



XXXIII congreso

Sociedad Española
de Calidad Asistencial

XVI jornadas

Asociación de Calidad
Asistencial del Principado
de Asturias

Gijón. 14, 15 y 16 de Octubre de 2015
Palacio de Congresos del recinto ferial Luis Adaro.

www.calidadasistencial.es



© SECA. Sociedad Española de Calidad Asistencial

© FECA. Fundación Española de Calidad Asistencial

© PASQAL. Asociación de Calidad Asistencial del Principado de Asturias

ISBN: 978 – 84 – 608 – 7105 – 7

Depósito Legal: AS 01212 – 2016

Diseño y maquetación: Azul Congresos S. L.

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

XXXIII
congreso
Sociedad Española
de Calidad Asistencial

XVI
jornadas
Asociación de Calidad
Asistencial del Principado
de Asturias

Gijón, 14, 15 y 16 de Octubre de 2015.

ÍNDICE

RECONOCIMIENTO DE INTERÉS CIENTÍFICO SANITARIO

- *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*
- *Consejería de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias*

COLABORADORES

COMITÉS

- *Comité Científico*
- *Comité Organizador*

PROGRAMA CIENTÍFICO

- *Miércoles 14 de Octubre*
- *Jueves 15 de Octubre*
- *Viernes 16 de Octubre*

COMUNICACIONES

- *Comunicaciones presentadas*

DECLARACIÓN INTERÉS SANITARIO

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

CONSEJERIA DE SANIDAD DEL GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



15/167.07
BG/mja

Se ha recibido en esta Subsecretaría documentación y escrito de Vd., en el que solicita el reconocimiento de interés sanitario para el **XXXIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL**, organizado por la Fundación Española de Calidad Asistencial (FECA), y a celebrar en Gijón durante los días 14, 15 y 16 de octubre de 2015.

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

De acuerdo con el artículo 114.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, la resolución de este procedimiento administrativo no pone fin a la vía administrativa, y podrá ser recurrida en alzada ante el órgano superior jerárquico en el plazo de un mes, a partir del día siguiente de la recepción de la notificación.

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

Madrid, a 1 de septiembre de 2015



LA SUBSECRETARIA

María Jesús Fraile Fabra

Dña. María José Rojas
Secretaría Técnica Azul Congresos, S.L.
Uría, 76 – 1º Oficina 1ª
33003 OVIEDO (Asturias)

Secretaría General Técnica

Servicio de Asuntos Jurídicos

Asunto: Reconocimiento de interés sanitario**Rf:** 606/2015

JFA/rmf

FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

D. Emilio Francisco Ignacio García

Avda. Juan Carlos I, nº 55, Planta 14, Edif. Jc.1

30100 MURCIA

Con fecha 13 de julio de 2015, el Ilmo. Sr. Consejero de Sanidad ha dictado la siguiente Resolución:

“Examinado el expediente iniciado por solicitud de D. Emilio Francisco Ignacio García, en calidad de Presidente, para el reconocimiento de interés sanitario de la actividad “**XXXIII Congreso Sociedad Española de Calidad Asistencial y XVI Jornadas Asociación de Calidad Asistencial del Principado de Asturias**”, organizada por la Fundación Española de Calidad Asistencial, a realizar en el Palacio de Congresos Luis Adaro de Gijón, los días 14, 15 y 16 de octubre de 2015, dado que reúne los requisitos exigidos por la Resolución de esta Consejería de 22 de febrero de 1995 por la que se establece el reconocimiento de interés sanitario a los actos científicos sanitarios (B.O.P.A. 24-4-1995) y que la Dirección General de Planificación, Ordenación e Innovación Sanitarias ha emitido informe favorable, en uso de las facultades conferidas por el artículo 38 de la Ley del Principado de Asturias 6/1984, del Presidente y del Consejo de Gobierno del Principado de Asturias (B.O.P.A. 11-7-1984),

RESUELVOADMÓN. PRINCIPADO DE ASTURIAS
Reg. Salida N.º 2015020707015140
17/07/2015 10:54:50

Reconocer el interés sanitario de los mencionados actos.

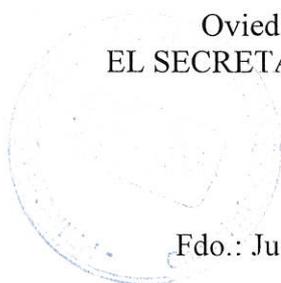
Los organizadores están obligados a remitir a la Dirección General de Planificación, Ordenación e Innovación Sanitarias las conclusiones o acuerdos adoptados, en el plazo de tres meses, contados a partir de la fecha de su celebración.

Este acto pone fin a la vía administrativa y contra el mismo cabe interponer recurso contencioso-administrativo ante la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Asturias, en el plazo de dos meses contados desde el día siguiente al de su notificación, sin perjuicio de la posibilidad de previa interposición del recurso potestativo de reposición ante el titular de la Consejería de Sanidad, en el plazo de un mes contado desde el día siguiente al de su notificación, no pudiendo simultanearse ambos recursos, conforme a lo establecido en el artículo 28 de la Ley del Principado de Asturias 2/1995, de 13 de marzo, sobre régimen jurídico de la Administración del Principado de Asturias, y en el artículo 116 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las Administraciones Públicas y del procedimiento administrativo común, y sin perjuicio de que los interesados puedan ejercitar cualquier otro que estimen oportuno.”

Lo que le comunico para su conocimiento y efectos.

Oviedo, 16 de julio de 2015

EL SECRETARIO GENERAL TÉCNICO



Fdo.: Juan Ignacio Sordo Sotres

XXXIII
congreso
Sociedad Española
de Calidad Asistencial

XVI
jornadas
Asociación de Calidad
Asistencial del Principado
de Asturias

Gijón, 14, 15 y 16 de Octubre de 2015.

COLABORADORES

COLABORADORES



XXXIII
congreso
Sociedad Española
de Calidad Asistencial

XVI
jornadas
Asociación de Calidad
Asistencial del Principado
de Asturias

Gijón, 14, 15 y 16 de Octubre de 2015.

COMITÉS

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTE

Alberto Fernández León

VOCALES

José María Abad Díez

Clara Abellán García

Reyes Álvarez-Ossorio García de Soria

Pilar Astier Peña

Mercedes Carreras Viñas

Alberto Colina Alonso

Ricardo De Dios del Valle

Carlos Díaz Vázquez

Concepción Fariñas Alvarez

Bernabé Fernández González

Paloma Fernández Muñoz

Amalia Franco Vidal

Esteban Gómez Suárez

Virginia González Prieto

Ángel Hernández Borges

Rocío Ibarburen González-Arenas

Susana Lorenzo Martínez

Inmaculada Mediavilla Herrera

José Joaquín Mira Solves

Oscar Moracho del Río

M^a del Carmen Perez Habas

Víctor Reyes Alcázar

Manuel Valledor Méndez

Ignacio Vázquez de Prada

Ángel Vidal Milla

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTE

Fernando Vazquez Valdes

VOCALES

Manuel Alcaráz Quiñonero

Ricardo Arbizu Rodríguez

Clavel Arce Garcia

Miguel Angel Berros Reinoso

Susana Cañibano Diez

Jose Javier Castrodeza Sanz

Antonio Cobo Alvarez

Rafael Gomis Cebrian

Vicente Herranz Gonzalez

Emilio Ignacio Garcia

Eugenia Llana Velasco

Elena Llorente Fernandez

Teresa Manteca Gomez

M^a Cruz Martin Delgado

Begoña Martinez Arguelles

Aranzazu Martínez Menendez

M^a Noelia Ron Martinez

Rosa M^a Salazar de la Guerra

Manuel Santiña Vila

XXXIII
congreso
Sociedad Española
de Calidad Asistencial

XVI
jornadas
Asociación de Calidad
Asistencial del Principado
de Asturias

Gijón, 14, 15 y 16 de Octubre de 2015.

PROGRAMA CIENTÍFICO

MIÉRCOLES 14 DE OCTUBRE

09.00hrs a 14.00hrs TALLERES

TALLER 1: BUENAS PRÁCTICAS: GESTIONANDO INCIDENCIAS CON LEGOSERIOUS PLAY

Docentes:

D. Gustavo Rosal López. *SGS Human Factors Engineering Manager Consultancy*

D.ª Elisa Placer Vieco Marcos. *Técnico del factor humano*

TALLER 2: LEAN MANAGEMENT_ JUEGO SIMULACIÓN DE FLUJO EN UN CIRCUITO SANITARIO

Docentes:

D. David Pumar Delgado. *Ingeniero en Organización Industrial. Responsable Metodología Lean. Consorci Sanitari Integral. L'Hospitalet de Llobregat*

D.ª Carmen Gimeno Ruberte. *Directora de Planificación i Seguridad del Paciente. Consorcio Sanitario Integral*

TALLER 3: TALLER INTERACTIVO CON IEMAC: INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE MODELOS DE ATENCIÓN ANTE LA CRONICIDAD

Docentes:

D.ª Paloma Fernández Cano. *Directora Asociada de Políticas Públicas en la compañía farmacéutica MSD*

D.ª Olga Solas Gaspar. *Consultora Senior de Políticas y Gestión Sanitaria*

Taller Patrocinado por Merck, Sharp & Dohme de España SD

TALLER 4: GESTIÓN DE CONFLICTOS Y NEGOCIACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO

Docentes:

D. Oscar Moracho del Río. *Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea*

D.ª Ana María Reoyo Rodríguez. *Directora. Socia Fundadora MAS Innovación Organizacional*

TALLER 5: ESTRATEGIAS DE VALORACIÓN DEL IMPACTO DE LOS PLANES DE CALIDAD EN ORGANIZACIONES INTEGRADAS CON COBERTURA ESPECIALIZADA.

Docentes:

D. José Joaquín Mira Solves. *Catedrático de la Universidad Miguel Hernández. Presidente SOVCA*

D. Rafael Manzanera López. *MC Mutual División Servicios Médicos y Asistenciales*

TALLER 6: CREAR COCINANDO (9.00 a 13.00hrs. La Laboral. Gijón)

Taller exclusivo para las personas que participen en el Laboratorio de Proyectos; bien uniéndose a uno de los proyectos ya existentes, o bien ofreciendo un nuevo proyecto.

Docentes:

D. Sergio Rama Villar. *Chef de La Cocina de La Laboral*

D. Paco Prieto. *Expertos en Creatividad y Networking. Talento Corporativo*

Taller Patrocinado por SERUNION

14.00hrs ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN (SALA ASTURIAS)

16.00hrs a 17.50hrs COMUNICACIONES ORALES I *(SALAS COMUNICACIONES)

18.00hrs a 19.30hrs CONFERENCIA INAUGURAL (SALÓN DE ACTOS)

"TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO"

Moderador

D. Alberto Fernández León. *Facultativo Especialista. Médico del Área de Gestión Clínica de Geriátrica del Hospital Monte Naranco. Oviedo*

Ponente:

D. Amador Menéndez Velázquez. *Investigador del Instituto Tecnológico de Materiales de Asturias (ITMA).*

Conferencia patrocinada por ASTELLAS PHARMA

19.30hrs a 20.30hrs ASAMBLEA SECA

JUEVES 15 DE OCTUBRE

08.00hrs a 08.50hrs ENCuentros con Expertos

ENCuentro con Expertos 1: REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL (SALA MIRADOR -7)

Ponente:

D.^a Susana Lorenzo Martínez. Directora de Revista de Calidad Asistencial. Jefe de Unidad de Calidad. Hospital Universitario Fundación Alcorcón

ENCuentro con Expertos 2: EXPERIENCIA DE ACREDITACIÓN DE CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CATALUÑA (SALA COLUMNAS-10)

Ponente:

D. Josep Davins I Miralles. Subdirector General de Ordenación y Calidad Sanitarios y Farmacéuticos del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya

ENCuentro con Expertos 3: LEAN MANAGEMENT (SALA ANFITEATRO -9)

Ponentes:

D. David Pumar Delgado. Ingeniero en Organización Industrial. Responsable Metodología Lean. Consorci Sanitari Integral. L'Hospitalet de Llobregat

D.^a Carmen Gimeno Ruberte. Directora de Planificación i Seguridad del Paciente. Consorci Sanitari Integral. L'Hospitalet de Llobregat

ENCuentro con Expertos 4: LA COLABORACIÓN DENTRO DEL SERVICIO DE SALUD COMO HERRAMIENTA DE MEJORA. EXPERIENCIAS INTERCENTROS E INTERNIVELES (SALA AYTO. GIJÓN-6)

Ponentes:

D.^a Amalia Franco Vidal. Gerente Area Sanitaria I. SESPA - Asturias

D.^a Begoña Martínez Argüelles. Gerente Area Sanitaria III. SESPA – Asturias

D. Jose Pinazo Luque. Gerente Área de Gestión Sanitaria Axarquía de Málaga

ENCuentro con Expertos 5: HUMANIZACIÓN DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (SALA EXPOSICIONES -8)

Ponentes:

D.^a Dolores Escudero Augusto. Jefe de Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Central de Asturias.

D.^a Marisol Holanda Peña. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Médico Intensivista Adjunto UCI.

09.00hrs a 10.20hrs COMUNICACIONES ORALES II *(SALAS COMUNICACIONES)

10.30hrs a 12.00hrs PLENARIO I (SALON DE ACTOS)

"SISTEMAS DE GOBERNANZA PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS".

Moderador:

D. Rafael Cofiño Fernández. Jefe del Servicio de Evaluación de la Salud y Programas. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias

PERSONAS SANAS, POBLACIONES SANAS. MODELO DE GOBERNANZA EN EL ÁMBITO LOCAL

Ponente:

D. Óscar Suárez Álvarez. Servicio de Evaluación de la Salud y Programas. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias

MODIFICACIONES EN LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA EN EL HOSPITAL DONOSTIA PARA FACILITAR EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA DE LA CRONICIDAD

Ponente:

D. José Manuel Ladrón de Guevara Portugal. Director Gerente de la Organización Sanitaria Integrada Donostialdea

LA TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO EN EL MARCO DE LAS ESTRATEGIAS DE CRONICIDAD

Ponente:

D.^a Ana Miquel Gomez. Coordinadora de la Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid

LA GOBERNANZA LOCAL PARA LA SALUD EN ANDALUCÍA: PROYECTO RELAS

Ponente:

D^a Covadonga Monte Vázquez. Jefe del Servicio de Acción Territorial en Salud Pública. Consejería de Salud. Junta de Andalucía

12.00hrs a 13.00hrs COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS (SALA ASTURIAS) SESIONES TÉCNICAS

SESIÓN TÉCNICA: ACREDITACIÓN QH: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA (SALA COLUMNAS-10)

Moderador:

D. Manuel Vilches. Director General de Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad. Director del Hospital Nisa Pardo de Aravaca

Ponentes:

D. Francisco Javier Elviro Peña. Director Gerente del Hospital El Escorial

D. Juan José Fernández Ramos. Director Gerente del Hospital Moncloa

Sesión Técnica patrocinada por FUNDACIÓN IDIS

SESIÓN TÉCNICA: SEGURIDAD Y CALIDAD EN EL MANEJO DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO (SALA EXPOSICIONES -8)

SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DOLOR AGUDO

Ponente:

Dra. Lourdes Trillo. Servicio de Anestesiología, Parc de Salut Mar, Hospital del Mar, Barcelona

SEGURIDAD Y CALIDAD EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO: VISIÓN DE LA FARMACIA HOSPITALARIA

Ponente:

D. Cristina Calzón. Farmacéutica Especialista en Farmacia Hospitalaria. Hospital de Cabueñes. Asturias

MONITORIZACIÓN Y CALIDAD EN EL TRATAMIENTO DEL DAP

Ponente:

Dr. Antonio J. Carrascosa. Servicio de Anestesia y Reanimación. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Sesión Técnica patrocinada por GRÜNENTHAL PHARMA

SESIÓN TÉCNICA: PAUTAS DE ACTUACIÓN Y SEGUIMIENTO: HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA (SALA MIRADOR -7)

Ponente:

Dra. Pilar Escribano Subías. Coordinadora de la Unidad de Hipertensión Pulmonar del Hospital 12 de Octubre de Madrid.

Sesión Técnica patrocinada por BAYER HISPANIA

SESIÓN TÉCNICA: ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (SALA ANFITEATRO -9)

Moderador:

D. Ángel Gil de Miguel. Vicerrector de la Universidad Rey Juan Carlos. Director de la Cátedra de Innovación de la Universidad Rey Juan Carlos

Ponentes:

Dr. José Javier Castrodeza Sanz. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública y Profesor Titular de Universidad de Valladolid. Director General de Salud Pública y Calidad e Innovación. Estrategia de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud 2015 -2020

Dr. Alberto Pardo Hernández. Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo. Subdirector de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad. Madrid. Miembro de la dirección y coordinación técnica de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 del Servicio Madrileño de Salud

Sesión Técnica patrocinada por la CÁTEDRA DE INNOVACIÓN Y GESTIÓN SANITARIA DE LA UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS DE MADRID

**13.00hrs a 14.00hrs COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS (SALA ASTURIAS)
SESIONES TÉCNICAS**

SESIÓN TÉCNICA: NUEVAS TENDENCIAS EN APRENDIZAJE EN CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE" (SALA ANFITEATRO -9)

Moderador:

Dr. Ángel Vidal Milla. *Presidente de la Sociedad Catalana de Calidad Asistencial*

Ponentes:

Dra. Mónica Ballester Roca. *Médico especialista en Medicina del Trabajo. Máster en Dirección y Administración de Empresas. Directora de Calidad. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Institut Català de la Salut*

D. Oscar Dalmau. *Gerente de UCF. Director del Centro de Formación Continua del Campus de Manresa (Universidad de Vic-UCC). Coordinador del CISCARC - Centro Internacional de Simulación y Alto Rendimiento Clínico*

Sesión Técnica patrocinada por UCF - UNIÓN CONSORCI FORMACIÓ

SESIÓN TÉCNICA: IMPLICACIONES DE LA MEDIDA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN CENTROS RESIDENCIALES. EL MODELO SANITAS RESIDENCIAL (SALA COLUMNAS-10)

Ponente:

Dr. David Curto. *Jefe de gestión asistencial de Sanitas Residencial*

Sesión Técnica patrocinada por SANITAS

SESIÓN TÉCNICA: "QUE NO HACER EN FIBRILACION AURICULAR" (SALA MIRADOR -7)

Moderador:

Dr. Alberto Pardo Hernández. *Subdirector General de Calidad Asistencial. Comunidad Autónoma de Madrid.*

Ponentes:

Dra. Mercedes Ortiz Otero. *Responsable de Calidad. Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid)*

Dra. Pilar Llamas Sillero. *Hematóloga. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (Madrid).*

Sesión Técnica patrocinada por BOEHRINGER INGELHEIM ESPAÑA

14.10hrs a 15.30hrs ALMUERZO DE TRABAJO (PABELLON ASTURIAS)

15.30hrs a 17.20hrs COMUNICACIONES ORALES III *(SALAS COMUNICACIONES)

17.30hrs a 19.00hrs PLENARIO II (SALON DE ACTOS)

"HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE"

Moderador:

D.ª Nieves López Fresneña. *Facultativo Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid*

LA HCE COMO AGLUTINADOR DEL DESARROLLO DE INICIATIVAS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Ponente:

D.ª Beatriz Pais Iglesias. *Subdirectora General de Atención al Ciudadano y Calidad. Servicio Gallego de Salud. SERGAS*

LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID Y SU ENFOQUE HACÍA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Ponente:

D.ª Montserrat Hernández Pascual. *Directora Técnico de Sistemas de Información Sanitaria. Gerencia de Atención Primaria*

LA HCE INTEGRADA COMO HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES

Ponente:

D.^a Patricia Marzal Sorolla. Directora Médica de la Red Asistencial Marina Salud. Departamento de Salud de Denia

21.30hrs

CENA DE CLAUSURA (LA LABORAL CIUDAD DE LA CULTURA)

VIERNES 16 DE OCTUBRE

10.30hrs a 12.00hrs COMUNICACIONES SELECCIONADAS A PREMIO (SALON DE ACTOS)

Moderador:

D.^a Reyes Álvarez-Ossorio García de Soria. *Presidente SADECA*

APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA LEAN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Ponente:

D.^a Eva María López Martín. *Hospital Universitario Quirón. Madrid*

EL DOLOR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: ELLOS TAMBIÉN LO SUFREN

Ponente:

D.^a M^a Dolores Puente González. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid*

LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL APLICADA AL SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA

Ponente:

D. Rafael Sánchez Bernal. *Red de Salud Mental de Álava. Vitoria*

REDUCCION DE MORTALIDAD Y NEUMONIA EN UNIDAD DE ICTUS MEDIANTE PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR CON UNIDAD DE DISFAGIA

Ponente:

D. Raimundo Gutiérrez Fonseca. *Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Madrid*

MÁS TIEMPO DE ENFERMERIA CERCA DEL PACIENTE

Ponente:

D.^a Carmen Tusquellas Oto. *Fundació Privada Hospital - Asil de Granollers. Cataluña*

ATENCIÓN A LA CRONICIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA: ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN

Ponente:

D.^a M^a Waleska Badía Rafecas. *Car Salou. Cataluña*

12.00hrs a 13.30hrs PLENARIO III (SALON DE ACTOS)

"DEJAR DE HACER. REDUCIR LA UTILIZACIÓN DE INTERVENCIONES INNECESARIAS"

Moderador:

D. Manel Santiñá Vila. *Secretario de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Dirección de Calidad y Seguridad Clínica. Hospital Clínic Barcelona.*

EL PROYECTO "NO HACER EN ESPAÑA" COMPROMISO POR LA CALIDAD DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS

Ponente:

D.^a Paloma Casado Duráñez. *Subdirectora de Calidad y Cohesión del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

NO HACER: RECOMENDACIONES DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS EN ESPAÑA

Ponente:

D. Javier García Alegría. *Director de Línea de Procesos Médicos. Hospital Costa del Sol, Marbella*

COMO ELEGIR LAS PRACTICAS DE NO HACER Y MECANISMOS DE TRANSPARENCIA

Ponente:

D. Juan Manuel García-Lechuz Moya. *Director del Área de Transferencia del Conocimiento del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Zaragoza*

¿SABEMOS QUE TOCA HACER? UNA REFLEXIÓN ABIERTA

Ponente:

D.^a Susana Álvarez Gómez. *Subdirectora de Gestión Económica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid*

13.30hrs a 13.50hrs UNIDADES DE CALIDAD (SALON DE ACTOS)

LAS UNIDADES DE CALIDAD: PRESENTACIÓN DEL INFORME DELPHI POR EL GRUPO DE COORDINACIÓN DE HOSPITALES SECA

Ponentes:

D. Ángel Vidal Milla. *Presidente SCQA*

D. Ángel Hernández Borges. *Presidente ACCA*

13.50hrs a 14.20hrs CONFERENCIA DE CLAUSURA (SALON DE ACTOS)

“LA COMUNICACIÓN EN LAS CRISIS SANITARIAS: LECCIONES APRENDIDAS”

Moderador:

D. José Joaquín Mira Solves. *Catedrático de la Universidad Miguel Hernández. Presidente SOVCA*

Ponentes:

D. Carlos Aibar Remón. *Jefe de Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Profesor titular de la Universidad de Zaragoza*

D.^a Virginia Olmedo Martín. *Jefe de Comunicación del Hospital Universitario de Móstoles y vicepresidenta de la Asociación Nacional de Informadores de la Salud*

* (SALAS COMUNICACIONES ORALES)

SALA SABADELL-1

SALA SABADELL-2

SALA PRINCIPADO-3

SALA PRINCIPADO-4

SALA PRINCIPADO-5

SALA AYTO.GIJON-6

SALA MIRADOR-7

SALA EXPOSICIONES-8

SALA ANFITeatRO-9

SALA COLUMNAS-10

LISTADO COMUNICACIONES

- **LISTADO RESUMIDO POR NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN**
ID / TÍTULO (completo) / TIPO
- **LISTADO PALABRAS CLAVE**
PALABRA CLAVE / ID

COMUNICACIONES ORDENADAS POR IDENTIFICADOR

Id	Título	Tipo
21	LOS MEDICAMENTOS NO UTILIZADOS DEVUELTOS A LA FARMACIA DEL HOSPITAL: AHORRO SIN PERDER LA CALIDAD	Oral
22	IMPLICACIÓN DE LOS PACIENTES Y/ O FAMILIARES EN PROYECTOS DE SEGURIDAD	Electrónica
24	PROYECTO "INFÓRMAME TAMBIÉN": EL NIÑO COMO SUJETO ACTIVO DE LA RECEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO	Oral
25	DEFICIENCIA EN LA COMUNICACION INTERNA POR FALTA DE USO DE CORREOS ELCTRONICOS DEL C.S.	Electrónica
26	GASTO POR SOBREUTILIZACION DE TIRAS REACTIVAS EN A.P.	Electrónica
27	ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA ACTUAL DE CERTIFICACIÓN DE LAS UNIDADES DE SALUD PÚBLICA EN ANDALUCÍA	Oral
28	SALUD DENTAL Y NUTRICIÓN EN PACIENTES EN DIÁLISIS	Electrónica
29	IMPLANTACIÓN DE LISTADO PARA VERIFICAR BUENAS PRÁCTICAS SEGURIDAD DEL PACIENTE: MEJORAS EN EL USO SEGURO DEL MEDICAMENTO	Oral
30	PLAN DE IMPLANTACIÓN DE UN SERVICIO DE CONTACT CENTER PROPIO COMO MEJORA DE LA ATENCIÓN A NUESTROS PACIENTES	Oral
31	ESTRATEGIA PARA EL ABORDAJE DEL DOLOR	Oral
32	NUEVO MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL PRECOZ AL PACIENTE ONCOLÓGICO FRÁGIL	Oral
33	DE LA ASISTENCIA A LA DOCENCIA: ACTUALIZACIÓN A TRAVÉS DE LA CALIDAD	Electrónica
34	ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES RELACIONADAS CON LA MEDICACIÓN IMPLANTADAS EN NUESTRA ORGANIZACIÓN.	Oral
35	COSTES DE LA PROLONGACIÓN DE LA ESTANCIA POR EVENTOS ADVERSOS EN UN HOSPITAL DE AGUDOS GERIÁTRICO	Oral
36	RENTABILIDAD CLINICA Y ECONÓMICA DE UN NUEVO PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA PARA LA BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSRECTAL	Oral
37	"SINASP: UNA EXPERIENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA"	Electrónica
38	TELEOFTALMOLOGIA EN EL CRIBADO DE RETINOPATIA DIABETICA COMO HERRAMIENTA DE GESTION CLINICA. ANALISIS TRAS CINCO AÑOS	Oral
39	RELACIÓN ENTRE LAS DIMENSIONES QUE MIDEN EL CLIMA LABORAL Y LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Oral
40	PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE LA CONSULTA DE URGENCIA UROLÓGICA DIFERIDA (CUUD). EVALUACIÓN RETROSPECTIVA DE DOS AÑOS.	Oral
42	DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE TELECONTROL EN EL AMBITO DE LA ANTICOAGULACION ORAL . ¿FUTURO O REALIDAD?	Oral
43	DIFUSION INTERNA DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DE PACIENTES	Electrónica
44	SISTEMATIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y MEDIOAMBIENTE EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA	Electrónica
46	"CUIDANDO A LOS TRABAJADORES: PROTOCOLO DE ADAPTACIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO POR MOTIVOS DE SALUD EN EL ÁMBITO SANITARIO	Electrónica
48	SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA Y BIGDATA EN EL ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIAS	Oral
49	FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA APARICION DE SEROMAS, EN ARTROPLASTIAS TOTALES DE CADERA Y RODILLA	Electrónica
50	IMPACTO DE LA GESTIÓN CLÍNICA EN EL ABORDAJE DE LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA	Oral
52	UNIDAD FUNCIONAL DE MEJORA	Oral
53	CONTROL DEL DOLOR EN URGENCIAS DESDE EL MINUTO '0'	Electrónica
54	CALIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS QUIRURGICOS.LISTADO DE VERIFICACION DIGITAL EN CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA.	Oral
55	LOS JUEVES: FORMACIÓN PARA ENFERMERÍA	Electrónica
56	DOCUMENTACIÓN NO CLÍNICA: EN DOS CLICKS	Electrónica
58	IMPACTO POTENCIAL DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE TERAPIA SECUENCIAL	Electrónica
59	DIRECCIÓN DE PROYECTOS (PMBOK) APLICADA AL DISEÑO DEL PLAN DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE IRAS (UNE 179006:2013)	Oral
61	ENCUESTAS DE CLIMA Y SATISFACCIÓN LABORAL EN UN HOSPITAL DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA	Oral
62	EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD E INCREMENTO DE LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN UN HACLE	Electrónica
63	UTILIDAD DEL INDICE HUGO PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE LA IRC EN PACIENTES ANCIANOS	Oral
65	EDUCACIÓN SANITARIA EN UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ALERGOLOGÍA. DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA.	Electrónica
66	LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA A TRAVÉS DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE UN INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA	Electrónica
67	OTRAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA: "CONSULTAS DE PASILLO"	Electrónica
68	LA OTRA MIRADA EN CALIDAD PERCIBIDA	Oral

COMUNICACIONES ORDENADAS POR IDENTIFICADOR

Id	Título	Tipo
69	DETECCIÓN Y DESCOLONIZACIÓN DE PORTADORES NASALES DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS PREVIO A LA CIRUGÍA ORTOPÉDICA CON IMPLANTE	Electrónica
71	SEGUIMIENTO DE ALTAS ADMINISTRATIVAS Y ABANDONOS EN PACIENTES CRÓNICOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE	Electrónica
72	IDENTIFICACION Y EVALUACION TEMPRANA DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS NUEVAS Y/O EMERGENTES	Electrónica
73	GESTIÓN DE LA FORMACIÓN A TRAVÉS DE REFERENTES. HERRAMIENTA DE LIDERAZGO.	Electrónica
74	IMPLEMENTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE SEGURIDAD EN LA GESTIÓN DE RESIDUOS GRUPO III EN EL ÁMBITO DOMICILIARIO	Electrónica
75	PROYECTO QUACIP: SET DE INDICADORES DE CALIDAD EN INTENSIVOS PEDIÁTRICOS EN ESPAÑA, CONSENSO POR MÉTODO DELPHI	Oral
76	EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN DE EHFRN, AMPLIADO A GESTANTES RH(D) DURANTE LAS SEMANAS 24-34	Oral
77	UNA HOJA DE RUTA APASIONANTE: MEJORAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA	Oral
78	MEJORA E INNOVACIÓN EN EL PROCESO PRÓTESIS DE RODILLA MEDIANTE LAS TÉCNICAS RAPID RECOVERY	Oral
80	ROBOTIZACIÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN UN HOSPITAL	Electrónica
81	MEJORANDO A LOS PROFESIONALES MEJORAMOS LA ATENCIÓN AL CLIENTE	Oral
82	DAR VALOR AL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO APLICANDO LA METODOLOGÍA LEAN	Oral
83	GRADO DE SENSIBILIZACIÓN DE LOS PROFESIONALES ANTE LA HIGIENE DE MANOS EN TRES CENTROS HOSPITALARIOS	Electrónica
84	ANÁLISIS POST-IMPLANTACIÓN DEL CHECK-LIST DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA COMO OPORTUNIDAD DE MEJORA	Electrónica
85	MEJORA PERCIBIDA POR LOS PACIENTES TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROYECTO LEAN 6-SIGMA EN UN SERVICIO DE FARMACIA	Electrónica
86	LA POLÍTICA DE CALIDAD AL SERVICIO DE LOS GRUPOS DE INTERÉS	Electrónica
90	¿ESTÁN SATISFECHOS LOS CUIDADORES PRINCIPALES DE LOS PACIENTES TERMINALES CON EL EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS?	Oral
91	LAS RONDAS DE SEGURIDAD SON HERRAMIENTAS EFECTIVAS EN LA GESTION DE RIESGOS.	Electrónica
92	LA DOCENCIA ES SEGURIDAD DE PACIENTES EN LA FACULTAD DE MEDICINA. EL CURRÍCULUM DE LA OMS SOBRE SEGURIDAD DE PACIENTES	Electrónica
93	OPTIMIZACIÓN DE LA SEGURIDAD, CALIDAD, EFICIENCIA Y DISMINUCIÓN DE COSTES MEDIANTE SEGUIMIENTO TELEMÁTICO DE MARCAPASOS	Oral
94	EL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS: ¿QUÉ INFORMACIÓN NOS OFRECE?	Electrónica
96	PROCESOS ASISTENCIALES-INTEGRANDO AL PACIENTE	Electrónica
97	IMPACTO DE LA RED DE AUDITORES INTERNOS DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL SERGAS	Electrónica
98	MEJORA DE UN INDICADOR DE CALIDAD OBSTÉTRICO MEDIANTE UNA NUEVA HERRAMIENTA	Electrónica
99	ESTANDARES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO (PCC)	Oral
100	MODELO DE ATENCION AL SINDROME DE SENSIBILIDAD CENTRAL. ACREDITACION DE LAS UNIDADES EXPERTAS	Electrónica
101	IMPLANTACIÓN DE LA ESTRATEGIA MULTIMODAL PARA LA HIGIENE DE MANOS EN HOSPITAL DE DÍA ONCOHEMATOLÓGICO	Electrónica
102	LA CALIDAD PERCIBIDA Y ESPERADA COMO VALORACIÓN Y MARKETING EN LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA.	Electrónica
104	TÉCNICAS CUALITATIVAS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS	Oral
105	“CUANDO SE ESTÁ EN MEDIO DE LA ADVERSIDAD YA ES TARDE PARA SER CAUTO” A PROPOSITO DE BROTE DE KPC OXA-48)	Electrónica
106	CREACIÓN DE UN ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN EN CALIDAD EN UN SERVICIO DE SALUD PÚBLICO	Oral
107	¿CUÁLES SON LOS MICRORGANISMOS IMPLICADOS EN LAS INFECCIONES DE LAS UNIDADES DE CRÍTICOS DE GALICIA?	Electrónica
108	LA TEORÍA DEL JUEGO: PARTICIPACIÓN, MOTIVACIÓN E IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES	Oral
110	SISTEMA AUTOMATIZADO DE GESTIÓN DE MATERIAL FUNGIBLE BASADO EN EL PRINCIPIO LOGÍSTICO KANBAN O DOBLE CAJON	Electrónica
111	MEDICIÓN Y REPORTE DE INDICADORES DE SEGURIDAD DE PACIENTE CON UNA HERRAMIENTA INFORMATIZADA COMO AGENTE PARA EL CAMBIO	Electrónica
112	IMPLICANDO A LOS ADMINISTRATIVOS EN LA MEJORA CONTINUA	Electrónica
113	LA IMPORTANCIA DE UNA CORRECTA INFORMACIÓN: GUÍA DE ACOGIDA AL CIUDADANO	Electrónica
114	LA GESTIÓN POR COMPETENCIAS: BASE DE UN MODELO DE EVALUACIÓN, ACREDITACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL EN LAS CLÍNICAS IMQ	Oral
115	EL ARTE DE GESTIONAR CAMAS	Electrónica
116	EL AIRBAG INVISIBLE DE LA SEGURIDAD CLÍNICA	Oral

COMUNICACIONES ORDENADAS POR IDENTIFICADOR

Id	Título	Tipo
117	FORMULA DEL EXITO: ESFUERZO+COMPROMISO=VALOR AÑADIDO; ACREDITACION SEMES EN LA CLÍNICA IMQ ZORROZAUURRE	Oral
118	NO HAY BACTERIAS PARA MI	Oral
119	APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA LEAN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS	Oral
120	CINCO AÑOS DE CAÍDAS (DESCRIPCIÓN Y CORRELACIÓN DE FACTORES RELACIONADOS)	Oral
121	GESTIÓN INTEGRADA EN COMPETENCIAS	Oral
122	COORDINACIÓN DE LOS CIRCUITOS DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE CÁNCER	Oral
123	PROFESIONALES SANITARIOS DEL ÁREA QUIRÚRGICA DE FERROL. CONOCIMIENTO SOBRE EL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA	Oral
124	EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA MÉDICA EN UN CENTRO PRIVADO NO JERARQUIZADO	Oral
125	CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y LABORAL EN EL HOSPITAL DE SANT PAU	Electrónica
126	VIGILANCIA DE GÉRMENES MULTIRRESISTENTES EN EL HOSPITAL: EPIDEMIOLOGÍA, CARGA DE CUIDADOS Y TIEMPOS DE RESPUESTA	Oral
127	CICLO DE CONTROL DEMING APLICADO AL CUMPLIMIENTO DE LOS TIEMPOS DE ESPERA QUIRÚRGICA	Oral
128	LA GESTIÓN A TRAVÉS DE UNIDADES DE EXCELENCIA	Oral
130	PERCEPCIÓN ENTRE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL DOLOR AGUDO COMO QUINTA CONSTANTE VITAL	Oral
131	IMPLANTACIÓN DE CHECKLIST QUIRÚRGICO EN LA EOXI DE OURENSE. PARTICIPACIÓN EN PROYECTO EUROPEO PASQ-WP5.	Oral
132	PROFUNDIZANDO EN LA PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES: PROCESO QUIRÚRGICO PROGRAMADO	Oral
133	MEJORA EN LOS TIEMPOS DE ESPERA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS TRAS LA ADECUACIÓN DE LOS HORARIOS LABORALES	Oral
134	VIGILANCIA Y CONTROL DE LA INFECCIÓN POR SARM Y POR OTROS GÉRMENES MULTIRRESISTENTES EN EL HOSPITAL	Electrónica
137	EL MAPA DE RIESGOS DE SEGURIDAD DE PACIENTES	Oral
138	LA UNE 179003 COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DE PACIENTES	Oral
139	AUDIT DE LA VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL EN LOS SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS DE 3 CENTROS ONCOLÓGICOS	Electrónica
141	DISEÑO Y EVALUACION DE UNA HERRAMIENTA INFORMÁTICA PARA EL ANÁLISIS ASISTIDO DE LA POLIMEDICACIÓN	Oral
143	PROMOVER Y DIFUNDIR LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ENTRE LOS PROFESIONALES	Electrónica
144	ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO PARA EL CONTROL DEL DOLOR EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN CENTRO ONCOLÓGICO	Electrónica
145	NINGÚN PACIENTE CON DOLOR. DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA EN EL CONSORCI SANITARI DEL GARRAF	Oral
149	LA MEJORA CONTINUA EN EL PROCESO DE TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO	Oral
150	PROFESIONALES SANITARIOS EN FORMACIÓN: CONOCIMIENTOS Y EXPECTATIVAS EN GESTIÓN DE LA CALIDAD	Oral
151	SISTEMÁTICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN CON UN ESQUEMA DE CALIDAD PROPIO EN UN SERVICIO DE SALUD	Oral
153	SELECCIÓN DE PERSONAS VERSUS SELECCION DE CURRICULUMS – GESTIÓN DE LA SELECCIÓN EN HOSPITAL PLATÓ	Electrónica
154	EL DOLOR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: ELLOS TAMBIÉN LO SUFREN	Oral
155	SEGURIDAD DEL PACIENTE: ¿USTED QUE OPINA?	Oral
156	INFECCIÓN QUIRÚRGICA TRAS CIRUGÍA DE CADERA: ANÁLISIS DE LA ESTANCIA MEDIA Y ESTIMACIÓN DEL COSTE ASOCIADO	Oral
158	“PONTE EN SU LUGAR”	Electrónica
159	ATENCION AL PARTO Y REINICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES	Electrónica
160	DIFUSIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL A TRAVÉS DE UN PLAN DE FORMACIÓN	Electrónica
161	“LA BUENA COMUNICACIÓN: CÓMO DAR EN LA DIANA”	Electrónica
162	PROCEDIMIENTOS DOCUMENTADOS ISO 9001:2008: IMPLEMENTACIÓN EFICAZ EN XXI DE FERROL Y PREPARACIÓN PARA EL CAMBIO 2015	Electrónica
163	LA UNIDAD DE CALIDAD: GESTORA DE LAS AUDITORÍAS INTERNAS DE LA XXI DE FERROL	Electrónica
164	FORMANDO, MIDIENDO, EVALUANDO	Electrónica
165	CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN INTEGRADA EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA:ABODAJE MULTIDISCIPLINAR	Electrónica
168	CAPTAR IMPULSORAS: IMPRESCINDIBLE PARA IMPLANTAR GUIAS DE PRÁCTICA CLINICA EN CENTROS COMPROMETIDOS CON LA EXCELENCIA	Electrónica

COMUNICACIONES ORDENADAS POR IDENTIFICADOR

Id	Título	Tipo
169	ESTUDIO DE ADECUACIÓN DE INGRESOS URGENTES. HERRAMIENTA PARA EL CAMBIO.	Electrónica
171	LA GARANTÍA DE LA CONFIDENCIALIDAD DURANTE LA ASISTENCIA SANITARIA AL PACIENTE	Electrónica
174	CAMPAÑA DE SENSIBILIZACIÓN: LA PULSERA TE DISTINGUE	Oral
176	INTEGRANDO ENFOQUES (ISO 9001 Y 179003): NO HAY CALIDAD SIN SEGURIDAD	Electrónica
177	HIGIENIZACION MULTIDISCIPLINAR:INFLUENCIA EN LAS IRAS EN UN HOSPITAL DE NIVEL 1 UTILIZANDO LA TECNICA LEAN- 6 SIGMA	Oral
178	CIRCULANDO HACIA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Oral
179	LA ENFERMERA DE ENLACE EN EL SIGLO XXI: UNA REALIDAD CONSTATADA	Electrónica
180	MAPA DE RIESGOS PARA LA GESTIÓN PROACTIVA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS	Oral
182	SOY SENSIBLE A LA SEGURIDAD: PROMOVRIENDO CULTURA	Oral
183	NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES : IMPACTO DE UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Electrónica
184	IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN INTEGRADO	Electrónica
185	APLICAR EL CICLO PLAN-DO-CHECK-ACT PARA INTEGRAR LOS REQUERIMIENTOS DE LA ACREDITACIÓN A UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA	Oral
186	UNA MEJORA EN SEGURIDAD: SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN POR COLORES.	Electrónica
187	LOS REGISTROS ENFERMEROS, CALIDAD ASISTENCIAL Y DE GESTIÓN SANITARIA	Oral
188	OPTIMIZACIÓN ENERGÉTICA EN LA GESTIÓN DE LA VENTILACIÓN Y CLIMATIZACIÓN DE LOS QUIRÓFANOS MEDIANTE CONTAJE DE PARTÍCULAS	Electrónica
189	DE LA IDEA AL PACIENTE: EL PAPEL DE UNA ESTRUCTURA DE APOYO A INNOVACIÓN PARA LA MEJORA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA	Electrónica
190	LA TOMA DE DECISIONES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO BASADO EN PROTOCOLOS	Electrónica
191	IMPLANTACIÓN DE UN APLICATIVO DE GESTIÓN DE INCIDENCIAS	Electrónica
192	PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INADECUADOS(MPI)EN PACIENTES MAYORES DE 74 AÑOS EN AP	Electrónica
193	INTEGRACIÓN DEL FARMACÉUTICO EN UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO	Oral
194	CHECK-LIST Y PARTE DIARIO DE INCIDENCIAS QUIRURGICO COMO HERRAMIENTAS PARA LA IMPLANTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD	Oral
195	IMPLANTACIÓN DE VIDEOSIONES COMO ACCIÓN DE MEJORA DE LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES EN ATENCIÓN PRIMARIA	Electrónica
196	SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA: PREVENCIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS.	Electrónica
197	EL CONTROL DE INCIDENCIAS EN EL LABORATORIO DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA MEDIANTE EL CHECK LIST	Electrónica
198	INDICADORES ESENCIALES DE CALIDAD EN INTENSIVOS PEDIÁTRICOS EN ESPAÑA: DESCRIPCIÓN DE SUS ELEMENTOS FUNDAMENTALES	Oral
199	CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE: RESULTADOS DE UN AÑO DE AUDITORÍAS PARA LA ACREDITACIÓN DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CATALUNYA	Electrónica
200	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN EXTERNA PARA LA ACREDITACIÓN DE EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CATALUNYA	Oral
201	EVALUANDO EL DOLOR EN PACIENTES EN UN INSTITUTO MONOGRÀFICO DE CÀNCER:¿ LO HACEMOS CON CRITERIOS DE CALIDAD?	Oral
203	LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES: EVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS	Electrónica
204	PROYECTO DE COLABORACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE OSTOMIZADO	Electrónica
205	EVALUACIÓN DE LA CODIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS	Electrónica
206	ESTUDIO DEL NIVEL DE GRAVEDAD Y DESTINO DE LOS PACIENTES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA SEGÚN SU PROCEDENCIA.	Electrónica
207	EL TRABAJO COLABORATIVO EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS	Electrónica
208	MONITORIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS MEDIANTE EL MÉTODO LQAS	Electrónica
209	APLICACIÓN DE TALL MAN LETTERS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Oral
211	ENFERMERA DE ENLACE. UNA VISION DIFERENTE	Electrónica
213	SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DE LA XXI DE FERROL: IMPLANTACIÓN Y CERTIFICACIÓN ISO 9001	Electrónica
215	ESTANDARIZACION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA CARDIACA	Electrónica
221	RECLAMACIONES EN URGENCIAS HOSPITALARIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL: ¿HACIA DONDE VAMOS?	Electrónica
222	LA COMISIÓN DE MEJORA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA: UN INSTRUMENTO PARA EVITAR PRÁCTICAS QUE NO APORTAN VALOR	Oral

COMUNICACIONES ORDENADAS POR IDENTIFICADOR

Id	Título	Tipo
223	EVOLUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE USUARIOS DE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES EXTERNOS ENTRE 2010-2015.	Oral
225	SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR EL PERSONAL DEL SERVICIO DE FARMACIA CON LAS SESIONES FORMATIVAS.	Oral
227	GESTION ENFERMERA QUE MEJORA LA CALIDAD EN LA PROFILAXIS DE LA BRONQUIOLITIS POR VRS EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE LA CAM	Electrónica
228	LO SIENDO NO TE ENTIENDO	Oral
229	IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN ACTIVA EN LA PERSONA	Oral
230	ESTRATEGIA DE IMPLICACIÓN PARA MEJORAR LA ADHESIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA HM EN PEDIATRIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO	Oral
231	FÁRMACOS CON EFECTO ANTICOLINÉRGICO EN PACIENTES ANCIANOS QUE INGRESAN EN MEDICINA INTERNA	Oral
232	AVANZANDO EN EL CONFORT DE LOS PACIENTES EN UN GRUPO SANITARIO. HOSPITALES SILENCIOSOS	Oral
233	RESIDUOS TIPO III: ¿PODEMOS OPTIMIZAR SU GESTIÓN?.	Electrónica
234	ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE SUEROS DE ALTO RIESGO EN UN HOSPITAL TERCIARIO	Oral
236	LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL APLICADA AL SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA	Oral
237	UTILIZACIÓN DEL CUESTIONARIO D'AMOUR POR LOS PROFESIONALES CLÍNICOS PARA VALORAR LA INTEGRACIÓN EN SALUD MENTAL	Oral
239	ICTUS: RECOMENDACIONES AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES AL ALTA HOSPITALARIA. APROXIMACIÓN A UN PROYECTO INTEGRAL DE APOYO	Oral
240	LA ENFERMERA DE ENLACE COMO CLAVE EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE	Oral
241	¿CONOCEMOS LAS EXPECTATIVAS SOBRE LAS COMPETENCIAS DE LIDERAZGO DEL DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD?	Electrónica
242	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE A TRAVÉS DE UN LECTOR LÁSER	Electrónica
243	EVALUACIÓN DE UN PUNTO DE MEJORA EN UN PROCESO DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN	Oral
245	UNIFICACIÓN DE UN SISTEMA CENTRALIZADO DE ESTERILIZACIÓN EN UN AREA SANITARIA INTEGRADA	Electrónica
246	PROGRAMA DE ASISTENCIA AMBULATORIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR AGUDIZACIÓN DE EPOC (UCCRA)	Oral
248	MEJORAR LA CALIDAD DEL PROCESO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA MEDIANTE EL DISEÑO DE UN MODELO DE AUDITORÍA CLÍNICA	Oral
249	REDUCCION DE MORTALIDAD Y NEUMONIA EN UNIDAD DE ICTUS MEDIANTE PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR CON UNIDAD DE DISFAGIA.	Oral
250	INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD EN MUJERES GESTANTES Y PUÉRPERAS EN RIESGO DE EXCLUSIÓN	Oral
251	EFFECTIVIDAD DE LA SIMULACIÓN CLÍNICA PARA LA FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	Oral
252	HERRAMIENTAS CORPORATIVAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: RONDAS DE SEGURIDAD	Oral
253	CREACION DE LA RED DE SOPORTE A LAS FAMILIAS CUIDADORAS DE TARRAGONA	Electrónica
254	MONITORIZACION DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN EL PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE LA ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA	Oral
255	INTEGRANDO, DEFINIENDO COMPETENCIAS, MEJORANDO LA EFICIENCIA Y LA ACCESIBILIDAD: LÍNEAS ASISTENCIALES	Electrónica
256	COORDINACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIOSANITARIA, CONTINUIDAD ASISTENCIAL	Oral
257	CONTROL DE RATIOS Y OCUPACIÓN PARA MEJORAR LA EFICACIA DEL HOSPITAL	Electrónica
259	ANÁLISIS DE LA ENCUESTA DE CALIDAD PERCIBIDA: UNA HERRAMIENTA SENCILLA PARA LA MEJORA CONTINUA EN CUIDADOS INTENSIVOS	Oral
260	IMPLEMENTACIÓN DE UN ESTUDIO OBSERVACIONAL DE HIGIENE DE MANOS UTILIZANDO UNA APLICACIÓN INFORMÁTICA	Oral
263	CONTINUIDAD O DISCONTINUIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON DOLOR: PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA	Oral
264	IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DEL PACIENTE: 'TENEMOS EL BRAZALETE, ¿ LO USAMOS?	Oral
265	IMPLANTACIÓN DE LISTAS DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD EN UNA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA	Oral
266	REDISEÑO DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA TRAS LA ESCUCHA ACTIVA DE LOS PROFESIONALES	Electrónica
270	CONSEGUIR LA ACREDITACIÓN DE CENTRO COMPROMETIDO CON LA EXCELENCIA EN CUIDADOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS	Electrónica
271	NORMALIZACIÓN Y DIGITALIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EL HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ	Oral
272	MÁS TIEMPO DE ENFERMERIA CERCA DEL PACIENTE	Oral
273	VOLUNTARIADO, UNA ATENCIÓN MAS A NUESTROS PACIENTES	Electrónica
274	LA RECLAMACIÓN Y LA SUGERENCIA, UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA	Electrónica

COMUNICACIONES ORDENADAS POR IDENTIFICADOR

Id	Título	Tipo
275	EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO COORDINADO ENTRE PRIMARIA Y UROLOGÍA PARA LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA	Oral
276	EVALUACION Y MEJORA DE LA PREPARACION DEL PACIENTE QUIRURGICO	Oral
277	EXPERIENCIA EN LA GESTIÓN DE CAMAS: "ANTES DE ENTRAR DEJEN SALIR"	Oral
278	DIAGRAMA DE FLUJO PARA LA DETECCIÓN Y MANEJO DE LA DESNUTRICIÓN EN UN HOSPITAL DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA	Oral
280	ESTRATEGIAS DE MEJORA EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO PARA ADECUACIÓN DE SOLICITUDES DE TC DE ATENCIÓN PRIMARIA	Oral
281	PERCEPCIÓN SOBRE LA SEGURIDAD EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO: ASISTENCIAL VS MANDO INTERMEDIO	Oral
282	CAMBIOS ORGANIZATIVOS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO	Electrónica
283	FORMACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA Y EN ATENCION PRIMARIA FRENTE A UN POSIBLE CASO DE ÉBOLA	Oral
284	EL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN COMO HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS	Oral
285	¿SE PUEDE MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS?	Electrónica
286	MEJORANDO LA COMUNICACIÓN ENTRE EL LABORATORIO Y ATENCIÓN PRIMARIA Y LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE: PLAN DE MEJORA	Electrónica
287	SEGURIDAD DE LOS CUIDADOS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA: VISIÓN DEL PACIENTE	Electrónica
288	EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD FORMAL DE LOS INFORMES DE ALTA DE HOSPITALIZACIÓN	Oral
289	LA FRACTURA DE CADERA: PUESTA EN PRÁCTICA DE DRIVERS DETECTADOS EN ACTIVIDADES DE BENCHMARKING Y MEJORA DEL PROCESO	Oral
291	LA ELABORACION DE UN PLAN ESTRETEGICO, ¿PARA QUE SIRVE?	Electrónica
292	¿UTILIZAMOS ADECUADAMENTE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS?	Electrónica
295	KINTSUGI: HAGAMOS VISIBLES NUESTROS ERRORES, REPARÉMOSLOS, SEAMOS MÁS FUERTES, SEGUROS Y, POR QUE NO, MÁS BELLOS.	Electrónica
296	PERCEPCION DE LA SALUD EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y SUS CUIDADORES FAMILIARES	Oral
297	INDICADORES Y OBJETIVOS	Electrónica
302	EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DE PACIENTES EN PROFESIONALES SANITARIOS PARA LA BUSQUEDA DE AREAS DE MEJORA	Electrónica
303	IMPLANTACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: ANÁLISIS DE ESTRATEGIA.	Electrónica
304	LA ACREDITACION DE UN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA	Oral
306	IMPACTO DE LAS VISITAS NO PRESENCIALES EN LA ACTIVIDAD, ACCESIBILIDAD Y ABSENTISMO DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA	Oral
307	COMO CONSEGUIR QUE LOS PROFESIONALES NOTIFIQUEN	Oral
308	EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCION PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO DE HIGIENE DE MANOS EN UN AREA DE ALTO RIESGO DE INFECCION	Oral
309	DESCRIPCION DE LOS INCIDENTES NOTIFICADOS EN UN CENTRO DE SALUD	Electrónica
310	IDENTIFICACION DE ASPECTOS A MEJORAR EN UNA UCI PEDIÁTRICA DE PUERTAS ABIERTAS	Oral
312	NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN DIRIGIDAS A MEJORAR LA CALIDAD DE UN COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN	Oral
313	HIGIENE DE MANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: LOS GRANDES LOGROS REQUIEREN DE MUCHO TIEMPO.	Oral
314	NORMALIZACIÓN EN UNA ORGANIZACIÓN MULTICENTRICA DE DIAGNOSTICO POR LA IMAGEN	Oral
315	EVOLUCIÓN HISTORICA Y TENDENCIAS ACTUALES DE LA BIOETICA. UN ESTUDIO BIBLIOMETRICO	Electrónica
316	DESARROLLO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL IBERMUTUAMUR.	Oral
317	DISEÑO DE UN PLAN DE CALIDAD EN LISTAS DE ESPERA. UN MODELO DE GESTIÓN BASADO EN LA COMUNICACIÓN	Electrónica
318	CUIDANDO AL CUIDADOR: PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA PERSONA CUIDADORA DEL PACIENTE DEPENDIENTE	Oral
319	EL EMPODERAMIENTO DE LOS PACIENTES COMO ESTRATEGIA PARA LA IMPLANTACIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS	Oral
320	EL ARTE DE CUIDAR	Electrónica
321	IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA GESTOR DE COLAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO	Electrónica
322	RESPONDIENDO A RETOS, UN MODELO TRANSFORMADOR: PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO (PAI) DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO	Oral
323	REUBICACION DEL SUAP EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO. URGENCIAS DE ALTA RESOLUCION PARA PATOLOGIA DE BAJA COMPLEJIDAD	Oral
324	EVALUAR LA IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS DE HELICOBACTER PYLORI.	Oral

COMUNICACIONES ORDENADAS POR IDENTIFICADOR

Id	Título	Tipo
325	RESULTADOS INDIVIDUALIZADOS EN LOS INDICADORES DE PROCESO ASISTENCIAL: UN PASO ADELANTE EN LA VALORACIÓN PROFESIONAL	Oral
326	INTEGRACION DE LA ECOGRAFIA EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA	Oral
327	ECOGRAFIA PEDIATRICA EN AP: MAXIMA UTILIDAD Y EFICIENCIA	Oral
328	CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIAS	Electrónica
329	EL RESIDENTE COMO SEGUNDA VICTIMA. PROPUESTAS DE MEJORA	Oral
330	ANÁLISIS DE RESULTADOS DE UN PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS BAJO CRITERIOS DE CALIDAD ASISTENCIAL	Oral
332	CORRELACIÓN DE LOS NURSING OUTPUTS CLASSIFICATION (NOC) CON LOS GRD EN EL ENFERMO CRÍTICO (EC) INGRESADO EN LA UCI	Electrónica
333	EVALUACIÓN DE LA CORRELACIÓN DE LOS NANDA, NIC Y NOC EN UNA POBLACIÓN DE ENFERMOS CRÍTICOS (EC)	Electrónica
334	EVOLUCIÓN DE LA TASA DE DEVOLUCIONES DE NUTRICIONES PARENTERALES PREPARADAS EN EL SERVICIO DE FARMACIA	Oral
335	EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PERSONAL CON EL CLIMA LABORAL EN UN SERVICIO DE FARMACIA	Electrónica
336	EVALUACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS (EA) EN EL ENFERMO CRÍTICO (EC) MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LA ESPINA DE ISHIKAWA COMO ACR	Electrónica
337	SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN LAS CONSULTAS EXTERNAS EN EL AÑO 2014. ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN TEMPORAL: 2011-2014.	Electrónica
338	ELEVACIÓN DEL CABECERO DE LA CAMA EN PACIENTES INTUBADOS: NIVEL DE CUMPLIMIENTO EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS	Electrónica
339	DISTRIBUCIÓN DE LOS ENFERMOS CRÍTICOS CON SEPSIS GRAVE ACORDE A LAS CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS PRINCIPALES DE LOS GRD	Electrónica
340	EL TRIAJE COMO MEJORA ASISTENCIAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS	Electrónica
341	EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE RECURSOS Y DEL PESO RELATIVO DE LOS GRD EN EL ENFERMO CRÍTICO CON TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA	Electrónica
343	EXPERIENCIA SATISFACTORIA CON LA PUESTA EN MARCHA DE UNA LÍNEA CLÍNICA ASISTENCIAL DE GONALGIA	Oral
344	LA ACREDITACIÓN COMO MOTOR DE CAMBIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE UN TERRITORIO	Electrónica
345	ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES (SP) EN LA ATENCIÓN PRIMARIA (AP) DE UN TERRITORIO.	Electrónica
346	BENEFICIO DEL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA REDUCCIÓN DE INGRESOS POR DESCOMPENSACIÓN CARDIACA	Oral
347	: IMPACTO EN LA GESTIÓN HOSPITALARIA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA MEDIANTE EL PROGRAMA UMIPIC	Oral
348	NUEVOS ROLES DE ENFERMERIA EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE CON AFECCION RESPIRATORIA AGUDA DESDE LA URGENCIA	Oral
349	EL CONSENTIMIENTO INFORMADO: ¿REGISTRAMOS EL DERECHO A LA INFORMACIÓN DE NUESTROS PACIENTES?. ¿SE PUEDE MEJORAR?.¿CÓMO?.	Electrónica
350	REVISIÓN COMO ACCIÓN DE MEJORA DEL PROTOCOLO 'PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES INGRESADOS'	Oral
351	EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD CLÍNICA DEL ENFERMO CRÍTICO (EC) DURANTE EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO (TIH)	Oral
352	¿TENEMOS IMPLANTADO EL LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA (LVSQ)?. ¿PODEMOS MEJORARLO?.NUESTRA EXPERIENCIA.	Oral
353	EVOLUCIÓN 2010/2014 EN LAS RECLAMACIONES DE USUARIOS: REFLEJO DE LOS RECURSOS, LA CRISIS Y EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL	Electrónica
355	CONSUMO DE RECURSOS DEL ENFERMO CRÍTICO (EC) CON LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL SOPORTE VITAL (LTSV)	Oral
356	ESTRATEGIA PARA ACREDITAR 288 EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UNA INSTITUCIÓN SEGÚN EL MODELO AUTONÓMICO	Oral
357	EVALUACIÓN DE LA CUMPLIMENTACIÓN DE LOS INFORMES DE ALTA INFORMATIZADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS	Oral
359	'NECESITO CITA CON MI MÉDICO': ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE OFERTA DE CITA EN CONSUTAS DE MEDICINA DE FAMILIA	Oral
361	BANCO DE PROYECTOS DE CALIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA: COMPARTIENDO EXPERIENCIA, CONOCIMIENTO Y BUENAS PRÁCTICAS	Oral
362	LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA COMO MÉTODO PARA PROPORCIONAR AL PACIENTE UNA ASISTENCIA INTEGRAL DE CALIDAD.	Electrónica
363	Y TÚ, ¿CÓMO LO VES?. OPINIÓN LOS CIUDADANOS DE LA COLABORACIÓN ENTRE DOS ÁREA SANITARIAS	Electrónica
364	DESARROLLO COMPETENCIAL Y BUENAS PRÁCTICAS DEMOSTRADAS POR PROFESIONALES SANITARIOS ACREDITADOS EN ANDALUCÍA	Oral
365	DOTACIÓN DE LA MEJOR EVIDENCIA CIENTÍFICA A LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD DE UN MODELO DE ACREDITACIÓN	Electrónica
366	PROYECTO MULTICENTRICO DE WALKROUNDS COMO ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO	Oral
367	SATISFACCIÓN E INVOLUCRACIÓN CON LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA: EL ROL MEDIADOR DEL COMPROMISO ORGANIZACIONAL	Oral
368	PRIMEROS PASOS HACIA UNA ASISTENCIA COMPLETA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REGIÓN DE MURCA.	Electrónica

COMUNICACIONES ORDENADAS POR IDENTIFICADOR

Id	Título	Tipo
369	¿ES EL E-LEARNING UNA SOLUCIÓN EFICAZ EN EL ÁMBITO DE LA SALUD? UN ANÁLISIS DE LA FORMACIÓN CONTINUADA EN ANDALUCÍA	Electrónica
370	RUTAS FORMATIVAS PARA LA GESTIÓN POR PROCESOS FUNDAMENTADA EN LEAN HEALTHCARE	Oral
371	ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS Y MANEJO DEL DOLOR	Oral
372	UN PACIENTE INFORMADO ES UN PACIENTE MÁS SEGURO.	Oral
374	DESARROLLO DEL MODELO DE ACREDITACIÓN DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CATALUÑA	Oral
375	NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD SANT JOAN D'ALACANT 2008-2014	Electrónica
376	MEJORAS INCLUIDAS EN EL MANUAL DE ESTÁNDARES PARA LA CERTIFICACIÓN DE FARMACIAS COMUNITARIAS	Electrónica
377	EVALUACIÓN SISTEMÁTICA 5'S	Oral
378	FORMACIÓN PARA LA ASISTENCIA DE POTENCIALES CASOS DE ÉBOLA (FHVE) EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ALTA RESOLUCIÓN	Oral
379	ATENCIÓN A LA CRONICIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA: ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN	Oral
380	CREACIÓN DE LA OFICINA DE PROYECTOS COMO ELEMENTO INTEGRADOR EN EL INSTITUT CATALÀ DONCOLOGIA	Oral
381	ANÁLISIS DE LA COMPLEJIDAD DE PACIENTES SUBAGUDOS ATENDIDOS EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO	Oral
382	LA ESTERILIZACIÓN CENTRALIZADA UN EJEMPLO DE EFICIENCIA Y DE COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES	Oral
383	SEGUIMIENTO DE UNA ESTRATEGIA DE CRÓNICOS CON INDICADORES DE RESULTADOS SEGÚN TRIPLE AIM	Oral
384	MANUAL DE PRIMER AUXILIOS PARA ESCUELAS Y CENTROS EDUCATIVOS	Oral
385	GESTIÓN DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA: CUADRO DE MANDO COMPARTIDO	Oral
386	EVOLUCIÓN DEL CUADRO DE MANDO DE ATENCIÓN PRIMARIA: NUEVOS RETOS FUNCIONALES ANTE NUEVAS NECESIDADES DE INFORMACIÓN	Oral
387	LA EXPERIENCIA DE INTERRELACION ENTRE DOS HOSPITALES SUMA Y AUMENTA LA CALIDAD DE LAS PRESTACIONES EN ENDOSCOPIA	Oral
390	EXPERIENCIA EN LA INTERVENCIÓN DE UNA UFISS EN URGENCIAS EN LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS	Oral
391	DEFINICIÓN DE UN PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.	Oral
392	UTILIZACIÓN DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SOBRE UN SISTEMA DE NOTIFICACION EN SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA MEJORA	Oral
394	ACCIONES DE EMPODERAMIENTO DE PACIENTES EN UNA UNIDAD CON UN SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS CERTIFICADA SEGÚN UNE 179003	Oral
396	DESARROLLO DE UNA APP COMO AGENDA DEL EQUIPO DIRECTIVO EN MATERIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Electrónica
397	IMPLEMENTACIÓN DE LA TÉCNICA ECOGRÁFICA COMO COMPETENCIA DEL TSID EN UN HOSPITAL COMARCAL. NUESTRA EXPERIENCIA.	Electrónica
401	GUIA DE ACOGIDA A PACIENTES EN UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA	Electrónica
402	IMPORTANCIA DE LAS ENFERMERAS EN LA PUNCION ASPIRACION CON AGUJA FINA	Oral
403	SIEMPRE MIDIENDO ¿Y PARA QUÉ? CALIDAD REAL FRENTE A CALIDAD PERCIBIDA.	Oral
404	DESARROLLO DE UN BUSINESS CONTINUITY PLAN (BCP) EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE LARGA ESTANCIA	Oral
405	RÉGIMEN TERAPÉUTICO Y CONOCIMIENTOS DE PACIENTES CON ANTICOAGULANTES ORALES ACCION DIRECTA DE TALLERES DE EDUCACIÓN	Oral
406	CORDINACIÓN SANITARIA Y SOCIAL: HACIA UN NUEVO MODELO DE INTEGRACIÓN	Oral
407	MEJORA DEL CRIBADO DE STREPTOCOCCUS AGALACTIAE EN EMBARAZADAS DEL AREA DE FERROL	Oral
408	PRIMERA EVALUACIÓN DEL PROCESO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL ALTA HOSPITALARIA (7 MESES DE EXPERIENCIA)	Oral
409	IMPLANTACION DE LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD EN ATENCION PRIMARIA EN UN ÁREA SANITARIA	Electrónica
410	DESARROLLO DE UN PLAN ESTRATEGICO PARA FOMENTAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD	Electrónica
411	IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN EN LA UTILIZACIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN (EPI) PARA EVITAR ACCIDENTES DE TRABAJO (AT)	Oral
412	HISTORIA CLÍNICA UNIFICADA: CUIDADOS SEGUROS	Electrónica
413	ENCUESTA SOBRE SATISFACCION Y PERCEPCION DE UTILIDAD DE LA INTERCONSULTA NO PRESENCIAL ENTRE PROFESIONALES DE AP Y AE	Electrónica
414	EVALUACIÓN DE LA DESCRIPCIÓN DE CONDROPROTECTORES TRAS DOS AÑOS DE SU RETIRADA	Oral
415	CAMBIO DE MODELO ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVO EN LA ATENCIÓN A PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS	Oral
416	BENCHMARKING CUANTITATIVO COMO INSTRUMENTO PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS	Oral

COMUNICACIONES ORDENADAS POR IDENTIFICADOR

Id	Título	Tipo
418	INDICADORES E INDICACIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA HOSPITALES	Electrónica
419	IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO PROTOCOLO DE PROCESAMIENTO DE CITOLOGÍAS CERVICO-VAGINALES EN LA CALIDAD DEL CRIBADO CERVICAL	Electrónica
420	NECESIDAD DE EVALUAR, COMPARTIR Y PRIORIZAR ACTUACIONES EN SEGURIDAD	Electrónica
421	EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE LA METODOLOGÍA HOSHI HANRI PARA LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN UN CENTRO DE SALUD	Electrónica
422	PLANIFICACIÓN Y DESPLIEGUE DE LA POLÍTICA DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN UNA INSTITUCIÓN SANITARIA	Electrónica
423	DIFUSIÓN DE RESULTADOS, SINASP, ¿CUADRAMOS EL CÍRCULO?	Electrónica
424	DIMENSION DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN CENTRO HOSPITALARIO CON AREA DE SALUT MENTAL	Electrónica
425	ACTITUD DEL PERSONAL SANITARIO ANTE PACIENTES CON HABITOS TOXICOS Y PRACTICAS DE RIESGO EN EL HOSPITAL SAN AGUSTIN	Electrónica
426	INTEGRACIÓN DE LA GESTIÓN DE RECLAMACIONES DEL USUARIO EN EL ÁREA: REGISTRO ÚNICO	Electrónica
427	PLAN DE MINIMIZACIÓN DE RIESGOS Y USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA	Oral
428	ENCUESTAS EN LÍNEA DESDE LOS CENTROS SANITARIOS	Electrónica
429	DESARROLLO ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL: EN BUSCA DE LA EXCELENCIA AL SERVICIO DE NUESTROS PACIENTES Y CLIENTES.	Electrónica
430	ACTUALIZACIÓN DE LA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA CIUDADANÍA CON LA ATENCIÓN SANITARIA	Oral
431	IMPLEMENTACIÓN DE LA IDENTIFICACIÓN ACTIVA DE PACIENTES EN DIFERENTES ÁREAS DE UN HOSPITAL DE AGUDOS	Electrónica
432	ALTERNATIVAS ASISTENCIALES EN EL MARCO DE UN SISTEMA INTEGRADO: MODELO DE 7X24 A LOS ENFERMOS CRONICOS	Electrónica
434	TÉCNICA DE LAS LETRAS MAYUSCULAS RESALTADAS COMO PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN. EVALUACIÓN DE RESULTADOS	Electrónica
435	MEJORA CONTINUA EN LA MONITORIZACIÓN DE LA ESTRATEGIA ORGANIZACIONAL A TRAVÉS DE CUADROS DE MANDOS	Electrónica
436	INTEGRACIÓN DE SISTEMAS: CALIDAD (ISO 9001), GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS (UNE 179003) Y MEDIO AMBIENTE (ISO 14001)	Electrónica
437	CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA EXTERNA: OPINION DE LOS USUARIOS VS PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES	Oral
438	ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA ELECTRÓNICO (TRAZAPA) DE TRAZABILIDAD TOTAL DE LAS MUESTRAS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA	Electrónica
439	HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS, UNA ATENCIÓN INTEGRAL, INTEGRADA E INTEGRADORA	Oral
440	EL PICC DE 2 LUCES; UNA ALTERNATIVA EFICAZ EN LA UCI.	Oral
441	REDUCCIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS INNECESARIAS POR FALTA DE RESULTADOS ANALÍTICOS	Electrónica
442	OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO DE DERIVACIONES EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA	Oral
443	ANÁLISIS DE RIESGOS EN LA INCORPORACIÓN DE NUEVOS MEDICAMENTOS. EVALUACIÓN	Oral
444	IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS CON DEMENCIA EN FASE AVANZADA Y NECESIDADES DE ATENCIÓN PALIATIVA EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL	Oral
445	FACTORES DE REINGRESOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS EN POBLACIÓN ESTRATIFICADA	Oral
446	EL PROCESO DE REALIZACIÓN DE BIOPSIAS INTRAOPERATORIAS: MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Electrónica
447	EL PROCESO DE REALIZACIÓN DE AUTOPSIAS CLINICAS: MEJORA DE LA EFICACIA Y LA EFICIENCIA ASISTENCIAL	Electrónica
448	¿SE CUMPLEN LAS EXPECTATIVAS DE LOS FAMILIARES EN LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS EN EL ÁMBITO DE URGENCIAS?	Electrónica
449	PROCESO DE CONTROL DE LA ATENCIÓN FUNERARIA: UN MODELO EFICIENTE DE GESTIÓN	Electrónica
450	INFORMACION AL PACIENTE Y/O FAMILIA EN UNA UGC: NORMALIZACION DE UN ACTO CLINICO	Electrónica
451	EL PROCESO DE GESTION DE LOS FALLECIDOS: MEJORA DE LA EFICACIA Y LA EFICIENCIA ASISTENCIAL	Electrónica
454	COACHING EN ATENCION PRIMARIA: FORMACION DE 'OTRAS COMPETENCIAS PROFESIONALES'	Oral
455	ANÁLISIS DEL RESULTADO DE UNA CAMPAÑA DE PROMOCION DE PROGRAMACIÓN DE VISITAS TELEMÁTICAS EN UN CENTRO DE SALUD (CDS).	Oral
456	EVALUACIÓN DE LA EXISTENCIA DE INFORMES DE ALTA INFORMATIZADOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS	Electrónica
457	¿CUMPLIMOS LAS ENFERMERAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD?	Oral
459	RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS: STRATIFY EN PACIENTES HOSPITALIZADOS	Oral
460	CERTIFICACIÓN DE UNA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. NORMA UNE-EN-ISO 9001-2008	Electrónica
461	DESCRIPCIÓN DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUA PARA LOS ADMINISTRATIVOS SANITARIOS DE UN EAP	Electrónica

COMUNICACIONES ORDENADAS POR IDENTIFICADOR

Id	Título	Tipo
462	CULTURA DE SEGURIDAD EN UN HOSPITAL TERCIARIO EN EL MARCO DE UN PLAN DE FORMACIÓN	Electrónica
463	ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS: UNA ASIGNATURA PENDIENTE. COMO MEJORARLA MEDIANTE UNA RED DE OBSERVADORES	Electrónica
464	MACROESTADÍSTICA O MICROREALIDAD: DISCORDANCIA EN LA ADECUACIÓN DE LAS ESTANCIAS SEGÚN 2 MÉTODOS DE EVALUACIÓN	Oral
465	ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN DE INCIDENCIAS NOTIFICADAS EN EL SISTEMA TPSC_CLOUD DE NUESTRA UFSP TERRITORIAL	Oral
466	PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS VISUALES Y PROMOCIÓN DE LA VISIÓN "OLLO COS OLLOS"	Electrónica
467	AUTOEVALUACIÓN EFQM SOBRE LA SEGURIDAD DE PACIENTES: DOS AUTOEVALUACIONES 2012/2015, ACCIONES DE MEJORA Y RESULTADOS	Electrónica
468	CONECTA 72: CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ALTA HOSPITALARIA EN EL SERVICIO GALLEGO DE SALUD	Electrónica
469	LA MÚSICA, INSTRUMENTO COMUNICATIVO UNIVERSAL Y TERAPÉUTICO: "PROYECTO MUSICÀNIM" MUSICALIZACIÓN DE UN HOSPITAL GENERAL	Electrónica
470	POLÍTICA DE VISITAS, DISEÑO Y CONFORTABILIDAD EN LAS UCIS ESPAÑOLAS. POR UNA UCI MAS HABITABLE	Oral
471	ASEGURANDO LA CALIDAD ASISTENCIAL , ¿DONDE MEJOR QUE EN SU ENTORNO HABITUAL ??	Electrónica
472	CAMBIO NORMATIVO EN LA NOTIFICACIÓN DE LAS EDO. ADAPTACIÓN DE LOS REGISTROS PARA FACILITAR SU CUMPLIMIENTO.	Oral
474	IEXPAC, ESCALA PARA EVALUAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE CRÓNICO	Oral
475	VALORACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON DIABETES EN CONSULTA DE ENFERMERÍA DE UN CENTRO DE SALUD	Electrónica
476	MOTIVACIÓN POR APRENDER Y ALFABETIZACIÓN EN SALUD: ESTUDIO CON MAYORES DE LA UNIVERSIDAD DE LA EXPERIENCIA	Oral
477	GESTIÓN DE LOS SUCESOS CENTINELAS	Electrónica
478	HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA PEDIÁTRICA (HADI): DE LA IDEA A LOS RESULTADOS	Electrónica
479	CUESTIÓN DE TIEMPO:... MANEJO DEL ICTUS EN EL ÁREA SANITARIA	Oral
480	IMPLEMENTACIÓN DE SOLUCIONES ALCOHÓLICAS PARA EL LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO BASADO EN UN PLAN DE GESTIÓN DEL CAMBIO	Oral
481	¿HAY MARGEN PARA MEJORAR LAS HOSPITALIZACIONES EN EDAD PEDIÁTRICA EN LA RED PÚBLICA?	Oral
482	LA NORMALIZACION DEL REGISTRO INFORMATICO APLICADO A LAS INTERVENCIONES COMUNITARIAS PERMITE EVALUARLAS Y MEJORARLAS	Oral
483	¿LA MEJORA EN EL DISEÑO DE LOS ESPACIOS WEB CONTRIBUYE EN SU USO?	Oral
484	NUEVAS ESTRATEGIAS DE MEJORA EN LA GESTIÓN DE LAS INCIDENCIAS	Electrónica
485	¿SON FACTIBLES NUEVOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA PEDIÁTRICA?	Electrónica
486	PROCESOS ASISTENCIALES EFECTIVOS: ¿MEJORA LA SALUD DE LAS PERSONAS DIABÉTICAS CON NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA?	Oral
487	TERAPIA SECUENCIAL CON MEDICAMENTOS. ESTRATEGIA PARA DISMINUIR BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER	Electrónica
490	EVALUACIÓN PRELIMINAR DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA PREVENIR CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS	Oral
491	DISEÑANDO EL FUTURO: APLICACIÓN MÓVIL HOSPITALARIA APP PARA FACILITAR UNA MEJOR INFORMACIÓN Y GESTIÓN A LOS USUARIOS	Oral
492	IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN ANTIBIÓTICA (PROA): COMO SER EFICIENTES EN EL USO ANTIBIÓTICO HOSPITALARIO	Oral
493	ESTUDIO DE INTERVENCIÓN Y ANÁLISIS CUALITATIVO. CLOSTRIDIUM DIFFICILE NOSOCOMIAL: UNA ENDEMIAS INCIPIENTE (2012-2014)	Oral
494	HACIA UNA BIBLIOTECA DE FUTURO EN SANIDAD: EVOLUCIÓN HISTÓRICA EN LAS HERRAMIENTAS PARA EL DESARROLLO DEL CONOCIMIENTO	Electrónica
495	IMPACTO DE LA PATOLOGÍA ONCOLÓGICA (PO) EN EL CONSUMO DE RECURSOS DEL ENFERMO CRÍTICO CON SEPSIS GRAVE (SG)	Electrónica
496	JORNADA ANUAL INSTITUCIONAL (COMISIÓN CENTRAL DE CALIDAD): RESULTADOS DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS COMO SOPORTE A LA CALIDAD	Electrónica
497	MATRIZ ÁMBITO PRODUCTIVIDAD DEL ENFERMO CRÍTICO (MAPEC) EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI) EXTENDIDO	Electrónica
498	EVALUACIÓN Y MEJORA DEL MANEJO A PIE DE CAMA DEL ASISTENTE DE ENFERMERÍA EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN GENERAL	Oral
499	MEJORANDO LA FORMACIÓN CONTINUADA DEL PROFESIONAL: 'MOODLE', SATISFACCIÓN, ADQUISICIÓN Y TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTOS	Oral
500	PROYECTO DE MEJORA EN LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE SALUD MENTAL	Electrónica
501	APLICACIÓN CICLO PDCA EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA	Oral
502	EL EQUIPO DIRECTIVO EJEMPLO EN LA MEJORA CONTINUA: EVALUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DEL PACTO ANUAL DE GESTIÓN.	Oral
504	PLAN DE HUMANIZACIÓN PARA LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ES TIEMPO DE CAMBIO.	Electrónica
506	FACTIBILIDAD Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DIABETES TIPO-II EN ATENCIÓN PRIMARIA. EVALUACIÓN DEL PROCESO	Oral

COMUNICACIONES ORDENADAS POR IDENTIFICADOR

Id	Título	Tipo
507	UNA ESTRATEGIA DE MEJORA EN CALIDAD ASISTENCIAL	Electrónica
508	PROYECTO AVENÇ: LA GUIA DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS ENTIDADES DE PACIENTES EN CATALUÑA	Electrónica
510	TUS DATOS SÍ IMPORTAN	Oral
511	IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA EN UN HOSPITAL.	Oral
512	EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN EL TRIAJE EN URGENCIAS DE 3º NIVEL	Electrónica
513	EVOLUCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN UN HOSPITAL DE AGUDOS GERIÁTRICOS	Electrónica
514	LOS CONTRATOS DE GESTIÓN COMO INSTRUMENTO PARA POTENCIAR LA GESTIÓN CLÍNICA DE CALIDAD	Oral
515	TO HACK OR NOT TO HACK... ESA ES LA CUESTIÓN	Oral
516	ACREDITACIÓN DE UN CENTRO DE SALUD(CS) SEGÚN EL MODELO DE ACREDITACIÓN AUTONÓMICO	Oral
517	EFFECTIVIDAD DEL SVA EN LA UCI TRAS LA ORGANIZACIÓN DEL CARRO DE PARO CARDÍACO (PCR) ACORDE A LA SECUENCIA 'ABC'	Oral
518	INDICADORES DE CALIDAD EN PATOLOGÍA VASCULAR: ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL	Oral
519	ANÁLISIS E IMPLANTACIÓN DE LA INTEGRACION DE IMÁGENES, INFORMES Y ARCHIVOS DE VÍDEO E IMAGEN EN LA HCE	Oral
521	EVALUACIÓN DEL CRIBADO DE RETINOPATIA DIABETICA EN ATENCIÓN PRIMARIA	Oral
522	ESTUDIO PREVALENCIA Y TIPOLOGÍA DE ERRORES DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE	Oral
524	PRESCRIPCIÓN DE CUIDADOS ELECTRÓNICOS: IMPACTO EN LA CALIDAD DE CUIDADOS	Oral
525	IMPLANTACIÓN DE LA ENCUESTA 'LOS PACIENTES Y LAS TIC EN EL CUIDADO DE SU SALUD. CONSEJO CUSULTIVO DE PACIENTES CATALUÑA	Oral
526	IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE SALUD Y PLAN ESTRATÉGICO A PARTIR DE LA DEFINICIÓN Y ASIGNACIÓN DE OBJETIVOS	Oral
527	EL LABORATORIO CLÍNICO COMO IMPULSOR DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Oral
528	PATRÓN DE UTILIZACIÓN DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS EN ÁREAS SANITARIAS URBANAS, MIXTAS Y RURALES	Oral
530	INFLUENCIA DE UN PROGRAMA DE REUNIONES EFECTIVAS EN LA SATISFACION DE PROFESIONALES PARTICIPANTES EN GRUPOS DE TRABAJO	Electrónica
532	INFLUENCIA DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD EN LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	Oral
534	COORDINANDO AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO: PRIMARIA, RESIDENCIA Y EL HOSPITAL EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA	Oral
535	LA CALIDAD PERCIBIDA, HERRAMIENTA PARA LA MEJORA CONTINUA EN LA ATENCIÓN AL DOLOR	Oral
538	ASEGURANDO LOS CUIDADOS EN EL MANEJO DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN. MIRANDO AL FUTURO (III)	Electrónica
539	EL SELLO DE EXCELENCIA EFQM COMO RECOMPENSA DE LA MEJORA CONTINUA	Electrónica
540	PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SOLICITUD DE ENVÍO DE MUESTRAS A OTROS CENTROS	Electrónica
541	GESTIÓN DE E-CONSULTA DE ESPECIALISTAS CONSULTORES PARA ATENCIÓN PRIMARIA A TRAVÉS DE SELENE	Oral
542	PERSONALIZACIÓN DEL CÓDIGO ICTUS POR EL LABORATORIO DE URGENCIAS	Electrónica
543	REDUCCIÓN DE COSTES ASOCIADA A LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON INMUNOSUPRESORES SELECTIVOS EN ARTRITIS REUMATOIDE	Electrónica
544	BALANCE DE ACTUACIÓN DEL CONSEJO CONSULTIVO DE PACIENTES DE CATALUÑA	Electrónica
545	CARACTERIZACIÓN DE LA DEMANDA DE URGENCIAS HOSPITALARIAS EN ÁREAS SANITARIAS URBANAS Y RURALES	Electrónica
546	TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA: MEJORA DEL MANEJO EN URGENCIAS	Electrónica
548	CALIDAD DEL INFORME DE ALTA MÉDICO DE CIRUGÍA GENERAL EN UN HOSPITAL CON HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA	Electrónica
549	DECISIONES CLÍNICAS COMPARTIDAS:PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN LA TOMA DE DECISIONES	Electrónica
551	LA TECNICA DE GRUPOS FOCALES PARA CONOCER LA SATISFACCION DEL CLIENTE INTERNO	Electrónica
552	ESTRATEGIA INTEGRAL DE FARMACIA EN UN GRUPO SANITARIO PARA UNA ASISTENCIA DE CALIDAD	Electrónica
553	NORAY: RESULTADOS DE UN EQUIPO DE MEJORA SOBRE SUJECCIÓN MECÁNICA DE PACIENTES EN EL HOSPITAL GORLIZ	Electrónica
554	DESARROLLO DE UN PLAN DE FORMACIÓN ON LINE SOBRE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTOS PARA PROFESIONALES SANITARIOS	Electrónica
555	I.CRITICAL BOX (LAS TIC EN LA GESTIÓN DE CRÍTICOS)	Electrónica
556	SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DE PACIENTE COMO HERRAMIENTA DE MEJORA (2011-2014)	Oral

COMUNICACIONES ORDENADAS POR IDENTIFICADOR

Id	Título	Tipo
558	5 AÑOS DE LA REVISTA "SEGURIDAD CLÍNICA" EN EL HOSPITAL GORLIZ. OSAKIDETZA	Oral
559	MOVER UN DEDO PARA NOTIFICAR INCIDENTES	Oral
560	EXPERIENCIA INCORPORACIÓN DEL PROCEDIMIENTO ENFERMERO RIESGO DE ASPIRACIÓN EN LA PRÁCTICA DIARIA DE CUIDADOS EN LA FSM	Electrónica
561	ADECUACIÓN DE ESTANCIAS EN PACIENTES AISLADOS EN UN BROTE POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS	Oral
564	UBICACIÓN Y TRAZABILIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS. ROMPIENDO BARRERAS.	Oral
565	SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EXTERNOS DE LA FARMACIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: DE MEJORAS A IMPLEMENTAR	Electrónica
567	CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, DESDE LOS CIMIENTOS DE LA ORGANIZACIÓN A LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA.	Oral
568	HERRAMIENTAS PARA UNA MEJOR INTEGRACIÓN DE LA VACUNACIÓN EN LA ASISTENCIA CLÍNICA	Electrónica
569	GESTIÓN POR PROCESOS DE LAS ENFERMERAS DE MEDICINA PREVENTIVA	Electrónica
570	IMPLANTACION DE UNA AGENDA DE CONSULTAS EXTERNAS DE FARMACIA HOSPITALARIA PARA LA CITACIÓN DE PACIENTES	Electrónica
571	PROBLEMAS DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS: ¿DEBEMOS PREOCUPARNOS?	Electrónica
572	NORMA DE SEGURIDAD UNE 179003:2013 ASOCIADA AL MAPA DE PROCESOS EN UN SERVICIO DE RADIOLOGIA	Oral
573	CLASIFICACION Y DESCRIPCIÓN DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN NOTIFICADOS AL SERVICIO DE FARMACIA	Electrónica
574	ANÁLISIS DE IMPLANTACIÓN DE LA NORMA ISO 9001 EN UNA UNIDAD DE FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL	Oral
576	ENFERMERA EXPERTA. APROXIMACIÓN ENTRE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA Y ATENCIÓN PRIMARIA	Electrónica
577	EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES EN EL SISTEMA TPSC-CLOUD EN UN CENTRO DE SALUD	Oral
579	CERTIFICACIÓN DEL CONJUNTO DE PROCESOS DE UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA CONFORME A LA NORMA UNE 179003:2013	Oral
581	ÉXITO EN LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: COOPERACIÓN MULTIDISCIPLINAR, EN RED Y DESCENTRALIZADA	Oral
584	PROCESO DE GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS, EL EJE DE LA CERTIFICACION CONFORME A LA NORMA 17900.2013	Electrónica
585	ENCUESTA A PROFESIONALES SOBRE CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	Electrónica
586	HERRAMIENTAS SENCILLAS INCORPORADAS A UN SISTEMA DE GESTIÓN AVANZADO I+D+I, SEGÚN NORMA UNE 166002:2014	Electrónica
587	UTILIDAD DEL ÍNDICE DE COMPLEJIDAD QUIRÚRGICA (ICQ) EN EL PROCESO DE CIRUGÍA DE CATARATA	Oral
589	IMPORTANCIA DE LOS PROCESOS ENFERMEROS EN LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA ISO 9001 EN UN SERVICIO CLÍNICO HOSPITALARIO	Electrónica
590	ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA, EVALUACIÓN DE LOS ATRIBUTOS CUALITATIVOS COMO PUNTO DE PARTIDA PARA LA MEJORA.	Electrónica
591	ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD EN LA ORGANIZACIÓN	Electrónica
592	EVALUACIÓN DEL PLAN DE AUDITORÍAS INTERNAS ISO 9001 DE UN SERVICIO DE SALUD	Electrónica
593	PROYECTO INCA, INTEGRACIÓN SOCIO-SANITARIA Y CONEXIÓN CON EL PACIENTE Y EL CUIDADOR	Electrónica
594	DIFUSIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN ENFERMERÍA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE A TRAVÉS DE LA FORMACIÓN CONTINUADA	Electrónica
595	TELEMONITORIZACIÓN EN DOMICILIO DE PACIENTES CRÓNICOS. TRANSFERENCIA DE COMPETENCIAS A COLABORADORES NO SANITARIOS	Electrónica
596	ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA Y TOXICIDAD: EL MEJOR INDICADOR DE CALIDAD EN ONCOLOGÍA.	Electrónica
597	EVALUACIÓN Y MEJORA DE LOS TIEMPOS DE INGRESO EN LA SALA DE OBSERVACIÓN DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO	Oral
598	ENFERMEDADES PROFESIONALES, LA PANDEMIA OCULTA	Electrónica
599	PROYECTO MULTICÉNTRICO FLEBITIS ZERO: ESTRATEGIA MULTIMODAL PARA LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS DEL ACCESO VASCULAR	Electrónica
600	ESTRATEGIA HOSPITALARIA PARA LA MEJORA EN LOS INDICADORES DEL OBSERVATORIO DE RESULTADOS DEL SERMAS	Electrónica
601	MEJORA CONTÍNUA EN LA GESTIÓN DE COMISIONES CLÍNICAS Y GRUPOS DE MEJORA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE	Electrónica
602	LA FUERZA DE LA ACTITUD POSITIVA. QUEREMOS PERSONAS, DIFERENTES. TENEMOS UN PLAN	Electrónica
603	REALIZAR TIPAJE Y ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES EN EL PREOPERATORIO EVITA CANCELAR CIRUGÍAS MAYORES PROGRAMADAS	Electrónica
604	MAS QUE UN DISPOSITIVO MOVIL, UNA HERRAMIENTA SEGURA DE TRABAJO	Electrónica
605	GESTIO DOCUMENTAL EN ATENCIÓ PRIMÀRIA	Electrónica
606	PLAN ESTRATÉGICO: OBJETIVO DE TODA LA ORGANIZACIÓN	Oral

COMUNICACIONES ORDENADAS POR IDENTIFICADOR

Id	Título	Tipo
607	COMPROMISO CON LA CALIDAD DE VIDA DE NUESTROS PACIENTES	Electrónica
608	PLAN DE MEJORA DE ATENCION SANITARIA, CARTERA DE SERVICIOS COMO HERRAMIENTA DE GESTION DE CALIDAD: 12 MESES, 12 ACCIONES	Oral
609	NUEVO REGISTRO DE ENFERMERÍA, EN UNA UNIDAD SEMICRITICOS, DE UN HOSPITAL COMARCAL.	Electrónica
610	METODOLOGIA LEAN PARA LA ESTANDARIZACIÓN DE CONSULTAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.	Electrónica
611	LA INTEGRACION DEL DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGIA EN EL CENTRO CARDIOVASCULAR SANT JORDI	Electrónica
612	ENCUESTAS ON-LINE COMO HERRAMIENTA DE APOYO EN LA ELABORACION DE UN PROGRAMA DE FORMACION CON ACREDITACION ISO	Electrónica
613	ESTRATEGIA MULTIMODAL PARA LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN DEL DOLOR BASADA EN EL PDCA	Oral
614	¿QUÉ INFORMACIÓN DEBEN SABER LOS PACIENTES AL SOMETERSE A UNA PRUEBA RADIOLÓGICA? PACIENTES VS PROFESIONALES	Oral
615	METODOLOGIA LEAN PARA GESTIÓN DE COLAS EN ATENCIÓN PRIMARIA	Oral
616	MEJORA DE LA ATENCIÓN AL TRAUMA GRAVE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO	Electrónica
617	LA IDENTIFICACION ACTIVA DE PACIENTES, ES COSA DE TODOS?	Electrónica
618	TRATAMIENTO TERAPÉUTICO DURANTE EL INGRESO: INFORMACIÓN AL PACIENTE	Oral
619	INTERCONSULTAS NO PRESENCIALES ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN ÁLAVA	Oral
620	VENOPUNCIÓN VERSUS PUNCIÓN DEL TALÓN PARA REALIZAR EL CRIBAJE DE METABOLOPATÍAS EN RECIÉN NACIDOS	Oral
621	NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD	Oral
622	INNOVACIÓN EN LA GESTIÓN DE PEDIATRAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA	Oral
623	PROMOCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD	Electrónica
625	NUEVOS ROLES PROFESIONALES: CONSULTA DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ÁLAVA	Electrónica
626	GRUPOS FOCALES: UNA HERRAMIENTA ÚTIL PARA ANÁLIZAR LA PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES Y USUARIOS DE UN ÁREA BÁSICA DE SALUD	Oral
627	CULTURA DE SEGURIDAD EN EL PERSONAL NO SANITARIO	Electrónica
628	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE USO DE UN SOFTWARE PARA REGISTRAR EL PROCESO ENFERMERO	Electrónica
629	RESULTADOS DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN DOS HOSPITALES	Oral
630	ELABORACIÓN DEL CÓDIGO ÉTICO INSTITUCIONAL DEL ÁREA III DEL SESPA Y LA FUNDACIÓN HOSPITAL DE AVILÉS	Oral
631	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE CAIDA A LAS PERSONAS ATENDIDAS DURANTE EL AÑO 2014	Oral
632	INTERVENCIONES FARMACOTERAPÉUTICAS Y EVALUACIÓN DEL GRADO DE ACEPTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES MÁS FRECUENTES	Oral
633	SEGUNDAS VICTIMAS	Electrónica
634	IMPLICACIÓN DE LOS PACIENTES EN LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA CLINICA TERRES DE L'EBRE (CTE)	Electrónica
636	PLAN ESTRATÉGICO DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	Electrónica
638	EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE EL PERIODO 2004-2014	Electrónica
639	LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA GESTIÓN POR PROCESOS FUNDAMENTADA EN LEAN HEALTHCARE	Oral
640	TELEOSTOMIA Y TELECURA. ATENCION INTEGRADA PARA EL PACIENTE Y ACCESIBLE A TRAVES DE LAS TICS	Electrónica
641	LA UNIDAD DE CALIDAD RESPONSABLE DE LAS SESIONES FORMATIVAS EN UNA OSI	Electrónica
642	EVALUACIÓN DEL ABSENTISMO A LA FORMACIÓN EN LA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA DEBABARRENA	Electrónica
643	¿SE PUEDE APRENDER JUGANDO?	Oral

