REOLID-MARTINEZ R, VAL-JIMENEZ CL, BALLESTEROS-MERINO M.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALBACETE. ALBACETE.

**OBJETIVOS:**

Introducción. La elevada edad media de la población atendida, las deficiencias estructurales de la Atención Primaria y la paulatina pérdida en el medio urbano del papel fundamental que debe desempeñar el médico de cabecera en la atención urgente, 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 irremediabilmente 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). Objetivos 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 MÉTODOS:**

Tipo de estudio: Descriptivo y relacional retrospectivo de los pacientes fallecidos en el SUHGUA 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 Karnofsky y la ubicación del paciente en el momento del óbito. Análisis estadístico: Programa SPSS; p<0,05.

**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). 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 ECG Glasgow 10; el 28,1% tiene deterioro cognitivo moderado-severo; El 75,4% tiene parámetros de muerte esperada; el 66,8% tenían un Ind 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:**

Conclusiones. 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.

**CB - 519.- CUADRO DE INDICADORES DE SEGURIDAD CLINICA Y CALIDAD ASISTENCIAL COMO HERRAMIENTA PARA GESTIONAR LA MEJORA CONTINUA.**

BONILLO-CABALLERO M, MARCOS-BORRAS I, MARTI-ESPARZA L.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT JOAN DE REUS. REUS (TARRAGONA).

**OBJETIVOS:**

En los últimos años, las organizaciones sanitarias han priorizado sus actuaciones para fomentar la utilización de herramientas y procedimientos que mejoren el resultado de la practica sanitaria, y potenciar estrategias para crear una cultura de calidad y SC.

- Incorporar la cultura de medir la calidad en el personal de enfermería, con el propósito de estandarizar y unificar los criterios de cuidados.
- Evaluar los diferentes servicios a partir de indicadores y poder tomar decisiones y/o detectar oportunidades de mejora.
- Comparar los resultados obtenidos en los cuadros de indicadores del 2010 y 2011.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

- Definición, elaboración y monitorización de los indicadores.
- Sesiones formativas a todos los profesionales sanitarios.
- Difusión de los resultados y medidas de mejora.
- Estudio retrospectivo comparativo de la evolución del cuadro de Indicadores de calidad y SC. 2010-2011.

**RESULTADOS:**

-El cuadro de indicadores se comienza a implementar en el 2009 y se va actualizando cada año. En el 2010-2011 se monitorizaron 7 indicadores de S.C y se aumentaron 2 de calidad en el 2011

-Se realizaron 2 sesiones generales informativas y 8 específicas por servicios durante el 2011.

-Indicadores de SC de Incidencia:

Prevención y cuidados de la piel; Pacientes con valoración del riesgo de úlceras por presión (UPP), 87,26%--2010, 86,56%--2011; % global de NPP declaradas 3,69%--2010, 2,42%--2011. Valoración del riesgo de caídas; pacientes con la valoración del riesgo de caídas al ingreso, 27,23%--2010, 48,23%--2011; caídas notificadas x 1000 días de ingreso 4,19—2010, 4,94—2011.

Indicadores de Prevalencia; Pacientes con valoración del riesgo de UPP, 82,47%--2010, 92,18%--2012.; Índex de todos los grados de NPP, 12,33%--2010, 5,97%--2011.

Visualización del punto de inyección, 2010--89,79%,2011-94,70%; Índex de flebitis 2010—2,47%, 2011-3,15%.

Valoración del dolor: valoración por turno, 2010--80,06%, 2011—88,61%; pacientes con EVA&gt;3, 2010--18,49%, 2011--11,58%.

Identificación inequívoca del paciente 2010--95,92%; 2011—98,16%.

Adherencia al lavado de manos de los profesionales. 69%--2010, 78%--2011.