AREA	ID COMUNICACIONES
ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS Atención a pacientes crónicos	20, 26, 28, 32, 38, 42, 63, 71, 90, 99, 100, 141, 179, 181, 192, 193, 211, 231, 236, 239, 240, 246, 250, 253, 255, 256, 278, 296, 318, 322, 346, 347, 368, 379, 381, 383, 390, 405, 406, 408, 415, 432, 439, 444, 445, 468, 471, 474, 475, 486, 490, 508, 521, 534, 543, 560, 593, 595, 607, 608
ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE Accesibilidad	40, 93, 127, 206, 213, 277, 292, 306, 321, 326, 359, 385, 388, 401, 442, 452, 455, 479, 481, 491, 523, 570, 580, 608, 615, 619, 640
ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE Comunicación	24, 25, 30, 43, 67, 79, 102, 113, 161, 228, 239, 288, 317, 357, 363, 372, 388, 423, 426, 435, 450, 456, 468, 469, 485, 491, 510, 614, 618
ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE Confort otros	232, 310, 368, 440, 469, 470, 504
ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE Coordinación y continuidad asistencial	38, 40, 42, 67, 69, 71, 79, 115, 122, 165, 169, 179, 204, 211, 227, 237, 240, 245, 246, 253, 255, 256, 257, 263, 275, 286, 323, 348, 351, 357, 363, 387, 401, 407, 408, 413, 415, 439, 441, 442, 468, 471, 478, 479, 485, 523, 534, 538, 540, 541, 542, 548, 568, 580, 593, 595, 611, 619, 625
ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE Dolor	31, 53, 130, 144, 145, 154, 201, 263, 368, 371, 535, 613
ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE Empoderamiento	22, 24, 42, 65, 112, 230, 253, 311, 319, 372, 384, 394, 405, 476, 490, 549, 634
ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE Ética	171, 271, 315, 349, 355, 388, 425, 430, 511, 553, 630
ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE Participación ciudadana	96, 221, 250, 253, 273, 363, 469, 508, 509, 525, 544, 549, 626, 634
ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE Percepción del cliente	24, 31, 65, 81, 85, 90, 96, 102, 104, 113, 132, 142, 155, 221, 223, 232, 250, 259, 274, 287, 296, 328, 337, 353, 367, 369, 403, 426, 428, 437, 448, 449, 474, 499, 512, 525, 532, 535, 565, 626
EFICIENCIA Eficiencia	26, 31, 35, 36, 40, 52, 58, 82, 106, 110, 115, 119, 127, 141, 156, 182, 257, 258, 280, 289, 316, 323, 326, 329, 334, 339, 341, 354, 355, 380, 397, 414, 441, 447, 451, 459, 464, 473, 481, 487, 492, 495, 497, 543, 556, 580, 610, 613, 638
ENFERMERÍA Enfermería; cuidados	55, 65, 77, 128, 130, 155, 167, 179, 187, 190, 204, 211, 215, 226, 227, 240, 270, 272, 287, 320, 332, 333, 346, 348, 367, 371, 402, 403, 457, 468, 475, 498, 512, 524, 538, 560, 569, 576, 589, 594, 609, 625, 628, 631, 635, 640
E-SALUD; TIC Y TELEMEDICINA e-Salud; TIC y telemedicina	19, 25, 38, 42, 54, 56, 93, 111, 141, 165, 167, 171, 236, 260, 271, 312, 345, 360, 361, 369, 386, 396, 406, 412, 413, 428, 432, 438, 455, 482, 483, 491, 494, 498, 499, 515, 519, 524, 525, 541, 548, 554, 555, 559, 595, 604, 612, 628, 632, 640, 643
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Evaluación de la calidad	20, 25, 28, 33, 48, 93, 97, 98, 102, 124, 127, 129, 139, 144, 146, 151, 154, 155, 156, 159, 169, 197, 199, 203, 248, 259, 266, 274, 275, 280, 281, 285, 286, 302, 310, 317, 324, 330, 332, 333, 337, 338, 350, 351, 353, 357, 377, 393, 403, 408, 410, 414, 420, 437, 440, 456, 464, 467, 486, 490, 495, 496, 498, 505, 514, 517, 546, 548, 553, 561, 563, 565, 566, 574, 592, 596, 597, 599, 601, 616, 638, 642
GESTIÓN Acreditación y certificación	27, 59, 97, 99, 100, 106, 114, 117, 151, 162, 163, 176, 184, 185, 199, 200, 213, 270, 300, 304, 314, 344, 356, 360, 364, 365, 374, 376, 436, 460, 511, 516, 539, 551, 574, 579, 584, 589

AREA	ID COMUNICACIONES
GESTIÓN Calidad: Sistemas, modelos y programas	27, 33, 38, 42, 44, 52, 59, 66, 74, 77, 81, 82, 86, 97, 99, 100, 106, 128, 129, 138, 151, 162, 163, 176, 184, 185, 199, 233, 246, 256, 287, 291, 300, 304, 314, 317, 321, 327, 333, 356, 360, 361, 365, 379, 383, 384, 390, 391, 394, 405, 406, 407, 415, 419, 422, 427, 429, 435, 436, 460, 467, 483, 487, 496, 502, 508, 516, 525, 530, 539, 540, 551, 572, 574, 584, 586, 589, 590, 592, 601, 626, 628, 641
GESTIÓN Gestión clínica	50, 151, 450, 514
GESTIÓN Gestión de la innovación	59, 78, 189, 236, 509, 515, 586
GESTIÓN Gestión de personas	39, 46, 50, 55, 61, 68, 73, 81, 92, 108, 112, 114, 116, 118, 121, 123, 124, 125, 133, 150, 153, 158, 160, 161, 164, 167, 168, 193, 195, 203, 207, 225, 230, 240, 241, 251, 252, 254, 258, 283, 284, 307, 325, 329, 335, 364, 367, 369, 370, 371, 378, 397, 411, 454, 461, 462, 494, 499, 502, 526, 530, 550, 554, 574, 576, 594, 601, 602, 606, 608, 612, 622, 623, 625, 627, 633, 641, 642, 643
GESTIÓN Gestión de procesos: procesos, guías clínicas, vías...	20, 22, 28, 35, 40, 49, 53, 63, 69, 77, 79, 80, 96, 98, 100, 102, 134, 139, 144, 145, 149, 154, 159, 162, 163, 165, 167, 168, 184, 189, 190, 192, 201, 204, 206, 207, 215, 224, 227, 231, 239, 249, 250, 255, 257, 270, 271, 280, 282, 285, 286, 303, 317, 319, 320, 323, 328, 334, 337, 338, 340, 341, 343, 350, 362, 397, 410, 419, 438, 441, 446, 449, 466, 471, 475, 486, 495, 498, 505, 517, 531, 540
GESTIÓN Lean	82, 85, 110, 119, 177, 272, 370, 377, 610, 615, 639
GESTIÓN Sistemas de información; indicadores	48, 75, 98, 99, 111, 124, 126, 139, 141, 146, 151, 164, 184, 187, 198, 205, 206, 208, 248, 249, 254, 289, 297, 310, 312, 325, 333, 339, 341, 360, 375, 381, 383, 385, 386, 393, 403, 408, 412, 416, 418, 421, 423, 435, 464, 472, 482, 507, 514, 518, 545, 548, 552, 564, 586, 590, 596, 598, 600, 605, 609, 642
GESTIÓN Estrategia	44, 50, 59, 81, 86, 96, 106, 129, 151, 158, 161, 184, 189, 291, 303, 313, 380, 381, 383, 391, 396, 404, 410, 421, 422, 429, 432, 435, 436, 467, 478, 496, 502, 507, 511, 514, 526, 567, 599, 600, 606, 608, 611, 630, 636
GESTIÓN Procesos	19, 20, 21, 22, 24, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35, 36, 38, 40, 42, 43, 44, 46, 47, 49, 50, 52, 53, 56, 58, 59, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 72, 73, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 85, 86, 90, 91, 93, 96, 98, 99, 100, 102, 106, 110, 112, 113, 115, 116, 117, 119, 121, 122, 126, 127, 130, 133, 134, 137, 139, 141, 142, 144, 145, 146, 151, 153, 154, 155, 156, 158, 159, 160, 161, 163, 164, 165, 167, 168, 169, 171, 176, 177, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 201, 204, 206, 207, 213, 215, 22, 223, 224, 225, 227, 230, 231, 233, 242, 243, 245, 246, 248, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 265, 271, 272, 275, 277, 278, 280, 282, 285, 286, 289, 291, 296, 297, 300, 303, 306, 311, 313, 314, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 226, 227, 228, 330, 332, 334, 337, 338, 340, 341, 343, 345, 346, 347, 348, 350, 351, 354, 356, 357, 359, 361, 362, 368, 369, 370, 374, 377, 379, 380, 382, 383, 384, 385, 387, 390, 391, 396, 397, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 410, 412, 413, 415, 416, 419, 421, 422, 426, 427, 428, 429, 435, 436, 437, 438, 439, 441, 442, 445, 446, 447, 449, 450, 451, 452, 454, 456, 461, 464, 466, 467, 469, 471, 472, 475, 477, 479, 480, 481, 482, 483, 486, 487, 490, 492, 494, 495, 496, 498, 499, 500, 501, 502, 505, 506, 507, 511, 512, 514, 516, 517, 518, 523, 525, 526, 527, 528, 530, 531, 532, 534, 540, 542, 543, 545, 546, 549, 551, 552, 553, 560, 561, 563, 565, 568, 569, 570, 572, 574, 577, 579, 584, 587, 589, 590, 592, 597, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 608, 609, 610, 612, 613, 615, 616, 618, 620, 622, 625, 626, 628, 629, 630, 632, 635, 636, 638, 639,,641, 642, 643, 644

AREA	ID COMUNICACIONES
NIVELES Y UNIDADES ASISTENCIALES A Comunidad	38, 42, 159, 211, 246, 256, 379, 383, 384, 405, 407, 466, 479, 482, 483, 534
NIVELES Y UNIDADES ASISTENCIALES A Patológica	438
NIVELES Y UNIDADES ASISTENCIALES Alergología	65
NIVELES Y UNIDADES ASISTENCIALES Área quirúrgica	54, 69, 102, 123, 127, 131, 132, 142, 188, 194, 215, 266, 276, 317, 352, 385, 446, 480, 522, 535, 548, 587, 603
NIVELES Y UNIDADES ASISTENCIALES Área Sanitaria	76, 97, 161, 162, 222, 245, 253, 255, 260, 275, 312, 322, 363, 375, 377, 413, 428, 432, 439, 471, 479, 490, 509, 518, 526, 534, 541, 545, 559, 574, 580, 593, 595, 606, 622, 638, 642
NIVELES Y UNIDADES ASISTENCIALES Atención Primaria	25, 26, 37, 47, 77, 79, 184, 185, 192, 195, 196, 199, 200, 204, 241, 263, 280, 283, 304, 307, 309, 318, 323, 324, 325, 326, 327, 344, 345, 356, 359, 374, 378, 379, 383, 384, 386, 391, 392, 406, 409, 414, 415, 421, 427, 432, 452, 454, 455, 460, 461, 465, 466, 475, 482, 483, 506, 507, 516, 521, 531, 605, 607, 608, 610, 615, 619, 626
NIVELES Y UNIDADES ASISTENCIALES Cardiología	93, 437, 618
NIVELES Y UNIDADES ASISTENCIALES CCEE; área ambulatoria	65, 211, 337, 441, 523, 619
NIVELES Y UNIDADES ASISTENCIALES Farmacia	34, 58, 80, 85, 141, 144, 165, 192, 193, 209, 223, 225, 234, 243, 334, 335, 362, 376, 427, 434, 443, 500, 552, 554, 565, 570, 571, 573, 629, 632
NIVELES Y UNIDADES ASISTENCIALES Hematología	101, 308, 330
NIVELES Y UNIDADES ASISTENCIALES Hospital	21, 24, 28, 30, 31, 32, 35, 36, 39, 40, 49, 52, 54, 58, 59, 62, 63, 68, 69, 78, 80, 81, 83, 90, 98, 99, 100, 114, 115, 116, 118, 120, 121, 123, 124, 125, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 142, 146, 148, 153, 155, 156, 158, 168, 169, 174, 176, 182, 187, 188, 193, 194, 204, 205, 209, 213, 215, 223, 224, 226, 227, 229, 231, 232, 234, 239, 243, 248, 249, 250, 252, 254, 257, 258, 264, 265, 270, 271, 276
NIVELES Y UNIDADES ASISTENCIALES Laboratorio	67, 79, 197, 441, 501, 527, 531, 540, 542, 563
NIVELES Y UNIDADES ASISTENCIALES M preventiva	126, 134, 245, 472, 569, 590
NIVELES Y UNIDADES ASISTENCIALES M. Interna	231
NIVELES Y UNIDADES ASISTENCIALES Media y larga estancia	61, 278, 381, 404, 406, 593, 595
NIVELES Y UNIDADES ASISTENCIALES Nefrología	19, 20, 28
NIVELES Y UNIDADES ASISTENCIALES Neurología	239, 249, 542

AREA	ID COMUNICACIONES
NIVELES Y UNIDADES ASISTENCIALES Obs y Gine	98
NIVELES Y UNIDADES ASISTENCIALES Oncología	32, 82, 101, 104, 113, 122, 139, 144, 201, 248, 274, 366, 368, 380, 394, 401, 439, 514, 596
NIVELES Y UNIDADES ASISTENCIALES Pediatria	24, 75, 180, 198, 227, 230, 265, 310, 327, 368, 439, 478, 481, 485, 620, 622
NIVELES Y UNIDADES ASISTENCIALES Radiología	280, 314, 397, 572, 614
NIVELES Y UNIDADES ASISTENCIALES Rehabilitación	300, 460
NIVELES Y UNIDADES ASISTENCIALES Residencia	141, 415, 444
NIVELES Y UNIDADES ASISTENCIALES Reumatología	543
NIVELES Y UNIDADES ASISTENCIALES Salud mental	71, 236, 237, 240, 404, 424, 500, 567, 579, 590
NIVELES Y UNIDADES ASISTENCIALES Salud Pública	27, 47, 250, 384, 393, 472, 476, 482, 483, 505, 508, 568, 607, 620
NIVELES Y UNIDADES ASISTENCIALES Traumatología	49, 69, 522
NIVELES Y UNIDADES ASISTENCIALES UCI	75, 107, 198, 228, 259, 310, 332, 333, 336, 338, 339, 341, 351, 355, 440, 470, 495, 497, 504, 517, 555, 609
NIVELES Y UNIDADES ASISTENCIALES Urgencias	40, 48, 53, 117, 119, 133, 169, 180, 205, 206, 207, 221, 282, 283, 285, 292, 321, 323, 340, 357, 390, 445, 448, 456, 512, 528, 532, 545, 546, 564, 597, 616
NIVELES Y UNIDADES ASISTENCIALES Urología	40
PERCEPCIÓN PROFESIONAL Percepción profesional	39, 61, 66, 68, 108, 112, 130, 150, 155, 158, 195, 203, 225, 237, 241, 263, 266, 281, 335, 369, 392, 413, 425, 437, 463, 499, 513, 530, 551, 585, 591, 614, 642
PROGRAMAS Anticoagulación	42, 405
PROGRAMAS Cribado ca cervix	419
PROGRAMAS Diabetes	38, 486, 506, 521
PROGRAMAS Embarazo	76, 159, 224, 250, 407

AREA	ID COMUNICACIONES
PROGRAMAS EPOC	246
PROGRAMAS HB Próstata	275
PROGRAMAS Ictus	479
PROGRAMAS Insuficiencia cardiaca	347
PROGRAMAS Intervenciones comunitarias	482
PROGRAMAS Mujer	393
PROGRAMAS Pacientes externos	570
PROGRAMAS PROA	492
PROGRAMAS Programas	38, 42, 159, 224, 246, 250, 347, 384, 391, 393, 405, 407, 482, 486, 506, 521
PROGRAMAS Protocolos H Piloni	324
PROGRAMAS RCP	384
PROGRAMAS Seguridad	391
PROGRAMAS Servicio de atención al ciudadano	274
PROGRAMAS Tabaco	607
SEGURIDAD Caídas	120, 196, 208, 350, 459, 473, 490, 631
SEGURIDAD Cultura de seguridad	39, 43, 155, 158, 160, 182, 203, 281, 302, 409, 462, 513, 558, 567, 585, 623, 627
SEGURIDAD Fármacos	21, 29, 34, 58, 79, 141, 165, 192, 193, 209, 223, 231, 234, 243, 414, 427, 434, 443, 487, 500, 543, 554, 565, 571, 618, 629, 632
SEGURIDAD Gestión de riesgos	19, 22, 35, 39, 49, 50, 54, 71, 74, 92, 111, 129, 133, 164, 176, 178, 184, 199, 201, 233, 251, 271, 285, 309, 316, 336, 345, 349, 351, 394, 396, 402, 403, 404, 410, 411, 412, 418, 420, 436, 441, 446, 467, 477, 501, 531, 538, 555, 563, 572, 584, 591, 594, 603, 604, 633, 634, 635, 639

AREA	ID COMUNICACIONES
SEGURIDAD Higiene de manos	83, 101, 118, 230, 260, 308, 313, 416, 463, 480
SEGURIDAD Identificación	148, 174, 186, 229, 242, 264, 431, 438, 522, 527, 564, 617
SEGURIDAD Infecciones	36, 59, 67, 69, 79, 105, 107, 118, 126, 134, 156, 177, 188, 226, 227, 245, 260, 295, 313, 339, 354, 378, 382, 407, 440, 457, 472, 480, 487, 492, 493, 495, 505, 561, 590, 599
SEGURIDAD Listas de verificación	29, 84, 123, 131, 194, 197, 265, 266, 276, 352
SEGURIDAD Riesgos laborales	44, 46, 61, 68, 125, 137, 180, 283, 329, 411, 550, 566, 598
SEGURIDAD Rondas de seguridad	91, 252, 366, 532
SEGURIDAD Sistemas de comunicación de incidentes	37, 62, 94, 116, 143, 183, 191, 194, 252, 284, 295, 307, 375, 392, 423, 424, 465, 484, 556, 559, 573, 577, 581, 621, 629
UTILIZACION Utilizacion	21, 26, 29, 156, 169, 222, 257, 280, 292, 324, 334, 387, 441, 445, 464, 528, 561, 580, 597, 620, 638
VARIABILIDAD PRÁCTICA CLÍNICA Variabilidad Práctica Clínica	53, 222, 249, 275, 276, 387, 587, 599

XXXIII
congreso
Sociedad Española
de Calidad Asistencial

XVI
jornadas
Asociación de Calidad
Asistencial del Principado
de Asturias

Gijón, 14, 15 y 16 de Octubre de 2015.

COMUNICACIONES

ID: 021

TÍTULO: LOS MEDICAMENTOS NO UTILIZADOS DEVUELTOS A LA FARMACIA DEL HOSPITAL: AHORRO SIN PERDER LA CALIDAD

AUTORES: GÓMEZ VALBUENA, ISABEL (HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE); ALIOTO, D. (HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE); CAMPO ANGORA, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE); SERRANO GARROTE, O. (HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE); FERRARI PIQUERO, J. M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La devolución en buen estado de los fármacos al Servicio de Farmacia de los Hospitales que los pacientes no hayan usado, puede significar un ahorro considerable, al poder ser reutilizados para otros pacientes.

Objetivos: Analizar cuantitativa y cualitativamente la medicación devuelta en el Área de Pacientes Externos de un hospital terciario, evaluar su coste económico y estimar el ahorro que supondría su reutilización.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se realizó un estudio descriptivo del 1 de enero al 31 de diciembre del 2014. Se recogieron los siguientes datos por paciente: unidades y nombre del medicamento devuelto, y motivo de las devoluciones. Después se calculó el ahorro que supondría la reutilización de estos medicamentos y se implantaron medidas para optimizar su empleo

Resultados Conclusión: Durante el estudio se devolvieron un total 74.281 unidades de medicamentos, que correspondieron a 112 principios activos diferentes, con un coste de 730.520,15 €. Lo que supuso un 1,5% del gasto en medicamentos dispensados a pacientes externos.

El grupo de medicamentos con más devoluciones fue el de antirretrovirales, (24,13% de las devoluciones); seguido del de inmunosupresores (21,42%). El tercer y cuarto grupo de medicamentos más devueltos fue la de los anti-hepatitis C y los antineoplásicos orales (12,7% cada uno).

El 95,79% de las devoluciones de antirretrovirales fueron debidas al cambio de tratamiento; el 54,80% se debieron a toxicidad, y el 45,20% restante fue por simplificación de terapia.

El 64,21% de las devoluciones de inmunosupresores fue por disminución de dosis o suspensión del tratamiento por toxicidad.

De los 68 principios activos en formato comprimido o cápsula, 21 venían envasados en bote. Estos últimos, no se deben reutilizar una vez abierto el envase, ya que no se puede asegurar la correcta manipulación por parte del paciente. Ello supuso una pérdida económica de 179.865,06 €, correspondiendo a un 24,62 % del coste económico de los medicamentos devueltos.

Dada la alta carga asistencial que tenemos, este estudio nos han permitido seleccionar aquellas devoluciones que suponen una mayor pérdida económica, y adoptar la medida de reenvasar estos medicamentos.

El envasado de medicamentos de alto impacto económico en formato multidosis por parte de la industria, significa que una vez abiertos, no se pueden reutilizar. Los resultados de nuestro estudio indican que las pérdidas económicas por las devoluciones de estos medicamentos son elevadas. El farmacéutico de Hospital puede desarrollar un importante papel concienciando a los pacientes sobre la importancia de la devolución de estos medicamentos en buen estado.

Dado que por parte de la industria no se envasan todos los medicamentos en formato unidosis, se debería hacer un estudio coste-económico teniendo en cuenta los recursos humanos y económicos disponibles en los distintos Hospitales para saber si es rentable reenvasar todos estos medicamentos por parte del Servicio de Farmacia, y así poder ser reutilizados sin perder la calidad de los mismos

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 022

TÍTULO: IMPLICACIÓN DE LOS PACIENTES Y/ O FAMILIARES EN PROYECTOS DE SEGURIDAD

AUTORES: GARCIA-PENCHE SÁNCHEZ, ROSA MERCEDES (QUIRON SALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR); OBIOLS ARDERIUS, A. N. (QUIRON SALUD HOSPITAL GENERAL DE CATALUÑA); MATA HAYA, L. (QUIRÓN SALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR); RUIZ AQUINAGA, L. (QUIRÓN SALUD HOSPITAL GENERAL DE CATALUÑA); SAGRERA FELIP, C.R. (QUIRÓN SALUD HOSPITAL GENERAL DE CATALUÑA); CRUZ OLIVERAS, A. N. (QUIRÓN SALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR, HOSPITAL GENERAL DE CATALUÑA Y CLÍNICA DEL VALLES).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Las Directrices de la OMS sobre la higiene de manos(HM) en la Atención Sanitaria alientan la formación de alianzas entre pacientes,familiares y profesionales para fomentarla y representan la base científica para mejorar esta práctica,como una estrategia integrada en la reducción de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Para fomentar su cumplimiento, la OMS convoca anualmente la jornada Mundial(JM) de (HM) en los hospitales del mundo para atraer a profesionales en la adhesión de la práctica de HM.La participación,compromiso del paciente en la promoción de la HM significa que se involucren con los profesionales en fomentar las prácticas de HM.

Objetivos: 1-Educar / formar a pacientes sobre los cinco momentos de la OMS 2-Evaluar el grado de conocimientos de pacientes sobre la práctica de HM en los cinco momentos de la OMS 3-Implicar a pacientes y familias en la JM de HM,4- Valorar la eficacia indirectamente de las medidas preventivas mediante indicadores de cumplimiento de HM

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El 5 de mayo de cada año y desde 2012 se colocan stands en las entradas de los hospitales de Quiron Salud en Cataluña: HUSC,HGC y CDV, siguiendo las directrices de la OMS sobre la implicación de los pacientes en proyectos de seguridad.Se realizó modelo de encuesta para pacientes ingresados y/o ambulatorios y familiares con cuestionario en 2012/2013 de 12 preguntas sobre conocimientos de HM y explicación del objetivo, En 2014 se modificó a 6 preguntas.Durante la JM colaboran Enfermeras de control de infección, seguridad del paciente,Enfermeras asistenciales,técnicos auxiliares de Enfermería Es un estudio transversal en el que no se consideró necesario el consentimiento informado de pacientes/ familiares ya que no son datos identificables, voluntaria y forma parte de las actividades formativas de la organización.

Resultados Conclusión: El cumplimiento de HM de los 3 hospitales son diversos:en HUSC se utilizaba la metodología de la OMS y en HGC y CDV metodología encubierta en 2012.En 2013 metodología de la OMS en los 3 hospitales media de cumplimiento:HUSC 60,46%,HGC 33%,CDV39%.Encuestas 2012/2013: edad pacientes significativamente más joven en HGC y porcentaje mayor de mujeres en el global y más conocimiento sobre los PBA en pacientes de HGC por la edad más joven. En los momentos de HM dan más importancia al después del entorno paciente $p= 0,06$ sin significancia estadística Un 70% consideran muy importante su participación en la JM. En 2014 son más jóvenes en HGC y en relación con el ámbito sanitario en HGC tienen más que los de la CDV ($p< 0,0005$)En CDV:22% creen que su participación no afecta a su seguridad $p=0,007$. Se repite como en 2012/ 2013 después del entorno que es más importante para ellos en el HUSC. Conclusiones: Fomentar la formación de los profesionales para aumentar el cumplimiento. Colocación de más punto de PBA, los pacientes tienen un gran conocimiento sobre la importancia de la HM, Formación a los pacientes/ familiares con conferencias cortas sobre los 5 momentos de HM

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 024

TÍTULO: PROYECTO "INFÓRMAME TAMBIÉN": EL NIÑO COMO SUJETO ACTIVO DE LA RECEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO

AUTORES: CARABAÑO AGUADO, IVÁN. (HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS); GONZÁLEZ CONTRERAS, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS); DEL OLMO RODRÍGUEZ, M. (QUIRÓNSALUD); GÓMEZ FELIPE, E. (QUIRÓNSALUD); DE LA PARTE CANCHO, M. (HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Según la ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y sus derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se habla de que la implicación en la toma de decisiones clínicas por parte de un menor de 16 años pasa por (entre otros parámetros) el conocimiento de su proceso. Por tanto, es pertinente proceder a la estandarización del proceso de información clínica a menores de edad sanitaria.

Objetivos: Se pretende consolidar la cultura de la información aplicada directamente sobre el niño, sin menoscabo de informar conjuntamente a sus progenitores/tutores legales; y que el niño no sea sólo un espectador pasivo del intercambio informativo en el entorno sanitario.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: 1. Elaboración del procedimiento de información y difusión a los profesionales en Enero del 2015, para posteriormente evaluar la sistemática establecida. 2. Realización de un estudio descriptivo, transversal, basado en una encuesta con datos de filiación y seis preguntas sencillas. La encuesta se pasó de forma aleatoria a 100 niños de entre 6 y 14 años que acudieron a las consultas externas de dos hospitales pertenecientes a la red pública del SERMAS, entre los días 1 y 30 de abril del 2015. La encuesta chequea el grado de cumplimiento de nuestros objetivos.

Resultados Conclusión: La relación por sexos (masculino/femenino) fue de 1/1,4. La edad media de los encuestados fue de 11 años. El 92% de los pacientes sabía el nombre de su médico. El 100% fue informado de su problema de salud. Un 97% de los niños dijo comprender la información que se le aportó. El 91% entendió si se le iba a pedir o no alguna prueba complementaria. El 98% expresó que le tranquilizaba saber lo que le ocurría. El 98% reconoció sentirse contento con el hospital. Se difundió los resultados del procedimiento a un total de 39 pediatras formados en información clínica.

CONCLUSIONES. Se informó en términos comprensibles a los niños del rango de edad de nuestro estudio. Estos acogieron de forma muy satisfactoria la información aportada. Hay que incidir en dos hechos: la importancia de presentarnos debidamente a los pacientes pediátricos para que conozcan nuestra identidad (aporta cercanía), y la importancia de recalcar si se va a solicitar o no alguna prueba complementaria (palía incertidumbres). Como acciones de mejora, se procederá a la redacción de un documento de recomendaciones al alta para pacientes pediátricos, en un lenguaje comprensible y adaptado a la edad de éstos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 025

TÍTULO: DEFICIENCIA EN LA COMUNICACION INTERNA POR FALTA DE USO DE CORREOS ELCTRONICOS DEL C.S.

AUTORES: TÉLLEZ BARRAGÁN, MARIA CLAUDIA (C.S. DR. LUENGO RODRIGUEZ); LAFRAYA PUENTE A. L. (C.S. DR. LUENGO RODRIGUEZ); MUÑIZ DOMINGUEZ, E. (C.S. DR. LUENGO RODRIGUEZ); MÁS ESPADAS, J. (C.S. DR. LUENGO RODRIGUEZ); RODRIGUEZ DEL MORAL, M. J. (C.S. DR. LUENGO RODRIGUEZ); VIDAL FERNANDEZ, E. E. (C.S. DR. LUENGO RODRIGUEZ).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En numerosas ocasiones, varios profesionales de nuestro Centro de Salud, manifestaban desconocimiento de información emitida por los correos electrónicos corporativos

Objetivos: Motivar la consulta de los correos genéricos a fin de obtener información de notificaciones y actividades del equipo que promueven mejoras en diversas actividades asistenciales

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Una vez identificado el problema, hemos realizado un análisis de causas con la ayuda del diagrama de Ishikawa.

Causas Organización interna

- Se repite información en tablón y correos
- Se duplica la información
- Falta de filtro para el envío de correo

Causas de profesionales

- No hay habito para la consulta de correos
- No se hace limpieza del correo incluida la papelera
- Mala utilización de correo

Causas Informáticas

- Poca capacidad en AP
- Poca capacidad para el correo corporativo
- No tener acceso directo desde móviles
- No hay acceso enlaces para llegar a la información.

Causas Externas

- Información innecesaria no sanitaria.

Para priorizar, se elaboró una encuesta a fin de cuantificar las posibles causas y /o dificultades que el personal de Centro de Salud podía encontrar durante la consulta de los correos electrónicos. Asimismo, determinar la frecuencia de consulta de los dos correos disponibles para la comunicación interna e institucional. Dicha encuesta constaba de 5 preguntas sencillas para señalar y una pregunta abierta para comentarios e inquietudes. La encuesta tuvo una participación del 67,3% del personal de todos los estamentos. en ella se determinó :

- La frecuencia de consulta de correo y uso básico (tablas y gráficos)
- Dificultades, inconvenientes por estamento (Tablas y gráficos)

Resultados Conclusión: Una vez analizados los resultados de las encuestas, se procedió a realizar las actividades de mejora: Organización Interna

- Se establece que cada jornada laboral cuente con un responsable de difusión de correos
- Se acuerda en crear grupos de estamentos para el reenvío de información.

Causa de los profesionales

- Se organiza sesión informativa para el correcto uso de los correos
- Se sensibiliza al persona sobre la importancia de consultar de forma periódica los correos
- Se aconseja incluir el hábito de lectura de correos durante el horario laboral.

Causas informáticas

- Se realizó una petición a la unidad informática con las aparentes deficiencias.

Conclusión:

- La información contenida en algunos correos electrónicos genéricos, compromete la actividad asistencial, es importante fomentar su lectura.
- Es imprescindible informar sobre el correcto uso de los correos electrónicos, muchas veces se obvia su uso por desconocimiento
- Motivar la lectura, estableciendo una organización en la distribución de tareas en el personal responsable de la comunicación interna
- Recordar que el correo tiene finalidad de informar, no tiene cometido ni capacidad de archivo de documentos, por lo que se recomienda crear archivos personales

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 026

TÍTULO: GASTO POR SOBREUTILIZACIÓN DE TIRAS REACTIVAS EN A.P.

AUTORES: TÉLLEZ BARRAGÁN, MARIA CLAUDIA (CENTRO DE SALUD DR. LUENGO RODRIGUEZ); CAVANNA LIND, J. (C.S. DR. LUENGO RODRIGUEZ); FERNANDEZ PLAZA, S. (C.S. DR. LUENGO RODRIGUEZ); JIMENEZ PASCUAL, M. S. (C.S. DR. LUENGO RODRIGUEZ); MUÑIZ DOMINGUEZ, E. (C.S. DR. LUENGO RODRIGUEZ); TORRES HUERTA, P. (C.S. DR. LUENGO RODRIGUEZ).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La sobreutilización de tiras reactivas repercute en un gasto para el sistema sanitario y en el no cumplimiento de los objetivos pactados en nuestra cartera de servicios

Objetivos: Se hacen necesarias actuaciones que logren disminuir el mal uso y sobreutilización de las tiras reactivas

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Procedimos a una actuación reactiva con ayuda del diagrama de Ishikawa

ANÁLISIS DE LAS CAUSAS: Causa de los usuarios

Abuso de uso de tiras con fines personales

Se sienten obligados a solicitar tiras si tienen glucómetro

Solicitan tiras sin indicación

Causas de los profesionales

Inercia terapéutica

Falta de revisión de protocolos de uso de tiras reactivas

Falta de criterio, exceso de permisividad

Falta del registro de entrega de tiras ocasionalmente

Solicitud de tiras al profesional de enfermería que no corresponde

Causas de Organización interna

Falta de unanimidad de criterio en el control de entrega de las tiras

Falta de unanimidad de criterio en el registro de entrega en la Historia Clínica del Paciente

Falta de información para unificar criterios

Causas de Organización Externa

Falta de comunicación con Atención especializada para homogenizar criterios

Cambios frecuentes de laboratorio que suministra los glucómetros

ACCIONES DE MEJORA: Usuarios

Educación e información al paciente sobre el uso personal del glucómetro

Informar al paciente que las citas programadas tienen como finalidad ofrecer una atención adecuada para revisiones y entrega de tiras

Profesionales. Se organiza sesión informativa a cerca de los controles del paciente diabético, e indicaciones del autocontrol

Se revisan conjuntamente con AE los protocolos de actuación en uso de tiras

Recordar la importancia del correcto registro de asignación de las tiras en AP

Recordar que al hacer uso de las citas programadas se facilita el control del uso de las tiras

A juicio del profesional en el inicio del tratamiento con ADO no hipoglucemiantes, se facilitará un glucómetro de forma temporal hasta que el paciente comprenda la estrategia del tratamiento

Causas internas

Se unifican criterios sobre el control y entrega de tiras

Se ofrece información para la unificación de criterios a fin de limitar el uso de glucómetros según las indicaciones del protocolo

En casos específicos se le indica al paciente que se le puede facilitar un glucómetro temporalmente

Causas Externas

Se establece una comunicación con atención especializada a fin de lograr una homogenización de criterios

Se realizó un protocolo de actuación una vez establecida una unificación de criterios con AE

Resultados Conclusión: RESULTADOS

El gasto en 2013 :125.91 % de lo presupuestado. En el 2014: del 109%. (tablas). Nos acercamos a lo pactado, seguimos en actuaciones.

CONCLUSION

Es importante: Hacer revisiones para mantener o mejorar los resultados obtenidos en la intervención

Adeuar prescripción tiras en AP y AE

Revisión circuitos de suministro

Educar al paciente sobre el uso de tiras

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 027

TÍTULO: ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA ACTUAL DE CERTIFICACIÓN DE LAS UNIDADES DE SALUD PÚBLICA EN ANDALUCÍA

AUTORES: ÓRPEZ RAMÍREZ, ÁNGEL (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); LORUSSO, N. (HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO); GONZÁLEZ-GAGGERO PRIETO-CARREÑO, L. (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); RODRÍGUEZ BENAVENTE, A. (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); PALOP DEL RÍO, A. (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); REYES-ALCÁZAR, V. (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El Manual de Estándares de Unidades de Gestión Clínica (UGC) es la principal herramienta del Programa de Certificación (PC) de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) para abordar desde un enfoque integral la calidad de todo tipo de UGC, incluyendo las unidades de Epidemiología (Epi) y Medicina Preventiva (MP). Estas, en los últimos años, han ido desarrollando o integrando su labor de Salud Pública (SP) en diferentes tipos de UGC en función de su contexto organizativo y/o funcional.

Objetivos: Analizar la experiencia actual de certificación de las UGC de SP de Andalucía y detectar posibles áreas de mejora en su evaluación.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo trasversal. Ámbito de estudio: UGC certificadas por ACSA en Andalucía; considerándose como UGC de SP aquellas que incluyen los servicios de Atención Hospitalaria (AH) de MP y/o Epi de Atención Primaria (AP). Periodo de estudio: junio 2003-abril 2015. Fuente de datos: aplicación ME_joraC (herramienta tipo port-folio que da soporte a todos los proyectos de certificación). Variables: nivel de cumplimiento de estándares y acciones de mejora por criterio. Análisis: distribución de frecuencias para variables cualitativas y medidas de tendencia central para cuantitativas.

Resultados Conclusión: Desde el inicio del PC, un total de 8 unidades de SP han solicitado el proceso de certificación, 5 lo han finalizado, todas en un nivel Avanzado. Se trató de 2 UGC interniveles (AH y AP), 2 UGC interespecialidades (MP con otras especialidades) y 1 UGC intercentros (entre 2 unidades de MP). El promedio de cumplimiento de estándares fue del 59,3%, superior a la media de las UGC H (52,8%) y AP (58,8%). Las 2 UGC interespecialidades presentaron un cumplimiento global superior al 70%, muy por encima de la media de las demás unidades de SP (71,1% vs 51,4%). Estas últimas, evidenciaron resultados por encima de la media de AH y AP sobre todo con respecto al criterio de Información (+14,2 vs AH; +6,4 vs AP), y por debajo con respecto a los criterios de: Sistemas (-11,9% vs AH; -13,7% vs AP); Gestión (-9,4% vs AH; -14,4% vs AP); Dirección (-8,8% vs AH; -15,7% vs AP); Resultados (-10,2% vs AP). Esto le permitió identificar un total de 150 acciones de mejora principalmente en los criterios relacionados con Persona (20%), Gestión (13,3%) y Accesibilidad (12%), de las cuales el 85,3 % fueron conseguidas.

Las UGC de SP certificadas en Andalucía, exceptuando las interespecialidades, identificaron y consiguieron numerosas acciones de mejora. El tipo de práctica desarrollada, siendo íntegramente orientada hacia la SP y alejada de la práctica asistencial convencional, podría explicar los resultados de cumplimiento por debajo de la media de las UGC H y AP. Por ello, podría valorarse la revisión y adaptación de los requisitos de evaluación a este tipo de unidades favoreciendo un enfoque más especializado.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 028

TÍTULO: SALUD DENTAL Y NUTRICIÓN EN PACIENTES EN DIÁLISIS

AUTORES: GONZÁLEZ-OLIVA, JUAN CARLOS (HOSPITAL DE MOLLET); SAMON GUASCH, R. (HOSPITAL DE MOLLET); ROCA-TEY, R. (HOSPITAL DE MOLLET); IBRIK IBRIK, O. (HOSPITAL DE MOLLET); RODA SAFONT, A. (HOSPITAL DE MOLLET); BALADA SANCHO, C. (HOSPITAL DE MOLLET).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El estado nutricional es un factor de morbimortalidad en pacientes (pts) en diálisis y se puede relacionar con la salud dental.

Objetivos: Analizar la salud dental de los pts en diálisis y su relación con el estado nutricional.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio transversal y observacional: 61 pts tratados con hemodiálisis (HD) y 31 pts en diálisis peritoneal (DP) Edad 67.9 ± 12.6 y 59.9 ± 15.5 años (HD/DP); 44 / 21 H ($65.6 / 65.1$ % HD/DP). Se analizaron: porcentaje de pts con prótesis, ausencia parcial o total de piezas, control regular dentista, mediciones antropométricas, y biomarcadores del status nutricional.

Resultados Conclusión: Biomarcadores (HD/DP): creatinina: 8.3 y 7,2 mg/dl, colesterol: 135.9 y 169,5 mg/dl, transferrina: 168.3 y 180,3 mg/dl, PCR: 3.1 y 1,18 mg/dl, prealbúmina: 24.1 y 29,9 mg/dL, albumina: 3.3 y 3,2 g/dl.

Salud Dental (HD/DP):

Pts con prótesis: 22 / 11 (36 / 35,4 %).

Ausencia de piezas: 32 / 11 (52.5 / 35,4%).

Consulta Dentista: 17 / 14 (27.9 / 45,1 %).

Relación salud dental y estado nutricional:

En HD

- 62.0 % pts con creatinina < 8 mg/dL, les faltaban piezas.
- 75.3 % pts con albúmina < 3.5 mg/dL, no acudían al dentista.
- 84.6 % pts con prealbúmina < 20 mg/dL, no acudían al dentista.

En HD y DP el 74.5% y el 54,9% de los pts con PCR > 0.33 mg / dl, no acudían al dentista, respectivamente.

Conclusiones: 1- La salud dental en la mayoría de los pacientes en diálisis es deficiente, cualquiera que sea la técnica de diálisis. 2- En los pacientes en HD hay relación entre estado nutricional y salud dental, no así en los pacientes en DP. 3- Mejorar la salud dental de los pacientes en HD podría mejorar su estado nutricional.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 029

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE LISTADO PARA VERIFICAR BUENAS PRÁCTICAS SEGURIDAD DEL PACIENTE: MEJORAS EN EL USO SEGURO DEL MEDICAMENTO

AUTORES: HERCE MUÑOZ, ANTONIA M. (HOSPITAL QUIRÓN SAGRADO CORAZÓN); POLITE DELFA, S. (HOSPITAL QUIRÓN MÁLAGA); SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, A. (HOSPITAL QUIRÓN SAGRADO CORAZÓN); MARTÍN MADRID, M. L. (HOSPITAL QUIRÓN MARBELLA); ROMERO BERMEJO, F. J. (HOSPITAL QUIRÓN CAMPO DE GIBRALTAR); REINA ZAMORA, F. J. (HOSPITAL QUIRÓN SAGRADO CORAZÓN).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los errores de medicación (EM) y sus consecuencias son un grave problema de salud pública, con repercusiones desde un punto de vista humano, asistencial y económico, y generan desconfianza de los pacientes en el sistema. Los EM en hospitales conducen a incremento de morbilidad, mortalidad y costes económicos (1). Los más frecuentes ocurren en etapas de prescripción y administración. Se ha determinado que hasta un 67 % de prescripciones médicas tienen uno o más errores y que de éstos, un 46% ocurren en el ingreso y en alta hospitalaria (2).

Objetivos: Disponer de una herramienta que permita revisar de forma sistemática la implantación de buenas prácticas (BP) relacionadas con el uso seguro del medicamento.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: 3 etapas:

1. Construcción del Listado de Verificación de BP, adaptadas del informe de recomendaciones del National Quality Forum para mejorar la seguridad del paciente
2. Pilotaje de la herramienta y valoración de su fiabilidad.
3. Análisis de situación en nuestros hospitales.

La recogida de datos se realizó utilizando la herramienta de verificación. Se recogieron datos relacionados con existencia o no de protocolos, procedimientos para conservación temperatura, almacenamiento y conservación de medicamentos, administración segura; mediante revisión estructurada de una muestra aleatoria de botiquines (planta, urgencias, UCI, quirófano, neonatos y Hospital Día), carros de parada y unidosis (uno por hospital).

Resultados Conclusión: Los botiquines están limpios y ordenados, no encontrándose medicamentos caducados y estando identificada la caducidad a lo largo del año. Envases multidosis etiquetados con fecha de uso (67%). En un 33% se conoce el stock pactado y en un 17% hay protocolización sobre el etiquetado y reenvasado. Se identificaron sin separar dosis diferentes de un mismo medicamento y medicamentos de parecido físico o fonético.

En un 17%, medicación de alto riesgo no separada del resto.

Estupeficientes custodiados bajo llave; en un 33% se registra firma de confirmación administración de medias ampollas

La revisión de carros de parada se ajusta a procedimiento. En un 20% hay dosis diferentes de un medicamento en el mismo cajetín y en un 40% medicamentos ordenados por principio activo y/o marca.

En el 25% se identifica correctamente la medicación del carro de unidosis mediante 2 identificadores inequívocos.

Los pacientes portan pulsera identificativa, pero solo en el 50% se realiza verificación verbal; 33% de los pacientes conoce el objetivo de su identificación y participa de forma proactiva.

Solo 1 hospital verifica el medicamento, dosis, vía y horario de administración con la hoja de tratamiento a pie de cama, preparándose en el resto la medicación en el control de enfermería.

CONCLUSIONES

La herramienta de verificación de buenas prácticas nos permite monitorizar de forma continua la implantación de buenas prácticas en el uso seguro del medicamento, poniendo de manifiesto que aún existe amplio margen de mejora en la fase de administración.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 030

TÍTULO: PLAN DE IMPLANTACIÓN DE UN SERVICIO DE CONTACT CENTER PROPIO COMO MEJORA DE LA ATENCIÓN A NUESTROS PACIENTES

AUTORES: HERCE MUÑOZ, ANTONIA M. (HOSPITAL QUIRÓN SAGRADO CORAZÓN); ROMERO PUJANCE, A. (HOSPITAL QUIRÓN SAGRADO CORAZÓN); LÓPEZ DE URALDE, M. (HOSPITAL QUIRÓN SAGRADO CORAZÓN); CARREÑO MENDIOLA, BL. (HOSPITAL QUIRÓN SAGRADO CORAZÓN); PÉREZ JIMÉNEZ, R. (HOSPITAL QUIRÓN SAGRADO CORAZÓN)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En 2014 se detecta en nuestro Hospital una disminución de la calidad percibida por el cliente en relación con "Atención Telefónica", disminuyendo los resultados obtenidos en las encuestas de satisfacción y aumentando las reclamaciones recibidas.

Objetivos: Objetivo general: Creación de un Contact Center (CC) propio que recepcione todas las llamadas del Hospital y Centros Periféricos.

Objetivos específicos: Disminuir el Número de Llamadas Perdidas al 5%, Mejorar la Satisfacción del Cliente, Incrementar Visibilidad de la Organización y Fortalecer la Marca e Incrementar la Actividad del Hospital y Centros Periféricos.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Análisis de Situación

Analizamos de las llamadas recibidas, atendidas y perdidas por nuestras operadoras y por la empresa que nos presta servicio.

Se analiza el nº de llamadas por día y franja horaria, el nº y perfil de operadoras que actualmente atienden llamadas, así como el nº de consultas y pruebas diagnósticas reales y teóricas realizadas.

Planificación

Se crea una Comisión de Trabajo multidisciplinar formada por Calidad, Centros Médicos (CCMM), TIC, Admisión y Facturación, Control Gestión, Diagnóstico Imagen, liderada por Dirección Gerencia.

Se establece cronograma de trabajo.

Para "aprender de los mejores" se visitan otros CC del grupo como Madrid, Barcelona y Valencia.

Se define la dimensión del CC teniendo en cuenta picos de mayor actividad.

Se realiza pilotaje con agentes propios del centro, en horario de 9 a 14h. y de 16 a 19h., salvo viernes tarde.

Selección y Formación de la Coordinadora de CC, estableciéndose calendario de actividades formativas para su incorporación al puesto de trabajo.

Implantación de una herramienta que permite monitorizar llamadas entrantes y salientes y auditar a los agentes a tiempo real.

Se ejecutan modificaciones estructurales para ubicación del CC.

Incorporación progresiva del resto de agentes.

Monitorización del proceso desde el inicio del pilotaje.

Evaluación postimplantación.

Resultados Conclusión: Promedio del 21,75% de llamadas perdidas en 2014.

Dimensionamiento: Tomamos como referencia el número de llamadas recibidas y perdidas en 2014 y partimos de la hipótesis en la que la duración media de la llamada es 3 minutos y la jornada de 14h al día, horario 8 a 22h. Con estos datos, necesitamos 6,95 teléfonos disponibles.

La distribución de llamadas por día y franja horaria muestra que el lunes es el día de mayor actividad, disminuyendo a lo largo de la semana. Franja horaria de mayor actividad es de 9-13h y de 17-19h.

Durante el pilotaje, las llamadas atendidas por 2 agentes/2 semanas fueron 2878; 45,67% para citas y 54,33% solicitud de información.

El Contact Center contará con un personal compuesto por Coordinadora y 9 agentes jornada partida, cubriendo un horario de 8 a 22h. lunes a viernes.

CONCLUSIONES

La implantación del CC propio permitirá reducir el porcentaje de llamadas perdidas, mejorar la calidad de la atención recibida e incrementar la calidad percibida por el paciente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 031

TÍTULO: ESTRATEGIA PARA EL ABORDAJE DEL DOLOR

AUTORES: HERCE MUÑOZ, ANTONIA M. (HOSPITAL QUIRÓN SAGRADO CORAZÓN); SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, A. (HOSPITAL QUIRÓN SAGRADO CORAZÓN); MERINO, M. A. (HOSPITAL QUIRÓN SAGRADO CORAZÓN); LÓPEZ DE URALDE, M. (HOSPITAL QUIRÓN SAGRADO CORAZÓN); DÍAZ GUERRERO, M. (HOSPITAL QUIRÓN SAGRADO CORAZÓN); PÉREZ JIMÉNEZ, R. (HOSPITAL QUIRÓN SAGRADO CORAZÓN).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El Dolor está presente de forma universal en el transcurso de la vida del individuo, afecta a la calidad de vida de las personas y de quienes las cuidan, y puede provocar consecuencias psicoemocionales, sociales y económicas importantes. Además el dolor incrementa por cinco la probabilidad de utilización de servicios sanitarios y supone una importante carga en costes sanitarios directos e indirectos. Plan andaluz de atención a las personas con dolor: 2010 - 2013 / [coordinación, Juan Antonio Guerra de Hoyos et al.; autoría, Jorge Álvarez González et al.]. -- [Sevilla] : Consejería de Salud, [2010]

Objetivos: Desarrollar una estrategia normalizada para el abordaje del Dolor en nuestro Hospital que permita cubrir las necesidades del paciente, garantizando la atención prestada durante todo el proceso.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Para el desarrollo de nuestra propia estrategia nos basamos en las líneas establecidas en el Plan andaluz de atención a las personas con dolor.

Fases:

Establecimiento Cronograma de Trabajo

Constitución de dos Comisiones para el abordaje del Dolor (Dolor asociado a procedimientos. Dolor en Urgencias)

Revisión bibliográfica

Desarrollo de Buenas Prácticas en relación a 7 dimensiones: Información y educación para el paciente y la familia; Formación de los profesionales sanitarios; Evaluación sistemática del dolor; Proceso asistencial; Seguimiento de pacientes, documentación y registros; Análisis de resultados; Estructura organizativa.

Resultados Conclusión: 12 profesionales formando parte de la Comisión: Facultativos, Enfermeras, Mandos intermedios y Dirección.

Revisión de la Información aportada al Paciente en los Consentimientos Informados (CI)

Elaboración de un listado de procedimientos asociados a la atención al dolor y de sus CI

Difusión de la Cartera de Servicios para la Atención al Dolor

Elaboración de material informativo para pacientes: Folleto de abordaje dolor en nuestro centro

Difusión de la estrategia de Seguridad del Paciente

Implementación de un cronograma de sesiones clínicas para mejorar el abordaje del dolor

Diseño de formación específica para profesionales e inclusión en el Plan de Formación

Campaña para la sensibilización ante el dolor por parte de los profesionales

Elaboración e implementación de escalas de evaluación del dolor para niños y adultos

Implementación de encuestas de continuidad asistencial para reevaluación del dolor después de intervención de CMA

Implementación de test para medir la ansiedad

Elaboración y documentación del proceso y seguimiento del dolor como indicador de calidad de cuidados.

Implementación de una estrategia para la monitorización del proceso.

CONCLUSIONES

La estrategia de abordaje del dolor implementada permite poner de relieve la Atención al Dolor que ya se prestaba en nuestro centro, incrementar su difusión hacia el paciente y establecer sinergias entre los equipos implicados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 032

TÍTULO: NUEVO MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL PRECOZ AL PACIENTE ONCOLÓGICO FRÁGIL

AUTORES: HERRERA ABIAN, MARIA (HOSPITAL INFANTA ELENA VALDEMORO MADRID); BRAGADO MARTINEZ, L. (HOSPITAL INFANTA ELENA VALDEMORO MADRID); ORTEGA RUIPEREZ, C. (HOSPITAL INFANTA ELENA VALDEMORO MADRID); LENDINEZ FORNIS, A. (HOSPITAL INFANTA ELENA VALDEMORO MADRID); JIMENEZ RODRIGUEZ, A. (HOSPITAL INFANTA ELENA VALDEMORO MADRID)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Aumento progresivo de pacientes crónicos, ancianos y frágiles con enfermedad oncológica que requieren una valoración integral médica para optimizar el tratamiento oncoespecífico.

Objetivos: Crear un nuevo tipo de consulta en el que convergen tres aspectos clave de nuestra situación demográfica y sanitaria: el envejecimiento poblacional, la mayor incidencia de cáncer y la complejidad del manejo del paciente crónico.

Con este tipo de consulta, que valora todas las dimensiones del paciente, funcional, mental, social, clínica, intentamos discriminar quién es el paciente que se puede beneficiar de una actitud oncoespecífica activa y quién no y así poder hacer un soporte paliativo precoz.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Análisis prospectivo transversal no randomizado. Criterios de inclusión: Desde comité de tumores, todo paciente mayor de 70 años, crónico/ complejo con comorbilidades o con una neoplasia avanzada es remitido a consulta de atención paliativa temprana (EPC). Se analiza características demográficas, grado funcional (Barthel), comorbilidades (escala Chilson), índice de fragilidad, situación social, mejora sintomática, interrupción o no inicio de tratamiento citostático y toxicidades relacionadas con el tratamiento.

Resultados Conclusión: RESULTADOS: Total de pacientes: 59. Edad media 71 (rango 39-91), con un % > de 75 años del 49%. 63% varones, 90% eran estadios IV o irresecables. El 98% de los pacientes eran considerados frágiles (57,6% por enfermedad, 27% por edad y un 13,6% por comorbilidad). El 85% tenía puntuación de escala Chilson 0-1. Barthel >80: 61%. Un 62,8% de los pacientes indican una mejora de los síntomas tras EPC. En un 17% no se inició tratamiento QT (6% a petición del paciente) y en un 37% se interrumpió el tratamiento QT por no beneficio. Únicamente hubo 2 ingresos hospitalarios por toxicidad. 25 exitus (42%) en 6 meses de seguimiento. 1 exitus por toxicidad, 0% exitus que han recibido quimioterapia 48 h previas, 16% exitus habían recibido qt 1 mes antes estando relacionado con edad < 70 años en todos los casos. En cuanto al ahorro económico relacionado con las interrupciones/no inicios de tratamiento farmacológico ha sido de unos 28.776 euros/mes estimado.

CONCLUSIÓN: La aplicación de una atención paliativa temprana en pacientes oncológicos frágiles ha conseguido un mejor control de síntomas, mejor selección de pacientes para tratamientos citostáticos, optimización de tratamientos al final de la vida, un bajo porcentaje de ingresos y exitus por toxicidad con la consecuente mejoría en calidad de vida de estos pacientes. Además de un ahorro económico por optimización de recursos sanitarios.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 033

TÍTULO: DE LA ASISTENCIA A LA DOCENCIA: ACTUALIZACIÓN A TRAVÉS DE LA CALIDAD

AUTORES: GALLART FERNANDEZ-PUEBLA, ALBERTO (UNIVERSITAT INTERNACIONAL CATALUNYA); VICTORIA MAS, M. D. (UNIVERSITAT INTERNACIONAL CATALUNYA); CRUZ OLIVERAS, A. (HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR); MONFORTE ROYO, C. (UNIVERSITAT INTERNACIONAL CATALUNYA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En la actualidad existe un distanciamiento entre la Universidad y la Asistencia. La Gestión de la Calidad permite dirigir, organizar, planificar y evaluar cualquier ámbito, también la Docencia y su relación con la asistencia. Dirigir identifica "Qué" enseñar desde la Planificación Estratégica, evaluando fuerzas y debilidades internas; amenazas y oportunidades externas y diagnosticando la situación. La organización y planificación de procesos Universitarios, a través del círculo de Demming, deben acabar en acciones de éxito docente, resultados e indicadores positivos, siempre basados y dirigidos a la asistencia. Disponer de indicadores y acciones de mejora que relacionen la universidad y asistencia puede facilitar el cuidado y la actividad asistencial.

Objetivos: Comprobar la implantación y evolución del Sistema de Gestión de Calidad de un Grado de Enfermería Universitario -desde el modelo European Foundation Quality Management y su aplicación en la Agencia Catalana de Qualitat Universitaria- enfatizando la relación con profesionales asistenciales para mejorar el cuidado.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Desde 2012 se ha realizado formación en Calidad del personal universitario (PAS y PDI) para definir un modelo y gestión de Calidad Universitario en la titulación de enfermería, basándose en la Memoria Evaluativa de Calidad que se envía anualmente a la Agencia Catalana de Calidad Universitaria. Se observó que no era solo una obligación burocrática, sino una oportunidad real de mejora. Reuniones dialécticas con el equipo docente, directivo, agentes asistenciales, así como el análisis de los apartados de la memoria identificó los aspectos principales a gestionar: profesorado y coordinación docente con la asistencia, metodología e indicadores.

Resultados Conclusión: Resultados: Diseño, Implantación y seguimiento del Plan Estratégico con acciones específicas de relación con los centros asistenciales. Progresivo aumento de la gestión de la calidad en los claustros de profesorado. Definición de indicadores de preproceso y proceso, enfatizando los de postproceso y el diseño del cuadro de mandos. Creación de un grupo de trabajo para desarrollar la evaluación asistencial en los centros sanitarios y la capacidad de liderazgo de los alumnos de nuestra Universidad, los temas del trabajo final de grado y master relacionados con la asistencia.

Conclusiones: La Gestión de la Calidad en el Grado de Enfermería consigue establecer líneas de actuación concretas en relación a la asistencia. La metodología de la comunicación crítica, desarrollo de la comunicación dialéctica, diversa y participativa, es base para la relación universidad y el ámbito asistencial.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 034

TÍTULO: ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES RELACIONADAS CON LA MEDICACIÓN IMPLANTADAS EN NUESTRA ORGANIZACIÓN.

AUTORES: URRUTIA GARCÍA, SUSANA (MUTUALIA); SAINZ DE VICUÑA BRAVO, L. (MUTUALIA); ULIBARRENA SAINZ, M. A. (MUTUALIA); AGUIRRE ZUBILLAGA, I. M. (MUTUALIA); ETXABE LASKIBAR, N. (MUTUALIA); OLEAGA, F. J. (MUTUALIA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Dentro de toda organización sanitaria muchos EA están relacionados con la medicación, por lo que una buena forma de prevenirlos o minimizarlos es establecer procedimientos, instrucciones y barreras de Seguridad de Pacientes con los puntos críticos del ciclo del medicamento dentro de la organización.

Objetivos: Describir las estrategias de Seguridad de pacientes implantadas por nuestra organización relacionadas con el uso y administración de medicación.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Uno de los pilares fuertes de nuestra organización ha sido siempre apostar por la calidad, y dentro de ello, por la seguridad del paciente. En el año 2012 elaboramos nuestro primer mapa de riesgos de seguridad de pacientes: de él hemos ido obteniendo la información necesaria para implantar barreras y mejoras, de tal manera que los riesgos allí recogidos se minimicen. Otra forma de obtenerla ha sido el sistema de notificación de eventos adversos (EA) voluntario, del que disponemos (12 de los 88 Eventos Adversos comunicados desde abril de 2013, fecha de implantación, estaban relacionados con medicamentos). Algunas de las estrategias específicamente relacionadas con el uso del medicamento se han vehiculizado en guías e Instrucciones que se han implantado y difundido dentro de la organización:

Uso de abreviaturas en la prescripción de medicamentos

Prescripción y administración de la medicación

Medicamentos de alto riesgo

Sistema de notificación de alarmas sanitarias

Medicamentos fotosensibles

Conservación de medicación que requiere refrigeración

Tabla estabilidad antibióticos

Hojas informativas por antibiótico (16)

Pegatinas identificativas de las jeringas precargadas en anestesia

Pegatinas identificativas según código de colores para la administración de sueros con medicación en hospitalización

Listado de medicamentos de urgencias

Programa de prescripción de recetas en la Historia clínica

Protocolo de rescate lipídico

Guía TVP, Guía farmacoterapéutica, guías de profilaxis antimicrobiana, guía de antisépticos.

Resultados Conclusión: Se puede concluir que, con carácter general, las acciones puestas en marcha han sido eficaces, dado que han contribuido a que se reduzcan los riesgos altos y extremos (de 78 detectados en la revisión 1, a 64 en la revisión 2), y a reducir el número de riesgos no aceptables (de 42 en la revisión 1, a 18 de la revisión 2). En el ámbito de las estrategias relacionadas con la medicación, los riesgos detectados han pasado de 23 a 28 (lo cual es positivo, dado que nos interesa que los riesgos afloren para poder tratarlos), y los riesgos extremos han pasado de 6 a 2, lo cual refleja el éxito de las estrategias implantadas.

La implicación de toda la organización es fundamental para conseguir minimizar los errores de medicación, y tener nuestros riesgos identificados de manera clara ayuda a poner barreras y mejorar la seguridad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 035

TÍTULO: COSTES DE LA PROLONGACIÓN DE LA ESTANCIA POR EVENTOS ADVERSOS EN UN HOSPITAL DE AGUDOS GERIÁTRICO

AUTORES: MENÉNDEZ FRAGA, MARÍA DOLORES (HOSPITAL MONTE NARANCO); SUÁREZ RODRÍGUEZ, C. (FACULTAD DE MEDICINA); SANDOVAL MEDIAVILLA, M. J. (HOSPITAL MONTE NARANCO); BERMÚDEZ MENÉNDEZ DE LA GRANDA, M. (HOSPITAL MONTE NARANCO); FERNÁNDEZ LEÓN, A. (HOSPITAL MONTE NARANCO); VÁZQUEZ VALDÉS, F. (HUCA Y FACULTAD DE MEDICINA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los eventos adversos (EAs) en los hospitales son todavía comunes a pesar de los esfuerzos realizados en seguridad de pacientes. Además de producir daño a los pacientes, tienen un alto coste para el hospital

Objetivos: El objetivo fue establecer el coste de prolongación de estancia (PE) provocada por los EAs en nuestro hospital.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: **Ámbito:** Hospital de Agudos Geriátricos. **Tipo de estudio:** Estudio retrospectivo de casos y controles mediante la herramienta Global Trigger Tool (GTT) del IHI americano. Los casos fueron los pacientes con EAs y los controles el resto de pacientes sin ningún otro EA. **Periodo:** 2007-2012. **Criterios de inclusión:** Pacientes con algún EA con daño según la clasificación del NCC MERP (categorías E a la I). No se excluyó ningún paciente. **Apareamiento:** debido a la homogeneidad de los pacientes geriátricos en nuestro hospital: edad, motivo de ingreso, circuito de ingreso, etc. la muestra se consideró homogénea. **Cuantificación de costes:** Se estudiaron los costes de la PE, en días de estancia entre la diferencia de la media de días de estancia de pacientes sin EA y la media de pacientes con EA en global y por tipo de EA. A este aumento de días de estancia se aplicó el porcentaje de prevenibilidad de los EAs para calcular el coste total de los mismos. El coste de un día de estancia en nuestro hospital se ha calculado que es 321€.

Resultados Conclusión: **Resultados:** Hubo una media de 3704 admisiones por año. En las 1440 historias revisadas (6,5% del total), se encontraron 424 EAs (87 Infecciones, 290 eventos relacionados con cuidados, 24 sucesos quirúrgicos, 14 errores de medicación, 3 relacionados a pruebas diagnósticas y 5 otros). Los EAs supusieron una prolongación media de 18,6 días (entre 4,9 a 34 días) frente a 10,2 días sin EA. Se analizó por cada tipo de EA: el porcentaje de prevenibles y la estancia media. El 65,8% de los EAs, establecido previamente en el hospital, fueron prevenibles (279 EAs), por lo que el coste medio anual de los EAs fue de 125.383€ y el coste teórico para el total de pacientes admitidos por año supondría 322.669€.

Conclusiones: Los EAs con daño aumentaron la estancia en 8,4 días de media con un coste medio anual por estancia de 125383€ en la muestra analizada. Los EAs suponen un aumento de costes por estancia nada desdeñables y que pueden ser evitables en un porcentaje importante de casos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 036

TÍTULO: RENTABILIDAD CLINICA Y ECONÓMICA DE UN NUEVO PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA PARA LA BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSRECTAL

AUTORES: BALDISSERA ARADAS, JOSÉ VICENTE (HOSPITAL DE CABUEÑES); RODRÍGUEZ VILLAMIL, L. (HOSPITAL DE CABUEÑES); BLANCO FERNÁNDEZ, R. (HOSPITAL DE CABUEÑES); PÉREZ GARCIA, C. (HOSPITAL DE CABUEÑES); GIL UGARTEBURU, R. (HOSPITAL DE CABUEÑES); MOSQUERA MADERA, J. (HOSPITAL DE CABUEÑES).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El cáncer prostático es el más frecuente en el varón europeo. La biopsia prostática transrectal ecodirigida (BPTe) se asocia a infecciones. Las fluoroquinolonas son el antibiótico más frecuentemente usado como profilaxis y es recomendado por la asociación europea de urología (EAU). Sin embargo, la tasa de infecciones secundarias a la BPTe esta aumentando mundialmente y se ha relacionado con la presencia de bacterias ciprofloxacino resistentes en la flora rectal.

Objetivos: Evaluar las complicaciones infecciosas ocurridas usando profilaxis antibiótica "dirigida" mediante cultivos rectales (CR) (Grupo A) y compararlo con las complicaciones ocurridas usando profilaxis empírica con ciprofloxacino (Grupo B).

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se estudiaron prospectivamente las complicaciones infecciosas sucedidas en el grupo A, desde Junio de 2013 hasta Julio de 2014. La profilaxis "dirigida" se realizó mediante CR recogidos antes de la BPTe y se procesaron en medios selectivos con ciprofloxacino para determinar la presencia de bacterias quinolono-resistentes. Las muestras se cultivaron en placas Agar-sangre (medio no selectivo) y Agar-MacConkey (con 1mg/ml de ciprofloxacino). A las 48 horas de incubación, las muestras con crecimiento en Agar-sangre pero no en Agar-MacConkey fueron considerados como microorganismos ciprofloxacino-sensibles y recibieron profilaxis con este antibiótico. Las muestras con crecimiento de bacterias gram-negativas en ambos medios se consideraron ciprofloxacino-resistentes, se procedió a identificar el germen y realizar un antibiograma. Las complicaciones infecciosas en el grupo B se estudiaron retrospectivamente desde Junio de 2009 hasta Enero de 2011. El CR no se realizó en este grupo. Se usó el registro medico electrónico para conocer las complicaciones infecciosas ocurridas los primeros 30 días después de la BPTe de ambos grupos.

Resultados Conclusión: 300 pacientes fueron sometidos a BPTe, 145 recibieron profilaxis dirigida (grupo A) y 155 empírica (grupo B). En el grupo A: 23 pacientes (15.86%) presentaron CR positivos para microorganismos quinolono-resistentes. Solo 1 paciente (0.7%) presentó infección de tracto urinario (ITU). En el grupo B: 26 pacientes (16.8%) experimentaron complicaciones infecciosas (incluidas 2 sepsis) ($p < 0.005$). El coste total para el manejo de las complicaciones infecciosas en el grupo B fue de 57.076€ Vs 4802,33€ en el grupo A. El coste medio por paciente en el grupo B fue de 368,23€ Vs.33.11€ en el grupo A. Se estima que la profilaxis dirigida produjo un ahorro de 52.273,67€. Es necesario que (6) pacientes se sometan a profilaxis antibiótica dirigida para prevenir (1) complicación infecciosa.

La profilaxis antibiótica dirigida se asoció con una notable disminución en la incidencia de complicaciones infecciosas (beneficio para el paciente) y también de los costos globales de atención sanitaria (aumento de la eficiencia). El despistaje de microorganismos quinolono-resistentes antes de la BPTe debe ser evaluado con un ensayo clínico randomizado y multicéntrico.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 037

TÍTULO: "SINASP: UNA EXPERIENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA"

AUTORES: IGLESIAS CASAS, GREGORIO CÉSAR (EOXI DE OURENSE, VERÍN Y BARCO DE VALDEORRAS); GONZÁLEZ VÁZQUEZ, A. (EOXI DE OURENSE, VERÍN Y BARCO DE VALDEORRAS)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La seguridad clínica es una dimensión clave de la calidad asistencial. La filosofía de SINASP es aprender del error y compartir la lección aprendida. El primer paso para intentar evitar que los incidentes y eventos adversos vuelvan a repetirse es notificarlos para así poder analizarlos y, en base a ello, proponer medidas de mejora.

Objetivos: 1/. Describir la experiencia de implantación de SINASP en atención primaria en nuestra Área de Gestión Integrada.

2/. Analizar los resultados y las dificultades de esta implantación.

Describir la experiencia de implantación de SINASP en atención primaria en nuestra Área de Gestión Integrada.

Analizar los resultados y las dificultades de esta implantación.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo.

Alcance: 4 Servicios de Atención Primaria (3 centros de salud y 1 PAC).

Periodo de estudio: 1 de enero a 31 de diciembre de 2014.

Muestra: notificaciones en SINASP durante el periodo a estudio (n=21).

Criterios de inclusión:

Cualquier incidente que comprometa o pueda comprometer la seguridad del paciente.

Notificaciones realizadas por los profesionales sanitarios de los servicios de atención primaria seleccionados.

Resultados Conclusión: 1/. Se han notificado 21 incidentes relacionados con la seguridad del paciente en los centros seleccionados.

2/. Entre Valle Inclán (10 notificaciones) y Mariñamansa (8) han registrado el 85% de notificaciones.

3/. El colectivo que más ha notificado ha sido el personal facultativo (76%), seguido del personal de enfermería (19%).

4/. Los incidentes que se han notificado con más frecuencia han sido los relacionados con la medicación (18%).

5/. El 57% de las notificaciones han sido situaciones con capacidad de causar incidente (sin SAC) y el 38% incidentes de riesgo medio-bajo.

6/. El 43% de los incidentes notificados alcanzó al paciente y, de ellos, sólo el 11% le produjo algún tipo de daño.

7/. El 81% de los notificantes se han identificado.

Conclusiones:

1/. La confianza en el sistema es mayor entre el personal facultativo, que se ha identificado en prácticamente el 100% de los casos.

2/. En el PAC, donde sólo ha habido una notificación, se han producido una serie de circunstancias que han dificultado su implantación: sólo hay un gestor, el gestor ha estado un tiempo de baja laboral, la formación es más difícil de realizar que en un centro de salud...

3/. Se han notificado un porcentaje importante de incidentes relacionados con deficiencias de IANUS, problemas de agendas y derivaciones entre niveles asistenciales. La solución

a estos problemas no es rápida y depende, en muchas ocasiones, de Servicios Centrales. Esto contribuye a generar desconfianza entre los profesionales sobre la utilidad de la herramienta y no incentiva la notificación de nuevos incidentes.

4/. La mayoría de los incidentes notificados han sido de poca gravedad (SAC), lo cual es lo esperado en un sistema de comienzo incipiente en atención primaria.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 038

TÍTULO: TELEOFTALMOLOGIA EN EL CRIBADO DE RETINOPATIA DIABETICA COMO HERRAMIENTA DE GESTION CLINICA. ANALISIS TRAS CINCO AÑOS

AUTORES: RODRÍGUEZ VILLA, SUSANA (HOSPITAL COMARCAL DE JARRIO); CUESTA GARCÍA, M. (HOSPITAL COMARCAL DE JARRIO); SALAZAR MÉNDEZ, R. (HOSPITAL COMARCAL DE JARRIO); CUBILLAS MARTÍN, M. (HOSPITAL COMARCAL DE JARRIO); RUIZ RODRÍGUEZ, M. (HOSPITAL COMARCAL DE JARRIO); DE DIOS DEL VALLE, R. (HOSPITAL COMARCAL DE JARRIO).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La retinopatía diabética (RD) es la primera causa de ceguera en los países desarrollados entre los 25 y 65 años. Su diagnóstico precoz es fundamental para iniciar un tratamiento que evite la pérdida visual y un alto gasto sanitario. El cribado de RD a través de retinografía mejora la accesibilidad de los pacientes.

Objetivos: Estudiar la prevalencia de retinopatía diabética (RD) y los factores de riesgo asociados, en la población incluida en un programa de teleoftalmología en área rural. Evaluar la capacidad diagnóstica de RD de los médicos de atención primaria (MAP) y su correcta coordinación con los oftalmólogos, cuantificando el ahorro que supone el programa.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio observacional transversal de una muestra aleatoria de 394 pacientes incluidos en el programa de teleoftalmología desde el 1 de Enero de 2010 al 1 de Enero de 2015. Se evaluaron características clínicas y las retinografías en busca de RD y se analizó la correcta derivación para valoración de la imagen al servicio de oftalmología según los criterios establecidos: RD moderada o severa, disminución de agudeza visual (AV), mala calidad de imagen y PIO > 22 mm Hg. Análisis estadístico con SPSS. Pruebas t student y χ^2 .

Resultados Conclusión: La prevalencia de RD fue del 12,1%. Los pacientes con hemoglobina glicosilada > de 7,68 % y tratados con combinación de antidiabéticos orales e insulina presentaron mayor riesgo de RD ($p < 0,005$). El 35,7% de los pacientes derivados correctamente a oftalmología presentaban retinopatía moderada o severa ($p < 0,001$). Los pacientes que no se derivaron a oftalmología de forma correcta, pasaron de un 31,4 % en 2010 a un 85,4 % en 2014 ($p < 0,001$). El ahorro global del programa alcanzó los 17506,75 euros.

El programa de teleoftalmología a través de retinografía resulta útil como cribado de RD. Los MAP interpretando la imagen, son capaces de discriminar los pacientes que requieren valoración oftalmológica, evitando consultas presenciales y generando ahorro.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 039

TÍTULO: RELACIÓN ENTRE LAS DIMENSIONES QUE MIDEN EL CLIMA LABORAL Y LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES: MERINO PLAZA, MARÍA JOSÉ (HOSPITAL DR MOLINER); CASTILLO BLASCO, M. (HOSPITAL DR MOLINER); MARTÍNEZ ASENSI, A. (HOSPITAL DR MOLINER); ROCA CASTELLÓ, M. R. (HOSPITAL DR MOLINER); ESPIG BULTÓ, M. D. (HOSPITAL DR MOLINER); MORRO MARTÍN, M. D. (HOSPITAL DR MOLINER).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El clima laboral diferencia a las empresas de éxito de las empresas mediocres, pues las personas son el principal activo de las organizaciones.

La satisfacción laboral es una percepción subjetiva de cada individuo ante su trabajo y se refleja en actitudes, sentimientos, estados de ánimo y comportamientos que pueden orientar a la persona a favor o contra de su actividad laboral.

Un trabajador satisfecho realizará su labor con mayor eficiencia y calidad y responderá adecuadamente a las necesidades de la organización, mientras que los trabajadores insatisfechos mostrarán respuestas y estados de ánimo negativos, con actitudes pasivas, como el absentismo, la merma de esfuerzos y el aumento de errores.

Teniendo en cuenta que los errores ligados a la atención sanitaria pueden tener consecuencias graves y que son prevenibles en un elevado porcentaje, nos hemos planteado estudiar la relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente en nuestro hospital.

Objetivos: •Conocer el grado de Satisfacción Laboral del Personal

- Evaluar la Cultura de Seguridad del Paciente
- Analizar las relaciones entre las distintas dimensiones

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: •Diseño: Estudio Transversal Descriptivo

- Encuesta anónima basada en la encuesta corporativa de clima laboral de la Osakidetza
- Encuesta anónima basada en la versión española de la AHRQ para evaluar la Cultura de Seguridad
- Muestreo: No probabilístico y consecutivo
- Variables:

-Explicativas: Variables sociodemográficas y organizacionales

--Respuesta: Grado de satisfacción respecto a las 12 dimensiones consideradas en cada una de las encuestas

- Tratamiento Estadístico: spss

Resultados Conclusión: •Índice de participación: 45,9%.

- Percepción global de clima laboral: 7.
- Percepción del grado seguridad del paciente: 7,5.
- En la encuesta de clima laboral las dimensiones que han mostrado correlaciones más significativas con el resto han sido la 3, la 4, la 5 y la 10 (promoción y desarrollo, reconocimiento, definición del puesto de trabajo y comunicación).
- En la encuesta de cultura de seguridad las dimensiones que han mostrado correlaciones más significativas con el resto han sido la 2 y la 8 (percepción global de seguridad y respuesta no punitiva a los errores).
- La dimensión de la encuesta de clima que muestra correlaciones más significativas con las dimensiones de la encuesta sobre cultura de seguridad es la 6 (relación con el mando).
- La dimensión de la encuesta sobre cultura de seguridad que muestra correlaciones más significativas con las dimensiones de la encuesta de clima es la 7 (feed back en la comunicación de errores).

La satisfacción laboral es un elemento esencial para el logro de los objetivos humanos y organizacionales. Por ello, hay que estudiarla y lograr que los conocimientos generados se apliquen para mejorar el bienestar psicosocial del trabajador y la seguridad del paciente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 040

TÍTULO: PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE LA CONSULTA DE URGENCIA UROLÓGICA DIFERIDA (CUUD). EVALUACIÓN RETROSPECTIVA DE DOS AÑOS.

AUTORES: POYATO GALÁN, JUAN MANUEL (HOSPITAL QUIRÓN SAGRADO CORAZÓN. SERVICIO DE UROLOGÍA); RIVERA MUÑOZ, F. (HOSPITAL QUIRÓN SAGRADO CORAZÓN. SERVICIO DE UROLOGÍA); REINA RUBIO, S. (HOSPITAL QUIRÓN SAGRADO CORAZÓN. SERVICIO DE URGENCIAS); LEAL LOMBARDO, J. S. (HOSPITAL QUIRÓN SAGRADO CORAZÓN. SERVICIO DE UROLOGÍA); LOZANO BLASCO, J. M. (HOSPITAL QUIRÓN SAGRADO CORAZÓN. SERVICIO DE UROLOGÍA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Ser el único hospital privado de Andalucía que atiende Urgencias Urológicas las 24hs durante los 365 días del año confiere a nuestros especialistas el respaldo experiencial necesario para poner en valor las elevadas cotas de calidad asistencial alcanzadas. Los permanentes deseos de mejora, innovación, eficiencia, seguridad del paciente, sostenibilidad y gestión del conocimiento motivaron el desarrollo de un modelo de agilización de la Consulta de Urgencia Urológica Diferida (CUUD), inicialmente orientado hacia casos con elevada sospecha clínica de patología Neoplásica y manejo del Dolor en el campo Urológico.

Objetivos:

1. Cumplimentar del Plan de Implementación de la CUUD
2. Establecer el organigrama de actuación entre Urología y los profesionales del Área de Urgencias
3. Determinar y aplicar los Indicadores Específicos de Calidad
4. Evaluar la satisfacción de los usuarios con esta innovación

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se realizó una revisión retrospectiva desde Marzo'2013 hasta Marzo'2015. Se revisaron 176 casos según la nueva modalidad CUUD sobre un total de 704 pacientes derivados desde Urgencias (25%). Los aspectos evaluados fueron: diagnóstico, tiempo de derivación y encuesta de satisfacción de usuarios.

El diseño del Plan incluyó acordar una cartera de patologías (Sospecha de Neoplasia Renal/Vesical/Testicular, Cólico Nefrítico y Escroto Doloroso), una batería de pruebas complementarias y una serie de técnicas de Enfermería. Los pacientes se citaron desde Urgencias en los huecos habilitados para ello en la CUUD; en caso de ocupación de las agendas, los pacientes especialmente significativos fueron citados forzando el hueco de visita. Igualmente se estableció un sistema de localización dual telefónica y por intranet corporativa (Sistema AHM) en tiempo real, para mejor y más productivo intercambio de información clínica, así como para solventar dudas suscitadas.

Para lograr una coordinación eficaz en la gestión de cita previa, el personal de administración recibió instrucciones al respecto de estas innovaciones.

Los indicadores de calidad asistencial fueron los establecidos por la Asociación Española de Urología.

El cuestionario de evaluación de la calidad asistencial empleado fue el diseñado por la Fundació Puigvert (Barcelona, 2008) para Servicios de Urgencias Urológicas.

Resultados Conclusión: La aplicación exhaustiva del diagrama de flujo de pacientes ha sido la base para la cumplimentación de los indicadores específicos de calidad. Se atendieron 58 mujeres (33%) y 118 varones (67%) que consultaron cualquier día a cualquier hora en el Área de Urgencias de nuestro Centro. El 100% acompañó su visita con su historia digital y las complementarias necesarias (Rx, Eco, Orina, Analítica Sanguínea), así como las técnicas de Enfermería oportunas (sondajes, fluidoterapia, ttos iv). Los pacientes que siguieron este circuito requirieron un rotundo 0% de ingresos urgentes, por lo que se abolieron las hospitalizaciones para estudio. El tiempo de demora de la CUUD fue:

- o < 6hs: 52 pacientes (29.52%)
- o 6-12hs: 85 pacientes (48.29%)
- o 12-24hs: 39 pacientes (22.15%)

Las actuaciones que se derivaron fueron:

- o Tto Médico: 84 pacientes (47.72%)
- o Tto Quirúrgico: 22 pacientes (12.5%)
- o Otros estudios complementarios: 70 pacientes (39.77%)

Los resultados de la encuesta de calidad percibida fueron:

- o Calidad global Excelente 157 (89%)
- o Atención recibida Excelente 151 (85.79%)
- o Información Recibida Excelente 146 (82.95%)

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 042

TÍTULO: DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE TELECONTROL EN EL AMBITO DE LA ANTICOAGULACION ORAL . ¿FUTURO O REALIDAD?

AUTORES: PASCUAL MARTINEZ, ADRIANA (HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA. VALDEMORO); GOMEZ CRESPO, M. J. (FUNDACIÓN JIMENEZ DIAZ); VILA DEL PASO, H. (HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA. VALDEMORO); PATRIGNANI DE LA FUENTE, P. (HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA); BELTRÁN ALVAREZ, P. (HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA); LLAMAS SILLERO, P. (FUNDACIÓN JIMENEZ DÍAZ).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El tratamiento anticoagulante oral (TAO) se ha incrementado en patologías cardiovasculares. Es de elección en un 2% de la población y hasta 8% en mayores de 65 años. Existe un consenso internacional que avala el telecontrol como elemento clave en un mejor control del TAO

Objetivos: Poner en marcha el programa de telecontrol

- o Conseguir máxima seguridad, mantener el rango terapéutico el mayor tiempo.
 - o Incidir en la educación sanitaria a pacientes, formación de enfermería
 - o Evitar la saturación asistencial y aproximar las unidades de control al domicilio consiguiendo autonomía, mayor adherencia
 - o Mantener la calidad clínica y analítica
 - o Modelo que suponga un coste menor para el paciente y financiador
- Dos razones fundamentales: seguridad y accesibilidad

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Proyecto basado en el control del INR por el paciente en domicilio con un coagulómetro portátil, previa formación presencial con prescripción de pauta por hematólogo que el paciente recibe vía informática.

Acciones para puesta en marcha: Selección individual de pacientes que acepten, Formación de pacientes y enfermería, Elección de un responsable de la unidad, encargado de la formación, suministro de material y dudas telefónicas, Evaluaciones médicas semestrales

El médico hará selección individual según los criterios de inclusión: mínimo tres meses de tratamiento y compromiso con las características del program, indicación crónica en pacientes de alto riesgo, pacientes motivados, capaces de manejo informático

Creación de Unidad: Integrada por médicos y enfermeras; el médico prescribe la pauta y realiza la formación a enfermería y seguimiento presencial semestral. Enfermería imparte la educación activa a los pacientes, entrega el material y resuelve dudas telefónicas . Es necesario la elección de profesionales sanitarios motivados con la figura de paciente activo.

Distribución del material: Roche proporciona los coagulómetros y el material necesario. El paciente firmará un consentimiento comprometiéndose a su devolución si sale del programa

Circuito informático :En consulta se evaluará si paciente cumple los criterios de inclusión. En el programa TAO se elige como telecontrol y se prescribe el tratamiento. Al paciente se le incluye en servicio no presencial generando un formulario que se transmite al Portal del Paciente vía web (acceso desde domicilio) dónde recibe la pauta y puede introducir resultado de INR

Resultados Conclusión: Factores de éxito: Sistema informático que permita la integración entre el programa de prescripción TAO y el portal del paciente para que el paciente desde su domicilio reciba la pauta y envíe el resultado del INR. Formar una unidad de telecontrol con personal implicado. Dar una correcta formación. Hacer selección de pacientes, comprometidos y responsables.

El telecontrol es un programa de innovación tecnológica en el campo de la telemedicina que supone: mayor tiempo en rango, mayor seguridad y comodidad para paciente, reduciendo desplazamientos y costes, ajuste de los recursos humanos y materiales

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 043

TÍTULO: DIFUSION INTERNA DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DE PACIENTES

AUTORES: URRUTIA GARCÍA, SUSANA (MUTUALIA); ULIBARRENA SAINZ, M. (MUTUALIA); SAINZ DE VICUÑA BRAVO, L. (MUTUALIA); PAZ PAILHEZ, A. (MUTUALIA); LLEDÓ VICENTE, P. (MUTUALIA); ECHENAGUSIA CAPELASTEGUI, V. (MUTUALIA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La particularidad de nuestra organización, distribuida en dos clínicas y 12 centros asistenciales, hace que la comunicación deba ser muy fluida para que la información y la visión de la organización lleguen a todo el personal.

Objetivos: Describir las estrategias desarrolladas por nuestra organización para la difusión interna de la cultura de seguridad de pacientes.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Uno de los puntos fuertes de nuestra organización ha sido siempre apostar por la calidad y, dentro de ello, por la seguridad del paciente.

Un pilar básico para lograr una buena cultura de seguridad en la organización es contar con una buena estrategia de comunicación y difusión de la misma, para ello hemos utilizado diferentes herramientas:

Sistema de notificación de incidentes: accesible por diferentes vías (herramienta online, correo interno, buzones ubicados en diferentes puntos) totalmente anónimo y no punitivo (88 incidentes notificados desde abril 2013).

Informes de seguridad de pacientes: se elaboran para cada incidente notificado y posteriormente se difunden a la organización con las medidas implantadas para evitar que se vuelvan a producir (68 informes realizados).

Portal del Conocimiento: web interna donde se recogen los informes de seguridad, noticias, alarmas sanitarias.

Inyecciones de Seguridad: se envían por correo electrónico a todo el personal sanitario con periodicidad bimestral y recogen temas notificados en el sistema de notificación de incidentes (uso de CIK, excipientes de medicamentos, seguridad cardiovascular de AINEs).

Sesiones clínicas: periódicamente se realizan sesiones recordatorio con aspectos relacionados con seguridad de pacientes, el sistema de notificación, noticias recientes relacionadas con seguridad de medicamento.

Cursos de formación interna: impartidos por miembros de la UGR (unidad de gestión de riesgos) con formación en seguridad, se realiza formación básica al resto de la organización en aspectos relacionados con seguridad de pacientes.

Correo electrónico: se utiliza de forma habitual para comunicar alertas sanitarias, difundir nuevas guías e instrucciones.

Sustraiak: revista interna difundida por correo electrónico y por el portal del conocimiento con artículos de interés de diversa índole.

Comunicación en reuniones de departamento a través de los responsables así como de los referentes en SP de todas las acciones y estrategias implantadas.

Resultados Conclusión: La implicación de toda la organización es fundamental para conseguir minimizar los errores de medicación, pero para que una organización se implique, debe estar bien informada.

Disponer de un elevado y diverso número de estrategias de difusión de la cultura de seguridad de pacientes y de todos los aspectos relacionados con ella, ayuda a llegar a un mayor número de personas dentro de la organización y a una mayor implicación de las mismas. Un buen feed-back es esencial para que el sistema funcione y para que el personal sienta que lo que realiza tiene utilidad y redundancia en el beneficio de toda la organización.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 044

TÍTULO: SISTEMATIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y MEDIOAMBIENTE EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA

AUTORES: FERNANDEZ MUNDET, NEUS (SESPA, ÁREA III, SERVICIO DE PREVENCIÓN Y MEDIOAMBIENTE); ROSSELL CANTÓN, M^a. (SESPA, ÁREA III, SERVICIO DE PREVENCIÓN Y MEDIOAMBIENTE); ALONSO MARTÍNEZ, F. (SESPA, ÁREA III, SERVICIO DE PREVENCIÓN Y MEDIOAMBIENTE); ROSSELL GARCÍA, N. (SESPA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El Área Sanitaria III del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) inicia en el año 2013 el desarrollo formal de un Sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales y Medioambiente (SGPRLyMA) con el fin de establecer criterios estructurados de gestión de la prevención y medioambiente, y aunar criterios en estas materias en esta organización sanitaria. El proceso de implantación y desarrollo del Sistema se orienta en base al estándar OHSAS 18001:2007, y a los estándares que marca la Ley 22/2011 de residuos y suelos contaminados y el PERPA para lograr establecer un estándar de gestión de Calidad en la organización, mantener el sistema y asegurar la mejora continua.

Objetivos: 1- Establecer un Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo y de medioambiente para eliminar o minimizar el riesgo de los trabajadores y otras partes interesadas que puedan estar expuestos a riesgos asociados con las actividades de esta Organización Sanitaria.

2- Implementar, mantener y mejorar continuamente un Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo y del Medioambiente.

3- Lograr la certificación/registro del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo y Medioambiental.

4- Integración de la gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo y de Medioambiente en la Organización Sanitaria del Área III.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El proyecto fue aprobado por la Dirección - Gerencia del Área Sanitaria III. El proyecto se estructura en varias etapas de implantación.

Dentro de la primera etapa, la Gerencia estableció la Política de Prevención de Riesgos Laborales para la Organización Sanitaria del Área III del SESPA. A continuación el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales elaboró el Plan de Prevención de Riesgos Laborales, aprobado por la Dirección-Gerencia del Área y refrendado por los representantes de los trabajadores en el Comité de Seguridad y Salud del Área.

Además, con el ánimo de integración de otro sistemas de gestión ya existente previamente en el Servicio de Prevención desde el año 1994, se ha incorporando al proyecto la Gestión Medioambiental.

Resultados Conclusión: Se concibe el proceso de integración del Sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales y Medioambiente (SGPRLyMA) como una herramienta que se entiende eficaz para lograr la adecuada implantación en toda la organización, así como el reconocimiento de la misma con una futura certificación.

Actualmente se está desarrollando e integrando el Sistema de Gestión en esta Organización Sanitaria.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 045

TÍTULO: GESTION MEDIOAMBIENTAL: DEL ÁMBITO SANITARIO A LA COMUNIDAD

AUTORES: ROSSELL CANTÓN, M^a JESÚS (SESPA, ÁREA III, SERVICIO DE PREVENCIÓN Y MEDIOAMBIENTE); FERNÁNDEZ MUNDET, N. (SESPA, ÁREA III, SERVICIO DE PREVENCIÓN Y MEDIOAMBIENTE); ALONSO MARTÍNEZ, F. (SESPA, ÁREA III, SERVICIO DE PREVENCIÓN Y MEDIOAMBIENTE); ROSSELL GARCÍA, N. (SESPA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La Ley 22/2011 de residuos y suelos contaminados establece medidas para evitar ó reducir la generación de residuos y minimizar los efectos adversos sobre la salud y el medio ambiente.

Los factores ambientales influyen en 85 de las 102 categorías de enfermedades enumeradas en el informe sobre la salud en el mundo según la OMS.

Los centros sanitarios son grandes generadores de residuos, y la integración de prácticas medioambientales en la organización sanitaria ha ido haciéndose de forma muy paulatina, dando resultados tremendamente satisfactorios, no solo a nivel económico sino a ser unos de los índices de calidad a desarrollar.

Con estas premisas en el Área Sanitaria III, se han desarrollado durante una semana una serie de actos integradores con la comunidad ;en la que se ha valorado, expuesto y compartido el trabajo que durante años se ha realizado.

Objetivos: Dar a conocer y fomentar las 3R, añadiendo una R más, la 4R de RESPONSABILIDAD, estableciendo objetivos de Responsabilidad:

1. con nuestros trabajadores dándoles seguridad en sus puestos de trabajo, gestionando bien los residuos generados.
2. con la comarca en la que esta ubicada el Área III, colaborando y difundiendo buenas prácticas.
3. con el medio ambiente.
4. con la disminución de costes en la gestión de residuos, fomentando el reciclaje.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Actividades:

- 1.- Se colocaron Paneles y fotografías sobre el uso que se da al textil y calzado que se recoge en los contenedores que la ONG Humana tiene en el Área Sanitaria III.
- 2.- Se convoca un concurso sobre objetos realizados con materiales reciclados y elaborados por los trabajadores del ÁREA III; también participaron los pacientes de la Unidad de Hospital de día psiquiátrico.
- 3.- Se realiza un Taller de Marionetas para niños entre 8 y 10 años del Colegio Público Quirinal.
- 4.- El Servicio de Prevención y Medioambiente organizó visitas guiadas por las exposiciones y al circuito del residuos.
- 5.- Espectáculo infantil con títeres y música, con escenografía, construidos con materiales reciclados.
- 6.- Se realizaron dos mesas redondas, donde se expusieron diferentes temas basados en la importancia de la Gestión Medioambiental, los retos en la prevención y gestión de los residuos.

Resultados Conclusión: 1. Participación activa de importante número de trabajadores del Área Sanitaria

2. Participación de pacientes.
3. Integración de la comunidad en las políticas ambientales sanitarias
4. Difusión de conocimientos a los mas pequeños
5. Fomento del reciclaje de residuos sanitarios de forma solidaria

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 046

TÍTULO: "CUIDANDO A LOS TRABAJADORES: PROTOCOLO DE ADAPTACIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO POR MOTIVOS DE SALUD EN EL ÁMBITO SANITARIO"

AUTORES: FERNANDEZ MUNDET, NEUS (SESPA, ÁREA III, SERVICIO DE PREVENCIÓN Y MEDIOAMBIENTE); ROSSELL CANTÓN, M^a. (SESPA, ÁREA III, SERVICIO DE PREVENCIÓN Y MEDIOAMBIENTE); ALONSO MARTÍNEZ, F. (SESPA, ÁREA III, SERVICIO DE PREVENCIÓN Y MEDIOAMBIENTE); ROSSELL GARCÍA, N. (SESPA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El sector de la atención sanitaria da empleo a cerca del 10% de todos los trabajadores de la Unión Europea. Este se caracteriza por ser un sector ampliamente especializado y pluridisciplinar entre el que se incluye personal sanitario y no sanitario, todos ellos imprescindibles para el correcto funcionamiento del sistema. Es un sector donde convergen colectivos de trabajadores de muy diversa cualificación y en el que al prestar cuidados de salud, los daños a terceros pueden tener graves repercusiones. Por ello determinar la aptitud para el trabajo de estos profesionales se convierte en un objetivo básico en la gestión de personas y en la gestión de riesgos.

Objetivos: Establecer un procedimiento que regula la adaptación de las condiciones de trabajo de los trabajadores que, por motivos de salud, no pudieran desempeñar tareas y funciones inherentes a su puesto de trabajo habitual.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El protocolo establece la valoración de la capacidad funcional de trabajador en relación a las exigencias de las tareas del puesto de trabajo, considerando si se requiere adaptación de las condiciones de trabajo ó la necesidad de cambio de puesto de trabajo.

Esta valoración requiere conocer las condiciones psicofísicas del trabajador, las características y condiciones del trabajo a realizar, especialmente en lo que pueden suponer de riesgo para la salud personal o la de terceros y comparar lo anterior con criterios estandarizados; a la vista de dicha evaluación se establece una conclusión en términos de calificación de la aptitud.

La participación se limita a informar acerca de la adecuación de los puestos, así como de los factores que pueden definir la inadecuación, y de las medidas preventivas a adoptar.

Se emite un informe médico-laboral sobre la adaptación al puesto, lo que debe suponer, por un lado el perfecto conocimiento del puesto, hasta llegar a un estudio detallado de las condiciones de trabajo, lo que supone un nivel de concreción mucho más profundo que el de una mera evaluación de riesgos, y por otro lado el conocimiento de las condiciones particulares del trabajador, lo que se deriva de un acto de diagnóstico médico-laboral.

Las prioridades están fijadas teniendo en cuenta las consecuencias que puedan esperarse si se mantiene la permanencia en el puesto en el que existe el factor de riesgo.

Se establece un Grupo de Seguimiento como órgano asesor de la Gerencia, que se constituye como grupo de trabajo específico en el seno del Comité de Seguridad y Salud, y además como el medio que garantiza la transparencia de las adaptaciones y/o cambios de puesto de trabajo por razones de salud.

Resultados Conclusión: -Se han establecido los cauces para el desarrollo de la exigencia legal de protección de trabajadores especialmente sensibles

-Se han definido y clarificado los conceptos en relación a la adaptación de condiciones de trabajo por motivos de salud.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 048

TÍTULO: SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA Y BIGDATA EN EL ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

AUTORES: FERNÁNDEZ CARREIRA, JOSÉ MANUEL (HOSPITAL SAN AGUSTÍN); MACÍAS ROBLES, M.D. (HOSPITAL SAN AGUSTÍN); MARTÍNEZ ARGÜELLES, B. (HOSPITAL SAN AGUSTIN); REDONDO TORRES, G. (HOSPITAL SAN AGUSTIN)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La introducción de sistemas de información en los últimos años ha producido un incremento exponencial en la disponibilidad de datos. Esto exige un nuevo planteamiento en la explotación de los mismos para obtener información y generar conocimiento. En otros ámbitos de las tecnologías de la información se está introduciendo un nuevo paradigma denominado Bigdata. El conocimiento de la actividad de los Servicios de Urgencias es esencial para mejorar la eficiencia de los sistemas sanitarios

Objetivos: 1. Obtener una visión global de la actividad del Servicio de Urgencias Hospitalario.
2. Demostrar la utilidad del concepto de Bigdata en el análisis de datos de sistemas de información sanitaria.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se utilizó el registro del sistema de información hospitalario SELENE (Siemens) con la herramienta de análisis de datos DataWareHouse. Se estudió el periodo entre enero de 2004 y diciembre de 2014. El archivo generado constaba de más de 750000 registros y más de 180 variables generando un conjunto de más de 136 millones de datos. Los datos se analizaron con SPSS para Windows 22.

Resultados Conclusión: Se observó un perfil horario mantenido a lo largo de los años con tres patrones de distribución horaria decrecientes: lunes, martes-viernes y sábado-domingo, aunque se mantiene el pico a las 11 AM para todos ellos. En 10 años se ha incrementado la media de edad en 4,7 años (44,77 a 49,47). El % de pacientes mayores de 75 años pasó del 15,5 al 22,7%. El % de pacientes hospitalizados aumentó en 7,1% (8424 a 13124). No se encontró relación entre índice de ocupación y el % de hospitalización, ni con el % de traslados a otros hospitales. Se objetivó un discreto descenso en los accidentes laborales y casuales, manteniéndose los de tráfico aunque con un pico en 2013. El tiempo de espera a la atención médica y el tiempo de decisión han aumentado progresivamente sobre todo desde 2012, con un incremento más destacado para los pacientes mayores de 75 años.

Conclusiones:

1. Las Urgencias Hospitalarias se ven sometidas a un incremento en la complejidad de los pacientes atribuible entre otros a un aumento en la edad y las frecuentes agudizaciones de problemas crónicos que ello conlleva, lo que condiciona cambios en el perfil de la actividad asistencial
2. La disponibilidad de una gran cantidad de datos representa una oportunidad única para alcanzar un alto grado de conocimiento de nuestra realidad sanitaria, ello requiere la utilización de tecnologías de análisis orientadas a grandes volúmenes de datos. Queda un gran terreno por avanzar en la integración de los datos procedentes de diferentes sistemas de información.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 049

TÍTULO: FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA APARICION DE SEROMAS, EN ARTROPLASTIAS TOTALES DE CADERA Y RODILLA

AUTORES: MORAN ELEZ-VILLARROEL, MARCOS (HOSPITAL DE JOVE); MATA PEON, M. E. (HOSPITAL DE JOVE); GARCIA LEON, B. E. (HOSPITAL DE JOVE)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Desde el trabajo que desarrollamos en planta, nos surgen a diario preguntas, que nos llevan a investigar en pos de la calidad asistencial del paciente. Una de ellas es el porque se producen los seromas.

Objetivos: Identificar si variables intrínsecas (Edad, Índice de masa corporal (IMC), Hipertensión Arterial (HTA) y Diabetes Mellitus (DM)) en una cohorte de pacientes sometidos a artroplastia total de cadera (HPRO) y artroplastia total de rodilla (KPRO), mantienen relación con la aparición de seromas .

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: MATERIAL: Estudio de incidencia, observacional analítico y retrospectivo, incluyendo a todos los pacientes post-operados de (HPRO) y (KPRO) entre Mayo de 2010 y Mayo de 2014 (excluidos pacientes sin registro de IMC en el informe pre-anestésico). En dicho estudio, se intenta identificar si los seromas guardan correlación con algunas de las variables intrínsecas a estudio. Se ha utilizado el programa selene para la recogida de datos, spss 2012 para el análisis estadístico, kolmogorov-Smirnov para la distribución de la población, y Mann Whitney y Chi-cuadrado para análisis de datos, siendo estos significativos cuando $p < 0,05$.

Resultados Conclusión: 598 pacientes a estudio, excluyendo los que no tenían registro de IMC (52) quedando 276 (HPRO) y 270 (KPRO). De ellas el 40,96% eran mujeres y el 59,03% hombres. En las HPRO la edad media era de 70,3 años en varones y 71,8 en mujeres. En cuanto a las KPRO la media de edad de los varones era de 74,41 años, y 75,05 en mujeres. En este estudio, trabajaremos con la mediana de edad (distribución anormal de la población) siendo de 70 años en HPRO y 74 en KPRO. De las 221 HPRO, 55 presentaban seroma y 166 no. De las 55 HPRO con seroma, el 96,4% presentaba IMC > 25 , el 52,7% HTA y el 21,8% DM. De las 221 HPRO sin seroma el 81,4% presentaban IMC > 25 , el 29,4% HTA y el 9% DM. En cuanto a las 270 KPRO, 14 presentaban seroma y 256 no. De las 14 KPRO con seroma, el 100% presentaba IMC > 25 , el 71,42 HTA y el 21,42% DM. En cuanto a las 256 KPRO sin seroma, el 91,01% presentaba IMC > 25 , el 49,21% HTA y el 17,96% DM. En las KPRO existe aumento en todos los parámetros de estudio, pero la significación (p) no es concluyente debido a la pequeña muestra de seromas de que disponemos. En las HPRO, los resultados son concluyentes:

Edad: (P= 0,001), 70% de los casos $>$ que la mediana en pacientes con seroma. IMC: (P=0,008), 54,5% de pacientes con seroma con IMC > 30 frente al 37% sin seroma. DM (P=0,016) y HTA (P=0,002)

En cuanto al Riesgo Relativo (RR): IMC- 6,036, (p=0,012); séxtuple de riesgo de padecer seroma en IMC > 30 ; DM- 2,805, (p=0,010), triple de riesgo de sufrir seroma; HTA- 2,677, (p=0,001) algo más del doble. Una limitación en nuestro estudio fue no contar con una Albumina previa a la intervención, ya que de las 5 albúminas de las que se disponen datos, 4 de ellas se presentaban grados de anemia.

Creemos que debería llevarse a cabo un plan para la mejora de las variables de estudio, que repercuta sobre la calidad asistencial del paciente

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 050

TÍTULO: IMPACTO DE LA GESTIÓN CLÍNICA EN EL ABORDAJE DE LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: CASADO VIÑAS, J. M. (SERVICIOS CENTRALES DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS – OVIEDO); DÍAZ VÁZQUEZ, C. A. (SERVICIOS CENTRALES DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS – OVIEDO); SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, A. M. (SERVICIOS CENTRALES DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS – OVIEDO); GONZÁLEZ SOLÍS, A. (SERVICIOS CENTRALES DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS – OVIEDO); RODRÍGUEZ VEGA, C. (SERVICIOS CENTRALES DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS – OVIEDO); MOLA CABALLERO DE RODAS, P. (SERVICIOS CENTRALES DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS – OVIEDO).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Desde el año 2009, se han autorizado 64 Unidades y Áreas de Gestión Clínica, tanto en Atención Primaria (AP) como Hospitalaria. En AP, 11 (afectando a 120.239 habitantes) ya han entrado en funcionamiento, mostrando buenos resultados asistenciales, de gestión y de calidad en los Acuerdos de Gestión anuales. Hasta este momento, no se había evaluado específicamente su impacto en la seguridad del paciente.

Objetivos: Valorar el impacto de la gestión clínica en el abordaje de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente en Atención Primaria (MISAP)

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio observacional descriptivo transversal mediante cuestionario autocumplimentado por el responsable de seguridad del paciente de cada una de las 84 Zonas Básicas de Salud (ZBS). Constó de 29 preguntas, en 4 dimensiones: (a) clima de seguridad, (b) formación a los profesionales, (c) inclusión de las MISAP en la acogida a nuevos profesionales y (d) implantación de las 14 Estrategias que permiten abordar las 6 metas.

Se compararon los resultados de las 11 ZBS constituidas como UGC con las 73 ZBS organizadas según con el modelo tradicional de EAP (No UGC)

Resultados Conclusión: El resultado se expresa comparando el % UGC vs % No UGC

(a) Clima de seguridad: la percepción de que “al menos en alguna ocasión” se producen errores fue: meta 1: 64 vs 50; meta 2: 50 vs 43; meta 3: 13 vs 16; meta 4: 40 vs 31; meta 5: 45 vs 29; meta 6: 55 vs 54. Media de la diferencia: 7% a favor de las UGC.

(b) Formación: meta 1: 100 vs 46; meta 2: 55 vs 29; meta 3: 71 vs 64; meta 4: 60 vs 44; meta 5: 91 vs 72; meta 6.1: 50 vs 33; meta 6.2: 40 vs 39. Media de la diferencia: 20% a favor de las UGC.

(c) MISAP en acogida a nuevos profesionales: meta 1: 70 vs 27; meta 2: 40 vs 26; meta 3: 43 vs 38; meta 4: 40 vs 24; meta 5: 73 vs 47; meta 6: 40 vs 19. Media de la diferencia: 21% a favor de las UGC.

(d) Aplicación de las 14 Estrategias: 1.Reconocimiento mutuo: 100 vs 83; 2. Triple comprobación: 100 vs 35; 3. Uso sistemático historia clínica electrónica: 100 vs 100; 4. Restricción de siglas: 45 vs 48; 5. Revisión de órdenes verbales: 45 vs 50. 6. Restricción de acceso a Medicamentos de alto riesgo (MAR): 38 vs 55; 7. Rotulación de MAR: 38 vs 48; 8. Listado de verificación: 30 vs 21; 9. Capacitación profesional: 40 vs 34; 10. Higiene de manos: 100 vs 100; 11. Guantes y medios barrera: 100 vs 97; 12. Limpieza y esterilización: 100 vs 99; 13. Identificación del riesgo de caídas: 36 vs 27; 14. Mapa de riesgo de caídas: 55 vs 15.

CONCLUSIONES:

La percepción de cometer errores es baja en ambos grupos aunque mejor en las UGC en 4 de las 6 metas. Tanto en la formación, como en la acogida a nuevos profesionales, como en la aplicación de las estrategias el abordaje de la seguridad del paciente fue superior en las UGC.

En base a estos datos, el modelo de Gestión Clínica parece mejorar las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente en Atención Primaria

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 052

TÍTULO: UNIDAD FUNCIONAL DE MEJORA

AUTORES: SÁNCHEZ ÁVAREZ, M^a TERESA (HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA); BRU AMANTEGUI, S. (HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA); TORREJON GUIJARRO, A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA); MINGO RODRIGUEZ, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El Plan Anual de Gestión (PAG) del HUIC se nutre del Contrato Programa, de los resultados de la autoevaluación bienal EFQM y del Plan Estratégico. Está compuesto por tres partes: 1) objetivos a conseguir, diferenciando los relacionados con los procesos fundamentales que dan respuesta a la misión del hospital, su día a día y los relacionados con avances significativos, que es su visión, a donde queremos llegar; 2) el presupuesto, formado por las cuentas de pérdidas y ganancias, tesorería y el balance de situación, y 3) planes de apoyo y acompañamiento, que a su vez se divide en el plan de formación y el plan de inversiones. Este PAG se articula y despliega al conjunto de la organización a través de las 7 áreas de gestión identificadas en el centro. Tras la consecución del Sello de Excelencia 400+, se observa un deficitario despliegue dentro de las 7 áreas de gestión de las distintas actuaciones definidas en dicho Plan, así como su seguimiento y evaluación

Objetivos: El objetivo fundamental es la creación de una unidad Funcional de Mejora que de apoyo metodológico a las siete áreas de gestión que desarrollan el PAG y que ayude a definir instrumentos comunes y sistemáticos para la mejora continua

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Tras la certificación EFQM+ y el análisis de áreas de mejora, se crea la Unidad Funcional de Mejora, a iniciativa del Director Gerente y formada por tres personas, que dan apoyo fundamentalmente a la Comisión de Dirección y cuyas funciones principales son las de: confección de manuales y documentos de apoyo técnico para el seguimiento y monitorización de los planes de avance significativo y planes de mejora de los procesos fundamentales del hospital, el apoyo técnico para la elaboración de planes de avances significativo y planes de mejora, el seguimiento y monitorización de dichos planes y generación de alertas tempranas del desempeño de los planes de acción, y por último la coordinación y asesoramiento sobre los procesos de evaluación institucional, acreditación y certificación del hospital

Resultados Conclusión: La creación de dicha unidad funcional de mejora y su trabajo en la estandarización de fichas, tanto de áreas de mejora, procesos, matrices de priorización, etc, nos permite dar un paso más para consolidar la cultura de calidad existente en el centro. Además permite una rápida visión y monitorización de la planificación, identificando el problema u objetivo, las acciones implantadas junto con el cronograma de actuación, los resultados, comparando los obtenidos con las metas, y el análisis de los datos, junto con las acciones de mejora de acuerdo con los resultados obtenidos. Destacar que su relación funcional y operativa de la unidad funcional permite profundizar y afianzar el liderazgo de la Dirección en la gestión de la mejora continua.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 053

TÍTULO: CONTROL DEL DOLOR EN URGENCIAS DESDE EL MINUTO '0'

AUTORES: CUEVA FERNANDEZ, IVAN. (HOSPITAL DE JOVE)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: el 90% de los pacientes que acuden a urgencias lo hacen por dolor; es uno de los síntomas que mas sensación de urgencia y ansiedad genera ante la espera de su mitigación. La IASP (asociación internacional para el estudio del dolor) define el dolor como "una experiencia emocional desagradable asociada a daño corporal real o potencial". Podemos definir potencial como la sensación subjetiva de dolor, que incide en la dificultad que vamos a tener en su valoración. En los servicios de triaje de los hospitales se valora el grado de dolor según la escala EVA y se determina la prioridad de atención y de espera en el servicio. Para prestar una atención de calidad deberíamos ser capaces de atender a esa demanda de mitigación del dolor en el momento en que este se registra sin entrar en la interferencia de un diagnóstico que justifique ese dolor.

Objetivos: control y manejo del dolor de todo paciente que acude al servicio de urgencias desde que ese dolor queda registrado hasta la finalización de la atención médica y resolución de su patología

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Tras realizar revisión bibliográfica sistemática del manejo del dolor en los servicios de urgencias, se realiza un protocolo de actuación que aplicara enfermería. Este protocolo, es el resultado de un consenso, realizado entre personal medico y de enfermería, para aplicar analgesia por parte de este ultimo, en el momento que se registra el grado de dolor en el triaje y, revaluando al paciente cada 45 minutos hasta la finalización de la atención medica, mejorando así la espera y estancia en el servicio. Partiendo de unas patologías comunes en los servicios de urgencias como pueden ser dolores de espada, traumatismos, odontalgias, cólicos renales etc.. la enfermera de triaje que recoge la queja y en consecuencia el dolor, comienza con la pauta de analgesia previamente recogida en el protocolo, y se mantiene una monitorización continúa hasta la finalización de la estancia en el servicio de urgencias.

Resultados Conclusión: Aunque se lleva realizando este protocolo desde febrero del 2015 y todavía es pronto para obtener unos resultados fiables, la practica diaria parece hacer pensar que los pacientes con dolor en el servicio de urgencias llevan mejor la espera hasta la atención médica y no se sienten abandonados, si no que tras el triaje comienza un proceso de control del dolor mientras dure su estancia en urgencias. un indicador fiable de esta práctica es la llamativa disminución de quejas por parte de los pacientes en relación con la atención recibida

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 054

TÍTULO: CALIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS QUIRURGICOS.LISTADO DE VERIFICACION DIGITAL EN CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA.

AUTORES: MONTERO DIAZ, MARGARITA (COMPLEJO ASISTENCIAL DE AVILA); VALVERDE GARCIA, J. A. (COMPLEJO ASISTENCIAL DE AVILA); SANCHEZ HERNANDEZ, N. (COMPLEJO ASISTENCIAL DE AVILA); AMIGO LIÑARES, L. A. (COMPLEJO ASISTENCIAL DE AVILA); NIETO PAJARES, J. A. (COMPLEJO ASISTENCIAL DE AVILA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: JUSTIFICACIÓN:

Los eventos adversos en el Bloque Quirúrgico de Cirugía Ortopédica y Traumatología pueden tener consecuencias devastadoras. La implantación de una listado verificación quirúrgica digital puede ayudar a disminuir esos sucesos.

Objetivos: 1.- Desarrollar e implantar listados de verificación quirúrgica digital en intervenciones programadas en el Area Quirurgica de Cirugia Ortopédica y Traumatología.

2.- Medir el grado de cumplimiento en los Servicios de Cirugia General, Otorrino, Cirugia Ortopédica y Traumatología, Oftalmología, Ginecología y Dermatología

3.- Medir la efectividad en la disminución de eventos adversos.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se desarrolla el modelo de verificación quirúrgica digital en el año 2014. Se implanta en Enero de 2015 y se analiza de modo descriptivo prospectivo el primer semestre de 2015. Software Statistica 7.0

Resultados Conclusión: Listado de verificación digital para cirugía programada de modelo sencillo bajo ítem de arquetipos de cumplimentación en tablet a disposición de la enfermera circulante con una interfaz intuitiva.

En los primeros seis meses de implantación, se han realizado un total de 10272, siendo la distribución del total de pacientes por Servicios Cirugia General 1821, Otorrino 810, Cirugia Ortopédica y Traumatología 1466, Oftalmología 2823, Ginecología 608, y Dermatología 1349.

La realización completa por Servicios: Cirugia General 548 (30.09 %), Otorrino 497(61.36%), Cirugia Ortopédica y Traumatología 647(44.13%), Oftalmología 418(14.81%), Ginecología 58(9.54%) y Dermatología 5(0.37%), con una distribución total de 2211(21.52%).

La realización incompleta por Servicios: Cirugía General 116(6.37%), Otorrino 167(20.62%), Cirugia Ortopédica y Traumatología 148(10.10%), Oftalmología 122(4.32%), Ginecología 10(1.64%) y Dermatología 5(0.37%) con una distribución total 570(5.55%).

En el primer trimestre se presentaron cinco sucesos adversos sin daño. En el segundo trimestre lograron evitarse todos los sucesos adversos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 055

TÍTULO: LOS JUEVES: FORMACIÓN PARA ENFERMERÍA

AUTORES: MATA PEÓN, M^a ESTHER (FUNDACIÓN HOSPITAL DE JOVE); DEL CAMPO UGIDOS, R. M. (FUNDACIÓN HOSPITAL DE JOVE); MORÁN ELEZ-VILLARROEL, M. (FUNDACIÓN HOSPITAL DE JOVE); AVANZAS FERNÁNDEZ, S. (FUNDACIÓN HOSPITAL DE JOVE); VALLE GARCÍA, M. (FUNDACIÓN HOSPITAL DE JOVE); MANCHEÑO PACHECO, M. L. (FUNDACIÓN HOSPITAL DE JOVE).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La formación continuada es una de las bases de la mejora en el desempeño de la labor profesional, que ayuda a incrementar la calidad de los cuidados que realizamos a nuestros pacientes

Objetivos: Realización de talleres sobre temas de interés para el personal de Enfermería de materias variadas, relacionados con su trabajo habitual.

Evaluar la satisfacción de los profesionales con la formación continuada recibida.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Desde el año 2007 se han realizado en nuestro hospital talleres sobre los siguientes temas:

- o Uso de contenciones
- o Higiene de manos
- o Movilización adecuada de pacientes
- o Inserción y mantenimiento de vías venosas centrales
- o Inserción y mantenimiento de vías venosas periféricas
- o Cura de heridas vasculares
- o Aislamientos
- o Manejo de ropa
- o Prevención de UPP
- o Uso del Sistema de Historia Clínica Electrónica

Se organiza la asistencia a los talleres, de los profesionales que se encuentran haciendo el jueves la segunda mañana de su rotación semanal, sale una lista de participantes y se les recuerda el día anterior. Se realizan tantos talleres (uno a la semana) como turnos rotatorios de trabajo existen.

Se utilizan tanto medios audiovisuales (presentaciones powerpoint, vídeos), como interactivos (simulaciones vía on-line) y materiales (maniquís, material sanitario, contenciones, camas....)

Los talleres tienen una duración media entre 1 hora y 1 ½ hora.

Son impartidos por miembros de la Comisión de Cuidados de Enfermería (por parte del responsable del desarrollo y control del programa específico sobre ese tema) y se adecua el horario a los diferentes estamentos, a las 12:00 para el personal auxiliar y a las 13:30 para las DUE (aunque el taller sea sobre el mismo tema)

Se realiza control de firmas y un cuestionario de evaluación formativa (valoración sobre claridad de la explicación, interés de la materia, aplicabilidad práctica de los contenidos, valoración global de la sesión. Valoración de 1 a 5)

Algunos de los talleres (higiene de manos, mantenimiento vías venosas periféricas, mantenimiento vías venosas centrales, uso del Sistema de Historia Clínica Electrónica) se han repetido cada 2-3 años

Resultados Conclusión: La asistencia media a los talleres está entre el 80% y 90% de los profesionales convocados

La valoración media global es de 3,92 (rango entre 3,6 y 4,4)

El hecho de realizar formación continuada dentro del horario laboral, garantiza un alto nivel de asistencia por parte de los profesionales y ayuda a poner al día los conocimientos necesarios para nuestra práctica diaria, lo que incide en una mejor atención al paciente

Sirven además para plantear dudas y sugerencias sobre la temática del propio taller y/o temas relacionados, que pueden llevar a la organización posterior de otro tipo de formación

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 056

TÍTULO: DOCUMENTACIÓN NO CLÍNICA: EN DOS CLICKS

AUTORES: MATA PEÓN, M^a ESTHER (FUNDACIÓN HOSPITAL DE JOVE); GONZÁLEZ SÁNCHEZ, J. A. (FUNDACIÓN HOSPITAL DE JOVE)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El uso del sistema de historia clínica electrónica ha llevado a los hospitales a plantearse ser un "hospital sin papeles".

Pero algunos documentos como protocolos, normativas, consentimientos informados, hojas de recomendaciones para pacientes, que no son documentación perteneciente a la historia clínica, tienen que estar disponibles en los hospitales.

Objetivos: Disponer de los documentos que no pertenecen a la historia clínica informatizados, en un lugar accesible a todos los profesionales de manera fácil y rápida

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: En primer lugar se hizo una revisión de toda la documentación necesaria correspondiente a los apartados protocolos, normativas, consentimientos informados y hojas de recomendaciones al alta para los pacientes.

Se crearon tres recursos en red en todos los escritorios de los ordenadores, tanto de hospitalización como de consultas externas, que son tres carpetas, una para consentimientos informados, otra para hojas de recomendaciones y la última para normativas / protocolos

Se entregaron a la comisión, servicio o unidad especialista o responsable de cada patología, las que debían revisar, dándoles un margen de tiempo para que las examinaran y realizaran todos los cambios que consideraran oportunos.

Se le dió formato oficial, se guardaron como PDF y se fueron colgando en la carpeta correspondiente. Una vez el documento en el recurso informático, se retira el formato papel de dicho documento

A dichas carpetas sólo tienen acceso para realizar cambios los responsables de Calidad del hospital. Si hay que realizar algún cambio son ellos los responsables de ejecutarlo y colgarlo en la carpeta compartida por las unidades y consultas, evitando así que existan diferentes hojas para la misma patología en diferentes áreas del hospital

En la carpeta protocolos / normativas se creó además un listado de la localización de los documentos, en el que aparece el nombre del documento, código interno de documentación, fecha de revisión y su localización exacta, además se insertó un hipervínculo, que permite solo con clickar encima del nombre del documento que éste aparezca en la pantalla

Resultados Conclusión: Con este trabajo hemos conseguido retirar múltiple documentación en papel, ya que sólo se imprime cuando es necesaria.

Evitamos la variabilidad que podía haber por no tener procedimientos, protocolos o normativas actualizadas.

Los profesionales tienen disponibles toda la documentación no perteneciente a la historia clínica de una manera sencilla y rápida.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 058

TÍTULO: IMPACTO POTENCIAL DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE TERAPIA SECUENCIAL

AUTORES: CORTE GARCÍA, JUAN JOSÉ (FUNDACIÓN HOSPITAL DE JOVE); MATA PEÓN, M. E. (FUNDACIÓN HOSPITAL DE JOVE); TRUJILLO FAGUNDO, M. (FUNDACIÓN HOSPITAL DE JOVE); HIDALGO PÉREZ, M. E. (FUNDACIÓN HOSPITAL DE JOVE); RODRÍGUEZ ZUÑIGA, D. (FUNDACIÓN HOSPITAL DE JOVE)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Estudios han mostrado el beneficio en efectividad terapéutica, seguridad clínica y ahorro económico de programas de terapia secuencial (TS) basados en la transición de tratamiento farmacológico intravenoso (IV) a oral (VO) cuando tanto la adecuada biodisponibilidad oral del fármaco como la situación clínica del paciente lo permiten

Objetivos: Conocer el impacto de diseño e implantación de un programa de TS y estimar el ahorro derivado

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio prospectivo observacional realizado en 4 semanas (junio 2014) en unidades de hospitalización con dispensación en unidosis. Los días de presencia en farmacia (lunes-viernes), se obtuvo listado de prescripciones parenterales de paracetamol, pantoprazol, levofloxacino, amoxicilina/clavulánico, clindamicina y cotrimoxazol. Se consideraron las Guías IVOST (IV to Oral Switch Therapy) del NHS 2014 para antimicrobianos. Se planteó la posibilidad de TS en las siguientes condiciones: dieta oral, tratamiento con terapia oral, ausencia de náuseas/émesis y riesgo de aspiración, inexistencia de interacciones farmacológicas a nivel enteral y adecuada evolución clínica. En paracetamol se consideró la ausencia de dolor postoperatorio (48h). Además, para los antibióticos solo se planteó posibilidad de TS transcurridas ; 72h desde la primera dosis administrada

El chequeo fue doble, Farmacia con ayuda de Historia Clínica Electrónica SELENE evaluaba la posibilidad de TS para las prescripciones obtenidas. Luego, la enfermera de Calidad confirmaba en las unidades la posibilidad de transición a VO

El ahorro potencial se calculó teniendo en cuenta la diferencia de coste entre la fórmula parenteral y oral para cada fármaco a la posología prescrita. Se sumó el precio del suero si la terapia IV lo requería. No se tuvo en cuenta el ahorro potencial derivado del mantenimiento de la vía

RESULTADOS:

Se revisaron 1.094 prescripciones de los fármacos: paracetamol 561/1.094, pantoprazol 291/1.094, amoxicilina/clavulánico 158/1.094, clindamicina 49/1.094, levofloxacino 33/1.094 y cotrimoxazol 2/1.094. El 23,8% de las prescripciones eran candidatas a TS de acuerdo a los criterios. Por fármaco, el número de prescripciones susceptibles de transición fueron: paracetamol 184/561 (32,8%), clindamicina 10/49 (20,4%), amoxicilina/clavulánico 25/158 (15,8%), levofloxacino 5/33 (15,5%) y pantoprazol 36/291 (12,4%). En 7 pacientes se constató la existencia de flebitis (Maddox: 1-2)

El ahorro diario estimado con un programa de TS con los criterios establecidos fue de 29,6€. El ahorro anual sería de 10.817,1€

Resultados Conclusión: El ahorro económico es relevante y la disponibilidad del programa de transición a VO tendrá otras ventajas: disminución de las complicaciones asociadas a la administración IV, mayor confort para el paciente o menor tiempo de enfermería

Los resultados muestran un escenario potencial de mejora de la actividad asistencial con el desarrollo y aplicación de un programa de TS. Se propondrá su protocolización e implantación vía Comisión de Infecciones y Farmacia

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 059

TÍTULO: DIRECCIÓN DE PROYECTOS (PMBOK) APLICADA AL DISEÑO DEL PLAN DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE IRAS (UNE 179006:2013)

AUTORES: CANDIA BOUSO, BERTA (XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE A CORUÑA); GARCÍA LAVANDEIRA, J. A. (XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE A CORUÑA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Diversas publicaciones confirman que los eventos adversos más frecuentes en los centros sanitarios son las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS), llegando a representar la cuarta parte de su totalidad. Al menos el 50% son prevenibles. Analizando la situación en nuestros centros, consideramos que un diseño integral y participativo de un Plan de Vigilancia podría reducir el riesgo de IRAS. Para ello, seguimos la metodología de Dirección de Proyectos para diseñar una estrategia que dé cabida a todas las partes interesadas, teniendo en cuenta las comunicaciones, los recursos, los costes y los requisitos de la Norma UNE 179006:2013, para diseñar el Plan de Vigilancia, Prevención y Control de IRAS. Son diversas las iniciativas para el desarrollo de Planes de Vigilancia de Infección pero aún nos queda mucho para mejorar su impacto. Con esta metodología se pretende tener en cuenta todos los aspectos de gestión que puedan asegurar un éxito en el impacto de la prevención de IRAS.

Objetivos: Diseñar una estrategia para elaborar un Plan de Vigilancia, Prevención y Control de IRAS de acuerdo a los requisitos de la Norma UNE 179006:2013, basándonos en la metodología de Dirección de Proyectos del PMI (Project Management Institute)-(PMBOK, 5 edic).

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: En la Unidad de Calidad se revisa la metodología y viabilidad de la aplicación de Dirección de Proyectos PMI (PMBOK) y se procede a la estructuración de una estrategia que incorpore los requisitos de la Norma UNE 179006:2013. De los nueve procesos del PMI, se incorporan al diseño del Plan de Vigilancia: Gestión de la integración del Proyecto, Gestión del alcance, Gestión de los Recursos Humanos del Proyecto, Gestión de las Comunicaciones, Gestión de la Calidad, Gestión del Tiempo y Gestión de los Riesgos del Proyecto. Excluimos la Gestión de las Adquisiciones y la Gestión de Costes porque no sería posible actuar sobre ellos en nuestro Modelo de Gestión actual.

Resultados Conclusión: Se define una estrategia para el diseño del Plan de Vigilancia, Prevención y Control de IRAS en la XXIAC, que se estructura en 5 procesos de Gestión: Alcance (Acta de constitución del Proyecto, y determinación del alcance), Recursos humanos (definición de puestos y asignación de responsabilidades), Comunicaciones (interrelaciones con los interesados, comunicación interna y externa), Calidad (Mapa de Procesos, objetivos, procedimientos operativos contemplados en la Norma UNE 179006:2013, plan de formación, plan de auditorías, gestión de la documentación, medición, análisis y mejora), Gestión del Tiempo (diagrama de Gantt: cronograma) y Gestión de los Riesgos del Proyecto.

La estrategia definida es presentada al Grupo operativo del proyecto, discutida y aprobada y se establece un cronograma de actuación de 7 meses para su desarrollo.

Conclusión: la dirección de proyectos (PMI) aplicada en organizaciones complejas como son las sanitarias, sin duda contribuirá al éxito de los Programas de intervención para la mejora de la calidad y de la seguridad clínica.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 061

TÍTULO: ENCUESTAS DE CLIMA Y SATISFACCIÓN LABORAL EN UN HOSPITAL DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA

AUTORES: MARTÍNEZ ASENSI, A. (HOSPITAL DR MOLINER); MERINO PLAZA, M. J. (HOSPITAL DR MOLINER); ARRIBAS BOSCA, N. (HOSPITAL DR MOLINER); MARTÍNEZ CAPELLA, R. (HOSPITAL DR MOLINER); NEBOT SÁNCHEZ, M. C. (HOSPITAL DE LLIRIA); LLOVET PLANAS, J. (HOSPITAL DR MOLINER)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Todos los miembros de la organización conocen bien su trabajo y debería hacerse una adecuada gestión del conocimiento para institucionalizarlo, compartirlo y tratarlo adecuadamente.

La competencia profesional y la motivación facilitan el logro de resultados. Un buen clima laboral se orienta hacia la consecución de objetivos y un mal clima destruye el ambiente de trabajo ocasionando situaciones de conflicto y de bajo rendimiento.

Identificar las causas que más influyen en la motivación del personal permite actuar sobre ellas para incrementar la satisfacción laboral.

Objetivos: •Conocer el grado de satisfacción laboral

- Identificar puntos fuertes y áreas de mejora
- Analizar relaciones entre distintas variables

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: •Diseño: Estudio Transversal Descriptivo (cortes en 2013 y 2015)

-Encuesta anónima basada en la encuesta corporativa de clima laboral de la Osakidetza.

•Muestreo: No probabilístico y consecutivo

•Variables:

-Explicativas:

; Variables sociodemográficas y organizacionales

-Respuesta:

; Grado de satisfacción respecto a cada pregunta, respecto a las 12 dimensiones consideradas y respecto a otros aspectos relacionados con el clima laboral

•Tratamiento Estadístico: spss

Resultados Conclusión: •Índice de participación: 45,9% frente al 30,9% obtenido en 2013

•Percepción global de clima laboral: 7

•Puntuación media global de la encuesta: 3,51 sobre 5

•Ítem mejor evaluado: Percepción global de la calidad del servicio.

•Dimensiones mejor evaluadas: 6, 7, 10 y 11 (Relación con el mando, Participación, Comunicación y Conocimiento de objetivos)

•Dimensiones peor evaluadas: 2, 4 y 12 (Formación, Reconocimiento y Percepción de la dirección)

•Aspectos a mejorar: Reconocimiento, Formación, Promoción y desarrollo y Percepción de la dirección.

•Comparativamente con los resultados de la encuesta de 2013 sigue siendo adecuada la relación con el mando, la participación, el ambiente de trabajo, la comunicación y el conocimiento de los objetivos.

•Las 3 dimensiones que más influyen en el grado de satisfacción del personal siguen siendo la 1, 4 y 9 (Condiciones de trabajo, Reconocimiento y ambiente de trabajo)

•Variables explicativas con mayor influencia: Sentirse valorado por los superiores y toma de fármacos ansiolíticos

•Las dimensiones que han mostrado correlaciones más significativas con el resto han sido la 3, 4, 5 y 10 (Promoción y desarrollo, Reconocimiento, Definición del puesto y Comunicación)

Las encuestas de clima laboral sirven para averiguar el grado de identificación del personal con los objetivos, su sentido de pertenencia, sus relaciones interpersonales y con los mandos y su percepción sobre cómo se valora su trabajo, aspecto importante para la motivación y el clima laboral.

Los puntos fuertes y las áreas de mejora hallados en la encuesta han sido similares a los de la encuesta de 2013 habiendo mejorado la percepción de la relación con el mando, la comunicación y la participación, lo cual muestra la efectividad de las medidas adoptadas al respecto.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 062

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD E INCREMENTO DE LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN UN HACLE

AUTORES: MERINO PLAZA, M. J. (HOSPITAL DR MOLINER); BOZA CERVILLA, M. (HOSPITAL DR MOLINER); ALCALÁ DEL OLMO, E. (HOSPITAL DR MOLINER); APARICIO DÍAZ, B. (HOSPITAL DR MOLINER); ESTELLÉS VICENT, A. (HOSPITAL DR MOLINER); GARROTE MARCILLA, A. (HOSPITAL DR MOLINER).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los errores ligados a la atención sanitaria pueden tener consecuencias graves. En ellos se involucran factores humanos y organizacionales. La creación de una cultura institucional en seguridad del paciente ayuda a implantar prácticas seguras y a evitar errores que son prevenibles en un elevado porcentaje.

Objetivos: •Medir actitudes y comportamientos relacionados con la Seguridad del Paciente

- Identificar puntos fuertes y áreas de mejora
- Analizar relaciones entre distintas variables
- Evaluar la efectividad de las medidas adoptadas para resolver los problemas identificados

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: •Diseño: Estudio Transversal Descriptivo (cortes en 2013 y 2015)

;Encuesta anónima basada en la versión española de la AHRQ para evaluar la cultura de seguridad del paciente

•Muestreo: No probabilístico y consecutivo

•Variables:

-Explicativas:

;Variables sociodemográficas y organizacionales

-Respuesta:

;Grado de satisfacción respecto a cada una de las preguntas y respecto a las 12 dimensiones consideradas

•Tratamiento Estadístico: spss

•Otras acciones realizadas:

Análisis de los eventos adversos declarados

-Feed back al personal

Resultados Conclusión: •Índice de participación: 45,9% frente al 30,9% obtenido en 2013

•Percepción del grado seguridad del paciente: 7,5.

•Las dimensiones mejor evaluadas: 3 y 1 (Acciones de la supervisión y notificación de EA)

•Las dimensiones peor evaluadas: 9 y 10 (Dotación de personal y apoyo de la dirección)

•Aspectos a mejorar: Dotación de personal, apoyo de la dirección y temor a que los errores queden reflejados en el expediente

•Comparativamente con los resultados de la encuesta de 2013 sigue siendo adecuada la percepción de los mandos intermedios y el respeto y compañerismo.

•Globalmente dan mejores puntuaciones el personal de mañanas fijas, los de antigüedad en el hospital de menos de 5 y de más de 15 años y el personal que ha recibido formación específica

•Tiene peor percepción sobre seguridad del paciente el personal con antigüedad entre 5 y 15 años y los que toman fármacos ansiolíticos.

•Variables explicativas con mayor influencia: Sentirse valorado por los superiores, toma de ansiolíticos y formación específica

•Las dimensiones que han mostrado correlaciones más significativas con el resto han sido la 2 y la 8 (Percepción global de seguridad y respuesta no punitiva a los errores)

Otros resultados

•Incremento de la notificación de eventos adversos, pasándose de 34 declaraciones entre 2012 y 2013 a 189 en 2014.

•Puesta en marcha de las medidas priorizadas a partir de los planes de mejora elaborados: Prescripción electrónica, gestión de residuos y prevención del riesgo de caídas

La medición de actitudes en el trabajo es un paso necesario en el desarrollo de la cultura de seguridad.

La realización de encuestas es útil para averiguar la percepción que tienen los profesionales sobre cómo se trabaja en el Centro. Esta información junto al seguimiento de otros indicadores, ayuda a conocer la efectividad de las medidas adoptadas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 063

TÍTULO: UTILIDAD DEL INDICE HUGÉ PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE LA IRC EN PACIENTES ANCIANOS

AUTORES: MERINO PLAZA, M. J. (HOSPITAL DR MOLINER); TENLLADO DOBLAS, P. (HOSPITAL DR MOLINER); ORTOLÁ SORIA, I. (HOSPITAL DR MOLINER); GARCÍA GASCÓ, P. (HOSPITAL DR MOLINER); ROCA CASTELLÓ, M. R. (HOSPITAL DR MOLINER); CASTILLO BLASCO, M. (HOSPITAL DR MOLINER).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La insuficiencia renal crónica (IRC) es un problema frecuente en el paciente anciano, relacionado con un aumento de las tasas de morbi-mortalidad, del riesgo cardiovascular y de la aparición de complicaciones. Con frecuencia, la sintomatología y la alteración de los valores de creatinina no aparecen hasta que la lesión renal es importante. Por eso es útil el screening poblacional para su detección precoz, sobre todo en hospitales de perfil HACLE ya que el paciente anciano pluripatológico, a menudo tratado con muchos fármacos, si sufre alteraciones de la función renal, es útil saberlo para ajustar las dosis o para elegir fármacos no nefrotóxicos. En nuestro centro, desde 2009, si al paciente se le realiza la determinación de creatinina sérica, se le calcula también el filtrado glomerular estimado (FGE) mediante la ecuación MDRD abreviada. El empleo rutinario de esta fórmula permite hacer un screening poblacional y estimar el grado de alteración de la función renal. Sin embargo, esta fórmula solo está validada para pacientes con FGE disminuido por IRC, pero no para la población general, ni para personas mayores de 70 años y aunque su sensibilidad es buena, a veces da falsos positivos y cataloga a pacientes con IRC cuando en realidad no lo son.

Objetivos: •Hacer un cribado sistemático de la función renal

•Confirmar mediante un segundo cribado el riesgo de IRC en pacientes de más de 70 años con FGE ≥ 60 ml/min

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: •Estudio observacional descriptivo en pacientes ingresados entre el 20 de febrero y el 22 de mayo de 2015

•Uso del índice HUGÉ (hematocrito, urea, genero), calculado automáticamente a pacientes de más de 70 años con FGE ≥ 60 ml/min

•Muestreo: No probabilístico y consecutivo

•Variables:

-Explicativas:

; Edad, sexo, diagnóstico, FGE, índice HUGÉ

-Respuesta:

; Riesgo de IRC (Si/No)

•Tratamiento Estadístico: spss

Resultados Conclusión: •62 pacientes estudiados

•54,8% mujeres

•Edad: 70-95 años (: 81,76)

•FGE: 9,9-59,6 ml/min (: 40,84)

•Índice HUGÉ: -3,57-23,6 (: 5,83)

•Función renal:

; Según FGE:

75,8% de pacientes con ERC estadio 3

19,4% con ERC estadio 4

4,8% con ERC estadio 5

; Según índice HUGÉ:

83,9% de los pacientes con IRC

16,1% con IRC poco probable

•Analizando las discrepancias halladas entre ambos índices, los 10 casos correspondían a pacientes clasificados como ERC estadio 3 por su FGE. Es decir, el 21% de los pacientes clasificados como ERC estadio 3 tenían una IRC poco probable. Estos datos concuerdan con la bibliografía consultada: la fórmula abreviada MDRD tiene mayor sensibilidad, pero una especificidad del 82% en pacientes de más de 70 años, mientras que la especificidad del índice HUGÉ es del 96% para este grupo etario. El índice HUGÉ es un método de cribado automatizado sin gastos asociados, que puede ser complementario al FGE para el screening en pacientes mayores de 70 años y útil para diferenciar la IRC de la disminución del filtrado glomerular que acompaña al proceso fisiológico de envejecimiento.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 065

TÍTULO: EDUCACIÓN SANITARIA EN UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ALERGOLOGÍA. DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA.

AUTORES: GÓMEZ GARCÍA, MOTSERRAT (HOSPITAL PLATÓ); ESTELLÉS BARROT, M. (HOSPITAL PLATÓ); GALLARDO GONZÁLEZ, G. (HOSPITAL PLATÓ); VILA TRIBÓ, N. (HOSPITAL PLATÓ)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La patología alérgica es una patología emergente ya que se calcula que en 2020 un 25-30 % de la población presentará alguna de sus manifestaciones. De entre las diferentes patologías alérgicas las de origen ambiental son las más prevalentes. En nuestra área geográfica los alérgenos principales serían los ácaros, polenes como los del platanero, las gramíneas y la parietaria, así como hongos ambientales y los epitelios de animales domésticos.

La Inmunoterapia consiste en la administración de dosis del alérgeno al que está sensibilizado el paciente por diferentes vías (sublingual/subcutánea) y en la actualidad es la única medida terapéutica reconocida por la OMS como capaz de modificar el curso de la patología alérgica respiratoria.

El papel de Enfermería alérgica engloba diferentes funciones, entre las cuales se incluye la educación al paciente sobre el tratamiento de Inmunoterapia.

Objetivos: Describir el papel de Enfermería en una consulta de Enfermería de Alergias en relación a los tratamientos de Inmunoterapia.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio observacional descriptivo sobre la Educación del paciente y/o familia en una consulta de Enfermería Especializada en Alergología desde 2005 a 2015, en relación al tratamiento de Inmunoterapia.

Resultados Conclusión: La Enfermería Alérgica desarrolla un rol avanzado dentro de la profesión ya que tiene un cuerpo teórico propio con unas funciones muy específicas y un grado de autonomía muy elevado.

Se evidencia que un correcto seguimiento de estos tratamientos por parte de una enfermera formada para ello favorece la adherencia a dichos tratamientos y disminuye el número de acontecimientos adversos en relación a ellos, aumentando así la calidad asistencial proporcionada.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 066

TÍTULO: LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA A TRAVÉS DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE UN INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA

AUTORES: OLMEDO LUCERÓN, CARMEN (INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA GREGORIO MARAÑÓN); PLÁ MESTRE, R. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN); JOSÉ MARÍA, J. M. (INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA GREGORIO MARAÑÓN); BARDINET, T. (INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA GREGORIO MARAÑÓN); BUÑO BORDE, I. (INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA GREGORIO MARAÑÓN); BAÑARES CAÑIZARES, R. (INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA GREGORIO MARAÑÓN).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los Institutos de Investigación Sanitaria (IIS) son una apuesta estratégica de gran alcance para impulsar la investigación biomédica en los hospitales que, al asociar un hospital docente e investigador a otros centros de investigación o universidades, se convierten en el enclave paradigmático de la investigación traslacional. Evaluar la satisfacción de sus usuarios es una herramienta fundamental de participación en la mejora y en la toma de decisiones y un requisito de calidad imprescindible. Sin embargo, existen muy pocos trabajos que evalúen la percepción y satisfacción de los profesionales de la investigación biomédica con el sistema actual en general, con la investigación en el entorno de los hospitales en particular, y no existe información publicada acerca de las necesidades y expectativas de los investigadores de un IIS.

Objetivos: Evaluar la satisfacción de los profesionales de un IIS, centro de investigación biomédica hospitalaria por excelencia.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio observacional a través de un cuestionario de satisfacción a los investigadores de un IIS. Para el diseño de la encuesta se utilizó una aproximación conceptual a la metodología SERVQUAL. Las dimensiones exploradas derivaron de los servicios ofrecidos a los investigadores y que se articulan en torno a los 4 Ejes del Plan Estratégico quinquenal (Eje 1 Organización y Procesos de Gestión, Eje 2 Relación y Visibilidad, Eje 3 Innovación y Eje 4 Recursos disponibles para la investigación). Se realizó estudio descriptivo y analítico según variables de ajuste: perfil del investigador, años de dedicación y Área de Investigación. Se calculó la consistencia interna del cuestionario.

Resultados Conclusión: La encuesta fue completada por 108 investigadores (15% de respuesta). El aspecto estratégico mejor valorado fue la estructuración en Áreas/Grupos de Investigación y la política de comunicación. Se da una mayor satisfacción en los investigadores con contrato de dedicación completa a la investigación que entre los que alternan investigación con asistencia. La valoración global del IISGM fue de 7,25 sobre 10. Las sugerencias de mejora giran en torno a la necesidad de ayudas para contratación y de mejorar las infraestructuras de investigación. El cuestionario ha resultado tener una alta consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,9).

Hasta el momento las políticas de investigación en el entorno sanitario y biomédico no han sido suficientemente valoradas por los profesionales en nuestro ámbito. Sistematizar la evaluación de la satisfacción y expectativas de los principales grupos de interés es un instrumento esencial de análisis y participación en la mejora continua, que contribuye a adecuar las acciones planificadas a las necesidades y áreas de mejora detectadas y a definir la estrategia futura, y por tanto, de avanzar hacia la excelencia de la investigación sanitaria.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 067

TÍTULO: OTRAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA: "CONSULTAS DE PASILLO"

AUTORES: HIDALGO-GARCÍA, FLOR ISABEL (HOSPITAL V. ÁLVAREZ-BUYLLA); GALARRAGA-GAY, M.C. (HOSPITAL V. ÁLVAREZ-BUYLLA); MONES-IGLESIAS, AL. (HOSPITAL V. ÁLVAREZ-BUYLLA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Las enfermedades infecciosas son patologías que generan muchas dudas, por lo que el apoyo del Servicio de Microbiología (SM) es fundamental: ayuda al diagnóstico diferencial, mejora la recogida de muestras ante una sospecha diagnóstica, resultados preliminares, adecuación de terapia precoz así como desescalada terapéutica, interpretación de resultados microbiológicos, profilaxis, consejo vacunal y a viajeros, etc.

"Consulta de pasillo" (CP) es el proceso informal por el que un médico obtiene información o consejo de otro médico en el manejo de un paciente que nunca ha valorado el médico consultado. En contraste con las consultas formales, las recomendaciones realizadas se basan en información proporcionada por el médico solicitante.

Objetivos: El objetivo del estudio fue conocer la frecuencia de las CP realizadas y la carga de trabajo que suponen para el SM, así como la distribución de los Servicios demandantes.

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Se realizó estudio prospectivo durante un año de las CP realizadas al SM. En la Cartera de Clientes se encuentran todos los demás Servicios del Área Sanitaria (Primaria y Especializada), con una población de 65798 habitantes y 184 camas hospitalarias.

El Área dispone de 2 Microbiólogos (horario 8-15 horas) de lunes a viernes.

Se recogieron diversos parámetros en un protocolo diseñado a tal efecto, de los que se analizaron frecuencia y tiempo de duración de las CP, así como su procedencia.

Resultados. Conclusión: Se atendieron 2594 CP, en un tiempo total de 20752 minutos. La media de CP/mes fue 256 (221-259), con una media de 10'5 CP/día. Cada CP duró de media 8 min. (5-26), que equivale a una carga de trabajo de 49 días (4 días/mes).

Las CP procedieron en 2024 casos del Hospital (78%) y en 570 de A. Primaria (22%). De las CP Hospitalarias, 66% procedieron de Servicios médicos y 33% de quirúrgicos.

La CP no establece una relación médico-paciente convencional, pero favorece la respuesta rápida al caso. Esto reduce la morbi-mortalidad, la estancia hospitalaria y la generación de nuevas consultas. Por ello, las CP son una oportunidad de beneficio para el paciente y el sistema sanitario. No obstante, las CP tienen limitaciones (información incompleta, menor calidad en intercambio de la misma, implicaciones legales, etc.), por lo que se debe valorar una derivación formal cuando la complejidad lo requiera.

En nuestro Área, aunque el SM no dispone de consultas, las CP suponen una carga de trabajo significativa en la práctica clínica habitual.

Por ello, la existencia de un Microbiólogo para solventar consultas, que disponga de teléfono corporativo u otro sistema de localización y de un espacio para consulta, redundaría en la mejora diagnóstica y terapéutica, control de resistencias, adecuado desarrollo de la política antibiótica, y optimización de recursos.

En resumen, desarrollar y potenciar una de las actividades asistenciales de un Servicio básico como el de Microbiología, es una oportunidad de mejora de la Calidad Asistencial.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 068

TÍTULO: LA OTRA MIRADA EN CALIDAD PERCIBIDA

AUTORES: PÉREZ PÉREZ-MEDRANO, M. TERESA (HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA. MADRID); ROBLEDO GONZALEZ, A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA. MADRID)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Apostando por la excelencia aseguramos cuidados de alta calidad científico técnica y sumamos la sensibilización de los profesionales de nueva incorporación en el aspecto más humanizador que denominamos, "La otra mirada". Desplegamos un proceso denominado "Acogida segura al nuevo profesional", en su INCORPORACIÓN a nuestro hospital, este proceso se encuadra en el Modelo de gestión Europea de la Calidad, EFQM, "Gestión de las personas". Nuestras actuaciones tienen un gran impacto en los pacientes, usuarios, familia, cuidadores y sociedad en general, desde el primer contacto, autores de relevancia les denominan 'LOS MOMENTOS DE LA VERDAD' THE MOMENTS OF TRUTH. El término "The Moments of Truth" fue popularizado por Karl Alprecht, sin embargo este término fue acuñado por el sueco JAN CARLZON, Presidente de SAS (Scandinavian Airlines System). "La gestión de los detalles". Clínica Mayo Rochester (Minnesota) "Un Momento de la Verdad es un episodio en el cual el cliente entra en contacto con cualquier aspecto de la organización y se crea una impresión sobre la calidad de su servicio" Contribuyendo en la mejor satisfacción del paciente con los servicios que le estamos prestando (A. Parassuraman, 'Reassessment of Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality')

Objetivos: 1.-Realizar una acogida segura a todos los profesionales de nueva incorporación. 2.- Sensibilizar a los profesionales de nueva incorporación en "La otra mirada", hacia el paciente

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: 1-Aplicación del CICLO DE MEJORA CONTINUA- DEMING-PDCA (PLAN-DO-CHECK-ACTION). 2-Programa de recibimiento por la dirección.3-Gestión de la acogida al nuevo profesional por cada inmediato superior.4- Documentación específica de cada unidad.5-Sesión de la acogida segura del profesional de nueva incorporación.6-Presentación a todos los nuevos profesionales de "La otra mirada".7- Definir las estrategias de futuro

Resultados Conclusión: % Profesionales realizados el Programa de recibimiento por miembros de la dirección. % Gestión de la acogida al nuevo profesional por cada inmediato superior de referencia. % Documentación específica de cada unidad, entregada a cada nuevo profesional. % de profesionales sensibilizados con la Sesión de la acogida segura del profesional de nueva incorporación. % Presentación a todos los nuevos profesionales de "La otra mirada"

CONCLUSIONES: - La implementación del conjunto de actividades que conforman el proceso de acogida al nuevo profesional en nuestro hospital, está siendo eficaz potenciando las actividades científicas técnicas. - Una actividad con carácter más humanizador enriquece el cuidado y favorece la seguridad del paciente. - Nos permite conocer el sentir de las personas que coinciden un momento en un hospital... Aunque parezcamos distintos. Esa persona que está frente a tí, como paciente, familiar, profesional de la salud, gerente..VER https://youtu.be/swWi4YYrX_8

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 069

TÍTULO: DETECCIÓN Y DESCOLONIZACIÓN DE PORTADORES NASALES DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS PREVIO A LA CIRUGÍA ORTOPÉDICA CON IMPLANTE

AUTORES: HIDALGO-GARCÍA, FLOR ISABEL (HOSPITAL V. ÁLVAREZ-BUYLLA); GALARRAGA-GAY, M. C. (HOSPITAL V. ÁLVAREZ-BUYLLA); ROMERO-BALLARÍN, J. L. (HOSPITAL V. ÁLVAREZ-BUYLLA); HUESO-RIEU, R. (HOSPITAL V. ÁLVAREZ-BUYLLA); GONZÁLEZ-BUSTO-MÚGICA, I. (HOSPITAL V. ÁLVAREZ-BUYLLA); GÓMEZ-FUENTE, A. (HOSPITAL V. ÁLVAREZ-BUYLLA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La infección del sitio quirúrgico (ISQ) por *S. aureus* se considera uno de los principales efectos adversos de la cirugía ortopédica con implante (COI), teniendo los portadores nasales de *S. aureus* (PNSA) mayor riesgo de ISQ (2 a 9 veces superior). La ISQ aumenta la morbilidad, prolonga la estancia hospitalaria (media 2 semanas) y las tasas de rehospitalización, aumentando los costes. Los riesgos son aún superiores cuando se trata de cepas meticilín-resistentes (SAMR).

Objetivos: Detectar los PNSA en el 100% de los pacientes programados para COI y realizar la descolonización previa a la cirugía con el fin de reducir el riesgo de ISQ, además de evaluar la eficacia de la descolonización.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Durante 3 meses, en los pacientes programados para COI se realizó un estudio prospectivo de detección de PNSA y erradicación (mupirocina nasal y ducha con clorhexidina).

En el protocolo preoperatorio, se realizó una toma de ambas fosas nasales con un hisopo. Las muestras se inocularon en Agar Sangre y CNA, incubándose 48 horas a 35°C. Se realizó identificación definitiva y antibiograma (WIDER I, Francisco Soria Melguizo, S.A.) a las colonias compatibles con *S. aureus*.

Todos los PNSA fueron citados 15-30 días antes de la cirugía, para valorar el inicio de descolonización. Finalizada la misma, se comprobó su eficacia mediante nuevo cultivo.

Resultados Conclusión: De los 68 pacientes programados para COI, se realizó el estudio de PNSA en 66 (97%), de los que 21 fueron positivos (31'81%). Hubo 4 cepas SARM (19%) y ninguna resistente a mupirocina.

Se inició la terapia de descolonización en 19 casos (2 intervenciones fueron suspendidas).

En el cultivo de control se observó una eficacia en la descolonización del 94'73% (18/19). En el único caso que falló la descolonización, la cepa aislada mantenía la sensibilidad a mupirocina.

La ISQ por *S. aureus* conlleva graves repercusiones clínicas, llegando a triplicar costes. Los riesgos son aún superiores en caso de SARM.

En la COI la detección y descolonización preoperatoria de PNSA se considera una atractiva estrategia de prevención, ya que la mupirocina nasal asociada a ducha de clorhexidina disminuye la carga bacteriana y reduce el riesgo de ISQ, siendo un método seguro y de bajo coste. No obstante, esta estrategia puede verse limitada por la existencia de portadores intermitentes, falsos negativos, fallos en la eficacia de la descolonización y aparición de resistencias al tratamiento. Gracias a la estrecha colaboración entre los Servicios de Microbiología, Traumatología y Ortopedia y Admisión, se está desarrollando un protocolo de prevención y profilaxis para reducir la ISQ, consiguiendo incluir casi la totalidad de pacientes programados para COI. El porcentaje de PNSA detectado en este estudio al igual que el patrón de susceptibilidad y de SARM es similar al descrito en otras series. Es de destacar la elevada eficacia de la terapia descolonizadora obtenida, especialmente en los portadores de cepas SARM.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 071

TÍTULO: SEGUIMIENTO DE ALTAS ADMINISTRATIVAS Y ABANDONOS EN PACIENTES CRÓNICOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

AUTORES: SÁNCHEZ BERNAL, RAFAEL (RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA); DE MIGUEL AGUIRRE, E. (RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA); MOSQUERA ULLOA, F. (RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA); MURUA NAVARRO, F. (RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA); PUJANA URIARTE, M. J. (RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA); ETXEGARAY ATELA, J. (RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En Salud Mental, un aspecto muy importante es el seguimiento de aquellos pacientes que son dados de alta de forma automática por el sistema informático, bien porque no se han producido contactos con nuestros profesionales en un periodo de 6 meses, o bien porque ellos voluntariamente abandonan el seguimiento, y además, no existe una cita prevista a futuro, lo que supone una pérdida del paciente de primera magnitud que debe ser resuelto.

Objetivos: 1º.- Conocer las altas administrativas y abandonos en pacientes con trastorno mental grave 2º.- Conocer el destino actual de todos los pacientes con alta administrativa y abandono 3º.- Conseguir que el % de pacientes sin tratamiento sea del 0% 4.- Garantizar la continuidad de cuidados en estos pacientes

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Mediante consenso de todos los clínicos de la Red de Salud Mental de Araba, consideramos que los pacientes con Trastorno Mental Grave, son aquellos que son diagnosticados de las siguientes patologías: Esquizofrenias, Trastorno Bipolar, Trastornos Obsesivos Compulsivos, Trastornos de la Personalidad, Autismos, Trastornos Depresivos Graves y otras Psicosis Graves, tomando como base la CIE 10, Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Revisión, de F.20 – F-30.

La Unidad de Gestión Sanitaria saca un listado mensual, y sus profesionales llaman por teléfono entre los días 1 y 5 del mes a las altas del mes anterior, para conocer cuales son los motivos que han llevado a esos pacientes a no continuar en tratamiento en el Centro de Salud Mental en que estaban siendo atendidos, ya que se considera necesario saber en esos pacientes cual es su situación clínica.

Resultados Conclusión: Resultados 1. En el año 2014, de un total de 3.134 pacientes con Alta Administrativa y Abandono, 199 pacientes (el 6,34%), estaban englobados en el grupo de pacientes con Trastorno Mental Grave. De ellos, el 20,59% estaba siendo atendido en el Médico de Atención Primaria y controlado, el 18,38% ha necesitado una nueva cita, el 17,65% vive en residencias y tiene un seguimiento médico adecuado, el 8,82% dice estar muy bien, el 6,62% ha sido dado de alta, el 5,88% está en otro CSM, otro 5,88% vive fuera de Álava, el 3,68% no está bien diagnosticado, el 2,94% tiene patología orgánica grave que le preocupa mucho, pues se trata de cánceres en tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia, otro 2,94% está en el Servicio de Psiquiatría del hospital de agudos, el 1,47% está siendo atendido en la medicina privada, el 0,74% no quiere volver, y el 4,41% restante es imposible localizarle, tras 5 llamadas telefónicas y carta certificada.

Conclusiones: Se han cumplido todos los objetivos establecidos, y el seguimiento personalizado de todos los pacientes, permite que los Trastornos Mentales Graves que lo necesitan, y podemos localizar (el 95,59% de ellos), estén siendo tratados adecuadamente en la actualidad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 072

TÍTULO: IDENTIFICACION Y EVALUACION TEMPRANA DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS NUEVAS Y/O EMERGENTES

AUTORES: FLOR MORALES, VIRGINIA (UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA); POLO DE SANTOS, M. (AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III,); LUENGO MATOS, S. (AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los sistemas de detección de tecnologías sanitarias nuevas y/o emergentes pretenden identificar tecnologías sanitarias (TS) relevantes y evaluarlas de forma temprana para conocer su posible impacto y proporcionar información útil y a tiempo a los decisores sanitarios antes de su difusión en los Servicios de Salud. Para ello se ha desarrollado el sistema "SINTESIS-nuevas tecnologías" que recoge en su aplicación informática la información científica sobre las tecnologías identificadas, en documentos denominados "Ficha Técnica" (FT).

Objetivos: Realizar la evaluación temprana de una nueva TS, el Desfibrilador Implantable Totalmente Subcutáneo S-ICD®®, con objeto de informar a los decisores sanitarios sobre su posible impacto.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Evaluación temprana del S-ICD®®. Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva de la evidencia científica en las principales bases de datos médicas, Webs de Agencias de Evaluación de TS y Sociedades Científicas relacionadas con la TS. Se incluyeron todos los estudios publicados hasta marzo del 2013, en inglés, francés y español, con información sobre eficacia/efectividad, seguridad y coste-efectividad del S-ICD®®. Sin restricción del tipo de diseño de estudio ni del tamaño de la muestra. La calidad de la evidencia se evaluó según la escala del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford.

Resultados Conclusión: Se seleccionaron un total de 11 estudios, 8 series de casos y 3 estudios comparativos, con nivel de evidencia 4. Se elaboró una FT del S-ICD®, siguiendo los epígrafes del sistema SINTESIS-nuevas tecnologías: Información general de la tecnología, Desarrollo y uso, Importancia sanitaria, Requerimientos para usar la tecnología, Riesgos /seguridad, Eficacia/efectividad, Evaluación económica, Impactos, e Investigación en curso.

El resultado obtenido es accesible, para los decisores sanitarios y expertos interesados, en la Web del sistema "SINTESIS-nuevas tecnologías". En concreto el link de la FT del S-ICD® es: <https://sintesis.isciii.es/GestionFichasTecnicas/InfFicha.aspx?Id=96&TFicha=F&Opt=0&Perfil=2&Tecnologia=A>

El S-ICD® parece una tecnología prometedora que podría beneficiar a un grupo específico de pacientes en riesgo de muerte súbita cardíaca. Sin embargo, no se han encontrado ensayos clínicos con el S-ICD® y los estudios revisados tienen baja calidad por lo que se considera necesario continuar investigando.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 073

TÍTULO: GESTIÓN DE LA FORMACIÓN A TRAVÉS DE REFERENTES. HERRAMIENTA DE LIDERAZGO.

AUTORES: VASCO RODRÍGUEZ, YOLANDA (HOSPITAL LLEUGER CAMBRILS); ASENSIO VIDAL, M. (HOSPITAL LLEUGER CAMBRILS)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En nuestro centro existen la figura de los referentes de la formación (Médico de Familia y Enfermera). Estos profesionales gestionan las actividades formativas de los profesionales del equipo. Son los responsables de cumplimentar el aplicativo donde se planifican las sesiones en el centro y además registran las acciones formativas realizadas fuera del centro. Esta información permite anualmente valorar conjuntamente con la dirección las líneas formativas a seguir, de este modo se consigue adquirir competencias orientadas a la práctica clínica siguiendo criterios de eficiencia y calidad.

Objetivos:

1. Establecer una sistemática de planificación de las acciones formativas.
2. Adecuar el plan de formación continuada a las necesidades de los profesionales.
3. Monitorizar y evaluar las acciones formativas incluidas en las líneas estratégicas de la organización, para mejorar competencias clínicas.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Anualmente los referentes elaboran el Plan de Formación, documento en el que se establecen los objetivos fijados para el año vigente en relación a las acciones formativas incluidas en las líneas estratégicas establecidas por la dirección del centro. Además, se especifican los cursos de obligado cumplimiento en relación a las competencias profesionales (RCP, Plan de Protección, etc...) y se determinan la tipología de sesiones clínicas pertenecientes a la formación continuada.

De todo ello, se elabora un registro informatizado que permite realizar una memoria al finalizar el año. La Unidad de Formación de referencia recibe notificación escrita por parte de los referentes, tanto de los cursos (formación superior a 6 horas lectivas) como de las sesiones clínicas. En toda actividad formativa impartida, los responsables con anterioridad registran el tipo de formación, la temática, el horario, el lugar, el ponente y la duración. Toda actividad planificada se informa al equipo mediante "planning" de acceso libre, de esta manera los profesionales conocen con anterioridad las actividades. De todas las acciones se efectúa un registro de asistencia mediante firmas y además se realiza una encuesta de valoración que deben cumplimentar los profesionales asistentes al finalizar la misma.

Esta sistemática de trabajo permite implicar a los profesionales en la formación, ya que participan activamente, siendo los docentes de una parte de la formación. Además, la formación continuada reglada vehiculiza la integración de diferentes niveles asistenciales integrados en nuestro centro, lo que favorece dinámicas de aprendizaje basadas en la práctica clínica.

Resultados Conclusión: El utilizar una herramienta que gestione la formación permite planificar y detectar las necesidades expresadas por los profesionales. De este modo es posible planificar y direccionar la formación impartida tanto interna como externa al centro hacia la mejora de competencias y poder aplicar conocimientos adquiridos a la práctica clínica.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 074

TÍTULO: IMPLEMENTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE SEGURIDAD EN LA GESTIÓN DE RESIDUOS GRUPO III EN EL ÁMBITO DOMICILIARIO

AUTORES: PRIETO PERDIGON, DOLORES (HOSPITAL LLEUGER CAMBRILS); VASCO RODRÍGUEZ, Y. (HOSPITAL LLEUGER CAMBRILS); MORAN VALLE, I. (HOSPITAL LLEUGER CAMBRILS)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Como consecuencia del automanejo por parte de los pacientes de medicación administrada vía parenteral y preocupados por la seguridad, desde nuestro centro de Atención Primaria consideramos la necesidad de crear un circuito para gestionar la correcta eliminación del material punzante.

Estos residuos pertenecientes al Grupo III son eliminados en domicilio como grupo I o son llevados al centro utilizando diversidad de recipientes para ser eliminados correctamente según el protocolo de residuos.

Objetivos: 1. Asegurar la correcta eliminación de material punzante generado en domicilio.
2. Proteger al personal de enfermería de la manipulación de este material por seguridad clínica.
3. Conocer el grado de satisfacción del usuario después de la implementación del nuevo método de recogida de residuos.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio transversal descriptivo post-implantación del registro informatizado y puesta en marcha del circuito. Ámbito Atención Primaria, selección de la muestra por muestreo no probabilístico accidental. Sujetos incluidos: paciente con diagnóstico DM Tipo 1.

a los que se les entregó contenedor de residuos G III en el período noviembre 2014 a mayo 2015 (n=55)

Se realiza encuesta telefónica validada para conocer el método de recogida de material punzante previo a la implementación del circuito.

Diseñamos y consensuamos con el equipo de enfermería un procedimiento explicativo de la manera correcta de eliminación de material punzante (Grupo III) en domicilio. El conocimiento del circuito y la información transferida por los profesionales a los usuarios que utilizan este tipo de material, repercute en la adherencia al cumplimiento de las medidas seguras de manipulación por parte del profesional, pero además implica al paciente en su autocuidado, adquiriendo conductas seguras y co-responsabilizándolos del uso de material y su eliminación segura y sostenible. Para ello el paciente firma un consentimiento informado en el que consta la entrega del contenedor numerado para respetar la confidencialidad y la normativa de devolución en el centro.

Variables estudiadas: método de recogida de residuos previo y grado de satisfacción del usuario después de la implementación del circuito.

Explotación de datos con paquete estadístico SPSS 15.0, efectuando descripción de la muestra.

Resultados Conclusión: De los 55 usuarios estudiados, el 12,8% utilizaban recipientes de plástico para eliminar material punzante antes de iniciar este estudio, el 2,1% recipientes de cristal y el 6,4 en contenedores G III.

Una vez explicada al usuario la nueva normativa de manejo de residuos solamente el 25% se muestra indiferente mientras que el 75% restante manifiesta su alto nivel de satisfacción respecto a la nueva forma de recogida implantada.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 075

TÍTULO: PROYECTO QUACIP: SET DE INDICADORES DE CALIDAD EN INTENSIVOS PEDIÁTRICOS EN ESPAÑA, CONSENSO POR MÉTODO DELPHI

AUTORES: HERNÁNDEZ BORGES, ANGEL ANTONIO. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. TENERIFE); PÉREZ ESTÉVEZ, E. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES. BILBAO); JIMÉNEZ SOSA, A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. TENERIFE); CONCHA TORRE, A. (HOSPITALARIO UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS); NIETO MORO, M. M. (HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS); PUJOL JOVER, M. (HOSPITAL UNIVERSITARI DE LA VALL D'HEBRON).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Muchas sociedades médicas han definido indicadores de calidad como una herramienta de mejora en su área. La Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos (SECIP), a través de su Grupo de Trabajo (GT) de Seguridad, ha desarrollado durante los últimos dos años un proyecto de definición de un set de indicadores básicos en cuidados intensivos pediátricos (CIP) en España.

Objetivos: Identificar, consensuar y definir un grupo básico de indicadores útiles para la mayoría de las unidades de CIP de España.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: - Fase I. Identificamos potenciales indicadores de calidad en CIP mediante revisión bibliográfica y aportaciones de miembros de los once GT de la SECIP. Propuesta de un set inicial. Duración, tres meses.
- Fase II. Consenso sobre los indicadores esencial

Resultados Conclusión: Fase I. Se obtuvo un set inicial de 136 indicadores tras la depuración de un gran número de aportaciones hechas por 35 miembros de la SECIP. Este set inicial incluía indicadores de todas las áreas de conocimiento de los GT.

Fase II. Incluyó dos rondas de evaluación. Tras la primera ronda se redujo a 43 indicadores la propuesta inicial, con una relevancia media de 8,03 (rango 8,6-7,3) y una factibilidad media de 7,6 (rango 8,6-6,8). Tras la segunda sólo 20 indicadores cumplían los criterios de selección descritos, con una relevancia media de 7,8 (rango 8,5-7,3) y una factibilidad media de 7,7 (rango 8,3-6,6). Sólo dos indicadores obtuvieron acuerdo absoluto por los evaluadores para su incorporación al set final.

Conclusión: hemos logrado consensuar un grupo esencial de indicadores de CIP en base a la colaboración de un alto número de miembros de nuestra sociedad científica. La implantación y uso de los mismos en las UCIP españolas probablemente permitirá múltiples proyectos de mejora, docencia e investigación en el seno de nuestra sociedad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 076

TÍTULO: EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN DE EHFRN, AMPLIADO A GESTANTES RH(D) DURANTE LAS SEMANAS 24-34

AUTORES: GARCIA LOPEZ, MANUELA (AREA III HOSPITAL SAN AGUSTIN); LOZANO LOPEZ, L. U. (AREA III HOSPITAL SAN AGUSTIN); DIAZ VARELA, E. L. (AREA III HOSPITAL SAN AGUSTIN); MUÑIZ MENENDEZ, M. A. (AREA III HOSPITAL SAN AGUSTIN); ESPARZA VALLE, P. A. (AREA III HOSPITAL SAN AGUSTIN); MARTIN SUAREZ, M. A. (AREA III HOSPITAL SAN AGUSTIN).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La EHFRN se origina por la destrucción de los hematíes fetales inducida por la acción de aloanticuerpos IgG de la madre, capaces de atravesar la placenta y reaccionar con un antígeno de origen paterno presente en los hematíes fetales y ausente en los eritrocitos maternos. En el 90% de los casos está causada por anticuerpos de especificidad anti-Rh(D), pero también puede ser causada por anticuerpos generados frente a otros antígenos (Rh-c, Kell, Duffy...) La enfermedad comienza intraútero, y puede presentarse con gravedad variable para el feto, desde anomalías hematológicas asintomáticas, anemia hemolítica, hydrops fetalis y muerte. A pesar de la baja prevalencia sus consecuencias fatales hacen esencial un diagnóstico precoz que permita la indicación de una transfusión intraútero. En el Área está implantado un cribado para la identificación de gestantes, mediante la realización en la semana 10-12 del grupo ABO, el RhD y el Coombs indirecto. Ha sido descrita, la posible sensibilización en el transcurso del embarazo, frente a nuevos antígenos en gestantes RhD positivas no primigestas, por lo que se recomienda realizar una segunda determinación de EAI en la semana 24-34

Objetivos: Implantar y evaluar un protocolo coordinado entre matronas de AP y el Servicio de Transfusiones para el cribado de EHFRN en gestantes Rh(D) positivas no primigestas, e identificar aquellas en las que se ha producido una sensibilización durante el transcurso de la gestación

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar para diseño del protocolo, basado en la recomendación de una segunda determinación de EAI en la semana 24-34, para gestantes Rh(D) no primigestas, e identificar aquellas en las que se ha producido aloinmunización. Las gestantes con un resultado positivo de EAI son consideradas de riesgo y serán seguidas bajo un control especial para el diagnóstico precoz de una posible anemia fetal, basado en la realización de la identificación del antígeno, su cuantificación cada dos semanas, la realización de ecografía y de eco-doppler con determinación de pico sistólico de velocidad en la arteria cerebral. El periodo de análisis fue del 1 de marzo de 2014 al 15 de mayo de 2015. Los costes fueron calculados por el Servicio de Suministros

Resultados Conclusión: Durante el periodo de análisis fueron atendidas 3619 gestantes. De ellas, 357 fueron no primigestas Rh(D) , a las que según el nuevo protocolo se les recomendó una segunda determinación de EAI, siendo aceptado por el 77% de ellas. Fue identificada una paciente que desarrolló isoimmunización, con presencia de anticuerpos antiLu^a. El coste anual estimado de complementar el cribado en las gestantes Rh(D) no primigestas fue 785 euros. Por lo tanto, a pesar de la baja prevalencia de la EHFRN, aún menor en no-primigestas Rh(D) que se sensibilizan frente a un nuevo antígeno eritrocitario durante el transcurso del embarazo, y dadas las posibles consecuencias fatales para el feto, consideramos coste-efectiva la realización de la segunda determinación de EIA

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 077

TÍTULO: UNA HOJA DE RUTA APASIONANTE: MEJORAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: MATEOS RODILLA, JUANA (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD); PÉREZ RIVAS F. J. (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD); JIMÉNEZ GÓMEZ, C. (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD); MIQUEL GÓMEZ, A. (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD); CAÑADA DORADO, A. (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD); BAYÓN CABEZA, M. (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La estrategia de calidad de los cuidados de Atención Primaria marca la hoja de ruta para las enfermeras de Atención Primaria en los próximos 4 años. Ésta se hace operativa en un plan de calidad de los cuidados anual para los 262 centros de salud de nuestra comunidad.

Objetivos: Mejorar la calidad de los cuidados que proveen las enfermeras de los centros de salud, contribuyendo a la satisfacción de los ciudadanos dando respuesta a sus necesidades y expectativas, mediante acciones de mejora de la competencia, compromiso y confianza de las enfermeras.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se constituye una estructura organizativa de una comisión central de calidad de los cuidados y 7 comisiones locales. Se realiza un análisis de situación explorando las necesidades y expectativas de todos los grupos de interés. Se realiza el diagnóstico y se define la estrategia. Se difunde y comunica a toda la organización y grupos de interés en 2014. Se define el primer plan anual de calidad de los cuidados enfermeros en Atención Primaria. Se despliegan y ejecutan las acciones del plan. Se evalúa al finalizar 2014.

Resultados Conclusión: El plan de calidad de los cuidados 2014 incluye 45 líneas de acción. De las 45 acciones programadas se han ejecutado el 64,4% (29), el 24,4% (11) han alcanzado un nivel de avance intermedio, el 2,2 % (1) solamente se han iniciado, y el 8,8% (4) se han reprogramado. La estrategia se ha presentado en el 93,9% de los centros de salud. El 96,2% de los profesionales conoce el plan de calidad. En el 74,4% de los centros se ha realizado un plan de despliegue. Los productos más destacados del plan son:

- Elaborada y difundida la carta de compromisos con los ciudadanos y la política de calidad de los cuidados
- Bases y entrega del primer premio a la calidad de los cuidados al centro de salud con mejores resultados
- Constitución del centro de recursos de aprendizaje para las enfermeras en la intranet
- Elaboración de 8 sesiones de autoformación sobre las dimensiones de la calidad de los cuidados
- Creación de un buzón de comunicación ascendente
- Un centro de salud es candidato en la 2ª convocatoria nacional de centros comprometidos con la excelencia
- Se han realizado 170 sesiones de autoformación en los centros de salud
- Se han impartido 64 cursos con 173 ediciones de los mismos
- Informe de análisis y mejora de la accesibilidad y cobertura de la atención enfermera en los 263 centros de salud
- Informe de análisis y mejora de las intervenciones comunitarias
- Procedimiento de continuidad de los cuidados en los centros de salud
- Informe de la voz del ciudadano (percepción y satisfacción con los servicios enfermeros)
- Se han realizado dos recomendaciones de seguridad generalizables: inmunización segura, gestión segura de las muestras biológicas.

Los resultados alcanzados en el primer año de implementación de la estrategia indican que la hoja de ruta marcada nos acerca a nuestra meta: el camino de la excelencia.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 078

TÍTULO: MEJORA E INNOVACIÓN EN EL PROCESO PRÓTESIS DE RODILLA MEDIANTE LAS TÉCNICAS RAPID RECOVERY

AUTORES: GONZALEZ PEREZ, MARTA EVA (HOSPITAL EL BIERZO); NOVOA CORTIÑAS, M. (HOSPITAL EL BIERZO); ARIAS CUADRADO, A. (HOSPITAL EL BIERZO); RODRIGUEZ ALONSO, C. (HOSPITAL EL BIERZO); GARCIA-PAINO ROLLON, L. (HOSPITAL EL BIERZO); JUANES AMORES, F. (HOSPITAL EL BIERZO).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Las técnicas Rapid Recovery se basan en los principios de la cirugía Fast-Track y es esencial un tratamiento multimodal para una rápida recuperación. Estos procedimientos reducen el estrés de la cirugía mediante la implementación de cuidados perioperatorios y una buena gestión del dolor. Los cuidados se combinan con la implementación de un programa de rehabilitación acelerado que requiere una colaboración multidisciplinar y contempla, como parte esencial, la educación del paciente. Rapid Recovery es un programa de optimización de la vía clínica basado en la evidencia para conseguir una recuperación rápida con las mínimas complicaciones y la mayor satisfacción del paciente.

Objetivos: Estandarizar el proceso de prótesis de rodilla y disponer de una vía clínica integral del proceso. Disponer de información clara sobre resultados: estancia media, complicaciones, reingresos, transfusiones, satisfacción del paciente.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: La implantación del proceso se llevo a cabo en las siguientes etapas:

- Aplicación de la técnica del "Rapid Recovery" al proceso de prótesis de rodilla.
- Se establece el Mapa del proceso: descripción del proceso actual y del plan de cuidados
- Se Identifican las áreas de optimización
- Se crea un Comité ejecutivo multidisciplinar y grupos de trabajo
- Se establece el cronograma de implementación de rapid recovery
- Se Introducen las mejoras clínicas: Tratamiento multimodal del dolor con economizadores de opiáceos y uso de anestesia regional, Protocolos de Transfusión (política restrictiva) y fluidoterapia según las guías clínicas locales, evitar los drenajes, uso de ácido tranexámico, profilaxis de NVPO, y movilización precoz.
- El programa motiva a los pacientes y familiares mediante la Educación.

Resultados Conclusión: En general las cirugías han ido bien, buena valoración general y los pacientes se recuperan favorablemente.

En marzo de 2.014 se empezaron a aplicar las técnicas Rapid Recovery y desde entonces, se han atendido un total de 35 pacientes.

Se ha reducido la estancia media, cumpliendo los criterios específicos acordados, de 2 días sin aumento de reingresos por eventos tromboembólicos, dislocaciones o manipulaciones.

Mayor satisfacción del Paciente al alta gracias al Programa.

CONCLUSIÓN

Los pacientes intervenidos de prótesis de rodilla con las técnicas Rapid Recovery experimentaron un aumento en la calidad de vida, aumento de la satisfacción del paciente, disminuye la morbilidad y el dolor consiguiendo una recuperación funcional más rápida. Las estancias medias más cortas llevan a una mayor satisfacción en cuanto a la experiencia en el quirófano, personal sanitario, tratamiento del dolor, atención asistencial y al conjunto de la estancia hospitalaria estándar. También se consigue una mayor eficiencia ya que la aplicación de estas técnicas conlleva una mayor rotación de camas, con coste neutro en su implementación y el consecuente ahorro de costes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 080

TÍTULO: ROBOTIZACIÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN UN HOSPITAL

AUTORES: LAMELA PITEIRA, CARLOS JOSÉ (HOSPITAL VITAL ÁLVAREZ-BUYLLA); SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, A. I. (HOSPITAL VITAL ÁLVAREZ-BUYLLA); BREA CORRAL, J. M. (HOSPITAL VITAL ÁLVAREZ-BUYLLA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitarias (SDMDU) es un conjunto multidisciplinar de procesos que requiere la coordinación de todos los profesionales sanitarios de un hospital. Los pacientes ingresados reciben sus tratamientos farmacológicos gracias a una secuencia de actividades: prescripción médica, validación farmacéutica, preparación y dispensación de medicamentos en dosis unitarias desde el Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH), distribución a las unidades de enfermería, administración al paciente y devolución al SFH de las dosis no administradas. La complejidad de este sistema requiere muchos recursos para su funcionamiento y conlleva un riesgo de errores de medicación que pueden causar efectos adversos a los pacientes.

Objetivos: Mejorar la calidad y seguridad del SDMDU, conseguir la trazabilidad de las dispensaciones y una utilización más eficiente de los recursos del hospital.

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: La automatización de procesos fue el método elegido para alcanzar los objetivos. Sustituimos el software del SFH por otro más completo y eficiente, que integramos con la prescripción médica electrónica. Después implantamos un sistema robotizado para el llenado centralizado de los carros de medicamentos en dosis unitarias. Los cambios comenzaron en mayo de 2013 y finalizaron en mayo de 2014, coincidiendo con un traslado a otro centro sanitario. Las principales características del sistema robotizado son las siguientes: gestión de medicamentos y trazabilidad a través de códigos de barras, control de lotes de fabricación y fechas de caducidad, reacondicionamiento y preparación automatizada de dosis unitarias, revisión automatizada de las dosis preparadas, gestión de devoluciones, informes de actividad.

Resultados. Conclusión: La integración de la prescripción electrónica con el software del SFH permitió disminuir en casi tres horas diarias el tiempo medio necesario para validar las prescripciones, eliminando la posibilidad de errores de transcripción. El sistema robotizado dispensa diariamente una media de 1000 dosis unitarias, el 75% están reenvasadas (todas las formas farmacéuticas sólidas orales y la mayoría de las inyectables) y el 25% etiquetadas. Todas las unidades dispensadas están identificadas con el nombre del principio activo, dosis, forma farmacéutica, lote y caducidad, y van acompañadas de una etiqueta con los datos del paciente, de la unidad de hospitalización y los horarios de administración de todas las dosis, sirviendo de recordatorio para el personal de enfermería. Existe registro y trazabilidad completa de todas las dispensaciones en el software que gestiona el sistema robotizado. El SDMDU ha experimentado una notable mejoría en los procesos de validación y dispensación. Es necesaria la colaboración de Dirección Médica y de Enfermería para garantizar la calidad y seguridad en los procesos de prescripción y administración. Además deben solucionarse problemas técnicos e informáticos para conseguir una utilización más eficiente de los recursos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 081

TÍTULO: MEJORANDO A LOS PROFESIONALES MEJORAMOS LA ATENCIÓN AL CLIENTE

AUTORES: ABRIL BISBAL, LAURA (HOSPITAL PLATÓ); GARCIA DIAZ, M. C. (HOSPITAL PLATÓ); JOVER PRATS, A. (HOSPITAL PLATÓ); BARAHONA ORPINELL, M. (HOSPITAL PLATÓ); JOVER MORENO, A. (HOSPITAL PLATÓ)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Hospital Plató es un centro sanitario ubicado en Barcelona. A lo largo de sus 90 años de historia ha ejercido el papel de hospital general básico en una doble vertiente: dando asistencia a la sanidad pública y llevando a cabo actividad sanitaria mutual y privada .

Para alcanzar sus objetivos fundacionales (sostenibilidad social, económica y excelencia asistencial), HP desarrolla planes estratégicos con la finalidad de disponer de un marco de gestión global que impulse la mejora continua. En 2003 implantó como modelo de gestión de la calidad el modelo European Foundation Quality Management (EFQM) y como modelo de comportamiento ético la responsabilidad social, con la finalidad de propiciar un cambio organizativo y cultural en el que el profesional se visualizase como el eje principal de las políticas del Hospital, repercutiendo directamente sobre los resultados con el paciente. Ambos modelos se enfocaron a alinear a los profesionales de forma activa con los valores de la organización y con la forma de trabajar (que es lo que permite diferenciar a HP del resto de Hospitales), con la finalidad de mejorar su implicación, motivación y participación. A través de la implantación de los dos modelos se gestó una "manera de hacer propia" que buscaba, a través de la implantación de políticas y estrategias concretas centradas en los profesionales del Hospital, una forma más eficiente y responsable de trabajar, teniendo siempre el foco de atención en la mejora de la satisfacción de pacientes y familiares.

Objetivos: o Implicar a los profesionales a través de los valores empresariales, para mejorar la atención al cliente.

o Implantar políticas de responsabilidad social corporativa sobre los profesionales, que redunden en la mejora de la calidad asistencial y la calidad percibida por parte de los pacientes.

o Implantar en la organización la evaluación de las competencias a todos los profesionales para poder hacer acciones de mejora continua que repercutan en la atención al cliente.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: En el año 2003 HP define su primer Plan Estratégico, describiendo los valores que se mantendrán hasta la actualidad.

A la vez se implanta el modelo de calidad EFQM que entre otras cosas evalúa los resultados y acciones sobre los profesionales y clientes.

Desde la Responsabilidad Social Corporativa se realizan acciones sobre los profesionales para obtener mejores resultado asistenciales y de calidad percibida sobre los clientes.

Resultados Conclusión: Actualmente HP se encuentra en su cuarto plan estratégico (2015/2020). Su vocación por la excelencia ha sido reconocida con numerosos galardones europeos, destacando el máximo nivel de reconocimiento del modelo EFQM 500+, obtenido en 2011 y revalidado en 2013. Desde el año 2005, ha habido un aumento en el número de agradecimientos, pasando de 109 en dicho año a más de 500 en el año 2014.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 082

TÍTULO: DAR VALOR AL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO APLICANDO LA METODOLOGÍA LEAN

AUTORES: GONZALEZ PEREZ, MARTA EVA (HOSPITAL EL BIERZO); VAZQUEZ TROCHE, S. (HOSPITAL EL BIERZO); SMUCLER SIMONOVICH,A. (HOSPITAL EL BIERZO)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Se suele pensar que el trabajo de un hospital es creativo y siempre diferente y no se puede estandarizar pero sin embargo una gran parte del trabajo es rutinaria y repetitiva. La música también es una actividad creativa que incluye muchos estándares, como el lenguaje musical.

La estandarización Lean ha demostrado mejorar realmente la calidad, la productividad y la seguridad de los pacientes y profesionales, a la vez que permite utilizar menos recursos en la gestión de la salud.

Objetivos: General: Aplicar la metodología LEAN al proceso de prescripción, preparación y administración de quimioterapia intravenosa.

Específicos:

- Identificar tareas de valor: diagnóstico, tratamiento y cuidados
- Identificar tareas de no valor: defectos, sobreproducción, tiempos de espera, transporte...
- Eliminar sistemáticamente los "mudas" (desperdicios, tareas de no valor)

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El proceso de implantación de la metodología lean healthcare se ha desarrollado en las siguientes fases:

1. Se establece el mapa de flujo de valor del proceso oncohematológico para identificar los flujos de pacientes, profesionales, materiales, información... y se planifica el trabajo a realizar para alcanzar este diseño.
2. Se identifican las tareas que aportan valor al proceso: diagnóstico, tratamiento y cuidados
3. Identificación de las tareas que no aportan valor: defectos, sobreproducción, tiempos de espera, transporte...
4. Eliminación sistemática de los "mudas" (desperdicios, tareas de no valor)
5. Se fomenta el trabajo en equipo y el respeto por cada persona
6. Se van Introduciendo de forma sistemática mejoras en el sistema

Resultados Conclusión: Se han producido varias mejoras con la aplicación de la metodología Lean al proceso de prescripción, preparación y administración de la quimioterapia:

- Se ha reducido el tiempo de ciclo total.
- Mejorado el cumplimiento de la franja horaria de envío de órdenes de tratamiento para su preparación en campana
- Disminución de las interrupciones telefónicas: tríptico informativo para los pacientes.
- Mejorado el flujo de información clave de los pacientes.
- Mayor coordinación entre servicios al compartir la visualización de la agenda de pacientes de hospital de día.
- Mejorado la satisfacción de los trabajadores e incremento de la productividad del personal.
- Una de las mejoras priorizadas fue la puesta en marcha de la prescripción electrónica, lo que aumenta la seguridad en el paciente y minimiza los errores en la elaboración.

CONCLUSIÓN

La metodología lean healthcare ha logrado optimizar el proceso de prescripción, preparación y administración de medicación, llegando a agilizar la velocidad en algunas fases, lo que ha permitido mejorar la gestión de los recursos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 083

TÍTULO: GRADO DE SENSIBILIZACIÓN DE LOS PROFESIONALES ANTE LA HIGIENE DE MANOS EN TRES CENTROS HOSPITALARIOS

AUTORES: TORTAJADA MARTINEZ, SONIA (CENTRO MEDICO TEKNON); BARCIA VIEITES, D. (CENTRO MEDICO TEKNON); DE LA CRUZ SOLE, P. (DEXEUS); FARGUELL CARRERA, J. (QUIRON BARCELONA); GRANDE MUÑOZ, M. (DEXEUS); CERVERO ORFILA, A. (QUIRON BARCELONA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La Higiene de Manos a pesar de ser reconocida como la principal medida para prevenir las infecciones, sigue siendo un aspecto de la atención con gran recorrido de mejora entre los profesionales. A pesar de las múltiples campañas formativas así como mejoras en la accesibilidad gracias a la irrupción de las soluciones alcohólicas no se consiguen tasas elevadas de cumplimiento. Por todo ello nos planteamos en el marco del Día Mundial de la Higiene de Manos conocer el grado de sensibilización de los profesionales frente a este tema y las principales barreras que impiden la sostenibilidad de esta medida.

Objetivos: - Conocer el grado de sensibilización de los profesionales respecto a la Higiene de Manos
- Identificar las principales barreras que impiden el cumplimiento de la Higiene de Manos

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se realizó un cuestionario con 15 preguntas cerradas y una abierta, relacionadas con la práctica de la HM en los centros de Quirón Barcelona, Dexeus y Teknon. También se incluyeron 4 variables de datos generales. El cuestionario estaba dirigido a todos los profesionales.

Se repartieron los cuestionarios y se recogieron en el plazo de una semana. La cumplimentación del cuestionario era voluntaria y anónima.

Se trata pues de un estudio cuantitativo observacional descriptivo transversal con un muestreo aleatorio simple.

Los datos obtenidos se introducen en una hoja Excel y se realiza un análisis descriptivo univariado y bivariado, expresado con número de casos y porcentajes.

El porcentaje de respuesta obtenido, a pesar de ser un tema ampliamente tratado, fue elevado. La iniciativa aporta valor al poder trabajar este tema desde distintos centros.

Resultados Conclusión: En líneas generales los profesionales consideran la Higiene de Manos como una medida primordial en la práctica asistencial

Reconocen la necesidad de formación periódica a pesar de estar incluida en todos los planes de formación.

Destaca la elevada percepción que tienen los profesionales de realizar una técnica correcta y señalan la presión asistencial como principal obstáculo.

No se detecta como una práctica habitual la formación al paciente en la Higiene de Manos, no se ha incorporado al paciente ni a su familia como participantes de esta medida.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 084

TÍTULO: ANÁLISIS POST-IMPLANTACIÓN DEL CHECK-LIST DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA COMO OPORTUNIDAD DE MEJORA

AUTORES: GONZALEZ PEREZ, MARTA EVA. (HOSPITAL EL BIERZO); MEIJOME SANCHEZ, X. M. (HOSPITAL EL BIERZO); LOPEZ RELLAN, M. E. (HOSPITAL EL BIERZO)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Durante el año 2.014 el hospital se comprometió en la participación en el proyecto PaSQ para promover la mejora de la calidad y la seguridad del paciente en el ámbito sanitario con el objetivo de facilitar la implementación de prácticas seguras relacionadas con la seguridad en la práctica quirúrgica y el Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVQ).

Objetivos: Desplegar una cultura de seguridad en el área quirúrgica
Diseñar e Implantar el checklist quirúrgico en todas las cirugías
Analizar la utilización LVQ en nuestro Hospital: Complimentación según especialidad quirúrgica y Percepción de utilidad por los profesionales.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: En la planificación del proyecto se estableció:

- 1) El grupo líder del hospital del proyecto
- 2) Inicio de la implantación del listado en abril del 2.010. Se comenzó en el quirófano de ORL en forma de pilotaje y se realizaron varios cambios en el listado inicial, y posteriormente se fueron incluyendo el resto de servicios quirúrgicos de forma progresiva. Inicialmente estaba contemplado para la cirugía programada. Durante el 2014 se terminó la implantación del checklist abarcando el área cirugía de urgencias y la mayor parte de la cirugía ambulatoria.
- 3) Estrategia de implantación: antes de implantarlo en un servicio se organizan sesiones con el personal para darlo a conocer y sensibilizar a los profesionales que lo van a utilizar, se imparten sesiones formativas, se presenta el listado y se definen responsables.
- 4) Durante 2014 se monitorizó la cumplimentación de los items más relevantes de una muestra de 302 hojas de enfermería quirúrgica.
- 5) Para conocer la opinión de los profesionales se ha pasado la "Encuesta sobre el uso de la lista de comprobación quirúrgica" en el 2.010 y 2.014.

Resultados Conclusión: La implantación del listado se comenzó en abril del año 2.010. Se comenzó con la cirugía programada y durante el 2.014 se terminó la implantación del checklist abarcando el área de cirugía de urgencias y la mayor parte de la cirugía ambulatoria.

El listado está implantado en toda la actividad quirúrgica que se desarrolla por los servicios de: Cirugía general, traumatología, urología, ginecología- obstetricia, ORL, oftalmología y dermatología.

El porcentaje de cumplimentación correcta de los ítems fue de un 93%. El ítem con peores resultados de cumplimentación fue el de la vía y fluidos.

En cuanto a la valoración por los profesionales destacan su utilidad en la identificación de problemas y la evitabilidad de errores, un 95% recomendaría su uso, y como barreras destacan la falta de implicación de los miembros del equipo (80%).

CONCLUSIÓN

El apoyo institucional ha sido decisivo para conseguir buenos resultados. Es necesario continuar con medidas de soporte una vez logrado el resultado deseado.

Los datos de la encuesta, ponen de manifiesto su utilidad como herramienta que facilita la comunicación entre los profesionales aunque debemos insistir en reuniones de información, comunicación de resultados e implicación del personal.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 085

TÍTULO: MEJORA PERCIBIDA POR LOS PACIENTES TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROYECTO LEAN 6-SIGMA EN UN SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES: MORO AGUD, MARTA (HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ); RUIZ DE HOYOS, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ); DE SEBASTIÁN RUEDA, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ); SOBRINO JIMÉNEZ, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ); DÍEZ SEBASTIÁN, J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ); HERRERO AMBROSIO, A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Entre abril y diciembre 2014 se llevó a cabo un proyecto Lean 6-Sigma para rediseñar y optimizar el área de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos ante un incremento programado de la demanda asistencial. Para ello se reorganizó la estructura física, los recursos humanos y los procesos, a través de 22 acciones de mejora que abordaban aspectos: técnicos, estandarización, personal, monitorización, logística y comunicación.

Objetivos: Evaluar la mejora de la calidad percibida por los pacientes que acuden al Servicio de Farmacia tras la reorganización completa del proceso y la implantación de acciones de mejora concretas.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se diseñó una encuesta con 18 preguntas cerradas y una abierta. Se midió: tiempo de espera, agilidad en la dispensación, robot de dispensación como herramienta de seguridad, confidencialidad, información recibida en la consulta y satisfacción global. Se empleó una escala Likert con 5 opciones de respuesta, desde "muy insatisfecho" hasta "muy satisfecho". Los encuestados se clasificaron en 3 grupos según su antigüedad acudiendo al Servicio. Determinadas preguntas sólo se realizaron a aquellos que superaban los 3 ó 9 meses, según la fecha de implantación de las acciones. Se incluyeron preguntas multirrespuesta que proponían posibles causas de la mejora. Se validó el contenido con un grupo de 4 expertos y realizando un estudio piloto sobre una muestra de 30 usuarios, evaluando: comprensibilidad, escala de respuesta y tiempo de cumplimentación. La encuesta se realizó un año después del inicio del proyecto y se lanzó durante 2 semanas.