-Revisión periódica del carro de paros según protocolo, 2010—85,05%, 2011-85,60%

-Indicadores de calidad; 2011, manipulación de las sondas vesicales, 96,87%, Control del peso del paciente al ingreso.73,83%

**DISCUSIÓN:**

El uso de indicadores es un avance en la gestión para objetivar aspectos relevantes de la asistencia, establecer comparaciones, proponer objetivos, y crear una cultura de evaluación y mejora: el Cuadro de Indicadores es una herramienta util para monitorizar la calidad en la asistencia.

Analizando los resultados se ha ido trabajando en diferentes proyectos, pudiéndose individualizar por servicios dependiendo las áreas a mejorar: Mejorar los cuidados de la piel, prevención de UPP, Identificación del paciente con riesgo de caídas, mejorar la recogida de la 5ª constante (el dolor), protocolo de vías periféricas, protocolos de mantenimiento carro de paros.

**CB - 520.- LA INFORMATIZACION DE LA HISTORIA CLINICA COMO SOPORTE PARA CONFECCIONAR EL CUADRO DE INDICADORES DE CALIDAD.**

DE FEBRER-MARTINEZ G, GARCÍA-PEÑA P, FERRER-PEÑART I, JARA-MOYANO S, SOLÉ-FORTUNY R.

HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN DE REUS. REUS (TARRAGONA).

**OBJETIVOS:**

Sistematizar y mejorar la recogida de datos para calcular los indicadores de calidad del cuadro de mando, a partir de la historia clínica informatizada.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

El cuadro de indicadores del Área sociosanitaria se empezó a confeccionar en el año 2005 y en los años sucesivos, se ha ido mejorando y modificando para poder cumplir con las siguientes áreas de valoración:

1. Riesgos prevenibles.
2. Relacionados con la atención a la persona.
3. Eventos centinelas.
4. Indicadores de actividad y flujo.
5. Indicadores de opinión de los usuarios.

Se han ido describiendo cada uno de los indicadores, el sistema de recogida y su cálculo. Los límites y estándares se han definido según los objetivos CatSalut, según la literatura y nuestra propia experiencia.

La recogida de datos, antes de la Informatización de la Historia clínica, H-net, era mediante registros específicos, estudios transversales y revisión de historias clínicas, exigiendo la dedicación de tiempo importante.

La H-net se ha ido confeccionando conjuntamente con los servicios asistenciales, de forma que se han incluido los diferentes apartados y formularios para poder obtener los datos para el cálculo de los indicadores en la misma historia clínica, obteniéndose exportaciones en forma de base de datos para el cálculo.

**RESULTADOS:**

Disponemos de un cuadro de mando de indicadores de calidad que contempla las áreas anteriormente descritas.

Resultados año 2011, total altas – 483 :

Lesiones por decúbito – 5,5%, caídas – 8%, broncoaspiraciones – 29 episodios, pacientes con delirium – 71 episodios, contenciones físicas – 29 episodios , mejora funcional – 81,7%, control del dolor – 92,4%, altas a domicilio- 68,1% , mortalidad - 4,1% , estancia media en convalecencia – 30 días, reclamaciones- 2 y respuesta de la reclamación – 100% entre otros resultados.

La frecuencia de medida es trimestral, y la recogida de datos actualmente es a partir de exportaciones de bases de datos de la H-net.

**DISCUSIÓN:**

-Desde la utilización de la Historia informatizada, la obtención de datos se ha simplificado de forma importante, ahorrando tiempo y obteniendo los indicadores mediante las exportaciones de la misma.

-La inclusión de los diferentes indicadores de calidad en la historia clínica, mejora la complimentación de los mismos.

- Para obtener resultados correctos, se tiene que realizar una buena cumplimentación de la historia clínica y evitar duplicaciones de registros.
- El siguiente paso, sería disponer de un sistema informatizado de cálculo automático para la obtención de los indicadores.
- El cuadro de mando permite hacer un seguimiento y conseguir los objetivos marcados.