Resultados Conclusión: Participaron 138 pacientes. Un 65,9% de los encuestados llevaba acudiendo a recoger medicación más de 9 meses; un 26,1%, entre 3 y 9 meses; y un 8% tenía una antigüedad inferior a 3 meses. El 55,1% de los encuestados refirió esperar entre 5 y 15 minutos; un 22,5%, entre 15 y 30 minutos; un 13%, menos de 5 minutos; y un 9,4%, más de 30 minutos. De los usuarios que llevaban acudiendo más de 3 meses, un 51,3% consideraba que había mejorado en el último año. Un 88,4% se manifestaron satisfechos o muy satisfechos con la agilidad de la dispensación. El 50% de los que llevaba acudiendo más de 9 meses pensaba que había mejorado. El 77,9% de pacientes consideró que el robot mejoraba la seguridad de su medicación. Un 84,6% de los usuarios se mostró muy satisfecho o satisfecho en cuanto a la confidencialidad. El 26,1 % apreciaba mejoría en ello. Un 78,7% de los encuestados refirió estar muy satisfecho o satisfecho con la información recibida en las consultas. De los pacientes que llevaban acudiendo más de 9 meses, un 45,5% consideraba que había mejorado. La satisfacción global fue valorada positivamente por el 88,2% de pacientes. El 60% de los usuarios de más de 9 meses refirió que había mejorado. Concluimos que las acciones de mejora resultantes del proyecto Lean, además de haber supuesto una optimización importante a nivel interno, han sido claramente percibidas por los pacientes y con resultados muy favorables.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 086

TÍTULO: LA POLÍTICA DE CALIDAD AL SERVICIO DE LOS GRUPOS DE INTERÉS

AUTORES: CARPENA HERNÁNDEZ, ANA (INSTITUTO CATALÁN DE ONCOLOGIA); ASENSIO BLASCO, E. (INSTITUTO CATALÁN DE ONCOLOGIA); VIDAL MILLA, A. (INSTITUTO CATALÁN DE ONCOLOGIA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El plan estratégico de la institución define su misión, visión, valores y objetivos, a partir de los que se desarrollan las políticas corporativas y entre ellas, la de calidad. En la reflexión llevada a cabo con el plan estratégico, se evidencia la importancia de los grupos de interés y sus necesidades y se trabaja un nuevo modelo de relación con ellos que determinará las actuaciones de futuro de la entidad

Objetivos: Con estas premisas se plantea un nuevo modelo basado en un sistema integrado de gestión de la calidad, que se traduce en la necesidad de revisar la Política de Calidad, modificando su enfoque hacia una visión global y que sirva como instrumento para conseguir nuestros objetivos estratégicos

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Material: Plan estratégico, objetivos estratégicos, modelo de relación con los grupos de interés, política de calidad anterior y normativas aplicables

Métodos: Se revisa el nuevo modelo del sistema de gestión de la calidad identificando los cambios respecto del modelo anterior que tienen que estar alineados con las políticas institucionales. Se identifican las necesidades de los grupos de interés y de calidad de la institución. Se elabora una propuesta de Política de Calidad que se consensúa con estos grupos y que se aprueba por el Comité Directivo

Resultados Conclusión: Se parte de un modelo de microgestión de la calidad, donde los servicios definen objetivos y acciones a realizar en sus ámbitos, con una visión aislada y estrictamente clínica. La evolución de la institución fue a la par de la del modelo, donde el servicio de calidad comenzó a trabajar el alineamiento de objetivos y acciones para la integración total del sistema. Desde Calidad se define el marco estratégico sobre el que desplegar con los servicios los objetivos específicos de cada ámbito, siendo su función garantizar la coherencia con las líneas de trabajo marcadas por dirección. La nueva Política fija 2 objetivos generales aplicables a toda la institución: la mejora de la calidad del servicio sanitario y la mejora de la calidad en la gestión y se concretan en principios: Satisfacer las necesidades y expectativas de los grupos de interés, Velar por la adecuación de las capacidades profesionales de los trabajadores, Extender la cultura de calidad y satisfacción a la operativa de los profesionales, Cumplir con la normativa legal, acuerdos, convenios y políticas institucionales, Trabajar en base a la evidencia científica, conocimiento adquirido y consensuado y a las buenas prácticas identificadas, Evaluar los procesos, detectando puntos críticos y áreas de mejora.

Disponer del marco de una política de calidad global dota al sistema de la robustez necesaria para incorporarlo en los procesos de nuestros grupos de interés. El respaldo de la política de calidad por el equipo directivo, se evidencia en sus decisiones y se reconoce en la manera de definir y trabajar los procesos. Para que la cultura de calidad esté presente en la operativa de los profesionales, hace falta que ésta forme parte de la estrategia corporativa

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 090

TÍTULO: ¿ESTÁN SATISFECHOS LOS CUIDADORES PRINCIPALES DE LOS PACIENTES TERMINALES CON EL EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS?

AUTORES: CUADRA ROMERO, RICARDO (EQUIPO DE APOYO DE CUIDADOS PALIATIVOS. AREA VII-MIERES); POTEMKIN MEDVESKY, A. (HOSPITAL DE JARRIO); DIEZ ESTEBAN, M. A. (HOSPITAL DE JARRIO); GUTIERREZ MARTINEZ, M. (HOSPITAL DE JARRIO); MONTEAGUDO MORALES, D. J. (HOSPITAL DE JARRIO); DE DIOS DEL VALLE, R. (HOSPITAL DE JARRIO).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La asistencia en las fases finales de la vida no sólo incluye al propio paciente sino que debe incorporar a la familia, conocer la satisfacción y la opinión de los cuidadores se nos antoja como esencial para orientar el desarrollo de los servicios que prestan los Equipos de Cuidados Paliativos (EACP).

Objetivos: Evaluar el grado de satisfacción de los cuidadores principales con el trabajo del EACP.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo. 120 pacientes atendidos por EACP y fallecidos en 2014 y sus cuidadores principales. Encuesta de satisfacción anónima y autoadministrada. Análisis estadístico: variables cuantitativas con media y desviación estándar y cualitativas con distribución porcentual de frecuencias. Análisis bivariante: t-Student, ANOVA, Correlación de Pearson y Spearman. Se define un nivel de significación estadística del 5%.

Resultados Conclusión: 120 pacientes. 78,2% presenta patología oncológica, predominando cáncer de colon. 85,7% fueron derivados por el médico de Atención Primaria(AP). El 44,5% de los pacientes no tenía información sobre el diagnóstico, y un 78,2%(IC95%: 70.3-85.9) tampoco sobre el pronóstico. 59,7% de los pacientes presentaba dolor en la primera visita. 68.1% de los pacientes no tenía pautado tratamiento de 3º escalón para el dolor. 75,6% fallecieron en el domicilio. Tasa de respuesta de la encuesta: 74,1%. 81,8% de los cuidadores eran mujeres. Edad media: 58 años. Conocían el EACP a través del médico de AP el 47.7%. La satisfacción general media: 9,41/10. Las dimensiones más valoradas: la información aportada (52,9% dicen que mucha), seguida por la accesibilidad (68.9% consideran que no había ninguna dificultad para contactar). El área a mejorar fue la coordinación (5% considera que había poca coordinación entre recursos sanitarios). La característica más valoradas por los cuidadores fue generar tranquilidad (84,1%). Se observan diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción global del cuidador en función del lugar de fallecimiento del paciente, siendo superior en los cuidadores de pacientes que fallecieron en domicilio frente a los fallecidos en hospital (p:0,008). La satisfacción del cuidador es también superior en los casos en los que el paciente no conocía el diagnóstico ni el pronóstico frente a aquellos casos en los que lo conocían, aunque no arrojan diferencias significativas.

Conclusión: El grado de satisfacción de los cuidadores principales con el EACP es muy alto, encontrando como área a mejorar la coordinación entre los diferentes recursos sanitarios. La característica más valorada por las familias ha sido la capacidad de generar tranquilidad. La única variable que hemos encontrado que se relaciona de forma significativa con la satisfacción ha sido el lugar de fallecimiento, siendo superior en los casos en los que el paciente fallece en el domicilio.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 091

TÍTULO: LAS RONDAS DE SEGURIDAD SON HERRAMIENTAS EFECTIVAS EN LA GESTIÓN DE RIESGOS.

AUTORES: OLEAGA, JAVIER (CLÍNICA ERCILLA. MUTUALIA); ULIBARRENA SÁINZ, M. A. (CLÍNICA ERCILLA. MUTUALIA); ARAUJO CAMAÑO, K. (CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA. MUTUALIA); ECHENAGUSIA CAPELASTEGUI, V. (DIRECCIÓN ASISTENCIAL. MUTUALIA); SEDANO MARTINEZ, A. (CLÍNICA ERCILLA. MUTUALIA); SAINZ DE VICUÑA BRAVO, L. (MUTUALIA. CAMINO).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Las Rondas de Seguridad (RS) son visitas periódicas de verificación de que se cumplen las normas y protocolos establecidos para mejorar la seguridad de pacientes, en las diferentes áreas asistenciales de la organización. Son herramientas que permiten evaluar el grado de implantación de las diferentes medidas, así como la implicación de los profesionales.

Objetivos: Son describir el proceso de implantación de las RS dentro de nuestra organización y conocer las opiniones de los participantes sobre la herramienta utilizada así como los hallazgos más relevantes.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Elegimos las dos clínicas de nuestra organización y 3 de los 13 centros de A. Primaria. Las áreas visitadas fueron urgencias, consultas, quirófanos, radiología y rehabilitación. La visita fue realizada por un miembro de la Unidad de Gestión de Riesgos (UGR) y un responsable sanitario. Se utilizó una hoja de registro diseñada al efecto que contenía diferentes ítems según el área: urgencias 10 ítems, hospitalización 13 ítems, radiología 8, quirófano y rehabilitación 17 ítems. Los miembros de la UGR cumplimentaban dicha hoja junto con los profesionales sanitarios visitados y al finalizar la RS se debatían los resultados e impresiones así como las propuestas de mejora que también se reflejaban en el informe final. Posteriormente los resultados de cada RS se difundieron a través de los responsables de los servicios, de la intranet y en sesión clínica.

Resultados Conclusión: El análisis de las distintas visitas arrojan un resultado de 3 no conformidades (NC) y 4 observaciones. Las NC fueron:

- 1- En varios centros y servicios se detecta desconocimiento de la forma de notificar eventos adversos, así como sobre la manera de consultar los informes resultantes de dichos eventos.
- 2- No se han implantado algunas acciones recogidas en los planes de tratamiento de riesgos.
- 3- En dos ocasiones se detecta la falta de cumplimiento de las normas sobre higiene de manos tras atender a un paciente.

Por lo demás se aprecia un alto grado de cumplimiento de las directrices que afectan a la seguridad de pacientes.

Entendemos que la herramienta ofrece una buena metodología y da respuesta a las necesidades planteadas. Permite detectar problemas metodológicos, de implantación o de difusión de la información y sobre todo establecer medidas de mejora.

El compromiso de liderazgo por parte de las personas de UGR sensibilizó al resto de los profesionales haciéndoles ver la importancia de la evaluación de la SP en el área. Se valoró así la necesidad de llevar a cabo la actividad.

En general, las opiniones de los participantes fueron positivas. Los resultados se entendían como un camino hacia la mejora de la asistencia sanitaria, la comunicación y la toma de decisiones en consenso.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 092

TÍTULO: LA DOCENCIA ES SEGURIDAD DE PACIENTES EN LA FACULTAD DE MEDICINA. EL CURRÍCULUM DE LA OMS SOBRE SEGURIDAD DE PACIENTES

AUTORES: ULIBARRENA SAINZ, M. A. (UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO. DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA, RADIOLOGÍA Y MEDICINA FÍSICA. FACULTAD DE MEDICINA); GARCÍA-ALONSO MONTOYA, I. (UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO. DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA, RADIOLOGÍA Y MEDICINA FÍSICA); HERRERO DE LA PARTE, B. (UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO. DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA, RADIOLOGÍA Y MEDICINA FÍSICA); URRUTIA GARCÍA, S. (CLÍNICA ERCILLA. MUTUALIA); OLEAGA GOYA, J. (CLÍNICA ERCILLA. MUTUALIA); ECHENAGUSIA CAPELASTEGUI, V. (MUTUALIA. DIRECCIÓN ASISTENCIAL).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: : uno de los pilares para que una organización progrese en seguridad de pacientes es que los profesionales integren la cultura de seguridad en su quehacer diario, mejorando sus prácticas y reduciendo de esta manera los errores. Para fortalecer la cultura de seguridad, la OMS propone incluir esta formación en las facultades de Medicina y para ello ha elaborado la Guía Curricular en Seguridad de Pacientes. En la Universidad del País Vasco, hemos integrado sus contenidos dentro de la docencia en la asignatura optativa de tercero de Medicina: Cuidados Intensivos y Perioperatorios, del Departamento de Cirugía. En concreto se dedican 7 clases teóricas y 4 seminarios.

Objetivos: Evaluar el grado de conocimiento sobre la seguridad de pacientes, que tienen los alumnos de primer ciclo de Medicina y describir los resultados obtenidos sobre conceptos básicos de seguridad de paciente a través de la docencia basada en la guía de la OMS.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: A los alumnos inscritos en la asignatura optativa, se les pasa un cuestionario voluntario, el primer día de clase, en que se les pregunta sobre conceptos básicos de seguridad de pacientes, a través de 7 preguntas que exploran áreas como la terminología, el tipo de cultura de seguridad (basada en el error individual o en el sistema) y factores que facilitan el error.

En la última de las clases, realizan de nuevo el mismo cuestionario.

Resultados Conclusión: Del total de 56 alumnos, contestaron 39 el cuestionario pre-curso y 34 el post-curso. Los resultados muestran una nota media inicial de 7.58 frente a 8.27 en la evaluación final o post-curso. El porcentaje de alumnos que responden correctamente a cada pregunta es:

1ª: 92/85%, 2ª: 95/100%, 3ª: 28/82%, 4ª: 77/100%, 5ª: 82/100%, 6ª: 92/100% y 7ª: 63/21%.

Los resultados muestran un buen nivel de conocimientos previos en SP por parte de los alumnos, que no obstante mejoran con la docencia. Esta mejoría se ve sobre todo en las preguntas sobre el enfoque de sistema frente al individual, en la SP.

Los resultados se ven lastrados por un empeoramiento significativo en la pregunta 7, que habla de factores facilitadores del error, lo que nos hace pensar que ésta no ha sido bien entendida, quizás por ser una pregunta de las que hay que encontrar la respuesta negativa.

También creemos que para futuras ediciones, será interesante ampliar el número de preguntas y los aspectos evaluados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 093

TÍTULO: OPTIMIZACIÓN DE LA SEGURIDAD, CALIDAD, EFICIENCIA Y DISMINUCIÓN DE COSTES MEDIANTE SEGUIMIENTO TELEMÁTICO DE MARCAPASOS

AUTORES: SILVESTRE GARCIA, JORGE (HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ); AL RAZO, O. (HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ); GONZALEZ VILLEGAS, E. (HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ); BLAZQUEZ GONZALEZ, J. A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ); MESA GARCIA, J. M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Entre los años 2003 y 2007, realizábamos 3500 seguimientos/año en la consulta de seguimiento (CSP) de marcapasos (MP). La población con MP aumentaba progresivamente y la infraestructura de la CSP no era modificable. Inicialmente se revisaba al paciente (P) cada seis meses; en 2007 se revisaban cada 12-16 meses. Los MP permitían este intervalo de seguimiento, pero la seguridad y riesgos eran límites. Ello nos movió a optimizar y actualizar los recursos con la telemática aplicada a la medicina: El Seguimiento Remoto Domiciliario (SR)

Objetivos: Facilitar la detección precoz de eventos adversos, reducción del riesgo de eventos críticos, control de medicación, reducción de hospitalizaciones, accidentes cerebrovasculares y visitas a urgencias. Mejora de la calidad de vida y aumento de supervivencia. Aumento de la seguridad y duración de la vida útil del MP. Mejorar la gestión de recursos y su rentabilidad.

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Iniciamos el SR en 2008. Al P se le entrega un monitor que, diariamente, interroga el MP y transmite los datos recogidos, vía telefonía móvil o fija, a una central de datos europea. En la CSP inicial se establecen los umbrales de alerta para el MP; las alertas se clasifican según grado de emergencia y se comunican a la Unidad de SR vía fax, e-mail o SMS. La enfermera y médico del SR revisan la web del sistema para, en caso necesario, citar al P a la CSP.

Anualmente se envía un informe completo al P, parámetros y estadísticas de funcionamiento, como en la CSP.

Resultados. Conclusión: Experiencia actual de SR: siete años con 2487 P. Utilizamos el Tipo 3 de SR en el que se anulan todas las visitas presenciales.

Analizamos 2200 P con SR entre marzo de 2008 y noviembre 2014.

Se realizó una Encuesta de Satisfacción a 50 P: grado de satisfacción del 99,8%.

La alerta por arritmias, fibrilación auricular (FA) y taquicardia auricular, fue la más frecuente en 396 P (18%); se diagnosticó precozmente la aparición de una FA de reciente comienzo en 66 de ellos (22%).

Hubo 37 alertas por disfunción del cable, diagnosticando 17 casos de desplazamiento del cable y uno con rotura. Todos diagnosticados precozmente antes del tercer día del evento. Los P fueron citados a CSP e intervenidos quirúrgicamente para sustitución del cable disfuncionante.

Reducción de la carga asistencial en la CSP del 46% a los cuatro años de iniciar el SR (actualmente 63%), lo que supone revisar en la CSP solo a P con problemas, de mayor complejidad y que requieren mayor tiempo de dedicación.

En 2014, el SR supuso un ahorro estimado en 284.905 año (76%).

Concluimos que el SR es una tecnología actual, factible y fiable; importante en el diagnóstico y tratamiento precoz de disfunciones y arritmias; disminuye significativamente la carga asistencial y permite gestionar el tiempo de dedicación.

Todo esto redundará en aspectos esenciales que han de ocupar un lugar preeminente en futuros sistemas sanitarios: SEGURIDAD, CALIDAD, EFICIENCIA Y DISMINUCIÓN DE COSTES.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 094

TÍTULO: EL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS: ¿QUÉ INFORMACIÓN NOS OFRECE?

AUTORES: ULIBARRENA SAINZ, MIGUEL ANGEL (CLÍNICA ERCILLA. MUTUALIA); LLEDO VICENTE, P. (CLÍNICA ERCILLA.MUTUALIA); AGUIRRE ZUBILLAGA; I. M. (MUTUALIA ALAVA); SAINZ DE VICUÑA BRAVO, L. (MUTUALIA. CAMINO); OLEA GOIRI, G. (CLÍNICA ERCILLA. MUTUALIA); ETXABE LASKIBAR, N. (CLINICA PAKEA. MUTUALIA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los sistemas de notificación constituyen una importante herramienta de mejora en la seguridad de pacientes en toda organización sanitaria, ya que aportan información cualitativa que permite su análisis y establecer medidas barrera.

Objetivos: analizar los eventos notificados en nuestro sistema, de modo que obtengamos información sobre los tipos de eventos, el área donde se producen, las acciones correctivas implantadas y su eficacia para prevenir nuevos errores.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Nuestra organización cuenta con 2 centros hospitalarios y 14 centros de atención primaria y al tratarse de una mutua colaboradora de la S. Social, la patología que atendemos es fundamentalmente traumatológica y oftalmológica. Evaluamos los eventos notificados en el sistema, que se implantó hace 2 años que es de notificación anónima y voluntaria. Si bien fue inicialmente pensado para notificar sólo incidentes, posteriormente la realidad es que también se han comunicado efectos adversos e incluso algunos del tipo centinela. Todos ellos fueron analizados de forma individual por un equipo de expertos en S. de Pacientes, cuando fueron notificados, implementando medidas barrera, que se notificaron a toda la organización, favoreciendo así el feed-back.

Resultados Conclusión: En este período hubo 87 notificaciones, si bien la C. Permanente de la UGR desechó 13, de modo que analizamos 74 notificaciones válidas. De ellos 39 cursaron con daño para el paciente y 35 sin él. Las áreas asistenciales donde ocurrieron fueron: urgencias 8, Quirófano 9, consultas 23, diagnóstico por imagen 5, hospitalización 10, rehabilitación-fisioterapia 15 y admisión-documentación clínica 4.

De ellos 9 fueron eventos considerados centinela en nuestra organización. Tras el análisis se implantaron medidas barrera, con una media de 2.6 por cada evento notificado. El análisis a fecha de hoy considera que en todas las notificaciones las medidas han sido eficaces excepto en 5 de ellas, debido a que precisaban de inversiones o de desarrollo informático, que no ha podido implantarse completamente a fecha actual.

En conclusión, consideramos que nuestro sistema de notificación forma parte del quehacer clínico diario de nuestros y nuestras profesionales, demostrado por la variedad de tipo de eventos y de áreas donde han ocurrido. Nos proporciona una información muy rica, que una vez analizada tiene dos consecuencias muy importantes: sirve para el diseño de medidas barrera, habitualmente modificando las sistemáticas de actuación, y su puesta en práctica retroalimenta la cultura de seguridad e implicación de las personas de la organización.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 096

TÍTULO: PROCESOS ASISTENCIALES-INTEGRANDO AL PACIENTE

AUTORES: GARCIA-CEPEDA, MARIA BEGOÑA (S.X.DE ATENCION AL CIUDADANO Y CALIDAD-SERVICIO GALLEGO DE SALUD); MARTIN-RODRIGUEZ, M. D. (S.X.DE ATENCION AL CIUDADANO Y CALIDAD-SERVICIO GALLEGO DE SALUD); RODRIGUEZ PEREZ, B. (S.X.DE ATENCION AL CIUDADANO Y CALIDAD-SERVICIO GALLEGO DE SALUD); SOBRAL-FERNANDEZ, Y. (S.X.DE ATENCION AL CIUDADANO Y CALIDAD-SERVICIO GALLEGO DE SALUD); FIUZA-BARREIRO, B. (S.X.DE ATENCION AL CIUDADANO Y CALIDAD-SERVICIO GALLEGO DE SALUD); PAIS-IGLESIAS, B. (S.X.DE ATENCION AL CIUDADANO Y CALIDAD-SERVICIO GALLEGO DE SALUD).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En los principios establecidos en la Estrategia SERGAS 2014 se recoge el establecer un modelo sanitario centrado en el ciudadano y en los pacientes, que se caracterice por una gestión integrada de los procesos.

En el Servicio Gallego de Salud se está avanzando en el desarrollo de Procesos Asistenciales Integrados (PAI) para las patologías crónicas mas prevalentes y que forman parte del Plan de Prioridades Sanitarias de la organización.(Diabetes, EPOC, Cáncer.....)

En este escenario se hace necesario el incluir la formación de los pacientes en las actividades definidas en los PAI así como orientar los talleres de formación desarrollados por la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos , a los objetivos de los mismos .

Objetivos: Diseñar y poner en marcha desde la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos, actividades de formación para pacientes de las patologías objeto de los PAI

Formar pacientes competentes en el cuidado de su salud facilitándole información y formación de forma clara , precisa y suficiente para que participen en los procesos de atención y la toma de decisiones .

Desarrollar las herramientas necesarias para que el paciente pueda gestionar los síntomas de su enfermedad y conseguir una mejor calidad de vida en colaboración con los profesionales sanitarios.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se constituyen grupos trabajo multidisciplinares para el desarrollo de las herramientas de formación adecuadas a cada patología.

Los programas y materiales diseñados y elaborados para las actividades se someten al consenso revisión y validación de los grupos.

Las actividades incluyen necesariamente indicadores de calidad (cuestionarios de satisfacción y de transferencia de conocimientos)

Se programan y llevan a cabo actividades de formación en Diabetes, EPOC , Cáncer de mama y próstata, a través de La Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos .

Se pone en marcha el programa específico de Paciente Competente en Diabetes que consta de cuatro sesiones de cuatro horas para formar a pacientes en autocuidados con formato de formación entre pares.

Resultados Conclusión: La formación para pacientes se recoge como actividad a desarrollar en los PAI de Diabetes, EPOC y Cáncer de mama .

Las actividades realizadas en relación con los PAI durante 2013-2014 son:

Programa Paciente Competente en Diabetes.-3 ediciones en las que se han formado 40 pacientes

Formación en diabetes .- 8 talleres en el que han participado 150 alumnos.

Cáncer de Próstata .- 1 taller en el que ha participado 23 alumnos

Cáncer de mama.- 3 talleres en los que han participado 68 alumnos

Cursos online:

Se ha elaborado un curso online sobre dolor para pacientes y un curso online sobre Terapia inhalatoria disponibles a través de la web de la Escuela Gallega de salud para Ciudadanos www.sergas.es/escolasaude

Está en fase de producción un taller online sobre cáncer de mama.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 097

TÍTULO: IMPACTO DE LA RED DE AUDITORES INTERNOS DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL SERGAS

AUTORES: MARTÍN RODRÍGUEZ, M^a DOLORES (SERVICIO GALLEGO DE SALUD. SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN AL CIUDADANO Y CALIDAD); RODRÍGUEZ PÉREZ, B. (SERVICIO GALLEGO DE SALUD. SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN AL CIUDADANO Y CALIDAD); PAIS IGLESIAS, B. (SERVICIO GALLEGO DE SALUD. SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN AL CIUDADANO Y CALIDAD); GARCÍA CEPEDA, B. (SERVICIO GALLEGO DE SALUD. SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN AL CIUDADANO Y CALIDAD); FIUZA BARREIRO, B. (SERVICIO GALLEGO DE SALUD. SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN AL CIUDADANO Y CALIDAD); SOBRAL FERNÁNDEZ, Y. (SERVICIO GALLEGO DE SALUD. SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN AL CIUDADANO Y CALIDAD)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El Decreto 43/2013, de 21 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Gallego de Salud, regula en su artículo 7 la función de la Subdirección General de Atención al Ciudadano y Calidad que contempla la implantación y gestión de un sistema de evaluadores internos de sistemas de gestión de la calidad.

Objetivos: Evaluar el impacto de la Red de Auditores internos de sistemas de gestión de la calidad y seguridad del Servicio Gallego de Salud un año después de su creación.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo retrospectivo de actividad de la red de auditores internos desde su creación (13/05/2014) hasta el 12/05/2015. Analizamos las siguientes variables:

Documentación elaborada para la gestión de la red.

Nº auditores inscritos en la red.

Nº auditorías y distribución por Sistema de Gestión auditado/Norma de referencia para auditoría.

Jornadas de trabajo empleadas.

Nº de auditores participantes.

Nº de observadores participantes.

Alumnos formados en sistemas de gestión de la calidad ISO 9001, ambiental ISO 14001, Gestión de riesgos para la seguridad del paciente UNE 179003.

Estimación de costes evitados para el SERGAS

Resultados Conclusión: Elaboración y publicación de documentos de apoyo para el correcto funcionamiento de la red: Guía de actuación de los auditores, instrucciones técnicas para la solicitud e inclusión en la red, solicitud de auditorías internas, gestión y evaluación de la red.

Se impartieron en 2013 un curso básico (39 alumnos) y uno de Auditor Norma UNE 179003 (18 alumnos); un curso ISO 9001 básico (38 alumnos) y uno Auditor (25 alumnos); un curso ISO 14001 básico (46 alumnos) y uno Auditor (16 alumnos).

Número de auditores inscritos en la Red 10.

30 auditorías internas realizadas hasta 12/05/2015 (21 auditorías Sistemas Gestión Calidad Norma ISO 9001, 3 Auditorías de Sistemas de Gestión Ambiental Norma ISO 14001, 5 auditorías de Sistemas de Gestión de Riesgos Norma UNE 179003 y 1 ISO 15189) en 35 jornadas de trabajo, con la participación de 42 auditores observadores y un coste evitado estimado para el SERGAS de 28.700 euros.

Aprendizaje y experiencia de los profesionales del SERGAS que integran los equipos auditores (2 personas por auditoría).

Reconocimiento en las auditorías externas, como fortaleza, de las auditorías internas realizadas.

El SERGAS dispone de herramientas (guías e instrucciones) que permiten homogeneizar la metodología y resultados de las auditorías, favoreciendo una utilización eficiente de los recursos disponibles para la auditoría, evitando costes al sistema, y mejorando la gestión del conocimiento.

Es necesario seguir trabajando para incrementar el número de profesionales inscritos en la red.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 098

TÍTULO: MEJORA DE UN INDICADOR DE CALIDAD OBSTÉTRICO MEDIANTE UNA NUEVA HERRAMIENTA

AUTORES: ACOSTA DIEZ, JUAN (HOSPITAL GENERAL DE CATALUNYA); OLIETE PÉREZ, S. (HOSPITAL GENERAL DE CATALUÑA. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El índice de cesáreas (IC) ha sido considerado siempre un marcador de calidad obstétrico fundamental. Sin embargo, su análisis está sujeto a variaciones poblacionales o clínicas que hacen difícil establecer comparaciones entre diferentes unidades.

En 2001, M. Robson creó un sistema de clasificación en Diez Grupos (TGCS) que se caracterizaban por ser totalmente incluyentes y mutuamente exclusivos.

Objetivos: En este trabajo analizamos la utilidad del TGCS no sólo para poder analizar y comparar las cesáreas sino también para mejorar la calidad de la recogida de la información.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se analizó la información obstétrica de un período de dos años clasificando los partos según los parámetros establecidos en la TGCS. Una vez obtenido el panel, se estudiaron las características de la población y la contribución de cada grupo al índice global de cesáreas. Tras detectar posibles contradicciones, se procedió a un análisis exhaustivo de posibles errores en la recogida de información y se elaboró una tabla definitiva comparando los nuevos valores obtenidos con la anterior.

Resultados Conclusión: Se seleccionaron 4444 partos cuya información estaba registrada por los médicos en el sistema informático del hospital. Combinando los conceptos Categoría Obstétrica, Inicio del Parto, Historia Previa y Duración del embarazo, se obtuvo una primera tabla.

En contra de lo observado en las publicaciones existentes, el Grupo 1 fue el que tuvo mayor contribución al índice global de cesáreas, seguido del 2 y del 5. Llama la atención el elevado porcentaje de cesáreas de los grupos 3 y 4 formados por mujeres multíparas sin cesárea previa. Tras proceder a un contraste de los parámetros introducidos por los ginecólogos, se detectaron errores de asignación del Grupo 1 a los Grupos 2 y 5; del Grupo 2 al Grupo 5; del Grupo 3 a los Grupos 4 y al 5 y del Grupo 4 al Grupo 5.

Corrigiendo un total de 416 (9,3%) errores de asignación, se diseñó una nueva tabla. De manera coherente con lo esperado en la literatura, los Grupos 2 y 5 tienen un mayor peso en la tasa de cesáreas a costa de haber equilibrado el peso relativo de los Grupos 1 y 3 fundamentalmente. También se observa que los porcentajes de cesáreas en multíparas se encuentran más cercanos a la normalidad.

CONCLUSIONES

Los errores en la introducción de datos clínicos son muy habituales y afectan a la calidad de la información. Es fundamental que la recogida de los datos sea rigurosa de cara a poder asignar correctamente las pacientes a sus grupos. Mediante la revisión de la tabla de TGCS, se pueden detectar fácilmente incoherencias entre los grupos que orienten en la detección de estos errores. Por ello y por estar recomendado por las autoridades sanitarias, consideramos imprescindible que todas las Maternidades españolas adopten este sencillo método de clasificación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 099

TÍTULO: ESTANDARES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO (PCC)

AUTORES: CAMPS SALAT, RAIMON (HOSPITAL PLATO); PUIG VILAMALA, T. (HOSPITAL PLATO); CASARES ROMEVA, M. (HOSPITAL PLATO); GARCIA DIAZ, MC. (HOSPITAL PLATO); MONTORI PALACIN, E. (HOSPITAL PLATO); MARTINEZ OLONDRIS, P. (HOSPITAL PLATO).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La atención a la enfermedad crónica y, dentro de ella, la atención al paciente crónico complejo (PCC), es uno de los principales retos para nuestro sistema de salud. El "Pla de Salut de Catalunya 2011-2015" establece un nuevo modelo para la prevención y la atención a la enfermedad crónica, basado en una mejor detección de los pacientes y en un modelo de atención transversal y multidisciplinar. En el caso de los pacientes PCC que requieren ingreso hospitalario se han definido "a priori" unos estándares de calidad y unos resultados en salud para dichos pacientes. Después de un año desde el inicio del programa en nuestro centro, nos ha parecido importante valorar dichos estándares y resultados, siguiendo un modelo de autoevaluación.

Objetivos: 1. Valorar los estándares de calidad durante el ingreso hospitalario de los pacientes que cumplen criterios de PCC, con la finalidad de monitorizar la atención hospitalaria y comprobar si se alcanzan los niveles preestablecidos.

2. Verificar si se cumplen unos buenos resultados de salud, en relación a los definidos por el Programa de prevención y atención a la cronicidad del "Pla de Salut de Catalunya 2011-2015"

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Periodo de estudio: 1 de mayo de 2014 a 30 de abril de 2015.

Método: Se recogieron los datos a partir de la reunión multidisciplinar diaria de seguimiento de los pacientes. Se han realizado y registrado los siguientes estándares de calidad de la atención: Valoración geriátrica (VG), definición de la Intensidad Asistencial (IA), adecuación de catéter vesical (ACV), adecuación de vía venosa (AVV), prevención de estreñimiento (PE), revisión diaria de tratamiento por farmacéutico (RF), conciliación de medicación al alta (CM) y prevención de úlceras por presión (PUPP).

Como valoración de resultados de salud se han registrado: Estancia media (EM), tasa de reingresos a 30 días (TR) y destino al alta, diferenciándose este entre retorno a domicilio o residencia como recurso previo (RDP), traslado a centro sociosanitario (SS), o éxitus (E).

Resultados. Conclusión: Durante el periodo se atendieron 421 pacientes PCC con una edad media de 84.91 años (DE 8,97). 56 % eran mujeres.

Estándares de calidad alcanzados: VG 91%, IA 81%, ACV 87%, AVV 87%, PE 91%, RF 99%, CM 51%, PUPP 93%, superiores en la mayoría de los ítems a los que nos habíamos propuesto
Resultados de salud: EM 7.78 días (objetivo < 12 días), TR 8.31 (ST >20%), RDP 68% (ST 70-80%), SS 11% (ST < 15%), Éxitus 10.96% (ST < 10%).

Conclusión: la atención hospitalaria multidisciplinar de los pacientes PCC, con unos objetivos de calidad de la atención definidos y registrados, contribuye a la mejora de su atención, cumpliéndose la mayor parte de los resultados de salud definidos previamente. El objetivo de mortalidad deberá ser revalorado en función de la evolución del Programa.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 100

TÍTULO: MODELO DE ATENCIÓN AL SÍNDROME DE SENSIBILIDAD CENTRAL. ACREDITACIÓN DE LAS UNIDADES EXPERTAS

AUTORES: ARBUSÀ GUSI, I. (DEPARTAMENT DE SALUT DE CATALUNYA); DAVINS MIRALLES, J. (DEPARTAMENT DE SALUT DE CATALUNYA); LLAVAYOL GIRALT, M. (SERVEI CATALÀ DE LA SALUT); CONSTANTE BEITIA, C. (DEPARTAMENT DE SALUT DE CATALUNYA); VALLÈS NAVARRO, R. (DEPARTAMENT DE SALUT DE CATALUNYA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El modelo de atención al SSC en Catalunya se ha desarrollado de forma poco homogénea y con una satisfacción de las personas afectadas de alta variabilidad. Las causas son múltiples y se centran en las características propias de los pacientes, el carácter inespecífico de la sintomatología, la dificultad de realizar un diagnóstico clínico, la falta de sensibilidad de profesionales y del entorno socio-familiar y laboral y la dificultad en la evaluación de resultados. Estos factores han motivado que el Departament de Salut iniciará un proceso de redefinición del modelo de atención y estableciera la sistemática de evaluación de las Unidades Expertas (UE)

Objetivos: Principal: Mejorar la atención de los pacientes afectados.

Secundarios: Sensibilizar a profesionales y población. Formar específicamente a profesionales de atención primaria. Establecer las funciones, competencias y criterios de derivación entre los niveles asistenciales. Formulación de los indicadores de evaluación y establecer los estándares para acreditar las UE.

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Se inició bajo metodología Delphi dos rondas de cuestionarios en el que participaron 39 profesionales de diferentes disciplinas implicadas y pacientes. El resultado del Delphi permitió identificar los puntos claves de mejora así como las concordancias o discordancias entre aspectos relevantes de la asistencia. Posteriormente se creó un grupo de trabajo constituido por 6 profesionales expertos, consensuados con las Asociaciones de Pacientes y por representantes del Departament y el Servei Català de la Salut. Este grupo se reunió en 6 ocasiones y bajo el análisis de propuestas previamente presentadas fueron definiendo las competencias, funciones y criterios de derivación entre niveles asistenciales, los indicadores de evaluación a aplicar, los estándares de calidad para la acreditación de las UE y los contenidos formativos a desarrollar a nivel de atención primaria. Las decisiones se tomaron por consenso. Se diseñó junto a las asociaciones de pacientes la campaña de sensibilización poblacional.

Resultados. Conclusión: Se han definido las funciones competencias y criterios de derivación a las UE. Se han establecido 67 indicadores de estructura, proceso y resultado (22 para atención primaria y 45 para las UE).

Utilizando el esquema de 9 criterios establecido en el modelo EFQM se han definido 22 estándares de acreditación para las UE. de ellos el 50% son 'sine qua non' y deben cumplirse en puntuaciones de 3/4 o 4/4. Una UE se acredita si cumple con los estándares 'sine qua non' y obtiene un 75% de estándares con valores superiores a 2/4. La UE se acreditan para tres líneas asistenciales diferentes (Fibromialgia, Fatiga Crónica y Sensibilidad Química Múltiple). Evalúa y acredita el Departament de Salut. El proceso de acreditación inicial ha comenzado a evaluarse, en julio 2015, las UE preexistentes. El Servei Català de la Salut incorpora los resultados en sus objetivos, retribuyéndose por resultados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 101

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE LA ESTRATEGIA MULTIMODAL PARA LA HIGIENE DE MANOS EN HOSPITAL DE DÍA ONCOHEMATOLÓGICO

AUTORES: FERNÁNDEZ NÚÑEZ, MARIA LUZ (GERENCIA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA ÁREAS DE SALUD III-IV); RODRIGUEZ GARCÍA, J. (GERENCIA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA ÁREAS DE SALUD III-IV); VALDOR ARRIARÁN, M. (GERENCIA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA ÁREAS DE SALUD III-IV); CRESPO SAÑUDO, B. (GERENCIA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA ÁREAS DE SALUD III-IV); GONZÁLEZ MARTÍNEZ, OM. (GERENCIA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA ÁREAS DE SALUD III-IV); REVUELTA ARROYO, R. (GERENCIA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA ÁREAS DE SALUD III-IV).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La higiene de manos (HM) es una de las principales medidas para prevenir la infección nosocomial pero la adhesión es baja. Para mejorarla, la Organización Mundial de la Salud establece la estrategia multimodal basada en cinco pilares: adecuación de infraestructuras, formación, evaluación y retroalimentación, recordatorios en el lugar de trabajo y clima institucional de seguridad.

Objetivos: Se desarrolló un proyecto en base a esta estrategia para ayudar a los profesionales de Hospital de día médico a integrar la HM en su trabajo.

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: El proyecto fue aprobado institucionalmente. Se informó a todos los profesionales de la Unidad mediante sesiones y carta de Dirección. 1. Estructura: Se evaluó disponibilidad de producto en base alcohólica (PBA) en puntos de atención, jabón y toallas en los WC de habitaciones de pacientes. 2. Formación: en modalidad presencial y on-line. 3. Evaluación: Observación individual de profesionales con retroalimentación inmediata de resultados en privado. Participación voluntaria, anónima y abierta. Formación de observadores. Medición consumos. Periodo de medición: mar-dic 2014. 4-Recordatorios: Fotografías, Carteles, Guía, encuesta sobre el proyecto. 5-Clima institucional: Comisiones, Difusión Jornadas, Noticias Web y Boletín, Objetivos de gestión.

Resultados Conclusión: 1-Estructura: Colocación PBA en puntos de atención. Instalación dispensadores de jabón y toallas en WC pacientes. 2-Formación: Presencial (4 cursos acreditados) y On-line: (2 cursos acreditados).

3-Evaluación: Los resultados obtenidos para cada trimestre son: 306 observaciones (85 vs 140 vs 81). Se realizó HM en 69,4% vs 92,9% vs 92,6% de las oportunidades. Antes de tocar al paciente: 42,1% vs. 96,6% y 93,8% %; antes de tarea aséptica: 83,3% vs. 96,3% y 94,4%; después de contacto con fluidos: 88,9% vs. 93,8% y 100%; después de contacto con paciente: 70,6% vs. 91,7% y 84,6%; después de contacto con entorno: 42,9% vs. 85,7% y 85,7%. Consumo de PBA (litros/100 tratamientos administrados): 0,9 vs 1,1 vs 2,2. 4-Recordatorios: 1º y 2º premio concurso de fotografía Servicio Cántabro, carteles, disponible guía actualizada HM, sesión fotográfica de profesionales. Encuesta sobre el proyecto: tasa de respuesta 90%. El 66,7% consideran que ha resultado eficaz, el 50% desearía continuar. 66,7% (6) se sintieron mal las primeras veces que fueron observados pero 3 de ellos se sintieron mejor en las sucesivas observaciones. 5-Clima institucional: Aprobación en Comisiones (Ética, Seguridad, Infecciones y Dirección); difusión en Jornadas de Buenas Prácticas y Seguridad, 4 Noticias en Web y Boletín, inclusión en objetivos de gestión de enfermería.

Los profesionales se han implicado. Aunque el conocimiento y realización de la HM inicial era elevado, ha mejorado la integración de la maniobra en el trabajo habitual, especialmente de los momentos uno y cinco por lo que el proyecto parece útil. Las acciones futuras deberían ir encaminadas a implicar a todos los profesionales y a los pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 102

TÍTULO: LA CALIDAD PERCIBIDA Y ESPERADA COMO VALORACIÓN Y MARKETING EN LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA.

AUTORES: DIEZ-AJA LOPEZ, SALVADOR (HOSPITAL COMARCAL SIERRALLANA); CAGIGAS LANZA, J. C. (HOSPITAL COMARCAL SIERRALLANA); GOMEZ ROBLEDO, J. (HOSPITAL COMARCAL SIERRALLANA); MARTINEZ SANTIAGO, R. (HOSPITAL COMARCAL SIERRALLANA); PINO DOMINGUEZ, L. (SERVICIO CANTABRO DE SALUD); ANSORENA POOL, L. (SERVICIO CANTABRO DE SALUD).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El grado de satisfacción percibido y esperado por los individuos es necesario y contribuye enormemente a conocer el marketing y mejorar la calidad de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Objetivos: Analizar el grado de satisfacción percibido y esperado por los pacientes intervenidos por CMA, mediante la evaluación de diferentes áreas como son: accesibilidad, tiempos de espera, grado de información recibida y valoración global del servicio.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se realiza un estudio epidemiológico transversal mediante una encuesta de satisfacción en una muestra de 444 encuestados (7,5%), sobre 6296 pacientes intervenidos por CMA durante el período 2013 y 2014. El grado de confianza es de 1,95 y error 4,5%. La encuesta se realizó vía telefónica, por 7 observadores distintos. El período de consulta fue desde 20 Marzo a 20 Mayo de 2015. Para el análisis estadístico de los resultados se utiliza el programa SPSS 20.0. La encuesta de satisfacción consta de 18 preguntas basada en la encuesta validada por el Servicio Cántabro de Salud.

Resultados Conclusión: La edad media es de 61.57 años, con un rango entre 14 y 90 años. El sexo se reparte en un 50%. La mayoría tiene un nivel de estudios básicos (48.2%) o secundarios (41.5%). Un 5% no tiene estudios primarios. Un 4.5% de los encuestados son estudios universitarios. La mayoría de los pacientes encuestados son jubilados o pensionistas. El 29.1% están en activo y el 22.3% son amas de casa. Un 4.1% son parados y un 5.4% refiere otra situación. El tiempo de espera hasta ser operado fue corto en el 11.3%, y largo en el 14%. Sobre las instalaciones del hospital, el 39.2% percibe que era igual a lo que esperaba y el 59.7% declara que ha sido mejor. El tiempo máximo de espera de CMA se considera menos de 3 meses en más de un 80%. El grado de satisfacción percibido fue de 9,0856 sobre 10 puntos y la desviación típica fue de 8,8981. Sí volverían a este hospital entre un 38.3 y 45.7%. En la percepción de seguridad, la confianza percibida es mayor de un 50%, mientras que la confianza esperada fue del 29.3% y fue peor un 1.1%. La percepción negativa en las explicaciones fue un 1.1%, y mejor de lo que esperaba 54,7%, mientras que fue igual en el 28.2% encuestados. El 94.8% de los pacientes refieren estar satisfechos. En relación al dolor, el 86,7% consideran que se intentó aliviarlo y un 10,6% lo esperó igual. En un 79,3% perciben mejor la amabilidad del personal sanitario. Un 64.9% de los pacientes declararon recibir información de forma clara y un 3.1% afirman que fue peor. El 32% recibieron la información, sin más explicaciones. Conclusiones Se trata de una muestra de pacientes que cumplen criterios de CMA. La calidad percibida positiva es mayoritaria a la esperada en la accesibilidad, tiempos de espera, grado de información recibida y valoración global del servicio. En la actualidad se pretende mejorar esta percepción con el marketing sanitario.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 104

TÍTULO: TÉCNICAS CUALITATIVAS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

AUTORES: SÁNCHEZ ÁLVAREZ, M^a TERESA (HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA); GARCÍA-RISCO GARCÍA, E. M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA); VEGA SUAREZ, M. J. (AECC); MINGO RODRIGUEZ, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los pacientes oncológicos son pacientes con un alto número de visitas al hospital y con frecuencia acuden a diferentes servicios y unidades, por ello son un grupo de personas donde es necesario conocer de que manera perciben como son tratados en un centro hospitalario de agudos.

Objetivos: Conocer a través de los propios pacientes oncológicos, las necesidades y expectativas en un ambiente relajado y tranquilo, donde puedan exponer tanto sus dudas, como sus inquietudes, sus preguntas y sobre todos que nos ayuden a mejorar, en lo posible, su experiencia en el hospital

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Para la realización de la entrevista se organizó la reunión, en el marco de un desayuno para hacerlo mas informal, en una sala especial para poder grabar toda la conversación desde cualquier lugar. Se buscaron de forma aleatoria entre los pacientes que han recibido tratamiento de quimioterapia para ofrecerles el coloquio, y se contactó con ocho pacientes que accedieron voluntariamente. El Servicio de Atención al Paciente expuso los diferentes temas que los pacientes oncológicos habían trasladado como más importantes, y se eligió tratar en la reunión lo siguiente: tiempos de espera, la atención integral con otros servicios y la información sobre asociaciones con programas de voluntariado.

Resultados Conclusión: Aunque la reunión estaba programada para tratar estas cuestiones, los pacientes preguntaron libremente y nos expusieron todo tipo de dudas y compartieron con todos los partícipes sus experiencias. Se observó que hay diferencias de criterios entre ellos, y que no todos valoran los distintos Servicios o Unidades de la misma manera, pero se abrió un dialogo sobre lo que consideran básico para mejorar la calidad. Una vez terminada la reunión se presentan los resultados al personal asignado a Hospital de Día que a su vez nos proponen diversas acciones de mejora. Con todos los temas expuestos por pacientes y personal sanitario se empieza a trabajar en distintos grupos de trabajo para disminuir el tiempo de espera, para tratar de individualizar los problemas coyunturales , etc.

Durante la reunión, se elogió la labor de la administrativa que atiende Hospital de Día por parte de todos los pacientes, por lo que una vez presentada el acta, y realizadas las sesiones informativas, se felicitó su labor a través de la Dirección Gerencia.

La utilización de técnicas cualitativas nos permite conocer de primera mano las necesidades y expectativas de los pacientes, y estos a su vez valoraron de forma positiva esta reunión ya que les hizo sentir que son parte del hospital y que se cuenta con ellos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 105

TÍTULO: “CUANDO SE ESTÁ EN MEDIO DE LA ADVERSIDAD YA ES TARDE PARA SER CAUTO” A PROPOSITO DE BROTE DE KPC OXA-48)

AUTORES: MONTESERIN RODRIGUEZ, ANGELES (HOSPITAL SAN AGUSTIN AVILES); COBALLES ESTEVEZ, M. D. (HOPITAL SAN AGUSTIN AVILES); MARTINEZ LOPEZ, Y. (HOSPITAL SAN AGUSTIN AVILES); NORIEGA LOPEZ,C. (HOSPITAL SAN AGUSTIN AVILES)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Desde el año 2009 se llevaban realizando talleres de formación al personal sanitario y no sanitario sobre las precauciones estándar (higiene manos y uso guantes) y precauciones basadas en los mecanismos de transmisión, con una aceptación bastante desigual entre el personal.

La aparición de un brote de KpC en una UH quirúrgica de nuestro hospital, se utilizó como herramienta para la sensibilización de todo el personal del hospital.

Objetivos: Demostrar que las precauciones estándar, la limpieza y desinfección ambiental, no solo son eficaces para eliminar un brote si no que además son medidas preventivas para evitar la diseminación de GMR y por lo tanto imprescindibles, inexcusables y exigibles

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Tras la confirmación del brote se hace listado de casos, revisión de historias clínicas y toma de muestras a todos los pacientes de la UH.

Con el apoyo de la dirección se hicieron una serie de actuaciones

Se supervisa el cumplimiento de las medidas de control

Precauciones estándar: higiene de manos, uso correcto de guantes y otros dispositivos de barrera; considerándose medidas de obligado cumplimiento para todo el personal sanitario.

Precauciones según en el mecanismo de transmisión de contacto directo/indirecto con el paciente. Los pacientes fueron ubicados en habitaciones individuales en un área de la unidad con asignación de personal exclusivo. Se limitó la entrada de visitas. Se utilizó clorhexidina para la higiene de los pacientes aislados.

Se realizó formación en la Unidad implicando a todo el personal, incluyendo a los facultativos, que en este momento de adversidad se adhiere a las medidas.

Decidimos reforzar con talleres formativos a todo el personal del hospital que ahora era más receptivo, y así evitar transmisiones cruzadas de este y otros GMR, impartiendo los en todas las UH.

Se verificó la existencia y/o cumplimiento de los protocolos de limpieza y desinfección existentes, se realiza limpieza extraordinaria de carros de curas y medicación, se cambian protocolos, introduciendo la limpieza de camas antes de bajar a quirófanos, se refuerza la limpieza general de toda la Unidad, se decide hacer dos limpiezas al alta de las habitaciones con este aislamiento dedicando personal exclusivo para ello

Se hace díptico informativo para los pacientes/familiares, hojas de recomendaciones al alta a domicilio y para centros sociosanitarios

Se realizaron cultivos semanales de control a todos los pacientes ingresados no apareciendo nuevos casos después de las medidas adoptadas.

Resultados Conclusión: Cuando las medidas de precaución estándar y medidas basadas en el mecanismo de transmisión se realizan correctamente tras la sensibilización y formación del personal, se consiguen los objetivos perseguidos.

También contribuyó el revisar, actualizar y hacer cumplir las normas básicas de higiene, limpieza, políticas de desinfección de materiales, equipos y uso adecuado de los dispositivos invasivos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 106

TÍTULO: CREACIÓN DE UN ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN EN CALIDAD EN UN SERVICIO DE SALUD PÚBLICO

AUTORES: FUEYO GUTIÉRREZ, ALEJANDRA (SERVICIOS CENTRALES SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS); GONZÁLEZ SOLÍS, A. (SERVICIOS CENTRALES SESPA); NAVIA-OSSORIO GARCÍA-BRAGA, J. M. (SERVICIOS CENTRALES SESPA); RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, V. J. (SERVICIOS CENTRALES SESPA); RODRÍGUEZ VEGA, C. (SERVICIOS CENTRALES SESPA); SUÁREZ GUTIÉRREZ, R. (SERVICIOS CENTRALES SESPA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Desde el año 2009 el Servicio de Salud dispone de un Esquema de Certificación en Calidad propio SINOC-DAIME. En estos los últimos años los Servicios relacionados con la calidad del Servicio de Salud acumularon una intensa experiencia con este esquema de certificación, con más de 300 auditorías realizadas, un panel de 29 auditores, experiencia docente-formativa tanto presencial como online y más de 2.500 profesionales formados.

Esta situación, ha permitido plantear el siguiente reto: dotar a la Organización de una Unidad de Certificación (UC) en Calidad que, salvaguardando los principios de objetividad, confidencialidad, independencia e imparcialidad, ejerza las funciones de Organismo certificador. Una certificación comparable a la de otras organizaciones y sancionada y supervisada por el organismo nacional competente, la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC).

Objetivos: Describir el proceso de creación de un organismo reconocido como referente de la certificación en calidad para la red sanitaria un Servicio de Salud mediante el Esquema de Certificación en Calidad: SINOC-DAIME.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: 1. En enero de 2013, el Consejo de Administración del Servicio de Salud aprueba formalmente el proyecto de creación y acreditación de un Organismo certificador. A partir de este momento se trabaja en la elaboración de documentación necesaria para desarrollar la sistemática de trabajo y la posterior acreditación del Organismo, a la vez que se continua ejerciendo la evaluación de centros.

2. En julio de 2014, la UC se crea oficialmente mediante Decreto publicado en Boletín Oficial, donde se establecen los principios rectores y se orienta su funcionamiento. La UC depende de la Gerencia del Servicio de Salud, actúa con independencia funcional y es competente para realizar la implantación y el seguimiento de las acciones en materia de certificación de la calidad asistencial en los dispositivos asistenciales en base al Esquema de Certificación en Calidad SINOC-DAIME.

3. En diciembre de 2014, también mediante Decreto publicado en Boletín Oficial, se dota de recursos humanos y se traslada la dependencia del panel de auditores a la UC.

4. Se solicita la acreditación de la UC a la ENAC con la Norma UNE-EN ISO 17020, encontrándose actualmente en proceso de acreditación.

5. En el primer trimestre de 2015 se realiza la evaluación para la certificación en calidad de 26 dispositivos que cumplan los requisitos para ser evaluados.

Resultados Conclusión: 1. El Servicio de Salud se ha dotado de un Organismo certificador en calidad, actualmente en fase de acreditación por la ENAC, que le permite certificar periódicamente la calidad asistencial de sus dispositivos sanitarios según el Esquema de Certificación en Calidad SINOC-DAIME.

2. Con un Organismo certificador propio, el Servicio de Salud evita la dependencia de otras organizaciones certificadoras externas y los costes correspondientes que van asociados a estos procesos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 107

TÍTULO: ¿CUÁLES SON LOS MICRORGANISMOS IMPLICADOS EN LAS INFECCIONES DE LAS UNIDADES DE CRÍTICOS DE GALICIA?

AUTORES: FERREIRO CADAHIA, MARIA ISABEL (SERVIZO DE SISTEMAS DE CALIDADE E MELLORA CONTINUA. SUBDIRECCIÓN XERAL DE ATENCIÓN AO CIDADÁN E CALIDADE. CONSELLERÍA DE SANIDAD); MARTIN RODRIGUEZ, M. D. (SERVIZO DE SISTEMAS DE CALIDADE E MELLORA CONTINUA. SUBDIRECCIÓN XERAL DE ATENCIÓN AO CIDADÁN E CALIDADE. CONSELLERÍA DE SANIDAD); GARCIA CEPEDA, B. (SERVIZO DE SISTEMAS DE CALIDADE E MELLORA CONTINUA. SUBDIRECCIÓN XERAL DE ATENCIÓN AO CIDADÁN E CALIDADE. CONSELLERÍA DE SANIDAD); RODRIGUEZ PEREZ, B. (SERVIZO DE SISTEMAS DE CALIDADE E MELLORA CONTINUA. SUBDIRECCIÓN XERAL DE ATENCIÓN AO CIDADÁN E CALIDADE. CONSELLERÍA DE SANIDAD); FIUZA BARREIRO, B. (SERVIZO DE SISTEMAS DE CALIDADE E MELLORA CONTINUA. SUBDIRECCIÓN XERAL DE ATENCIÓN AO CIDADÁN E CALIDADE. CONSELLERÍA DE SANIDAD); PAIS IGLESIAS, B. (SERVIZO DE SISTEMAS DE CALIDADE E MELLORA CONTINUA. SUBDIRECCIÓN XERAL DE ATENCIÓN AO CIDADÁN E CALIDADE. CONSELLERÍA DE SANIDAD).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La neumonía asociada a ventilación mecánica (NaVM) y la bacteriemia relacionada con catéter venoso central (BACVC) son dos complicaciones infecciosas frecuentes en pacientes ingresados en los servicios de críticos (UC). Los proyectos Neumonía Zero (NZ) y Bacteriemia Zero (BZ) han permitido disminuir las tasas nacionales de BACVC y NaVM en estas unidades. Entre los objetivos secundarios de ambos proyectos está documentar los episodios de BACVC y NaVM así como la etiología de las mismas y las características de los pacientes que las desarrollan

Objetivos: Determinar qué gérmenes son los más frecuentes en NaVM y en bacteriemias primarias y secundarias a infección de catéter (BaC) en las UC según los datos registrados por los hospitales gallegos participantes en los proyectos NZ y BZ

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo retrospectivo a partir de los registros de las UC de los hospitales del Servicio Gallego de Salud (n=23) y POVISA en el aplicativo del Proyecto NZ y BZ

Período de estudio: abril 2011 a marzo 2015

Análisis mediante libreOffice Calc

Resultados Conclusión: BZ:

Unidades que registran (UR): de 15 en 2011 a 24 en 2014. En primer trimestre 2015 registraron 17 los 3 meses. Total (T) microorganismos aislados período: 361

Gérmenes, en %: Globalmente Staphylococcus (S) epidermidis fue el germen más aislado tanto en Galicia como a nivel nacional (27,4vs23,5). Seguido por Candida (C) albicans (6,1) y S aureus (6,1) en Galicia y S coagulasa negativo (10,2) y Klebsiella pneumoniae (7,3) a nivel nacional

Galicia por años: S epidermidis fue el más frecuente en todos los años (de 20% en 2011 a 36,6% en 2014) excepto en 2015 que ocupa el 2ª lugar tras el Enterococcus (E) faecium. El 2º patógeno en frecuencia fue Acinetobacter (A) Baumannii (9,6) en 2011, C albicans (8,2) en 2012, S aureus en 2013 (12,5) y Escherichia (E) coli (7,5) en 2014

NZ

UR: de 15 en 2011 a 24 en 2014. En 2015 registraron 15 los 3 meses

T microorganismos aislados: 729

Gérmenes, en %: Globalmente en Galicia, Pseudomona (P) aeruginosa y S aureus fueron los dos gérmenes más aislados (12,6 cada uno) tras E coli (10,7). En territorio nacional P aeruginosa fue el predominante (22,2) seguido de S aureus y A Baumannii (9,6vs8,7)

Galicia por años: S aureus fue el germen más frecuente todos los años (12,6vs11,1vs18,6) excepto en 2014 y 2015 que ocupó el 2ª lugar tras P aeruginosa (14,9) y E coli (17,6) respectivamente. A Baumannii (12,1) aparece como el 2º germen en frecuencia en 2011 seguido por Haemophilus Influenzae (10,6), P aeruginosa en 2012 y 2013 (10,5vs17,9) y en 2015 se aisló S aureus, K pneumoniae y S aureus meticilin resistente con un 8,8% cada uno

Concluimos que a pesar de que los datos registrados indican que ha disminuído el nº de BaC y NaVM en nuestros hospitales parece necesario seguir haciendo hincapié en las medidas de higiene durante la colocación/mantenimiento de catéteres venosos centrales y la manipulación de la vía aérea de acuerdo con los gérmenes aislados

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 108

TÍTULO: LA TEORÍA DEL JUEGO: PARTICIPACIÓN, MOTIVACIÓN E IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES

AUTORES: TERRADELLAS ANTOÑANZAS, LAIA (HOSPITAL PLATÓ); GALLARDO GONZÁLEZ, G. (HOSPITAL PLATÓ); PUJOL BALCELLS, J. (HOSPITAL PLATÓ); JOVER MORENO, A. (HOSPITAL PLATÓ); PUJOL COLOMER, J. (HOSPITAL PLATÓ)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La estrategia de Hospital Plató consiste en visualizar a los profesionales como eje principal de sus políticas, siempre alineadas con la misión, visión y valores de la organización. Una acción clave implantada en 2002 y mejorada por los líderes para incrementar la participación, implicación y motivación de los profesionales es la Jornada Estratégica que anualmente celebra Hospital Plató. En 2015, la XIII edición de las Jornadas Estratégicas contó con el desarrollo de la práctica La Teoría del Juego, integrando dinámicas de juego en el entorno laboral con la finalidad de influir y motivar a los profesionales del Hospital.

Objetivos: La práctica "La Teoría del Juego" se desarrolló con el objetivo de potenciar la motivación, incrementar la participación, fortalecer la implicación de los profesionales, favorecer la concentración, fidelización, trabajo en equipo, comunicación, promover la mejora continua y reconocer a los profesionales su contribución a los resultados. La Teoría del Juego fue una jornada integradora, en la que los profesionales se interrelacionaron con el fin último de reforzar los valores de la organización.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: La Teoría del Juego se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital en mayo de 2015, contando con la participación e implicación de los profesionales de Hospital Plató, así como con el apoyo e implicación de la Dirección. La Jornada consistió en el desarrollo de cuatro juegos por los que pasaron más de 250 profesionales. Cada uno de los juegos, liderado por dos miembros del consejo de Dirección, tenía unos objetivos claramente definidos para reforzar los valores y actitudes corporativas del Hospital: 1) El vehículo lunar: identificar las necesidades y expectativas de los pacientes, trabajo en equipo y mejora continua; 2) Cuadros rotos: analizar la cooperación para la solución de problemas, sensibilizar a los profesionales de las conductas facilitadoras y las obstaculizadoras; 3) El Puzle: priorización, estrategia, trabajo en equipo, liderazgo, influencia, negociación y comunicación; 4) El Naufragio: analizar el proceso de toma de decisiones, definición de estrategias comunes, comunicación, identificación y búsqueda de información.

Resultados Conclusión: El índice de satisfacción de los profesionales participantes en La Teoría del Juego supera el 75%. 120 profesionales participaron en La Teoría del Juego como jugadores, y otros 142 profesionales actuaron como observadores.

La Teoría del Juego, celebrada durante la Jornada Estratégica 2015, ha permitido evidenciar el compromiso y esfuerzo de los profesionales del Hospital hacia la mejora continua y los valores y actitudes que Hospital Plató pretende transmitir. Hospital Plató tiene una "manera de hacer propia" que busca, a través de la implantación de políticas y estrategias concretas como La Teoría del Juego, centradas en los profesionales del Hospital, una forma más eficiente y responsable de trabajar, teniendo siempre el foco de atención en la mejora de la satisfacción de pacientes y familiares.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 110

TÍTULO: SISTEMA AUTOMATIZADO DE GESTIÓN DE MATERIAL FUNGIBLE BASADO EN EL PRINCIPIO LOGÍSTICO KANBAN O DOBLE CAJON

AUTORES: GARCÍA GUTIERREZ, MARÍA CARMEN (HOSPITAL V. ÁLVAREZ BUYLLA); VALCÁRCEL PIEDRA, G. (HOSPITAL V. ÁLVAREZ BUYLLA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Implantación de un sistema de gestión automatizada de material fungible en los almacenes periféricos del hospital, a través de dispositivos de lectura por radiofrecuencia (RFID).

Objetivos: Establecer en el nuevo hospital Álvarez Buylla, un sistema RFID de gestión integral de información logística generada y requerida por los almacenes periféricos (stock, ubicación, necesidad de pedido...) capaz de integrarse con los software de gestión del centro.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El sistema RFID de gestión inalámbrica de reposiciones permite el control de stocks en los distintos almacenes, su optimización en tiempo real y restablece el equilibrio "pedido igual a consumo".

El modelo Kanban facilita al personal la aplicación del principio de FIFO de forma inequívoca en el momento del picking, al posibilitar la diferenciación de lotes o stocks de producto y caducidades con fechas de suministro diferentes. Permite unificar y corresponsabilizar a todo el personal de la realización del pedido mediante un procedimiento simple y sistemático.

El sistema consiste en un conjunto de sets organizativos modulares (ABS transparente) que permiten visualizar el producto almacenado en cestas/cubetas o estanterías de baldas tipo parrilla.

Un software gestiona los dispositivos de lectura no presencial (RFID) integrando la información en el sistema de gestión del centro (SAP).

El pacto de stock de cada producto en cada almacén, se ubica en un doble cajón. Se coloca una etiqueta en el frente de cada uno de los compartimentos (anterior/posterior).

El personal realiza el picking del compartimento anterior y finalizado el producto de éste, transfiere la etiqueta al panel RFID, realizándose el pedido de reposición de forma automática y quedando así constancia de que el pedido ha sido solicitado. Hasta el día de la próxima reposición, se sigue realizando el picking del compartimento posterior. Cuando se recibe el pedido, el producto restante del compartimento posterior se traslada al anterior y el material recibido se coloca en el posterior y se devuelve la etiqueta del panel RFID al compartimento.

El pacto de stock se estableció analizando por semestres, la regularidad del consumo del año anterior y asignando el consumo medio, para periodos de reposición semanal, con un incremento del 40% repartido en los dos compartimentos.

Resultados Conclusión: Transcurridos 6 meses tras la implantación, se realiza un análisis de la situación y se detecta un número de expediciones urgentes por encima de las expectativas. Se realiza un estudio piloto en uno de los centros de coste para analizar las causas de las desviaciones y se monitoriza a través de un indicador el porcentaje de pedidos fuera del día establecido en el calendario para reposición, que se estima en un 30%.

Del análisis causal se deduce que, la desviación podría estar asociada a un incremento de la actividad del centro y/o que el porcentaje de seguridad del 40% aplicado al pacto de stock ha sido insuficiente para este sistema de reposición.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 111

TÍTULO: MEDICIÓN Y REPORTE DE INDICADORES DE SEGURIDAD DE PACIENTE CON UNA HERRAMIENTA INFORMATIZADA COMO AGENTE PARA EL CAMBIO

AUTORES: PESADO CARTELLE, JOSE ANGEL (XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL); DELGADO FERNANDEZ, R. (XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL); RODRIGUEZ CASTRELO, A. I. (XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La necesidad de poseer una herramienta que permitiese medir de manera continua los indicadores de seguridad de pacientes, reportando su seguimiento cada mes a profesionales y que la misma se convirtiese en un agente motivador del cambio han impulsado este proyecto

Objetivos: Principal.- Elaborar una herramienta informatizada innovadora que facilitase la medición de indicadores derivados de registros del aplicativo GACELA

Secundarios.-

1. Conseguir una medición segregada por unidades y general de la organización
2. Generación automática de informes en pdf
3. Generación automática de estadísticas y gráficos que faciliten la comprensión del reporte.
4. Generación automática de correo electrónico por la propia aplicación a responsables de Unidades y Dirección
5. Innovar reportando toda la información mediante Tweetboards en lugar de Dashboards (cuadro de mando)
6. Generar comparativos periódicos y gráficos de tendencia automatizados

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: 1. Se impulsa desde Unidad de Calidad la formación de un grupo de trabajo que defina, idee, halle soluciones y evalúe resultados. (técnica de grupo nominal). Duración del trabajo hasta consecución de objetivos: año y medio.

2. El grupo se compuso por tres personas:

- Informático
- Enfermero experto en programación con Microsoft Excel ® y Visual Basic
- Enfermero Supervisor de Calidad

Resultados Conclusión: 1. Mensualmente se reporta a cada unidad informes de cumplimiento de indicadores en formato Tweetboard

2. Mensualmente se envían informes globales a Dirección de la organización

3. Se establecen comparativas interanuales por unidades

4. Se establecen gráficos de tendencias que permiten focalizar las áreas de mejora

5. Resultados de Indicadores año 2014:

Ingresos totales: 14738

Estancias totales.- 117681

94,% con medición escala Braden-Bergstrom de riesgo de UPP

80,8% de pacientes con riesgo con establecimiento de acciones preventivas

95,6% con medición escala de riesgo de caídas

80,8% de pacientes con riesgo con establecimiento de acciones preventivas

84,7% de pacientes con medición del dolor con EVA

58,4% de pacientes con valoración especial de dolor agudo

1,33 ‰ sobre estancias totales han sufrido una caída

CONCLUSIONES

Conseguimos una herramienta fiable que arroja resultados idénticos a los generados desde Servicios Centrales

Esta herramienta ha facilitado enormemente el cumplimiento de los indicadores relativos a Registros en GACELA

Los profesionales consideran como muy útil y facilitador el reporte en Tweetboards frente a los Dashboards (cuadro de mandos) tradicionales

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 112

TÍTULO: IMPLICANDO A LOS ADMINISTRATIVOS EN LA MEJORA CONTINUA

AUTORES: MIQUEL RUIZ, TANIA (HOSPITAL PLATO); CANALES PRIETO, L. M. (HOSPITAL PLATO); MASCO RAYA, M. P. (HOSPITAL PLATO); OTERO SALVADOR, S. (HOSPITAL PLATO); YAÑEZ VICENTE, E. (HOSPITAL PLATO); MONGE GIMENO, M. P. (HOSPITAL PLATO).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Hospital Plató pertenece a la red sanitaria pública (SISCAT) y se encuentra ubicado en la ciudad de Barcelona.

Para alcanzar sus objetivos fundacionales (sostenibilidad social, económica y excelencia asistencial), HP desarrolla planes estratégicos con la finalidad de disponer de un marco de gestión global que impulse la mejora continua. En 2003 implantó como modelo de gestión de la calidad el modelo European Foundation Quality Management (EFQM), habiendo alcanzado en la actualidad el sello de 500+.

Hospital Plató implanta en 2006 el modelo de Gestión basada en Procesos, participando profesionales de todas las categorías en su liderazgo, lo que ha permitido la mejora de la calidad, creando nuevos circuitos y mejorando los ya existentes.

Los administrativos están implicados y lideran algunos procesos clave del Hospital.

Objetivos: Empoderar a los profesionales administrativos como líderes de los procesos.

. Implicar al resto de profesionales administrativos en la mejora continua en equipos multidisciplinares, teniendo un papel al mismo nivel que el resto de profesionales del centro.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: En el año 2006 Hospital Plató decide implantar el modelo de gestión basado en procesos, con cuatro procesos clave: Hospitalización, Atención Quirúrgica, Atención Ambulatoria y Atención Urgente.

En cada uno de estos procesos hay un profesional administrativo que de manera voluntaria y consensuada con la dirección, lidera un subproceso, así como muchos otros participando en ellos. Todos estos profesionales han recibido la formación adecuada y continuada para poder ejercer dicho liderazgo y participar y fomentar la mejora continua con el resto de profesionales de la organización en equipos multidisciplinares.

A los profesionales que participan en dicha gestión se les facilita las herramientas y el tiempo necesario para desarrollar los planes de mejora.

Durante estos años los profesionales administrativos han liderado acciones de mejora en equipos multidisciplinares.

Resultados Conclusión: • Número de profesionales administrativos que participan como colaboradores o líderes en los Procesos clave del hospital.

- Representación administrativa en los grupos de trabajo de los 4 procesos clave del hospital.
- Número de acciones de mejora lideradas por profesionales administrativos y cuáles son.
- Evolución de la participación.

A lo largo de los 8 últimos años, la organización ha facilitado que los profesionales administrativos se impliquen y participen como líderes en la Gestión Basada en Procesos, consiguiendo resultados excelentes que afectan a toda la organización.

El trabajo en el desarrollo de estos procesos, por parte de los profesionales directamente implicados en los circuitos a crear o modificar, es imprescindible, puesto que son quien mejor conoce el funcionamiento de su área. De esta manera, tenemos la garantía de obtener unos resultados óptimos para el buen funcionamiento del hospital, y una mayor calidad en la atención al paciente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 113

TÍTULO: LA IMPORTANCIA DE UNA CORRECTA INFORMACIÓN: GUÍA DE ACOGIDA AL CIUDADANO

AUTORES: BLASCO PAGES, ANA MARIA (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA); MARTOS GUERRERO, A. M. (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA); LOPEZ GARCIA, P. (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA); CARPENA HERNANDEZ, A. (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Nuestra organización es una institución pública cuyo modelo de trabajo multidisciplinar en red coordinado con los hospitales generales de referencia, así como con los hospitales comarcales de su ámbito, aprovecha los recursos de todas las instituciones implicadas, da un mejor servicio a los ciudadanos tratados, pero a la vez puede generar dificultades para identificar los espacios, los profesionales y las actividades que se realizan.

Se elaboró una Guía de Acogida al Ciudadano con una base del modelo asistencial común para toda la entidad, respetando las peculiaridades de centro y área asistencial, con el siguiente contenido:

- Presentación de la institución.
- Objetivo principal de la institución y recursos disponibles.
- Información sobre la organización y normas básicas de funcionamiento de cada área asistencial (Consulta externa; Hospitalización; área de tratamiento).

En 2011 se inicia la distribución de la Guía de Acogida al Ciudadano.

Objetivos: Transcurridos 3 años se evalúa:

- Su utilidad, facilidad de comprensión de los contenidos y áreas de mejora.
- Nivel de distribución de la Guía de Acogida y de las hojas informativas específicas.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Las encuestas de satisfacción de pacientes y familiares de las áreas de tratamiento de los centros, incorporan dos preguntas relacionadas con la Guía de Acogida e información específica del área asistencial correspondiente, y otra con relación a la idoneidad de la información facilitada.

Las categorías de respuesta son las utilizadas en el plan de encuestas de satisfacción del Servicio de Salud de nuestra comunidad autónoma, al igual que la selección de la muestra que ha sido de 320 encuestas estratificadas per unidades productivas.

Para las preguntas dicotómicas las opciones de respuesta son Si, No, NS/NC; para las valorativas las opciones de respuesta son: Perfecto, Muy bien, Bien, Regular, Mal, NS/NC.

Resultados Conclusión: Encuestas de satisfacción de pacientes y familiares realizadas en 2014, por área de tratamiento.

Preguntas formuladas:

- ¿Le han dado información del funcionamiento del centro "Guía de Acogida", hojas informativas?: Si, No, NS/NC

A nivel corporativo se alcanzó un 71% - 74% de respuestas afirmativas según área de tratamiento; los resultados por centros varían entre el 66% y el 85%

- ¿Qué le ha parecido el contenido de la información?: Perfecto, Muy bien, Bien, Regular, Mal, NS/NC

A nivel corporativo se alcanzó un 94% - 96% de indicador positivo según área de tratamiento; los resultados por centros varían entre el 89% y el 98%.

Conclusión:

La Guía de Acogida es un medio de información básico para los pacientes y familiares atendidos en nuestros centros. El contenido de la información facilitada en la Guía de Acogida de los centros ha obtenido un nivel de satisfacción superior al 90%. Se debe de revisar el procedimiento de entrega de la Guía de Acogida y hojas informativas específicas, para asegurar que la información llegue a todos los pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 114

TÍTULO: LA GESTIÓN POR COMPETENCIAS: BASE DE UN MODELO DE EVALUACIÓN, ACREDITACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL EN LAS CLÍNICAS IMQ

AUTORES: URRUTIA JOHANSSON, ISABEL (CLÍNICAS IMQ); ALONSO RODRIGUEZ, C. (CLINICAS IMQ); SAIZ SANTAMARIA, M. (CLINICAS IMQ); URANGA IBARRA, A. (CLINICAS IMQ); RUIZ GARCIA, I. (CLINICAS IMQ); AMADOZ SARASA, J. (CLINICAS IMQ).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: No hay duda de que las personas son el valor más importante que tiene cualquier Organización. En los Hospitales, sin duda, valoramos no solo los conocimientos técnicos que puedan tener nuestros profesionales, sino que la información hacia el paciente/ familiar; el trato humano y empático; el respeto hacia los valores y creencias de los pacientes, y el trabajar de manera integrada y colaborativa en el equipo, son competencias inherentes al "buen hacer" profesional. El presente proyecto, describe la sistemática de diseño y despliegue de un Modelo de gestión por Competencias y Evaluación del Desempeño en las Clínicas del IMQ, que está ayudando a retener y potenciar el talento y a desarrollar planes de formación personalizados a cada persona y rol profesional.

Objetivos: Identificar las competencias genéricas y los conocimientos técnicos de todo el personal, tanto asistencial como no asistencial.

Disponer de una herramienta básica que apoye los procesos de selección de personal.

Contar con una fuente de información importante para la elaboración de las políticas y planes de formación.

Desplegar un modelo de evaluación del desempeño que apoye el desarrollo profesional.

Identificar los "talentos" en la organización y desplegar planes e iniciativas de mejora/ formación

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: 1. Fase 1: Planificación y gestión del proyecto

2. Fase 2: Entrevistas con los profesionales designados para realizar la Descripción de los Puestos de Trabajo

3. Fase 3: Contraste con los responsables para la validación de los puestos de trabajo

4. Fase 4: Elaboración de la Matriz de Competencias y Conocimientos

5. Fase 5: Elaboración y pilotaje del Modelo de Evaluación del Desempeño

6. Fase 7: Evaluación del Desempeño: identificación de expertos; y Plan de Formación.

Resultados Conclusión: ; 100% de los puestos del personal asistencial y no asistencial descritos.

100% profesionales evaluados

Identificación de referentes de la Organización

Despliegue de la Carrera profesional; Nivel IV

Sistema de identificación de necesidades formativas definido.

El disponer de un modelo de gestión por competencias nos ha permitidos describir claramente las funciones y responsabilidades de los puestos de trabajo, así como las competencias genéricas y conocimientos técnicos; disponer de una herramienta básica que apoye los procesos de selección, formación y evaluación del desempeño.; hacer llegar a los trabajadores, de manera clara y concreta qué es lo que se espera de ellos; Fomentar la comunicación entre responsables y trabajadores.

Para implantar el modelo es necesario formar tanto a las personas evaluadas como a los evaluadores en el sistema de evaluación, y transmitir una cultura positiva que permita mejorar los resultados obtenidos

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 115

TÍTULO: EL ARTE DE GESTIONAR CAMAS

AUTORES: MONGE GIMENO, MONTSERRAT (HOSPITAL PLATO); ESTELLES BARROT, M. (HOSPITAL PLATO); JIMENEZ MONTES, M. J. (HOSPITAL PLATO); MASCO RAYA, M. (HOSPITAL PLATO); MEDINA MEDINA, M. L. (HOSPITAL PLATO); VELASCO BEDMAR, M. C. (HOSPITAL PLATO).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Hospital Plató pertenece a la red sanitaria pública (SISCAT) y se encuentra ubicado en la ciudad de Barcelona.

Para alcanzar sus objetivos fundacionales (sostenibilidad social, económica y excelencia asistencial), HP desarrolla planes estratégicos con la finalidad de disponer de un marco de gestión global que impulse la mejora continua. En 2003 implantó como modelo de gestión de la calidad el modelo European Foundation Quality Management (EFQM), habiendo alcanzado en la actualidad el sello de 500+.

Desde la Unidad de Admisiones hace 5 años se sentaron las bases para conseguir una mayor optimización de la capacidad estructural del Hospital, manteniendo la misma actividad, teniendo en cuenta siempre la atención al cliente como parte de nuestros valores.

Objetivos: Mejorar la eficiencia en la gestión de camas.

- . Tener informadas las altas con 24 horas de antelación.
- . Ajustar la hora de ingreso a la hora de intervención.
- . Conciliar los ingresos programados con los ingresos urgentes.
- . Evitar los traslados innecesarios de pacientes.
- . Mejorar la comunicación entre los diferentes niveles asistenciales y servicios de soporte.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: En el año 2010 nos planteamos mejorar la eficiencia en la gestión de camas, para ello abordamos distintos aspectos que afectaban a dicha gestión.

Se valoró la necesidad de conocer la cantidad de altas que eran informadas con antelación, realizándose un exhaustivo seguimiento semanal a cada servicio para poder realizar acciones de mejora.

Desde el proceso de atención quirúrgica, previo estudio, se decidió adecuar la hora de ingreso a la hora de intervención quirúrgica, para evitar demoras de pacientes en la sala de espera y no ingresar pacientes el día antes. Para ello se amplió el horario de la Unidad de Admisiones abriendo la atención al público a las 7 de la mañana.

Se creó una Unidad de hospitalización para atender al paciente previo a la asignación de cama, así como también para atender a los pacientes con alta médica en espera de traslado.

Se formó un grupo de trabajo multidisciplinar para tomar decisiones de priorización de ingresos.

Se adecuó una planta del Hospital para pacientes de corta estancia a fin de optimizar los recursos estructurales, evitar los traslados innecesarios y disponer de camas para el lunes, día de máxima actividad. Para todo ello, es imprescindible la comunicación con las diferentes áreas implicadas: Hospitalización, quirófano, urgencias, atención ambulatoria, recursos humanos, limpieza,... Si no conocemos las necesidades de cada una de ellas nos será difícil la gestión de las camas.

Resultados Conclusión: Evolución ambulatorización

- . Evolución de la comunicación de previsión de altas.
- . Evolución de la hora de alta
- . Porcentaje de intervenciones anuladas por falta de camas
- . Creación de un cuadro de mando

La mejora en la eficiencia en la gestión de camas, el trabajo en equipo y la implicación de la Dirección, han hecho posible una mejora en la optimización tanto de la estructura como en la gestión de los ingresos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 116

TÍTULO: EL AIRBAG INVISIBLE DE LA SEGURIDAD CLÍNICA

AUTORES: URRUTIA JOHANSSON, ISABEL (CLINICAS IMQ); FUENTES FELIPE, F. (CLINICAS IMQ); AMADOZ SARASA, J. (CLINICAS IMQ); RUIZ DE OCENDA, M. (CLINICAS IMQ); URANGA IBARRA, A. (CLINICAS IMQ); RUIZ GARCIA, I. (CLINICAS IMQ).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En Hospitales de tamaño considerable, como la nueva Clínica IMQ los circuitos organizativos pueden extrapolarse a mapas de carreteras de muy diversa consideración, unas son autopistas: rápidas y cómodas y otras son comarcales, estrechas y llenas de curvas/obstáculos. Además como si se tratara de una carrera de fórmula uno, el factor rapidez es crucial e importante, pero siempre preservando la seguridad de los ocupantes que viajan en el vehículo. El presente trabajo se centra en el "piloto" de la fórmula uno, es decir, en los profesionales asistenciales y cómo su papel es clave en una reingeniería compleja de los procesos asistenciales para poder conseguir: eficacia, rapidez y seguridad clínica.

Objetivos: 1. Implantar mejoras en los circuitos asistenciales con impacto eficacia, eficiencia y seguridad clínica.

2. Disponer de herramientas para la identificación y análisis de eventos adversos.
3. Minimizar los eventos adversos asociados al rol asistencial.
4. Potenciar las competencias técnicas y genéricas de los profesionales

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: 1. Identificar las variables/ áreas de impacto en la seguridad clínica

2. Descripción de Mapas de Procesos y Mapas Clínicos
3. Desarrollar nuevos métodos de notificación, explotación y comunicación de los eventos adversos.
4. Formación práctica en seguridad Clínica: los formadores de AMFES
5. Analizar resultados y establecer nuevas iniciativas de mejora

Resultados Conclusión: 1. Mapa de Riesgos/ seguridad Clínica

2. Implantación del sistema de notificación de eventos adversos.
3. 100% persona con evaluación del desempeño realizada
4. Incremento de notificaciones en; Accidentes y Caídas; cirugía segura, identificación de pacientes, transferencia de pacientes.
5. 89% de profesionales formados en herramientas y sistemas de seguridad clínica.

La acreditación de la Clínica IMQ con el Modelo de la JCI ha desplegado diferentes sistemáticas de actuación en el colectivo asistencial para poder minimizar y reducir los eventos adversos que se producen, tanto en lo referente a identificación de pacientes, seguridad de quirófanos, minimización de las caídas, etc. En muchas ocasiones los accidentes se convierten en "cuasi incidentes" gracias a la mano "invisible" de los propios profesionales.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 117

TÍTULO: FORMULA DEL EXITO: ESFUERZO+COMPROMISO=VALOR AÑADIDO; ACREDITACION SEMES EN LA CLÍNICA IMQ ZORROTZAURRE

AUTORES: FUENTES FELIPE, FIDEL (CLINICAS IMQ); BERNAL ZANCAS, J. (CLINICAS IMQ); URRUTIA JOHANSSON, I. (CLINICAS IMQ); AMADOZ SARASA, J. (CLINICAS IMQ); RUIZ DE OCENDA, M. (CLINICAS IMQ); URANGA IBARRA, A. (CLINICAS IMQ).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El Modelo de Acreditación SEMES en la Clínica IMQ Zorrotzaurre Bilbao, ha supuesto el incremento significativo en los niveles de calidad que se dan a los pacientes de nuestro Centro, fundamentalmente desde el punto de vista técnico, científico, organizativo y de gestión en todas las áreas de la asistencia, fortaleciendo y ayudando al Servicio de Urgencias a constituirse en pieza fundamental e imprescindible del engranaje asistencial de un Centro Hospitalario de prestigio nacional e internacional, al integrar en la propia gestión del Servicio, elementos de calidad y seguridad clínica asistencial, evidenciando el máximo rendimiento en términos de calidad y de excelencia clínica.

Objetivos: 1. Implantar mejoras en los circuitos asistenciales.

2. Contribuir a la mejora de la calidad con herramientas como planes organizativos y funcionales, protocolos clínicos, cuadro de mando integral del servicio, etc.

3. Incrementar la satisfacción de los pacientes.

4. Desplegar un Modelo de Gestión y minimización de Riesgos Sanitarios.

5. Consolidar nuestro posicionamiento como centro de referencia de la asistencia urgente hospitalaria de la medicina privada de nuestro entorno.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Diagnóstico del Servicio de Urgencias en materia de su grado de adhesión a los estándares de SEMES.

; Elaboración Plan Organizativo -Funcional (cartera de servicios, atención al paciente en urgencias, mapa de procesos, circuito asistencial, áreas estructurales funcionales...).

Programa de Calidad y Seguridad del Paciente en el Servicio de Urgencias.

Adecuación de la estructura física e instalaciones (aparataje y material).

Sistematización de grupos de trabajo y sesiones clínicas interdisciplinares.

Formalización de acuerdos interservicios.

Elaboración y revisión de protocolos y procedimientos clínicos.

Resultados Conclusión: La consecución de la Acreditación de la SEMES ha ayudado al Servicio de Urgencias a incrementar la cohesión del todo el equipo del Servicio, para obtener un mayor grado de satisfacción de nuestros pacientes y del resto de profesionales de otros departamentos que interactúan con el Servicio de Urgencias así como a potenciar la seguridad del paciente en todas sus dimensiones.

Facilita la consecución de una estructura y método tanto a los procesos asistenciales directamente vinculados con la asistencia de los pacientes, como a las labores de apoyo diagnóstico y terapéutico, a las de planificación y gestión eficiente de los recursos y a las actividades de docencia e investigación. Con ello, se refuerza una cultura de autoevaluación y evaluación externa permanentes en el personal sanitario, de identificación de oportunidades de mejora y de establecimiento de objetivos a superar.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 118

TÍTULO: NO HAY BACTERIAS PARA MI

AUTORES: ARAGON GOMEZ, ISABEL (HU FUNDACION JIMENEZ DIAZ); DELGADO SAN MARTIN, M. (HU FUNDACION JIMENEZ DIAZ); RUIZ GARCIA, N. (HU FUNDACION JIMENEZ DIAZ)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Video que impulsa la concienciación del personal sanitario para integrar la correcta higiene de manos en nuestra labor profesional, motivando a todas las categorías profesionales de las áreas clínicas e incluso de soporte a participar en un proyecto que es responsabilidad de todos y que beneficia a todos

Objetivos: Objetivo general: Reforzar la estrategia de la Comisión de Higiene de Manos para conseguir los objetivos marcados en esta materia.

Objetivos específicos: 1.Fomentar la idea de equipo, la importancia de lo que hacemos todas las categorías profesionales y las consecuencias de cómo lo hacemos.2.Estimular la participación colectiva de profesionales y usuarios como responsables y beneficiarios para caminar unidos en la misma dirección.3.Integrar la idea de excelencia para que calidad y seguridad sean metodología de trabajo y no un objetivo a lograr

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se diseña una producción audiovisual que transmita nuestros objetivos a todo el Hospital.Participan trabajadores de todas las áreas, tanto clínicas como de soporte, así como familiares y usuarios de nuestros servicios que voluntariamente han querido participar en nuestro proyecto.

Se realiza un cortometraje con temática basada en una película infantil. Esta idea surge porque el SERMAS en los objetivos 2014 nos propuso implantar el proyecto de higiene de manos pediátrico realizado por atención primaria en nuestro servicio de pediatría.Se versiona la canción de la película Frozen de Disney y se invita a nuestros participantes a cantar la nueva letra versionada con temática a cerca de la prevención de infecciones y bailar mostrando los movimientos de la correcta higiene de manos.

Se realizan las fotografías, la grabación de imágenes, coreografía, adaptación musical y su posterior montaje en la segunda quincena del mes de marzo y durante todo el mes de abril de 2015, presentando finalmente el corto "No hay Bacterias para mí" en la Jornada celebrada en nuestro hospital con motivo del Día Mundial de Higiene de Manos que fue realizada el 7 mayo 2015.

Resultados Conclusión: A lo largo de los últimos años, se ha producido una mejora importante en la adhesión a la higiene de manos entre los diferentes profesionales de nuestro centro que indudablemente ha sido un éxito de la estrategia de la Comisión de Higiene de manos de nuestro centro. Consideramos que los videos que hemos elaborado desde el equipo de enfermería del servicio de pediatría, el de este año es ya el tercero por año consecutivo, han formado parte de la motivación para conseguir estos logros. Por otro lado, la participación conjunta de tantos profesionales, de diferentes categorías y de diferentes áreas hospitalarias ha publicitado a todos los niveles tanto nuestro objetivo general como el concepto de "proyecto común", "trabajo en equipo" y "contagiar seguridad".

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 119

TÍTULO: APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA LEAN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES: LOPEZ MARTIN, EVA MARIA (HOSPITAL UNIVERSITARIO QUIRON MADRID);
ESPERANZA ESPERANZA, Y. (HOSPITAL UNIVERSITARIO QUIRON MADRID)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Un aumento importante de actividad en el servicio de urgencias conduce a una modificación de espacio arquitectónico dando lugar cambios en los flujos de pacientes y de trabajo existentes hasta el momento, generando situaciones de pérdida de valor y despilfarros. Como consecuencia de esto, la organización plantea la implementación de la metodología LEAN que aunque no creada en sus orígenes para el ámbito sanitario, es perfectamente aplicable a los objetivos planteados con dicho cambio.

Objetivos: Se pretendían alcanzar los siguientes objetivos:

1. Mejorar la calidad asistencial dada a los pacientes
2. Reducir el tiempo del paciente en urgencias
3. Aumentar la eficacia en el trabajo de las personas
4. Facilitar la incorporación del nuevo personal al puesto de trabajo

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: 1. Curso de formación LEAN sanidad: lo primero que se realizó fue un curso de metodología LEAN al personal del servicio de urgencias, del Dpto. de Calidad, y mandos involucrados en el servicio de urgencias.

2. Diseño del proyecto: se diseñó como iba a ser el proyecto de mejora del servicio de urgencias a través de la metodología LEAN aprendida y quienes iban a participar y liderar.

3. Recogida de información, se realizó en 2 fases diferenciadas:

3.1. Recogida de tiempos entre cada actividad por la que pasa el paciente con el objeto de detectar posibles desviaciones.

3.2 Estudio de cada actividad con el objeto de obtener información detallada de cómo se realizan y detectar áreas de mejora.

4. Análisis de la información mediante reuniones periódicas, tanto con el personal involucrado en el proyecto como con responsables del servicio y gerencia.

5. Definición de circuitos en base a las mejoras encontradas y el consenso con el personal del servicio.

6. Implantación del nuevo circuito con actualización de la documentación del servicio y establecimiento de controles periódicos de implantación.

7. Formación del grupo de mejora para perpetuar la filosofía LEAN adquirida y a través de notificaciones de puntos débiles y reuniones periódicas, seguir mejorando los circuitos.

Resultados Conclusión: Una vez finalizada la fase de recogida, se analizaron los resultados calculando los tiempos de cada fase y los problemas observados. Se elaboró una batería de acciones de mejora para cada fase que agrupaban los siguientes aspectos: Organización y estandarización del trabajo, Información, Señalización y Sistemas informáticos.

El resultado fue una redefinición de todos los circuitos de la urgencia y algunos circuitos de servicios de apoyo, eliminando lo que no aportaba valor. Consiguiendo los mejores valores de satisfacción de pacientes obtenidos hasta ese momento, la estandarización de procesos y una mejora en el tiempo de permanencia de los pacientes.

Como conclusión la experiencia LEAN ayudó a alcanzar los objetivos planteados en un inicio, pero además ayudó a cambiar el concepto de trabajo, de calidad y de mejora de todo el personal involucrado. Esta implicación y cambio de mentalidad continúa actualmente con el grupo de mejora.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 120

TÍTULO: CINCO AÑOS DE CAÍDAS (DESCRIPCIÓN Y CORRELACIÓN DE FACTORES RELACIONADOS)

AUTORES: FERNÁNDEZ GARCÍA, CRISTINA (FUNDACIÓN HOSPITAL DE JOVE); GRACIA CORBATO, M. (FUNDACIÓN HOSPITAL DE JOVE)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La caída es definida por la OMS como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad

La seguridad del paciente hospitalizado es una prioridad en los centros sanitarios así como un indicador de calidad.

El análisis de las circunstancias en las que se producen las caídas es fundamental y la identificación del paciente de alto riesgo crucial para su prevención.

La adecuada evaluación del riesgo de caídas es esencial a la hora de establecer medidas preventivas. Esta evaluación debe ser continua puesto que el riesgo de caerse varía a lo largo del proceso de hospitalización en función de otras muchas circunstancias: proceso quirúrgico, tratamiento farmacológico, infecciones concomitantes...

La caída considerada como un efecto adverso, implica un daño, lesión, o complicación que acontece durante el proceso asistencial, al no estar directamente producido por la enfermedad en si y se puede considerar motivado por el propio sistema sanitario, ya sea por acción u omisión

Objetivos: Conocer la incidencia de caídas en pacientes hospitalizados

Identificar los factores de riesgo asociados a las caídas

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de las caídas registradas entre 2010 y 2015 en la Fundación Hospital de Jove de Gijón.

Los sujetos de estudio son los pacientes que sufren una caída, obteniéndose los datos del formulario de caídas del programa SELENE®.

Las variables estudiadas (datos demográficos, características de los pacientes y circunstancias de la caída) se analizan estadísticamente con el programa SPSS. Las correlaciones se analizan con la Chi-cuadrado de Pearson y una $p < 0,05$

Resultados Conclusión: Se registraron 879 caídas. Perfil del paciente de riesgo: Mujer (52,9%) y mayor de 65 años (78,8%), sin déficit sensorial, independiente (33,1%), orientada, con dependencia leve (43,2%), deambulación inestable y con consecuencias leves (57,5%) Ingresada preferentemente en Salud Mental (30%) y Medicina Interna (30,6%) Los sedo-hipnóticos están presentes en el 62,6% de los casos (solos o en combinación)

Se establecen correlaciones significativas entre variables:

Las caídas sin lesión o con ella (porcentajes mayores 50%) correlacionan con la presencia de uno solo de los fármacos relacionados con ellas. También con cualquiera de las actividades realizadas en el momento de la caída (mayor de 56%), excepto "Acostarse" (35,5% en 0 ó 2 fármacos)

El sexo correlaciona con antecedentes de caída y con algún grado de dependencia en la Escala Barthel. Éste correlaciona con las medidas de protección previas, con otros factores de riesgo y con la consciencia

La edad correlaciona con el sexo: Los hombres caen más en edades de 46 a 60 años (60,4%) y las mujeres en 61-75 años (60,8%) También se relaciona con los déficit sensoriales, Barthel (60,4% de los pacientes independientes son < 64 años frente al 26,2% que es > 65) Hay más alteraciones de la consciencia en > 65 años (mayor a 50%) y en las actividades que precipitan la caída (mayor a 67%)

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 121

TÍTULO: GESTIÓN INTEGRADA EN COMPETENCIAS

AUTORES: GONZALVO MAILLO, LAURA (HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU); RODRIGUEZ GOMEZ, D. (HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU); GAMELL ALVAREZ, LLUIS; L. (HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU); ARRIETA SEGURA, I. (HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El modelo de gestión por competencias, como un modelo integrado, afecta a todos los niveles de gestión de los Recursos Humanos, y sobre él se alinean todos los procesos de gestión de personas como la Selección, la Formación, Carrera y Promoción profesional, evaluación de competencias.

La gestión por competencias permite conseguir una mayor integración entre los intereses de las personas y las estrategias institucionales.

Objetivos: Para llevar a cabo este modelo integrado de competencias hemos realizado diferentes acciones:

- actualizar el directorio de competencias actual como consecuencia de los cambios organizacionales e incorporación de nuevas titulaciones
- Descripción de puestos de trabajo
- Elaboración de un directorio de competencias directivas

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se han llevado a cabo 2 actualizaciones del directorio de competencias y la metodología utilizada va estrechamente ligada a la descripción de puestos de trabajo. Detectamos los puestos de trabajo que no teníamos descritos en la organización, creamos un cuestionario estándar y solicitamos a las diferentes direcciones que las personas afectadas y su supervisor rellenen dicho cuestionario. A partir de ahí se incorporan estos nuevos puestos de trabajo al directorio a través de determinar las competencias asociadas a este.

Para el directorio de competencias directivas la metodología utilizada fue la siguiente:

- Definir las competencias directivas a través de prácticas asociadas.
- Diseñar un sistema de evaluación. Nos encontramos actualmente en este punto.

Resultados Conclusión: En el año 2007 se publica la primera versión de directorio de competencias. En octubre del 2013 se realiza la 2da edición de este directorio y durante el año 2015 saldrá la 3era actualización de dicho documento.

Actualmente disponemos de 50 cuestionarios de competencias diferentes y tenemos descritas 128 competencias.

Por lo que respecta al directorio de competencias directivas estamos acabando de elaborar dicho documento y la previsión es que a principio del 2016 está aprobado y se pueda publicar. Hemos descrito un total de 23 competencias directivas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 122

TÍTULO: COORDINACIÓN DE LOS CIRCUITOS DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE CÁNCER

AUTORES: GUIJARRO PÉREZ, ANA MARIA (HOSPITAL PLATÓ); PEDRO OLIVÉ, A. (HOSPITAL PLATÓ); BUCAR TERRADES, S. (HOSPITAL PLATÓ); DE LA ROSA CARRILLO, D. (HOSPITAL PLATÓ); MARTRAT MACIÀ, A. (HOSPITAL PLATÓ); OBIOLS ALDOMÀ, J. (HOSPITAL PLATÓ).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Desarrollo y coordinación de los diferentes Circuitos de Diagnóstico Rápido de Cáncer en el hospital

Objetivos: Ante la sospecha clínica de un diagnóstico de cáncer, establecer un circuito capaz de diagnosticar y tratar al paciente en menos de 30 días, garantizando el acceso inmediato a los servicios asistenciales y mejorando los resultados clínicos.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: En el año 2005 el Plan Director de Oncología establece un término máximo de 30 días desde la sospecha de cáncer hasta el inicio de su tratamiento.