**CB - 521.- UTILIDAD DE LOS INHIBIDORES DE LA TIROSINKINSA EN EL TRATAMIENTO DEL HEPATOCARCINOMA.**

SEVILLA-CACERES L, MARTINEZ-OTÓN JA, SERRANO-LADRON DE GUEVARA S, CARRIÓN-GARCIA F, MORAN-SANCHEZ S, MARTINEZ-GARCIA P.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA. CARTAGENA (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

El sorafenib es un agente antitumoral del grupo de los inhibidores de la tirosina-kinasa, cuya función es inhibir la proliferación, angiogénesis y progresión a metástasis tumoral en diferentes tumores de riñón e hígado. Mediante el estudio SHARP se demostró que producía una disminución del 31% del riesgo de fallecer. aumentaba la supervivencia en 2.8 meses de media y aumentaba el tiempo de progresión en 2.7 meses.

**OBJETIVO.**

Valorar la efectividad del tratamiento con Sorafenib en nuestro medio, así como identificar variables que permitan mejorar el perfil del tratamiento y su impacto económico en nuestra área de salud.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se han seleccionado 18 pacientes en tratamiento con Sorafenib por Hepatocarcinoma del área II de salud de la Región de Murcia, con una media de edad de 70,3 años. Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo con inicio del seguimiento en Noviembre de 2008 y una duración total de seguimiento de 36 meses.

**RESULTADOS:**

En nuestro medio el 61% de los pacientes con hepatocarcinoma están en seguimiento por el Servicio Aparato Digestivo, el 39% restante por el Servicio de Oncología. Atendiendo a la etiología de base, se identifica el alcohol y el VHC como causas mas importantes de desarrollo de Carcinoma Hepatocelular (CHC). Se observa en el diagnostico que el 45% de los pacientes presentan un CHC uninodular, y un 55% multinodular, de los cuales el 50% presentaban metástasis en el momento del diagnostico. Del estudio de supervivencia obtenemos 4.3 meses de supervivencia media y un tiempo de progresión de 9.3 meses.

**DISCUSIÓN:**

Comparando nuestros estudios de supervivencia con los resultados del estudio SHARP, identificamos que la supervivencia media de los pacientes en nuestro estudio de 4.3 meses, esta muy disminuida en comparación con los 10.9 meses esperados. Como causa de esta gran diferencia, pueden identificarse, el retraso en el inicio del tratamiento, la gran repercusión de los efectos secundarios y la intolerancia al fármaco. Si atendemos al tiempo de progresión, vemos que en nuestro estudio es de 9.3 meses, comparado con los resultados del estudio SHARP, de 5.5 meses. Esta diferencia que a priori parece importante esta altamente artefactada por la supervivencia de un paciente, el cual si se elimina del análisis estadístico, el tiempo de progresión es superponible en ambos estudios.

**CONCLUSION.**

En nuestro medio, el tratamiento paliativo con Sorafenib en los pacientes con CHC, no supone un aumento de la supervivencia ni del tiempo de progresión, y si de los efectos secundarios y el coste sanitario.

Teniendo en cuenta los tiempos de progresión y de supervivencia, sumado al elevado numero de efectos secundarios y al coste del fármaco, es necesario sentar una buena indicación del mismo, así como establecer un buen plan de seguimiento del enfermo para optimizar la rentabilidad coste/beneficio del tratamiento con Sorafenib.

**CB - 522.- IMPACTO DE UNA NORMATIVA CONSENSUADA ENTRE RADIOLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA PARA RACIONALIZAR LOS ESTUDIOS RADIOLÓGICOS.**

CONTESSOTTO-SPADETTO C, BERMÚDEZ-GARCÍA C, GARCÍA-RODRÍGUEZ F, HERNÁNDEZ-SÁNCHEZ ME, RAMS-SÁNCHEZ E, GARCÍA-MOLINA J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR. SAN JAVIER (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

1) Comprobar los efectos de las medidas de adecuación de la prescripción de radiografías y escáneres por los médicos de Atención Primaria (AP), implantadas hace dos años en nuestro Área de Salud.

2) Demostrar que el consenso multidisciplinar mejora la calidad científico-técnica de las actuaciones médicas, optimizando las solicitudes de estudios radiológicos y reduciendo la dosis de radiaciones ionizantes innecesarias a la que son sometidos los pacientes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se hace un análisis retrospectivo de la demanda de radiografías simples (Rx) y tomografías computarizadas (TC) solicitadas por los médicos de Atención Primaria del Área de Salud antes de la introducción de una normativa reguladora específica, elaborada con arreglo a las directrices europeas de protección radiológica y consensuada con los responsables del Servicio de Radiología. Por su elevada dosis de radiación, se aplicó un control especialmente estricto en las peticiones de Rx de columna completa, Rx para telemetría de extremidades inferiores y TC, cuyas indicaciones se acotaron a casos muy concretos y bien documentados por el solicitante. Se valora la situación existente en el primer semestre de 2010, previa a la intervención, y se compara con el número de dichas pruebas radiológicas realizadas en los 3 semestres posteriores, hasta el 31 de diciembre de 2011.

**RESULTADOS:**

En los primeros 6 meses de 2010 se realizaron en el hospital 5.262 Rx solicitadas desde AP, de las cuales 1.430 fueron diferentes proyecciones de columna (27.2% del total) entre las que iban incluidas 380 de columna completa (el 26.6% de las Rx de columna). Asimismo, se contabilizaron 285 TC (el 61.1% de cerebro) y 74 telemetrías. A lo largo del periodo considerado, con una breve inflexión de tendencia ligada al traslado del hospital a un nuevo edificio, se constata una disminución progresiva de los parámetros de inadecuación en las propuestas de estudios radiológicos procedentes de AP, que a 31 de diciembre de 2011 son: 4.927 Rx totales, con 1.055 proyecciones de columna (21.4%) de las cuales sólo 32 (el 3%) fueron de columna completa. Las TC se redujeron a 141 (de las cuales el 90.1% fueron de cerebro, cuya indicación se considera adecuada) y las telemetrías de miembros inferiores fueron 4.

**DISCUSIÓN:**

El sistema actual de gestión única de las Áreas de Salud permite, y al mismo tiempo obliga, a especialistas hospitalarios y médicos de Atención Primaria a buscar conjuntamente fórmulas para coordinar sus actividades y mejorar la atención al paciente, con el fin de disminuir el riesgo de daños derivados de prácticas médicas inadecuadas, y permitir ahorrar recursos que quedan disponibles para otros servicios. En nuestro medio, la aplicación de criterios clínicos consensuados para la solicitud de pruebas radiológicas desde AP está repercutiendo positivamente en la calidad de las prestaciones sanitarias y en su gestión.

**CB - 523.- LABORATORIO ON-LINE.**

ALCANTARA-ZAPATA FJ, MORENO-VALERO MA, BARRAGAN-PEREZ AJ, LUJAN-MERCADER A, SANTIAGO-GARCIA C, LOPEZ-LACOMA JC.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA. CARTAGENA (MURCIA).

**OBJETIVOS:**

Hace unos años se terminó de implantar la petición electrónica analítica de bioquímica y hematología en los centros de salud del área 2 de la Región de Murcia utilizando el módulo OMI-LAB de OMI-AP. La comunicación con el hospital, así como la vuelta de resultados se realizaba través correo electrónico diario mediante el envío de un fichero de texto adjunto que implicaba la intervención manual de personas tanto en el hospital como en los centros de salud.

La apertura de un nuevo Hospital obligó a replantear el modelo de integración.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se decidió utilizar en el nuevo modelo de integración, la codificación internacional para laboratorio LOINC así como la mensajería HL7.