En ese momento Hospital Plató implanta los circuitos de diagnóstico rápido de cáncer de colon, mama, pulmón, próstata y vejiga. En la planificación de los diferentes procesos se consensuaron los factores de riesgo y los síntomas de alarma, con el fin de transmitir unos criterios de derivación acertados a la Atención Primaria.

Desde la sospecha clínica en los puntos de origen (Atención Primaria, Urgencias y otros servicios del hospital), el paciente entra en el circuito sin solicitar cita previa, según agenda abierta y predeterminada para estos casos.

El Circuito de Diagnóstico Rápido es un circuito transversal que provoca una reordenación de flujos entre los diferentes niveles asistenciales. Del mismo modo es fundamental la coordinación de los diversos servicios intrahospitalarios que intervienen en el diagnóstico del paciente (Laboratorio, Radiología, Anatomía Patológica, etc.)

Resultados Conclusión: Desde la implantación de los diferentes Circuitos Rápidos en el año 2005 se ha observado una mejora significativa en el término de la resolución de los casos, que anteriormente no siempre cumplía con los objetivos establecidos.

Durante los últimos años se ha estabilizado este resultados obteniendo para todos los circuitos siempre un tiempo inferior a 30 días entre el primer contacto del paciente con nuestro centro y el inicio del tratamiento.

Resultados últimos años:

- Colon. 2012: 126 casos CDR, 8 casos diagnosticados, tiempo resolución: 18 días. 2013: 94 casos CDR, 5 casos diagnosticados, tiempo resolución: 22 días. 2014: 68 casos CDR, 8 casos diagnosticados, tiempo resolución: 22 días.

- Mama. 2012: 40 casos CDR, 11 casos diagnosticados, tiempo resolución: 19 días. 2013: 37 casos CDR, 7 casos diagnosticados, tiempo resolución: 25 días. 2014: 31 casos CDR, 7 casos diagnosticados, tiempo resolución: 22 días

- Pulmón. 2012: 25 casos CDR, 15 casos diagnosticados, tiempo resolución: 22 días. 2013: 23 casos CDR, 9 casos diagnosticados, tiempo resolución: 30 días. 2014: 24 casos CDR, 11 casos diagnosticados, tiempo resolución: 21 días.

- Próstata. 2012: 4 casos CDR, 1 caso diagnosticado, tiempo resolución: 22 días. 2013: 5 casos CDR, 3 casos diagnosticados, tiempo resolución: 29 días. 2014: 1 caso CDR, 1 caso diagnosticado, tiempo resolución: 16 días

- Vejiga. 2012: 16 casos CDR, 5 casos diagnosticados, tiempo resolución: 21 días . 2013: 25 casos en CDR, 23 casos diagnosticados, tiempo resolución: 27 días. 2014: 11 casos CDR, 8 casos diagnosticados, tiempo resolución: 21 días

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 123

TÍTULO: PROFESIONALES SANITARIOS DEL ÁREA QUIRÚRGICA DE FERROL. CONOCIMIENTO SOBRE EL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA

AUTORES: PESADO CARTELLE, JOSE ANGEL (XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL); RUSSO FOJO, M. C. (XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL); TIZON BOUZA, E. (XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El presente estudio pretende responder a una cuestión principal: ¿Conocen los profesionales de Enfermería, Facultativos Quirúrgicos y Anestelistas del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol el Segundo Reto "La Cirugía Salva Vidas" de la OMS y las medidas de seguridad contempladas en la World Alliance for Patient Safety?

Objetivos: Objetivo Principal: Evaluar los conocimientos de los profesionales del Bloque quirúrgico del CHUF sobre recomendaciones de la OMS y de la WAPS respecto a medidas de seguridad para paciente quirúrgico y LVQ.

Objetivo Específico: Medir la aceptabilidad entre el personal sobre hipotética implantación del LVQ

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: • Estudio Descriptivo, transversal de 8 meses

- Población: profesionales sanitarios del bloque quirúrgico del CHUF n=158
- Tamaño muestral n=88,56
- No se encuentran cuestionarios validados apto. Cuestionario ad hoc, pilotaje por 11 profesionales
- Se estudian 86 variables agrupadas en 5 bloques más 1 de texto libre
- 1. Datos socio-demográficos
- 2. Conocimientos sobre estrategias de seguridad y SiNASP
- 3. Conocimiento sobre LVQ
- 4. Necesidad de implantación LVQ.
- 5. Valoración sobre seguridad en su servicio.
- Se garantiza confidencialidad y respeto a normas ético-legales
- No existe conflicto de interés
- Cálculo de frecuencias, porcentajes y medidas de dispersión.
- Para determinar el grado de relación entre variables, se realiza ji²
- En variables que no cumplan condiciones necesarias se realiza Test Exacto de Fisher
- Aplicaciones:
- Excel 2007®; SPSS 19; Epidat 4.0

Resultados Conclusión: Más relevantes:

Muestra alcanzada n=98: 88,3% enfermería, 63,20% facultativos, 76,47% residentes.

78,79% de profesionales no saben cómo acceder a SiNASP. 70% de facultativos y 50% de enfermería lo conocen

62,72% desconocen las recomendaciones sobre seguridad de la OMS y la WAPS

74,5% desconocen la campaña "LA cirugía segura salva vidas"

Conocimiento sobre LVQ: 40%:

- 66% desconoce a quien implica, 75,5% desconoce en cuantas fases se divide
- 69,1% cree necesaria implantación
- 71,8% lo complimentarían
- 90% se sienten seguros de ser operados en su centro, pero 68,2 quisieran se les aplicara LVQ
- 65,5% afirman que mejoraría la seguridad

Valoración del profesional sobre seguridad en su servicio:

54,5% refiere actividades de mejora de seguridad. 45,4% afirma lo contrario

64,5% se siente seguro con procedimientos y sistemas establecidos para prevenir errores

Asociación entre variables: Se encontró significancia estadística

CONCLUSIONES: El conocimiento es mayor entre facultativos y residentes (90%) que entre enfermería (10%)

Quienes más conocen el LVQ son los anestelistas

Existe menos conocimiento entre mayores de 54 años

No existe mayor conocimiento por mayor experiencia laboral

Se revela un importante compromiso de los profesionales cara a implementar mejoras en la seguridad del Bloque quirúrgico

El cuestionario ad hoc resultó un instrumento útil para detectar carencias formativas y de conocimiento

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 124

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA MÉDICA EN UN CENTRO PRIVADO NO JERARQUIZADO

AUTORES: RIBO BONET, CRISTINA (CENTRO MÉDICO TEKNON); GALLARDO GONZÁLEZ, M. (CENTRO MÉDICO TEKNON); BARCIA VIEITES, D. (CENTRO MÉDICO TEKNON); PAVÓN VIZCAÍNO, P. (CENTRO MÉDICO TEKNON)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Centro Médico Teknon es un centro hospitalario abierto, en el que actúan profesionales sanitarios, médicos especialistas en su mayoría, en el ejercicio libre de su profesión. El Centro tiene establecido un mecanismo de acreditación mediante el cual, entre otros, se asignan a cada profesional los privilegios básicos y los específicos. Para mantener todo este sistema de acreditación, así como para gestionar la asignación y reasignación de los privilegios específicos es necesario conocer y evaluar la práctica clínica de cada profesional médico.

Objetivos: Definir un proceso objetivo, estandarizado y automatizado que permita reunir los datos referentes a la calidad de la práctica de cada profesional acreditado con el fin:

- Conocer la calidad de la atención
- Gestionar los privilegios médicos
- Ofrecer la información al usuario para su mejora individual

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Para el desarrollo del proyecto se estableció un grupo de trabajo, liderado por Dirección Médica, con la participación de Calidad y Sistemas de Información. Los principales pasos que se siguieron fueron:

- Determinar indicadores comunes a todas las especialidades: cumplimentación del informe de alta, presencia de curso clínico diario, etc.
- Determinar para cada especialidad los indicadores específicos, tanto para las especialidades quirúrgicas, médicos de urgencias y servicios centrales.
- Definición de cada indicador
- Búsqueda de las fuentes de información y definición de las reglas de explotación
- Feed-back con los coordinadores de las especialidades
- Diseño del formulario dotado de funcionalidades. El formulario permite al facultativo, a partir de cada indicador acceder a las historias clínicas que han dado lugar a dicho resultado. Asimismo además de datos automatizados pueden introducirse otros estudios de evaluación no provenientes de los sistemas de información. El formulario permite, a la vez la comparación del profesional con el resultado de su grupo y especialidad.
- Búsqueda de un sistema de difusión individualizada de los datos. El facultativo tiene acceso al formulario a través de su Estación Clínica Médica, dónde le aparecen todos los formularios generados anualmente.

Resultados Conclusión: El desarrollo de este proyecto nos ha permitido:

- Obtener información actualizada y constante del desarrollo de la práctica médica individual: ámbitos quirúrgicos, médicos, urgencias y servicios diagnósticos.
 - Dotar a la organización de un instrumento de diálogo con los clínicos
 - Dotar a los clínicos de herramientas para su autoevaluación comparándose con su grupo y especialidad
 - Explotar los datos asistenciales existentes en nuestros sistemas de información
- Es una herramienta que estará en constante desarrollo a medida que los sistemas de información evolucionen.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 125

TÍTULO: CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y LABORAL EN EL HOSPITAL DE SANT PAU

AUTORES: ARRIETA SEGURA, M. ISABEL (FUNDACIÓ DE GESTIÓ SANITÀRIA HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU); GAMELL ALVAREZ, L. L. (FUNDACIÓ DE GESTIÓ SANITÀRIA HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU); GONZALVO MAILLO, L. A. (FUNDACIÓ DE GESTIÓ SANITÀRIA HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU); JULIA LLURBA, O. L. (FUNDACIÓ DE GESTIÓ SANITÀRIA HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Análisis de la implantación del Plan de Igualdad y en concreta de las medidas de conciliación vida personal, laboral y familiar.

Objetivos: Un objetivo importante en el compromiso de gestionar los recursos humanos de manera que permita una conciliación real de la vida personal, laboral y familiar. A partir de la puesta en marcha en 2009 del Plan de Igualdad, se trata de estudiar qué medidas de conciliación se han puesto en marcha en el Hospital de Sant Pau.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: En este proceso se valora el sistema de permisos por razones familiares y de permiso parental, de atención a la infancia y a personas de edad avanzada y dependientes, y creación de una estructura y organización del entorno laboral que facilite tanto a los hombres como a las mujeres la combinación del trabajo y de las responsabilidades familiares y del hogar.

Los indicadores cuantitativos y cualitativos a analizar son los siguientes:

- Proporción de hombres y mujeres que se acogen o benefician de las medidas de conciliación
- Medidas de conciliación
- Actitud de la organización y la plantilla ante la demanda de permisos y excedencias para conciliar
- ¿Los horarios y jornadas favorecen la conciliación?

Resultados Conclusión: Resultados:

Los resultados obtenidos permiten ver la evolución de los indicadores de conciliación vida laboral en la comparativa realizada de los años 2010 -2014.

Se ha producido un incremento de las reducciones legales y un descenso de las solicitudes de excedencia.

Conclusión:

Una vez revisados los datos, se comprueba que la evolución no ha sido significativa, pero sí se detectan cambios que pueden ser producidos por la crisis económica y surge la duda de si todos los profesionales del hospital son conocedores de las medidas de conciliación a las que se pueden acoger. Una de las acciones de mejora a realizar es la implantación de un plan de comunicación que publicite dichas medidas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 126

TÍTULO: VIGILANCIA DE GÉRMEENES MULTIRRESISTENTES EN EL HOSPITAL: EPIDEMIOLOGÍA, CARGA DE CUIDADOS Y TIEMPOS DE RESPUESTA

AUTORES: MARCEN ESTELLA, ANA ISABEL (HOSPITAL CLINICO ZARAGOZA); SANTABARBARA ARILLA, C. (HOSPITAL CLINICO ZARAGOZA); ROSEL VALLEJO, M. P. (HOSPITAL CLINICO ZARAGOZA); MOLINER LAHOZ, J. (HOSPITAL CLINICO ZARAGOZA); BARRASA VILLAR, J. I. (HOSPITAL CLINICO ZARAGOZA); AIBAR REMON, C. (HOSPITAL CLINICO ZARAGOZA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Conocer la tendencia de las infecciones por bacterias multirresistentes (BMR) en el hospital es necesario para evaluar la efectividad de las medidas preventivas de control. Además, diversas estrategias y programas (Resistencia Zero, PROA) tienen como objetivo reducir la incidencia de BMR, para lo cual es necesario contar con datos puntuales y actualizados

Objetivos: Describir los resultados del sistema de vigilancia de gérmenes multirresistentes en el hospital, tras introducir nuevos métodos de trabajo.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El sistema de vigilancia de BMR incluye la detección de casos y la puesta en marcha de medidas de control de manera rápida.

El personal de enfermería del Servicio de Medicina Preventiva (SMP) realiza una búsqueda activa de los casos de infecciones por BMR mediante visitas a plantas, revisión de historia electrónica y búsqueda diaria de resultados microbiológicos.

Se registra en una base de datos centralizada en el SMP todos los episodios de pacientes en que se detecte una infección o colonización por BMR, con las medidas aplicadas y las fechas. Elaboración de un conjunto de indicadores para la monitorización de la epidemiología de los BMR en el hospital (pacientes infectados, gérmenes, días de aislamiento, tiempos de respuesta).

Resultados Conclusión: En los últimos años la frecuencia de BMR se ha incrementado. En los 4 primeros meses de 2015 el registro de pacientes con cultivo o precauciones por BMR ha incluido 148 episodios correspondientes a 141 pacientes.

La distribución por gérmenes vigilados: SARM (45,9%), E coli BLEE (23.6%), Kleb BLEE (11%) P AER CR (10.1%), S EPID LR (4.7%), Citrob BLEE (2%) ENT CP (1.4%) ENT VR (0.7%), Enterob BLEE (0.7%). En 4 casos el paciente fue aislado sin ser un cultivo positivo. Los casos de infección fueron clasificados como nosocomiales (37.8%), asociadas a cuidados (29.7%) o comunitarias (29.7%). Las localizaciones de la infección en los 144 casos en que existió un cultivo: urinarias (29,7%), respiratorias (18,9%), cutáneas (17,6%), quirúrgicas (14,9%), bacteriemias (9,5%), catéteres centrales (2,0%) y otras (4.9%). La distribución por servicios más frecuentes: medicina interna (31.5%), cuidados intensivos (15.5%), cirugía general (10.2%), cirugía vascular (7.4%), neumología (7.4%).

El indicador de duración media de las medidas de aislamiento se ha calculado para cada mes: 16 días en enero, 24 en febrero, 14 en marzo y 9 en abril. El análisis gráfico permite analizar los casos extremos.

Los tiempos medios desde la toma de muestra hasta la aplicación de medidas de control se calculan también mensualmente: 3.5 días en enero, 2.8 en febrero, 2.4 en marzo, y 3.7 en abril. Conclusiones

La búsqueda activa de casos de infecciones por gérmenes multirresistentes permite actuar de manera rápida para poner en marcha las medidas de control adecuadas. Inicialmente se produce un incremento del número de casos detectados, atribuible al método de búsqueda. La monitorización mensual de indicadores de días de aislamiento

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 127

TÍTULO: CICLO DE CONTROL DEMING APLICADO AL CUMPLIMIENTO DE LOS TIEMPOS DE ESPERA QUIRÚRGICA

AUTORES: REDONDO NOYA, ANA BELÉN (FUNDACIÓN SANITARIA DE MOLLET); DURAN NAVARRO, J. (FUNDACIÓN SANITARIA DE MOLLET); ALLUE ORDUÑA, N. (FUNDACIÓN SANITARIA DE MOLLET)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En junio de 2014 la Consejería de Salud de la Generalitat de Cataluña establece como objetivo los tiempos de espera máximos de los procedimientos quirúrgicos. En los procedimientos quirúrgicos garantizados el tiempo de espera máximo sería de 6 meses y en los procedimientos quirúrgicos no garantizados sería de 2 años.

Objetivos: Garantizar el tiempo de espera de los procedimientos garantizados en 6 meses y los procedimientos no garantizados en 1 año.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se siguió la metodología del ciclo Deming para cumplir el objetivo y se llevaron a cabo tres acciones principales. La primera acción fue realizar una planificación anual de las intervenciones quirúrgicas distribuyendo los módulos quirúrgicos en función del número de intervenciones que cada servicio tenía que realizar para cumplir los tiempos de espera. La segunda acción fue reorganizar el comité quirúrgico. Se constituyó un equipo multidisciplinar formado por jefes de servicio, los responsables del proceso quirúrgico y un responsable de la Secretaría Técnica. La función del equipo era revisar mensualmente las intervenciones realizadas y programadas y modificar la planificación de los módulos en función de las necesidades del cumplimiento del tiempo de espera. La tercera acción fue el desarrollo del cuadro de mando de actividad quirúrgica de actualización diaria que aportaba información sobre la actividad realizada, la actividad programada y el tiempo de espera para cada uno de los procedimientos.

Resultados Conclusión: El tiempo de espera paso a ser de 9 a 4 meses en los procedimientos garantizados y de 21 a 12 meses en los no garantizados. Las acciones realizadas permitieron incrementar la actividad quirúrgica en 275 intervenciones más de las planificadas. La tasa de ambulatorización fue del 82%.

Conclusiones:

Revisar el proceso integralmente siguiendo la metodología de ciclo de Deming, facilitó la gestión operativa del bloque quirúrgico reduciendo el tiempo de espera y mejoró el proceso de ambulatorización que ha revertido en la gestión de todo el hospital en ahorro de estancia.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 128

TÍTULO: LA GESTIÓN A TRAVÉS DE UNIDADES DE EXCELENCIA

AUTORES: CHAMARRO RUBIO, SONIA MARÍA (HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL); NIETO GÓMEZ, G. (HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL); LÓPEZ RAMOS, M^a. (HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL); SOTO MERINO, E. (HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La Dirección Enfermera basa la estrategia de gestión, en la excelencia en Unidades asistenciales. Con el objetivo de definir unidad excelente se constituye la Comisión de Cuidados (C.C.) Octubre 2012, presidida por la Directora y formada por presidentes de Comisiones, expertos de cada Área Asistencial y Atención al Paciente. Partiendo de las líneas estratégicas se definen los conceptos de excelencia, mediante tormenta de ideas y consenso de expertos. Se definen los requisitos de los subcriterios para la evaluación de las unidades según el modelo EFQM. La autoevaluación comenzará en la Unidad de Críticos Quirúrgicos (U.C.Q.) con la herramienta Reder. Algunos requisitos se evalúan con un cuestionario de 19 ítems.

Objetivos: 1. Definir Unidad Excelente en cuidados partiendo de las líneas estratégicas del hospital.
2. Definir los requisitos de evaluación de los criterios agentes del modelo EFQM para evaluar una unidad asistencial.
3. Describir la autoevaluación inicial en la UCQ, según modelo EFQM.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Reuniones mensuales. Definición de unidad excelente apoyado en las líneas estratégicas del hospital. Diseño de la unidad excelente con la técnica de brainstorming. Autoevaluación según modelo EFQM. Formación del grupo en gestión de calidad y modelo EFQM. Definición de requisitos de la unidad según criterios agentes del modelo EFQM. Selección de la unidad para el proyecto.

Resultados Conclusión: 1. Los conceptos que definen una unidad excelente: atención integral, ágil y accesible, desarrollo profesional, uso de tecnologías, liderazgo en los cuidados, trabajo en equipo, orientación al paciente, responsabilidad social.
2. Definidos 85 requisitos repartidos en 21 subcriterio, pertenecientes a los criterios agentes del modelo EFQM : Liderazgo: 19 "Definir Misión, Visión y Valores de la Unidad"; Política y Estrategia: 11 "Definida cartera de servicios enfermera por NANDA, NIC"; Personas: 19 "Definidas competencias de cada profesional de la Unidad", "Proyectos de investigación en marcha". Alianzas y Recursos: 21 "Desarrollar programas de mejoras con otras unidades o instituciones". Procesos: 15 "Realizados y actualizados todos los PCE y Protocolos de procesos de la Unidad", "Se realizan al menos 10 Sesiones de Enfermería anuales con contenido asistencial".
3. Se han realizado 5 reuniones para autoevaluar la UCQ, definiendo puntos fuertes y áreas de mejora. En proceso de priorización de áreas de mejora para marcar objetivos en 2015.
El resultado del cuestionario aporta el grado de implicación y de conocimiento de los profesionales en el proyecto.
Conclusiones: La definición de los conceptos de la unidad excelente, constituye un marco teórico sólido para la gestión de unidades asistenciales. El modelo EFQM da protagonismo a los profesionales al participar en su autoevaluación y la identificación de áreas de mejora les facilita el crecimiento hacia la excelencia.
Tener definida la unidad excelente y utilizar el modelo de autoevaluación EFQM, nos garantiza visibilizar metas e poder incluir modificaciones cuando nos desviamos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 130

TÍTULO: PERCEPCIÓN ENTRE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL DOLOR AGUDO COMO QUINTA CONSTANTE VITAL

AUTORES: PESADO CARTELLE, JOSE ANGEL (XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL); CAMACHO BARREIRO, L. (XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL); RUMBO PRIETO, J. M. (XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La valoración del dolor es un dato clínico muy importante para el profesional y el paciente y que por tanto se debe sistematizar. Recabar la opinión de los profesionales al respecto resulta imprescindible

Objetivos: Conocer la opinión de las/os profesionales de Enfermería del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, respecto a la utilización escalas de valoración y el registro especial de valoración del dolor agudo como quinta constante clínica
Cuantificar el índice de implementación y de registro de enfermería en la medición del dolor como quinta constante en pacientes hospitalizados

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Estudio observacional descriptivo, transversal durante el segundo semestre de 2013. Selección de una muestra representativa de enfermeras que desarrollaban su trabajo en unidades de hospitalización del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol y de una muestra no probabilística de valoraciones de registro especial del dolor a través del aplicativo GACELA.

Para la recogida de datos de los profesionales se utilizó un cuestionario de auto-cumplimentación ad hoc de 20 preguntas tipo Likert, tomando como referencia el manual de procedimiento de evaluación del dolor que se ha implantado en nuestro hospital para la atención integral al dolor. El análisis estadístico de los datos consistió en estadística descriptiva, mediante cálculo de frecuencias, porcentajes y medidas de dispersión; y la aplicación de la estadística inferencial (Ji² de Pearson y el Test exacto de Fisher), para determinar el grado de asociación de las preguntas del cuestionario

Resultados Conclusión: Se recogieron 102 cuestionarios (tamaño muestral significativo).el 57.8%, eran mujeres y el 59% pertenecían al rango de edad de < 40 años

- El 63,7% considera entre bastante y muy adecuada la introducción del dolor como constante
- El 90,2% de los profesionales cree importante para los pacientes que se mida el dolor.
- El 50% de profesionales consideran la escala EVA un método útil a la hora de medir el dolor agudo frente al 65,7% que consideran más útil y práctica la escala verbal simple (EVS).
- El 19,6% valora correctamente el dolor en pacientes sin dolor cada 24h. (p< 0.05)
- Solo el 28% hace la valoración correcta del dolor en pacientes con dolor y analgesia eficaz cada 8 horas (p< 0.05)
- El 56,9% sabe correctamente con que pacientes utilizar la escala EVA (p< 0.05)
- El 84,3% de los profesionales no sabe que el dolor agudo es el de < 6 meses de duración. (p< 0.05)
- El 63,7% de los profesionales consideran la manifestación del propio paciente como el mejor indicador del grado de dolor

La escala EVA se considera útil pero poco práctica, apreciándose una mayor aceptación hacia la utilización de la escala EVS, convendría unificar criterios en base a evidencias. Los conocimientos teóricos-prácticos sobre la frecuencia de valoración del dolor son inadecuados o muy pobres, se precisaría de una retroalimentación y/o mejor refuerzo formativo, para lograr una mayor adherencia en la implementación de dicha estrategia de forma más eficiente

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 131

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE CHECKLIST QUIRÚRGICO EN LA EOXI DE OURENSE. PARTICIPACIÓN EN PROYECTO EUROPEO PASQ-WP5.

AUTORES: GONZÁLEZ VÁZQUEZ, ANTÍA (EOXI DE OURENSE, VERÍN E O BARCO DE VALDEORRAS); GÓMEZ FANDIÑO, Y. (EOXI DE OURENSE, VERÍN E O BARCO DE VALDEORRAS); IGLESIAS CASAS, G. C. (EOXI DE OURENSE, VERÍN E O BARCO DE VALDEORRAS); GONZALEZ PEREZ, S. (EOXI DE OURENSE, VERÍN E O BARCO DE VALDEORRAS); FERNANDEZ COTADO, M. J. (EOXI DE OURENSE, VERÍN E O BARCO DE VALDEORRAS)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El servicio galego de saúde colabora con la Red europea para la Seguridad el Paciente y la Calidad Asistencial en diferentes proyectos de implementación de prácticas seguras. La EOXI de Ourense, Verín e Barco de Valdeorras participó como piloto, representando a la comunidad autónoma, en el proyecto Mejora de la seguridad quirúrgica con la implantación del checklist quirúrgico.

Objetivos: OBJETIVO PRINCIPAL:

Garantizar la calidad y la seguridad de la atención quirúrgica mediante la implementación del listado de verificación quirúrgica (LVQ) en toda la Estructura de Gestión Integrada (EOXI) de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras

Objetivos secundarios:

Verificar puntos de control en relación con la actividad quirúrgica para reducir la probabilidad de daño evitable, aumentando la seguridad del paciente.

Asegurar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las disciplinas clínicas.

Garantizar la aplicación del marco legal de referencia.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: La EOXI se planteó una implementación progresiva del checklist en los 3 hospitales de la misma, que partían de diferentes situaciones basales de implementación. El alcance fueron todas las intervenciones de cirugía mayor programadas y ambulatorias

El proyecto contó con 3 fases bien diferenciadas, para las cuales se estableció un cronograma: planificación y análisis de situación basal, implementación y evaluación.

Se contó con la colaboración del ministerio como nexo de unión entre el país coordinador de este paquete de medidas a nivel europeo, Alemania, y el resto de las comunidades autónomas de España participantes. La duración del proyecto fue de mayo del 2013 a diciembre del 2014.

Resultados Conclusión: Se evaluó la evolución del Proyecto en 3 ocasiones:

Evaluación Inicial de situación basal de partida, mediante un cuestionario basal.

Evaluación a mitad de proyecto, mediante 3 indicadores (porcentaje de cumplimiento en cirugía mayor con ingreso (CMI), porcentaje de cumplimiento en cirugía mayor ambulatoria (CMA) y mortalidad post-operatoria)

Evaluación Final: mediante cuestionario y los 3 indicadores.

En el CHUO se incrementó el porcentaje de cumplimiento en CMI de un 40% a un 94,4%. En CMA se experimentó un descenso de 66% a 39,7%.

En el HV no se experimentaron cambios, pues ya se partía de un porcentaje de cumplimiento del 100% en ambas categorías

En le HCV se alcanza un 85,2% en CMI y un 82,7% en CMA. Se partía de una situación basal sin checklist quirúrgico.

En cuanto a la mortalidad post-operatoria no se han descrito cambios significativos tras la participación en el proyecto

CONCLUSIÓN

Se ha obtenido un incremento global, a nivel de EOXI, en la cumplimentación del checklist quirúrgico, lo que sin duda repercutirá en incremento de la seguridad de nuestros pacientes.

El trabajo en equipo ha resultado enriquecedor, tanto a nivel local como a nivel nacional, con representantes de otras comunidades autónomas.

Se han detectado áreas de mejora para continuar trabajando para garantizar la seguridad quirúrgica de los pacientes de nuestra EOXI.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 132

TÍTULO: PROFUNDIZANDO EN LA PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES: PROCESO QUIRÚRGICO PROGRAMADO

AUTORES: PUENTE GONZÁLEZ, M^a DOLORES (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN); PRADO ADEVA, P. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN); RAMIRO GONZÁLEZ, M. D. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN); IZQUIERDO MEMBRILLA, I. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN); SALCEDO CASTRO, B. G. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los estudios de satisfacción realizados con enfoque cuantitativo obtienen resultados muy positivos respecto a la atención percibida, sin embargo, estos datos pueden cuestionarse debido a que paralelamente y en ocasiones se observa un incremento del número de quejas sobre la atención. La utilización de herramientas cualitativas permite profundizar en el conocimiento de la percepción del paciente y aflorar aspectos de la atención no incluidos en las encuestas de satisfacción que pueden mejorarse.

Objetivos: Detectar áreas de mejora en la atención a pacientes sometidos a cirugía programada en un hospital de tercer nivel y explorar aspectos sobre información, comunicación y tiempos de espera para recibir atención en el hospital.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se realizó un estudio exploratorio con metodología cualitativa mediante entrevistas semiestructuradas. Se seleccionaron pacientes intervenidos quirúrgicamente de forma programada en los Servicios de Cirugía General entre marzo y octubre de 2014. Se incluyeron pacientes que permanecieron hospitalizados al menos 48 horas, de ambos sexos, de diferentes edades y con patología oncológica y no oncológica. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas. Se realizó un agrupamiento en categorías descriptivas mediante la herramienta informática OpenCode 4.02 y se analizó el contenido temático.

Resultados Conclusión: Siguiendo criterios de saturación del discurso se realizaron 6 entrevistas. Los pacientes relataron estar muy satisfechos con la competencia y la habilidad de los profesionales para realizar su trabajo y se sintieron informados en todos los aspectos de su proceso. Sin embargo, describieron experiencias relacionadas con falta de respuesta ante problemas concretos y falta de escucha activa por parte de los profesionales, que en algún caso, originó retraso en su recuperación. En el aspecto interpersonal los pacientes describieron un trato adecuado y amable por la mayoría de los profesionales, pero tuvieron problemas con determinadas personas donde el trato y la comunicación resultaron difíciles, incluso en algún caso pudo conducir al paciente a rechazar el tratamiento indicado. En cuanto a los aspectos no relacionados directamente con la atención sanitaria, los pacientes refieren tener problemas en la gestión de citas para consultas, poco espacio en las habitaciones, ruidos molestos provocados por aparatos y por el personal sanitario, así como conversaciones inadecuadas por parte de estos últimos. Los pacientes consideraron que el tiempo de espera para recibir atención en el hospital era adecuado o inferior al que esperaban.

Aunque el trato es adecuado en la mayor parte de los profesionales, parece indicado mejorar las habilidades de escucha activa en este colectivo. El uso de herramientas cualitativas ha permitido evidenciar aspectos de mejora que pasan desapercibidos al aplicar cuestionarios cerrados de satisfacción.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 133

TÍTULO: MEJORA EN LOS TIEMPOS DE ESPERA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS TRAS LA ADECUACIÓN DE LOS HORARIOS LABORALES

AUTORES: MARTIN RODRIGUEZ, LUIS MARIA (HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA); SANCHEZ MENAM, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA); NAVEDA FERNANDEZ, J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los tiempos de espera constituyen uno de los principales indicadores de la actividad que se realiza en un servicio de Urgencias, además de uno de los factores con mayor influencia en la calidad percibida por los usuarios. Las medidas para una mejora continua de los mismos se hacen imprescindibles con el aumento progresivo de la demanda de atención sanitaria urgente por la población.

Objetivos: Disminuir los tiempos de atención de los pacientes en Urgencias de adultos en nuestro centro para mejorar la calidad de la asistencia prestada y la calidad percibida por nuestros pacientes.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: En nuestro centro se atendieron en 2013 56.580 urgencias de adultos (M.Interna 29.627, Traumatología 19.124, Cirugía 3.422). Los tiempos de espera medios fueron 37, 20 y 32 minutos respectivamente. Dentro de dichos patrones se apreciaba un marcado aumento de la demanda entre las 10 y las 13 horas y desde las 17 a las 21 horas. Ello ocasionaba retrasos en la primera atención médica en las horas siguientes.

Se planteó para 2014 una modificación de la atención a los pacientes, unificando los circuitos de Traumatología y Cirugía, con médicos específicos para este circuito, se adaptaron los horarios de los profesionales para reforzar el número de médicos durante los periodos de mayor afluencia y se creó un nuevo espacio físico de consulta para facilitar el apoyo por parte de médicos de otras áreas de Urgencias.

Resultados Conclusión: RESULTADOS

En 2014, a pesar del aumento de volumen de pacientes atendidos (60.184 urgencias de adultos, +6.3%; M.Interna 31.460, +6.1%; Traumatología 20.448 +6.9%; Cirugía 3706; +8.2%), se consiguió una mejora de los tiempos de espera (M.Interna 34 min; Traumatología 20 min; Cirugía 23 min). En el análisis cualitativo de dicha mejora se aprecia, además, que se producen en los momentos en los que previamente la espera era más alta.

Los tiempos de espera para la valoración en triaje no se modificaron entre los periodos comparados

Esto ha tenido también impacto en las quejas y reclamaciones de los pacientes debidas a la demora en la atención, bajando del 40% (26/60 reclamaciones) en 2013 al 15.8% (10/63) en 2014.

CONCLUSIÓN

La unificación de circuitos y la adaptación de los horarios de trabajo de los profesionales a la demanda asistencial consigue, sin aumento de la plantilla y a pesar del aumento de la demanda, disminuir los tiempos de espera, especialmente en los momentos de mayor demanda asistencial, así como también disminuir las quejas y reclamaciones por demora en la atención sanitaria urgente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 134

TÍTULO: VIGILANCIA Y CONTROL DE LA INFECCIÓN POR SARM Y POR OTROS GÉRMENES MULTIRRESISTENTES EN EL HOSPITAL

AUTORES: SANTABARBARA ARILLA, CRISTINA (HOSPITAL CLINICO ZARAGOZA); MARCEN ESTELLA, A. I. (HOSPITAL CLINICO ZARAGOZA); LAGUIA MARTIN, P. (HOSPITAL CLINICO ZARAGOZA); FELIX MARTIN, M. (HOSPITAL CLINICO ZARAGOZA); MARECA DOÑATE, R. (HOSPITAL CLINICO ZARAGOZA); PRIETO ANDRES, P. (HOSPITAL CLINICO ZARAGOZA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La vigilancia y el control de los gérmenes multirresistentes es uno de los desafíos de la epidemiología en el hospital.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es realizar un estudio descriptivo de las características de los pacientes que han tenido una infección por SARM en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza a lo largo de 2015.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El sistema de vigilancia de la infección nosocomial consiste en la recogida diaria de los resultados del servicio de microbiología, su registro en una base de datos y la aplicación de las medidas de aislamiento necesarias en cada caso.

El paciente debe permanecer aislado mediante precauciones por contacto y por gotas hasta que se produzca la resolución microbiológica de la infección o se determine curación clínica de la misma por parte del facultativo que atiende al paciente y, además, se obtengan 3 muestras consecutivas negativas como portador, lo cual no es un impedimento para ser dado de alta.

Los datos epidemiológicos que se recogen para cada paciente son: fechas de ingreso y alta, muestra clínica donde se aisló SARM y fecha de la misma, servicio y cama de ingreso del paciente, adquisición probable (nosocomial/comunitaria), resultados de los exudados de control y motivo del fin del aislamiento (alta/negativización/fallecimiento).

Resultados Conclusión: En los cuatro meses de enero a abril de 2015 se han controlado 68 pacientes por SARM y 80 por otros gérmenes multirresistentes (BMR). La distribución de los casos por tipo de infección fue comunitarias (38.2%), asociada a cuidados (30.9%) y nosocomiales (25%). Además, el 5.8% fueron controles por riesgo de infección no confirmado. De los casos SARM, dos casos fueron colonizaciones confirmadas y el resto infecciones. Las localizaciones más frecuentes en SARM fueron respiratoria, cutánea, heridas quirúrgicas y hemocultivos. En esta variable existen diferencias significativas con el resto de BMR. Es más frecuente el SARM que los otros BMR en servicios como vascular, traumatología, cardiología o dermatología. La duración media de las medidas de aislamiento fue de 12.6 días, mientras que en los casos de otros BMR fue de 15.9. El tiempo medio entre la toma de una muestra microbiológica y la aplicación de medidas de aislamiento por un resultado positivo fue de 3.36 días en SARM y 3.04 en otros BMR.

El tiempo transcurrido entre el ingreso del paciente y la toma de muestras para diagnóstico fue de 8 días en los casos SARM y 14 días en los de infecciones por otros BMR.

Discusión y conclusiones. Los pacientes infectados por SARM tienen un patrón epidemiológico distinto al del resto de BMR, son más prevalentes en determinados servicios, son con más frecuencia infecciones comunitarias, y de localización cutánea o respiratoria. Los tiempos de aislamiento en el hospital son inferiores a los que generan otros BMR. El tiempo desde la sospecha diagnóstica a la aplicación de medidas es adecuado, aunque la monitorización de este indicador servirá para detectar posibles deficiencias del sistema de vigilancia.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 137

TÍTULO: EL MAPA DE RIESGOS DE SEGURIDAD DE PACIENTES

AUTORES: SAINZ DE VICUÑA BRAVO, LEIRE (MUTUALIA); ULIBARRENA SAINZ, M. A. (MUTUALIA); ESTRADE ROYO, V. (MUTUALIA); HUIDOBRO DE DIEGO, V. (MUTUALIA); OLEAGA GOYA, F. J. (MUTUALIA); ETXABE LASKIBAR, N. (MUTUALIA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En nuestra organización trabajamos formalmente en seguridad de pacientes desde 2008 y, desde el año 2013, estamos certificados por la norma UNE 179003 "Gestión de riesgos para la Seguridad de Pacientes". En 2012, como parte de las medidas implantadas para adecuarnos a esta norma, se definió el mapa de riesgos de seguridad de pacientes.

Objetivos: Describir la forma en la que el mapa de riesgos y sus revisiones posteriores nos han servido como una herramienta de mejora en la estrategia de Seguridad de Pacientes.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: ; En Diciembre de 2012 se elabora el mapa de riesgos de seguridad de pacientes:

- o Se identifican 223 riesgos, 73 de ellos clasificados como altos o extremos.
- o Esos 73 riesgos altos y extremos se consideran riesgos no aceptables, según criterios de aceptabilidad de riesgos definidos en ese momento.
- o Se elabora el Plan de Tratamiento de Riesgos por servicio para dar respuesta a los 73 riesgos considerados no aceptables.

En Enero de 2014 se hace la primera revisión del mapa de riesgos de seguridad de pacientes:

- o Se añaden riesgos relacionados con equipos y materiales, como consecuencia de una NC detectada en la auditoría de AENOR.
- o Los riesgos pasan de 223 a 256, y los riesgos altos y extremos, de 73 a 78.
- o Son 42 riesgos a tratar (no aceptables), según los criterios de aceptabilidad de riesgos en vigor en ese momento.

En Febrero de 2015 se hace la segunda revisión del mapa de riesgos de seguridad de pacientes, y se evalúa la eficacia de los Planes de Tratamiento de Riesgos por servicios.

- o Se actualiza el mapa, reevaluando los riesgos ya detectados e incorporando nuevos riesgos
- o Los riesgos pasan de 256 a 252, y los altos y extremos, de 78 a 64.
- o Son 18 riesgos a tratar (no aceptables), según los criterios de aceptabilidad de riesgos en vigor en ese momento.

Resultados Conclusión: Este mapa de riesgos de seguridad de pacientes nos ha permitido mejorar la gestión de riesgos, implantando nuevas barreras para evitar que los riesgos lleguen a materializarse, y asegurando que las barreras con las que ya contamos son las adecuadas para minimizar dichos riesgos.

Ha sido la base para la elaboración de los Planes de Tratamiento de Riesgos, que han sido eficaces, dado que han contribuido a que se reduzcan los riesgos altos y extremos (de 78 detectados en la revisión 1, a 64 en la revisión 2), y a reducir el número de riesgos no aceptables (de 42 de la revisión 1, a 18 de la revisión 2).

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 138

TÍTULO: LA UNE 179003 COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DE PACIENTES

AUTORES: SAINZ DE VICUÑA BRAVO, LEIRE (MUTUALIA); ECHENAGUSIA CAPELASTEGUI, V. (MUTUALIA); AGUIRRE ZUBILLAGA, I. M. (MUTUALIA); LLEDÓ VICENTE, P. (MUTUALIA); PAZ PAILHEZ, A. (MUTUALIA); URRUTIA GARCÍA, S. (MUTUALIA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Desde que en 2008 el Comité de Dirección aprobara nuestro Plan de Seguridad de Pacientes, son muchos los aspectos en los que hemos avanzado desde la Unidad de Gestión de Riesgos, Comisión de Infecciones, y demás equipos de mejora que se han ido creando. La UNE 179003 "Gestión de riesgos para la Seguridad de Pacientes", por la que nos certificamos en 2013, nos ha servido como una herramienta para impulsar esta estrategia en nuestra organización.

Objetivos: Describir el recorrido de nuestra organización en la implantación de la estrategia de Seguridad de Pacientes, y la forma en la que la norma UNE 179003 nos ha servido de impulso.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Los principales hitos en la gestión de Seguridad de pacientes de nuestra organización han sido los siguientes:

- En 2008 se aprueba el Plan de Seguridad de Pacientes.
- En 2009 se constituye la Unidad de Gestión de Riesgos, como equipo encargado de definir, implantar y hacer el seguimiento de las acciones de seguridad clínica. Ese mismo año se crean también la Comisión de Infecciones y el Equipo de Higiene de Manos. Se implanta el checklist quirúrgico, y se realiza la Encuesta de Cultura de Seguridad de Pacientes.
- En 2010 nos adherimos a la estrategia de Cirugía Segura de la OMS.
- En 2011 implantamos la Identificación Inequívoca de pacientes hospitalizados.
- En 2012 se constituyó la Comisión de Enfermería de Hospitalización y, fruto del análisis de la norma UNE 179003, realizamos el primer mapa de riesgos de seguridad de pacientes. En él se detectaron un total de 223 riesgos, 73 de ellos clasificados como altos o extremos.
- En 2013 se implantó el sistema de notificación de EA, anónimo y no punitivo. Además, se elaboró el Plan de Tratamiento de Riesgos, definiendo un conjunto de acciones que dieran respuesta a los 73 riesgos altos o extremos detectados en el mapa. Ese mismo año obtuvimos la certificación UNE 179003.
- En 2014 se puso en marcha la Comisión de Enfermería de Bloque Quirúrgico.
- En 2015 han comenzado a realizarse las rondas de seguridad, y se ha medido la eficacia de los planes de tratamiento de riesgos por servicio.

Además, a lo largo de todos estos años se ha potenciado la formación del personal en seguridad de pacientes, y la elaboración de guías de práctica clínica basadas en la evidencia, aplicadas a nuestra actividad.

Resultados Conclusión: Nuestra organización ha percibido la certificación UNE 179003 como una oportunidad para mejorar más aún nuestra gestión de riesgos de seguridad de pacientes, dado que nos ha permitido detectar nuevas áreas para mejorar nuestra gestión, y poner medidas para darles respuesta.

Todo ello está siendo posible gracias a la ilusión y al esfuerzo del equipo que trabaja en seguridad de pacientes y al apoyo del resto de profesionales sanitarios, que han interiorizado la importancia de la seguridad de pacientes en su práctica diaria.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 139

TÍTULO: AUDIT DE LA VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL EN LOS SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS DE 3 CENTROS ONCOLÓGICOS

AUTORES: MONTOLIU VALLS, ROSA M. (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA); SERRANO BERMÚDEZ, G. (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA); JULIÀ TORRAS, J. (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA); MORENO ALONSO, D. (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA); TRELIS NAVARRO, J. (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los Cuidados Paliativos (CP) se definen como la atención integral a las personas (y sus familias) con una enfermedad avanzada, progresiva o terminal, con múltiples síntomas, con alto impacto emocional, social y espiritual y con alta necesidad de atención. La realización de un adecuado plan terapéutico se basa en una evaluación multidimensional (EM) adecuada.

Objetivos: Evaluar el grado de implementación de la EM en el servicio de CP de los 3 centros hospitalarios de la Institución.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se han analizado 90 historias clínicas (30 de cada centro) de pacientes atendidos durante el 4º trimestre del 2014 por profesionales del servicio de cuidados paliativos en las 3 áreas asistenciales: hospitalización, consulta externa o por interconsulta de otros servicios.

Se realizó una auditoría tipo self-audit con un auditor externo y con cada uno de los facultativos adscritos al servicio revisando la presencia/ausencia de 28 ítems en las historias clínicas que incluían la historia oncohematológica y los antecedentes patológicos de interés, y las siguientes dimensiones: a) Síntomas, b) Exploración física, c) Estado funcional, d) Información, e) Emocional; f) Espiritual, g) Familia y h) plan de actuación.

Resultados Conclusión: Globalmente hay una adecuación superior al 80% en el 85% de las variables. Hay que mejorar el registro, especialmente, en relación a los antecedentes y a la dimensión espiritual.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 141

TÍTULO: DISEÑO Y EVALUACION DE UNA HERRAMIENTA INFORMÁTICA PARA EL ANÁLISIS ASISTIDO DE LA POLIMEDICACIÓN

AUTORES: LOJO RODRÍGUEZ, JUAN (EOXI DE OURENSE, VERÍN E O BARCO DE VALDEORRAS); GARCÍA CABALLERO, A. A. (EOXI DE OURENSE, VERÍN E O BARCO DE VALDEORRAS); GARCÍA-CABALLERO PÉREZ, T. (EOXI DE OURENSE, VERÍN E O BARCO DE VALDEORRAS); RODRÍGUEZ CAMACHO, E. (EOXI DE OURENSE, VERÍN E O BARCO DE VALDEORRAS)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los riesgos de la polifarmacia superan sus beneficios, especialmente en ancianos porque el aumento de morbilidad hace la polifarmacia más prevalente y porque sus condiciones fisiopatológicas hacen más frecuente la aparición de efectos adversos.

Objetivos: Desarrollo de un programa que facilite el análisis de la prescripción de pacientes polimedificados aplicando los criterios Start-Stopp y PRISCUS y su implementación en forma de piloto en una residencia de ancianos de Ourense (Galicia) para la mejora de la calidad de vida de los pacientes en residencias de ancianos.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Diseño y desarrollo del programa empleando el programa Excel con macros que automaticen los siguientes procesos:

- Obtención alertas según los criterios Start-Stopp en función de la medicación de cada paciente para la revisión por un facultativo
- Determinación de cuáles de ellas son pertinentes y comunicación a los responsables médicos del paciente, que decidirán si seguir o no las recomendaciones del programa realizando en su caso los cambios necesarios.

Se realizó un estudio piloto en pacientes institucionalizados en una residencia de la provincia de Ourense. Se analizó en dicho estudio la eficiencia del programa y la adecuación de prescripción.

Resultados Conclusión: Se evaluaron 115 pacientes, de los cuales 101 eran ;65 años, siendo la media de edad en este grupo de $82,74 \pm 8,56$ años. El 61,74% de la muestra global eran mujeres. El promedio de tratamientos por residente fue de $6,77 \pm 2,92$ (total de prescripciones: 854).

El tiempo medio empleado fue de 6,26 minutos por paciente revisado, lo que implica una reducción estimada del 79,2% frente a la metodología previamente empleada. La aplicación del programa en el estudio piloto ha detectado una elevada proporción de prescripciones potencialmente inapropiadas en pacientes ancianos institucionalizados. Un 67,83% de los pacientes presentaban ;1 alerta pertinente, con una media de 1,3 alertas pertinentes/paciente, y un 16,39% de todos los medicamentos prescritos presentaban ;1 alerta pertinente. El mayor número de alertas detectadas fue en el grupo de fármacos neurolépticos (41,48% del total de alertas). Se efectuaron 88 cambios en prescripciones lo que supuso la aceptación del 62,86% de las alertas propuestas. El total de cambios realizados supuso un ahorro de 32,77 €/año por residente. Además de los previsible beneficios que se derivan de la reducción de la medicación en los pacientes, la utilización del programa consigue un ahorro en los presupuestos de farmacia hospitalaria, así como en los tiempos empleados para la revisión de estas medicaciones. Dados los resultados obtenidos se plantea la posibilidad de ampliar el estudio implantando la herramienta en todas las residencias en las que la medicación está a cargo de la farmacia hospitalaria del área, con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes institucionalizados, disminuir su frecuentación hospitalaria y conseguir un ahorro importante en el gasto de farmacia hospitalaria.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 143

TÍTULO: PROMOVER Y DIFUNDIR LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ENTRE LOS PROFESIONALES

AUTORES: MILLOR SANESTEBAN, BELÉN (XERENCIA XESTIÓN INTEGRADA FERROL); PESADO CARTELLE, J. (XERENCIA XESTIÓN INTEGRADA FERROL); RODRÍGUEZ DAPENA, S. (XERENCIA XESTIÓN INTEGRADA FERROL); RUMBO PRIETO, J. M. (XERENCIA XESTIÓN INTEGRADA FERROL); FERNÁNDEZ LÓPEZ, A. (XERENCIA XESTIÓN INTEGRADA FERROL); MARTÍNEZ ESPÍÑEIRA, J. (XERENCIA XESTIÓN INTEGRADA FERROL).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Uno de los cometidos del Núcleo de Seguridad del Paciente y de Gestión de Riesgos Clínicos, es la de difundir la cultura de seguridad y promover la participación de los profesionales de nuestra organización en el entorno de la seguridad al paciente.

Objetivos: Establecer una sistemática de difusión desde el Núcleo de Seguridad hacia los profesionales de aquellas cuestiones más relevantes detectadas mediante notificaciones en SiNASP. Fomentar prácticas seguras entre los profesionales. Sensibilizar a profesionales procurando la mejora continua de sus actividades. Crear un sistema ágil, visual que llegue a la totalidad de los profesionales y no pase inadvertido

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Análisis descriptivo observacional-transversal de las actividades realizadas por el Núcleo de Seguridad de Pacientes en año 2014. Revisión mensual en grupo de notificaciones SiNASP recibidas (técnica de grupo focal con moderador). Toma de decisiones consensuadas. Análisis cualitativo de resultados

Resultados Conclusión: Se realizan tres sistemas de formación e información a profesionales: BOLETÍN DE SEGURIDAD PERIÓDICO - Finalidad: Fomentar entre todos los niveles profesionales la cultura de seguridad. Evaluar y analizar riesgos a través de la aplicación de herramientas. Hacer partícipes a profesionales de los resultados obtenidos. Permaneciendo a disposición de los profesionales en la Intranet de la Gerencia.

ALERTAS Y MENSAJES EN LA TOTALIDAD DE MONITORES DE EQUIPOS INFORMÁTICOS Finalidad: Difundir alertas a colectivos específicos o sobre casos determinados. Reforzar los mensajes del Núcleo a los profesionales.

SESIONES INFORMATIVAS GENERALES PERIÓDICAS Finalidad: Fomentar entre todos los niveles profesionales la cultura de seguridad. Hacer partícipes a profesionales de los resultados que se obtienen. Son lideradas por un miembro de la Dirección y el Responsable de la Unidad de Calidad. Se estructuran de forma sistematizada: una primera parte con información de SiNASP durante el semestre y una segunda parte con información de otros resultados de indicadores de calidad (úlceras por presión, registro de la escala de dolor, caídas, etc). Se intercalan con los Boletines de Seguridad, de forma que cada trimestre se hace llegar a los profesionales información por una u otra vía.

CONCLUSIÓN: Al trasladar la información se ha consolidado la cultura de la seguridad del paciente en nuestro centro, involucrando al profesional e incrementándose el uso de la plataforma SiNASP (en más del 200%), al establecerse como una herramienta eficaz para detectar los riesgos. Compartiendo y comunicando la información que se genera, se refuerzan los conceptos y se sensibiliza a los profesionales sobre adopción de medidas preventivas mejorando la seguridad en la atención a nuestros pacientes. Los profesionales valoran muy positivamente la emisión del Boletín de Seguridad y sus contenidos. Las alertas y mensajes a todos los profesionales por medio de los fondos de escritorio de los monitores se ha revelado como muy eficiente, consiguiendo un gran impacto.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 144

TÍTULO: ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO PARA EL CONTROL DEL DOLOR EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN CENTRO ONCOLÓGICO

AUTORES: MONTOLIU VALLS, ROSA M. (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA); SERRANO BERMÚDEZ, G. (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA); VAL LEON, M. (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA); QUER MARGALL, N. (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA); TRELIS NAVARRO, J. (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El dolor se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial, o descrita en relación a éste. Es un fenómeno subjetivo, desagradable, con un componente emocional importante, que constituye uno de los síntomas más comunes asociados al cáncer.

Objetivos: Valorar la eficacia del tratamiento para el control del dolor en los pacientes ingresados en el hospital utilizando la metodología del Pain Management Index, que tiene en cuenta la escalera analgésica de la OMS, y el Brief Pain Inventory.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se revisaron los 74 pacientes ingresados el 27 de febrero del 2015.

Se revisaron las prescripciones farmacéuticas para analizar si el paciente tenía pautada analgesia y de qué tipo según la escalera de la OMS:

- Analgésicos no opiodes (paracetamol, antiinflamatorios no esteroideos)
- Opiodes débiles (tramadol, codeína)
- Opiodes mayores (morfina)

Se revisó el curso clínico para valorar la intensidad del dolor medida con la escala analógica visual:

- 0: ausencia de dolor
- 1: EVA de 1 a 3 (dolor leve)
- 2: EVA de 4 a 7 (moderado)
- 3: EVA de 8 a 10 (severo)

Se descartaron 7 pacientes que no tenían prescripción farmacéutica activa porque tenían el alta prevista para esa fecha.

Resultados Conclusión: Se evaluaron 67 pacientes, 31 hombres y 36 mujeres, con una edad promedio de 61 años. El 42% estaba ingresado en el servicio de oncología, el 34% en hematología y el 24% en cuidados paliativos.

De éstos, 14 (20,9%) no tenían dolor por lo que no fueron incluidos en el estudio.

En los 53 pacientes restantes, se calculó la diferencia entre el nivel de analgesia y el nivel de dolor de manera que los valores podían oscilar entre -3 y 3, siendo los valores negativos indicativos de infratratamiento. El valor 0 se ha considerado aceptable pero como nivel mínimo de tratamiento aceptable.

- El 3,8% (2 casos) tenía un valor negativo y correspondía a pacientes que precisaban de una pauta fija de analgesia y, en cambio, sólo eran tratados cuando presentaban dolor irruptivo (se confirmó que el paciente había precisado dosis de rescate en cada turno de enfermería)
- El 96,2% restante (51 casos) corresponde a pacientes con dolor controlado con la pauta analgésica prescrita ya sean analgésicos no opiodes, opiodes débiles o mayores.

Se revisó, además si los pacientes con opiodes presentaban efectos secundarios y ninguno de ellos presentaba signos de neurotoxicidad.

Conclusión: El 79,1% de los pacientes ingresados presentaban dolor y, de estos, un 96,2% recibían un tratamiento analgésico adecuado. Los pacientes tratados con opiodes no presentaban signos de neurotoxicidad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 145

TÍTULO: NINGÚN PACIENTE CON DOLOR. DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA EN EL CONSORCI SANITARI DEL GARRAF

AUTORES: ARIZA GARCIA, VICTORIA (CONSORCI SANITARI DEL GARRAF); FERRERAS ZAMORA, J. (CONSORCI SANITARI DEL GARRAF); PRADES ARTIGAS, C. (CONSORCI SANITARI DEL GARRAF); COLLADO PEREZ, I. (CONSORCI SANITARI DEL GARRAF); SIMON PEREZ, R. (CONSORCI SANITARI DEL GARRAF)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El control y manejo del dolor es un derecho del paciente, todos sabemos que el dolor no aliviado reduce su movilidad y consecuentemente incrementa la aparición de complicaciones. A pesar de los avances conseguidos, estudios recientes en hospitales españoles nos muestran que entre un 11 y un 20% de los pacientes ingresados experimentan dolor severo. Por ello, uno de los retos más importantes es garantizar que nuestros pacientes no tengan dolor durante su ingreso.

Objetivos: Encaminar a nuestro centro hacia 'ningún paciente con dolor', mejorando su evaluación sistemática y la prevalencia de pacientes ingresados con dolor agudo no tratado.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Un primer paso fue la revisión, actualización y difusión del protocolo de valoración, control y manejo del dolor.

Identificación de indicadores de evaluación: registro y evaluación periódica, revaloración, efectividad del tratamiento farmacológico, grado de instauración analgésica, información y educación al paciente/familia, prevalencia actual y prevalencia de dolor a las 24h.

Identificación de áreas de mejora: una vez obtenidos los resultados, se difundieron mediante pósters interactivos en las diferentes unidades. Los profesionales identificaron ideas para mejorar el control y manejo del dolor y objetivos a conseguir en su unidad.

Diseño e implementación del proyecto en base a los objetivos específicos por unidad. Se diseñó un tríptico informativo para los pacientes. Curso de formación online para los profesionales. Prescripción informatizada de diferentes protocolos. Consenso de escalas de valoración para pacientes con deterioro cognitivo, niños y pacientes intubados. Campaña Stop dolor (información y difusión de las acciones realizadas a través de los fondos de pantalla, revista interna e intranet).

Resultados Conclusión: En la primera fase del proyecto ha habido mejoría en todos los indicadores respecto a la situación basal. Destacando el registro y evaluación periódica que ha pasado del 30,9% al 67,6%, revaloración del dolor del 37,9 al 86,1%, efectividad del tratamiento del 32,4% al 40%, información y educación al paciente del 1,37% al 60,4%. La prevalencia de dolor actual ha pasado de 11,2% a 9,3% y la prevalencia a las 24h de 26,9% a 25,2%.

Comparándonos con otros centros, la revaloración después del tratamiento analgésico fue del 86,1% en relación al mejor resultado de los otros centros (41,5%). La prevalencia del dolor en el momento de la evaluación del 9.3% versus al 10.07%. Consiguiendo la segunda posición en la mejora de la información y educación al paciente del 60,4% versus 76.4%.

En el éxito de la implantación del proyecto ha tenido especial importancia la creación de un grupo de trabajo interdisciplinar que ha permitido la unificación de criterios, una visión global de la situación y una mayor agilidad en la difusión de las acciones realizadas y de los resultados obtenidos.

La mejora en la valoración, prevalencia de dolor y información al paciente son el primer paso hacia nuestro objetivo: ningún paciente sin dolor.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 149

TÍTULO: LA MEJORA CONTINUA EN EL PROCESO DE TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO

AUTORES: JOVER PRATS, ARIADNA (HOSPITAL PLATO); GARCIA DIAZ, M. C. (HOSPITAL PLATO); BARAHONA ORPINELL, M. (HOSPITAL PLATO)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Hospital Plató es un centro sanitario, ubicado en la ciudad de Barcelona. A lo largo de sus 90 años de historia, Hospital Plató ha ejercido el papel de hospital general básico en una doble vertiente: dando asistencia a la sanidad pública (en un 95% de su actividad), y llevando a cabo actividad en el mercado sanitario mutual y privado (en un 5%).

Desde la década de los ochenta está incorporada la Unidad de Trabajo Social en el centro hospitalario. El trabajo social hospitalario trata directamente la problemática generada por la situación del enfermo hospitalizado, y por otro lado, colabora dentro del equipo asistencial para diagnosticar, orientar y tratar las problemáticas sociales de los pacientes y planificar recursos al alta hospitalaria (si es necesario).

Objetivos: Establecer acciones de mejora a través del proceso de trabajo social del hospital para garantizar la mejora en la calidad asistencial y la satisfacción de pacientes y a la vez mejorar la coordinación entre profesionales.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Durante el periodo del 2012- 2013 se inicia el primer ciclo de mejora del proceso de trabajo social, y se establecen dos objetivos de mejora: definir los criterios del paciente con riesgo social y poder consultar los informes médicos del paciente durante su hospitalización.

En el ciclo 2013-2014 las áreas de mejora propuestas fueron: establecer los criterios necesarios que han de tener los informes médicos para poder tramitar recurso socio sanitario y detectar la problemática social en un máximo de 72 horas posteriores al ingreso hospitalario del paciente.

Actualmente se están trabajando las áreas de mejora del tercer ciclo, que son: Incluir Trabajo Social en los equipos multidisciplinares del paciente crónico complejo.

La metodología utilizada para la obtención de estos objetivos de mejora se han hecho a través de: creación de un equipo de trabajo, reuniones multidisciplinares, coordinación con los diferentes servicios asistenciales, seguimiento y registro de incidencias y evaluación final de resultados obtenidos.

Resultados Conclusión: Durante estos tres años, se han completado 2 ciclos de mejora, y actualmente se está trabajando en el último ciclo de mejora que se cierra en diciembre de 2015. Hasta el momento los resultados han sido satisfactorios, ya que, se han conseguido las áreas de mejora planificadas y seguimos trabajando para poder lograr los objetivos previstos para este año.

Cada año se irán planteando nuevos objetivos de mejora para seguir garantizando y mejorando el nivel de calidad asistencial en el proceso de trabajo social.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 150

TÍTULO: PROFESIONALES SANITARIOS EN FORMACIÓN: CONOCIMIENTOS Y EXPECTATIVAS EN GESTIÓN DE LA CALIDAD

AUTORES: RAMIRO GONZALEZ, MARIA D. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN); CIMAS BALLESTEROS, M. (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III); MARTÍNEZ SÁNCHEZ, D. (CENTRO DE SALUD RAMÓN Y CAJAL. ALCORCÓN); ROMERO ZEGARRA, V. (CENTRO DE SALUD LUENGO RODRÍGUEZ. MÓSTOLES); IGLESIAS RUS, L. (CENTRO DE SALUD MONÓVAR. MADRID); PLA MESTRE, R. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La gestión de calidad asistencial es un área de capacitación transversal cada vez más relevante en la sanidad. No existen estudios en nuestro medio que identifiquen las necesidades y expectativas de los futuros profesionales sanitarios en esta área

Objetivos: Evaluar el conocimiento y expectativas de gestión de calidad que tienen los profesionales sanitarios en formación de posgrado de la Comunidad de Madrid

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Diseño: Estudio descriptivo transversal

Universo: MIR, FIR, PIR, EIR Comunidad Madrid

Se diseñó una encuesta electrónica "ad hoc", alojada en la herramienta on-line SurveyMonkey®) y distribuida en cascada por las Unidades Docentes de Medicina Preventiva y Salud Pública (MPSP), Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) y Comisiones de Docencia de Centros Sanitarios

Periodo de recogida de encuestas: de marzo a mayo 2015

Datos recogidos: sociodemográficos, especialidad que cursaba, formación recibida, necesidades sobre distintos aspectos en gestión de calidad y expectativas respecto a sociedades científicas del sector

Resultados Conclusión: Contestaron 147 profesionales

75% mujeres. Edad media 31 años (SD: 6.5)

MIR MFC 55%; MIR MPSP 24%; 14% EIR; resto 7%. 13% con especialidad previa

30% no recibieron formación reglada sobre calidad en ningún momento de su formación

Nunca han oído hablar de: gestión por procesos (14%), modelos de acreditación (30%), autoevaluación EFQM (34%), análisis modal de fallos y efectos -AMFE- (38%) y análisis causa raíz -ACR- (36%). Tenían formación teórica en: sistemas de notificación de incidentes (69%), práctica basada en la evidencia (63%) y cultura seguridad del paciente (63%). La formación práctica sobre estos mismos aspectos no superó el 30%. El 64% demandan formación en práctica basada en la evidencia (guías, protocolos y vías clínicas) y el 54% sobre gestión de riesgos (notificación de incidentes, ACR y AMFE). 71% consideran que estar capacitados en calidad asistencial amplía sus oportunidades profesionales. 75% no conocen SECA ni AMCA. Solo un 4% son socios de alguna de ellas. El 39% pertenecen a otras sociedades científicas. A una sociedad científica sobre calidad asistencial le pedirían mayoritariamente formación específica (94%) y más del 50% pedirían acceso gratuito a revistas del sector, biblioteca virtual y descuentos significativos en la inscripción a Congresos. Parece existir una laguna en la formación en gestión de calidad y seguridad de pacientes en los ciclos de posgrado de las especialidades sanitarias. Las áreas en las que refieren estar mejor formados (cultura de seguridad del paciente y práctica basada en evidencia) son aquellas en las que les gustaría recibir mayor formación. No detectan necesidades formativas en áreas que conocen menos (gestión por procesos, sistemas de acreditación y autoevaluación). La mayoría consideran que la formación en calidad es importante para sus oportunidades laborales. Las sociedades científicas debieran darse a conocer a estos profesionales y ofertarles formación específica para resultar atractivas

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 151

TÍTULO: SISTEMÁTICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN CON UN ESQUEMA DE CALIDAD PROPIO EN UN SERVICIO DE SALUD

AUTORES: RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, V. (SERVICIO DE CALIDAD Y GESTIÓN CLÍNICA); FUEYO GUTIÉRREZ, A. (SERVICIO DE CALIDAD Y GESTIÓN CLÍNICA); SUÁREZ GUTIÉRREZ, R. (SERVICIO DE CALIDAD Y GESTIÓN CLÍNICA); MOLA CABALLERO DE RODAS, P. (SERVICIO DE CALIDAD Y GESTIÓN CLÍNICA); GONZÁLEZ SOLIS, A. (SERVICIO DE CALIDAD Y GESTIÓN CLÍNICA); NAVIA-OSORIO GARCÍA-BRAGA, J. (SERVICIO DE CALIDAD Y GESTIÓN CLÍNICA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: la implantación de un modelo de Gestión Clínica en el Servicio de Salud hace necesario diseñar una sistemática para el seguimiento y evaluación de la calidad en las áreas y unidades de gestión clínica (AGC/UGC).

Objetivos: Detallar la sistemática diseñada para realizar el seguimiento y evaluación de la calidad en las AGC/UGC.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El Servicio de Salud encarga en Octubre de 2008 a la Subdirección de Gestión Clínica y Calidad el diseño de un modelo de Gestión Clínica para esta Comunidad Autónoma. En enero de 2009 se inscribe en el registro de la propiedad intelectual el Sistema de Información Normalizado para los Objetivos de Calidad (SINOC), diseñado en clave de objetivos que se despliegan a través de indicadores de desempeño como el modelo de calidad a implantar en áreas y unidades. Desde los Servicios Centrales se presta apoyo y asesoramiento a las áreas y unidades para la implantación del esquema de calidad propio. Para realizar las evaluaciones se utiliza la herramienta DAIME (acrónimo de Documentado, Aprobado, Implantado, Monitorizado y Evaluado) que otorga una puntuación de 0 a 10 puntos por cada indicador. El DAIME tiene una tripe función: como guía a las AGC/UGC en el desarrollo e implantación de sus indicadores de calidad, como herramienta para la evaluación interna y como instrumento para establecer ciclos de mejora continua. El ciclo de seguimiento y evaluación en áreas y unidades se establece a través de ejercicios anuales con las siguientes fases:

- 1) Una primera visita en la que se evalúan las instalaciones (en el caso de nuevas AGC/UGC) o como visita de asesoramiento y apoyo en el resto de ocasiones.
- 2) Un segundo momento a mitad de ciclo que consiste en una autoevaluación realizada por las propias unidades y áreas y que en algunos casos cuentan con la orientación y apoyo de los Servicios Centrales.
- 3) La visita de evaluación final anual a través de una auditoría presencial en la que se audita el escenario calidad abordado por las AGC/UGC y en la que se otorga una puntuación. Se establece un punto de corte para superar la evaluación.

La evaluación final anual es realizada por profesionales del Servicio de Salud formados "ad hoc". El Servicio de Salud garantiza la capacitación y la formación continuada de estos auditores.

Resultados Conclusión: 1. Se han realizado 67 primeras visitas, 92 segundas visitas y 152 visitas finales, lo que suma un total de xxx auditorías realizadas en 50 dispositivos asistenciales distintos, consolidando la sistemática de evaluación de la calidad con un modelo propio.

2. El Servicio de Salud, avanzando en esta línea, ha apostado por la creación de una Unidad de Certificación en Calidad en Julio de 2014, dotada de autonomía e independencia para certificar la calidad de las AGC/UGC.

3. El Servicio de Salud, en Abril de 2015 aprueba un documento de posicionamiento del Servicio de Salud en relación a los sistemas de gestión de la calidad a aplicar en sus dispositivos que reconoce y consolida el lugar que va a ocupar el sistema propio.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 153

TÍTULO: SELECCIÓN DE PERSONAS VERSUS SELECCION DE CURRICULUMS – GESTIÓN DE LA SELECCIÓN EN HOSPITAL PLATÓ

AUTORES: SEGURA MARTINEZ, ENRIC (HOSPITAL PLATO); JOVER MORENO, A. (HOSPITAL PLATO); TERRADELLAS ANTOÑANZAS, L. (HOSPITAL PLATO)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Implementar un modelo de selección de personas, integrado en la Política de Gestión Social y Ética del Hospital, vinculado con la política de Gestión de Competencias de la organización, para seleccionar perfiles profesionales alineados con los valores de la organización, que garanticen una mejor adaptación a la cultura del Hospital y favorezca su motivación, participación e implicación con los objetivos estratégicos de la institución.

Objetivos: Impregnar en los criterios de selección de profesionales los principios y valores éticos de la organización. Definiendo una política de selección, basada en los criterios y valores del Código Ético de la organización, así como, en el modelo de competencias profesionales definido e implementado; con la finalidad de incorporar en el Hospital profesionales que de manera adicional a sus conocimientos técnicos en su especialidad, encajen en la cultura y valores de la institución; con el fin de integrar en la organización personas que en el desarrollo de su actividad profesional, promuevan y respalden los valores éticos de la institución, potenciando su participación en los proyectos del Hospital y generando sinergias para la consecución de los objetivos comunes.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Adecuar el procedimiento de selección al código ético de la organización y al modelo de gestión por competencias.

Introducción en los procesos de selección de técnicas para evaluar las actitudes, valores y motivaciones del candidato.

Sensibilizar a los mandos intermedios sobre la importancia de la selección por actitudes. Vinculando el proceso de selección al modelo de Gestión por Competencias de la organización, estableciendo una descripción por puesto de trabajo, y definiendo una matriz competencial para cada grupo profesional.

Constitución de la Comisión de Selección, como un órgano colegiado y transversal, responsable de la selección definitiva para los cargos de mandos intermedios; constituido con la finalidad de dotar de más transparencia en la gestión de la selección y dotar de mayor trascendencia los aspectos vinculados con las actitudes y valores de los candidatos en la toma de decisión de la selección.

Análisis y seguimiento de los motivos y factores de la desvinculación de profesionales.

Resultados Conclusión: Incremento de la implicación y motivación de las personas que desarrollan su actividad en el Hospital, impregnado a los profesionales de los objetivos y valores esenciales de la organización. Facilitando la alineación de todo el equipo humano en la consecución de los objetivos estratégicos.

Reducir la tasa de rotación, incrementado la fidelización de los profesionales, dotando a la organización de una política eficiente de retención de talento.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 154

TÍTULO: EL DOLOR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: ELLOS TAMBIÉN LO SUFREN

AUTORES: PUENTE GONZÁLEZ, M^a DOLORES (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN); COLLADOS GÓMEZ, L. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN); CEBRIAN PAZOS, J. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN); LLORENTE PARRADO, C. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN); MARTINEZ BONET, E. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN); RAMIRO GONZÁLEZ, MD. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Existen pocos estudios específicos en nuestro entorno que evalúen el impacto del dolor en población pediátrica, sobre todo, en neonatos y edades pre-verbales. Además, la mejora en la valoración y atención al dolor se enmarca dentro de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SERMAS para el periodo 2015-2020.

Objetivos: General. Detectar áreas de mejora en la atención al dolor en pacientes pediátricos hospitalizados.

Específicos. Describir la prevalencia del dolor y su intensidad en los pacientes pediátricos hospitalizados. Valorar la existencia de registros de valoración del dolor en la documentación clínica. Describir la analgesia pautada o de rescate en las últimas 24 horas.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio observacional transversal. Pacientes hospitalizados en el hospital infantil, que en el momento del estudio llevan ingresados más de 24 horas. Muestreo no probabilístico, estratificado según el número de camas de cada unidad. Se excluyen pacientes con ventilación mecánica. Los resultados se comparan con los alcanzados en otro estudio realizado en adultos en el mismo hospital.

Variables principales:

Grado de dolor. Se utilizan diferentes escalas en función de la edad: hasta 1 mes -Premature Infant Pain Profile (PIPP)-; de 1 mes hasta 5 años -escala LLANTO -; de 5 a 12 años -escala de dolor de caras revisada (EDC-R)-; hasta 18 años -Escala Verbal Numérica (NRS-11).

Localización del dolor. Presencia de valoración del dolor en registros de enfermería. Prescripción de analgésicos en las últimas 24 horas.

Resultados Conclusión: Tamaño muestral: 85 pacientes (46 % en pediatría, 19% en alguna especialidad quirúrgica y 35% en neonatología).

Prevalencia global del dolor: 55,9%, IC 95% (45,3-66%), de los que en un 30% es de intensidad moderada-severa. La prevalencia es similar a la de adultos: 47,7%, IC 95% (42,9-54,6%).

Registro en documentación clínica: registro de comentarios sobre dolor en el 48% de los casos y, sólo en uno, estaba evaluada la intensidad mediante escala validada.

En el momento del estudio tenían pautado algún analgésico 34 pacientes (40%) y analgésicos sólo de rescate, es decir "si dolor" 20 pacientes (23,5%). El porcentaje de prescripción de analgésicos aumenta con la edad, pasando de un 36,3% en menores de 1 mes -41,1% en menores de 1 año-, a un 75% entre 1 y 3 años, un 83% entre 4 y 6 años y más de un 90% en mayores de 7 años. Globalmente, el porcentaje de utilización de analgésicos es un 27% inferior al de adultos. En pacientes con dolor moderado-severo, detectamos que un 64,2% tiene pauta fija de analgesia, un 21,4% solo de rescate y un 14,2% no tenían prescrito ningún analgésico.

- Conclusiones

La atención al dolor en pacientes pediátricos es una prioridad asistencial, detectándose las siguientes áreas de mejora:

Promover la utilización de escalas validadas y adaptadas a cada tramo de edad, como herramientas clave para la detección del dolor en niños. Adecuar la indicación de analgésicos en pacientes pediátricos, especialmente en menores de 1 año.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 155

TÍTULO: SEGURIDAD DEL PACIENTE: ¿USTED QUE OPINA?

AUTORES: IGLESIAS CASAS, GREGORIO CÉSAR (CHUO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE); PULGARÍN SOBRINO, S. B. (CHUO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE); GONZÁLEZ VÁZQUEZ, A. (CHUO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE); ESTEVEZ LAMA, E. (CHUO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los profesionales de enfermería, dado los tipos de eventos adversos evitables (caídas, UPP, flebitis...) están muy implicados en la seguridad del paciente. La Agencia Nacional del Sistema Nacional de Salud ha impulsado el desarrollo y validación de un modelo de seguridad en los cuidados basado en el modelo EFQM de excelencia llamado modelo Seneca.

Objetivos: 1/.-Conocer la percepción de profesionales y pacientes acerca de la seguridad de los cuidados de enfermería prestados en nuestro hospital. 2/.-Analizar debilidades y fortalezas con datos obtenidos. 3/.- Identificar medidas de mejora necesarias en base al resultado de dicho análisis.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Diseño: Estudio descriptivo transversal mediante encuesta de percepción (cuestionario validado en Proyecto Técnico Modelo Seneca).

Alcance: Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO).

Periodo estudio: 15 días (abril 2015).

Muestra: pacientes ingresados y personal de enfermería de unidades seleccionadas.

Tamaño muestral mínimo: 50% profesionales y 10% pacientes.

Criterios de inclusión pacientes:

- Estar consciente y orientado.
- Ser mayor de edad.
- Responder voluntariamente al cuestionario.
- Llevar más de 3 días ingresado.
- Hospitalizado en unidad médica o quirúrgica.
- El cuestionario se entregará en el momento del alta.

Criterios de inclusión profesionales:

- DUE y TCAE de unidades seleccionadas independientemente del tipo de vinculación laboral.

Resultados Conclusión: PACIENTES (n=271)

FORTALEZAS:

- Trato y amabilidad personal de enfermería.
- Protocolo de acogida (información sobre normas, visitas, horarios...).
- Información al paciente sobre la medicación que está tomando.
- Información sobre la continuidad de cuidados.
- Seguridad de cuidados enfermeros.
- Reclamaciones sobre problemas de seguridad.

DEBILIDADES:

- Seguridad del entorno hospitalario y transporte sanitario.
- El 70% de los pacientes ha sufrido dolor durante su estancia hospitalaria.

PROFESIONALES (n=334)

FORTALEZAS:

- Conocimiento y confianza en el sistema de notificación de eventos adversos del hospital (SINASP).
- Apoyo de supervisora en temas relacionados con SP.

DEBILIDADES:

- Formación en Seguridad del Paciente (SP).
- Disponibilidad de plan de acogida con información de riesgos más frecuentes en materia de SP.
- Información sobre aspectos de SP.
- Disponibilidad de mecanismos para participación en SP.
- Información sobre el grado de consecución de los objetivos de SP.
- Reconocimiento por la consecución de los objetivos.

El paciente atendido en nuestro hospital valora positivamente trato, amabilidad e información proporcionada por enfermería. Se consideran seguros los cuidados prestados por este colectivo. Debe mejorarse la seguridad de entorno hospitalario y transporte sanitario. Debe mejorarse la formación e información en materia de SP de los profesionales. Debemos asegurarnos que reciben información sobre la consecución de objetivos de seguridad y establecer mecanismos para reconocer su implicación en la SP.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 156

TÍTULO: INFECCIÓN QUIRÚRGICA TRAS CIRUGÍA DE CADERA: ANÁLISIS DE LA ESTANCIA MEDIA Y ESTIMACIÓN DEL COSTE ASOCIADO

AUTORES: RUBIO ROMERO, LUIS ANGEL (HOSPITAL CLINICO ZARAGOZA); MOLINER LAHOZ, J. (HOSPITAL CLINICO ZARAGOZA); AIBAR REMON, C. (HOSPITAL CLINICO ZARAGOZA); SILVA SANTOS, J. A. (HOSPITAL CLINICO ZARAGOZA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La infección postquirúrgica es una de las complicaciones más importantes tras la cirugía de prótesis de cadera.

Objetivos: Estimar el coste asociado a la infección quirúrgica tras cirugía de cadera con colocación de implantes, mediante el cálculo de la estancia media y estimar el coste total en función de los principales factores identificados durante un año de seguimiento.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio de los pacientes con patología coxofemoral, intervenidos con implantación de material protésico por el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COyT) del HCU Lozano Blesa, a lo largo del periodo 2010 a 2014. Comparación de dos grupos: Pacientes infectados tras implantación de material protésico, detectados por el sistema de Vigilancia de la Infección hospitalaria. El grupo de comparación lo formaron pacientes intervenidos de cirugía de cadera apareados por procedimiento, año, edad (± 5 años), sexo, puntuación McCabe e indicación de la cirugía.

Para el cálculo de costes se tuvo en cuenta las siguientes variables: Estancia, número de reintervenciones quirúrgicas, visitas a urgencias, atención primaria y especialista, pruebas de imagen, coste del material protésico, y antibióticos dispensados.

Análisis estadístico: descripción de las variables, comparación mediante test de ji al cuadrado, t de Student y U de Mann-Whitney.

Resultados Conclusión: La muestra estudiada fue de 42 casos de Infección de la Herida Quirúrgica, el 73,8% superficiales y 26,2% Infecciones de Órgano-Espacio. La edad media fue de 81,36 años. y el 71,4% eran mujeres. Un 69% de los casos la indicación fue por causa traumática, y un 31% por causa degenerativa. El 90,5% de los casos se trató de una cirugía primaria, mientras que en un 9,5% de los casos fue una cirugía secundaria (recambio). El tipo de material implantado fue Clavo Gamma en un 59,52% de los casos, Prótesis Parcial 11,9% y Prótesis total en un 28,57%.

En los pacientes sometidos a artroplastia (total y parcial), el coste medio estimado fue de 25.354 € por paciente en los pacientes infectados, respecto a 7.698 € en no infectados. Esto supuso un coste relativo 3,3 veces superior, y un sobrecoste añadido de 17.656 € por paciente infectado (185.388 € al año).

El sobrecoste anual medio estimado para el Hospital por estos pacientes fue de 213.778 €. Este tipo de pacientes (0,65% de los ingresos) supuso el 2% de las estancias del Servicio de COT, la estancia y el coste asociado fue 3 veces superior que en el paciente medio.

Conclusiones

La infección quirúrgica fue el principal condicionante del sobrecoste económico observado en pacientes tras ser operados de cirugía de cadera, así como de la mortalidad y comorbilidad. Por ello, para disminuir el gasto sanitario sería necesaria la optimización de las medidas preventivas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 158

TÍTULO: "PONTE EN SU LUGAR"

AUTORES: BURGUÉS BURILLO, LLUIS. (HOSPITAL PLATÓ); MARTÍNEZ MOURIN, (HOSPITAL PLATÓ)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La Seguridad del paciente está presente en los objetivos de Hospital Plató a través de la participación en diferentes proyectos de la "Aliança per la Seguretat dels Pacients" desde el año 2005. Se integra en el plan estratégico 2011-2014 como una de sus diez líneas fundamentales.

En 2011, Hospital Plató se adhiere al proyecto "Desenvolupament de les Unitats Funcionals de Seguridad del Pacient en els Hospitals de la XHUP", promovido por el Departament de Salut. La implicación de los profesionales es uno de los puntos clave para el desarrollo de políticas de seguridad del paciente.

Objetivos: -Concienciar a nuestros profesionales en los aspectos claves de la atención sanitaria hospitalaria que comportan un compromiso para la Seguridad del Paciente.
- Recoger propuestas de acciones de mejora.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Hospital Plató lleva a cabo unas jornadas estratégicas anuales desde el año 2000.

En 2014 Hospital Plató celebró una jornada estratégica basada en diferentes áreas de trabajo y participación vinculadas a las líneas del tercer plan estratégico 2011-2014. En correspondencia a la línea del plan estratégico de Seguridad del Paciente, se estableció un espacio de simulación de situaciones reales - durante una mañana - en el que los propios profesionales participan en el rol de personal asistencial y - especialmente - de paciente.

El equipo organizador diseña con antelación a la jornada diversos perfiles de paciente, generando la documentación necesaria ficticia que se corresponde con los mismos, para poder realizar el juego: documento de orientación para el paciente, historia ficticia, etiquetas para brazaletes de identificación y muestras simuladas y encuesta final.

Resultados Conclusión: - 216 asistentes (137 asistenciales Hospital Plató, 68 no asistenciales i 11 externos)

- 80 encuestas recogidas. La encuesta valora diferentes aspectos y la respuesta no es excluyente (Anexo 1).

- Los errores o praxis no adecuada detectados y las acci

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 159

TÍTULO: ATENCION AL PARTO Y REINICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES

AUTORES: PLÁ MESTRE, ROSA (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN); NIETO PEREDA, B. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN); TRIVIÑO JUÁREZ, M. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN); OLIVER BARRECHEGUREN, C. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN); AVILÉS GÁMEZ, B. (C.S. VILLA DE VALLECAS/ C.S. CINCOVILLAS); ARRUTI SEVILLA, B. (C.S. CAMPO DE LA PALOMA/ C.S. ARTILLEROS- VICÁLVARO).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El parto es la primera causa de frecuentación hospitalaria en mujeres jóvenes. Según distintos estudios, el 50% de las mujeres presentan problemas físicos y emocionales hasta un año tras el parto, y del 53% al 83 % refirieron tener alguna disfunción sexual. En nuestro ámbito son escasos los estudios que evalúan los resultados de las intervenciones sanitarias, en términos de calidad de vida o modificación de conducta, para incorporarlos a la toma de decisiones o a la información a aportar a los pacientes.

Objetivos: 1) Identificar factores relacionados con el tipo de parto o características de la paciente, que influyen en el reinicio de las relaciones sexuales vaginales posparto. 2) Evaluar la calidad de la relación sexual tras el parto. 3) Evaluar la asociación entre el reinicio de actividad sexual y calidad de vida a la 6ª semana y 6º mes posparto.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio observacional prospectivo de cohortes. Muestreo de conveniencia según tipo de parto. Criterios de inclusión: primíparas sanas de 18 a 45 años, sin barrera idiomática y con recién nacido sano a término (552 mujeres). Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos en el ingreso. A la 6ª semana y 6º mes (entrevista telefónica) se recogieron variables relacionadas con la actividad sexual y se administró el cuestionario SF-36. Se utilizó la t de Student para la comparación de medias y el test chi cuadrado para variables cualitativas.

Resultados Conclusión: Edad media: 32 años (SD 5). Tipo de parto: 34% eutócico, 37% instrumental y 28% cesárea.

A la 6ª semana posparto un 23 % de las mujeres había reiniciado relaciones sexuales. De ellas, un 40% las consideraban peores que antes del parto (miedo a dolor: 44% y falta de lubricación: 44%). Se asociaron al reinicio de relaciones la menor edad y la ausencia de lesiones en el periné durante el parto. Existen diferencias significativas entre parto eutócico, instrumental y cesárea y reinicio de las relaciones sexuales (33%, 15% y 28% respectivamente). No se encontraron diferencias significativas para el resto de variables. Hay diferencia significativa en calidad de vida para el componente sumatorio físico del SF-36 a favor de las mujeres que han reiniciado las relaciones sexuales (1.97 puntos).

Al 6º mes el 93% de las mujeres había reiniciado relaciones sexuales, el 27% consideraba que eran peores que antes del parto (falta de lubricación: 47%, disminución o ausencia deseo sexual: 53%). Vivir en pareja fue la única de las variables estudiadas que se asoció al reinicio de las relaciones sexuales. Hay diferencias significativas en el componente de salud mental del SF-36 a favor de las mujeres que han reiniciado relaciones sexuales (2.84 puntos).

Conclusiones: Las lesiones perineales condicionan el reinicio precoz de las relaciones sexuales. La mayoría de las mujeres han reiniciado las relaciones sexuales al 6º mes. El reinicio de la actividad sexual está asociada con mejor puntuación en la dimensión física a la 6ª semana y con la dimensión mental al 6º mes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 160

TÍTULO: DIFUSIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL A TRAVÉS DE UN PLAN DE FORMACIÓN

AUTORES: VILLÁN VILLÁN, YURI FABIOLA. (HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ); OJEDA FEO, J. J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ); CASTILLO CASQUERO, S. (HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ); FERNÁNDEZ-VELILLA PEÑA, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ); MORO AGUD, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ); RAMÍREZ GARCÍA, E. (HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La evidencia científica muestra que si se consigue implantar una cultura de seguridad en los distintos niveles de un sistema de salud, todas las líneas de trabajo y herramientas que se desarrollen tienen una mayor aceptación y cumplimiento, con los consecuentes beneficios para pacientes y organización. Por esta razón, difundir la cultura de seguridad en todos los profesionales del hospital ha sido propuesto como objetivo dentro de la estrategia de seguridad del paciente del centro y así llevar a cabo con mayor éxito las acciones ya implantadas favoreciendo especialmente la notificación y análisis de los incidentes a nivel de servicios y unidades.

Objetivos: Fortalecer y extender la cultura de seguridad del paciente a través de un plan de formación estructurado:

- Sensibilizar, motivar y formar a los profesionales del hospital, darles a conocer los recursos para la notificación de incidentes y las principales herramientas para su análisis
- Dar retroalimentación sobre los incidentes notificados en el último año, sus características y acciones realizadas para incluir nuevas barreras al sistema
- Identificar y establecer diferentes perfiles de profesionales susceptibles de formación en base a las necesidades detectadas
- Evaluar las actividades realizadas, identificar los puntos débiles y proponer acciones de mejora para posteriormente realizar un nuevo ciclo de planificación de la formación

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Diagnóstico de la situación de partida.

Planificación: determinar los perfiles profesionales susceptibles de formación. Desarrollar las actividades formativas para cada perfil. Definir cada actividad.

Realización de la actividad formativa: documentación. Reserva de aulas. Acreditación de Formación Continuada. Difusión de la convocatoria. Confirmación de los ponentes. Actualización y revisión de contenidos. Evaluación en tres componentes:

o Actividad : número de actividades realizadas, duración y asistentes

o Satisfacción: encuestas específicas

o Impacto: cambios en la cultura de seguridad, el número de incidentes notificados, el número de incidentes analizados por los Responsables de Seguridad (RSP) y el número de prácticas seguras en implantación

Resultados Conclusión: Plan de formación año 2015 diseñado según los perfiles de formación y actividades para cada nivel impartidas por miembros de la Unidad Funcional Gestión de Riesgos (UFGR) de carácter multidisciplinar. Se han realizado:

Nivel 0-Sin formación: aclarando conceptos:

- jornada de 5h: dirigida a 192 residentes de primer año
- sesión de 30 min: para 150 profesionales de enfermería de nueva incorporación

Nivel 1-Básico: creando cultura de notificación: 7 sesiones impartidas a todo el personal de servicios y unidades solicitantes de 2h

Nivel 2-Avanzado: creando equipos de seguridad en unidades y servicios asistenciales: 5 talleres de 4,5h (3h teóricas y 1,5h de práctica) dirigidos a los RSP facultativos y de enfermería. Total convocados: 101 RSP

Nivel 3-Experto: UFGR formación de formadores. 17 profesionales: 2 actividades de 20h cada una

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 161

TÍTULO: "LA BUENA COMUNICACIÓN: CÓMO DAR EN LA DIANA"

AUTORES: CANTERO GONZÁLEZ, DAVID (OSI BARRUALDE-GALDAKAO); VILLA VALLE, R. (OSI BARRUALDE-GALDAKAO); TORO SÁNCHEZ, L. (OSI BARRUALDE-GALDAKAO); ORMAETXEA LEGARRETA, M. (OSI BARRUALDE-GALDAKAO); ASPILLAGA BONILLA, U. (OSI BARRUALDE-GALDAKAO); SAGASTIZABAL BIDARTE, L. (OSI BARRUALDE-GALDAKAO).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En ocasiones suponemos que acceder a más información supone una mejor comunicación, no cuestionándonos si la información que recibe el profesional es trascendente o interesante para él y si los canales que utilizamos son realmente efectivos. La Organización Sanitaria Integrada Barrualde-Galdakao, resultado de la integración del H. Galdakao-Usansolo y la Comarca Interior en Bizkaia, se planteó, en el marco del desarrollo de un nuevo Plan de Comunicación interna, un diagnóstico de la comunicación

Objetivos: -Conocer la percepción de los profesionales sobre la relevancia de la información que reciben para el desarrollo de su trabajo
-Conocer qué información es de interés recibir, según su perfil profesional
-Conocer los canales de preferencia y la efectivi

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El Equipo de Comunicación propuso la realización y diseño de una encuesta sobre comunicación anónima con 3 bloques: 1) Datos de perfil profesional 2) Dimensiones sobre temáticas de información (estrategia y resultados, personas, y asistencia sanitaria y 3) Canales de comunicación. Bloque 2: el encuestado debía definir (SI/NO) sobre qué temáticas le interesaba recibir información. Bloque 3: puntuar (en escala 1-10) los canales de comunicación propuestos, en base a su preferencia y efectividad. La encuesta se validó previamente por la Unidad de Calidad. Se diseñó un formulario electrónico con Typeform que fue enviado a la plantilla estructural de la OSI (2357 personas) del 31 de marzo al 14 de abril 2015.

Resultados Conclusión: Tasa de respuesta del 25%: 35% enfermeras, 27.4% médicos, 6.5% aux. de enf., 5% celadores, 15% administrativos y 11% técnicos. El 27.9% eran mandos intermedios. El 31.4% trabajaban en Atención Primaria y el 68.6% en el hospital. Únicamente un 5% de los profesionales refirió no recibir nunca información relevante, el 58% que recibían información relevante solo "a veces". Esta respuesta se dio entre el 49.7% de los mandos. El grado de interés ("me interesa recibir información") por áreas: Estrategia (37%), Cambios en la organización (75%), Resultados (41%), Calidad o Financiación (40%). Personas: Formación (94%), Selección y Normativa (65%), Licencias (78%) o Salud Laboral (61%). Asistencia: seguridad del paciente (61%), protocolos (83%), información a paciente (60%), Historia clínica (50%). El porcentaje de interés fue mayor en el colectivo asistencial. Canales: el correo electrónico resultó el canal de preferencia para los profesionales (78% lo calificaron con una puntuación de 8 a 10) obteniendo peores resultados la intranet (43%), revista (17%), e-Boletín (23%), carteles y tabloneros (12%), redes sociales (11%) y reuniones (37%). Conclusiones: A la hora de diseñar nuestro mapa de Comunicación
-Sistematizar los canales para la transmisión de información relevante
-Conocer los temas de interés para cada colectivo y buscar el mejor canal para que esa información llegue.
-La utilización de algunos canales tiene una efectividad reducida; conviene replantearse algunos modelos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 162

TÍTULO: PROCEDIMIENTOS DOCUMENTADOS ISO 9001:2008: IMPLEMENTACIÓN EFICAZ EN XXI DE FERROL Y PREPARACIÓN PARA EL CAMBIO 2015

AUTORES: MARTINEZ ESPÍÑEIRA, JULIANA (XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL); FERNÁNDEZ LÓPEZ, A. (XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL); MILLOR SANESTEBAN, B. (XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL); PESADO CARTELLE, J. (XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol (XXI de Ferrol) tiene en la actualidad 6 Servicios certificados con la norma ISO 9001:2008. Nos proponemos con esta comunicación en formato póster mostrar y difundir la sistemática eficaz que aporta la implementación de los criterios obligatorios de la norma y comunes para el alcance del Sistema de Gestión

Objetivos: Describir la adaptación de los criterios de la norma ISO en nuestra organización. Criterios comunes eficaces a todo el alcance del Sistema de Gestión de Calidad.

Unidad de Calidad: gestión y asesoramiento en el SGC. Formación e información en la nueva versión de la norma ISO 9001:2015.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: 1. Análisis descriptivo de la metodología utilizada por la unidad de calidad respecto del asesoramiento y apoyo prestado a los servicios que integran el SGC

2. Exposición de los procedimientos implementados en la organización para el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001

3. Análisis de los cambios de la ISO 9001:2015. Adaptación a nuestra organización e información- formación continua a los servicios y gerencia.

Resultados Conclusión: - Control común de la documentación del SGC: Elaboración, revisión, aprobación y publicación

- Reuniones multidisciplinares de seguimiento del SGC y reporte de información continuo a Gerencia

- Implantación de sistemática de actividades formativas, gest

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 163

TÍTULO: LA UNIDAD DE CALIDAD: GESTORA DE LAS AUDITORÍAS INTERNAS DE LA XXI DE FERROL

AUTORES: MARTINEZ ESPÍÑEIRA, JULIANA (XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL); FERNÁNDEZ LÓPEZ, A. (XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL); MILLOR SANESTEBAN, B. (XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL); PESADO CARTELLE, J. (XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol (XXI de Ferrol) mantiene desde el año 1999 un SGC conforme a la norma ISO 9001:2008 que en la actualidad engloba 6 Servicios certificados. La Unidad de Calidad es la encargada de gestionar las auditorías internas del Sistema.

Objetivos: Describir la adaptación del criterio de la norma ISO "Auditorías Internas" en nuestra organización.

Explicar la metodología de la Unidad de Calidad en el desempeño de las auditorías internas del SGC eficaces y eficientes

Demostrar la efectividad del funcionamiento establecido y la referencia de la Unidad de Calidad en el ámbito autonómico gallego.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: 1. Análisis descriptivo transversal y observacional de la metodología utilizada por la unidad de calidad respecto de la metodología y sistemática de las auditorías internas,

2. Exposición del procedimiento general implementado para todo el alcance del SGC.

3. Descripción de los informes de auditoría, reporte de información a los Servicios y a la Gerencia

Resultados Conclusión: - Enfoque de la auditoría interna basado en la mejora continua y criterio común a todos los servicios que engloban el SGC

- Seguimiento continuo de la identificación, gestión y resolución de desviaciones por parte de la Unidad de Calidad

- El personal a

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 164

TÍTULO: FORMANDO, MIDIENDO, EVALUANDO

AUTORES: ESTEVEZ LAMA, EVA MARÍA (EOXI DE OURENSE, VERÍN Y BARCO DE VALDEORRAS); IGLESIAS CASAS, G. C. (EOXI DE OURENSE, VERÍN Y BARCO DE VALDEORRAS); PULGARÍN SOBRINO, S. B. (EOXI DE OURENSE, VERÍN Y BARCO DE VALDEORRAS)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Las úlceras por presión (UPP) son un importante problema de salud que aparece en cualquier nivel asistencial. Tienen repercusiones tanto sobre el paciente (disminuyen su calidad de vida, agravan su estado general, pérdida de autonomía y autoestima...) como sobre el medio (incremento de costes, sobrecarga de trabajo...). Los últimos estudios apuntan a que el 95-98% de las UPP son evitables.