Se realizó un plan global de informatización incluido el servicio de Laboratorio y la petición analítica electrónica a través de Selene por parte de los facultativos especialistas.

Al mismo tiempo se llevo a cabo un plan de puesta en marcha de la petición analítica electrónica en los centros de salud basado en el nuevo que implementaba el proceso de la extracción por parte del personal sanitario en Selene en vez de OMI.

Era fundamental mantener el circuito existente, donde el paciente salía de la consulta con la cita para la extracción.

Una vez asentada la petición electrónica en los ámbitos de Urgencias y hospitalización había que avanzar en consultas externas.

**RESULTADOS:**

El nuevo modelo aporta una tremenda potencia y flexibilidad, eliminando los errores y dependencias de las personas que intervenían en el modelo anterior.

Toda petición realizada desde OMI se crea automáticamente, mediante integración, en Selene, de manera que el facultativo especialista puede ver los resultados analíticos.

Además, toda petición solicitada por el facultativo especialista desde cualquier ámbito hospitalario, se integra automáticamente como petición pendiente de ver en la aplicación OMI-AP.

Actualmente el nivel de utilización de la petición analítica electrónica en el area es del 90 % en hospitalización, el 100% en Urgencias, del 75% en Primaria y del 40% en consultas.

**DISCUSIÓN:**

Esta arquitectura supone una integración completa y va a redundar en una disminución del número de analíticas que se van a solicitar, con el consiguiente abaratamiento del coste, mayor rapidez en el diagnóstico, evitando desplazamientos y otras incomodidades al usuario y en definitiva, conseguimos una mejor atención de nuestros ciudadanos.

## **CB - 524.- GESTOR DE APLICACIONES ISO EN ENTORNO WEB.**

CERVERA-LOPEZ E, NOGALES-TRULL M, PONS-COMA J, ARMADA-LOPEZ L.

MUTUA LABORAL-DIRECCIÓN DE CALIDAD. BARCELONA.

### **OBJETIVOS:**

Dar a conocer el desarrollo y puesta en marcha de un nuevo aplicativo, que engloba todas las aplicaciones utilizadas en el sistema de gestión de la calidad implantado en los 110 centros asistenciales y los dos hospitales de Mutua Universal.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se contaba con una base de datos en lotus notes , que aunque cumplía con parte de los requisitos, pero nos daba muchos problemas de extracción de datos para su análisis así como con la gestión de los distintos perfiles que lo utilizaban. Ambos hechos nos limitaban a la hora de realizar análisis y mejoras en los procesos asistenciales y del resto de la Mutua.

Un equipo de consultores de calidad y de otras áreas de la organización hemos trabajado para desarrollar los requisitos de la nueva herramienta hecha a medida. Aprovechando el cambio tecnológico para rediseñar procesos e introducir mejoras. Dertacar por ejemplo las mejoras en el cumplimiento del LOPD, o la creación de datos que nos permitan medir tiempos medios de cierres o de resolución.

Otro sistema destacable es el aplicativo se ha diseñado por los tres sistemas de gestión de la Organización, Sistema de gestión de la calidad basado en ISO 9.001, de Medioambiente basado en ISO 14.001 y de prevención (basado en OHSAS). Por lo que de cara una futuro en el que nos planteemos una integración de los tres sistemas, tendremos medio camino hecho al ya tener sistemas de la información comunes.

### **RESULTADOS:**

Se ha obtenido un aplicativo que contiene :

- la biblioteca y el gestor documental de toda la documentación.
- gestor de objetivos: con los proyectos y planes de mejora de cada año, con sus responsables y sus grados de avance.
- las aplicaciones de no conformidades, acciones de mejora, acciones preventivas-La voz del cliente con reclamaciones, agradecimientos y sugerencias.

### **DISCUSIÓN:**

El trabajo de definición entre las distintas Áreas ha permitido ,mejorar los procesos y obtener un gestor web muy efectivo.

**CB - 525.- CONFIGURANDO EL CUADRO DE MANDO DE CUIDADOS EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE UN HOSPITAL.**

ARTIGAS-LAGE M, PEREZ-COMPANY P, DEL OSO-MORAN J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA VALL DE HEBRON. BARCELONA.

**OBJETIVOS:**

Se pretenden tres objetivos. Definir las áreas de información que debería contener el Cuadro de Mando (CM) de los cuidados enfermeros en un hospital de tercer nivel. Los indicadores cuantitativos y cualitativos que configuran el contenido de la información. Y la introducción del CM de cuidados en el sistema de información (SI) del hospital. Aplicativo "ACOGÉ".

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se definen las áreas de información de los resultados mediante agrupadores que constituyen el eje central de un CM estándar, a través de dos métodos; revisiones de las propuestas que hacen los centros internacionales de información sobre calidad asistencial, y acuerdo de expertos. Se elaboran indicadores y sus descriptores, o se revisan los ya existentes, clasificándolos por agrupadores, mediante revisión bibliográfica, la técnica nominal de grupo, o la experiencia de medición de 10 años, configurándose un Catalogo.

Se propone a los gestores, una adecuación de la propuesta estándar del CM a los diferentes perfiles de cuidados que se prestan en las diferentes áreas. Se incluyen dentro del SI general y en el aplicativo "ACOGÉ" que permite conocer los resultados del producto y además pactar objetivos anuales.

Se diseña un sistema de transferencia de datos a un Datawarehouse, de donde se explotaran los resultados.

**RESULTADOS:**

Se han definido 15 áreas/ agrupadores, para el CM estándar, que van desde los relacionados con actividad y costo, a los que definen las características y conocimiento enfermero, a los de adhesión a la empresa, o aquellos que impactan en la eficiencia y satisfacción del paciente. Participación, Profesionales, Prestaciones, Autonomía enfermera, Organización, Costos, Actividad científica, Docencia y formación, Información clínica del paciente, Seguridad paciente, Seguimiento terapéutico, Continuidad de cuidados, Autonomía paciente, Satisfacción paciente, Otros. El Catalogo comprende 236 indicadores con sus descriptores correspondientes. Las 139 unidades asistenciales han adecuado su CM al perfil del case-mix de pacientes que atienden. En el Datawarehouse, se vuelca información de la estación clínica de enfermería, Bussines Object, los software de: actividad científica, formación, y RRHH, Access de indicadores de proceso, etc.

**DISCUSIÓN:**

Durante los diez años que lleva funcionando el SI de cuidados, se ha innovando atendiendo a criterios de madurez de la organización o capacidad técnica. Así los primeros años se priorizó la existencia de información para todos los núcleos funcionales y los últimos años se esta apostando por la calidad de la información, incorporando indicadores sensibles para la practica enfermera, o el impacto de la actividad en la seguridad de pacientes, o la combinación de background y experiencia profesional, entre otros. La innovación que presentamos responde a la pregunta ¿Qué información necesitan las enfermeras para asegurar que los cuidados tienen el resultado deseado? De ahí que se presente el estándar y los perfiles de la información necesaria en los CM.

**CB - 526.- INFORMACIÓN ECONÓMICA PARA LOS PROFESIONALES SANITARIOS.**

GARATE-PÉREZ S, ORTEGA-SALAZAR A, GÓMEZ-RODRÍGUEZ MA, LEÓN-ARAUJO C, ACAITURRI-AYESTA MT, GÓMEZ-INHUESTO E.

HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO. GALDAKAO (VIZCAYA).

**OBJETIVOS:**

Desarrollar un Sistema de Información Económica (SIE) para gestores clínicos que integre datos económicos y asistenciales con la finalidad de hacer transparente y comprensible la información para la gestión.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Fruto de las revisiones de la efectividad del SIE existente, en los diferentes ciclos de mejora, se adoptó la solución de incorporar una plataforma de Business Intelligence, on line, vía navegador, visual y de fácil manejo, a través de la cual se difunde la información económica a profesionales sanitarios, gestores de procesos y equipo dirección, mediante informes dinámicos, flexibles e interactivos, que permiten la navegación por los datos y manejarlos desde diferentes perspectivas.