Objetivos: 1/.-Mejorar el grado de cumplimiento de los indicadores de úlceras por presión (UPP) en los hospitales de nuestra EOXI. 2/.-Formar a los profesionales de enfermería de los 3 hospitales en prevención y tratamiento de UPP con los formadores de nuestra EOXI (enfermeras referentes) en el marco del "Programa Úlceras Fora". 3/.-Evaluar el impacto de la formación impartida monitorizando la evolución de los indicadores relacionados con las UPP.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Diseño: Estudio descriptivo prospectivo.

Alcance: 3 hospitales de la EOXI.

Periodo de estudio: 1 de enero 2013 a 31 de diciembre de 2014.

Población diana:

- profesionales de enfermería (DUE y TCAE)
- otros profesionales sanitarios (médicos, farmacéuticos...)
- profesional no sanitario.

Formación:

-Se desarrollaron un total de 20 actividades formativas, 14 en 2013 y 6 en 2014.

-Profesionales formados por categorías:

DUE: 121 en 2013 y 45 en 2014.

TCAE: 49 en 2013 y 82 en 2014.

Médicos: 1 en 2014.

Celadores: 20 en 2013.

Resultados Conclusión: A)TASA DE UPP INTRAUNIDAD (Standard: 1,85%)

- Como EOXI:

En 2013: 1,25%

En 2014: 1%.

- Hospital H1:

En 2013: 1,19%

En 2014: 0,89%

- Hospital H2:

En 2013: 1,15%.

En 2014: 0,44%.

- Hospital H3:

En 2013: 1,98%.

En 2014: 2,80%

B)PACIENTES VALORADOS CON ESCALA DE BRADEN (Standard: ;90% en 2013 y ;80% en 2014):

- Como EOXI:

En 2013: 91%

En 2014: 91%.

-Hospital H1:

En 2013: 93,5%

En 2014: 92%

-Hospital H2:

En 2013: 74,6%.

En 2014: 82%.

-Hospital H3:

En 2013: 85%.

En 2014: 95%

C)PORCENTAJE DE PACIENTES CON RIESGO DE UPP Y APLICACIÓN DE CUIDADOS (Standard: ;90% en 2013 y ;80% en 2014):

-Como EOXI:

En 2013: 85%

En 2014: 88%.

-Hospital H1:

En 2013: 88,8%%

En 2014: 89%

-Hospital H2:

En 2013: 71,3%.

En 2014: 77%.

-Hospital H3:

En 2013: 49,6%.

En 2014: 86%

CONCLUSIONES: Se objetiva una mejoría significativa en la práctica totalidad de los indicadores evaluados tras impartir formación acreditada con enfermeras referentes en UPP en la EOXI. Se produce un incremento en la tasa de UPP intraunidad en uno de los tres hospitales que ,aunque discreto, merece ser analizado y ser objeto de un estudio ulterior. Las categorías más implicadas en la formación han sido DUE y TCAE, quienes son además los profesionales directamente responsables de la prevención y cuidados de las UPP.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 165

TÍTULO: CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN INTEGRADA EN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA: ABODAJE MULTIDISCIPLINAR

AUTORES: GALLARDO GONZÁLEZ, MÓNICA (CENTRO MÉDICO TEKNON); ROIG PÉREZ, S. (CENTRO MÉDICO TEKNON); ALONSO CASTELL, P. (CENTRO MÉDICO TEKNON); FERNANDEZ MORATÓ, J. (CENTRO MÉDICO TEKNON); RIBO BONET, C. (CENTRO MÉDICO TEKNON); ALGARRA RAMOS, M. (CENTRO MÉDICO TEKNON).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los errores asociados a la medicación son la primera causa de eventos adversos relacionados con la atención sanitaria. La falta de información sobre los medicamentos que toma el paciente en su domicilio constituye una causa fundamental de errores relacionados con duplicidades, incompatibilidades,...de ahí que sea necesario un proceso bien establecido que permita conciliar la medicación de manera eficaz con la participación de todos los implicados.

Objetivos: Implantación de un circuito de conciliación de la medicación al ingreso informatizado e integrado en la prescripción electrónica, con coordinación entre los diferentes profesionales implicados en el proceso

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se diseñó un nuevo formulario digital de conciliación integrado en la prescripción electrónica (programa FarHos®) que permite al médico la incorporación de los medicamentos de forma automática a la prescripción activa del paciente. Las ventajas que ofrece dicha herramienta son las siguientes:

- Se evitan retrasos en la cumplimentación, firma y envío del formulario de conciliación en formato papel, además de posibles extravíos.
- Opción de registro por parte de enfermería de todos los medicamentos incluidos en la base de datos BOT Plus 2.0 ®, con posterior intercambio terapéutico realizado por el farmacéutico en el proceso de validación de la prescripción.
- Obligatoriedad de cumplimentar dosis/posología.
- El médico visualiza la medicación prescrita en el ingreso para evitar duplicidades.

Enfermería tiene un papel determinante al registrar en la evaluación inicial todos los medicamentos que el paciente está tomando en su domicilio como tratamiento habitual, dando así inicio al proceso.

Para ello y previo a la implantación el Servicio de Farmacia realizó una formación a todo el personal médico y de enfermería.

Resultados Conclusión: El circuito de conciliación informatizado ha demostrado ser más eficiente y coordinado entre los distintos profesionales implicados (mayor número de pacientes conciliados y ampliación a pacientes médicos que ingresan vía urgente), además de seguro (reducción de duplicidades y de la totalidad de omisiones de dosis o posologías).

La inmediatez de la herramienta ha permitido reducir en 17 h el tiempo de conciliación y ajustarlo a las recomendaciones de las guías oficiales (< 24 h), evitando así retrasos innecesarios en el inicio del tratamiento habitual del paciente.

A pesar del bajo porcentaje, el punto crítico en el circuito de conciliación siguen siendo los errores en el registro de dosis, posología o forma farmacéutica. En estos casos, la entrevista clínica del farmacéutico con el paciente es imprescindible para completar el proceso de conciliación de la medicación de la manera más segura y eficaz posible

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 168

TÍTULO: CAPTAR IMPULSORAS: IMPRESCINDIBLE PARA IMPLANTAR GUIAS DE PRÁCTICA CLINICA EN CENTROS COMPROMETIDOS CON LA EXCELENCIA

AUTORES: TIÑENA AMORÓS, MONTSERRAT (HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL DE HEBRON); PÉREZ COMPANY, P. (HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL DE HEBRON); PONCE RUIZ, S. (HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL DE HEBRON); GÓMEZ MARTIN, M. C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL DE HEBRON); SÁNCHEZ BARTRES, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL DE HEBRON); HERNÁNDEZ LUQUE, F. (HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL DE HEBRON).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Se trabaja desde el año 2011 en la implantación de guías de buenas prácticas (GBP) aplicando intervenciones dirigidas a cambiar actitudes, hábitos y comportamientos que modifiquen los resultados, planteándose la necesidad de incorporarlas al sujeto. Se trata de captar el mayor número posible de personas que impulsen el proyecto como agentes principales de lo cultural y lo social

Objetivos: Exponer las estrategias de captación de impulsores implicados como participantes activos a los tres años de su inicio y sus resultados

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Modelo Toolkit Implementation of Best Practice Guidelines

Actividades informativas en todos los ámbitos, identificación unidades y personales, jornadas de reconocimiento a los profesionales implicados, concursos, reuniones periódicas, visitas de agentes relevantes, sesiones de casos, evaluación y retroalimentación, promoción, asistencia y soporte técnico

Resultados Conclusión: Sesiones informativas 12; Acompañamiento tres meses/año; casos clínicos 22/año; Jornadas reconocimiento 1/año; reuniones 10/año; evaluación 12 meses/año/guía; retroalimentación posters semestrales en las unidades; identificación personalizada de unidades 16; identificación con tarjeta personal y cinta como impulsor 150; visita de Directora ejecutiva de la Registered Nurses Association of Ontario 1/año; difusión en prensa escrita; soporte en comunicaciones a congresos 16; concurso de ideas 1; puesta en marcha de ideas premiadas en concurso; asistencia y soporte continuados.
Impulsores captados durante el año 2012: 128; 2013: 14; 2014: 287

Año 2012 se capta un 20.61% de los profesionales de hospitalización de una dotación de 621

Año 2013 se trabaja con estos impulsores pero no se dedica tiempo a captar más impulsores, lo cual se traduce en sólo 14 nuevos impulsores

Año 2014 se dedica un gran esfuerzo al diseño y organización de cada una de las actividades expuestas, se evidencia, según los resultados obtenidos, un aumento considerable: 287 nuevos impulsores que desde la atención directa al paciente facilitan la puesta en marcha de las recomendaciones de las GBP

Perdidos en tres años: 141 (principalmente traslados y jubilaciones)

Actualmente son 525 los impulsores activos en la ampliación y sostenibilidad del proyecto

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 169

TÍTULO: ESTUDIO DE ADECUACIÓN DE INGRESOS URGENTES. HERRAMIENTA PARA EL CAMBIO.

AUTORES: GONZÁLEZ VÁZQUEZ, ANTÍA (COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE); RODRIGUEZ CAMACHO, E. (COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE); MOURE RODRIGUEZ, L. (COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE); URIEL LATORRE, B. M. (COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los datos asociados a los ingresos urgentes de nuestro hospital parecen revelar una excesiva presión de urgencias y es probable que exista un elevado porcentaje de inadecuación. Es necesario analizar nuestra situación para elaborar estrategias dirigidas a la resolución de nuestra problemática.

Objetivos: Valorar la adecuación del ingreso urgente de adultos en servicios quirúrgicos y no quirúrgicos. Identificar los factores relacionados con la inadecuación de los ingresos para establecer acciones de mejora.

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los ingresos urgentes del año 2014. Se calculó el tamaño muestral en función del servicio de ingreso (médico/quirúrgico) para poder estimar la inadecuación en ambos grupos; Así, asumiendo una prevalencia de exposición del 10% y con una precisión del 3% quedó la muestra formada por 570 casos (325 pacientes médicos y 245 pacientes quirúrgicos. Los criterios de calidad de la adecuación utilizados se corresponden con los 16 criterios de ingreso de adultos del Appropriateness Evaluation Protocol (AEP). Como fuente de datos se empleó la historia clínica electrónica de cada paciente.

Resultados. Conclusión: Al analizar la muestra inicial se consideró que no cumplían el criterio de ser "ingreso urgente" 36 pacientes (6,3%) por ser traslados de otros centros sanitarios o ingresos programados. El porcentaje de ingresos inadecuados en estos pacientes fue de un 19,4%,. De los 534 casos restantes que finalmente entraron en el estudio y siguiendo el criterio establecido por el AEP obtenemos un 11,1% de ingresos inadecuados en los ingresos médicos y un 6,6% en los ingresos quirúrgicos ($p=0,077$). Al ponderar estos resultados aplicando la distribución por servicios que tenemos en la población a estudio (75,7% de ingresos médicos / 24,3% de ingresos quirúrgicos) obtendríamos un 10,0% (IC 95%: 8,9 – 11,2) de ingresos inadecuados para el conjunto de los ingresos urgentes del CHUO en este periodo. Con el fin de llevar a cabo actuaciones de mejora que liberasen al hospital de la presión de urgencias, se consideró adecuada una 2ª revisión teniendo en cuenta una serie de ingresos urgentes que resultaban estrictamente adecuados por el cumplimiento del criterio 3 (Medicación intravenosa y/o reposición de fluidos) pero que el equipo investigador consideró que no se ajustaban a la realidad de la adecuación hoy en día. Tras esta revisión se obtiene un 16,3% de ingresos inadecuados en los ingresos médicos y 16,7% para los ingresos quirúrgicos ($p=0,889$). Al ponderar estos resultados aplicando la distribución por servicios obtendríamos un 16,4% (IC 95%: 15,0 - 17,8) de ingresos inadecuados para el conjunto de los ingresos urgentes en este periodo. Aunque no se obtuvo un porcentaje de inadecuación demasiado alto, el estudio contribuyó a la identificación de los factores relacionados con la inadecuación de los mismos y a la propuesta de acciones de mejora encaminadas a mejorar la alta presión asistencial de urgencias.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 171

TÍTULO: LA GARANTÍA DE LA CONFIDENCIALIDAD DURANTE LA ASISTENCIA SANITARIA AL PACIENTE

AUTORES: GARCÍA AMEZ, JAVIER (HOSPITAL VITAL ÁLVAREZ BUYLLA); ÁLVAREZ CUETO, B. (HOSPITAL VITAL ÁLVAREZ BUYLLA); VALCÁRCEL PIEDRA, G. (HOSPITAL VITAL ÁLVAREZ BUYLLA); FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, C. (HOSPITAL VITAL ÁLVAREZ BUYLLA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La implantación de las TIC en la sanidad es una realidad. La digitalización de las Historias clínicas, la implantación de Selene en la atención hospitalaria y OMIAP en atención primaria, por ejemplo, contribuyen a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria al usuario, aunque con ello se crean riesgos de vulnerar el derecho a la intimidad del usuario del servicio.

Objetivos: Conocer cómo ha de utilizarse correctamente la información del paciente, para prestarle una asistencia sanitaria eficaz pero respetuosa con el derecho de la intimidad del usuario.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se ha estudio el marco normativo vigente en España, al igual que las principales resoluciones judiciales y la doctrina científica sobre el tema.

Resultados Conclusión: Las nuevas tecnologías de la información han irrumpido en el campo sanitario, contribuyendo a que la asistencia sanitaria sea prestada con un mayor grado de eficacia, y por tanto, que sus usuarios disfruten de un mayor grado de bienestar en lo que a su salud respecta. No obstante, éstos corren el riesgo de vulneración de su derecho a la intimidad. Frente a tales ataques, la Constitución española impuso la obligación para los poderes públicos de velar por este derecho frente a los avances de la informática. Siempre que se ha aprobado una norma reguladora de la Sanidad se ha reconocido el derecho a la intimidad, a pesar de quedarse en un mero reconocimiento del mismo, puesto que no detalla a fondo su protección. Esta tarea se deja a la LOPD y la LDO, que sí la cumplen. En España existe un marco normativo protector de la intimidad del usuario frente a las nuevas tecnologías de la información, si bien, no otorga un nivel adecuado de protección a este derecho fundamental recogido en el artículo 18.1 y completado con el 18.4 CE, por lo que sería conveniente realizar una revisión de la normativa en aras a salvaguardar de mejor manera el mismo, teniendo presente que también está en juego el derecho a la salud, que aunque goza de un nivel de protección menor que la intimidad debe de ser tenido en cuenta en este campo, sobre todo en un Estado al cual se le exige una mayor intervención activa en la sanidad mediante el establecimiento de una serie de prestaciones sanitarias en aras a proporcionar un mayor bienestar a los usuarios de las mismas. De modo que la normativa debe intentar encontrar un punto de equilibrio entre estos el derecho a la asistencia sanitaria y a la intimidad de la persona, para lo que cumple una importante función en principio de proporcionalidad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 173

TÍTULO: PRÁCTICAS SEGURAS: LA BRECHA ENTRE NECESIDAD Y ADHESIÓN

AUTORES: BARRASA VILLAR, JOSÉ IGNACIO (HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA); MARECA DOÑATE, R. (HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA); MOLINER LAHOZ, J. (HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA); OBÓN AZUARA, B. (HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA); GUTIERREZ CÍA, I. (HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA); AIBAR REMÓN, C. (HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria son un problema de salud pública para el que disponemos de prácticas y procedimientos seguros respaldados con una buena evidencia científica, pero cuyo grado de implementación no es suficientemente conocido

Objetivos: Elaborar un listado de las principales prácticas seguras recomendadas por las diferentes organizaciones nacionales e internacionales relacionadas con la seguridad del paciente y evaluar la percepción que diversos informadores con respecto a la necesidad teórica y grado de implantación real de dichas prácticas en los centros sanitarios donde ellos desempeñan su actividad

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Fases del proyecto: 1) revisión de las recomendaciones sobre prácticas seguras de diferentes organizaciones relacionadas con la seguridad del paciente; 2) grupo focal dirigido a obtener un primer listado de recomendaciones y 3) diseño y elaboración de una encuesta para evaluar la necesidad y el grado de implantación real de dichas prácticas. La encuesta se realizó on line. La población encuestada fue una muestra de oportunidad de profesionales sanitarios de España y América Latina, que podían reenviarlo en cadena a otros profesionales de su ámbito laboral o académico que desempeñaran actividades de seguridad del paciente

Resultados Conclusión: Se seleccionaron por consenso 14 prácticas prioritarias a implementar y se recogieron 365 respuestas al cuestionario elaborado a partir de las mismas. Todas las prácticas seguras fueron valoradas como necesarias o muy necesarias (media y límite inferior del IC > de 3 sobre 5 puntos). Los checklist quirúrgicos, la higiene de manos y la identificación segura de los pacientes son las prácticas con mayor puntuación media (4,4; de 0,8; 4,4; de 0,8 y 4,3; de 0,9 en una escala de 5) La identificación segura de pacientes es la práctica que tiene mejor valoración respecto al grado de cumplimiento, aunque la puntuación es de 3,5 (de 1,1). Otras prácticas que obtienen mejor opinión sobre el grado de cumplimiento son: la valoración del riesgo de úlceras por presión (3,4; de 1,0), la higiene de manos (3,3; de 1,0) y la prevención de las infecciones asociadas a catéter (3,3; de 0,9) La menor diferencia entre la percepción de necesidad y el grado de adherencia a las prácticas seguras se encuentra en la reducción del uso y duración de sondajes urinarios, la higiene de manos, el uso de listados de verificación en cirugía y la prevención de infecciones asociadas a catéter. Las mayores diferencias entre necesidad y adhesión se dan en la reducción del riesgo de escritura ilegible, la conciliación de la medicación del paciente, la sistematización de la comunicación entre profesionales, la implantación de sistemas de alerta, la exigencia de entrenamiento previo para determinados procedimientos y el cumplimiento de las preferencias del paciente en la etapa final de la vida. Estas diferencias pueden servir para establecer las prioridades futuras de mejora en la implementación de prácticas seguras en los centros sanitarios

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 174

TÍTULO: CAMPAÑA DE SENSIBILIZACIÓN: LA PULSERA TE DISTINGUE

AUTORES: REVUELTA ARROYO, ROSA ANA (HOSPITAL COMARCAL SIERRALLANA); FERNANDEZ NUÑEZ, M. L. (HOSPITAL COMARCAL SIERRALLANA); VALDOR ARRIARAN, M. (HOSPITAL COMARCAL SIERRALLANA); RODRIGUEZ GUTIERREZ, M. G. (HOSPITAL COMARCAL SIERRALLANA); GIL REVUELTA, M. (HOSPITAL COMARCAL SIERRALLANA); PELAEZ MATA, C. (HOSPITAL COMARCAL SIERRALLANA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los errores de identificación de pacientes, se asocian con frecuencia a complicaciones producidas en actividades consideradas críticas (extracción de pruebas biológicas, intervenciones quirúrgicas, etc.). Tras la implantación en el 2007 como sistema de identificación inequívoca y universal en nuestra gerencia, la pulsera identificativa dentro del proyecto "Identificación inequívoca de pacientes", se plantea la necesidad de incrementar su uso. Una de las estrategias planteadas, es la realización periódica de campañas de sensibilización en distintos aspectos relacionados con el proceso de identificación.

Objetivos: Concienciar a profesionales y pacientes en la importancia de la correcta identificación durante la atención sanitaria y del uso de la pulsera identificativa para la misma. Conocer el grado de importancia que profesionales y pacientes dan al proceso de identificación mediante el uso de la pulsera. Conocer la percepción que tienen los profesionales acerca de la posibilidad de tener un error de identificación de pacientes.

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Del 27 de octubre al 2 de noviembre de 2014, se realizó una campaña de sensibilización sobre la importancia de la correcta identificación de pacientes: "la pulsera te distingue", dirigida a profesionales, acompañantes y pacientes ingresados.

Actividades: colocación de carteles, fondo de pantalla en ordenadores, difusión por canal interno de televisores de video del uso de la pulsera, entrega de díptico informativo y encuestas a profesionales y pacientes. Se preguntaba: uso de pulsera durante procedimientos críticos, información recibida por los pacientes en el momento de su colocación, importancia dada a su uso, la detección de errores de identificación por profesionales en su entorno de trabajo. Difusión: envío de correo a profesionales desde Dirección y publicación de noticia en intra y extranet.

Recursos: 3 impresoras, 1 cámara de vídeo, 7 buzones, material de oficina (cartulinas, papel, pinturas...), personal: colaboraron 20 profesionales de diferentes servicios vinculados con la seguridad en la práctica clínica.

Encuestas: 143. Pacientes: 71. Recibió información sobre el uso el 67,9%, la consideraron útil el 98,6%. Profesionales: 72. 77,8% detectaron errores en su entorno, 50% afirmó haber tenido alguno. 400 visitas a las noticias publicadas.

Resultados Conclusión: Con escasos recursos pueden realizarse campañas de sensibilización de recomendaciones de prácticas clínicas seguras que apoyen otras estrategias de cambios de hábitos de trabajo.

La percepción de los errores cometidos por los profesionales es menor respecto a la percepción de errores ocurridos en su entorno.

Es necesario continuar la formación y concienciación a profesionales en la importancia del uso de la pulsera durante su práctica asistencial, así como implicar a los pacientes activamente, proporcionándoles información sobre el proceso de identificación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 176

TÍTULO: INTEGRANDO ENFOQUES (ISO 9001 Y 179003): NO HAY CALIDAD SIN SEGURIDAD

AUTORES: LLORENTE PARRADO, CESAR (HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN); DIAZ REDONDO, A. (HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN); MARAÑÓN PARDILLO, R. (HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN); MORA CAPIN, A. (HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN); IZQUIERDO MEMBRILLA, I. (HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN); MIGUEZ SANTIYAN, A. (HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En el ámbito sanitario es impensable hablar de calidad sin abordar la seguridad de los pacientes. La aplicación conjunta de los requerimientos de la Norma UNE-EN-ISO 9001:2008 y de la UNE 179003:2013 presenta sinergias que multiplican el valor añadido para pacientes, profesionales y gestores

Objetivos: General: Implantar un Sistema integrado de Gestión de Calidad y Seguridad de pacientes en atención urgente pediátrica con recursos propios de un hospital de tercer nivel. Secundario: Identificar requisitos de las normas UNE 179003 e ISO 9001 comunes y específicos.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: - Perfil de equipo de trabajo: profesionales asistenciales, con formación básica en calidad y seguridad del paciente, y con apoyo metodológico de la Unidad de Calidad. Duración: 15 meses.

- Campaña de sensibilización y promoción de cultura.
- Mapa de pr

Resultados Conclusión: 1. Promoción de cultura: sesiones de sensibilización, evaluación de cultura de seguridad basal, briefings en la rutina diaria, edición de cartel para pacientes y video para simulación de casos, y rondas de seguridad (bianuales) con participación de equipo directivo.

2. Sinergias entre ISO 9001 y UNE179003: implicación de la alta dirección, asignación de recursos y gestión de competencias, gestión documental y seguimiento del sistema.

3. Mapa de procesos: procesos operativos: registrar, clasificar, asistir (emergencia vital, prioridad 2-5 y observar), tratar, gestionar pruebas, gestionar el alta y, transversalmente a ellos, gestionar riesgos. La Urgencia Pediátrica sigue los procesos estratégicos y de apoyo del sistema de calidad implantado en el hospital.

4. Proceso de gestión de riesgos. Se despliega mediante la implantación de dos procedimientos, gestión proactiva de riesgos y gestión de incidentes:

- Seguimiento de incidentes. Entre marzo de 2014 y marzo de 2015, se gestionan 344 incidentes y eventos adversos.
- Gestión proactiva de riesgos. Se desarrolla un mapa de riesgo, mediante herramienta AMFE y utilizando el histórico de incidentes. Se identifican 70 modos de fallo para los diferentes procesos evaluados y se desarrolla un plan con propuestas priorizadas según viabilidad de implantación en un plazo inferior a 2 años e impacto en potencial reducción de IPR.

5. Seguimiento: se establece un cuadro de mando de indicadores común y un sistema de registro de incidencias en el que se incluye la notificación de incidentes y eventos adversos.

Conclusiones

Las actividades realizadas pueden ser llevadas a cabo con recursos propios de un hospital o área que cuente con profesionales formados en gestión de calidad y seguridad del paciente para apoyo metodológico. La implantación de los requisitos de ambas normas de forma conjunta permite rentabilizar el esfuerzo, ya que varios de los requisitos son complementarios.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 177

TÍTULO: HIGIENIZACIÓN MULTIDISCIPLINAR: INFLUENCIA EN LAS IRAS EN UN HOSPITAL DE NIVEL 1 UTILIZANDO LA TÉCNICA LEAN- 6 SIGMA

AUTORES: RODRIGUEZ SALAZAR, DAVID (HOSPITAL COMARCAL D'AMPOSTA); PEREZ MARTINEZ, J. (HOSPITAL COMARCAL AMPOSTA); GOMEZ SANCHIS, R. (HOSPITAL COMARCAL AMPOSTA); PANISELLO BERTOMEU, M. (HOSPITAL COMARCAL AMPOSTA); TORRERO GONI, B. (HOSPITAL COMARCAL AMPOSTA); FERRE CASAJUST, R. (HOSPITAL COMARCAL AMPOSTA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Prevención y control de infecciones es multifactorial y el entorno del paciente una fuente de contaminación. La higienización papel determinante en el control de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS).

Objetivos: Implantar método de higienización multidisciplinar para disminuir las IRAS. Evaluar un sistema de autocontrol de limpieza de superficies triviales y material crítico, semicrítico y no crítico mediante: marcador Ultravioleta (U.V), medición de la materia orgánica ATP y la carga microbiana no específica y específica. Fomentar la adherencia de la Higiene de Manos a las prácticas seguras mediante la información y formación.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo, prospectivo transversal en Urgencias, Consultas Externas, Hospitalización y Bloque Quirúrgico, entre junio de 2013/2015.

Se consensuaron frecuencias de Higienización según necesidades asistenciales, se monitorizaron cortes de higiene de manos.

Muestra: 35 cortes transversales, 1000 puntos evaluados con U.V, 2000 con ATP, 1500 con Microbiología específica y no específica para superficies y material semicrítico y no crítico, según los criterios de Earl Spaulding (1968), 50 Cortes Higiene de Manos.

Determinación de la materia orgánica: técnica de bioluminiscencia-ATP, unidades relativas de luz, (URL), con bioluminómetro. Se estratificaron los puntos según el valor de URL: < 500: material OK. Entre 500 y 1.500: precaución. >1.500: peligro.

Determinación de la carga microbiana: laminocultivos no selectivos (bacterias, mohos/levaduras) y cultivos selectivos (Pseudomonas, Streptococcus, Staphylococcus, Escherichia Coli). Los resultados se reportaron en unidades formadoras de colonias (UFC).

Se estandarizaron los recuentos a cm². La bibliografía considera material desinfectado y no contaminado los niveles < a 24.3 URL/cm² para bioluminiscencia-ATP y < 2.5 UFC/cm² para laminocultivo.

Variables: demanda asistencial, cm², materia orgánica y carga microbiana.

Resultados Conclusión: RESULTADOS

< 1% de falsos negativos técnica URL.

< 5% de puntos con carga bacteriana >2.5 UFC/cm² en puntos en la zona de precaución y peligro según URL, hallados principalmente en material sanitario.

Disminución superior al 85% de la materia orgánica.

CONCLUSIONES

El método estandarizado de higienización multidisciplinar disminuye la materia orgánica, el riesgo de encontrar superficies contaminadas a nivel microbiano y microorganismos patógenos. La bioluminiscencia ofrece un alto margen de seguridad y junto con prácticas seguras de higiene de manos evidencia la disminución de la carga orgánica; creemos que se podría extrapolar a cualquier servicio de un centro sanitario; se ha implantado en áreas de alto riesgo, como UCI y Neonatología en un Hospital de nivel 2. El estudio se dirige hacia el conocimiento del mapa microbiológico del centro sanitario, para optimizar el tratamiento farmacológico empírico de las IRAS, repercutiendo en la relación coste-beneficio de dichos tratamientos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 178

TÍTULO: CIRCULANDO HACIA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES: AIBAR-REMÓN, CARLOS (HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA); BARRASA-VILLAR, J. I. (HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA); AIBAR-VILLÁN, L. (HOSPITAL SAN JUAN DE LA CRUZ, ÚBEDA. JAÉN); MOLINER-LAHOZ, J. (HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA); RÍOS-FAURE, D. (HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA); GUTIÉRREZ-CÍA, I. (HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Seguridad del paciente y seguridad vial tienen nexos en cuanto a fines y métodos de trabajo. En tanto que el fin de la seguridad vial es evitar los accidentes de tráfico y los daños derivados de los mismos a través de medidas dirigidas a la personas y al tráfico rodado, el objetivo de la seguridad del paciente es evitar daños evitables relacionados con la atención recibida. En ambos ámbitos es crucial involucrar a conductores y peatones por un lado y a profesionales sanitarios y pacientes por otro y es aquí donde las señales de tráfico pueden jugar un papel determinante como instrumento dirigido a orientar la toma de decisiones informadas.

Objetivos: Elaborar un listado de señales de tráfico verticales y lemas o mensajes asociados con significado válido para promover actitudes y conductas seguras entre los profesionales sanitarios y entre los pacientes.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El proyecto se ha desarrollado en tres fases: 1) revisión de las recomendaciones sobre prácticas seguras de diferentes organizaciones relacionadas con la seguridad del paciente; 2) grupo focal dirigido a obtener un primer listado de señales y recomendaciones y 3) diseño y elaboración de una encuesta para evaluar el significado de las señales obtenidas en la fase anterior y propuesta de lemas.

La encuesta se realizó on line. La población encuestada fue una muestra de oportunidad de profesionales sanitarios de España y América Latina, que podían reenviarlo en cadena a otros profesionales de su ámbito laboral o académico que desempeñaran actividades de seguridad del paciente o estuvieran involucrados en proyectos de investigación.

Resultados Conclusión: En el conjunto de las 14 prácticas de seguridad sobre las que se encuestó, los tipos de señal preferida son las de "especial atención", en concreto el STOP, (28,4%), las de obligación (26,1%), y las de advertencia o peligro (26,1%).

En general, en la mayoría de las prácticas se observó una gran variabilidad en las preferencias sobre la adecuación de las señales para respaldar su cumplimiento, aunque si se sumaran las preferencias expresadas por las señales de obligación con las de especial advertencia serían las señales obligatorias las preferidas.

La creatividad de los participantes en la encuesta permitió obtener 2300 lemas para acompañar las señales elegidas en cada práctica. Las nubes de palabras generadas en las que se que se mostró mayor acuerdo sobre los términos clave fueron higiene de manos, cumplimiento de las precauciones de barrera, identificación segura de los pacientes y uso de listados de verificación previos a cirugía.

La utilización de señales y lemas no son útiles por sí mismas para mejorar la seguridad del paciente en los centros sanitarios, requiriendo un plan de difusión e implementación para lograr los fines que pretenden. Entendemos que las señales pueden ser un instrumento de interés para indicar, advertir y obligar a la implementación de buenas prácticas de seguridad del paciente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 179

TÍTULO: LA ENFERMERA DE ENLACE EN EL SIGLO XXI: UNA REALIDAD CONSTATADA

AUTORES: TRILLO CIVANTOS, CARMEN (HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ); RODRÍGUEZ-OSORIO CAMPOS, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ); SOPEÑA VEGA, B. (HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA); DODERO DE SOLANA, F. J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ); FERNÁNDEZ BLANCO, N. (HOSPITAL UNIVERSITARIO VILLALBA); VERGEL GUTIÉRREZ, A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La continuidad asistencial, un elemento esencial, añade valor a la asistencia sanitaria prestada en la CM y garantiza una asistencia de calidad, donde la enfermera de enlace, nuevo rol definido en la estrategia de atención al paciente crónico, desarrolla un papel principal.

Objetivos: Esta nueva figura nace en 2012 con el objetivo principal de planificar y coordinar la globalidad de los cuidados a los pacientes y a los cuidadores para garantizar una adecuada calidad de cuidados en el proceso de salud/enfermedad. Se construye un eslabón entre la Atención Especializada y la Atención Primaria, mediante la discusión de casos, sesiones conjuntas y la elaboración de un plan de cuidados al alta del paciente en coordinación con los profesionales sanitarios de otros niveles asistenciales.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se establece una aplicación en el Sistema Informático, para la comunicación entre los profesionales de ambos niveles asistenciales, que se halla dentro de la propia historia del paciente, donde los médicos y enfermeros pueden resolver las dudas evitando dispersión de información y facilitando la comunicación bidireccional (Atención Primaria y Hospital) y, a su vez, quede reflejada toda la información en la historia del paciente. De esta manera, se enriquece la historia clínica y se agilizan trámites.

La importancia de una comunicación clara y fluida en este nuevo rol es prioritaria; para ello, se establece una sistemática de trabajo enfocada a la formación externa e interna de los profesionales; a la información a los profesionales del hospital; mantener circuitos con las Direcciones Asistenciales referentes de cada hospital; reuniones multidisciplinarias con los servicios; captación activa con los profesionales de hospitalización y urgencias; participación en las reuniones de Mesa de camas; colaboración muy estrecha con los Centros Sanitarios y Residencias; participar activamente en seguimiento de los informes de alta de enfermería, evaluando tanto cuantitativa como cualitativamente; participar en la elaboración de nuevas tecnologías (e-consulta, servicios no presenciales, etc.) y colaborar en los desarrollos informáticos para el establecimiento de registros de historia clínica; participar, muy activamente, en la escuela de cuidadores, en la elaboración de protocolos y procedimientos principalmente enfocados a las recomendaciones que se entregan a los pacientes al alta, etc.

Resultados Conclusión: Se ha producido un incremento significativo de los casos compartidos, superando en el año 2014 las 2000 intervenciones. Cabe destacar que más de un 75% son pacientes mayores de 65 años, de los cuales un 38% corresponden a pacientes crónicos pluripatológicos. Es un proyecto que se adapta a la demanda de nuestros usuarios, familiares, cuidadores, a sus necesidades; un proyecto que garantiza la Continuidad en los Cuidados al paciente que tras su ingreso hospitalario, precisa de una coordinación y atención de su enfermera de Atención Primaria y que sin la colaboración de los profesionales de Primaria no existiría.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 180

TÍTULO: MAPA DE RIESGOS PARA LA GESTIÓN PROACTIVA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

AUTORES: LLORENTE PARRADO, CESAR (HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN); DIAZ REDONDO, A. (HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN); COLLADOS GOMEZ, L. (HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN); MARAÑÓN PARDILLO, R. (HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN); IGNACIO CERRO, C. (HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN); MORA CAPIN, A. (HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La Unidad de Urgencias Pediátricas del HGUGM tiene implantado un sistema de gestión de calidad y seguridad del paciente de acuerdo a las normas ISO 9001:2008 y UNE 179003. Como herramienta de gestión proactiva de la seguridad del paciente, se planifica el desarrollo de un mapa de riesgos.

Objetivos: Identificar puntos críticos que potencialmente pueden generar daño en el paciente atendido en la Urgencia Pediátrica y definir un plan de acción para mejorar la seguridad del paciente.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: 1. Equipo de trabajo con profesionales asistenciales con formación básica en calidad y seguridad del paciente y apoyo metodológico de la unidad de calidad.

2. Definición mediante Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) de posibles modos de fallo, efectos y causas, mediante la revisión de los 344 incidentes notificados en el último año y tormenta de ideas para incidentes remotos.

3. Identificación de barreras.

4. Priorización según gravedad, frecuencia y capacidad de detección. Selección de riesgos con índice de priorización (IPR) por encima del percentil 80.

5. Plan de acciones de mejora, según viabilidad de implantación a corto plazo e impacto en reducción potencial de IPR.

Resultados Conclusión: Se identifican 70 diferentes modos de fallo en los procesos operativos de las Urgencias de Pediatría: 8 del proceso de registrar y clasificar, 22 de asistir, 18 de gestionar pruebas complementarias, 12 de tratar y 10 de gestionar alta. Los procesos en los que se detecta mayor nivel de riesgo (sumatorio de índices de priorización del riesgo) son asistir y tratar.

Si estratificamos por procesos, se sitúan por encima del Percentil 80 de IPR, 2 de los 8 riesgos detectados en el proceso de registrar-clasificar, 4 de los 22 de asistir, 1 de los 18 de gestionar pruebas complementarias, 5 de los 12 de tratar, y 3 de los 10 de gestionar el alta.

Se desarrolla un plan de mejora con propuestas priorizadas según viabilidad de implantación en un plazo inferior a 2 años e impacto en potencial reducción de IPR. Las acciones finalmente priorizadas están relacionadas con los siguientes aspectos: inventario con checklist y protocolo de revisión de medicación y material de BOX vital; almacenamiento separado de medicamentos con nombres o forma de presentación similares en Pyxis y revisión de listado de nombres de medicación; nueva herramienta de triage con sistema automático de priorización; organización de plan de personal para la Unidad de Observación en situaciones de sobrecarga; vinculación de la prescripción electrónica vinculada a documentación clínica; y sistema de alertas de pacientes alérgicos.

El desarrollo de mapas de riesgo en unidades con una sistemática de notificación de incidentes consolidada e integrada en la práctica asistencial, supone un nuevo paso para la mejora de la seguridad del paciente, añadiendo un enfoque proactivo a la gestión de riesgos

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 182

TÍTULO: SOY SENSIBLE A LA SEGURIDAD: PROMOVRIENDO CULTURA

AUTORES: JOVÉ EDO, M. NEUS (HOSPITAL DE TORTOSA VERGE DE LA CINTA); SOLÀ MIRAVETE, M. E. (HOSPITAL DE TORTOSA VERGE DE LA CINTA); IRIONDO SANZ, M. C. (HOSPITAL DE TORTOSA VERGE DE LA CINTA); CHANOVAS BORRAS, M. (HOSPITAL DE TORTOSA VERGE DE LA CINTA); CUEVAS BATICON, B. (HOSPITAL DE TORTOSA VERGE DE LA CINTA); LAINE, E. (HOSPITAL DE TORTOSA VERGE DE LA CINTA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La iniciativa es el resultado de los incidentes analizados en el sistema de notificación para el aprendizaje de los errores del Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Identificadas las áreas de riesgo, el grupo de análisis, entre otras actividades realizadas hasta la fecha, priorizó durante el último trimestre de 2014, construir cultura de seguridad del paciente, concienciar a los profesionales, y publicitar los fallos/errores relacionados con los incidentes notificados

Se propone elaborar campaña de seguridad del paciente (por la Unidad de Comunicación, Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente e impulsada por el Núcleo de Seguridad del Paciente TPSC Cloud y la dirección del centro) Se trata de la realización de banners publicitarios en la intranet sobre buenas prácticas y medidas de concienciación, en la que participan reconocidos profesionales del centro y propone la incorporación del término 'Soy sensible a la seguridad

Objetivos: Sensibilizar a los profesionales de la implantación de prácticas seguras en seguridad del paciente

Invitar a los pacientes a asumir un papel activo en la propia asistencia sanitaria

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Finales de 2014 se crea grupo de trabajo: 1. Elaboración de mensajes dirigidos a profesionales del centro sobre áreas de riesgo detectadas. 2. Realización de fotografías de profesionales y pacientes que visibilizan técnicas, buenas prácticas y que serán el complemento a los mensajes. 3 Construcción eslogan, consenso de las frases de sensibilización de cada área crítica, discusión sobre canales de comunicación y difusión 4. Cronograma inicio (junio_15) duración (2 meses) seguimiento y evaluación de la campaña 5. Redacción noticia intranet sobre contenido y comienzo de campaña. 5. Elaboración cuestionario de evaluación sobre repercusión de la campaña.

Resultados Conclusión: Se han elaborado 11 banners de prácticas seguras sobre identificación inequívoca de pacientes que incluyen las técnicas: administración de medicamentos, traslados de pacientes, obtención de muestras, transfusión, intervención quirúrgica, pruebas radiológicas, identificación madre neonato, registro historia clínica. 10 banners sobre el buen uso de los medicamentos: notificación de efectos adversos, caducidad, conservación de fármacos, aplicación regla los 5 correctos, conciliación, y registro de alergias en la historia clínica. 2 banners sobre la promoción del sistema de notificación TPSC Cloud y cultura de análisis

La campaña es innovadora porque nunca hasta ahora se había trabajado mediante la implicación directa del profesional y el paciente (Ejemplo frase banner: Compruebo siempre la identidad del paciente antes de la obtención de muestras de sangre u otros fluidos) Bajo el lema Soy sensible... se transmitirá a todos los profesionales que deben sumarse la cultura de seguridad del paciente. La iniciativa apunta a generar una discusión abierta, compartir información tanto para paciente como para quien le cuida o trata. Propuestas futuras ampliación de la campaña en atención primaria y web

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 183

TÍTULO: NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES : IMPACTO DE UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES: DIAZ REDONDO, ALICIA (HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN); LLORENTE PARRADO, C. (HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN); RAMIRO GONZALEZ, M. (HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN); MORA CAPIN, A. (HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN); MARAÑÓN PARDILLO, R. (HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN); CASTELL DAGANZO, C. (HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El calado de la cultura de seguridad en una organización sanitaria compleja conlleva un gran esfuerzo a nivel institucional, además de un abordaje multimodal para que se mantenga en el tiempo. Una forma de evaluarlo es por el número de incidentes que se notifican de forma voluntaria para su análisis sistematizado y aprendizaje.

Objetivos: - Analizar la evolución de los incidentes notificados por los profesionales de la Urgencia de Pediatría de un hospital terciario a la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGR) antes y después de implantar un programa de promoción de cultura de la segu

Material y Métodos_ Descripción de la Experiencia: Tras la aprobación del Plan para la Gestión de Riesgos Sanitarios del hospital, se amplió y consolidó la red de referentes de seguridad en los distintos servicios y unidades. La Unidad de Urgencias Pediátricas implanta un programa de promoción de cultura de seguridad que incluye: evaluación basal de cultura, sesiones de sensibilización, briefings integrados en la rutina diaria, edición de cartel para pacientes y video para simulación de casos, y despliegue de rondas de seguridad con participación de equipo directivo. Se registraron los incidentes notificados en los 7 sistemas implantados en el hospital durante 2014 y se compararon con el período anterior.

Estudio descriptivo transversal llevado a cabo desde Abril a Octubre de 2014. Los datos se obtuvieron del registro de incidencias de la Unidad Funcional y Gestión de Riesgos sanitarios del hospital.

Resultados Conclusión: El volumen de incidentes notificados ha pasado de 4 acumulados desde la implantación del sistema en 2013 a 80, entre los meses de abril y junio de 2014, y a 136 desde julio a septiembre. Los tipos de incidentes más frecuentes fueron los errores de medicación (26%) y fallos de sistema informático (26%), seguidos de los errores de identificación (18%). Dentro de los errores de medicación, el principal fármaco implicado fue el Ondansetrón (17%). Los tipos más frecuentes fueron error en la dosificación (53%), seguido de error en almacenaje (14%). **CONCLUSIÓN**

El desarrollo de un programa multimodal de sensibilización y promoción de cultura de seguridad, apoyado en una red de profesionales comprometidos y formados en seguridad del paciente, ha demostrado ser fundamental para promover la notificación voluntaria de incidentes, facilitando la implantación futura de medidas de mejora en la seguridad de los pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 184

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN INTEGRADO

AUTORES: BADIA PERICH, ESTHER (DIRECCIÓ D'ATENCIÓ PRIMÀRIA METROPOLITANA NORD); CASTILLO LLUCIÀ, C. (DIRECCIÓ D'ATENCIÓ PRIMÀRIA METROPOLITANA NORD); HERAS PASTOR, C. (DIRECCIÓ D'ATENCIÓ PRIMÀRIA METROPOLITANA NORD); MARTÍNEZ CANTARERO, C. (DIRECCIÓ D'ATENCIÓ PRIMÀRIA METROPOLITANA NORD); MORENO RAMOS, C. (DIRECCIÓ D'ATENCIÓ PRIMÀRIA METROPOLITANA NORD); PRAT GIL, N. (DIRECCIÓ D'ATENCIÓ PRIMÀRIA METROPOLITANA NORD).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Nuestra Dirección de atención primaria (AP), ha implantado un nuevo Modelo Organizativo. Gestionamos 64 equipos de AP, 7 de Atención Sexual y Reproductiva, 7 de Radiodiagnóstico y 2 de Atención Continuada de Urgencias, para una población de referencia de 1.386.807h y 4.113 profesionales, orientada al paciente con visión de excelencia de atención. Detectada una gran variabilidad de la práctica clínica, iniciamos la gestión por procesos para garantizar la Seguridad del Paciente (SP), priorizando el despliegue de los procesos clave.

Objetivos: Implantar un sistema de evaluación de la Organización integrando los Estándares de Seguridad al Paciente que se definen en el " Model d' Acreditació del Departament de Salut" (MADS), en los procesos clave definidos.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: A partir del análisis de los Estándares de SP se identifican aquellos que lidera la Organización como facilitadores y de soporte (Dirección, RRHH, Infraestructuras, Informática y la Dirección Económica Financiera) y por otro lado los del equipo. Los relacionados directamente con el Criterio 5, se han trabajado mediante los Grupos de Procesos, en los cuales se identifica una estructura organizativa y una metodología específica para la implantación y evaluación de los mismos. Como herramienta de soporte a esta evaluación se está desarrollando un aplicativo informático que nos permita analizar la variabilidad de los resultados de salud a partir de los indicadores de estructura y de proceso y los de seguridad del paciente.

Resultados Conclusión: Procesos clave priorizados (Cronicidad, Gestión de la Demanda, Coordinación Asistencial, Comunitaria, Atención Inmediata).

Estructura organizativa de los procesos: Espónsor, líder, referente territorial y experto de equipo. Metodología de implantación en el equipo definida. Desde la definición del proceso hasta el seguimiento de resultados y su consecuente plan de acción.

Sistema de evaluación de los procesos en el equipo, definido.

Cuadro de Mando de los procesos clave, definido.

Indicadores de SP identificados por proceso clave e implantados según nivel de responsabilidad.

Aplicativo Informático para la evaluación integrada, diseñado.

Conclusiones

La gestión por procesos permite disminuir la variabilidad de la práctica clínica que contribuye a garantizar la Seguridad al paciente.

La evaluación conjunta entre indicadores de proceso y estándares de calidad es el primer paso hacia un sistema de información integrada. Existe una dificultad importante entre el desarrollo de la organización vertical/ jerárquica y horizontal/ proceso debido al cambio cultural que esto implica.

La organización debe poner el foco en la unidad de evaluación, para obtener los resultados de salud y satisfacción de nuestros usuarios.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 185

TÍTULO: APLICAR EL CICLO PLAN-DO-CHECK-ACT PARA INTEGRAR LOS REQUERIMIENTOS DE LA ACREDITACIÓN A UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: ROCA BURILLO, CARLOS (GESTIÓ DE SERVEIS SANITARIS); MANUEL MARTÍ, B. (GESTIÓ DE SERVEIS SANITARIS); BATALLA PEINADO, L. (GESTIÓ DE SERVEIS SANITARIS)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El ciclo Plan-Do-Check-Act o ciclo de Deming es una estrategia de mejora continua de la calidad muy utilizado en los sistemas de gestión de la calidad.

Confluyen dos factores, la madurez del EAP ligada a la evolución de la organización de la que forma parte, y los requerimientos establecidos en el sistema de Acreditación aprobado por el Departamento de Salud, hacen plantearse la aplicación del ciclo PDCA en el EAP para establecer un marco en la gestión de la calidad que permita aglutinar ambos factores.

Objetivos: Aplicar el ciclo de la mejora continua Plan-Do-Check-Act en el equipo de atención primaria (EAP) LRN para establecer la sistemática de mejora continua y adaptarse a los requerimientos en materia de calidad y seguridad establecidos por el Departamento de Salud.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: 1. Plan. Planificar. En 2013 se elabora el Plan funcional del EAP siguiendo las líneas estratégicas del Plan estratégico de la organización. Se aprueban protocolos y guías relacionadas clasificadas según: la accesibilidad asistencial, la adaptabilidad al territorio, la calidad clínica-asistencial, el trabajo en red y la sostenibilidad del sistema sanitario.

2. Do. Implementación. También en 2013 se crea una comisión de calidad para orientar, impulsar, transmitir y concienciar en materia de calidad a los profesionales del equipo. Se elabora el Plan de calidad, que contiene las acciones para implementar los documentos elaborados. Se elabora el Plan de formación con acciones formativas que dan soporte a la estrategia.

3. Check. Verificar. En 2014 se aprueba el Decreto 86/2014, de 10 de junio, por el cual se establece el sistema de acreditación de equipos de atención primaria en Catalunya, basado en el modelo de calidad EFQM. Se hace una autoevaluación del EAP a través de la valoración de 347 estándares e indicadores que se dividen en 9 ejes: liderazgo, política y estrategia, gestión de las personas del EAP, alianzas y recursos, procesos, resultados de: los ciudadanos, en las personas del EAP, en la sociedad y resultados clave.

4. Act. Actuar. Se propone un plan de mejora que incluye el trabajo de los requerimientos del Departamento de Salud no logrados en la autoevaluación.

Resultados Conclusión: 1. Se elaboran los siguientes documentos: 5 ligados a estrategia, 9 a accesibilidad, 5 a adaptabilidad, 112 a calidad clínica-asistencial y 10 a sostenibilidad.

2. Se realizan 8 reuniones del comité de calidad en la que participan 6 profesionales del EAP.

3. El resultado de la autoevaluación es el logro del 62% de los estándares e indicadores del modelo.

4. El plan de mejora incluye el trabajo de 105 estándares y 45 indicadores no logrados en la autoevaluación.

La aplicación del ciclo PDCA de la mejora continua en el EAP LRN ha permitido establecer la metodología para garantizar la tendencia a la mejora continua, y ha servido para adaptar la organización a los requerimientos en materia de calidad y seguridad establecidos por el Departamento de Salud.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 186

TÍTULO: UNA MEJORA EN SEGURIDAD: SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN POR COLORES.

AUTORES: NORIEGA LOPEZ, COVADONGA (AREA 3 - HOSPITAL SAN AGUSTÍN); MARTINEZ LOPEZ, M. A. (AREA 3 - HOSPITAL SAN AGUSTÍN); FERNÁNDEZ PÉREZ, A. N. (AREA 3 - HOSPITAL SAN AGUSTÍN); SUÁREZ GUERRA, A. N. (AREA 3 - HOSPITAL SAN AGUSTÍN); ALONSO GARCÍA, C. A. (AREA 3 - HOSPITAL SAN AGUSTÍN)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La importancia de la correcta identificación de pacientes es cada vez más patente. Buena parte de los problemas de seguridad se asocian con frecuencia a complicaciones producidas por errores de identificación al administrar una medicación a un paciente equivocado, errores en intervenciones quirúrgicas, transfusiones de hemoderivados, realización de pruebas diagnósticas no solicitadas, decisiones equivocadas basadas en resultados de imagen con errores o en informes anatomopatológicos y analíticas con identificación errónea de la muestra tras la extracción. Los problemas de identificación en el curso de la asistencia sanitaria se asocian a errores, por ello es preciso que se garantice la identificación mediante métodos inequívocos

Objetivos: Mejorar la seguridad del paciente mediante la implantación de un sistema de identificación con brazaletes de diferentes colores según el ámbito de asistencia y colocación de marcadores de alerta para avisar de riesgos. Aumentar la sensibilización en la importancia de la identificación

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Se diseña un procedimiento de identificación que, tomando como referencia el ya existente en el centro, basado en el Plan de Identificación Inequívoca de Pacientes en el Principado de Asturias del 2006, incluyera como mejoras, la diferenciación del ámbito de asistencia dentro del hospital, dependiendo del color de la pulsera y la colocación, en casos de riesgos específicos de un marcador de alerta de riesgo. El procedimiento anterior incluía la identificación en todo el ámbito asistencial mediante un brazalete monocolor con los datos de filiación del paciente y un código de barras para identificación con lector láser. Para la implantación del procedimiento se adquirieron brazaletes en tres colores dependiendo del ámbito de asistencia en el que se encuentre el paciente:

Urgencias: Amarillo.

Hospitalización: Azul.

Ambulatorio: Verde.

Además, se han adquirido unas pinzas de color naranja, que se acoplan a la pulsera, para colocar en los pacientes cuando tienen algún tipo de alerta: medicamentosa, alimenticia, aislamiento... y así servir de indicador de seguridad.

Se realiza una redistribución de las impresoras existentes. Tras la aprobación del procedimiento se realiza difusión del mismo mediante: correo electrónico a todos los mandos intermedios, intranet del área y sesiones en los diferentes servicios y unidades.

Resultados Conclusión: Se ha logrado una implantación exitosa y con buena acogida por el personal implicado que ven en este nuevo sistema una herramienta de ayuda para crear cultura de seguridad. Este sistema mejora la identificación inequívoca del paciente porque añade una barrera de seguridad al ser necesaria su sustitución con el cambio de ámbito asistencial, lo que obliga a la colocación de un nuevo brazalete y por consiguiente una nueva identificación. Además incluye una alerta visual para la identificación de riesgos en el paciente y facilita la ubicación de éste cuando sale de su ámbito asistencial para la realización de procedimientos, pruebas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 187

TÍTULO: LOS REGISTROS ENFERMEROS, CALIDAD ASISTENCIAL Y DE GESTIÓN SANITARIA

AUTORES: CUEVAS BATICÓN, BLANCA (HOSPITAL TORTOSA VERGE DE LA CINTA); BERENGUER-POBLET, M. (HOSPITAL TORTOSA VERGE DE LA CINTA); CAÑELLAS REVERTÉ, N. (HOSPITAL TORTOSA VERGE DE LA CINTA); BRULL GISBERT, L. L. (HOSPITAL TORTOSA VERGE DE LA CINTA); ORTELLS MUSEROS, L. (HOSPITAL TORTOSA VERGE DE LA CINTA); BONFILL ESTELLÉ, M. (HOSPITAL TORTOSA VERGE DE LA CINTA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los registros enfermeros forman parte de la historia del paciente, se consideran esenciales para la continuidad de los cuidados y para ofrecer una asistencia de calidad.

En nuestro centro se utiliza un modelo corporativo de sistemas de registros liderado por una enfermera de la misma corporación basado en una terminología específica que ha sido desarrollada con la finalidad de mejorar la calidad de los registros enfermeros.

La implantación de este sistema ha sido un proceso laborioso y de años de evolución. Actualmente nos encontramos ante el reto de mejorar la calidad asistencial y de gestión sanitaria a través de los registros enfermeros, para ello ha sido necesaria incorporar del cuadro de mandos del centro y fomentar la participación del personal asistencial implicado

Objetivos: • Diseñar e implantar un programa de gestión y de seguimiento de los registros enfermeros.

- Evaluar los registros de enfermería.
- Identificar una oportunidad de mejora de los registros enfermeros.
- Mejorar la calidad de los cuidados enfermeros.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio de mejora de los registros de enfermería a través de un programa de gestión, implicación asistencial y seguimiento.

A partir de los resultados obtenidos en el sistema de registro durante el año 2014 se ha diseñado e implementado un programa de gestión sanitaria

Dicho programa se ha basado en la optimización de un sistema de información automatizado específico y para ello se ha procedido a aplicar una serie de medidas: Aumentar la implicación de los responsables, del personal experto y del personal asistencial a través de la creación de circuitos de mejora, elaboración de programas de comunicación entre equipos enfermeros y formación del personal asistencial implicado.

Posteriormente se procederá a comparar los registros realizados por el personal de enfermería pre y post intervención. El periodo a comparar son los meses de enero a agosto del 2014 y 2015

Resultados Conclusión: En los resultados preliminares se percibe, tras la implementación del programa, una mejora significativa del cumplimiento de los registros enfermeros, demostrando así que la implicación de los responsables y la valoración del trabajo desarrollado por personal asistencial, favorecen significativamente el cumplimiento de los registros asistenciales y por tanto mejora la calidad asistencial.

Además de la mejora del cumplimiento de los registros, y el feedback de los resultados se espera conseguir mejorar el grado de satisfacción del personal implicado en el proceso.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 188

TÍTULO: OPTIMIZACIÓN ENERGÉTICA EN LA GESTIÓN DE LA VENTILACIÓN Y CLIMATIZACIÓN DE LOS QUIRÓFANOS MEDIANTE CONTAJE DE PARTÍCULAS

AUTORES: BARRACHINA CARICCHIO, DAVID (HOSPITAL DE MOLLET); DURAN NAVARRO, J. (HOSPITAL DE MOLLET)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El aseguramiento de la calidad ambiental puede y debe obtenerse con eficiencia energética y una reducción de costes que ayude en la sostenibilidad del sistema sanitario

Objetivos: Reducción del coste energético para la ventilación y climatización de los quirófanos, asegurando un alto grado de calidad ambiental

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El uso tradicional de los quirófanos implicaba una ventilación y climatización de los mismos durante las 24h y 365d, suponiendo un alto consumo energético, por la cantidad de aire en movimiento (ventilación y renovación), así como la energía consumida para su climatización, ya sea en frío o calor.

En algunos centros, recientemente se ha apostado, como mejora energética, por la generación de estados en función de su uso: USO, NO USO y LIMPIEZA. Esta actuación permite la reducción de costes derivados tanto de la climatización como de la ventilación, al poder dejar prefijados valores de menor consumo en los estados de LIMPIEZA y fundamentalmente en NO USO.

La optimización aquí propuesta se basa en el mantenimiento de los estados descritos para la determinación de la condiciones termohigrométricas y de confort, pero regulando la ventilación y renovación del aire tratado, según la cantidad de partículas existentes en la sala, asegurando en todo momento y con registros on-line, una calidad ambiental óptima y de forma inteligente, siendo capaz de reaccionar el climatizador del quirófano, según sea necesario, a la contaminación interior.

Resultados Conclusión: RESULTADOS: Ahorros anuales de 11000€ por quirófano, con respecto a la condición inicial.

CONCLUSIONES: La calidad ambiental puede estar asociada la eficiencia energética y al uso racional de los recursos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 189

TÍTULO: DE LA IDEA AL PACIENTE: EL PAPEL DE UNA ESTRUCTURA DE APOYO A INNOVACIÓN PARA LA MEJORA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES: OLMEDO LUCERÓN, CARMEN (INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA GREGORIO MARAÑÓN); RIERA GUERRA, A. (INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA GREGORIO MARAÑÓN); BARDINET, T. (INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA GREGORIO MARAÑÓN); BUÑO BORDE, I. (INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA GREGORIO MARAÑÓN); BAÑARES CAÑIZARES, R. (INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA GREGORIO MARAÑÓN); DESCO MENÉNDEZ, M. (INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA GREGORIO MARAÑÓN).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Un elemento esencial en el desarrollo último de la actividad investigadora es la innovación, especialmente en el sector de la salud. Sin embargo, a pesar de la potencia y talento investigador en nuestro país, los resultados en innovación son aún escasos. El objetivo de los Institutos de Investigación Sanitaria es generar investigación traslacional de excelencia. Nuestro Instituto incluye entre sus objetivos el impulso y desarrollo de la innovación en la organización, como puente para transformar los resultados de esta investigación en un valor tangible en forma de productos, servicios o procesos. Esta apuesta institucional ha llevado al desarrollo de una estructura potenciadora y facilitadora, la Unidad de Apoyo a la Innovación (UAI), que permita la transformación del conocimiento generado, para que revierta en la ciudadanía y permita el retorno de la inversión.

Objetivos:

- Acercar la cultura de la innovación y el emprendimiento al personal sanitario/investigador.
- Establecer canales de formación e información de los profesionales en el ámbito de la innovación.
- Proporcionar el soporte necesario para el desarrollo de sus actividades en este ámbito.
- Impulsar y fortalecer las alianzas con diferentes agentes de este campo, tanto con otras estructuras de gestión, como con organizaciones de I+D y con el tejido empresarial.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: La UAI nace en 2011 a partir de la existencia de un potente grupo de investigación y desarrollo tecnológico en ingeniería biomédica con una larga trayectoria de procesos de transferencia de tecnología hacia el sector industrial. A esta experiencia, añade un equipo de expertos del ámbito técnico, económico y legal que se encarga de detectar ideas nuevas y evaluar su viabilidad y potencial transferencia, desarrolla los proyectos buscando colaboradores, protege las nuevas tecnologías (patentes o propiedad intelectual) y define el modelo de negocio buscando licenciarios para llevarlos al mercado. Además en 2012, se creó como órgano asesor la Comisión de Innovación, con gran participación de la Dirección entre sus miembros.

Resultados Conclusión:

- La cartera tecnológica del Instituto incluye actualmente: 31 familias de patentes y modelos de utilidad (25 nacionales y 66 internacionales), 21 registros de Propiedad Intelectual, 17 tecnologías licenciadas a entidades externas y 16 implementadas como mejoras asistenciales o clínicas. El número de proyectos ha pasado de 26 en 2012 hasta actualmente 154 (84 potencialmente podrían ser transferidos a la sociedad).

- Los ingresos acumulados en proyectos de innovación rondan los 4M€ en los últimos años.
- El mayor éxito se debe a la estrecha colaboración público-privada que ha supuesto importantes mejoras para el paciente y la sociedad (tratamiento de úlceras crónicas, dispositivo para guiar la radioterapia intraoperatoria o tomógrafo multimodalidad).

El desarrollo de la UAI es un modelo instrumental, exitoso y exportable para el desarrollo de la innovación en nuestra institución y en otros centros de investigación similares.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 190

TÍTULO: LA TOMA DE DECISIONES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO BASADO EN PROTOCOLOS

AUTORES: VÁZQUEZ CALATAYUD, MÓNICA (CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA); OROVIOGOICOECHEA ORTEGA, C. (CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA); PUMAR MENDEZ, M. J. (UNIVERSIDAD DE NAVARRA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La variabilidad de la práctica clínica constituye uno de los principales problemas de calidad en la asistencia sanitaria. Una de las estrategias más reconocida para disminuir esta variabilidad es la estandarización de la práctica clínica mediante el uso de protocolos, algoritmos, guías o vías clínicas. A pesar ello, la adopción generalizada de esta estrategia por parte de las enfermeras está lejos de acometerse. Para mejorar su adopción, se considera clave conocer el proceso de la toma de decisiones de Enfermería en el Cuidado Basado en Protocolos (CBP). El CBP es un enfoque que aúna la estandarización de la práctica clínica con la individualización del cuidado.

Objetivos: Conocer la evidencia que existe en la literatura sobre la toma de decisiones de Enfermería en el CBP.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos: CINAHL, PUBMED, Web of Science y PsycINFO, combinando los términos (y sus sinónimos): «toma de decisiones», «CBP» y «Enfermería». Las búsquedas se limitaron únicamente al idioma de publicación (inglés y/o español). Asimismo, se realizaron búsquedas manuales de los cinco últimos años de diversas revistas internacionales y se aplicó la técnica de bola de nieve para verificar si había estudios adicionales. Se incluyeron los estudios que abordaran el tema de estudio desde un enfoque cualitativo, cuantitativo y/o mixto con un nivel de calidad adecuado. Se excluyeron los artículos de opinión y los estudios realizados fuera del contexto clínico.

Resultados Conclusión: No se ha encontrado ningún estudio desde el enfoque del CBP. Se han seleccionado cuatro estudios empíricos, realizados en el contexto internacional, que responden al objetivo de la revisión pero sin tener en cuenta la individualización del cuidado. En base a estos estudios se han identificado los siguientes factores que pueden influir en la toma de decisiones de las enfermeras en el uso de los protocolos: la percepción del riesgo, la percepción del paciente conocido, el poder de decisión percibido y los factores contextuales.

El conocimiento sobre la toma de decisiones de Enfermería en el uso de protocolos es limitado. Además, la validez de estos resultados es cuestionable debido a su gran disparidad entre los escasos estudios identificados y a las limitaciones metodológicas que presentan. Por tanto, se precisan futuras investigaciones que estudien la toma de decisiones de Enfermería en el CBP en contextos, muestras y protocolos heterogéneos que permitan conocer este fenómeno en la máxima variedad de situaciones. Este conocimiento ayudará a crear programas a medida para disminuir la variabilidad de la práctica clínica en Enfermería. La disminución de esta variabilidad incrementará la calidad de los cuidados prestados y la seguridad de los pacientes, lo que a medio-largo plazo mejorará la satisfacción de pacientes y profesionales y la eficiencia en el gasto sanitario.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 191

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE UN APLICATIVO DE GESTIÓN DE INCIDENCIAS

AUTORES: BADIA PERICH, ESTHER (DIRECCIÓ D'ATENCIÓ PRIMÀRIA METROPOLITANA NORD); MARTÍNEZ CANTARERO, C. (DIRECCIÓ D'ATENCIÓ PRIMÀRIA METROPOLITANA NORD); MORENO RAMOS, C. (DIRECCIÓ D'ATENCIÓ PRIMÀRIA METROPOLITANA NORD); MARTÍNEZ NEJJEM, A. (DIRECCIÓ D'ATENCIÓ PRIMÀRIA METROPOLITANA NORD); FLORES BELMONTE, J. M. (DIRECCIÓ D'ATENCIÓ PRIMÀRIA METROPOLITANA NORD)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: A partir de la implantación del sistema de gestión de Calidad en los equipos de atención primaria (AP), iniciado el año 2012, priorizamos la gestión por procesos con la evaluación de resultados orientada a los indicadores de salud. En una segunda fase, con el objetivo de mejorar las fuentes de información, decidimos implantar un sistema de gestión de incidencias. Detectamos que no existía una sistemática de registro y seguimiento de incidencias, transversal, relacionadas con los procesos claves definidos por nuestra organización y con la seguridad del paciente.

Objetivos: Implantar un sistema informático de notificación y gestión de incidencias de procesos clave y seguridad del paciente (GESLIN).

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se diseña un aplicativo para notificar cualquier incidencia surgida dentro del equipo (AP), con entrada única, que facilite la resolución de las mismas. Una incidencia tiene dos vías de registro, la primera para resolución enviada directamente a la Dirección y otra de análisis que recibe directamente el responsable de Calidad. Las incidencias que casi han causado daño o lo han causado, son dirigidas directamente al aplicativo del Departamento de Salud (TPSC Cloud) para realizar una investigación exhaustiva. El resto, explotadas del GESLIN, son analizadas en la Comisión de Calidad del centro para definir el plan de actuación de mejora. Periódicamente la gestión de incidencias es presentada a todos los profesionales del equipo para compartir los resultados obtenidos y prevenir la repetición de las mismas.

Resultados Conclusión: El 100% de equipos tiene responsable de gestión de incidencias.

El 70% de equipos han presentado el proyecto a sus profesionales.

En los 5 últimos meses se han informado 169 incidencias, de las cuales el 77% son de seguridad del paciente y el 23% de procesos claves de la organización.

Las incidencias de procesos clave se distribuyen en 41% a la atención a la comunidad, 38,5% a la atención inmediata, un 15,4% a la atención a la cronicidad y un 5,1% a derivaciones con especialidades.

De las incidencias de seguridad del paciente, el 47,7% están relacionadas con aparataje o infraestructuras en mal estado, el 32,3% son de gestión de compras y almacenes, y el 13,9% son de gestión de la demanda asistencial.

Conclusiones

La amplia implantación del sistema ha permitido integrar todas las incidencias de la organización en un solo aplicativo y conocer en todo momento las necesidades de mejora de la organización, sea a nivel local como gerencial.

Esta información es utilizada para el análisis tanto de la gestión por procesos como para el desarrollo del modelo de acreditación del Departamento de Salud. (MADS).

Queda pendiente mejorar la coherencia entre las notificaciones realizadas y el sistema de clasificación de las mismas relacionado con el despliegue de la misma.

Los resultados nos han permitido constatar que no se ha hecho la suficiente difusión sobre el funcionamiento y circuitos del aplicativo de gestión de incidencias.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 192

TÍTULO: PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INADECUADOS(MPI)EN PACIENTES MAYORES DE 74 AÑOS EN AP

AUTORES: TÉLLEZ BARRAGÁN, MARIA CLAUDIA (C.S. DR. LUENGO RODRIGUEZ); LANDAZURI SORET, M. R. (C.S. DR. LUENGO RODRIGUEZ); PIROGOV, P. (C.S. DR. LUENGO RODRIGUEZ); ROMÁN MUÑOZ, M. (C.S. DR. LUENGO RODRIGUEZ); SAN ANDRES VERA, E. (C.S. DR. LUENGO RODRIGUEZ); SAIZ MONZÓN, M. L. (C.S. DR. LUENGO RODRIGUEZ).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Hemos abordado éste tema, por no cumplir con el pacto establecido.

Objetivos: Analizar las prescripciones MPI: Anticolinérgicos, Benzodiazepinas, Sulfonilureas, Aines, Antidepresivos, en pacientes mayores de 74 años a fin de establecer modificaciones viables para promover la seguridad del paciente en clínica segura AP

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Realizamos un análisis reactivo de la situación mediante el protocolo de Londres.

-Situación de inicio: 271 prescripciones: Antidepresivos 5%, Anticolinérgico, 27% Benzodiazepinas 22%, Sulfonilurea 6%, AINES 40%

• Acciones inseguras

-Exceso de información. La información es variada y diversa.

-Conocimientos insuficiente. Las notificaciones de MPI se modifican con periodicidad, la falta de información puede incurrir en error del medicamento

-Inercia terapéutica. consentir el requerimiento del paciente, cronifica innecesariamente un fármaco. Algunos medicamentos se cronifican por falta de revisión de la HC. Algunos medicamentos que se prescriben con carácter agudo, se cronifican por falta de revisión de la HC.

-Medicamento de elección. Algunos PMI, debido a su eficacia son seleccionados por el facultativo

• Factores Contribuyeres

-Carga asistencial. la exigencia de atención, descuida en cierto grado las revisiones de la H.C.

-Receta inducida. Pacientes prescritos por otros profesionales, solicitan la receta de la institución para su dispensación en la farmacia

• Acciones de mejora, planes de acción

-Exceso de información. Se dio uso a la biblioteca AP para archivar notificaciones medicamentosas.

-Conocimientos insuficientes. Se realizó una sesión formativa dando a conocer las notificaciones de MPI ofreciendo información de alternativas medicamentosas.

-Se divulgó por diferentes medios las alternativas terapéuticas de los MPI

-Inercia terapéutica. Se motivó a los facultativos para educar al paciente en temas de las inconveniencias medicamentosas y sus modificaciones.

-Receta inducida. Se recordó que la responsabilidad de la prescripción es de quien la prescribe

Resultados Conclusión: Se consultó cada una de las H.C de pacientes mayores de 74 años, a fin de hallar las prescripciones MPI en cada CIAS. para ser analizado individualmente y determinar las modificaciones más adecuadas para cada paciente. Se identificaron 181 pacientes con 251 MPI

-Después de realizar la revisión del total de paciente mayores de 74 años, se optó por retirar el 52% de los MPI se mantiene la medicación en un 39%. Se modifica un 6% y no se aborda un 3%.

Considerar la información rigurosa y actualizada de las notificaciones, es imprescindible para el mantener el buen juicio del medicamento

• Organizar la información de notificaciones de medicamentos en un archivo específico en AP, para ofrecer accesibilidad de información actualizada a todo el personal .del equipo.

• Promover hábito de revisión de H.C. para evitar cronicidades en tratamientos medicamentosos.

• Informar al paciente si es el caso, de la necesidad de modificar la prescripción realizada por profesionales ajenos a la institución

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 193

TÍTULO: INTEGRACIÓN DEL FARMACÉUTICO EN UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

AUTORES: RIZO GÓMEZ, ANA (HOSPITAL PLATÓ); MONTSERRAT TORAN, M. (HOSPITAL PLATÓ); BARRANTES GONZÁLEZ, M. (HOSPITAL PLATÓ); CAMPS SALAT, R. (HOSPITAL PLATÓ); ALTES CAPELLA, J. (HOSPITAL PLATÓ); PUIG VILAMALA, T. (HOSPITAL PLATÓ).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El 'Pla de Salut de Catalunya 2011-2015' identifica la prevención y la atención a la enfermedad crónica como uno de los pilares del nuevo modelo sanitario catalán.

Objetivos: Describir y valorar las intervenciones farmacéuticas en un equipo multidisciplinar que atiende al paciente crónico complejo ingresado.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio prospectivo de 4 meses de duración (enero-abril 2015) realizado en un hospital general nivel II de 161 camas. Un equipo multidisciplinar (Medicina Interna, Enfermería, Trabajo Social y Farmacia) realizó el seguimiento y evaluación de los pacientes crónicos complejos (PCC) ingresados mediante reuniones diarias. Se definieron unos indicadores de calidad de atención al PCC: valoración geriátrica, definición de intensidad asistencial, adecuación de catéter vesical y vía venosa, control de ritmo deposicional y revisión de tratamiento farmacológico. Respecto a la revisión del tratamiento, se registró como intervenciones farmacéuticas (IF): la conciliación de la medicación al ingreso, el ajuste de dosis de antibióticos según función renal y detección de reacciones adversas a medicamentos (RAM). Variables registradas: datos demográficos, características del tratamiento farmacológico y intervenciones realizadas. Se clasificó la gravedad según NCCMERP.

Resultados Conclusión: En el periodo de estudio se registró la revisión del tratamiento de 114 pacientes, de las cuales, 59 (52%) mujeres. La media de edad fue 84 años (DE:7.4). La media de medicamentos/paciente fue 9 (DE:3.3). Se registraron un total de 142 intervenciones farmacéuticas (1.2 IF/paciente)

Se revisaron 966 medicamentos y se detectaron 132 (14%) discrepancias de conciliación al ingreso, de las cuales:

- 80 (61%) fueron discrepancias justificadas. De éstas, 23 (29%) correspondían a intercambios terapéuticos y 57 (71%) fueron justificadas teniendo en cuenta la nueva situación del paciente.
- 52 (39%) fueron error de conciliación (EC). Tipos EC: 33 (63%) por omisión de medicamentos, 16 (31%) por diferencia en la dosis o pauta de administración, 2 (4%) por duplicidad y 1 (2%) por medicamento contraindicado. En cuanto a la gravedad de los EC, sólo 1 (2%) se clasificó como categoría D (requiere monitorización o intervención para prevenir el daño), el resto fueron sin daño potencial. En cuanto a los grupos terapéuticos más implicados en los EC fueron Oftalmológicos (11.5%), Antitrombóticos (9.6%), Fármacos del sistema renina-angiotensina (9.6%), Psicoanalépticos (9.6%) y Antidiabéticos (7.7%).

Se registró la función renal en 83 pacientes con tratamiento antibiótico y se requirió ajuste de dosis por insuficiencia renal en 8 casos (9.6%).

Durante el periodo de estudio se registraron 2 reacciones adversas de categoría E (mioclonias inducidas por metoclopramida y extravasación de noradrenalina).

Como conclusión, la incorporación del farmacéutico en el equipo multidisciplinar permitió realizar un mejor seguimiento farmacoterapéutico aumentando la seguridad y evitando posibles complicaciones causadas por la medicación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 194

TÍTULO: CHECK-LIST Y PARTE DIARIO DE INCIDENCIAS QUIRURGICO COMO HERRAMIENTAS PARA LA IMPLANTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD

AUTORES: NORIEGA LOPEZ, COVADONGA (AREA 3 - HOSPITAL SAN AGUSTÍN); LLORENTE FERNANDEZ, E. L. (AREA 3 - HOSPITAL SAN AGUSTÍN); VILLANUEVA FERNANDEZ, I. S. (AREA 3 - HOSPITAL SAN AGUSTÍN)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El bloque quirúrgico constituye un ámbito donde confluyen diferentes estamentos que hacen que garantizar la seguridad sea una labor bastante laboriosa

La utilización de sistemas de comunicación de incidentes ha proporcionado información para mejorar la seguridad. Los sistemas de comunicación de "cosas que van mal" se ha convertido en un elemento fundamental para la gestión de riesgos y su uso en una recomendación cuando hablamos de seguridad

Dentro del Plan de Calidad y Seguridad de nuestro hospital, la implementación del listado de verificación quirúrgica y del Parte Diario del Quirófano supuso un cambio importante en el Área Quirúrgica. Mediante su monitorización mensual se han podido evaluar los resultados e identificar oportunidades de mejora

Objetivos: Establecer estrategias de seguridad del paciente en el Área Quirúrgica, mediante la implantación de acciones de mejora derivadas del análisis de las incidencias registradas en el PDQ y LVQ

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio retrospectivo de las incidencias registradas en los quirófanos de un hospital de segundo nivel durante 3 años, con un total de 23.774 intervenciones. Se recogieron, clasificaron y analizaron los registros. Se aplica la técnica del Grupo Nominal Se priorizan los registros según una matriz de riesgo por su impacto, evitabilidad y frecuencia. Se establece un plan de mejora continua a partir de los resultados obtenidos, mediante un Diagrama de Gantt. El número de formularios analizados fue de 13622 de LVQ y 4647 de PDQ, con un total de 2198 observaciones en el LVQ y 5125 en el PDQ

Resultados Conclusión: De 1925 incidentes registrados, el 38% corresponden a incidentes de aparataje, el 33% a incidentes de instrumental, el 27% relacionados con el proceso de intervención y el 2% a otras incidencias. Tras el análisis y priorización (diagrama de Pareto) se propusieron las siguientes acciones de mejora: Ajuste del mantenimiento preventivo de equipos, revisión del instrumental quirúrgico y actualización de listados de material, actualización del protocolo de preparación del paciente quirúrgico y del de rasurado, revisión de ordenadores, de la red y realización de sesiones formativas, revisión del circuito de petición de hemoderivados, reuniones para presentar las incidencias relativas al personal. Las intervenciones realizadas nos indican un descenso general de los incidentes. Podemos constatar que tanto el LVQ como el PDQ nos dan información relevante para realizar cambios y poner en marcha acciones correctivas que contribuirán a que no se produzcan incidentes. Los sistemas de notificación de incidentes son una herramienta muy útil no solo para evaluar los eventos adversos que llegan al paciente sino también para los denominados incidentes con potencial de daño. La existencia de una herramienta no personalizada como puede ser el PDQ nos ayuda a que los profesionales manifiesten más abiertamente los problemas detectados y no vean su cumplimentación como algo obligatorio, pero sí necesario, lo que se manifiesta por la buena acogida desde su implantación

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 195

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE VIDEOSESIONES COMO ACCIÓN DE MEJORA DE LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: MARTÍNEZ PIÉDROLA, MERCEDES (GERENCIA ADJUNTA DE PLANIFICACIÓN Y CALIDAD. GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD); ESTÉVEZ MUÑOZ, J. C. (GERENCIA ADJUNTA DE PLANIFICACIÓN Y CALIDAD. GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD); GONZÁLEZ GONZÁLEZ, A. I. (GERENCIA ADJUNTA DE PLANIFICACIÓN Y CALIDAD. GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD. REDISSEC); BECERRIL ROJAS, B. (GERENCIA ADJUNTA DE PLANIFICACIÓN Y CALIDAD. GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD); MUÑOZ Balsa, M. (GERENCIA ADJUNTA DE PLANIFICACIÓN Y CALIDAD. GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD); MALILLOS PÉREZ, D. (GERENCIA ADJUNTA DE PLANIFICACIÓN Y CALIDAD. GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La Unidad de Apoyo Técnico (UAT) está orientada a facilitar a los profesionales de los centros de salud (CS) de la Gerencia de Atención Primaria el trabajo diario en materia de Calidad, Seguridad, Investigación y Sistemas de Información. Medir la calidad del servicio es una buena forma de identificar puntos fuertes y débiles. La diferencia entre expectativas generales y percepciones, respecto al servicio prestado por la UAT, constituye una medida de la calidad en el servicio. Su conocimiento nos orientará en la consecución de la satisfacción de nuestros clientes y en el camino hacia la excelencia.

Durante los años 2013 y 2014 se recogen las expectativas de nuestros clientes. De su análisis se detecta, entre otras áreas de mejora, la demanda de proactividad por parte de la UAT y la sensación, de los profesionales de los CS, de dificultad para acceder a las actividades formativas.

Objetivos: Mejorar la satisfacción de los profesionales de los CS respecto del servicio brindado por la UAT, a partir de los resultados de las expectativas manifestadas.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Análisis de situación: detección y selección de temas demandados por los CS; identificación de los CS afectados; análisis de recursos disponibles. Selección de la metodología adecuada a las expectativas mediante brainstorming y priorización simple. Planificación de actividades: preparación y comprobación de funcionamiento de medios y dispositivos de telecomunicación en centro emisor y centros receptores; selección de temas a ofertar y determinación de contenidos formativos; oferta a los centros de salud; determinación de fecha con los CS; difusión a los profesionales; previo a cada sesión se realiza contacto telefónico y verificación adecuado funcionamiento de los recursos; envío de encuesta de satisfacción a los directores de los CS participantes para autocumplimentar mediante correo electrónico y así obtener la opinión de los profesionales.

Resultados Conclusión: Periodo de ejecución: marzo 2014-abril 2015.

16 videoseSIONES realizadas de 1h de duración en horario bisagra ofertadas a 895 profesionales sanitarios. 30 conexiones diferentes realizadas, 15 a CS urbanos y 15 a CS rurales. Docentes: 8 profesionales de la UAT.

Distribución por temas impartidos: 6 sesiones sobre consult@web (aplicación que explota base de datos clínicos de los pacientes), 9 sobre biblioteca virtual (espacio digital que permite el acceso a recursos de información científica en ciencias de la salud), 1 sobre seguridad del paciente.

Valoración de los profesionales (escala Likert 1 a 10): utilidad de la formación recibida 7,44; adecuación de medios técnicos 7; repetición de la experiencia 7,11; valoración global de la actividad 7,22. Consideran que se debe seguir desarrollando esta herramienta para docencia y otras actividades de nuestra competencia. Algunos CS plantean la necesidad de mejora de la línea de internet y de disponer de un ordenador más potente para que la videoseSIÓN sea más ágil.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 196

TÍTULO: SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA: PREVENCIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS.

AUTORES: BUENO DOMÍNGUEZ, M. JOSÉ (GRUP SAGESSA); CERVERA MARTINEZ, M. (GRUP SAGESSA); PRIETO PERDIGÓN, D. (HOSPITAL LLEUGER DE CAMBRILS); MORAN VALLE, I. (HOSPITAL LLEUGER DE CAMBRILS); DOBLADO LÓPEZ, O. (GRUP SAGESSA); BESORA CUNILLERA, A. (INSTITUT SANITARI PERE VIRGILI).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Pretendemos valorar la utilidad de nuestro registro de riesgo de caídas integrado en la historia clínica, que incluye la escala Dowton y otros ítems que ayudan a orientar al profesional sobre las intervenciones a realizar (derivación de enfermería al médico para valorar la retirada de fármacos de riesgo, entrega de folletos informativos, consejos, etc.)

Los fármacos de riesgo que quedan registrados (independiente de la escala Dowton) se han considerado según un estudio propio de la medicación relacionada con fracturas de cadera: antidepresivos, antipsicóticos e hipnóticos y sedantes.

Los pacientes susceptibles de sufrir caídas (mayores de 75 años, con índice Downton > 3 y en tratamiento crónico con fármacos de riesgo) deberían estar bajo seguimiento.

Objetivos: Nuestro objetivo es evaluar si el registro de riesgo de caídas y el seguimiento que conlleva, ha servido para evitar fracturas de cadera.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Realizamos un estudio observacional, retrospectivo, de casos y controles en el que se identifican los pacientes mayores de 75 años fracturados de cadera entre enero de 2013 y junio de 2014 (se descartan accidentes de tráfico o neoplasias) y se analiza si se ha cumplimentado el registro de riesgo de caídas en estos pacientes. Se compara el porcentaje de cumplimentación en los pacientes fracturados (casos) con un grupo similar de pacientes en nº, edad, sexo, área de salud y periodo, sin dicho antecedente (controles).

Resultados Conclusión: Del global de pacientes estudiados, 70 tenían la evaluación de escala Dowton (33 fracturados de cadera y 37 controles) en el periodo de estudio. 24 habían sido evaluados previamente a la fractura. De los 33 fracturados, 18 estaban en programa ATDOM.

De todos los pacientes en seguimiento después del registro, el 29% se fracturaron la cadera, pero el 71% no. Así mismo, se sabía de antemano los que eran de alto riesgo (Dowton > 3) y de éstos se fracturaron el 22%. De los pacientes de bajo riesgo en seguimiento, se fracturaron el 33%, pero cabe destacar que el 20% hacía más de dos años que habían sido evaluados. Un 13% de los pacientes fracturados, se habían evaluado recientemente.

El 100% de los pacientes de alto riesgo que se fracturaron la cadera llevaban medicación de alto riesgo previamente a la caída y el 57% que no se llegaron a fracturar llevaban también este tipo de medicación en el momento del análisis de datos.

Valoramos positivamente, la utilización del registro de riesgo de caídas y pensamos que ha podido contribuir a una disminución de las fracturas de cadera en nuestro medio.

La evaluación de riesgo de caídas debe evaluarse de manera inmediata en cuanto se detecte la necesidad de seguimiento. En este sentido, es necesario hacer seguimiento estrecho de los pacientes con alto riesgo de caída y reevaluar periódicamente los pacientes con riesgo bajo.

Consideramos que la medicación de alto riesgo contribuye en las fracturas de cadera, resultando importante la reevaluación del tratamiento en pacientes de alto riesgo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 197

TÍTULO: EL CONTROL DE INCIDENCIAS EN EL LABORATORIO DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA MEDIANTE EL CHECK LIST

AUTORES: MATA VILÁ, ANA (FUNDACIÓ PUIGVERT); GARCÍA GIMÉNEZ, A. (FUNDACIÓ PUIGVERT); MARTÍNEZ PASARELL, O. (FUNDACIÓ PUIGVERT); DANÉS VILAR, C. (FUNDACIÓ PUIGVERT); BAXARÍAS GASCÓN, P. (FUNDACIÓ PUIGVERT); BASSAS ARNAU, L. (FUNDACIÓ PUIGVERT).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: De acuerdo con el Real Decreto-Ley 9/2014 de 4 de julio, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad en el manejo de los gametos humanos, nos ha parecido adecuado introducir el check list como método de ayuda en el control y verificación del trabajo diario con el fin de asegurar que las pautas de trabajo se sigan correctamente.

Objetivos: Analizar de forma objetiva y cuantitativa mediante un check list el método de trabajo en el laboratorio de Andrología, en particular, en la selección del tipo de muestra de semen que utilizamos en un proceso de fecundación in vitro (FIV) en relación a la programación previamente establecida

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se diseñó un check list en el que constaban los distintos tipos de muestra utilizadas en el proceso de FIV: (1) semen fresco, (2) semen congelado, (3) espermatozoides de biopsia testicular (TESE) fresco, (4) TESE congelado, (5) semen de donante y (6) semen de orina post orgasmo. En un primer periodo de abril a noviembre 2014 comparamos las distintas procedencias de los espermatozoides utilizados en el ciclo de FIV en relación a la programación previamente establecida, lo cual nos permitió detectar la ausencia del TESE congelado en la hoja de programación. Corregido el error, en un segundo periodo de diciembre 2014 hasta abril 2015, continuamos con la recogida de datos del check list. El servicio de Documentación Médica analizó los datos.

Resultados Conclusión: En el primer periodo se realizaron un total de 323 procesos de FIV, el grado de cumplimentación del check list fue del 83%. En 19 casos (7%) no coincidió el tipo de muestra programada con la utilizada el día de la FIV. En 17 de los casos, la muestra utilizada fue TESE congelado en lugar de semen congelado. Dos de los casos (0.75%) fueron discrepancias reales, en lugar de semen fresco se utilizó semen congelado.

En el segundo periodo se realizaron un total de 212 FIV siendo el grado de cumplimentación del check list del 92%. En un total de 7 casos (3.62%) no coincidió la muestra programada con la utilizada. En 5 de los casos (2.3%) se programó semen congelado en lugar de TESE congelado y en los 2 restantes (0.94%) se programó semen fresco en lugar de semen congelado. Ninguna de las discrepancias tuvo consecuencias para el paciente.

El check list es un buen método de control interno, eficaz para prevenir incidencias y efectos adversos

Evalúa de forma objetiva y cuantitativa los errores sistemáticos

Facilita los cambios para mejorar el sistema de programación en un proceso de FIV

El check list puede ser aplicable a otros aspectos críticos del proceso de Reproducción Asistida

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 198

TÍTULO: INDICADORES ESENCIALES DE CALIDAD EN INTENSIVOS PEDIÁTRICOS EN ESPAÑA: DESCRIPCIÓN DE SUS ELEMENTOS FUNDAMENTALES

AUTORES: HERNÁNDEZ BORGES, ANGEL ANTONIO (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (TENERIFE)); BALAGUER GARGALLO, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO S. JOAN DE DEU); ALEO LUJÁN, E. (HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID); MURGA HERRERA, V. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA); ORDÓÑEZ SÁEZ, O. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCE DE OCTUBRE); SÁNCHEZ GALINDO, A. C. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La definición de indicadores de calidad ha sido una herramienta de mejora habitual en múltiples sociedades médicas en los últimos años. La Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos (SECIP), a través de un grupo de expertos miembros de sus Grupos de Trabajo (GT) y siguiendo metodología Delphi (proyecto QuaCIP), ha consensado recientemente 20 indicadores básicos en cuidados intensivos pediátricos (CIP).

Objetivos: - Definir los elementos del set básico de indicadores de calidad de la SECIP.
- Describir las características diferenciales y similitudes del set de la SECIP respecto a otras propuestas de sociedades médicas.

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: - A partir de los 20 indicadores básicos de CIP consensados en el proyecto QuaCIP, los miembros del GT de Seguridad (GTS) de nuestra sociedad elaboraron los elementos definitorios de cada uno de los indicadores, siguiendo el esquema propuesto por la soci

Resultados. Conclusión: Los 20 indicadores mayoritariamente son de seguridad, y en muchos casos miden eventos adversos de la asistencia en UCIP. Es llamativa la ausencia de indicadores de eficiencia (p.ej., estancia media), habituales en otras áreas, quizás reflejando menor demanda asistencial en nuestras unidades respecto a las de adultos.

La mayoría son de proceso o resultado, complementados con otros como existencia de un Sistema de Notificación de Eventos Adversos y la de Protocolos de Uso de Fármacos para Enfermería.

El set incluye algunos habituales en cuidados intensivos de adultos como: Tasa de Mortalidad Estandarizada, incidencia de Neumonía asociada a Ventilación Mecánica, de Bacteriemia asociada a dispositivo intravascular, de Úlceras por Presión, de Extubaciones no Programadas o de Infección Urinaria asociada a catéter uretral. Pero además incluye otros genuinamente pediátricos como el Acompañamiento de los padres a su niño durante las 24 horas, o la Formación/capacitación al alta de los padres/cuidadores de niños dependientes de tecnología (ventilación mecánica domiciliaria u otras).

Hemos encontrado dificultades para establecer estándares en varios indicadores como Sesiones de Morbi-mortalidad o incidencia de Úlceras por Presión asociadas a Ventilación no Invasiva, lo que refleja la necesidad de obtener tendencias propias a través de posibles futuros proyectos de registros nacionales.

Conclusión: los indicadores básicos de calidad de la SECIP incorporan aspectos clásicos de proceso y resultado en medicina intensiva, pero además incluyen otros específicamente pediátricos, reflejando el carácter diferenciado de la asistencia en nuestras UCIP españolas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 199

TÍTULO: CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE: RESULTADOS DE UN AÑO DE AUDITORÍAS PARA LA ACREDITACIÓN DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CATALUNYA

AUTORES: VILA MELERO, RAMÓN (SUBDIRECCIÓ GENERAL D'AVALUACIÓ I INSPECCIÓ SANITÀRIA I FARMACÈUTIQUES-DEPARTAMENT DE SALUT DE LA GENERALITAT); ALONSO MAYO, E. (SUBDIRECCIÓ GENERAL D'AVALUACIÓ I INSPECCIÓ SANITÀRIA I FARMACÈUTIQUES-DEPARTAMENT DE SALUT DE LA GENERALITAT); VALLES NAVARRO, R. (DIRECCIÓ GENERAL D'ORDENACIÓ I REGULACIÓ SANITÀRIES - DEPARTAMENT DE SALUT DE LA GENERALITAT); DAVINS MIRALLES, J. (SUBDIRECCIÓ GENERAL DE SERVEIS SANITARIS-DEPARTAMENT DE SALUT DE LA GENERALITAT); JOVER AVALOS, A. (SUBDIRECCIÓ GENERAL D'AVALUACIÓ I INSPECCIÓ SANITÀRIA I FARMACÈUTIQUES-DEPARTAMENT DE SALUT DE LA GENERALITAT); BOU VENDRELL, M. (SUBDIRECCIÓ GENERAL D'AVALUACIÓ I INSPECCIÓ SANITÀRIA I FARMACÈUTIQUES-DEPARTAMENT DE SALUT DE LA GENERALITAT).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El Decreto 86/2014 de la Generalitat de Catalunya regula la acreditación de los equipos de atención primaria (EAP), que se otorgará por 4 años.

Tal como prevé este Decreto, la evaluación externa la lleva a cabo personal inspector de la Subdirección General de Evaluación e Inspección Sanitarias y Farmacéuticas.

En junio de 2014 se realizó un pilotaje y desde septiembre de 2014 se vienen auditando equipos para su acreditación.

Se presentan los resultados correspondientes hasta el momento, de aproximadamente 120 EAP, la tercera parte de los EAP de Catalunya.

Objetivos: -Presentar los primeros resultados de los EAP auditados hasta el momento.

-Analizar estos resultados en relación con el cumplimiento o no de los estándares.

-Analizar los resultados en relación con otras variables como características concretas de los E

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El equipo de auditores de la Subdirección General de Evaluación e Inspección ha auditado en el período de un año unos 120 EAP.

El aplicativo informático utilizado contempla 4 entornos:

-Gerencia. La gerencia de cada organización selecciona y valida los estándares comunes para todos sus equipos (Estándares gerenciales).

- Autoevaluación. La cumplimenta cada EAP.

- Auditoría/Inspección. Desarrollada por personal inspector.

- Acreditación. Valoración del Comité de Acreditación

Se analizan los resultados de la auditoría, a través del porcentaje de cumplimiento de los estándares.

La franja de resultados de las puntuaciones prevé diferentes situaciones: la acreditación se consigue por encima del 60% de los estándares cumplidos, aunque

los planes de mejora serán revisados cada año o cada dos años por el propio equipo o por auditores en función de si el resultado supera los dinteles de 70%,

80% o 90%.

Resultados Conclusión: En algunos casos los gerentes afectados han hecho uso de la posibilidad de alegaciones al informe preliminar emitido por el auditor.

El Informe final del auditor al Comité de Acreditación revisa y valora estas alegaciones, con un resultado final.

Este resultado final, en los 120 EAP analizados, tiene hasta ahora una media de 92% de cumplimiento de los estándares. Se analizan, en los gráficos que se

adjuntarán, las variabilidades y algunas posibles variables explicativas de las mismas.

Conclusiones. Se ha constatado un buen resultado general de cumplimiento de los estándares, con algunas variaciones para las que se proponen algunas explicaciones. La satisfacción por el interés y la implicación de los profesionales ha sido elevada.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 200

TÍTULO: METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN EXTERNA PARA LA ACREDITACIÓN DE EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CATALUNYA

AUTORES: ALONSO MAYO, ESTANISLAO (SUBDIRECCIÓ GENERAL D'AVALUACIÓ I INSPECCIÓ SANITÀRIA I FARMACÈUTIQUES-DEPARTAMENT DE SALUT DE LA GENERALITAT); VILA MELERO, R. (SUBDIRECCIÓ GENERAL D'AVALUACIÓ I INSPECCIÓ SANITÀRIA I FARMACÈUTIQUES-DEPARTAMENT DE SALUT DE LA GENERALITAT); VALLES NAVARRO, R. (DIRECCIÓ GENERAL D'ORDENACIÓ I REGULACIÓ SANITÀRIES - DEPARTAMENT DE SALUT DE LA GENERALITAT); DAVINS MIRALLES, J. (SUBDIRECCIÓ GENERAL DE SERVEIS SANITARIS-DEPARTAMENT DE SALUT DE LA GENERALITAT); JOVER AVALOS, A. (SUBDIRECCIÓ GENERAL D'AVALUACIÓ I INSPECCIÓ SANITÀRIA I FARMACÈUTIQUES-DEPARTAMENT DE SALUT DE LA GENERALITAT); GONZALEZ CASCANTE, E. (SUBDIRECCIÓ GENERAL D'AVALUACIÓ I INSPECCIÓ SANITÀRIA I FARMACÈUTIQUES-DEPARTAMENT DE SALUT DE LA GENERALITAT).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Desde el año 2010, la Subdirección de Servicios Sanitarios del Departament de Salut puso en marcha un grupo de trabajo con los diversos proveedores y actores implicados, fruto del cual fue la elaboración del Manual de estándares para la acreditación de los equipos de atención primaria (EAP). El Decreto 86/2014 regula la acreditación de los EAP, primer paso de la extensión de la acreditación a las diferentes líneas de servicio, objetivo del Plan de Salud 2011-2015. La evaluación externa la lleva a cabo personal inspector de la Subdirección General de Evaluación e Inspección Sanitarias y Farmacéuticas.