**RESULTADOS:**

Cuadro de Mando Económico (CME) automatizado, siendo la actualización de los datos instantánea. Se presenta on line y se difunde al equipo dirección y gestores de procesos del ámbito económico. Este CME, que ha sido revisado y adaptado a las necesidades de gestión, ha permitido acercarnos a las necesidades de información de profesionales clínicos, que junto a la información asistencial, ha hecho posible el diseño de informes personalizados. paulatinamente, se ha incorporado información asistencial relevante para cada servicio.

CME Servicios y Procesos: Diseñado para los profesionales clínicos y fue necesario para implantar el proyecto de descentralización de la gestión a servicios. Supone un cambio del modelo organizativo introduciendo los Contratos de Gestión como herramienta de interlocución entre Dirección y Gestores donde se acuerdan objetivos en resultados asistenciales, económicos y estratégicos. La información se presenta a través de informes dinámicos, on line, con carácter mensual y está desplegado al 100% de líderes responsables, gestores y equipo dirección.

Información económica actualizada y disponible el primer día de cada mes permitiendo el análisis de desviaciones y posterior control presupuestario.

La misma información está a disposición de todo el equipo de gestores del hospital: equipo dirección, médicos jefes de Servicio, supervisoras de enfermería y gestores de procesos.

Envío automático de informes vía correo electrónico así como acceso a la información vía navegador, a todos los niveles de responsabilidad, incluyendo las Unidades de Enfermería, con la consiguiente reducción de consumo en papel.

Este SIE es transferible a cualquier organización y medimos el impacto generado en el ámbito sanitario mediante el nº de visitas recibidas, que hasta la fecha han sido 12.

**DISCUSIÓN:**

Este SIE ha servido de soporte para llevar a cabo el proyecto de descentralización de la gestión económica a servicios y procesos.

Favorece la transparencia en la información a nuestros grupos de interés internos.

La herramienta responde a necesidades reales de gestión del equipo dirección y de gestores clínicos facilitando la toma de decisiones.

La sencillez y manejo de la herramienta favorece el uso a gestores clínicos de dicha información.

**CB - 527.- ANÁLISIS DEL COMPONENTE ASISTENCIAL DEL CUADRO DE MANDO DE UNA ORGANIZACIÓN MULTICÉNTRICA.**

CASTELLÓN-RAMÓN JA, PONTÓN-SIVILLA JL, CERNUDA-TEROL C, BACIERO-LORZA F, MONTOLIU-VALLS RM, ASENSIO-BLASCO E.

INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA. L'HOSPITALET DE LLOBREGAT (BARCELONA).

**OBJETIVOS:****INTRODUCCIÓN**

A principios del 2010, el almacén de datos de la organización disponía de información de los diferentes centros y sistemas del grupo pero no se utilizaba para el análisis de resultados por parte de los gestores sino que los datos eran tomados directamente de los sistemas de origen.

Definidos los informes que debían estar disponibles a través de la herramienta de cuadro de mando (CM) y que incluían indicadores básicos de carácter económico, de actividad, de consumo de fármacos, de recursos humanos e indicadores de calidad, en relación a la información asistencial se pretendió:

- Identificar indicadores clave y ámbitos de difusión.
- Generar un catálogo de indicadores corporativo, revisar y homogeneizar criterios de cálculo.
- Identificar los sistemas origen y soporte a la construcción de los procesos de extracción y carga de datos.
- Diseño y construcción del modelo de datos corporativo y relacional.
- Definición y construcción de un sistema corporativo que permita a los usuarios introducir en un entorno centralizado aquellos datos críticos no disponibles en las aplicaciones corporativas.
- Diseño y construcción de los informes.
- Plan de comunicación y de formación adecuado para la gestión del cambio necesario en la organización para el éxito del proyecto.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se estableció un responsable de la información asistencial por centro y un responsable corporativo que han llegado a un consenso en relación a:

- Catálogo de prestaciones y el sistema de registro.
- Fuentes de información.
- Responsables de los datos y de su validación.
- Selección de indicadores para hacer el seguimiento de los objetivos de la organización.
- Definición de criterios para la construcción de los indicadores.