Objetivos: -Realizar la evaluación externa de los EAP, previa a la acreditación
-Proporcionar información objetiva al Comité de Acreditación
-Permitir a los EAP conocer su situación en relación a unos estándares

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El modelo de acreditación es una adaptación del modelo EFQM (European Foundation for Quality Management), con los nueve criterios de Agentes y Resultados. Se ha desarrollado una herramienta informática que contempla todas las fases (gerencial, autoevaluación de EAP, evaluación externa y alegaciones, y acreditación) y adaptable a las diversas líneas pendientes de acreditar (atención socio-sanitaria, Salud mental,...) o acreditadas, como los hospitales.

Metodología de la auditoría:

- Antes de ir a los centros:
 - Autoevaluación de los EAP
 - Presentación y organización de agendas
 - Revisión documental previa (documentación básica)
- In situ:
 - Entrevista con la gerencia y equipo directivo, evaluación de los estándares gerenciales
 - Evaluación externa del EAP y comprobación in situ de los estándares que lo requieren.

Resultados Conclusión: Los auditores emiten un informe preliminar, contra el cuál el gerente puede alegar, y finalmente elevan un informe definitivo al Comité de Acreditación, que valorará cada caso y propondrá la acreditación.

En 2014 se ha pilotado el modelo y la herramienta con 6 EAP, de proveedores diversos (Instituto Catalán de la Salud, Consorcios, Entidades de Base Asociativa o EBA), y se iniciaron las auditorías de 40 EAP. El presente año 2015 se han extendido las auditorías a 80 EAP más, hasta completar 120 EAP, y el Comité de Acreditación ha iniciado la valoración final de la acreditación.

Se pretende, durante 2016 y 2017 acabar el proceso en la totalidad de los 370 EAP de Catalunya.

Conclusiones: Se ha constatado una buena aceptación e implicación de los EAP en el proceso de evaluación como herramienta de mejora de la calidad.

La participación y el conocimiento del proceso por parte de los profesionales han sido claves para conseguir llevar a cabo la acreditación como herramienta de mejora de la calidad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 201

TÍTULO: EVALUANDO EL DOLOR EN PACIENTES EN UN INSTITUTO MONOGRÁFICO DE CÁNCER: ¿ LO HACEMOS CON CRITERIOS DE CALIDAD?

AUTORES: SERRANO BERMÚDEZ, SONIA GALA (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA); ASENSIO BLASCO, E. S. (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA); MONTOLIU VALLS, R. O. (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA); TRELIS NAVARRO, J. O. (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA); GONZÁLEZ-BARBOTE, J. E. (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA); MORENO ALONSO, D. E. (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Nuestro instituto es un centro monográfico de cáncer que abarca: prevención, asistencia, docencia e investigación. El Servicio de Cuidados Paliativos (SCP) alivia el sufrimiento de pacientes para conseguir la mejor calidad de vida. El modelo de atención está centrado en el paciente, realizando una evaluación multidimensional. El respeto a los valores y deseos de los pacientes son esenciales en la atención.

Objetivos: Evaluar el nivel de despliegue en la evaluación del dolor oncológico

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Material: ICOPraxis de dolor; historias clínicas de pacientes atendidos en 2013 y 2014; Escala Edmonton, Escala Visual Analógica EVA. Método: En 2012 se revisa la atención que se ofrece a los pacientes y se consensuan los aspectos esenciales para una precisa evaluación del dolor. Estos aspectos se trasladan a una serie de variables que se auditan con metodología self-audit y supervisión de auditor externo, para una muestra de 97 pacientes tratados durante el 2013. Del análisis se detectan áreas de mejora que se comparten con los facultativos del SCP, consensuando una plantilla guía para la recogida de diferentes tipos de datos y permitir disminuir la variabilidad en el registro. Periódicamente se monitoriza la calidad del mismo. Se planifica una próxima auditoria de las variables analizadas para comparar resultados e identificar nuevas áreas de mejora continua. Se selecciona una muestra aleatoria de 88 pacientes tratados en 2014

Resultados Conclusión: En el análisis self-audit de 2013, de 9 variables de dolor, los resultados de registro son < 75% en: irradiación, tiempo evolutivo, factores que mejoran/empeoran el dolor, y la interferencia en la actividad y humor. Se realiza auditoría con datos de 2014 evaluando las mismas variables añadiendo la EVA y Edmonton. Se realiza auditoria externa. Se presentan los resultados del área de hospitalización. Respecto a las variables de valores < a 75% en el primer proceso, en el segundo los resultados son: localización del dolor: 100%, irradiación: 84,1%; Interferencia en actividad: 93,2%; Interferencia en sueño: 97,7%; Interferencia en humor: 90,9%.; factores que mejoran o empeoran el dolor 72,7%. Las variables de valores que ya eran > a 75% en el primer proceso, experimentan una ligera mejoría en el segundo proceso. Respecto al registro de las nuevas variables, los valores obtenidos son: Registro de valores de EVA: 90,9%; Edmonton: 81,8%; Calidad del dolor 95,5%. Consensuar con los profesionales implicados los aspectos esenciales para la evaluación del dolor, facilita la sistematización del registro. Introducir una metodología de trabajo basada en la evaluación de variables relacionadas con el dolor en pacientes onco-hematológicos atendidos en el SCP permite incorporar la cultura de cualidad y de mejora continua en la práctica clínica de los profesionales. Poder disponer registros con criterios homogéneos permitirá identificar las mejores prácticas (en cuanto a seguridad y eficiencia en el control del dolor), y estandarizar la su aplicación dentro de toda la institución

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 203

TÍTULO: LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES: EVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

AUTORES: PILAR BAXARÍAS GASCÓN, PILAR (FUNDACIÓ PUIGVERT)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: A raíz de la invitación del Departamento de Salud para formar parte del grupo de hospitales piloto para implementar el Proyecto de la Cultura de la Seguridad de los Pacientes, se llevó a cabo una encuesta para conocer el nivel de conocimientos e interés de los profesionales acerca del tema y se repitió a los 4 años para conocer la repercusión de las acciones llevadas a cabo.

Objetivos: Evaluar la evolución de los profesionales sanitarios acerca de sus conocimientos en Calidad y Seguridad de los Pacientes antes y después de la formación.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El proyecto del Departamento comprendía formación presencial y on line acerca de la cultura de la Seguridad de los Pacientes y la participación en varios proyectos colaborativos: higiene de manos, caídas, úlceras por presión, identificación paciente, check list quirúrgico y complicaciones anestésicas.

Para completar la formación se llevaron a cabo anualmente Sesiones Generales y de Servicio y para realizar la formación continuada se utilizó la intranet del Centro: información acerca de las notificaciones, avisos, formación quincenal durante los meses de verano, análisis causa-raíz (ACR), etc.

Previo pilotaje para su validación, en la sesión clínica del Servicio los profesionales del staff respondieron un cuestionario anónimo, de tipo abierto y estructurado en 2 bloques para conocer tanto el nivel de conocimientos como su interés respecto a la Calidad y Seguridad de los Pacientes.

Primera recogida Mayo Junio del 2009 y la segunda en el mismo período del 2014.

El bloque A, con 10 preguntas, intenta averiguar si la metodología de la calidad está sistematizada en el trabajo diario. El bloque B, 11 preguntas, pretende captar la percepción que tienen los profesionales del nivel de calidad con que llevan a cabo su trabajo y cómo les gustaría mejorarla. Los resultados se analizaron globalmente y por Servicios comparando los obtenidos en el 2009 con los del 2014.

Resultados Conclusión: Se recogieron 97 cuestionarios en el 2009 y 96 en el 2014. De las 21 preguntas se muestran los resultados de las 3 más relevantes. Bloque A: a la pregunta, Conocimiento de la metodología de la calidad: el resultado Global fue del 50% en 2009 y del 87% en el 2014. A nivel Servicios en el 2014, dos de ellos disminuyeron su resultado en un 20%, mientras que el resto lo subió entre el 30 y el 65%.

Bloque B: pregunta, Interés por el tema: el resultado Global fue del 60% en 2009 y del 71% en 2014. A nivel Servicios en el 2014, dos repitieron el mismo resultado; otros dos disminuyeron en un 20% y el resto lo incrementaron entre el 10 y el 35%.

A la pregunta, El tiempo que estaban dispuestos a dedicarle, en el 2014 globalmente aumentó un 22% y a nivel Servicios: dos de ellos mantuvieron el mismo resultado y los otros lo incrementaron entre un 16 y un 57%.

La participación en los proyectos colaborativos y la formación recibida aumentaron los conocimientos y el interés por la Cultura de la Seguridad de los Pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 204

TÍTULO: PROYECTO DE COLABORACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE OSTOMIZADO

AUTORES: SAN EMETERIO IZACELAYA, MARIA TERESA (OSI EZKERRALDEAENKARTERRI CRUCES); FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ, M. F. (OSI EZKERRALDEAENKARTERRI CRUCES); GALLO ESTRADA, L. A. (OSI EZKERRALDEAENKARTERRI CRUCES); GONZÁLEZ MACHO, R. (OSI URIBE KOSTA); URÍA ETXEBARRÍA, E. (OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Trabajar de manera coordinada entre los niveles asistenciales en un campo asistencial de prestación de servicios acercando la oferta sanitaria a la ciudadanía

Objetivos: Desarrollar experiencias para extender buenas prácticas en las organizaciones sanitarias y o poner en marcha experiencias piloto que permitan mejorar la asistencia que prestamos a los pacientes

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Elaboración de una guía educativa para las personas ostomizada y sus familias
Establecimiento de una ruta de atención al paciente ostomizado
Elaboración de un procedimiento coordinado entre los distintos niveles asistenciales con relación a los cuidados de enfermería
Puesta en marcha de una interconsulta no presencial de ostomias

Resultados Conclusión: La guía educativa Mejora el conocimiento del proceso y el de los cuidados necesarios para la autonomía y mejor calidad de vida del paciente y su familia. Mejora el tiempo de atención de las complicaciones respuesta en 48h: implementando la consulta no presencial entre Atención especializada y Atención Primaria y viceversa

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 205

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA CODIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

AUTORES: MARÍN MARTÍNEZ, JUANA MARÍA (SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); TORRES MARÍN, M. E. (SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); CANTERO SANDOVAL, A. (SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); ROJAS LUAN, R. (SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); FERNÁNDEZ GARCÍA, A. (SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); GÓMEZ COMPANY, J. A. (SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La incorporación de la Historia Clínica Digital al Servicio de Urgencias Hospitalario (Plataforma Selene de Siemens), hace necesario incorporar un sistema nuevo de Codificación para los diagnósticos, pudiendo utilizar 2 fuentes: los informes clínicos de alta o los formularios de Historia Clínica. El estudio analiza el nivel de concordancia entre ambas fuentes.

Objetivos: Evaluar el nivel de concordancia de la codificación oficial del Hospital (basada en formularios), con los diagnósticos clínicos de los informes de alta del Servicio de Urgencias del HCUVA.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se analizan los datos de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias Hospitalario, 2 días aleatorios del año 2014 (uno de mayo otro de noviembre). Los datos que se analizan provienen de la Historia Clínica Digital, de dos fuentes diferentes: los formularios de Historia Clínica (Codificación Oficial) y los provenientes de los informes de alta. El estudio comparativo de datos fue realizado en el paquete estadístico SPSS siendo preciso agrupar los diagnósticos en 17 categorías (CIE-9).

Resultados Conclusión: Muestra 555 historia clínicas.

No existe informe de alta en el 9,9% de los casos.

No existe formulario en 14,1%.

La codificación oficial no existe por falta de datos en el 32,3% de los casos.

Los grupos (G) diagnósticos más frecuentes oficiales son:

G 16. Síntomas mal definidos 15,7%

G 17. Lesiones y envenenamientos 7,0%

G 13. Enf. del sistema osteo-mioarticular y tejido conjuntivo 8,1%

G 12. Enf de tejido de la piel y tejido celular subcutáneo 7,6% 6,3

G 9. Enf de aparato digestivo 6,1%

G 6. Enf del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos 4,5%

Según la codificación de los informes de alta, no pudieron codificarse el 10,5%, siendo los grupos diagnósticos más frecuentes:

G 16. Síntomas mal definidos 17,8%

G 17. Lesiones y envenenamientos 14,4%

G 13. Enf. del sistema osteo-mioarticular y tejido conjuntivo 11,%

G 12. Enf de tejido de la piel y tejido celular subcutáneo 7,6%

G 9. Enf de aparato digestivo 7,4%

G 7. Enf de sistema circulatorio 6,8%

La concordancia entre la codificación oficial y la basada en los informes de alta es del 57%.

En el 8,3% de los casos no existe juicio clínico ni en el formulario ni en el informe clínico.

No se codifican el 23% de los casos por no existir formularios aunque si existe juicio clínico en el informe de alta. En el 9,6% de los casos no hay concordancia entre el juicio clínico oficial y el del informe de alta.

La concordancia entre los Sistemas Oficiales de Codificación basado en los Formularios de Historia Clínica Electrónica y los basados en los Informes de alta es baja. Es necesario habilitar un Sistema fiable para elaborar la codificación de las Historias Clínicas del Servicio de Urgencias. Un estudio con mayor número de casos aportaría datos más concretos sobre los puntos de mejora de la codificación. Debemos realizar un Ciclo de Mejora en la cumplimentación de los formularios e informes de alta de Urgencias.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 206

TÍTULO: ESTUDIO DEL NIVEL DE GRAVEDAD Y DESTINO DE LOS PACIENTES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA SEGÚN SU PROCEDENCIA.

AUTORES: MARÍN MARTÍNEZ, JUANA MARÍA (SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); TORRES MARÍN, M. E. (SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); ROJAS LUAN, R. (SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); CANTERO SANDOVAL, A. (SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); FERNÁNDEZ GARCÍA, A. (SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); GÓMEZ COMPANY, J. A. (SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los Servicios de Urgencias Hospitalarios se caracterizan por un alto dinamismo en la actuación, que obligan a establecer circuitos adecuados para una rápida y eficaz actuación en la actividad asistencial, evitando retrasos inadecuados, sobre todo en los grupos de gravedad preferentes. Es importante por ello analizar el grado de urgencia que presentan los pacientes que consultan por iniciativa propia y los derivados por otros escalones asistenciales.

Objetivos: Analizar posibles diferencias existentes en cuanto a la valoración de la gravedad de los pacientes que consultan en una Unidad de Triage según hayan sido derivados por otros profesionales de otros niveles asistenciales o por iniciativa propia.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias Hospitalario de un Hospital de tercer nivel asistencial escogiendo aleatoriamente 2 días del año 2014 de los meses de Mayo y Noviembre. Se analizan su procedencia (domicilio, derivado de atención primaria, especializada, etc), nivel de gravedad de su patología según criterios de triage (en 5 grados, siendo 1 el más grave y 5 el menos grave), nivel de peticiones que se les realizan y destino final del mismo. Se realiza el análisis estadístico comparativo mediante el paquete estadísticos SPSS.

Resultados Conclusión: El nivel de triaje encontrado en los paciente cuya procedencia es de motu propio (77% de los pacientes) es mayor (menor gravedad y urgencias) que el derivado por otros profesionales.

No encontramos diferencias significativos entre el número de peticiones de pruebas que se le hacen a los pacientes y procedencia de los mismos, motu propio (61,8%) y derivado por profesionales (69,9%).

No aparecen diferencias en la procedencia de los pacientes entre los pacientes que no se trían (los más graves habitualmente a su llegada y pasan directamente a la sala de asistencia sanitaria).

Respecto al destino de los pacientes según su procedencia encontramos que el 41,1 % de los derivados por profesionales son ingresados respecto 15,2 % de los que acuden por motu propio. Conclusiones

- Independientemente de la procedencia de los pacientes se les piden en mismo número de pruebas complementarias.
- Los pacientes derivados por los profesionales son ingresados en mayor proporción que los que acuden de motu propio, si bien no aparecen diferencias en la gravedad y urgencia que presentan en su asistencia en los niveles 1, 2 y 3 de triaje.
- La población general sabe detectar perfectamente las situaciones de gravedad

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 207

TÍTULO: EL TRABAJO COLABORATIVO EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

AUTORES: MARÍN MARTÍNEZ, JUANA MARÍA (SERVICIO DE URGENCIAS GENERAL DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); TORRES MARÍN, M. E. (SERVICIO DE URGENCIAS GENERAL DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); CANTERO SANDOVAL, A. (SERVICIO DE URGENCIAS GENERAL DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); ROJAS LUAN, R. (SERVICIO DE URGENCIAS GENERAL DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); FERNÁNDEZ GARCÍA, A. (SERVICIO DE URGENCIAS GENERAL DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); GÓMEZ COMPANY, J. A. (SERVICIO DE URGENCIAS GENERAL DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, es un hospital público de tercer nivel asistencial, que cuenta con muchas especialidades de guardia, dada la complejidad de su asistencia sanitaria (Cardiología, Nefrología, Oncología, etc)

Eso hace que estas especialidades participen en la asistencia sanitaria de muchos de los pacientes que acuden a urgencias, pero sin embargo no sabemos cuantos de ellos finalmente son dados de alta (ingresados o alta a domicilio) por los médicos de servicio de urgencias del hospital.

Estos servicios deben desarrollar más que otros servicios una serie de valores colaborativos para una adecuada asistencia sanitaria de cada paciente que acude a los mismos.

Objetivos: Evaluar en nivel de resolución del servicio de urgencias, y el grado de colaboración de los diferentes especialidades en las urgencias hospitalarias.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias Hospitalario de un Hospital de tercer nivel asistencial escogiendo aleatoriamente 2 días del año 2014 de los meses de Mayo y Noviembre. Se analizan la dependencia funcional en cuanto a los Servicios Clínicos de los pacientes tras la asistencia sanitaria, así como las solicitudes de pruebas diagnósticas y la toma de decisiones sobre los mismos: Servicio de Urgencias y diferentes especialidades de Urgencias disponibles en el hospital.

Se realiza el análisis estadístico comparativo mediante el paquete estadísticos SPSS.

Resultados Conclusión: Se analizan 555 pacientes. De ellos, el 76,8% de los paciente dependen exclusivamente del servicio de urgencias. 13,2% Traumatología; 4,5% Oftalmología; 1,1% Cirugía plástica; 1,1% Otorrino; 0,5% Cirugía General; 0,5% Hematología.

Conclusiones

- El Servicio de Urgencias Hospitalario realiza la mayor parte de la tarea asistencial sobre pacientes que acuden a su servicio: Solicitud de pruebas complementarias y toma de decisiones.
- En el 25% de los pacientes existe la actuación conjunta de varios profesionales para la resolución de los problemas, adquiriendo los valores colaborativos entre los profesionales la máxima relevancia, debiendo adaptarse estos a las necesidades de los Pacientes.
- Se necesitan futuros estudios con una muestra mayor de pacientes para analizar más profundamente el nivel de actuación de cada profesional en la asistencia individualizada de cada paciente, y cuales son las patología para las que se precisa con mayor frecuencia actuaciones colaborativas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 208

TÍTULO: MONITORIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS MEDIANTE EL MÉTODO LOAS

AUTORES: LÓPEZ ALEGRÍA, RAMÓN (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA); SÁEZ SOTO, A. R. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA); INIESTA SÁNCHEZ, J. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA); MUÑOZ PÉREZ, G. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA); GONZÁLEZ BLAS, I. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA); GARCÍA IBARRA, C. (HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Alrededor de un tercio de las personas mayores de 65 años, y la mitad de las mayores de 80 años, sufren al menos una caída al año. Más del 50% de los pacientes hospitalizados son susceptibles de sufrir una caída y aproximadamente la mitad de ellos sufrirán una lesión como consecuencia de ella. Alrededor de un 23% de las caídas en aquellos pacientes que se encuentran hospitalizados provocan lesiones, de las cuales el 83% son abrasiones, contusiones y laceraciones y un 9% fracturas. La estancia media hospitalaria se ve aumentada en algo más de 12 días, mientras que los costes en el cuidado del paciente se incrementan en un 61%. Además, entre un 29 y un 92% de las personas que se han caído volverán a sufrir otra caída.

Objetivos: Evaluar el nivel de cumplimiento del indicador de prevención de caídas en unidades de hospitalización médico-quirúrgicas mediante el método LOAS.

Comparar el cumplimiento del indicador de prevención de caídas entre unidades médicas y quirúrgicas.

Comprobar la utilidad del método LOAS para evaluar indicadores de calidad.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal del nivel de cumplimiento de indicadores de calidad sobre la prevención de caídas mediante la técnica de monitorización LOAS. Se realizó en unidades médico-quirúrgicas de hospitalización de un hospital de nivel II durante el año 2014 (3 cortes). Se evaluaron los criterios "Pacientes con valoración de riesgo de caídas realizada en las primeras 24 h" y "Pacientes de riesgo alto de caídas con cuidados adecuados". Se partió de un estándar de cumplimiento del 95% (AQL), asumiendo un umbral mínimo del 85% (LQL), un Error 5% y un Error 20%, se calculó un tamaño muestral de 44 casos y número mínimo de cumplimientos de 39.

Resultados Conclusión: Durante el primer corte se obtuvieron 26 casos adecuados a la prevención, siendo de 28 en el segundo y 29 en el tercer corte. La valoración del paciente y aplicación de cuidados adecuados para prevención de caídas fue superior al 77% y 80% respectivamente en unidades médicas, siendo del 70% e inferior al 50% respectivamente en las quirúrgicas.

Los resultados muestran la existencia de un problema de calidad en la prevención de caídas. La prevención de caídas se realiza en mayor medida en las unidades médicas. La utilización del método LOAS nos proporciona una forma rápida de decidir si estamos ante una situación problemática de calidad utilizando una muestra pequeña.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 209

TÍTULO: APLICACIÓN DE TALL MAN LETTERS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES: GRANERO LÓPEZ, MÓNICA (HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE. XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL); FUSTER SANJURJO, L. (HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE. XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL); ALBIÑANA PÉREZ, M. S. (HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE. XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL); RODRÍGUEZ LEGAZPI, I. (HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE. XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL); SALAZAR LAYA, B. (HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE. XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL); RODRÍGUEZ PENÍN, I. (HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE. XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La técnica tall man letters (TML) consiste en cambiar la apariencia de los nombres de medicamentos similares en los lugares en que se visualizan, utilizando letras mayúsculas u otros elementos tipográficos para resaltar las secciones que son distintas. Esta técnica puede resultar efectiva para reducir los errores de dispensación y para minimizar los errores de selección en los sistemas informatizados de prescripción y dispensación.

Objetivos: Identificar los medicamentos de la Guía Farmacoterapéutica (GFT) que pueden llevar a confusión por semejanza ortográfica, según el listado realizado por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria en colaboración con el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP). Aplicar la técnica TML en el programa de prescripción electrónica asistida (PEA) y en los sistemas automatizados de dispensación medicamentos (SAD). Para éstos se siguieron las últimas recomendaciones del ISMP.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: A partir de la lista publicada de medicamentos similares en los que se recomienda utilizar letras mayúsculas resaltadas (107 nombres agrupados en 44 pares), se identificaron las especialidades y nombres genéricos incluidas en la GFT que se resaltarían en el programa de PEA así como los medicamentos incluidos en los stocks pactados de las unidades con SAD (Reanimación, Quirófano y Psiquiatría).

En nuestro hospital aún no está completamente implantada la PEA y se dispone de orden médica en papel con transcripción por el farmacéutico en algunas plantas de hospitalización. Por ello, la aplicación de esta técnica afecta al médico en el momento de la PEA, al farmacéutico en la transcripción de las órdenes médicas en papel y validación de las prescripciones electrónicas, a enfermería al retirar la medicación en los SAD y al auxiliar de farmacia al rellenar el SAD. La configuración fue realizada por 2 farmacéuticos especialistas (doble revisión).

Resultados Conclusión: De los 107 medicamentos incluidos en el documento de consenso se identificaron y aplicaron los TML en 68 medicamentos incluidos en el programa de PEA y se resaltaron 27 en los SAD.

El tiempo dedicado a la configuración en el programa de PEA fue de 4 horas (1 para revisión). En los SAD se emplearon 1,5 h. Como parte del plan de comunicación del Servicio de Farmacia se redactó, consensuado con el gabinete de comunicación, una nota informativa que se envió por correo electrónico para informar de la mejora aplicada en el programa de PEA. La implementación de esta técnica trata de reducir errores de medicación causados por similitud en los nombres de medicamentos. Consideramos que se trata de una medida que mejora la seguridad del paciente al evitar la confusión de medicamentos en el momento de la prescripción, transcripción, dispensación y administración.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 211

TÍTULO: ENFERMERA DE ENLACE. UNA VISION DIFERENTE

AUTORES: HAMELIN ROCH, ISABEL (HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA); MEDINA CARRIZO, A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Uno de los objetivos de cualquier organización debe ser su permanente evolución para adaptarse a las necesidades cambiantes de la sociedad.

Los estudios epidemiológicos demuestran que la población cada año es más longeva, con más pluripatología y con mas necesidades asistenciales, por lo que la Comunidad de Madrid pone en marcha la "Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas".

Para dar continuidad a los cuidados de estos pacientes surge un nuevo perfil de enfermera hospitalaria que tiene como finalidad la interrelación entre los diferentes niveles tanto asistenciales como sociosanitarios

Objetivos: Garantizar la continuidad de cuidados de los pacientes en situación de fragilidad, vulnerabilidad y gran complejidad, que son derivados a otro nivel asistencial tras un alta hospitalaria.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Esta unidad tiene su origen en la necesidad de encontrar el equilibrio entre las necesidades de los pacientes y las del sistema. Con este propósito, sus profesionales ayudan al paciente y familia a recorrer el sistema de salud, con eficiencia, minimizando los elementos de fragmentación, discontinuidad y duplicidad en la asistencia prestada al usuario.

La enfermería de enlace pone en marcha un programa asistencial, con el objetivo de trabajar como interlocutor responsable y dinamizador.

A través de la identificación, captación y la valoración de los pacientes, se plantean diferentes intervenciones que van desde el ingreso del paciente, a través de los servicios de urgencias, hospitalización, hospital de día medico... hasta el alta hospitalaria donde el informe de continuidad de cuidados al alta es la herramienta básica de trabajo para que enfermería de enlace siga al paciente al lugar adecuado para cubrir sus necesidades:

- Coordinación con el equipo asistencial.
- Formalizar los cuidados con el CAP.
- Coordinación con Trabajo Social.
- Coordinación de RRMM y conciliación farmacológica.
- Continuidad de cuidados desde las instituciones sociosanitarias

Resultados Conclusión: La enfermera de enlace, organiza, facilita, colabora y coordina los diferentes niveles asistenciales para lograr que el paciente este en el entorno mas adecuado para cubrir sus necesidades al alta hospitalaria

Cuidar es reconocer en el otro su dignidad y su diferencia. A mayor vulnerabilidad y fragilidad, mayor obligación profesional de respuesta.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 213

TÍTULO: SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DE LA XXI DE FERROL: IMPLANTACIÓN Y CERTIFICACIÓN ISO 9001

AUTORES: MARTINEZ ESPÍÑEIRA, JULIANA (XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL); RODRIGUEZ FOUZ, C. (XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL); DÍAZ LÓPEZ, E. (XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL); FERNÁNDEZ TRONCOSO, E. (XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL); TABOADA COTÓN, J. (XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL); AMADO GOLPE, A. (XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol (XXI de Ferrol) incorporó a su alcance del certificado ISO 9001:2008 en el mes de noviembre de 2014 el Servicio de Admisión y Documentación Clínica, con la totalidad de las unidades y áreas que forman el Servicio, siendo pioneros en la Comunidad Autónoma de Galicia.

Objetivos: Describir el alcance de unidades y áreas del Servicio de Admisión y Documentación Clínica

Explicar y difundir la metodología llevada a cabo para la implantación del SGC en el Servicio durante año y medio

Exponer el apoyo metodológico prestado desde la Unidad de Calidad y su asesoramiento en el proceso de implantación y certificación ISO 9001

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: 1. Análisis descriptivo de enfoque cualitativo de la metodología utilizada por la unidad de calidad con los responsables del Servicio respecto de la implantación y mantenimiento del SGC.

2. Análisis descriptivo de la composición y segmentación del Servicio de Admisión y Documentación Clínica de la XXI de Ferrol y sus diversas Unidades y Áreas (tres unidades organizativas y siete áreas funcionales)

3. Revisión retrospectiva de la documentación elaborada para el cumplimiento de los criterios de la norma ISO 9001

4. Análisis descriptivo de la política de calidad y objetivos del Servicio

5. Revisión de los indicadores de proceso identificados por unidad y área y grado de cumplimiento.

6. Análisis de la medición de la satisfacción de los usuarios internos y externos.

7. Revisión crítica de los informes de auditorías internas y externas

Resultados Conclusión: - La implantación del SGC conforme a los criterios de la norma aportó:

o Identificar las actividades duplicadas o que no aportaban valor para su modificación y gestión más resolutive

o Homoginizar actividades, documentarlas y publicarlas con acceso a t

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 215

TÍTULO: ESTANDARIZACION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA CARDIACA

AUTORES: CABALLERO GARCIA, MARIA JOSE (IDC SALUD HOSPITAL ALBACETE); PIÑERO SAEZ, S. (IDC SALUD HOSPITAL ALBACETE)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El papel de la enfermería en cirugía cardíaca ha experimentado un gran desarrollo en los últimos años, por lo que ofrece mejores resultados gracias a la mejoría en las técnicas y en la calidad de la atención postoperatoria, no solo material sino personal. Tanto el equipo médico como los profesionales de Enfermería pasan mucho tiempo a pie de cama tras la intervención. Ese avance se expresa en que el paciente operado de cirugía cardíaca no está más de 2 ó 3 días en UCI.

Enfermería desempeña un papel muy importante en los resultados obtenidos en los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca, como una pieza más de ese gran rompecabezas, constituido desde que el paciente ingresa hasta que se va de alta.

La protocolización de las actuaciones de enfermería permite mejorar el trabajo y facilita la evaluación de nuestras intervenciones.

Objetivos: - Diseñar un sistema de referencia que nos sirva de base en el desempeño de la actividad de enfermería.

- Aumentar la calidad de los cuidados y unificar la actuación de enfermería.
- Disminuir o minimizar las dudas del personal de enfermería poco habit

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Revisión bibliográfica y revisión del procedimiento de nuestra práctica diaria en la unidad de cuidados intensivos.

Elaboración de una guía que sintetice la acogida del paciente procedente de quirófano tras una intervención de Cirugía cardíaca y su vigilancia y cuidados en UCI.

Resultados Conclusión: - Notable aumento en la calidad asistencial y en la seguridad del paciente.

- Aumento de la seguridad y estima de los profesionales de enfermería.
- La enfermería de nueva incorporación valora de forma positiva esta guía, ya que mejora su independencia e

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 221

TÍTULO: RECLAMACIONES EN URGENCIAS HOSPITALARIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL: ¿HACIA DONDE VAMOS?

AUTORES: MUÑOZ SÁNCHEZ, MANUELA (HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR); FERNÁNDEZ MONTOYA, F. J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR); CONTESSOTTO SPADETTO, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR); JIMÉNEZ ANTÓN, M. M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR); ROS MUÑOZ, B. F. (HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR); LÓPEZ MONTESINOS, M. J. (FACULTAD DE ENFERMERÍA, UNIVERSIDAD DE MURCIA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los servicios de urgencias hospitalarios son la puerta de entrada de pacientes con patología aguda a los centros hospitalarios. La afluencia a estos servicios puede haberse visto incrementada con la aplicación de la legislación en materia de atención sanitaria para extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España (Real Decreto-ley 16/2012 de 20 de abril), que garantiza la asistencia de urgencia a estas personas en caso de enfermedad grave o accidente, por lo que pueden acudir a los servicios de urgencias hospitalarias pero no a los centros de atención primaria. La saturación de estos servicios puede provocar retrasos en la atención y colapso en determinados momentos, y todo ello puede traducirse en quejas por parte de los pacientes y usuarios.

Objetivos: Describir la situación de las reclamaciones en un servicio de urgencias hospitalarias de un hospital comarcal. Determinar las principales causas de reclamación en este servicio. Determinar los estamentos profesionales a quienes van dirigidas las quejas. Constatar si existe diferencia de sexo al poner una queja. Comparar las reclamaciones de 2013 y 2014 para ver la tendencia.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Análisis transversal, retrospectivo y observacional de las quejas todas las quejas recibidas en en el último semestre de 2013 y 2014 en el servicio de urgencias de un hospital comarcal.: Los datos se han obtenido de la base de datos corporativa SUGESAN, donde se registran todas las quejas, reclamaciones, sugerencias y agradecimientos de pacientes del Servicio Murciano de Salud. Los datos se han volcado a Excel 2007, se han codificado las variables numéricamente y se han analizado los datos.

Resultados Conclusión: Tanto en 2013 como en 2014 han reclamado más mujeres que hombres. La franja de edad que interpone más reclamaciones es la correspondiente a la etapa productiva, entre 18 y 65 años. Los principales motivos de reclamación son demora en la asistencia (46,6% y 43,2% en 2013 y 2014), trato (23,3% en 2013 y 20,3% en 2014) planificación organización y coordinación (11% en 2013 y 16,2% en 2014), y disconformidad con el diagnóstico o tratamiento (11% en 2013 y 16,2% en 2014), seguidos por otros motivos en porcentaje menor al 5%. En la mayoría de las reclamaciones no hay un estamento profesional (67% en 2013 y 71,6% en 2014) al que van dirigidas y cuando sí lo hay, van dirigidas al estamento médico (26% en 2013 y 27% en 2014). El número de reclamaciones en los seis meses últimos de 2013 y 2014 se mantiene estable (73 reclamaciones en 2013 y 74 reclamaciones en 2014), Concluimos que reclaman más las mujeres que los hombres, en la mayor parte de las reclamaciones no consta el estamento profesional al que las dirigen y cuando consta, éste es el estamento médico. El principal motivo de queja es la demora en la asistencia, seguido de trato y planificación, organización y coordinación y la mayoría de éstas reclamaciones se producen durante los meses de julio y agosto que es periodo estival y la población de la zona prácticamente se triplica.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 222

TÍTULO: LA COMISIÓN DE MEJORA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA: UN INSTRUMENTO PARA EVITAR PRÁCTICAS QUE NO APORTAN VALOR

AUTORES: SÁNCHEZ HIDALGO, ANTONIO (CONSORCI SANITARI DE TERRASSA); MEDARDE BARRAGÁN, E. (CONSORCI SANITARI DE TERRASSA); ROURE NUEZ, C. (CONSORCI SANITARI DE TERRASSA); RIERA PAREDES, I. (CONSORCI SANITARI DE TERRASSA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La comisión de mejora de la práctica clínica (CMPC) se crea en el año 2013 con el objetivo de identificar prácticas clínicas que aporten poco valor y promover recomendaciones con el fin de evitar dichas prácticas para mejorar la calidad asistencial y dar el máximo valor a la utilización de los recursos.

Objetivos: Promover la medicina basada en la evidencia. Involucrar a los profesionales en el proceso. Conseguir cambios en la práctica clínica. Evaluar el impacto de las recomendaciones.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: La CMPC está formada por 20 profesionales que representan a los diferentes ámbitos asistenciales. Recoge propuestas de mejora de prácticas clínicas detectadas a través del análisis de indicadores, la observación de la práctica clínica habitual o a través de la revisión de las recomendaciones emitidas por las diferentes sociedades científicas. Asimismo, los profesionales de la organización pueden enviar propuestas para ser valoradas por la comisión a través de un formulario disponible en la intranet. La CMPC estudia y prioriza las propuestas presentadas, realizando un análisis interno y proponiendo recomendaciones para mejorar esa práctica.

Desde 2015 también promueve y da soporte a la difusión de las buenas prácticas clínicas que se desarrollan en la organización facilitando la realización de presentaciones de dichas buenas prácticas por parte de sus autores a la comisión, organizando sesiones generales de difusión o generando comunicaciones escritas e infografías que se publican en la revista corporativa. Colabora sistemáticamente en la organización de cursos dirigidos a fomentar los principios de la metodología "Rigth care" en los profesionales para maximizar el valor de su práctica clínica. Los asistentes a estos cursos son también una fuente de propuestas de mejora para la comisión.

Resultados Conclusión: En los dos años y medio de funcionamiento la CMPC ha realizado 20 reuniones de trabajo recogiendo 28 propuestas de mejora de prácticas clínicas. A partir de su análisis se han elaborado hasta el momento seis recomendaciones sobre: abordaje de pacientes con dolor torácico y sospecha de síndrome coronario agudo; ingresos evitables de pacientes con neumonía aguda adquirida en la comunidad; registro sistemático de constantes en pacientes hospitalizados y post cirugía; alternativas al tratamiento con antidepresivos; limitación del esfuerzo terapéutico al final de vida y adecuación de las indicaciones de las pruebas de esfuerzo. Otras seis recomendaciones se encuentran actualmente en fase de estudio.

Se han realizado dos cursos en metodología Right Care , tres sesiones generales del hospital y dos presentaciones de buenas prácticas clínicas (programa de ahorro y racionalización de las transfusiones, programa de e-conciliación de la medicación al alta)

Como conclusión, la CMPC ha demostrado ser un buen instrumento de promoción y apoyo de las buenas prácticas clínicas de la organización así como de ayuda para evitar aquellas prácticas que no aportan valor a la asistencia y cuidado de los pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 223

TÍTULO: EVOLUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE USUARIOS DE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES EXTERNOS ENTRE 2010-2015.

AUTORES: PÉREZ DIEZ, CRISTINA (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET); NAVARRO AZNÁREZ, H. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET); DE LA LLAMA, N. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET); REAL CAMPAÑA, J. M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET); CASTIELLA GARCÍA, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET); ABAD SAZATORNIL, M. R. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La realización de encuestas permite conocer la opinión de pacientes sobre la calidad de la atención que se ofrece desde las unidades de atención farmacéutica y establecer estrategias de mejora.

Objetivos: Evaluación del grado de satisfacción de los pacientes que acuden a la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos (UFPE) en los años 2010 a 2015. Valoración de los cambios realizados a lo largo del periodo estudiado e identificación de puntos débiles y áreas de mejora.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo transversal. Se realizaron encuestas de satisfacción (voluntarias y anónimas) anualmente a los pacientes atendidos en la UFPE. La encuesta recogía: datos demográficos, servicio clínico remitente; incluía 10 preguntas puntuables de muy malo a muy bueno referentes al espacio físico y organización de la UFPE, dispensación, consulta farmacéutica y satisfacción global; y una pregunta abierta para observaciones y sugerencias.

Resultados Conclusión: Se realizaron un total de 503 encuestas durante los seis años: 240 en 2010, 95 en 2011, 50 en 2012, 51 en 2013, 45 en 2014 y 22 en 2015. Datos demográficos comparando año 2010 y 2015: mujeres 57% vs 55%; edad media: 43 vs 47 años; estudios: primarios 30% vs 23%; bachiller: 36% vs 50%; universitarios 28% vs 23%. Según los años 2010-2015, los usuarios de la UFPE consideran regular, malo o muy malo: el lugar donde se encuentra la UFPE (60%, 4%, 6%, 6%, 4% y 9%), la comodidad de la sala de espera (76%, 5%, 14%, 18%, 2% y 27%) y el horario de las dispensaciones (49%, 29%, 10%, 45%, 31% y 27%). El 76%, 62%, 10%, 51%, 73% y 91% consideran el tiempo de espera regular, excesivo o muy excesivo. Consideran buena o muy buena la información recibida (87%, 90%, 96%, 96%, 91% y 91%) y el trato de los profesionales sanitarios (95%, 100%, 96%, 96%, 96% y 100%). El 85% (2010) vs 100% (2015) de los pacientes están satisfechos con la atención recibida en la UFPE. Respecto a la posibilidad de recoger la medicación en la oficina de farmacia o la farmacia de hospital, un 45% (2010) vs 64% (2015) prefieren el hospital. En la pregunta abierta destacan: solicitud de una sala de espera mayor y ampliación de horario en 2010, aspecto este último que se repite en 2013, 2014 y 2015 junto con la solicitud de un sistema de turnos de atención. La satisfacción global de los usuarios es favorable, alcanzando el 100% de pacientes satisfechos en 2012, 2013 y 2015. Aspectos positivos en los seis años: trato y atención e información recibida. Aspectos negativos: confortabilidad de la sala de espera y lugar donde se encuentra la UFPE (2010) solventados después de una mejora estructural en 2011. En 2015 aumenta la insatisfacción con la sala y con el tiempo de espera debido al aumento de pacientes atendidos en el último año. Aspectos a mejorar: horario de dispensaciones y tiempo de espera, siendo necesario un aumento de los recursos humanos, ampliación del horario de dispensación y establecimiento de un sistema de turnos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 225

TÍTULO: SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR EL PERSONAL DEL SERVICIO DE FARMACIA CON LAS SESIONES FORMATIVAS.

AUTORES: PÉREZ DIEZ, CRISTINA (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET); REAL CAMPAÑA, J. M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET); VINUES SALAS, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET); SÁNCHEZ ZANCAJO, R. I. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET); CASAJÚS LAGRANJA, M. P. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET); ABAD SAZATORNIL, M. R. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Desde el servicio de farmacia (SF) se promueve la formación continuada para mantener y ampliar conocimientos científicos, técnicos y prácticos. La realización de encuestas permite conocer la opinión del personal con esta actividad y establecer estrategias de mejora.

Objetivos: Evaluación del grado de satisfacción con el desarrollo de las sesiones clínicas en el SF. Valoración de las oportunidades de mejora en el planteamiento de futuras sesiones formativas.

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo transversal. Entre abril 2014-abril 2015 se realizaron encuestas de satisfacción (voluntarias y anónimas) al finalizar cada sesión clínica impartida en el SF. La encuesta recogía: perfil del participante (F.E.A, F.I.R., DUE, TCAE, estudiante); 12 preguntas puntuables de 1 (peor valorada) a 5 (mejor valorada) referentes a la opinión sobre el desarrollo de la sesión: nivel y grado de actualización de los contenidos, tiempo invertido en la preparación y asistencia y puntualidad general de los asistentes; sobre el tema: actualidad, interés y aplicabilidad; sobre la exposición: orden y claridad, objetivos cumplidos y calidad de los medios; sobre la opinión general y una pregunta abierta para comentarios ó sugerencias.

Resultados. Conclusión: Se realizaron un total de 852 encuestas durante un año. El 40,6% de los que han respondido fueron F.E.A., 32,0% F.I.R., 12,6% TCAEs, 10,0% estudiantes y 2,5% DUEs. En cuanto al desarrollo de las sesiones, el 94,1% y 95,0% de los participantes valoraron favorablemente con puntuaciones ; 4 el nivel y grado de actualización de los contenidos, tiempo invertido en la sesión (82,7%) y asistencia y puntualidad general (76,6%). Respecto a la opinión sobre el tema de la sesión, valoraron con ; 4 la actualidad del tema (94,1%), interés para la formación personal (91,8%) y aplicabilidad al ejercicio profesional (87,8%). Consideraron adecuada (puntuaciones ;4) la exposición de las sesiones: se cumplieron los objetivos propuestos (94,6%), el orden y claridad para transmitir las ideas (93,7%) y la calidad de los medios empleados fue satisfactoria (93,0%). La satisfacción global con las sesiones y con la programación de las mismas fue de 4,6/5 y 4,0/5 respectivamente. En la pregunta abierta se recogieron comentarios que evidencian que se cumplieron las expectativas con las sesiones y sugerencias para corregir aspectos como: puntualidad, interrupciones de los asistentes y ajuste al tiempo estipulado de 30 minutos por sesión. Tras la valoración satisfactoria de las actividades formativas del SF por los asistentes, se ha solicitado la acreditación del programa formativo. El grado de satisfacción de los asistentes con las sesiones y la programación de las mismas en el SF se sitúa en niveles de sobresaliente y notable alto, respectivamente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 227

TÍTULO: GESTION ENFERMERA QUE MEJORA LA CALIDAD EN LA PROFILAXIS DE LA BRONQUIOLITIS POR VRS EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE LA CAM

AUTORES: DELGADO SAN MARTIN, MONICA (HU FUNDACION JIMENEZ DIAZ); GARCIA HUETE, M. (HU FUNDACION JIMENEZ DIAZ); RUIZ GARCIA, N. (HU FUNDACION JIMENEZ DIAZ)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El VRS es el principal causante de bronquiolitis graves en niños que requieren ingreso hospitalario. Es una epidemia anual durante los meses de invierno. El Palivizumab (Synagis®- Abbvie) es una vacuna creada para prevenir la infección en niños de alto riesgo. Desde el año 2009 en nuestro hospital, administramos esta vacuna durante los meses epidémicos siguiendo los criterios de inclusión que establece la CAM. Es exclusivamente hospitalaria, requiere 5 dosis, de muy elevado coste y con criterios de administración muy estrictos por lo que es fundamental una meticulosa coordinación para conseguir una vacunación con éxito. Por ello Abbvie, atendiendo las demandas de las enfermeras que lo gestionamos, contrató un call center "enbrazos" que fuera un enlace entre los padres y el hospital; y en nuestro centro se hace bajo la supervisión, gestión, coordinación y organización de enfermería.

Objetivos: Fomentar la coordinación hospital/enfermería/laboratorio, como base fundamental para la promoción de la salud. Proporcionar a las familias una atención personalizada, de máxima calidad. Optimizar recursos humanos y materiales, reduciendo costes económicos.

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: En septiembre, la enfermera responsable de pediatría junto con el pediatra prescriptor y farmacia establecen los criterios de inclusión basados y se elabora el listado de los niños candidatos a profilaxis. La enfermera encargada de gestionar el proceso establece un calendario de citas que traslada a "enbrazos" donde previamente los padres firman los consentimientos informados para inclusión en el programa. "Enbrazos" se encarga una semana antes de la cita de avisar a los padres y solicitarles el peso del niño, que envían de nuevo a la supervisora, quien calculará y solicitará la dosis correspondiente para cada niño al servicio de farmacia. La vacunación es realizada siempre por la misma enfermera, siguiendo un estricto protocolo, realizando una observación exhaustiva ante cualquier posible efecto adverso y registrando la actividad.

Resultados. Conclusión: Del 5 de noviembre de 2014 al 5 de marzo de 2015 se han vacunado a 17 niños de riesgo y se han administrado 59 dosis de Synagis® en 61 citas. El peso medio global fue de 5,218 Kg y la dosis media de 3,47 ml. La adherencia fue de un 96,72%. Hubo 2 dosis no administradas, en la 3ª y 5ª profilaxis por negativa paterna. Esto ha supuesto que todos los niños incluidos en nuestro programa hayan tenido su correspondiente vacuna, con un orden de citaciones prefijadas así como una reducción del gasto, ya que al agrupar pacientes se ha podido ahorrar el número de vacunas. Nuestros resultados ponen de manifiesto la importancia de la colaboración entre los diversos profesionales implicados para mejorar la calidad, ya que establece una sinergia de fuerzas que marcan el éxito en la consecución de nuestros objetivos, resaltando las competencias enfermeras en gestión como parte fundamental de la red de gestión sanitaria.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 228

TÍTULO: LO SIENTO NO TE ENTIENDO

AUTORES: PEREZ DOMINGUEZ, JUAN (HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA); DELGADO GARCIA, V. (HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA); PEREZ DOMINGUEZ, S. (HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El ingreso en una UCI implica en la mayor parte de los casos una anulación de la capacidad de comunicarse, en nuestro día a día en la UCI es evidente que los intentos de comunicación entre el paciente con capacidad de expresión mermada y el personal sanitario son insuficientes e ineficaces, lo cual es frustrante por ambas partes.

De esta frustración surge la idea de elaborar unas Tablas de Comunicación Pictográficas, que nos permitiesen una interacción comunicativa mediante el uso de pictogramas que representaban el lenguaje.

Objetivos: - LOGRAR UNA COMUNICACIÓN EFICAZ CON NUESTROS PACIENTES

- DISMINUIR EL NIVEL DE FRUSTACIÓN DE NUESTROS PACIENTES Y DEL PERSONAL ASISTENCIAL
- AUMENTAR LA COMODIDAD Y LA SEGURIDAD DE NUESTROS PACIENTES
- CONSEGUIR UNA COMUNICACIÓN EFICAZ DE NUESTROS PAC

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Resulta angustiante presenciar los desesperados esfuerzos de un paciente intubado tratando de decirnos algo que no logramos comprender, y un profesional recitando opciones sin que finalmente acierte, abandonando el intento con un: "no se preocupe, todo está bien".

Cuando un paciente ingresa en UCI, en la mayor parte de los casos sufre una anulación de la capacidad de comunicarse, ya que al intubarlos les arrebatamos la capacidad no sólo de hablar sino que impide la lectura de labios.

Durante nuestra actividad diaria somos conscientes de que en el momento en que los pacientes evidencian de que no pueden hablar experimentan pánico, inseguridad, trastornos del sueño y elevados niveles de estrés. Tras preguntar a muchos de nuestros pacientes posteriormente por esa situación nos lo han descrito como una experiencia terrorífica. Nuestro trabajo surgió de la necesidad de crear un canal de comunicación efectivo con estos pacientes, para esto diseñamos unas Tablas de Comunicación con Pictografías con dibujos que representaban las necesidades y sentimientos elementales.

Durante el proceso de elaboración de nuestras Tablas, la mayor problemática surgió en el momento de determinar cuáles eran los más importantes, ya que cada aspecto básico y sentimiento que se nos ocurría nos parecía importante y básico para realizar una comunicación eficaz con el paciente.

Al presentar el proyecto dentro de la Unidad nos dimos cuenta de la necesidad de realizar cambios en la dinámica actual, ya que incluir estas tablas requería una gran demanda de esfuerzo personal y tiempo; aunque fuimos conscientes de que cuanto mayor capacidad de comunicación le otorgábamos al paciente menor era su demanda y angustia.

Resultados Conclusión: 1. Al introducir las Tablas de Comunicación Pictográficas logramos una comunicación real con el paciente, definiendo la comunicación como el proceso mediante el cual se puede transmitir información de una entidad a otra.

2. Mediante el acto de comunicación logramos reducirlos niveles de estrés y angustia dentro de nuestros pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 229

TÍTULO: IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN ACTIVA EN LA PERSONA

AUTORES: JOSÉ MARIA DE LA CASA, PILAR (HOSPITAL DE MOLLET); ALCALÁ RUÍZ, E. (HOSPITAL DE MOLLET); MEDINA YLLERAS, O. (HOSPITAL SOCIOSANITARI MOLLET); MOVILLA HERRERA, F. (HOSPITAL DE MOLLET); RODRÍGUEZ CASADO, A. (HOSPITAL DE MOLLET)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Según la OMS la identificación incorrecta de pacientes es una causa frecuente de errores durante la asistencia sanitaria. Dichos problemas se asocian con frecuencia a las complicaciones producidas por errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusiones de sangre y hemoderivados, etc. El Ministerio de Sanidad, desde el año 2005 ha emprendido una línea de trabajo para incrementar la seguridad de los pacientes en el Sistema Nacional de Salud, que ha desarrollado conjuntamente con las diferentes comunidades autónomas. Estas acciones se han materializado a través de las políticas de cohesión y en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

En el entorno sanitario, existen organizaciones que abogan y velan por la mejora de la seguridad de los pacientes y analizan los sucesos que se acompañan de daño o lesión para los pacientes y dan recomendaciones generales para evitarlas. En nuestro país está el Centro para la Seguridad Clínica de los Pacientes de la Fundación Avedis Donabedian (FAD). Para todas ellas, la identificación inequívoca es uno de los objetivos prioritarios.

Basándose en las recomendaciones de la FAD, se recomienda que cada centro disponga de un protocolo o procedimiento normalizado y adaptado para mejorar la seguridad de los pacientes. Desde el año 2008, nuestro hospital participa en el proyecto de Seguridad del Paciente promovido por el Departament de Salut. En él se impulsa uno de los proyectos colaborativos que consiste en la Identificación Inequívoca de Pacientes.

Objetivos: - Asegurar que todos los pacientes estén correctamente identificados.

- Promover la estandarización del procedimiento de identificación activa.
- Verificar la identidad de la persona previamente a la realización de un procedimiento.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: En Enero de 2007, se crea el procedimiento de identificación del paciente, el cual incluye colocar una pulsera identificativa a las personas que acuden a nuestro hospital. Los datos que deben constar en el brazalete son: nombre y apellidos, N.H.C. y fecha de nacimiento. En Junio de 2009 se revisa de nuevo el procedimiento de identificación. En el año 2013 el grupo pasa a denominarse Grupo de Enfermeros Expertos en Identificación Inequívoca de Pacientes. Estos profesionales tienen una formación más específica sobre seguridad. Actualmente se hace formación mediante cápsulas y de forma activa en las unidades.

Resultados Conclusión: En 2011 en nuestro hospital se establece realizar cortes semestrales. La metodología de estos cortes incluye el asesoramiento y la reconducción de prácticas de identificación correcta. En el año 2014 se pretende consolidar la identificación con el brazalete y además se inicia una metodología de verificación activa en la realización de los cortes.

La implicación de los profesionales es fundamental para educar a los pacientes en la importancia y relevancia de conseguir una correcta identificación. La identificación inequívoca del paciente, es la meta a la que se debe llegar.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 230

TÍTULO: ESTRATEGIA DE IMPLICACIÓN PARA MEJORAR LA ADHESIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA HM EN PEDIATRÍA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

AUTORES: RUIZ GARCIA, NEREA (HU FUNDACION JIMENEZ DIAZ); DELGADO SAN MARTIN, M. (HU FUNDACION JIMENEZ DIAZ); MARTIN RIOS, MD. (HU FUNDACION JIMENEZ DIAZ)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: A pesar de la eficacia demostrada de la higiene de manos (HM) en el control de la infección, la adherencia a su práctica es inaceptablemente baja. En nuestra unidad de pediatría hemos establecido unas pautas de formación que han favorecido la implicación personal directa de los profesionales, mejorando notablemente nuestros resultados en cuanto a adherencia al procedimiento.

Objetivos: Evaluar el alcance del plan de formación en HM en pediatría. Favorecer la adherencia y mejorar nuestros resultados en los 5 momentos de la OMS. Promover la cultura de seguridad en el equipo

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: En nuestro servicio de pediatría, la especial implicación del personal de enfermería en promover una cultura de seguridad, ha favorecido el interés general en esta materia. Contamos con 2 enfermeras formadoras/observadoras acreditadas en HM, pertenecientes al Grupo Promotor de HM del Hospital que imparten un programa de formación continua en HM dirigido a todos los profesionales implicados en la asistencia, en diferentes horarios dentro de la jornada laboral para poder abarcar todos los turnos y con un registro de firmas. Consta de una sesión práctica sobre los principios básicos del protocolo, novedades en cuanto a técnica, uso correcto de guantes y normativa de trabajo en cuanto a no llevar anillos, relojes, pulseras y uñas largas y/o esmaltadas. También realizan observaciones periódicas a todos los estamentos donde evalúan el cumplimiento en los 5 momentos de la OMS, así como la técnica y el uso adecuado de guantes, realizando informes de resultados que se comunican al equipo para favorecer la implicación de cada profesional en los planes de mejora en esta materia.

Resultados Conclusión: Se han realizado 11 sesiones formativas desde junio de 2014 hasta abril de 2015 a todo el personal de pediatría. Durante este periodo se han evaluado 251 oportunidades de HM. En las observaciones de 2014 se han evaluado 161 oportunidades frente a las 90 de 2015. En general en 2015 un 73,3% del personal realiza HM frente al 68,9% del año anterior. Las auxiliares de enfermería son las que han alcanzado una formación más alta seguidas de las enfermeras. Le siguen en frecuencia médicos, residentes y estudiantes. Aun queda un 26,7% que no realiza HM en 2015 aunque ha mejorado frente al 31,1% del año pasado. Si bien nuestros resultados son alentadores, aún nos encontramos lejos de cifras que nos transmitan verdadera seguridad. Podemos hablar con los datos obtenidos de que nos encontramos por encima de otros servicios del hospital en cuanto a tasa de cumplimiento general, lo que nos lleva a pensar que es fundamental la implicación de los profesionales que unido a las características especiales de nuestros pacientes, favorece la concienciación general en materia de seguridad. Nuestro interés actual es obtener datos que nos permitan objetivar la influencia de nuestro plan formativo en la disminución de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 231

TÍTULO: FÁRMACOS CON EFECTO ANTICOLINÉRGICO EN PACIENTES ANCIANOS QUE INGRESAN EN MEDICINA INTERNA

AUTORES: ESCOLANO PUEYO, ANGEL (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET); CASAJÚS LAGRANJA P. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET); NAVARRO PARDO, I. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET); URIARTE PINTO, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET); PASCUAL MARTÍNEZ, O. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET); ABAD SAZATORNIL, M. R. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Todos los medicamentos conllevan el riesgo de causar efectos adversos. Sin embargo, hay algunos que tienen un potencial mayor de ocasionar problemas cuando son prescritos en las personas mayores. Éste el caso de los fármacos con riesgo anticolinérgico.

Objetivos: Analizar el porcentaje de pacientes ancianos con prescripción de fármacos con efecto anticolinérgico al ingreso en una planta del servicio de medicina interna (MI) en un hospital terciario. Evaluar la relación entre prescripción de fármacos y presentación de síntomas anticolinérgicos. Determinar qué escala predice esta relación.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes ancianos (>75 años) ingresados en una planta de MI en abril de 2015. Variables de estudio: sexo, edad, fármacos con efecto anticolinérgico prescritos al ingreso y síntomas anticolinérgicos desarrollados. La evaluación del riesgo anticolinérgico total se realizó mediante las escalas Anticholinergic Risk Scale (ARS) y Anticholinergic Cognitive Burden Scale (ACB), que consideran de manera diferente el riesgo asociado a cada fármaco para desarrollar un síntoma anticolinérgico. El estudio de la asociación del consumo de fármacos con potencial anticolinérgico y el desarrollo de un síntoma anticolinérgico se realizó mediante el test de Chi-cuadrado.

Fuente de información: Informe de urgencias y programa informático Farmatools®.

Resultados Conclusión: 73 pacientes. 65,8% varones. Media de edad 85,01±6,50 años (75-100). Cada paciente tenía prescritos una media de 8,74±4,30 fármacos (0-24). El 16,4% de los pacientes estaba institucionalizado y el 83,6% vivía en su domicilio. El 11,0% falleció durante el ingreso y el 16,4% permanecía ingresado al final del estudio. Según las escalas ARS y ACB el 31,5% y el 60,3% de los pacientes tenía prescrito al menos un fármaco con riesgo anticolinérgico al ingreso respectivamente, presentando en ese momento al menos un síntoma anticolinérgico el 68,5% de los pacientes.

Al aplicar el test de Chi-cuadrado se obtuvo una asociación estadísticamente significativa entre tener prescrito un fármaco con riesgo anticolinérgico y desarrollar un síntoma anticolinérgico al utilizar la escala ARS ($p=0,004$), $OR=5,20$. Al aplicar la escala ACB no se encontró asociación ($p=0,061$).

Según la escala ARS, 23 pacientes (31,5%) tenían prescrito al menos un fármaco con riesgo anticolinérgico al ingreso. De ellos, con riesgo grado 1 fueron: ranitidina 21,7%; trazodona y quetiapina 17,4%, mirtazapina 13,0%; risperidona y levodopa-carbidopa 8,7%; pramipexol 4,3%. Grado 2: baclofeno y olanzapina 4,3%

La media del grado de riesgo anticolinérgico que presentaron los pacientes fue de 1,34±0,71.

Se concluye, por tanto, que un alto porcentaje de los pacientes ancianos que ingresan en el servicio de MI tiene prescrito al menos un fármaco anticolinérgico.

La escala ARS predice de forma significativa la asociación entre el consumo de fármaco anticolinérgico y el desarrollo de síntomas anticolinérgicos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 232

TÍTULO: AVANZANDO EN EL CONFORT DE LOS PACIENTES EN UN GRUPO SANITARIO. HOSPITALES SILENCIOSOS

AUTORES: BLANCO RODRÍGUEZ, MARIO (IDCSALUD CATALUNYA); CONCHA LEÓN, E. (IDCSALUD HOSPITAL GENERAL DE CATALUNYA); PINILLA GUTSENS, N. (IDCSALUD SAGRAT COR HOSPITAL UNIVERSITARI); LUQUE VADILLO, E. (IDCSALUD CLÍNICA DEL VALLÉS); GRAS BALAGUER, C. (IDCSALUD HOSPITAL GENERAL DE CATALUNYA); CRUZ OLIVERAS, A. (IDCSALUD CATALUNYA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Es frecuente el reporte por parte de los pacientes y de sus familiares de molestias por ruido excesivo en centros sanitarios. Diversas investigaciones han mostrado que la exposición a niveles de ruido superiores a 50 dB retrasan los periodos de recuperación y rehabilitación de pacientes con la consiguiente prolongación innecesaria de su estancia en el centro. Un ambiente acústico de calidad, no sólo contribuye a la mejor recuperación del paciente sino que además mejora los patrones de descanso y bienestar de pacientes y del propio personal sanitario

Objetivos: Participación en la estrategia corporativa de hospital silencioso. Conocimiento de los niveles de ruido que se alcanzan en los centros del grupo e identificación de las principales fuentes de contaminación acústica

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Realización de mediciones sonoras en diversas plantas de hospitalización, en turnos diurno y nocturno, de los tres Centros que componen el grupo sanitario en la Comunidad Autónoma de Catalunya. Para estas mediciones se utilizan sonómetros debidamente verificados por un Organismo de Control metrológico.

Obtención de datos sobre la percepción del ruido que tienen nuestros pacientes, para ello se diseña una sencilla encuesta que se realiza, fundamentalmente, a pacientes hospitalizados en el año 2014, encuesta que ha tenido continuidad en 2015

Asignación de recursos por parte de la Dirección de Enfermería y Procesos Asistenciales y la Dirección Médica para la realización de las encuestas. Esta intervención permite, también, dar y recibir a pie de cama valiosa información sobre el confort de nuestros pacientes.

Análisis de resultados por Calidad e implantación de acciones correctoras, si aplica.

Resultados Conclusión: Las mediciones realizadas nos dan los siguientes resultados medios: 53 dB LAeq (nivel sonoro continuo) y 80 dB Lpic (Picos sonoros). Estos datos se encuentran dentro de los rangos de tolerancia, es decir, en valores inferiores a los límites de exposición 80 dB(A) para LAeq (nivel sonoro continuo), y 135 dB (C) para Lpic (Picos sonoros), e indican que no existe riesgo de causar daños auditivos, aunque se elevan ligeramente por encima de los estándares recomendados. Las encuestas realizadas en 2014 a pacientes hospitalizados arrojan los siguientes resultados medios: Un 58% de los pacientes encuestados perciben ruido, con menor o mayor intensidad. Un 25% perciben bastante o mucho ruido. Los pacientes identifican principales fuentes de contaminación acústica a los familiares y pacientes (41,5%), al personal asistencial (23,5%) y, en menor medida, a equipos y aparataje (9%).

Los resultados obtenidos han permitido emprender diversas acciones de mejora como, por ejemplo: Instalación de instrumentos de detección de los niveles sonoros en algunas plantas, medidas de sensibilización del personal, mejoras organizativas como la reserva de las habitaciones más ruidosas para ingresos de corta estancia o para pacientes cuyo estado indica una mejor tolerancia

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 233

TÍTULO: RESIDUOS TIPO III: ¿PODEMOS OPTIMIZAR SU GESTIÓN?.

AUTORES: BAS MARTINEZ, ANA MARÍA (HOSPITAL V. ÁLVAREZ BUYLLA); ÁLVAREZ CUETO, B. (HOSPITAL V. ÁLVAREZ BUYLLA); BLANCO TORICES, M. C. (HOSPITAL V. ÁLVAREZ BUYLLA); GARCÍA AMEZ, J. (HOSPITAL V. ÁLVAREZ BUYLLA); MONES IGLESIAS, A. L. (HOSPITAL V.ÁLVAREZ BUYLLA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El ámbito hospitalario genera distintos tipos de residuos, desde los que no generan riesgo, hasta aquellos suponen un riesgo elevado para la salud y el medio ambiente en todo el proceso de gestión (generación, segregación, transporte y procesamiento), como son los residuos tipo III.

Los hospitales somos grandes productores de residuos, una gestión correcta, organizada y estructurada puede disminuir el impacto que esta generación de residuos puede ocasionar en la salud y en la conservación del medio ambiente. Disminuyendo su producción podemos mejorar no solo el impacto negativo de los mismos si no también la gestión eficiente de los mismos. Nos proponemos estudiar nuestra situación.

Objetivos: Estudiar la producción de residuos tipo III.

Implantar estrategias que favorezcan la disminución de la generación de este tipo de residuos. Evaluar el impacto de las acciones llevadas mediante el cálculo de indicadores de resultado.

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo que compara dos periodos de tiempo de 12 meses, desde 01-04-2013 al 30-03-2014 y desde 01-04-2014 al 30-03-2015. Indicadores de resultado evaluados: Cantidad de residuos tipo III generados, expresados en toneladas, y coste económico de procesamiento en periodos de estudio, expresado en euros.

Resultados. Conclusión: Aprovechando el momento de cambio que supone el traslado de nuestro centro hospitalario a unas nuevas instalaciones, se intenta impulsar una gestión de residuos lo más correcta posible aplicando las siguientes acciones de mejora: implantación e implementación de la Guía de residuos del Principado de Asturias, formación de profesionales, recordatorios en el puesto de trabajo y dotación de infraestructura adecuada.

La cantidad de residuos tipo III generada desde el 01-04-2013 al 30-03-2014 es de 45,1625 toneladas que supone un coste económico de 48331 euros. La cantidad de residuos tipo III generada desde el 01-04-2014 al 30-03-2015 es de 27,3335 toneladas que supone un coste económico de 29252 euros.

Partiendo de una correcta segregación de los residuos, generamos menor cantidad de aquellos considerados como tipo III, resulta más fácil su almacenamiento y transporte interno disminuyendo los riesgos tanto para los profesionales encargados de su manipulación durante el proceso (origen y destino) como para el medio ambiente, que repercute directamente en la salud de los seres vivos, consiguiendo al mismo tiempo una gestión mas eficiente, con el consiguiente ahorro económico generado.

Aunque contemos con los medios e instalaciones adecuadas es fundamental y necesaria la colaboración e implicación de todos los profesionales que participamos en nuestro ámbito hospitalario, de nosotros dependen los resultados finales que obtengamos: reducción de la generación de residuos considerados peligrosos, el impacto final de su procesamiento en el medio ambiente consiguiendo una gestión más eficiente y sostenible.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 234

TÍTULO: ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE SUEROS DE ALTO RIESGO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

AUTORES: MORO AGUD, MARTA (HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ); DE DOMINGO GADEA, M. J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ); HERRERO AMBROSIO, A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Las soluciones hipertónicas (NaCl 20% y Glucosa ;20%) y el agua estéril para inyección (API) de gran volumen, son “medicamentos de alto riesgo” (MAR). A consecuencia de un evento centinela en nuestra Comunidad en 2013 se tomaron medidas inmediatas en el hospital. En 2014 se emitió una Resolución tras la cual, se decidió elaborar un protocolo hospitalario que recogiera las acciones concretas a implantar para garantizar un control más estrecho de estos “sueros de alto riesgo” (SAR).

Objetivos: Aumentar el control en la utilización de los SAR implantando medidas en todos los puntos de su utilización, así como acciones formativas e informativas.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: En septiembre 2014, el Servicio de Farmacia redactó y consensuó el protocolo con más de 20 profesionales. En octubre se aprobó por la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos. Establecía medidas relativas a la adquisición, recepción, almacenamiento, prescripción, dispensación, revisión, administración, devolución y formación. Se emitió una Nota Informativa de Seguridad con puntos clave previa a la emisión del protocolo y éste se divulgó por correo electrónico y se publicó en la Intranet.

Resultados Conclusión: Las medidas implantadas en la adquisición consistían en la selección de sueros con adecuada identificación. La recepción y almacenamiento de los SAR debía ser en el Servicio de Farmacia (excepto el API, en Almacén General). Todas sus ubicaciones debían estar identificadas y mencionar “medicamento de alto riesgo”. En las unidades debían estar lo más separados posibles del resto de sueros o en el Pyxis. Como control de dispensación se revisaron todos los pactos de botiquín con SAR y se definieron “unidades autorizadas”. Para lograrlo, en el caso del API 500 ml, se retiró directamente de pacto en todas las unidades que no habían tenido consumos desde enero 2014 y para el resto de unidades se solicitó justificación escrita. De las 39 unidades que la contenían, se eliminaron 24 (65,1%). De las 5 unidades con NaCl 20% en su pacto, se retiró en el 100%. La Glucosa 20% mantuvo los 8 pactos de botiquín restringidos en 2013. La Glucosa 40% se redujo de 7 pactos a 1 (85,7%). De 8 pactos iniciales con agua de irrigación 3L, se retiró en 3 (37,5%). Se inhabilitó la solicitud informática urgente. Se reetiquetaron los viales con alertas de precaución, excepto el API (en cartonaje). Respecto a la prescripción y administración, se eliminó la posibilidad de prescribir electrónicamente API y NaCl 20%. Se incluyó “MAR” en la descripción de los SAR en la prescripción y en los botiquines. Se solicitó la devolución de todos los envases de SAR que no fueran a utilizarse a corto plazo. Se recogieron 96 de API, 29 de NaCl 20%, 36 de Glucosa 20% y 14 de Glucosa 40%. Se incluyó el protocolo en el curso de bienvenida de 192 residentes y en los talleres dirigidos a los 150 Responsables de Seguridad Clínica del hospital. Se ha implantado un protocolo que gestiona el riesgo desde una perspectiva multifactorial, sin registrarse ningún incidente tras el mismo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 236

TÍTULO: LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL APLICADA AL SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA

AUTORES: SÁNCHEZ BERNAL, RAFAEL (RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA); DE MIGUEL AGUIRRE, E. (RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA); BERASATEGUI BERSASATEGUI, T. (RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA); ALVAREZ GUERRAS, O. (I3B IBERMÁTICA); OGUETA LANA, M. (DIRECCIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA DE OSAKIDETZA); MADRID CONDE, M. T. (DIRECCIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA DE OSAKIDETZA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Hasta ahora, entre cada consulta presencial en los Centros de Salud Mental, los profesionales no saben nada de los pacientes, ni del grado de cumplimiento de las tareas encomendadas ni de la adherencia terapéutica, y cuando se descompensan acuden a las consultas de forma urgente.

Objetivos: 1. Utilizar el diario de actividades, síntomas y emociones que un paciente con enfermedad mental puede escribir en su Carpeta de Salud, escrito que va directamente a su Historia Clínica, para prevenir descompensaciones o recaídas. 2 Conocer las tendencias en el estado anímico, informando al clínico, gracias a un innovador sistema basado en la inteligencia artificial, del posible estado del paciente a través de alarmas de su situación clínica, y facilitar una intervención inmediata. 3. Implicar y corresponsabilizar al paciente, convirtiéndolo en paciente activo, fomentado la prevención, el autocuidado y adherencia al tratamiento.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Diseño: Analizamos lo escrito por el paciente en su Carpeta de Salud, que es vista por los clínicos en la H^a C^a y también lo escrito en Twitter. Ámbito de estudio: 500 pacientes con enfermedades mentales, analizando 6.000 evolutivos. Mediciones: Gate, para procesamiento de lenguaje natural, en el contexto de variaciones anímicas, con el fin de suministrar una taxonomía propia, unívoca y normalizada de su estado anímico subjetivo. Freeling, para análisis del lenguaje a través de tokenización y reconocimiento de textos, analizador morfológico, tratamiento de sufijos, reconocimiento flexible de palabras y predicción probabilística. "Machine Learning", como motor de inferencia basado en algoritmos de aprendizaje supervisado por expertos clínicos multidisciplinares. Did You Mean, como corrector ortográfico de Google para entender el mensaje, y mostrar la frase correctamente escrita. Análisis estadístico: Rapid Miner/Rapid Analytics, para análisis predictivo sobre la relevancia de palabras y textos, y análisis semántico con equivalencias de las emociones Limitaciones: 1^a: La inteligencia artificial no detecta la ironía ni las negaciones de las afirmaciones.

Resultados Conclusión: 1. Hemos creado la Aplicación LeKu (Le Cuidamos), en la que hemos parametrizado 818 frases o grupos de palabras, que se traducen en 2 tipos de alarmas: Ámbar: Precaución: Inicio de signos de Alarma. Rojo: Posible descompensación o recaída. 2. Han participado ya 62 pacientes, que han escrito 968 evolutivos 3. Se han detectado alarmas de las 2 modalidades, y en concreto ha habido 2 situaciones de evitaciones de suicidio. 4. El tiempo medio de atención ha sido de 0,96 días frente a los 32,09 días que pasaban entre consulta y consulta 3. El 97 % de los pacientes están satisfechos. La idea es extrapolable a otros ámbitos asistenciales y es sido coste-efectiva.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 237

TÍTULO: UTILIZACIÓN DEL CUESTIONARIO D'AMOUR POR LOS PROFESIONALES CLÍNICOS PARA VALORAR LA INTEGRACIÓN EN SALUD MENTAL

AUTORES: SÁNCHEZ BERNAL, RAFAEL (RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA); DE MIGUEL AGUIRRE, E. (RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA); MOSQUERA ULLOA, F. (RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA); MURUA NAVARRO, F. (RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA); PUJANA URIARTE, M. J. (RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA); ETXEGARAY ATELA, J. M. (RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La Red de Salud Mental de Álava es una organización sanitaria integrada por un Hospital Psiquiátrico, 3 Centros de Salud Mental de Adultos, 1 de Psiquiatría Infanto-Juvenil, 1 Centro de Orientación de Tratamiento de Adicciones, 1 Hospital de Día y 1 Servicio de Rehabilitación Comunitaria, y queríamos conocer si la integración de centros hospitalarios y extrahospitalarios mejora la satisfacción de los trabajadores y de la atención sanitaria que se da a los pacientes.

Objetivos: 1º.- Conocer la opinión de los profesionales sobre el grado de satisfacción con relación a la integración, transformación y mejora de la coordinación en la Red de Salud Mental de Álava
2.- Conocer la valoración de la colaboración entre profesionales clínicos de distintas unidades y dispositivos de dicha Red de Salud Mental.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Utilización del Cuestionario D'Amour dirigido al 100% de la plantilla, a través de una encuesta modificada on –line. Las variables medidas son las referidas a la satisfacción con los cambios: - nuevos conocimientos, delegación de responsabilidades, trabajo mas interesante, mejores sistemas de información-, valoración de la transformación: -comunicación entre y con profesionales, ámbito sociosanitario-, expectativas, actitud, coordinación, cambios en el equipo de trabajo, trato directo con el paciente, opinión sobre la integración de la asistencia sanitaria, satisfacción con la asistencia prestada a los pacientes tras los cambios, y satisfacción general con la transformación de la Red de Salud mental de Álava.

Resultados Conclusión: 1. De los que respondieron, el 47,6% fueron profesionales de enfermería, 36,5% médicos, 11,8% trabajadores sociales y 4,8% Terapeutas Ocupacionales. 2. El 70,2% llevan más de 16 años trabajando en la Organización. 3. El 64% considera que ha desarrollado nuevos conocimientos y/o habilidades. El 60% que tiene mayor variedad de tareas. Para un 41% su trabajo es más interesante y cuenta con más recursos. El 45% considera que sus objetivos están mejor definidos. El 60% dice tener mejores sistemas de información para trabajar, el 42% mas apoyo para formación y el 54% mejores vías clínicas. El 61% considera que hay mejor comunicación con profesionales de otros centros. El 64% cree que habrá mas calidad a los pacientes con la integración, y el 53% mejor vida profesional. El 78% cree que la actitud del equipo directivo es positiva, y el 79% la cree de si mismo. El 82% cree que la coordinación es buena. El 49,2% cree que ha mejorado la atención a pacientes, y el 68% valora muy bien la transformación.

Conclusiones: El Cuestionario D'Amour ha sido útil en el marco evaluativo de experiencia de integración asistencial para conseguir los objetivos planteados, y como consecuencia de ello se ha decidido hacer una evaluación cada 2 años para conocer las tendencias en la valoración de los profesionales.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 238

TÍTULO: ESPACIO SIN TABACO EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA PSIQUIÁTRICA: ES DESEABLE, POSIBLE Y BENEFICIOSO

AUTORES: ORTIZ DE ZÁRATE SAN AGUSTÍN, AMAYA (RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA); GARCIA IRAZOLA, P. (RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA); UBIS GONZÁLEZ, A. (RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA); ELIZAGARATE ZABALA, E. (RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA); MURUA NAVARRO, F. (RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA); SÁNCHEZ BERNAL, R. (RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El hábito tabáquico es un grave problema de salud que se asocia a importante morbimortalidad en personas con patología psiquiátrica. Los fumadores con trastorno mental grave (TMG) presentan más frecuentemente alta dependencia a la nicotina, algo a lo que tradicionalmente se le ha prestado poca atención. Desde la Unidad de Psicosis Refractaria (UPR) -14 camas- del Hospital Psiquiátrico de Álava, se ha considerado el tabaquismo un objetivo terapéutico y un ámbito importante de intervención.

Objetivos:

1. Suprimir dentro de la Unidad el consumo de tabaco
2. Evitar la asociación del tabaco con un ámbito de salud como es el hospital
3. Darle un significado similar al de otras drogas (cannabis y alcohol)
4. Fomentar hábitos de vida saludables
5. Luchar contra el estigma asociado a las personas con trastorno mental, al considerar al enfermo mental, un enfermo sin estigma capaz de cumplir con la ley como cualquier persona con otra patología
6. Ayudar a los pacientes a calcular sus gastos
7. Invertir el tiempo que se dedicaba a gestionar el tabaco en otro tipo de intervenciones que fomenten la salud de nuestros pacientes

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se ha hecho una Revisión bibliográfica del tema, y la mayoría de las personas que presentan un trastorno mental son fumadores de más de 20 cigarrillos al día (el 80%), lo que en ocasiones supone más del 30% de su paga mensual. Se ha diseñado un proyecto para aplicación de medida restrictiva de consumo de tabaco en la UPR.

Para la aplicación de la medida se establecieron diferentes fases: 1. Informar a trabajadores, pacientes y familiares. 2. Ofrecer ayuda para abandonar el consumo de tabaco. 3. Ofrecer terapia sustitutiva de nicotina (parches/chicles/fármacos). 4. Apoyo –educación para la salud- sesiones educativas 5. Cuestionarios: test fragerström (dependencia), test richmond (motivación de cambio), cuestionario actitudes personal y aplicación de la medida en la Unidad.

Resultados Conclusión: RESULTADOS:

1. Los pacientes, un total de 18, cuya edad media de inicio en consumo de tabaco fue a los 15 años y era de 20 cigarrillos /día, y sus familias entienden y aceptan la nueva normativa.
2. La puntuación media del Test de Fageström es de 3,81 puntos (dependencia baja), y de 5,25 en el de Richmond.
3. El 100% no fuma en la Unidad, el 33,33% han solicitado tratamiento de deshabituación, y ha habido 2 quejas verbales de un total de 18 pacientes (11,11%).
4. El 79% de los profesionales la considera buena idea.
5. No se han producido incidentes asociados a la restricción de tabaco ni ha empeorado el ambiente terapéutico, ni ha sido necesario modificación de dosis de antipsicótico.

CONCLUSIONES: Las intervenciones más eficaces son similares a las que son eficaces en la población general, y no se puede asociar descompensación psicopatológica a cesación tabáquica, no generando alteraciones reseñables del contexto terapéutico.

Las intervenciones para interrumpir o reducir el consumo de tabaco deben ser parte del tratamiento para los pacientes con esquizofrenia y TMG.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 239

TÍTULO: ICTUS: RECOMENDACIONES AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES AL ALTA HOSPITALARIA. APROXIMACIÓN A UN PROYECTO INTEGRAL DE APOYO

AUTORES: GONZÁLEZ PRIETO, VIRGINIA (HOSPITAL DE CRUZ ROJA DE GIJÓN)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular experimentan alteraciones en su vida diaria que van a condicionar su calidad de vida. Paciente y familiar deben enfrentarse a una situación que conlleva una pérdida de su bienestar y un déficit funcional importante.

El profesional sanitario tiene que ayudar al paciente con ICTUS y a su cuidador, a comprender la enfermedad, proporcionarle información acerca de los cuidados y orientarle en la adaptación posterior de su estilo de vida para convivir saludablemente con su enfermedad, ya que el domicilio, es el mejor lugar terapéutico para el paciente y sus familiares, pues acelera el proceso de recuperación con menor riesgo de iatrogenia y menor coste social.

Con esta finalidad, hemos elaborado en nuestro centro una guía de recomendaciones dirigida a aquellos cuidadores que deseen conocer o necesiten más información sobre cómo hacer frente a su labor de cuidar.

Objetivos: • Identificar las necesidades de salud del paciente con Ictus, tras el alta hospitalaria y establecer las recomendaciones prioritarias

- Difusión de la Guía a la totalidad de los pacientes que ingresan con diagnóstico ICTUS en nuestra unidad

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: • Revisión bibliográfica

- Elaboración del borrador de las recomendaciones
- Revisión por los profesionales sanitarios de la Unidad de Recuperación Funcional, expertos en su tratamiento médico, rehabilitador y de cuidados, para completar y contrastar la información obtenida e identificar áreas de atención de las que es susceptible el paciente
- Difusión de la Guía

Resultados Conclusión: Desde el mes de marzo se han entregado las recomendaciones a un total de 24 pacientes y cuidadores, lo que representa un 80 % de las altas por mejoría en el proceso ICTUS. Se recogen 11 dimensiones: Aseo, vestido, movilización, alimentación, secreciones, comunicación, percepción, descanso, barreras arquitectónicas, ocio y sexualidad.

Ante esta enfermedad crónica que modifica las relaciones familiares, laborales y sociales, y que lleva implícita un cierto grado de ansiedad y desánimo, la Guía de Recomendaciones en el paciente con ICTUS evidencia que la implicación conjunta del enfermo, el cuidador y el equipo asistencial, es el punto básico para una atención integral y la base para un futuro proyecto de educación para la salud.

Ha aportado:

AL PACIENTE Y CUIDADOR:

1. Autonomía y seguridad.
2. Una interrelación activa con el equipo asistencial, para el abordaje de los problemas, con sus propias aportaciones de mejora.

AL EQUIPO:

- A. Trabajo conjunto de varios profesionales: enfermeros, médicos, fisioterapeutas..., para un tratamiento global del paciente.
- B. Sensibilización del propio equipo, fomentando la participación activa y reforzando su capacitación profesional.

El fin último de las recomendaciones no es sólo el mantenimiento de la vida, sino que ésta transcurra dentro de una calidad óptima, teniendo en cuenta el equilibrio preciso entre necesidades y recursos para ayudar al paciente con ICTUS a conseguir una mejor calidad de vida

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 240

TÍTULO: LA ENFERMERA DE ENLACE COMO CLAVE EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE

AUTORES: MURUA NAVARRO, FLORA (RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA); PÉREZ DE ARENAZA ITURROSPE, M. J. (RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA); RAMIREZ SÁNCHEZ, M. J. (RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA); DE LA PEÑA BERNAL, M. J. (RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA); DE MIGEL AGUIRRE, E. (RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA); SÁNCHEZ BERNAL, R. (RED DE SALUD MENTAL DE ÁLAVA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La red de enfermería de enlace ejerce de eslabón entre los pacientes que requieren cuidados constantes y necesitan asistencia domiciliaria y los servicios sanitarios. Asimismo, gestionan las necesidades de los cuidadores de estos pacientes graves. Entre sus funciones destaca la de tutelar la asistencia sanitaria prestada a estos usuarios, detectar sus necesidades y articular los servicios que presta la Administración sanitaria y adecuarlos a las demandas de estos pacientes. Estas enfermeras se encargan de visitar a los usuarios que requieran de atención domiciliaria y se encuentran adscritos a su centro de salud mental para realizar una valoración detallada de sus necesidades, tanto de carácter funcional como social.

Objetivos: 1º.- Identificar y captar a aquellos pacientes que por su patología mental necesiten de una labor coordinada entre los diferentes dispositivos asistenciales y/o sociales. 2.- Mejorar y potenciar la coordinación de todos estos servicios para dar una respuesta adecuada a nuestros pacientes. 3. Garantizar la continuidad de cuidados de una forma proactiva, anticipándonos a las necesidades de los pacientes. 4. Evitar la pérdida de la población diana por el sistema. 5. Asegurar un plan de cuidados personalizado.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: **Ámbito de actuación:** Altas de 2014 **Diseño:** 1. Se ha realizado un protocolo para la gestión de la lista de ingreso, sistematizado la información de los ingresos desde las áreas de hospitalización a los centros de salud mental y otras estructuras de salud mental y viceversa. 2. Se ha establecido y sistematizado el mecanismo de coordinación entre las enfermeras de enlace para el seguimiento de aquellos pacientes que estén ingresados en una unidad de hospitalización, el seguimiento de pacientes entre atención primaria y salud mental en casos de patología física crónica, y para favorecer la transición del paciente desde el hospital a su domicilio a través de la preparación al alta.

Resultados Conclusión: **Resultados:** 1. De un total de 52.214 pacientes diferentes, se ha actuado sobre un total de 479 ingresos y 514 altas, de los que el 31% son Trastornos Mentales Graves (TMG). 2. Se ha actuado sobre 149 pacientes con diagnósticos entre F20 y F28 (Psicosis muy graves, fundamentalmente esquizofrenia) 3. El 83% de las altas del hospital de agudos son derivados a la Red de Salud Mental de Álava. 4. De los pacientes ingresados con TMG, el 66% fueron programados, y el 34% urgentes. 5. Al 96,31% se le ha dado una cita en un periodo inferior a 8 días tras ser dados de alta del hospital de agudos, y al 3,69 restante, antes de 15 días.

Conclusiones: La enfermera de enlace ha cumplido los objetivos establecidos, facilita el seguimiento de los pacientes por las distintas estructuras sanitarias y sociales y la continuidad de cuidados, evita pérdidas de pacientes con trastornos mentales graves, establece áreas de mejora, busca rutas de actuación común, y hace que el paciente se sienta mejor tratado como ser humano.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 241

TÍTULO: ¿CONOCEMOS LAS EXPECTATIVAS SOBRE LAS COMPETENCIAS DE LIDERAZGO DEL DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD?

AUTORES: MATEOS RODILLA, JUANA (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD); OLIVERA CAÑADAS, G. (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD); MARTINENA PADIAL, E. (UNIDAD DE APOYO. DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD); FERNÁNDEZ-CUESTA VALCARCE, M. A. (CENTRO DE SALUD JUAN DE LA CIERVA. GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD); DE LLAMA ARAUZ, B. (CENTRO DE SALUD ENTREVÍAS. GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD); MARTÍN ÁLVAREZ, M. D. (CENTRO DE SALUD ALPESGERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Nuestra organización está desarrollando un proyecto (proyecto Lidera) para disponer en los centros de salud de directores capacitados y comprometidos para desarrollar las funciones que tienen establecidas de manera alineada con la misión, visión y valores. Queremos líderes que actúen como modelo de referencia, que comprendan las expectativas y necesidades de los grupos de interés.

Objetivos: Conocer la opinión y la percepción de todos los grupos de interés de nuestra organización en relación a las habilidades y competencias directivas que deben desarrollar los directores de los centros de salud.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Investigación cualitativa con enfoque fenomenológico articulada con la técnica del grupo focal. Se realizaron 5 grupos focales con los siguientes perfiles profesionales:

1. Jefes de los directores de centro
2. Responsables de enfermería y jefes de la unidad administrativa
3. Directores de centro.
4. Profesionales que trabajan en los centros de salud (2 grupos)

Los participantes (45) se seleccionaron mediante un muestreo intencionado respetando diferentes criterios de selección como el de heterogeneidad y representación. El guión temático utilizado indagando de una manera sistemática acerca de:

1. ¿Qué esperas del director de centro de salud?
2. ¿Qué competencias deben desarrollar y evidenciar los directores de centro, desde tu punto de vista?
3. Actualmente, ¿los directores de centro tienen estas competencias?
4. ¿Qué puede hacer la organización para ayudar a los directores a adquirir estas competencias?

Tras la transcripción textual de toda la información y el análisis del contenido temático se realizó una interpretación de los resultados y se identificaron las categorías relevantes.

Resultados Conclusión: Las competencias directivas valoradas por los jefes respecto al desarrollo de los directores de centro son:

- o Capacidad de resolución de problemas
- o Gestión del tiempo
- o Obtener el compromiso de los compañeros
- o Capacidad de toma de decisiones
- o Habilidades en la dirección de personas y, en especial, el liderazgo, la motivación y las habilidades de comunicación.

Las competencias identificadas por la comisión directiva del centro son:

- o Liderazgo
- o Implicado con la organización y con los profesionales
- o Capacidad de escucha
- o Atención al usuario
- o Gestión de conflictos

Por los profesionales:

- o Liderazgo participativo
- o Capacidad de motivar
- o Capacidad resolutive
- o Ecuanimidad
- o Trabajo en equipo

Por los directores de centro:

- o Autoridad
- o Capacidad para la toma de decisiones

- o Liderazgo y delegación
- o Capacidad de comunicación
- o Competencias en gestión

Este estudio nos ha permitido construir en nuestra organización un modelo de desarrollo competencial del director cimentado en las necesidades de nuestros grupos de interés, adaptado a la forma de ser de nuestra organización, eligiendo el modelo de liderazgo que más ayude a desarrollar la misión, visión y valores de la misma.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 242

TÍTULO: IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE A TRAVÉS DE UN LECTOR LÁSER

AUTORES: DURÁN DOS REIS, M^a FÁTIMA (HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS); SEGURA ARRIBAS, S. (HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS); BOTO ALONSO, A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Guía del usuario de MOSAIQ, versión 2.30. Edición 2012. IMPAC Medical Systems, INC.

Objetivos: - Controlar la llegada del paciente al Servicio para reducir su tiempo de espera.
- Administrar con mayor seguridad el tratamiento radioterápico y así evitar posibles errores humanos, ya que pueden surgir casos de que si cargamos el tratamiento manualmen

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: - El día de la Simulación la secretaria entrega una tarjeta al paciente con un código de barras que servirá como tarjeta de identificación, y el paciente deberá llevarla cuando tenga alguna cita en el Servicio de Oncología Radioterápica del hospital. - C

Resultados Conclusión: - Mayor seguridad del paciente a la hora de administrar el tratamiento radioterápico.

- Reducir el tiempo de espera del paciente, ya que de este modo se conoce en el momento cuándo el paciente llega al Servicio y el personal que esté disponible le va ate

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 243

TÍTULO: EVALUACIÓN DE UN PUNTO DE MEJORA EN UN PROCESO DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

AUTORES: RAMOS-APARICIO, ROSANA (HOSPITAL SAN AGUSTIN DE AVILES); ROJO ALVAREZ-BUYLLA, C. (HOSPITAL SAN AGUSTIN DE AVILES); PEREZ DOMINGUEZ, N. (HOSPITAL SAN AGUSTIN DE AVILES); RODRIGUEZ DE LA FLOR, M. (HOSPITAL SAN AGUSTIN DE AVILES); PUENTE MARTINEZ, P. (HOSPITAL SAN AGUSTIN DE AVILES)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La Conciliación de Medicación es el proceso formal que consiste en valorar el listado completo y exacto de la medicación previa del paciente, compararlo con la prescripción médica después de cada transición asistencial y resolver las discrepancias encontradas entre ambos. En las primeras 24 horas del ingreso hospitalario ha demostrado ser clave para evitar errores de medicación que se mantengan en el alta hospitalaria. La obtención del listado exhaustivo de la medicación habitual del paciente determinará la calidad de todo el proceso de conciliación, las fuentes de información habitualmente utilizadas para su elaboración son la anamnesis al ingreso y la historia resumida de Atención Primaria.

Objetivos: Determinar si una entrevista personal realizada a el paciente/cuidador por un Farmacéutico de Hospital contribuye a obtener un listado más exacto de la medicación habitual de los pacientes.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio observacional prospectivo realizado desde noviembre de 2013 hasta septiembre de 2014 en un hospital comarcal. Se incluyeron pacientes mayores de 80 años con 6 o más medicamentos crónicos a los que se pudiese realizar la entrevista en las primeras 24 horas de ingreso. Cuando por motivos de gravedad clínica no se pudo realizar la entrevista al paciente/cuidador se considero motivo de exclusión. Diariamente se obtuvo un listado de pacientes que cumplieran criterios de inclusión. Para cada paciente seleccionado se recopiló la información farmacoterapéutica disponible en Atención Primaria, Historia de Urgencias e ingresos previos y posteriormente se realizó la entrevista. Esta información se comparó con obtenida de forma tradicional en los ingresos en el hospital. Utilizando una regresión potencial con un coeficiente de determinación (R²) de 0,998 se calculó que la cifra predecible de ingresos durante 2013-14 de pacientes de 80 o más años sería de 2550 y con el programa Ene3.0 se calculo un tamaño muestral final de 171 pacientes. Los datos se analizaron con SPSSv22.

Resultados Conclusión: El 50,4% de los pacientes fueron mujeres y el 49,6% hombres con una mediana de edad de 84 años (rango intercuartil: 82,87). La estancia media de los pacientes en el hospital fue de 7,18 días Los principales Servicios de ingreso fueron: Medicina Interna (60,1%), Neumología (8,5%), Cardiología (8,5%) y Traumatología y Cirugía Ortopédica (8,1%). La media de enfermedades crónicas por paciente fue de 4,96±1,28. El número de medicamentos de media por paciente que se obtuvo sin entrevista fue de 8,95±2,46 mientras que el que se obtuvo tras la entrevista personal fue de 10,33±3,51 siendo esta diferencia estadísticamente significativa. La entrevista se llevo a cabo en todos los casos en las primeras 24 horas desde el ingreso y se empleo de media 20 minutos en su realización. La entrevista personal de un Farmacéutico de Hospital con el paciente/cuidador ha demostrado aumentar la exactitud del conocimiento del tratamiento habitual del paciente y permite iniciar el proceso de conciliación con mayor calidad y rigor.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 245

TÍTULO: UNIFICACIÓN DE UN SISTEMA CENTRALIZADO DE ESTERILIZACIÓN EN UN AREA SANITARIA INTEGRADA

AUTORES: FERNANDEZ PEREZ, MARIA ANGELES (AREA III HOSPITAL SAN AGUSTIN); MARTINEZ ARGÜELLES, B. E. (AREA III); SUAREZ GUERRA, A. N. (AREA III); NORIEGA LOPEZ, C. O. (AREA III); MARTINEZ LOPEZ, Y. O. (AREA III)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Nuestra Área Sanitaria en base a su modelo de Servicio Sanitario basado en Gerencia única y a su política de integración de los niveles de Atención Primaria y Atención Especializada, está desarrollando diferentes programas mediante el diseño de circuitos que supongan mejoras, entre ellos está la unificación de los diferentes servicios, evitando duplicidades que suponen un importante incremento del gasto tanto a nivel de gestión de personal como económico

Objetivos: Implantar un circuito de esterilización integrado y único para toda el Área sanitaria. Difundir el proceso de esterilización entre los profesionales de atención primaria

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se elabora un protocolo que define un circuito centralizado de esterilización en toda el Área sanitaria, con el sistema de doble cajón y un cronograma de puesta en marcha en los diversos centros y unidades

Se realizaron obras en la central de esterilización hospitalaria, adaptadas a la formativa AGEMED, para proveer de material estéril a servicios externos.

Se realizaron compras de instrumental quirúrgico de curas y contenedores doble cajón para realizar el intercambio. Compra de armario con igual sistema y acceso directo para cada unidad. Para la difusión se realizan reuniones participativas con los responsables de enfermería y personal implicado los diferentes Centros de Salud y Unidades de hospitalización Se presenta el proyecto y se valoran las necesidades y sugerencias para su puesta en marcha..

Se garantiza que el proceso de esterilización de todo el del área sanitaria se realice cumpliendo los requisitos de eficiencia, seguridad y calidad, manteniendo el proceso bajo control, evitando una variabilidad excesiva. Higienizar el material, custodiar y entregar el mismo, bajo la seguridad del trabajador y preservando una eficiencia y protección ambiental.

Resultados Conclusión: Se moderniza la Central de Esterilización del hospital ya existente y se amplía el ámbito de actuación a toda el Área sanitaria.

Desaparece la esterilización de material de los Centros de salud disminuyendo la cargas de trabajo para de las auxiliares de Atención primaria

Se modifica el circuito de intercambio de instrumental en las unidades de hospitalización con una mayor seguridad para el trabajador y mayor eficiencia

Mejora de la trazabilidad de todo el proceso de esterilización, mediante registros de actividades y etiquetado de productos

La estandarización del proceso de esterilización supuso una descripción de actividades, estandarizando que hacer, como, cuando y que materiales y equipos van a usarse, así como los registros que evidencien las actividades descritas.