**RESULTADOS:**

Como productos generados tenemos:

- CM corporativo.
- Glosario de indicadores y tablas de equivalencias.
- Diseño funcional de los informes.
- Diseño técnico.
- Mapa de sistemas.
- Estructura de perfiles y permisos de acceso.

Como beneficios para la organización encontramos:

- Repositorio único y automatización del proceso de generación del CM.
- Normalización.

- Plataforma tecnológica escalable y con recorrido.
- CM organizado atendiendo el modelo EFQM.
- Más información y mayor capacidad de análisis y visualización.
- Nuevas herramientas para facilitar tareas internas.

Otros:

- Resultados consultables con distintos niveles de agregación y detalle.
- Distintos perfiles de consulta.
- Informes consultables en pantalla y en formato papel.
- Definición de los responsables de datos y definición de circuitos.

## **DISCUSIÓN:**

La implantación del CM ha supuesto una mayor implicación de los profesionales en los objetivos de la institución y una mejora del registro de la actividad asistencial.

Hay que tener en cuenta que el CM es una herramienta viva, sometida a cambios, ajustes y mejoras continuas. Su evolución es un aspecto clave. Actualmente se está trabajando en:

- Ajuste de indicadores y creación de nuevos.
- Ampliación de informes. Definición y construcción de nuevos informes.

**CB - 528.- COMPARTIENDO LA IMAGEN DE LA HISTORIA CLÍNICA:COLABORACIÓN ENTRE LOS CENTROS IMQ Y HOSPITALES DE OSAKIDETZA EN BIZKAIA.**

DARPÓN-SIERRA J, CUDOLÁ-AURREKOETXEA N, LECUMBERRI-CORTÉS I, SOLÍS-POLO G, GUERRA-ZALDUA N.

CLÍNICA IMQ ZORROTZAURRE. BILBAO.

**OBJETIVOS:**

- ☐ Integración de la imagen radiológica generada por diferentes sociedades en un único almacén de imágenes, para componer la historia clínica electrónica del IMQ.
- ☐ Integración de las imágenes generadas para pacientes de Osakidetza con su historia clínica electrónica.
- ☐ Que el profesional que solicita la exploración disponga de la imagen e informe radiológicos desde el momento que se crean. Dejar de utilizar al paciente como trasmisor de la documentación. Disminuir el número de placas e informes impresos. Inclusión de la imagen radiológica en la historia clínica electrónica del paciente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Diseño e implantación de la arquitectura tecnológica y funcional para la integración de la imagen radiológica en un PACS centralizado que permite compartir los datos entre Osakidetza y los centros de IMQ.

**RESULTADOS:**

Principales mejoras técnico-medioambientales:

1. Reducir costes y uso de película: reducción en la generación de residuos.
2. Reducir la repetición de estudios: reduce las radiaciones al paciente.
3. Mejora en la satisfacción del paciente: rapidez en el diagnóstico, ya no es canal de comunicación entre servicios.
4. Mejora en la satisfacción de los clientes médicos: distribución y uso de las imágenes para todos los implicados.
5. Disponibilidad permanente de las imágenes realizadas: telerradiología.

**DISCUSIÓN:**

El uso de las TIC en sanidad fomenta la accesibilidad, seguridad y sostenibilidad, teniendo en cuenta en este ámbito el impacto económico, social y medioambiental.