El ahorro económico es muy importante por dos motivos: , la vida del instrumental se prolonga gracias a una eficiente manipulación a cargo del personal especializado (limpieza, acondicionamiento, esterilización) y evita duplicidades de material al ser un servicio centralizado Sin el factor humano de todas las personas implicadas en el proyecto, no hubiese sido posible estos resultados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 246

TÍTULO: PROGRAMA DE ASISTENCIA AMBULATORIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR AGUDIZACIÓN DE EPOC (UCCRA)

AUTORES: VILLAR ÁLVAREZ, FELIPE (SERVICIO NEUMOLOGÍA. IIS FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ. UAM. CIBERES. MADRID.); CHECA VENEGAS, M.J. (SERVICIO NEUMOLOGÍA. IIS FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ. UAM. CIBERES. MADRID.); GÓMEZ DEL PULGAR MURCIA, M. T. (SERVICIO NEUMOLOGÍA. IIS FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ. UAM. CIBERES. MADRID.); ARMENTA FERNÁNDEZ, R. (SERVICIO NEUMOLOGÍA. IIS FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ. UAM. CIBERES. MADRID.); FERNÁNDEZ ORMAECHEA, I. (SERVICIO NEUMOLOGÍA. IIS FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ. UAM. CIBERES. MADRID.); SÁNCHEZ MELLADO, D. (SERVICIO NEUMOLOGÍA. IIS FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ. UAM. CIBERES. MADRID.).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) grave sufren una media de 1,5 a 2 agudizaciones al año y hasta un 10% son hospitalizados. Tanto éstos como el reingreso agravan la enfermedad y empeoran la calidad de vida de los pacientes, incrementando los costes sanitarios. La atención ambulatoria puede extenderse a una atención domiciliaria, de manera que pacientes seleccionados de EPOC pueden llegar a recibir, tras la agudización, un adecuado tratamiento y seguimiento en su domicilio.

Objetivos: Los objetivos del programa UCCRA son proporcionar una atención sanitaria de calidad en domicilio a los pacientes crónicos con agudización de EPOC graves o frágiles, mediante la atención domiciliaria, para facilitar un mejor control y manejo de su enfermedad, actuando sobre la progresión de la patología y la prevención de las agudizaciones, y disminuir los reingresos urgentes y la estancia media del paciente hospitalizado por agudización de EPOC.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: UCCRA ofrece un seguimiento domiciliario de calidad tras el alta por agudización del paciente con EPOC grave o frágil. Interviene un equipo multidisciplinar formado por enfermería, neumólogo, trabajadora social, familia o cuidador y personal sanitario de Atención Primaria. UCCRA se creó en 2013 en el Servicio de Neumología con asistencia telefónica, siendo domiciliaria en 2014 y con apoyo del Hospital de Día y neumólogo de guardia desde 2015. En una primera fase se selecciona el paciente según nuestra Escala de Riesgo de Reingreso, que incluye variables como edad, agudizaciones previas, FEV1 o comorbilidad cardiovascular. Luego es valorado por la enfermera de UCCRA, quien, en la siguiente fase, continuará la asistencia en domicilio durante los 30 días posteriores, con apoyo del Hospital de Día, neumólogo de guardia y Atención Primaria. Según el mapa de procesos, medimos indicadores de porcentaje de reingresos y estancia media desde el 2013 hasta abril del 2015. Los datos son extraídos por el Servicio de Documentación Clínica.

Resultados Conclusión: Tras la creación de UCCRA, la estancia media de los pacientes hospitalizados por EPOC agudizado ha disminuido de 8,36 días en 2013, a 8,12 en 2014 y 7,70 en 2015. El porcentaje (%) de reingresos por agudización de EPOC ha también descendido del 23,27% en 2013, al 21,06% en 2014 y al 14,74% en 2015. El % de altas con reingreso urgente con el mismo diagnóstico principal ha bajado del 6,83% en 2013 al 6,21% en 2014 y al 3,57% en 2015. Además, el % de altas con reingreso urgente con la misma categoría diagnóstica mayor en 0-30 días desciende del 13,66% en 2013 al 11,15% en 2014 y al 7,91% en 2015. Por último, el % de altas con reingreso urgente en 0-30 días disminuye del 19,04% en 2013, al 16,13% en 2014 y al 13,65% en 2015. Concluimos que UCCRA es eficaz para disminuir reingresos hospitalarios y estancia media en pacientes hospitalizados por agudización de EPOC, proporcionando una mejor atención sanitaria y mejorando tanto el control y progresión de la enfermedad como su calidad de vida.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 248

TÍTULO: MEJORAR LA CALIDAD DEL PROCESO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA MEDIANTE EL DISEÑO DE UN MODELO DE AUDITORÍA CLÍNICA

AUTORES: TORRAS BOATELLA, MARIA GLÒRIA (INSTITUT CATALÀ ONCOLOGIA); MARÍN BORRAS, S. (INSITUT CATALÀ ONCOLOGIA); CANALS SUBIRATS, E. (INSTITUT CATALÀ ONCOLOGIA); BOLADERAS INGLADA, A. M. (INSTITUT CATALÀ ONCOLOGIA); ASENSIO BLASCO, M. E. (INSTITUT CATALÀ ONCOLOGIA); JOVÉ TEIXIDÓ, J. (INSTITUT CATALÀ ONCOLOGIA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Disminuir la variabilidad de la práctica clínica es uno de los retos que estamos abordando en nuestra institución, multicéntrica y monográfica de atención al cáncer, que da cobertura a un 40% de la población en Cataluña. Diferentes estudios muestran la utilidad de la auditoria clínica como instrumento de evaluación y este es el propósito para aplicar en la evaluación del proceso de oncología radioterápica, en cada uno de nuestros 3 centros. El proyecto ha sido impulsado desde la dirección transversal de oncología radioterápica (DTOR).

Objetivos: Establecer la viabilidad de realizar una evaluación sistemática del proceso de oncología radioterápica desde la perspectiva de la calidad asistencial y resultados clínicos mediante el diseño de un modelo de auditoría clínica

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El proyecto se inicia a finales del año 2014, con la constitución del grupo de expertos nombrado por la DTOR, (4/12/2014) compuesto mayoritariamente por físicos médicos y oncólogos radioterapeutas entre los cuales los referentes de las 4 patologías priorizadas para incluir en la auditoria: cánceres de pulmón, cérvix, recto y próstata. Este grupo recibe el encargo de diseñar la auditoria. La fase de diseño ha finalizado en mayo del 2015, incluye la selección de los indicadores, elaboración de los formularios para la recogida de los datos, definición de los criterios de selección del universo de pacientes y muestra. La realización de la auditoria se ha planificado entre junio y septiembre de 2015, previa prueba piloto. En el último trimestre se realizará la explotación de los datos, la elaboración del informe de resultados y el plan de mejora a implantar en 2016. Una nueva auditoría clínica deberá realizarse posteriormente.

Resultados Conclusión: Se ha diseñado un modelo de auditoría clínica cuyas características básicas son: Áreas clave de evaluación: Protocolización de la atención y organización del servicio, cumplimiento de la guía de práctica clínica, accesibilidad y tiempos de demora, efectividad de tratamientos y resultados clínicos, calidad y seguridad de la atención, satisfacción del paciente, investigación y ensayos clínicos. Para cada una de estas áreas, se han identificado indicadores generales y específicos de las 4 patologías y las variables correspondientes para su obtención, que se recogerán básicamente de la historia clínica.

Los formularios elaborados contienen cada uno, unas 80 variables sobre: perfil clínico del paciente (TNM,...), pruebas diagnósticas, anatomía patológica, tratamiento previsto y realizado (dosis y duración), control de imagen, efectos adversos, respuesta al tratamiento. La población diana incluye todos los pacientes diagnosticados de alguno de los 4 cánceres seleccionados, que iniciaron tratamiento con radioterapia (intención curativa) durante el año 2013. Se ha previsto auditar unas 40 historias clínicas de cada patología y centro, seleccionadas aleatoriamente. La revisión será realizada por un equipo externo a los servicios implicados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 249

TÍTULO: REDUCCION DE MORTALIDAD Y NEUMONIA EN UNIDAD DE ICTUS MEDIANTE PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR CON UNIDAD DE DISFAGIA.

AUTORES: GUTIERREZ FONSECA, RAIMUNDO (HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS); FERNANDEZ FERRO, J. C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS); GARCIA BOTRAN, B. (HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS); GUILLAN RODRIGUEZ, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS); ABUIN FLORES, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS); GRANELL NAVARRO, J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El ictus agudo (IA) es la causa más frecuente de disfagia orofaríngea (DO), que a su vez es el origen fundamental de la neumonía aspirativa (NA), causa inmediata de muerte de estos pacientes. La valoración y manejo de la DO en los pacientes con IA puede reducir la tasa de NA y por tanto mejorar la supervivencia de los pacientes.

Objetivos: Se compara la incidencia de NA antes y después de la implantación de un protocolo para el manejo integral de la DO en la Unidad de Ictus (UI) del Hospital Universitario Rey Juan Carlos (HURJC), en colaboración entre el personal de la UI y la Unidad de Disfagia del centro. Consideramos que la implantación de dicho protocolo puede reducir la incidencia de NA y la Mortalidad en los pacientes con IA ingresados en la UI, lo que condiciona una mejora de la calidad asistencial en la propia UI.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: En Febrero del 2014 se implementa un protocolo multidisciplinario de manejo de disfagia en los pacientes con IA, en el que participa el personal facultativo y de enfermería de la UI, la Unidad de Disfagia del Hospital (valoración a pie de cama por la Enfermera de Disfagia y en su caso valoraciones instrumentales por el Servicio de ORL).

Comparamos tres períodos de estudio: Histórico o control (PH: septiembre 2013 - febrero 2014), en el que no se había implantado dicho protocolo; de iniciación (PI: marzo 2014 - junio 2014), en que se implanta de dicho protocolo y de consolidación (PC: junio 2014 - marzo 2015), donde se ha considerado realizada la curva de aprendizaje. El protocolo divide a los pacientes que ingresan en la UI en bajo o nulo riesgo de DO (AIT's o ictus leve) en los que el despistaje se realiza a través del test de agua modificada por la enfermería de la UI; y riesgo moderado o elevado de DO (ictus moderado/grave o vértebro-basilar), en los que el despistaje lo realiza una enfermera entrenada y especializada mediante el test de volumen-viscosidad de Clavé. Esta misma enfermera establece la necesidad de realizar pruebas adicionales invasivas para el despistaje de disfagia (videoendoscopia y/o videofluoroscopia), adapta la características de las dietas individualmente y establece las indicaciones de rehabilitación de la disfagia.

Resultados Conclusión: Se incluyen 420 pacientes con ictus (PH 78, PI: 100, PC:242). Los grupos son comparables en edad, sexo, severidad de la afectación clínica y hemisferio afecto. Presentan algún síntoma de DO el 37.7% en el PH, el 36% en el PI y el 32% en el PC. La prevalencia de NA fue del 32% en el PH, del 10% en el PI (OR=4.2; p=0.0002) y del 7% en el PC (OR 6.6; p=0.0001). La mortalidad fue 16.6% en el PH, del 10% en el PI (p=0.09) y del 8.6 en el PC (0.001). Hay reducción no significativa de la estancia media.

Conclusión: En nuestro hospital, la implementación de un protocolo para el manejo integral de la disfagia logra disminuir la tasa de Neumonía Aspirativa y mortalidad en la Unidad de Ictus de forma significativa, con la consecuente mejora de la calidad asistencia en el manejo de los pacientes con ictus.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 250

TÍTULO: INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD EN MUJERES GESTANTES Y PUÉRPERAS EN RIESGO DE EXCLUSIÓN

AUTORES: VAZQUEZ LAGO, JUAN MANUEL (HOSPITAL CLÍNICO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA); LOZANO LORENZO, M. J. (HOSPITAL MONTECELO PONTEVEDRA); VILELA FERRO, M. J. (PROFESIONAL INDEPENDIENTE)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Actualmente uno de los colectivos de extrema vulnerabilidad son las mujeres gestantes y puérperas en riesgo de exclusión social. El estrés que sufren por su condición presenta repercusiones negativas de amplio espectro. Es importante diseñar intervenciones psicosociales con abordaje interdisciplinar para poder conocer la calidad de vida percibida por estas mujeres y así tratar de mejorarla.

Objetivos: Analizar si la intervención psicosocial diseñada incrementa los resultados de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de las mujeres gestantes y puérperas que están en riesgo de exclusión social. Secundarios: 1.- Analizar el efecto que presenta la intervención en la CVRS en función del tiempo. 2.- Analizar qué dimensiones de la CVRS mejoran más con la intervención psicosocial.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio piloto cuasiexperimental de seguimiento prospectivo, de febrero de 2013 a febrero de 2015, de una cohorte de mujeres embarazadas en situación de riesgo social. La intervención diseñada se realizó de manera organizada intentando responder a las necesidades sociales; incidiendo en la interacción de las personas para lograr una contribución identificable y significativa entre autonomía personal e integración comunitaria y aspirando a una legitimación pública o social. La CVRS fue estimada mediante el cuestionario SF-12 en tres cortes temporales: (1) antes de la intervención psicosocial, (2) al cabo de 2 meses después de la misma, y (3) 2 años después. El SF-12 valora 8 dimensiones de la CVRS: función física-rol físico-dolor corporal (componente sumarial físico-CSF); salud general; vitalidad; función social-rol emocional-salud mental (componente sumarial mental-CSM). Se realizó un análisis antes-después para conocer los cambios en la CVRS.

Resultados Conclusión: Completaron el estudio 29 mujeres, todas embarazadas y/o con hijos/hijas menores de 3 años, con factores de riesgo de exclusión social. Media de edad $29,45 \pm 7,59$ años. La salud física percibida (CSF) ascende de $39,77 \pm 8,45$ antes de la intervención a $48,98 \pm 7,48$ dos meses después de la intervención ($p < 0,01$). La salud mental percibida (CSM) pasa de $39,47 \pm 10,8$ a $47,98 \pm 9,2$ ($p < 0,01$), respectivamente. Comparando el CSF y el CSM a los 2 meses de la intervención y a los 2 años de la misma, se observa que el CSF pasa de $48,98 \pm 7,48$ a $46,83 \pm 8,51$ ($p = 0,1$) y el CSM pasa de $47,98 \pm 9,2$ a $45,46 \pm 9,1$ ($p = 0,3$). La intervención psicosocial presenta efectos positivos y beneficiosos en la población estudiada. Existen grandes cambios en las puntuaciones de los CSF y CSM de la CVRS antes y dos meses después de la intervención, y ese efecto se mantiene en el tiempo, ya que dos años después de la intervención, no existen diferencias significativas respecto a los valores de CVRS anteriores. La intervención mejora por lo tanto la CVRS y alivia la situación social en la que se encuentran estas mujeres. La intervención ayuda a las mujeres en situación de riesgo a realizar cambios en sí mismas, tanto remediativos como de desenvolvimiento, posibilitándoles tomar las mejores decisiones en torno a su vida.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 251

TÍTULO: EFECTIVIDAD DE LA SIMULACIÓN CLÍNICA PARA LA FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES: MARTÍN DELGADO, MARÍA CRUZ (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREJÓN); FERNANDEZ MAILLO, M.M. (INSTITUTO AVEDIS DONABEDIAN); MUÑOZ DE CABO, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREJÓN); RIESCO DE VEGA, L. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREJÓN); GONZALEZ GONZALEZ, E. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREJÓN); TRASMONTE, V. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREJÓN).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En la actualidad la simulación clínica no se ha orientado de forma específica al desarrollo de competencias en seguridad del paciente (SP). Aunque algunos de los escenarios y experiencias clínicas simuladas abordan de forma tangencial la seguridad clínica, no se han diseñado de forma específica en dicho ámbito, y están más dirigidas al aprendizaje de competencias y habilidades en los procesos clínicos.

Objetivos: Analizar la efectividad de la simulación clínica en el entrenamiento de competencias relacionadas con la SP y la satisfacción de los profesionales participantes.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio pre y post-intervención. Se realizó un Taller de 8 horas en el Centro de Simulación Clínica Avanzada de la Universidad Francisco de Vitoria. Colaboraron 9 facilitadores.

Se evalúan los conocimientos en SP de 12 profesionales sanitarios (médicos-enfermeras) tras realizar 6 escenarios clínicos simulados diseñados para el entrenamiento específico en SP (higiene de manos, traspaso de información, listado de verificación quirúrgica, detección precoz de pacientes en riesgo, uso seguro del medicamento e información de un evento adverso). Se utilizaron escenarios de alta simulación y con actores. Los conocimientos fueron evaluados inmediatamente antes y después de la intervención a través de un cuestionario de 24 preguntas. Se utilizó la prueba de Wilcoxon para la comparación de las medias, con nivel de significación estadístico de $p < 0,05$.

Resultados Conclusión: Comparando con los resultados basales, la puntuación global mejoró de forma significativa en el test post-intervención ($p=0,016$; $p < 0,05$). La satisfacción de los profesionales participantes fue muy elevada

La simulación clínica, utilizando escenarios clínicos simulados específicos para el entrenamiento en SP puede ser efectiva para mejorar las competencias de profesionales sanitarios en esta nueva área de conocimiento.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 252

TÍTULO: HERRAMIENTAS CORPORATIVAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: RONDAS DE SEGURIDAD

AUTORES: ALGUACIL PAU, ANA ISABEL (HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS); MATA ROBLEDO, R. O. (HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS); ALVAREZ DE ARCAJA VICENTE, A. R. (HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS); SALTO GOMEZ, R. I. (HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS); ALVAREZ GOMEZ, S. U. (HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS); SANTIAGO SAEZ, A. N. (HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Las rondas de seguridad son una herramienta para la mejora de la cultura de la seguridad que involucra a los líderes con los profesionales asistenciales. Acercando a los directivos y los profesionales, hablan sobre los problemas de seguridad allí donde se producen, discuten las mejoras y perciben el apoyo de los directivos en una cultura de seguridad no punitiva. En 2013 se inicia un programa de rondas de seguridad que sustituya a otras herramientas más costosas y con menor rendimiento como el análisis causa-raíz

Objetivos: Mostrar a los clínicos el compromiso de los directivos
Articular la política de seguridad no punitiva para asegurar la notificación responsable
Identificar oportunidades de mejora basadas en los problemas identificados durante las rondas

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Al inicio del año se planifica un calendario de rondas conforme a los eventos más frecuentes, pactando con la Dirección un objetivo anual. En cada ronda se acuerda qué directivo acude ajustando su agenda a la fecha propuesta y no se reprograma. Se envía convocatoria a jefe de servicio, supervisor, la unidad funcional de riesgos (UFGR) y profesionales del servicio, detallando el problema, fecha y lugar (siempre en el servicio). Normalmente son dirigidas por los responsables de seguridad del servicio, que además levantan acta con los acuerdos, plazos y responsables. Se graban en video, asegurando la confidencialidad, especialmente si son datos de pacientes. Antes de terminar, se hace un resumen de los acuerdos y se establece un plazo para implantar las actuaciones y repetir la ronda de seguimiento. La UFGR analiza el impacto de las rondas evaluando: nº de rondas realizadas, nº de acciones de mejora identificadas e implementadas, porcentaje de incremento de notificación de incidentes, disminución en el riesgo/severidad de los eventos adversos notificados

Resultados Conclusión: En 2 años se han desarrollado 15 rondas de seguridad en 10 servicios (un 22% de los servicios del hospital), que acumulan el 80% de las notificaciones de eventos adversos: urgencias, farmacia, uci, neonatos, análisis clínicos, anatomía patológica, bloque quirúrgico, anestesia, endoscopia y unidades de hospitalización. Se han abordado 11 problemas de riesgo/severidad moderado. Solo en 2014 se han implantado 22 acciones de mejora, la mayoría de carácter organizativo y formativo, que no han requerido inversiones económicas. En el 80% de los casos se hizo una ronda de seguimiento para verificar la corrección del problema y salvo en dos problemas, en el resto desaparecieron las notificaciones de eventos adversos tras la implantación de las mejoras

La implementación de rondas de seguridad con directivos requiere de un compromiso explícito de la alta dirección por una política de seguridad no punitiva, así como de una cuidada planificación. Las herramientas más efectivas para reducir eventos adversos son las multifactoriales que mejoran la capacitación y la comunicación del equipo y que incluyen la participación de los directivos en las rondas de seguridad

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 253

TÍTULO: CREACION DE LA RED DE SOPORTE A LAS FAMILIAS CUIDADORAS DE TARRAGONA

AUTORES: GONZÁLEZ GARCÉS, ASSUMPTA (CAP TÀRRACO. ICS); TOMAS CASTILLO, I. (CAP TÀRRACO.); GONZÁLEZ GONZALO, S. (CAP SANT SALVADOR- ELS PALLARESOS); MORRO GRAU, A. (CAP JAUME I); DEL AMO BENITO, M. (CAP TÀRRACO); CARBONELL SANCHEZ, A. (CAP SAN PERE I SANT PAU).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En Plan Local de inclusión y cohesión social en 2011 se observaron diferentes dificultades de inclusión social en el ámbito de la salud:

1. Falta de apoyo y acompañamiento a personas enfermas con mayor vulnerabilidad (discapacidad física o psíquica) y sus familiares.
2. Falta de apoyo a las familias como unidad más cercana y figura básica en la atención y en los cuidados de las personas enfermas y / o dependientes

Objetivos: - Impulsar la creación de una red de apoyo a las familias cuidadoras.

- Trabajar con la comunidad centrándonos en las necesidades de la comunidad.
- Recoger todos los recursos de la comunidad
- Trabajo en red
- Sostenibilidad

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: En diciembre del 2014 se creó el primer grupo de trabajo donde se reunieron instituciones (Ayuntamiento de Tarragona), servicios (Atención primaria, servicios sociales, PADES, sociosanitarios, ...) y tejido social y ciudadanía (AFANOC, Cruz Roja, coordinadora de salud Mental, Aurora, Ampa de la ola, Asociación Parkinson, Asociación Alzheimer, Asociación Asperger, astafanias, EMAT, ...) de la ciudad de Tarragona.

Una vez plasmados los objetivos se crearon 3 grupos de trabajo:

- a. Grupo de Comunicación: Ha creado una guía con todos los recursos de la ciudad y se encarga de la difusión de esta.
- b. Grupo de Buena praxis/ Acompañamiento: Se encarga de hacer vínculo entre familias cuidadoras - servicios sanitarios - asociaciones- otros servicios.
- c. Grupo de Voluntarios: Creación de grupo de voluntarios que dará soporte a la red.

Resultados Conclusión: En Noviembre de este año y coincidiendo con el Día Nacional del Cuidador se presentará la Red en la ciudad de Tarragona en una jornada que durará todo el día y se iniciará su funcionamiento.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 254

TÍTULO: MONITORIZACION DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN EL PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE LA ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA

AUTORES: TOJO GONZALEZ, RAFAEL (HOSPITAL DE GIJON CABUEÑES); PEREIRA SANTIAGO, D. (HOSPITAL DE GIJON CABUEÑES); BARREIRO ALONSO, E. (HOSPITAL DE GIJON CABUEÑES); CURIESES LUENGO, M. (HOSPITAL DE GIJON CABUEÑES).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La ultrasonografía endoscópica combina visión endoscópica y ecografía. Es operador dependiente, requiere curva de aprendizaje. Es superior a las demás técnicas de imagen en determinar estadio T y N. La precisión diagnóstica de la USE con punción es superior a otras técnicas, además de coste-efectiva. La eficacia clínica de la técnica depende de la adecuación al patrón predefinido de calidad.

Objetivos: Análisis de la adecuación a los indicadores de calidad definidos en ultrasonografía endoscópica, durante el primer año del desarrollo de la técnica, y determinación de las intervenciones de mejora a incorporar a la rutina habitual.

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo sobre 179 exploraciones realizadas en el año 2014, determinando la adecuación a los indicadores de calidad definidos: Pre-procedimiento: Indicación documentada (>80%), indicación estandarizada (>90%), consentimiento informado documentado (>98%), exploración realizada por endosonografista experto (>98%). Intra-procedimiento: Descripción documentada de estructuras relevantes para la indicación (>98%), estadiaje de cánceres según AJCC/UICC (TNM) (marcador prioritario, >98%), descripción documentada de dimensiones, compromiso vascular, adenopatías, y extensión a distancia, en masas pancreáticas (>98%), descripción documentada de capa/s implicada/s en masas sub-epiteliales (>98%), obtención de muestra de tumor primario, y de alteraciones a distancia que condicionarán alteración del manejo del paciente (>98%), tasa de obtención de muestra adecuada en lesiones sólidas (>85%), tasa de diagnóstico de malignidad en pacientes con masas pancreáticas puncionadas (marcador prioritario, >70%), sensibilidad para la detección de malignidad en pacientes con masas pancreáticas puncionadas (marcador prioritario, >85%). Post-procedimiento: Documentación de eventos adversos tras punción (>98%), incidencia de eventos adversos tras punción (pancreatitis aguda, sangrado, perforación, infección) (marcador prioritario, pancreatitis aguda < 2%, sangrado clínicamente significativo < 1%, perforación < 0.5%).

Resultados. Conclusión: La tasa de diagnóstico de malignidad en masas pancreáticas en nuestra serie es del 81.9%, siendo la tasa deseable >70%, con una sensibilidad del 88%, siendo lo deseable >85%. La sensibilidad diagnóstica global es del 80.6%, considerándose buena por encima del 80%, con una tasa de obtención de muestra adecuada en lesiones sólidas del 90.3%, siendo lo deseable >85%. En cuanto a incidencia de eventos adversos, sólo ha ocurrido una perforación (0.55%, siendo lo deseable < 0.5%), ninguna pancreatitis, ni sangrado clínicamente significativo post-punción. En todas las exploraciones se describen las estructuras relevantes según indicación. Todos los estadiajes tumorales se realizan según el sistema TNM. En los parámetros restantes la tasa de adecuación a los estándares es del 100%.

Se determinan las siguientes intervenciones de mejora

1. Monitorización trimestral de la sensibilidad diagnóstica.
2. Presencia en sala de patólogo para incremento de la sensibilidad diagnóstica.
3. Promoción de la formación clínica y técnica.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 255

TÍTULO: INTEGRANDO, DEFINIENDO COMPETENCIAS, MEJORANDO LA EFICIENCIA Y LA ACCESIBILIDAD: LÍNEAS ASISTENCIALES

AUTORES: SANTIAGO GARCIA, CARMEN (AREA 2 DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Las Líneas de Continuidad Asistencial Son trayectorias clínicas para la mayor parte de pacientes con una determinada patología frecuente y con un curso clínico predecible que requiere la intervención de los dos niveles asistenciales, que garantizan la continuidad asistencial y donde quedan definidas entradas y salidas, la secuencia temporal de actividades y los indicadores de control de la misma.

Objetivos: 1. Facilitar el camino de los pacientes por el sistema sanitario.
2. Definir las actuaciones en cada nivel.
3. Coordinar los procedimientos y evitar ineficiencias.
4. Definir la secuencia y los tiempos de respuesta.
5. Elaborar indicadores.
6. Mejorar la relación coste-eficiencia de cada proceso.
7. Facilitar el registro en la HC electrónica (OMI/SELENE). Elaborar indicadores que permitan monitorizar

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Se seleccionan patologías que generan mayor número de derivaciones desde Atención Primaria al hospital y que su manejo puede ser compartido. Se decide priorizar: Diabetes Mellitus tipo 2; Disfunción Tiroidea, Asma Infantil, Hiperplasia Benigna de Próstata, Insuficiencia Cardíaca, Hombro doloroso, Lumbalgia, Gonalgia y Colelitiasis. fases: 1º Fase de preparación; 2º.- Fase de elaboración de documentos:

- Creación de los grupos de trabajo: Clínicos expertos (Facultativos y enfermero de Atención Primaria y del Hospital), y miembros del equipo directivo. Se mantuvieron diferentes reuniones definiendo los objetivos, requisitos, cronograma y de la metodología a seguir. Se facilitó la búsqueda de evidencia y bibliografía.

3º.- Fase de Análisis crítico: Discusión y Pilotaje: los documentos, se discutieron en los servicios y centros de salud y se dieron a revisores externos. A nivel informático, se facilitó la recogida de datos en los dos repositorios de Historias Clínicas de los niveles asistenciales, Selene para Atención Especializada y OMI-AP para Atención Primaria. Las LCA se pilotan en los Centros de Salud. Finalmente se concluye en un documento definitivo, maquetado, uniforme y registrado.

4º.- Fase de Difusión e Implantación: Ha sido variable y específica para cada LCA. Algunas se han presentado a todos los profesionales del área en distintas reuniones. Otras se han presentado en los centros de salud. Otras se presentarán en talleres. Se ha creado un circuito de cita con nuevas prestaciones tanto en OMI como Selene y se ha difundido a Atención Primaria.

5º.- Fase de definición, Evaluación y Monitorización de indicadores, que permitan monitorizar el proceso. Los indicadores están accesibles desde la intranet del hospital, a nivel de CIAS, zona de salud y global del área.

Resultados Conclusión: Se dispone de 9 LCA; documentos elaborados de forma consensuada y multidisciplinarios, que recogen el manejo del paciente en Atención Primaria y el hospital. Se dispone de Historias clínicas Informáticas Selene y OMI. Conocemos la Prevalencia real. Contamos con indicadores de monitorización

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 256

TÍTULO: COORDINACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIOSANITARIA, CONTINUIDAD ASISTENCIAL

AUTORES: PLAZA NOHALES, CARMEN (HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS); DODERO DE SOLANO, J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ); MARTINEZ PEROMINGO, J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS); GÓMEZ MARTIN, O. (HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA); VERGEL GUTIERREZ, A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS); FERNANDEZ TABERA, J. (HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La pirámide de población en España está evolucionando. Con el incremento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población, en 2050 la población española estará formada en un 35% por personas que superarán los 75 años de edad. Actualmente el 3% del total de la población asignada a los 4 hospitales públicos de idcsalud en la Comunidad de Madrid corresponde a pacientes institucionalizados en residencias, pacientes con enfermedades crónicas, pluripatología, polimedicados, con fragilidad y que requieren continuidad en los cuidados.

Objetivos: El objetivo diseñar un modelo de atención integrada sociosanitaria y coordinada a 3 niveles entre Hospital, Residencias y Centros de Salud, que garantice la continuidad asistencial y de cuidados con calidad, favoreciendo el acceso a los recursos hospitalarios, la interacción, mutuo aprendizaje y resolución coordinada entre profesionales sanitarios que participan en el proceso del paciente, independientemente de su domicilio.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se realizaron las siguientes medidas:

- Apertura historia clínica a profesionales sanitarios de centros de salud y residencias.
- Vías de Comunicación entre los profesionales: teléfono, correo y e-consulta a 25 especialistas, urgencias, enfermera enlace, unidades de enfermería y trabajo social
- Creación del Portal Profesional y Sociosanitario
- Geriatra como especialista referente y gestor junto con Enfermera de Enlace, coordinándose ambos en los 3 niveles asistenciales con otros profesionales tanto dentro del hospital, como con centros de salud y residencias.
- Comunicación en la pre-alta, para tratamiento a seguir y consensuar plan de cuidados. Informe enfermería al alta y detección necesidad de continuidad de cuidados.
- Videoconferencias. Telemedicina con consultas, sesiones conjuntas y discusión de casos. Servicios no presenciales
- Protocolos, procedimientos y unificación informes (gastrostomías, soporte nutricional, "Informe derivación a Urgencias enfermería")
- Reuniones y Jornadas Sociosanitarias conjuntas en Hospital, Centros Salud y Residencias.

Resultados Conclusión: Al abrirse vías de comunicación se ha conseguido que esta sea continua y diaria asegurando la continuidad asistencial. Contacto telefónico en la prealta. Informes de Enfermería al alta en 100%. El 60% del total de pacientes al alta que requieren continuidad de cuidados está institucionalizado. Técnicas o ingresos de forma programada. Telemedicina: Videoconferencias con Residencias semanales con consultas y discusión de casos. Reduciendo la atención de urgencias no programadas de pacientes institucionalizados, los traslados innecesarios y los reingresos. La implantación de un modelo de continuidad asistencial sociosanitaria integrando a todos los profesionales de forma coordinada en el proceso del paciente, mejora la comunicación, presta una atención con calidad, aumentando la seguridad y confianza de pacientes y de profesionales, permitiendo detectar y establecer nuevos planes de mejora en los tres niveles asistenciales.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 257

TÍTULO: CONTROL DE RATIOS Y OCUPACIÓN PARA MEJORAR LA EFICACIA DEL HOSPITAL

AUTORES: VENTURA FERNANDEZ, ANGEL (HOSPITAL SUR ALCORCON); LOPEZ MUÑOZ, J. J. (HOSPITAL SUR ALCORCON)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Para conocer el estado del hospital y carga asistencial de los distintos servicios. De forma que podamos dar una atención mas centralizada en aquellas plantas que estén más libres.

Objetivos: - Centralización de las camas en una sólo figura

- Conocer índices de ocupación
- Conocer índices de Actividad por servicios
- Conocer índices de ocupación y ratios paciente-enfermera por planta
- Disminuir las contrataciones derivando personal de los

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Para este trabajo se usaron tablas en excell que se rellenan con los datos obtenidos diariamente y por turno de nuestro sistema informático. Se mide:

- % de ingresos por turno
- Ocupación total del hospital por turno
- % Ocupación en UCI por turno
- % Ocupación UCI neonatal por turno
- Nº de Pacientes atendidos en urgencias por turno y su presión sobre los servicios al ingreso.

Del mismo modo, en las plantas de hospitalización se mide:

- % de ocupación y ratio enfermera-paciente por turno
- % de ocupación y ratio auxiliar-paciente por turno

En el área quirúrgica comenzamos a medir indices de actividad, que nos arrojan:

- % de pacientes que ingresan
- % pacientes que ingresan en CMA y son dados de alta en el mismo día
- % pacientes que son ambulantes
- % pacientes que son suspendidos y el motivo

Todo esto lo realizamos diariamente y por especialidades quirúrgicas.

Resultados Conclusión: Conseguimos saber el estado real del hospital por turno.

Adelantarnos ante posibles problemas futuros como sobrecarga de servicio, cobertura de bajas, todo esto conociendo el estado de ocupación del hospital

Conocer la actividad quirúrgica, de modo que sepamos que presión tenemos sobre las plantas
Conocer la actividad diaria de Urgencias, adelantándonos con coberturas ante indices de actividad altos

Gestionar los ingresos en funcion de las plantas con menor % de ocupación, no sobrecargando otras plantas

Se consigue una mejora en la perspectiva y satisfacción que tiene el paciente del hospital y evitar sobrecargas de servicios.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 259

TÍTULO: ANÁLISIS DE LA ENCUESTA DE CALIDAD PERCIBIDA: UNA HERRAMIENTA SENCILLA PARA LA MEJORA CONTINUA EN CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES: ALBERT DE LA CRUZ, PATRICIA (HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE); DE PABLO HERMIDA, A. M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE); HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, E. M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE); SÁINZ DE LOS TERREROS SOLER, L. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE); ESCOBAR LAVELA, J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE); ATIENZA RUIZ, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La satisfacción global con la atención recibida de familiares y pacientes en el ámbito hospitalario es alta. Sin embargo, esto no quiere decir que las necesidades de los pacientes o familiares estén completamente cubiertas. Realizar una encuesta en la que se valoren, además, otros aspectos de la atención a los familiares de pacientes ingresados en UCI, permite tener una valiosa herramienta de mejora continua. En mayo de 2010, se pone en marcha en nuestro servicio la encuesta de calidad percibida al alta. Hemos utilizado el análisis de sus resultados como guía para establecer planes de mejora.

Objetivos: Mejorar la calidad percibida de los familiares de los pacientes ingresados en UCI de forma continua y:

- Sistematizar la identificación de oportunidades de mejora relacionados con la calidad percibida de los familiares de los pacientes ingresados en la UCI.
- Reconocer los puntos débiles en nuestra actividad diaria.
- Realizar planes de mejora siguiendo el ciclo de mejora continua basado en Plan-Do-Check-Act.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: -Análisis periódico de una encuesta normalizada, anónima y voluntaria entregada al familiar al alta del paciente.

-Elaboración de plan de mejora con: cronograma, responsable, plazo e indicadores a monitorizar.

Resultados Conclusión: Se analizan 988 encuestas. La tasa de respuesta es del 81%. La atención global recibida en UCI es, para el 97% de familiares, satisfactoria o muy satisfactoria.

El análisis detallado y continuo de las encuestas permite encontrar posibilidades de mejora:

- Horario de visitas escaso o inadecuado.
- Ausencia de información a familiares entre las 19 h y las 13 h del día siguiente.
- Insatisfacción con la puntualidad en el inicio de la visita.
- Sala de espera mal adecuada.

Puesta en marcha de forma secuencial o simultánea de las siguientes medidas:

- Adecuación de la sala de espera e información a familiares.
- Llamada telefónica de la enfermera responsable al familiar identificado a las 8.30 h.
- Medidas encaminadas a disminuir las actividades sobre el paciente en el periodo previo a la visita.
- Aumento de los periodos de visita de la familia de 1 hora en horario de mañana y tarde a 3 horas en cada turno (UCI abierta).

Como consecuencia de estas medidas mejoran los siguientes indicadores:

- Aumento de la satisfacción con la sala de espera en 7 puntos (83%-90%) de forma estadísticamente significativa, y se ha mantenido por encima del 95% posteriormente.
- Satisfacción con la llamada de enfermería del 97%.
- Aumento de satisfacción con el número y duración de la visita de 7 (84%-92%) y 13 (82%-95%) puntos respectivamente.
- Disminución de la percepción negativa de la puntualidad en el inicio de la visita de 11 puntos (22%-11%).

CONCLUSIÓN: La encuesta de satisfacción a familiares de pacientes ingresados en UCI es un buen instrumento de mejora continua, no supone un gran consumo de recursos y es fácil de realizar, pero requiere un análisis constante para poder monitorizar los indicadores, detectar desviaciones y realizar acciones de mejora.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 260

TÍTULO: IMPLEMENTACIÓN DE UN ESTUDIO OBSERVACIONAL DE HIGIENE DE MANOS UTILIZANDO UNA APLICACIÓN INFORMÁTICA

AUTORES: SANTANA PEREZ, CARMEN ESMERALDA (OSI ALTO DEBA); MENDIZABAL LARRAÑAGA, M. (OSI ALTO DEBA); SECO MUÑOZ, C. (HARTMANN)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La higiene de manos es el método más sencillo y eficaz para evitar la transmisión de microorganismos y así minimizar las Infecciones relacionadas con la Atención Sanitaria (IRAS) que actualmente constituye un problema de seguridad del paciente a escala mundial. Tal y como afirma la campaña de la OMS "Una atención limpia es una atención más segura" y su estrategia multimodal junto a la observación de la higiene de manos sostenida en el tiempo y el feedback inmediato es clave para promover el cumplimiento. Nos permite:

- Información sobre los resultados de las mediciones a todos aquellos que deben modificar su comportamiento.
- Determinar los elementos o factores que es preciso mejorar.
- Realizar un seguimiento comparando los resultados de diferentes mediciones a lo largo del tiempo.
- Poner de manifiesto las mejoras conseguidas como resultado de los esfuerzos de promoción
- La observación directa es el mejor método cuando lo que se quiere medir es el cumplimiento.
- Formación y entrenamiento para identificar y distinguir las indicaciones de la higiene de manos durante la atención sanitaria.
- Comparabilidad con otros centros

Objetivos: • Conocer si los profesionales sanitarios realizan una adecuada higiene de las manos en los momentos en que está indicada.

- Saber qué productos se utilizan, el uso de los guantes, y si la técnica de higiene de las manos es correcta.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El estudio es realizado por observadores entrenados que registran las observaciones en un formulario estandarizado de la OMS utilizando una aplicación informática, durante la atención sanitaria sin interferir con el trabajo y asegurando la confidencialidad de los profesionales sanitarios.

Esta aplicación está basada en el formulario observacional de la OMS, adaptado a una Tablet. Los datos se recogen durante la observación y posteriormente son enviados de forma automática a una plataforma web para su análisis. Esta plataforma nos facilita y agiliza la observación, además nos permite medir el cumplimiento de la higiene de manos de los profesionales de una manera rápida sin la carga de trabajo que supone un método de monitorización manual, haciendo comparativas generales, anuales y entre servicios e incluso permite comparar datos de cumplimiento con otros centros.

Resultados Conclusión: Con la observación directa logramos una mayor seguridad para el paciente y el profesional. Estudios realizados en varios países han demostrado que la observación sostenida en el tiempo contribuye al incremento del cumplimiento en higiene de manos. Mejora la técnica de higiene de manos mediante feedback inmediato

De la información obtenida tanto cualitativa como cuantitativa valoramos el comportamiento del profesional y los factores organizacionales que pueden estar influyendo en el cumplimiento generando un análisis completo. Por medio de este sistema nuestra organización ha mejorado los porcentajes de cumplimiento respecto a años anteriores, con un incremento de un 10% en las oportunidades observadas (5 momentos de la OMS).

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 263

TÍTULO: CONTINUIDAD O DISCONTINUIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON DOLOR: PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: DÍAZ REDONDO, ALICIA (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN); ALMENA MARJALIZO, M. (FACULTAD DE MEDICINA - UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID - HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN); CIMAS BALLESTEROS, M. (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III); PUENTE GONZÁLEZ, D. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN); GRANDE ARNESTO, M. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN); PLA MESTRE, R. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El dolor es un importante problema de salud pública por su elevada prevalencia (25% en adultos) y su repercusión en la calidad de vida de los pacientes. La continuidad entre niveles asistenciales es esencial en el manejo del dolor, pero no está exenta de dificultades y apriorismos entre ambas partes. El Comité del Dolor del Hospital se planteó recoger la opinión de los profesionales de Atención Primaria de su área de referencia sobre necesidades organizativas y recursos como paso previo al desarrollo de un plan de mejora en la atención al dolor.

Objetivos: General: Evaluar la percepción de los profesionales de AP sobre la continuidad asistencial en el manejo de los pacientes con dolor en el área asistencial de referencia de un hospital de tercer nivel.

Secundarios: Explorar la comunicación y accesibilidad entre niveles, las necesidades formativas y los recursos necesarios para optimizar la asistencia de los pacientes con dolor, así como la información transmitida a éstos.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Diseño: Estudio descriptivo transversal
Herramienta: Encuesta ad hoc, dirigida a médicos de AP (MAP) de 11 Centros de Salud del área de referencia. La encuesta, alojada en una plataforma on line (Survey Monkey®), se distribuyó en cascada a través de los coordinadores de cada Centro. Constaba de 19 ítems y 2 preguntas abiertas. El pilotaje para validar la exhaustividad y facilidad de comprensión, se aplicó a 10 profesionales.

Resultados Conclusión: La tasa de respuesta fue del 24.8%, la edad media de los profesionales que respondieron fue de 49.3 años (DE: 7); el 88% contaba con más de 10 años de experiencia y el 75% eran mujeres. El 38.6% de los encuestados valoró su formación en el manejo del dolor como muy buena o buena, pero de forma abierta expresaban su necesidad de profundizar en terapias emergentes y manejo de opiáceos. El 75% afirmaron que más de la mitad de sus pacientes demandan asistencia por dolor, sólo el 25 % de éstos son derivados a AE. El 30% de los profesionales nunca o casi nunca evalúa el dolor mediante escalas validadas. Para el 91% el MAP debe ser el principal referente en la atención del paciente con dolor. El 43.2% de los encuestados no siempre está de acuerdo con del tratamiento pautado por AE. El 38% opinan que los pacientes que vienen del hospital, casi nunca acuden bien informados sobre los tratamientos para el dolor. La comunicación entre niveles es mal valorada, excepto con el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (8,3/10) y la Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalaria (5/10). Los recursos considerados más útiles para garantizar el adecuado manejo del dolor fueron los protocolos y guías de práctica clínica, seguidos de la figura del consultor de AE.

A la luz de los resultados, resulta prioritario elaborar un plan de mejora para establecer vías de comunicación efectiva entre niveles. Asimismo la elaboración de protocolos y guías de práctica clínica para el manejo del dolor podrían contribuir a la mejora de la continuidad asistencial en el manejo de los pacientes con dolor.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 264

TÍTULO: IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DEL PACIENTE: 'TENEMOS EL BRAZALETE, ¿ LO USAMOS?

AUTORES: REVUELTA ARROYO, ROSA ANA (HOSPITAL COMARCAL SIERRANA); BRUGOS LLAMAZARES, V. (HOSPITAL COMARCAL SIERRANA); RODRIGUEZ GARCIA, J. (HOSPITAL COMARCAL SIERRANA); FERNANDEZ NUÑEZ, M. L. (HOSPITAL COMARCAL SIERRANA); GONZALEZ MARTINEZ, O. M. (HOSPITAL COMARCAL SIERRANA); LOPEZ MAZA, R. (HOSPITAL COMARCAL SIERRANA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La identificación incorrecta de pacientes causa importantes complicaciones durante la asistencia sanitaria. La correcta identificación mediante el brazalete sigue siendo un desafío para los centros asistenciales, ya que si bien casi el 100% de los pacientes atendidos lo tiene colocado, su uso por los profesionales durante procedimientos críticos es mejorable.

Objetivos: Conocer el grado de cumplimiento por los profesionales del procedimiento de identificación en actividades críticas.
Explorar la percepción sobre el uso del brazalete en pacientes y profesionales.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio transversal en unidades de hospitalización del 27/10/14 al 9/11/14. Recogida de datos mediante 2 cuestionarios de cuatro y ocho preguntas respectivamente (Escala tipo Likert: nunca, casi nunca/siempre, casi siempre), sobre la realización de la identificación por parte de los profesionales en procedimientos críticos y la percepción de los pacientes. Recogida: buzones en controles de enfermería.
Se valoró el grado de concordancia para extracción de muestras, administración de medicación, transfusiones, traslados e intervenciones con el índice Kappa.

Resultados Conclusión: Resultados:

143 encuestas (49,3% pacientes, 50,4% profesionales).

Pacientes: 71 (56,3% mujeres), edad media: 63,8 años, desviación estándar (DE): 8,6. Estancia media: 7,1 días (DE: 10,1).

Uso del brazalete (porcentaje de respuestas siempre/casi siempre de entre los pacientes en los que se realizó cada procedimiento): Extracción: 56,7% de 60. Medicación: 49,3% de 69. Transfusión: 85,7% de 7. Traslado: al 50% de 38. Intervención: al 46,4% de 28.

Profesionales: 72 (84,7% mujeres). Edad media: 44 años (DE: 8,1). Facultativos 13,9%. Enfermería 48,6%. Auxiliares 23,6%. Celador 9,7%. Otros 4,2%.

Uso del brazalete (porcentaje de respuestas siempre/casi siempre de entre los profesionales que practicaron cada uno de los procedimientos): Petición de pruebas: el 78,7% de 46. Extracción: el 90,5% de 41 Medicación: el 73,8 % de Transfusión: el 91,6% de 35. Traslado: el 67,5% de 39. Pruebas diagnósticas: 66,7% de 32. Procedimientos invasivos: el 80,0% de 39. Intervención: el 90,4% de 20 de éxitos: el 76,1% de 47.

Grado de concordancia entre la percepción de pacientes y profesionales en el uso del brazalete para cada procedimiento (Índice Kappa): Moderada: Transfusión: 0,59. Muy baja: Extracción: - 0,20; Medicación: 0,13; Traslado: - 0,03; Operación: - 0,17.

Conclusiones:

La percepción de los pacientes sobre el uso del brazalete es menor en intervenciones y administración de la medicación.

El uso por los profesionales es menor en traslados y pruebas diagnósticas.

Pacientes y profesionales tienen poca coincidencia en su percepción sobre el uso del brazalete en todos los procedimientos excepto en el de transfusión.

Hay que continuar formando y concienciando en la importancia del uso del brazalete.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 265

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE LISTAS DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD EN UNA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA

AUTORES: DÍAZ REDONDO, ALICIA (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN); ARRIAGA REDONDO, M. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN); RODRÍGUEZ SÁNCHEZ DE LA BLANCA, A. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN); SANZ LÓPEZ, E. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN); COLLADOS GÓMEZ, L. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: A pesar de que las unidades de neonatología son ámbitos de trabajo complejos, son pocos los autores que han estudiado los riesgos para el paciente neonatal derivados de la actividad asistencial sanitaria. El seguimiento de protocolos establecidos y la comprobación mediante listas de verificación pueden resultar medidas útiles para mejorar la seguridad de nuestros pacientes.

Objetivos: Evaluar la utilidad de la implantación en la práctica clínica diaria de una lista de verificación de seguridad para la detección de incidentes y prevención de potenciales eventos adversos.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio prospectivo cuasiexperimental pre post tras el desarrollo de un Plan de Seguridad en el Servicio de Neonatología de un Hospital de nivel IIIC

Elaboración de una lista de verificación de seguridad ad hoc. Sesiones formativas a todo el personal del servicio (médicos, enfermeros y auxiliares). Implantación del uso de la lista de verificación de seguridad: realizada conjuntamente por medico y enfermera responsables del paciente a pie de cama, 3 veces al día, coincidiendo con los turnos, en pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos de neonatología (UCIN) y una vez al día en pacientes de planta de hospitalización (cuidados intermedios). Valorando ítems relacionados con identificación del paciente, medicación, asistencia respiratoria, vías, nutrición enteral, sondas vesical y de alimentación y presencia de escaras.

Resultados Conclusión: Área de cuidados intermedios: Listas de verificación aplicadas: 467. Incidentes detectados: 18 (número medio de listas a realizar para detectar 1 incidente: 25,9). Distribuidos según el principal factor asociado:

Tipo de incidentes	Número	%
Medicación	12	(66,7%)
Escara nasal	1	(5,6%)
Vía venosa periférica	3	(16,6%)
Identificación	2	(11,1%)

UCIN: Listas de verificación realizadas: 1318 Incidentes detectados: 274 (número medio de listas a realizar para detectar 1 incidente: 4,8).

Distribuidos según el principal factor asociado:

Tipo de incidente	Número	%
Medicación	115	(42%)
Alarmas	52	(19%)
Vía venosa periférica	18	(7%)
Úlceras nasales	11	(4%)
Úlceras otra localización	12	(4%)
Humidificador	13	(5%)
Tubo endotraqueal	8	(3%)
Identificación	7	(3%)
Vía central	13	(5%)
Respirador	6	(2%)
Ventilación no invasiva	9	(3%)
Otros	10	(3%)

A la luz de estos resultados, podemos decir que el uso rutinario de listas de verificación constituye una herramienta útil en una unidad neonatal, permitiendo detectar y tratar incidentes de seguridad.

La mayor utilidad de esta herramienta se ha visto en la UCIN, donde por cada 4,8 listas realizadas se ha detectado 1 incidente de media, frente a 25,9 listas que es necesario realizar en cuidados medios para detectar 1 incidente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 266

TÍTULO: REDISEÑO DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA TRAS LA ESCUCHA ACTIVA DE LOS PROFESIONALES

AUTORES: DÍAZ REDONDO, ALICIA (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN); CHALCO DORREGO, J. P. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN); MIGUEZ SANTIYÁN, A. (HOSPITAL DR. PESET VALENCIA); DE MIGUEL GUIJARRO, A. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN); NIETO PEREDA, B. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN); VIGIL ESCRIBANO, D. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Tras la recomendación de la OMS en 2008 de implantar un listado de seguridad quirúrgica, y con apoyo de la evidencia científica, las distintas organizaciones han tratado de adaptar este listado a sus necesidades. En nuestro hospital, tras la notificación de varios incidentes de seguridad, que un buen uso del listado habría podido evitar, se decidió consultar a los distintos profesionales directamente implicados en su cumplimiento, para desarrollar un plan de mejora de su aplicación.

Objetivos: Implicar al personal del área quirúrgica, enfermeros, cirujanos y anestesiólogos, en el rediseño del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ), de manera que mejore su correcta aplicación.

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Se aplicó un cuestionario autoadministrado y anonimizado con 19 preguntas, 1 de ellas abierta, a la población de cirujanos (223), anestesiólogos (93) y enfermeras del área quirúrgica (164). La encuesta fue realizada ad hoc por el grupo de trabajo multidisciplinar constituido a tal efecto. Recogía variables sociodemográficas, categoría profesional, grado de cumplimentación, satisfacción y utilidad del LVQ, así como sugerencias de mejora. La encuesta se distribuyó a los participantes por correo institucional para su cumplimentación online, a través de la plataforma SurveyMonkey®, así como el documento en papel, como opción a enviarlas por correo interno. Tras su depuración, se procedió al análisis descriptivo de los datos. También se realizó el análisis cualitativo de las respuestas recogidas a través de la pregunta abierta.

Resultados. Conclusión: La tasa de respuesta fue de un 29,8%. Un 66,7% fueron mujeres y un 33,3% varones. Por categoría profesional, enfermeros 51%, cirujanos 33,6% y anestesiólogos 15,4%. La valoración global media de la utilidad del LVQ fue de 7,8 sobre 10, sin diferencias por experiencia profesional, sexo o categoría profesional. Un 97,2% de los encuestados refiere cumplimentar el LVQ siempre o casi siempre, pero, cuando se pregunta por cada una de las partes la parte previa a la inducción anestésica la cumplimenta el 91,6% siempre o casi siempre, la previa a la incisión cutánea el 41,3% y la parte previa a la salida del quirófano el 57,4%. Un 81,8% cree que el LVQ ayuda al equipo a identificar errores, y un 86,7% cree que es recomendable su uso. Casi la mitad de los profesionales (46%) ha observado directamente que su aplicación ha evitado algún error. Los profesionales recomendaron añadir ítems como: confirmar ayunas, retirada de prótesis, posición quirúrgica, añadir un apartado de observaciones. Varias personas expresaron la necesidad de que los 3 componentes del equipo quirúrgico estuvieran presentes durante su aplicación. A raíz de este análisis, se actualizó el formato del LVQ, en el que se recogieron las sugerencias y se realizó una campaña de difusión del mismo. En el futuro se analizará su cumplimentación, así como los incidentes de seguridad notificados, para evaluar el impacto de su rediseño en su correcta aplicación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 270

TÍTULO: CONSEGUIR LA ACREDITACIÓN DE CENTRO COMPROMETIDO CON LA EXCELENCIA EN CUIDADOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS

AUTORES: PÉREZ COMPANY, PILAR (HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL DE HEBRON); TIÑENA AMOROS, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL DE HEBRON); DAVIN DURBAN, I. (HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL DE HEBRON); FERNÁNDEZ GARCIA, S. (HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL DE HEBRON); MATEO MARIN, E. (HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL DE HEBRON); SANCLEMENTE BOLI, T. (HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL DE HEBRON).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Se consiguió la Acreditación de Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados por la Registered Nurses of Ontario. (RNAO), después de tres años de implantación de las guías: Prevención de las caídas y lesiones en personas mayores y Manejo y Cuidado de la Ostomía y un compromiso de sostenibilidad que comprende la implantación de nuevas guías y la expansión de las anteriores por dos años más, dentro del Programa Best Practice Spotlight Organización (BPSO). Con esta finalidad se han aplicado estrategias multimodales apoyadas por la evidencia, para soportar los cambios culturales y la mejora de los resultados.

Objetivos: Mostrar el impacto de las estrategias en los resultados

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Seis estrategias: Mantener una estructura organizativa, cercana al paciente, que soporte el funcionamiento del Programa BPSO. Fomentar el sentido de pertenencia, dar valor, dar visibilidad. Gestionar la mejora clínica. Participación, comunicación y difusión interna y externamente. Procurar el cambio cultural y aumentar el conocimiento. Feed-back con los resultados, generales y de impacto al paciente

Resultados Conclusión: 1. Participan 16 unidades / 512 profesionales. Red para la implantación: 2 coordinadoras, 18 implantadoras, 108 impulsores, con funciones específicas. 2. Identificación de Unidades BPSO con carteles, cinta colores BPSO porta identificación para los profesionales, 2 actos de apertura y finalización con la Directora de la RNAO, 2 entrevistas y 7 noticias en prensa, 4 actos generales. 3. Pacto de objetivos en los acuerdos de gestión, con incentivos. Un objetivo compartido con el servicio clínico, un objetivo grupal y uno individual. 5%, 10% y 17,5% del valor total de los incentivos. 98% de consecución. 4. 6 sesiones internas de información, 27 reuniones mensuales de la Red, 4 sesiones de trabajo con Jefes de Servicio. Comunicación: 3 recursos compartidos en el servidor interno, 2 Dropbox, 1 Skype. Participación ext.: 8 comunicaciones, 2 posters, 3 comunicaciones como grupo estatal. Difusión: 3 presentaciones a directivos de sanidad pública de Cataluña, 2 presentaciones a órganos políticos de gestión. 5. 3993 horas de formación, 3 meses de formación de acompañamiento, 66 sesiones de discusión de casos. 6. Cada 6 meses se publican todas las actividades, en los recursos y en posters. Cada 4 meses se publican los resultados de impacto en el paciente. Guía Prevención de caídas: Pacientes evaluados 2012-2014: 2223 de 77 años de media. Valoración riesgo de caída al ingreso: 83%/87,6%/90,40%. Fall Scale Stratify: 18,9% riesgo bajo; 23,4% moderado; 60,1% alto riesgo. Plan de prevención de caídas: 76%/85%/95%. Revaloración del riesgo de caída tras una caída: 47%/14%/ 59,10%. Caídas: 5%/ 5.1%/5.3%. Guía ostomía: Pacientes evaluados 208, 66,73 edad media. Evaluación preop: 100%/92,9%/85%. Evaluc. Postop: 100%/93,3%/96. Intervención educativa pre: 42,9%/49,3%/74,4%. Interv. Educ. Post: 92,9%/95%/95,7. Creemos que las estrategias han demostrado su eficacia en la obtención de los resultados

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 271

TÍTULO: NORMALIZACIÓN Y DIGITALIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EL HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

AUTORES: RODRÍGUEZ-OSORIO CAMPOS, MARGARITA (HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ); RUIZ MONSELL, M. J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ); GONZÁLEZ ARANDA, A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ); BLANCO RUBIO, A. (IDCSALUD-QUIRÓN); ALFARO CADENAS, L. (HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ);

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Ausencia, extravío, cumplimentación incompleta o errónea, información insuficiente... de los documentos de Consentimiento Informado (CI), así como falta de evidencias de la información facilitada a los pacientes, son causas numerosas de sentencias condenatorias a los hospitales.

Objetivos: Normalizar el registro de CI con los campos legales que deba contener. Revisar los contenidos de los documentos del CI con los profesionales pertinentes. Dotar a los sistemas de información de mecanismos que permitan establecer el Consentimiento Informado en formato con validez legal suficiente, y un sistema de almacenamiento digital que asocie estos documentos a la historia clínica del paciente.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Hasta ahora, el CI tenía soporte papel y obligaba a la recogida, digitalización y anexo a la Historia Clínica Electrónica (HCE) y a custodiar el documento original en el archivo físico, lo que suponía dedicación de recursos administrativos, riesgos de extravío o error en el indexado, dificultad de control y mantener archivos físicos.

Se opta por la firma biométrica para el paciente y el profesional, estableciéndose un circuito que garantice la información dada al paciente, su consentimiento o revocación una vez leído detenidamente.

Posteriormente, se han incorporado otros dispositivos (tablets) para la firma de los documentos de CI en diferentes lugares del Hospital: Urgencias, Radiodiagnóstico, Hospitalización...

Resultados Conclusión: Se han establecido indicadores de seguimiento y medición del proyecto por lo que, en base a los resultados, se detectan incidencias y se establecen las acciones de mejora o correctivas necesarias. Por ejemplo, no se valoró en su momento que, el avance tecnológico y la modernización de la medicina, daban lugar a la aparición de nuevos tratamientos con diferentes riesgos y complicaciones que requerirán la creación o adaptación de los consentimientos establecidos, lo que exige una revisión y actualización continua de los contenidos.

De 39 especialidades médicas, han sido recogidos 1185 Consentimientos Informados, de los que 917 ya han sido normalizados.

Como se puede observar en la tabla adjunta, comparando el primer cuatrimestre del 2014 con el del 2015, se produce una reducción de 7101 CI escaneados en el 2015.

	ene	feb	mar	abr
TOTAL CI 2014	4356	3841	3991	3848
TOTAL CI 2015	1945	2573	2099	2318

Con la implantación de este proyecto y la implicación de los profesionales en él, se puede asegurar que los CI se hallan completos y se encuentran disponibles en el sistema informático, que se ha producido una reducción de costes en sentencias condenatorias y una disminución de recursos administrativos, la ausencia de riesgo de extravío o error de indexado, ha mejorado el control del profesional y derecho del paciente y eliminación de archivos físicos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 272

TÍTULO: MÁS TIEMPO DE ENFERMERIA CERCA DEL PACIENTE

AUTORES: TUSQUELLAS OTO, CARME (FUNDACIÓ PRIVADA HOSPITAL-ASIL DE GRANOLLERS); RODRIGUEZ SADURNÍ, J. (FUNDACIÓ HOSPITAL ASIL DE GRANOLLERS); TOLOSA MUÑOZ, C. (FUNDACIÓ HOSPITAL ASIL DE GRANOLLERS); PEREZ GIMENEZ, G. (FUNDACIÓ HOSPITAL ASIL DE GRANOLLERS)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los profesionales de enfermería tienen múltiples interferencias en su día a día, así como actividades que no aportan valor añadido a su labor. Muchas de estas actividades hacen que la enfermera/ auxiliar no pueda estar cerca del enfermo todo el tiempo que sería óptimo. El hecho de ganar tiempo cerca del paciente está demostardao que incide positivamente sobre los resultados en salud del paciente (Nursing sensitive outcoms) y sobre la satisfacción del professional y del propio paciente.

Objetivos: 1. Incrementar el tiempo de atención de enfermería realizado en presencia del paciente.
2. Reducir el tiempo dedicado a tareas sin valor añadido a la actividad asistencial.
3. Rediseñar y estandarizar los procesos por tal de optimizar los tiempos de enfermería.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio pre y post intervención (en colaboración con el Instituto Avedis Donabedian)

Se hace una recogida basal de las actividades que realiza la enfermera, para evaluar el tiempo dedicado a tareas sin valor añadido y el tiempo realizado cerca del paciente.

Paralelamente se establece una formación on-line para todos los profesionales de la unidad sobre metodología Lean y proyectos de mejora.

Se hace un grupo focal con profesionales de la unidad para detectar barreras y facilitadores al cambio.

En base a los resultados, se establecen una serie de acciones de mejora dirigidas a incrementar el tiempo cerca del paciente y disminuir las tareas sin valor añadido.

Se hace otra recogida post-implantación para evaluar si ha habido mejora.

Resultados Conclusión: Los resultados pre implantación nos decían que las enfermeras pasaron un 54,65%de su jornada cerca del enfermo y las auxiliares un 64,86%. El tiempo sin valor añadido era de un 10,64% enfermeras y de un 9,01% auxiliares.

Tras la implantación, los resultados mejoraron sustancialmente. Las enfermeras pasaron cerca del enfermo el 65,6% de su tiempo y las auxiliares un 71,7%. El tiempo sin valor añadido se había reducido en las enfermeras a un 4,2% y en las auxiliares a un 4,4%.

El hecho de revisar los procesos e intentar optimizarlos siguiendo una metodología Lean, ha permitido ganar tiempo para que enfermería esté más cerca del paciente. Nos faltaría evaluar el impacto que estas mejoras han tenido tanto en la satisfacción del paciente y el professional como en los resultados en salud del propio paciente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 273

TÍTULO: VOLUNTARIADO, UNA ATENCIÓN MAS A NUESTROS PACIENTES

AUTORES: GARCIA DIAZ, MARIA DEL CARMEN (HOSPITAL PLATO); JOVER PRATS, A. (HOSPITAL PLATO); JOVER MORENO, A. (HOSPITAL PLATO); ESTELLES BARROT, M. (HOSPITAL PLATO); BARAHONA ORPINELL, M. (HOSPITAL PLATO); ABRIL BISBAL, L. (HOSPITAL PLATO).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Hospital Plató es un centro sanitario, ubicado en la ciudad de Barcelona. A lo largo de sus 90 años de historia, Hospital Plató ha ejercido el papel de hospital general básico en una doble vertiente: dando asistencia a la sanidad pública (en un 95% de su actividad), y llevando a cabo actividad en el mercado sanitario mutual y privado (en un 5%). Dentro del área de hospitalización de la unidad de rehabilitación, el personal asistencial detectó muchos pacientes que tenían poco soporte familiar, y se pensó en la necesidad de crear alguna figura de soporte para que estos pacientes se sintieran más acompañados durante el proceso de convalecencia.

Objetivos: Facilitar acompañamiento a pacientes que tienen poco soporte familiar y/ o social. Que el paciente pueda expresar y compartir sentimientos que aparecen durante el proceso de hospitalización.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: En 2007 el hospital Plató firmó un convenio de colaboración con la Asociación Española Contra el Cáncer para realizar un servicio de voluntariado a pacientes hospitalizados en la unidad de rehabilitación. Se acordó la visita de dos voluntarias 2 días a la semana con dedicación de dos horas para realizar este servicio. Desde la Unidad de Atención al Cliente y Trabajo Social se realiza en coordinación con enfermería de planta la selección de pacientes. Una vez detectados como tributarios de voluntariado se visita al paciente, se le presenta el servicio y se contacta telefónicamente con las voluntarias para informarles de los pacientes que tienen que visitar. También se realizan reuniones planificadas con las voluntarias y la coordinadora de voluntariado de la Asociación Española Contra el Cáncer.

Resultados Conclusión: Cada año se cuantifica el número de visitas realizadas por las voluntarias y el número de pacientes que se han beneficiado de este servicio. Desde Trabajo Social se hace seguimiento semanal con las voluntarias valorando aquellos aspectos más relevantes del acompañamiento. Tanto el paciente como el personal asistencial de la planta de hospitalización evalúan positivamente este servicio.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 274

TÍTULO: LA RECLAMACIÓN Y LA SUGERENCIA, UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA

AUTORES: BLASCO PAGES, ANA MARIA (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA); MARTOS GUERRERO, A. M. (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA); CARPENA HERNANDEZ, A. (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA); ASENSIO BLASCO, E. (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA); TRELIS NAVARRO, J. (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La Unidad de Atención al Ciudadano (UAC) recepciona todas las reclamaciones y sugerencias, realiza un análisis riguroso y propone las acciones a realizar que aprobará la dirección. También, da respuesta a los requerimientos del Servicio de Salud de nuestra comunidad autónoma.

Objetivos: Los objetivos de este trabajo son:

- Conocer el nivel de respuesta de las reclamaciones
- Verificar tiempo de respuesta dentro del período estipulado.
- Conocer las acciones de mejora que se han implementado en 2014.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se elabora, consensua y se implementa una clasificación del estado y tipo de resolución para las reclamaciones y sugerencias (resuelto, recurrente pendiente de corrección, esporádica notificada a los implicados, sin posibilidad de resolución por exigencia legal), que permite saber en que punto de resolución está y si son hechos incidentales o verdaderas áreas de mejora.

La UAC y la Dirección Asistencial del centro consensuan las respuestas para cada una de las reclamaciones/sugerencias, con las acciones inmediatas que se llevarán a cabo.

Resultados Conclusión: En 2014 se han presentado 136 reclamaciones. El 94,85 % de las reclamaciones se han respondido en el periodo de 15 días, con la siguiente distribución de motivos: Asistenciales: 23 (16,9%); Trato: 18 (13,2%) Información: 7 (5,1%); Organización: 61 (44,9%); Hotelaría/confort/instalaciones: 23 (16,9%); Documentación Médica: 4 (2,9%)

44 Sugerencias con la siguiente distribución de motivos:

Asistenciales: 0; Trato: 3 (6,8%); Información: 4 (9,1%); Organización: 10 (22,7%); Hotelaría/confort/instalaciones: 26 (59,1%); Documentación Médica: 1 (2,3%)

La resolución ha sido :

Resueltas: reclamaciones 80 (58,8%); sugerencias 18 (41%).

Recurrentes, pendiente de mejora: reclamaciones 13 (9,6%); sugerencias 3 (6,8%) (19,9%); sugerencias 14 (31,8%)

Sin posibilidad de resolución por exigencia legal: reclamaciones 9 (6,6%); sugerencias 6 (13,6%)

Derivación a otros organismos: reclamaciones 7 (5,1%); sugerencias 3 (6,8%)

Acciones de mejora 2014:

- Elaboración del Protocolo de Acogida al paciente en Consulta Externa.
- Cambio tipo infusor de tratamientos en Hospital de Día.
- Realización de las pruebas diagnósticas en el mismo centro.
- Adquisición de una nevera para utilización de familiares de pacientes hospitalizados.
- Adecuación del Plan de Señalización para personas con dificultad sensorial.
- Remodelación de espacios para el confort de pacientes y familiares.
- Adaptación de lavabos para minusválidos.
- Colocación de equipos de lectura de tarjetas sanitarias en todas las salas de espera.

Conclusiones

La reclamación/sugerencia aporta información de lo que hacemos, como lo hacemos, y el efecto de nuestras acciones en las personas que atendemos.

La reclamación/sugerencia es una oportunidad de mejora que revierte en la satisfacción de las personas que atendemos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 275

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO COORDINADO ENTRE PRIMARIA Y UROLOGÍA PARA LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA

AUTORES: LLORENTE FERNANDEZ, ELENA (GERENCIA ÁREA SANITARIA III DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS); RODRIGUEZ GARCÍA, L. C. (GERENCIA ÁREA SANITARIA III DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS); VALLINA BLANCO, J. J. (CENTRO DE SALUD LLANO PONTE); GARCIA SUAREZ, V. (CENTRO DE SALUD LA MAGDALENA); PEREZ GARCIA, F. J. (SERVICIO DE UROLOGÍA); MARTIN REBOLLO, J. C. (GESTIÓN DE PROYECTOS CORPORATIVOS).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La hipertrofia benigna de próstata (HBP) es la primera causa de consulta al urólogo. En nuestra Área Sanitaria, el manejo de estos pacientes ha sido centrado en el Servicio de Urología, con poca participación de Atención Primaria, lo que dificulta la accesibilidad de pacientes al urólogo. El conocimiento de los profesionales del primer nivel asistencial, apoyado por una actuación coordinada con los urólogos permitirá un mejor manejo de esta patología. Por ello, se rediseñó el proceso asistencial HBP, adecuando la intervención de los distintos profesionales a los recursos disponibles, en base a la evidencia científica disponible

Objetivos: Realizar la evaluación asistencial y económica tras un año de implantación del protocolo coordinado de manejo de la HBP, basado en el papel principal del médico de Atención Primaria, con apoyo del urólogo para el manejo de los pacientes con sintomatología grave, complicaciones o resistencia al tratamiento

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Se diseñó un estudio retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes que, durante el periodo 2014, acudieron al médico de Atención Primaria con sospecha de HBP y fueron manejados según el protocolo establecido. En función de la gravedad de los síntomas, el IPSS, PSA y/o volumen prostático fueron clasificados en 4 grupos (leve, moderado con tratamiento alfa-bloqueante, moderado con tratamiento combinado y grave). Sólo los pacientes graves o aquellos con complicaciones fueron derivados al urólogo. Para el análisis económico se elaboró un árbol de decisión basado en la comparación de la situación previa y del nuevo protocolo, construido mediante el programa informático TreeAge PRO 2014 (Inc, Williamstown, MA, USA)

Resultados Conclusión: Fueron incluidos un total de 298 pacientes, de los que 49 (16.4%) fueron diagnosticados de HBP grave y derivados al Servicio de Urología para su manejo, porcentaje muy inferior al observado en la situación previa, cuando se derivaban el 47% de los pacientes. El protocolo ha incrementado en número medio de consultas precisas por paciente, de 5 a 5.5, por incremento de las visitas al médico de Atención Primaria y disminución de las consultas a Urología. Esto ha permitido que el urólogo dedique más tiempo a patología grave y a cirugía, lo que se ha traducido en una disminución respecto al año anterior, de 64 a 60 días la demora media para intervención quirúrgica, y de 163 a 35 días la demora para una primera consulta, sin aumentar la demora en Atención Primaria. El coste medio por paciente manejado según protocolo es de 523€, comparado con los 627€ de tratarlos con las estrategia previa, lo que supone un ahorro anual estimado de 97744€, aproximadamente un 16.4% del coste total estimado para esta patología

En conclusión, el nuevo protocolo presenta ventajas para el paciente, ya que mejora la accesibilidad, para los profesionales, por su satisfacción por la coordinación asistencia y el trabajo en equipo, y para el sistema sanitario, ya que permite reducir costes sin perder calidad asistencial

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 276

TÍTULO: EVALUACION Y MEJORA DE LA PREPARACION DEL PACIENTE QUIRURGICO

AUTORES: LOZANO MARIN, JOSEFA (HOSPITAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER); SANCHEZ RODENAS, L. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER); MESEGUER MAGAÑA, M. (HOSPITAL QUIRON MURCIA); SALMERON GRACIA, A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER); NAVARRO VIUDES, F. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER); TERRY OSSET, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: SIGUIENDO LAS RECOMENDACIONES DE LA OMS CON LA LISTA DE VERIFICACION DE LOS REQUISITOS DEL PACIENTE QUIRURGICO ENCAMINADOS A GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA PRACTICA QUIRURGICA , EN NUESTRO HOSPITAL TRABAJAMOS CON UNA LISTA COMPUESTA DE 10 ITEMS LLAMADA PREPARACION DEL PACIENTE QUIRURGICO. LOS INCUMPLIMIENTOS DE LOS ITEMS DEL LISTADO DEL PACIENTE QUIRURGICO SON POCO FRECUENTES PERO NO SON EVENTOS RAROS.

Objetivos: VALORAR EL CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE PREPARACION DEL PACIENTE QUIRURGICO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA PROGRAMADA SIENDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE UNA REFERENCIA EN LA PRACTICA SANITARIA DIARIA

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 50 PACIENTES CON UNA EDAD MEDIA 51,4 AÑOS (DE 14,1) 61,7% VARONES Y 39,3% MUJERES PROGRAMADOS PARA INTERVENCION QUIRURGICA. LISTA DE PREPARACION DEL PACIENTE QUIRURGICO: 1-EL PACIENTE APARECE EL PARTE DE LA PROGRAMACION 2- EL PACIENTE ESTA INFORMADO Y FIRMADO EL CONSENTIMIENTO 3- LA HISTORIA CLINICA Y EL PREOPERATORIO ESTA EN ORDEN Y COMPLETO 4- EL PACIENTE ESTA EN AYUNAS 5- EL PACIENTE NO LLEVA JOYAS 6- EL PACIENTE NO LLEVA PROTESIS 7- EL PACIENTE NO LLEVA ROPA 8- LA HIGIENE DEL PACIENTE SE HA REALIZADO SEGUN PROTOCOLO 9- EL CAMPO QUIRURGICO SE HA PREPARADO SEGUN PROTOCOLO 10- SE HA ADMINISTRADO LA MEDICACION PRESCRITA

Resultados Conclusión: EN NUESTRO TRABAJO LOS INCUMPLIMIENTOS DE LOS ITEMS DEL LISTADO DEL PACIENTE QUIRURGICO SE CONSIDERAN INCIDENTES EVITABLES. EN GRAN PARTE SON EL RESULTADO DE UNA MALA COMUNICACION Y DE UNA INFORMACION NO DISPONIBLE O INCORRECTA. UNO DE LOS PRINCIPALES FACTORES QUE CONTRIBUYE AL ERROR SERIA UN GRADO DE AUTOMATIZACION DEL PERSONAL, VERIFICAR SIN PENSAR , EN LA FORMA DE ENCARAR LA RUTINA. LA IMPLANTACION DE DICHA LISTA EN NUESTRO HOSPITAL SE ASOCIA A UNA REDUCCION SIGNIFICATIVA DE EVENTOS ADVERSOS, CONSIDERANDOLA UN COMPONENTE ESENCIAL DE LA ATENCION QUIRURGICA, QUE GARANTIZA LA SEGURIDAD EN EL PREPARACION DEL PACIENTE QUIRURGICO DISMINUYENDO ASI LA POSIBILIDAD DE EVENTOS ADVERSOS POR VARIABILIDAD EN LA PRACTICA CLINICA, OLVIDO DE PASOS ESENCIALES, ERRORES EN LA IDENTIFICACION DEL PACIENTE O CIRUGIA, FOMENTANDO ASI UNA MEJOR COMUNICACION Y TRABAJO EN EQUIPO ENTRE LOS ACTORES INTEGRANTES DEL BLOQUE QUIRURGICO.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 277

TÍTULO: EXPERIENCIA EN LA GESTIÓN DE CAMAS: "ANTES DE ENTRAR DEJEN SALIR"

AUTORES: GARCIA GUERRERO, M^aANGELES (HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS); MARTI-BELDA TORRES, J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La "gestión de camas" es un aspecto constante de preocupación de los equipos directivos; requiere emplear mucho tiempo para conciliar la actividad del hospital, por lo que puede convertirse en motivo de fricción entre los profesionales que gestionan ingresos y altas. Desde la Dirección del centro se detectó que todas las altas se iban por la tarde, lo que implicaba un aumento de la estancia en urgencias, así como una demora en los ingresos programados. Se crea el puesto de coordinación de gestión de camas para coordinar altas e ingresos de los pacientes.

Objetivos: El objetivo principal del proyecto es establecer una mejora en la coordinación de la gestión de altas e ingresos, y reducir la estancia de los pacientes en urgencias y reanimación, es decir, coordinar con todos los profesionales la agilización de ingresos y altas del hospital. Con ello obtenemos varios resultados:

Reducción del número de pacientes con eventos adversos; Aumento de las altas hospitalarias antes de la 12h; Reducción de la estancia en urgencias de los pacientes que deben ingresar; Optimizar la unidad de Reanimación disminuyendo el tiempo de espera del paciente pendiente de ingreso; Mejora de la vivencia del paciente, la familia y de los profesionales como resultado de la mejora de la coordinación.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Funciones Coordinadora de Gestión de Camas:

- Conocimiento diario de las prealtas del día siguiente, e incidir a los facultativos la importancia de indicar diariamente en el cuadro de mandos las previsiones de alta.
- Reunión diaria con el equipo directivo para analizar la situación del Hospital y priorizar los ingresos de los servicios.
- Cerciorarse que la petición de ambulancia este cursada en caso necesario.
- Informar a la familia desde el ingreso, de la necesidad de abandonar el hospital el día del alta por la mañana.
- Avisar al servicio de limpieza.
- Coordinar el ingreso de los pacientes con el equipo multidisciplinar.

Acciones derivadas: Reforzar al personal de limpieza para la priorización de las altas. Definición de una Auxiliar por unidad como responsable de las habitaciones de alta. Coordinar el ingreso de los pacientes en espera de cama con los diferentes servicios. Entrega temprana del informe de alta. Valoración y petición de ambulancias antes de las 12h.

Análisis de situación de gestión de camas a través de indicadores de altas, ingresos y tiempo de espera de los pacientes en adjudicarles una habitación. Desde la implantación de la coordinación de la gestión de camas en Julio 2014 se realiza una reunión mensual con todas las Supervisoras, para analizar los indicadores y proponer áreas de mejoras.

Resultados Conclusión: En 6 meses se consigue aumentar el 20% de las altas en turno de mañana, lo que supone una disminución en el tiempo de ingresos de 24h a 12h de máximo. Con respecto a la satisfacción de los pacientes el NPS (Net Promoter Score) ha aumentado de 71% a un 73%. Concluimos que este proceso permite a la organización satisfacer las necesidades de pacientes, profesionales y mayor eficiencia en la gestión de camas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 278

TÍTULO: DIAGRAMA DE FLUJO PARA LA DETECCIÓN Y MANEJO DE LA DESNUTRICIÓN EN UN HOSPITAL DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA

AUTORES: MARTÍNEZ ASENSI, A. (HOSPITAL DR MOLINER); MERINO PLAZA, M. J. (HOSPITAL DR MOLINER); ALCALÁ DEL OLMO OLEA, E. (HOSPITAL DR MOLINER); TENLLADO DOBLAS, P. (HOSPITAL DR MOLINER); CABO ARNAL, V. (HOSPITAL DR MOLINER); ROCA CASTELLÓ, M. R. (HOSPITAL DR MOLINER).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La desnutrición (DN) en el paciente anciano es muy prevalente pero en muchos casos, ignorada e infratratada.

La valoración nutricional disminuye los riesgos secundarios a la DN preexistente en nuestros pacientes, pues se tratan de forma precoz situaciones de riesgo y permite reorientar el trabajo hacia donde es más necesario.

Para difundir la actividad realizada en la Unidad de Nutrición del Hospital se ha elaborado un diagrama de flujo para que de manera clara y concisa podamos generar conocimientos entre los profesionales del centro para que conozcan los parámetros empleados en la detección de la desnutrición, la intervención y el posterior seguimiento de la patología.

Objetivos: •Dar a conocer la importancia de la evaluación nutricional en el perfil de pacientes atendidos en nuestro hospital.

- Unificar criterios de actuación tanto del personal médico como enfermero en la detección de la desnutrición en el paciente hospitalizado.
- Proporcionar herramientas al personal para que sepa evaluar los distintos parámetros en que se basa la intervención nutricional.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: •Estudio observacional descriptivo realizado a 56 pacientes ingresados en el centro en 2014.

@Variables:

-Explicativas: Edad, sexo, CONUT, índice de masa corporal (IMC), pliegue tricípital del brazo (PTC), % pérdida de peso, % de grasa corporal total (%GCT), circunferencia muscular del brazo (CMB), transferrina, prealbúmina.

-Variables respuesta:

*Tipo de desnutrición

*Grado de desnutrición

@El tratamiento estadístico se hizo con SPSS.

- Difusión de los resultados obtenidos para concienciar al personal sobre la importancia de la valoración nutricional.
- Elaboración de un diagrama de flujo para la detección de la desnutrición en el paciente hospitalizado.

Resultados Conclusión: •Con la Valoración Nutricional Completa realizada a estos 56 pacientes, la prevalencia de desnutrición (DN) detectada al ingreso es del 55,4%, con un 8,9% de DN leve, un 30,4% de DN moderada y un 16,1% de DN severa (44,6% de pacientes normonutridos, 1,8% con DN calórica, 23,2% con DN mixta y 30,4% con DN proteica).

•Los valores al alta fueron del 46,4% de pacientes con DN, con un 26,8% de DN leve, un 8,9% de DN moderada y un 10,7% de DN severa (53,6% de pacientes normonutridos, 3,6% con DN calórica, 12,5% con DN mixta y 30,4% con DN proteica).

•La intervención nutricional reduce la prevalencia y la severidad de la DN.

La difusión del diagrama de flujo nos ha permitido unificar modos de actuación ante un proceso complejo como es la desnutrición.

También nos ha ayudado a instruir de forma clara y concisa al personal rotatorio del hospital y con poca experiencia.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 280

TÍTULO: ESTRATEGIAS DE MEJORA EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO PARA ADECUACIÓN DE SOLICITUDES DE TC DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: RAMOS ALCALÁ, AIDA (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA); MARTÍNEZ ENCARNACIÓN, L. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA); PENA FERNÁNDEZ, I. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA); SERRANO VELASCO, L. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA); PÉREZ ZUZA, S. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA); SEGURA PÉREZ, D. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Aumento de solicitudes de TC desde Atención Primaria (AP) y derivación a centros concertados
Quejas de pacientes por retraso en la cita y realización de la prueba

Objetivos: Mejorar la eficiencia y rendimiento interno del Servicio de Radiodiagnóstico (RX). Trabajar en la adecuación y justificación de peticiones. Reducir la derivación a concertados. Mejorar la accesibilidad a los pacientes reduciendo tiempos de espera. Mejorar la accesibilidad a los clínicos a la interconsulta Rx y a imágenes e informes desde cualquier ámbito del área

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El área de salud cuenta con 2 hospitales y 16 centros de salud. El servicio de Rx dispone de 3 equipos TC de alta gama. Se evaluaron los datos de cierre de 2013:

- Pacientes en espera estructural: 435
- Tiempo medio de espera: 59,06
- Pacientes en espera estructural sin fecha asignada: 433
- Actividad realizada en el propio centro: 16.733
- Actividad derivada a centro concertado: 276
- Solicitudes desde AP: 931

Se realizó un análisis de datos de la situación de partida. Se adoptaron medidas correctoras que se inician en el segundo trimestre de 2014. Se incidió tanto en las entradas como salidas:

1. Elaboración conjunta de protocolos Rx-AP de indicación de TC en las patologías más frecuentes
2. Énfasis en la labor del radiólogo en la justificación y adecuación de las pruebas
3. Creación de la figura del radiólogo consultor
4. Información detallada a coordinadores médicos de las peticiones por centro y facultativo con envíos periódicos y comparativos
5. Ajustes en el rendimiento por radiólogo/técnico/sala
6. Mejora en el circuito administrativo con centralización y aumento de la plantilla
7. Mejora en los sistemas de registro de la historia clínica. Se facilitó que el aplicativo ante nueva solicitud de prueba, obligue a consultar la previa

Resultados Conclusión: Datos de cierre de 2014:

- Pacientes en espera estructural: 104. Reducción 76%
- Tiempo medio de espera: 57- Reducción 2 días. A cierre de año no hubo pacientes con espera de más de 30 días. Previos 63
- Pacientes en espera estructural sin fecha: 97. Reducción 77%
- Actividad realizada en el centro: 17.472. Aumento de 4%
- Actividad derivada: 444. Cifra de Enero a Abril. Tras las medidas, la reducción fue significativa, actualmente inexistente)
- Solicitudes AP: 632. Disminución 32%

En la actualidad se disponen de: -10 protocolos de TC

- Circuito de revisión y protocolización de las solicitudes por los radiólogos
- Circuito de revisión de fecha de indicación según cita médica por los administrativos
- Radiólogo consultor con comunicación directa con AP.
- Acceso a pruebas desde todos los ámbitos y alerta informática de las ya realizadas

Conclusiones

- La protocolización, revisión de peticiones y radiólogo consultor, han sido eficaces en la reducción de solicitudes
- Los cambios en el circuito administrativo y rendimiento radiólogo/técnico/sala han permitido reducir la derivación
- Se ha mejorado la accesibilidad a los pacientes reduciendo los tiempos de espera
- La información a los profesionales es clave para implicarlos en la mejora

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 281

TÍTULO: PERCEPCIÓN SOBRE LA SEGURIDAD EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO: ASISTENCIAL VS MANDO INTERMEDIO

AUTORES: MOYA MIER, SUSANA (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA); LÁZARO OTERO, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA); COBO SÁNCHEZ, J. L. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA); GONZÁLEZ MENÉNDEZ, F. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA); GONZÁLEZ RENEDO, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA); GONZÁLEZ SETIÉN, P. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Debido a la importancia de la seguridad del paciente adquirida en los últimos años, establecer y evaluar unos criterios de calidad que garanticen unos cuidados seguros es fundamental. Dentro de estos criterios, tal como establece el modelo Séneca 100, se encuentra la evaluación de la percepción de los profesionales sanitarios, por verse implicados directamente. Debido a las diferencias de formación y competencias entre categorías profesionales, cabe esperar que la percepción de seguridad también varíe.

Objetivos: identificar si existen diferencias en la percepción de la seguridad en los cuidados del paciente hospitalizado según la categoría profesional: enfermera supervisora (ES), enfermera asistencial (EA), auxiliar de enfermería (AE).

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo transversal en una población de Enfermeras y Auxiliares de Enfermería de un hospital de tercer nivel con 872 camas. Se utilizó un cuestionario autoadministrado validado por el proyecto SÉNECA, que consta de 4 datos sociodemográficos y de 2 dimensiones principales: formación y seguridad; medidas con 19 ítems (escala tipo Likert) y 1 pregunta abierta. Para alcanzar a la mayor parte posible del universo a estudiar se utilizó un formulario electrónico anónimo que generaba una base de datos Excel, a partir de la cual se realizó un análisis descriptivo e inferencial.

Resultados Conclusión: la tasa de respuesta fue del 55,8 % (n=318): ES 9%, EA 58% y AE 33%. El grado de seguridad de los pacientes es calificado con una mediana de 7 (rango 6-8) sobre 10, sin diferencias entre categorías. Tampoco existen diferencias en cuanto a los accidentes laborales sufridos, ni en la percepción sobre el pacto de objetivos de seguridad, carga de trabajo, absentismo laboral, puesta en marcha de medidas correctoras cuando ha ocurrido un error, apoyo de la supervisión en temas de seguridad y existencia de sistemas de notificación de incidentes. Existen diferencias significativas entre supervisoras, enfermeras y auxiliares de enfermería en la percepción positiva del acceso a la formación (ES 83,3%, EA 34,2%, AE 30,8%, $p < 0,001$) e investigación (ES 76,7%, EA 40,2%, AE 53,8%, $p < 0,001$) en seguridad del paciente, la información (ES 66,7%, EA 23,9%, AE 29,8%, $p < 0,001$) y reconocimiento (ES 43,3%, EA 15,22%, AE 25%, $p=0,001$) en la consecución de objetivos de seguridad y la seguridad del entorno (ES 76,7%, EA 48,9%, AE 65,4%, $p=0,002$). La percepción de las supervisoras es más positiva que la de las enfermeras y auxiliares en relación a la formación e investigación en seguridad, la información y reconocimiento sobre la consecución de objetivos de seguridad y la seguridad del entorno. Las áreas de mejora identificadas son: difusión de la formación relacionada con la seguridad de los pacientes, establecimiento de canales de comunicación que permitan a todos los profesionales conocer los objetivos de seguridad, su consecución y reconocer su implicación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 282

TÍTULO: CAMBIOS ORGANIZATIVOS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

AUTORES: CONESA HERNANDEZ, ANDRES (COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA); CRUZADO QUEVEDO, J. (COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA); AYALA SANCHEZ, N. (COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA); GUTIERREZ GOMEZ, E. (COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA); SEDES ROMERO, J. (COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA); ALCANTARA ZAPATA, F. (COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La eficiencia de un sistema de urgencias y emergencias garantizan y definen la calidad de un servicio de salud. Es necesario, establecer modelos organizativos que ofrezcan mejores resultados y mayor satisfacción

Objetivos: En 2013 ante los resultados de los principales indicadores, se vio la necesidad de un cambio organizativo para realizar actuaciones de mejora.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se formo un grupo de trabajo con todos los estamentos, realizo la Normativa Funcional que supuso un cambio en la organización.

Se delimitan 3 áreas funcionales de trabajo (Verde, Amarilla y Roja) en función de la gravedad que presentan. Se crea la figura de un responsable de la guardia en urgencias. El triaje es realizado por Enfermería. A partir de este cambio se ha rediseñado el sistema de trabajo del servicio. Se ha trabajado en reclamaciones, ingresos, tiempos de asistencia, fugados, etc

Resultados Conclusión: RECLAMACIONES

El triaje y la distribución de facultativos, ha logrado que, en cambios de turno todos los pacientes han sido vistos. Hay disminución de reclamaciones por demora en asistencia en las patologías banales (Verdes). En 2014 se han recibido 177 reclamaciones, frente a las 259 y 264 de 2012 y 2013. NUMERO TOTAL DE ASISTIDOS E INGRESOS POR URGENCIAS

Hay un aumento de asistencias con respecto a años anteriores del 4-5%. En verano el aumento llega al 10%. En 2014 hay menos ingresos, respecto a 2013 y 2012.

TIEMPOS DE PERMANENCIA EN URGENCIAS HASTA ALTA.

Monitorización de tiempos de permanencia:

Tiempo medio de permanencia en Urgencias.

Tiempo permanencia SEMES.

Pacientes asistidos y de alta en 2 horas.

Pacientes asistidos y de alta entre 2 y 6 horas.

Tiempo medio de permanencia en Urgencias, que en 2013 era 5.81 ha disminuido a 4.85.

Tiempo permanencia SEMES: indicador de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias; establece como tiempo medio de permanencia 4 horas. Un 62.94% de estos pacientes son alta en menos de 4 horas. Hay un aumento del 5% en pacientes con alta en menos de 2 horas. Son pacientes con patologías banales, atendidas en un circuito de asistencia rápida.

Aumento de pacientes con alta entre 2 y 6 horas, de un 5%.

Estos dos indicadores representan que más del 80% de pacientes son alta en menos de 6 horas.

PACIENTES FUGADOS. Debe ser menor del 2%. Este indicador se cumple y se ha mejorado con respecto a 2013. CONCLUSIONES. Durante 2014 se ha registrado un mayor número de asistidos, y se ha disminuido el porcentaje de ingresos. Tendencia a disminución global de los tiempos de permanencia en Urgencias, y un paso más ágil del usuario por el servicio. El tiempo medio baja en casi una hora. Importante incremento de las altas en menos de 2 horas y entre 2 y 6 horas, juntos estos dos indicadores suponen un 10% más que en años anteriores.

Las acciones de mejora se han traducido en un descenso del número global de reclamaciones.

El porcentaje de pacientes no asistidos esta por debajo de los indicadores de SEMES.

Hemos mejorado y agilizado la asistencia

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 283

TÍTULO: FORMACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA Y EN ATENCIÓN PRIMARIA FRENTE A UN POSIBLE CASO DE ÉBOLA

AUTORES: GOMEZ PELLICER, MARIA DOLORES (HOSPITAL UNIVERSITARIO J.M. MORALES MESEGUER); SANCHEZ PEREZ, I. (HOSPITAL UNIVERSITARIO J.M. MORALES MESEGUER); ALCARAZ MARTINEZ, J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO J.M. MORALES MESEGUER); PARTERA GONZALEZ, M. J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO J.M. MORALES MESEGUER); GARCIA LOPEZ, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO J.M. MORALES MESEGUER)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Ante el brote de enfermedad por el virus de Ébola (EVE) registrado a nivel mundial y tras el primer caso importado a nuestro país, se creó una alarma social importante, sobre todo en el personal sanitario que no disponían en ese momento de procedimientos ni de protocolos, y tampoco de equipos de protección individual (EPIs).

Surgió la necesidad de crear un grupo de trabajo para hacer frente al riesgo de enfermedad por virus Ébola (EVE) en el Área VI de Murcia y elaborar protocolos, procedimientos de actuación que fuesen posteriormente difundidos e implantados. Una parte imprescindible del protocolo es el correcto uso de los EPIs destinados a la asistencia de pacientes con este tipo de patología.

Objetivos: El objetivo general es proteger a los trabajadores del Servicio de Urgencias del Hospital y de los centros de Atención Primaria del Área VI frente a casos de EVE. Son objetivos secundarios la elaboración del protocolo de actuación y su difusión entre los trabajadores, la formación sobre el riesgo del Ébola y el adiestramiento en el uso de los EPIs

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Desde el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Hospital Universitario Morales Meseguer se planificó la formación individual y práctica de los trabajadores del Servicio de Urgencias y de los Centros de Atención Primaria, puesto que son el personal más susceptible de enfrentarse en primera instancia a un caso de estas características.

En una primera fase, de forma coordinada y rápida, se adquirieron EPIs y se elaboró el material para la formación conjuntamente por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, el equipo de facultativos del Servicio de Infecciosos, Servicio de Microbiología y la Dirección Médica. Posteriormente se realizó la formación, tanto teórica como práctica sobre el procedimiento de actuación, riesgos virus Ébola y la puesta y retirada del equipo de protección individual compuesto por mono, calzas, gafas, mascarillas y guantes.

En esta primera fase, llevada a cabo en el último trimestre del año 2014, se impartió formación a 135 profesionales de Urgencias y 467 de Atención primaria

En una segunda fase desde el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales se llevó a cabo formación específica eminentemente práctica del equipo de protección individual con bata a los mismos profesionales, en grupos reducidos, y por parejas, práctica. En esta fase, llevada a cabo el primer semestre del año 2015, se ha formado a 140 profesionales de Urgencias y está previsto volver a repetir la formación de adiestramiento con bata a casi 500 profesionales de Atención Primaria.

Resultados Conclusión: Con el fin de garantizar la protección de todos los profesionales del servicio de Urgencias y los centros de salud del Área VI, se ha llevado a cabo una formación específica teórico-práctica, destinada al manejo del paciente con sospecha de EVE, incluyendo el entrenamiento de la puesta y retirada de los EPIs.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 284

TÍTULO: EL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN COMO HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS

AUTORES: SOLÀ MIRAVETE, M. ELENA (HOSPITAL DE TORTOSA VERGE DE LA CINTA); BRULL GISBERT, L. L. (HOSPITAL DE TORTOSA VERGE DE LA CINTA); LUNA JARQUE, J. (HOSPITAL DE TORTOSA VERGE DE LA CINTA); MASDEU EIXARCH, G. (HOSPITAL DE TORTOSA VERGE DE LA CINTA); CAÑELLAS REVERTE, N. (HOSPITAL DE TORTOSA VERGE DE LA CINTA); ADELL URRACA, J. (HOSPITAL DE TORTOSA VERGE DE LA CINTA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Una de las estrategias de gestión para promover cultura de seguridad de los pacientes (SP) en nuestro centro es el sistema de notificación (SN) de incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes (IRSP). El SN y su gestión interna (análisis, acción y retroalimentación de IRSP) nos permiten reconocer patrones sistemáticos o recurrentes. Ello se considera clave para promover el análisis de los sistemas de trabajo entender los riesgos que afrontan (internos y externos), su capacidad de controlarlos, su probabilidad de ocurrencia y su impacto.

Objetivos: Mejorar la cultura de seguridad del centro y favorecer el aprendizaje a partir de los errores.

Integrar las tareas y metodología de la gestión de riesgos (gestión del riesgo, retroalimentación y planes de mejora).

Identificar las áreas de riesgo a partir de la notificación de incidentes.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: 1. Implantación del SN: información y formación a todos los profesionales sobre aspectos generales de cultura de seguridad y SN.

2. Definición del núcleo de seguridad (gestores del SN) periodicidad de reuniones, metodología de análisis, emisión de planes y acciones correctoras específicas.

3. Definición del Plan de comunicación interna: retroalimentación a todos los profesionales (edición del boletín interno periódico de seguridad del paciente, de alertas y otras recomendaciones específicas).

Resultados Conclusión: Cuantitativos: áreas de riesgo identificadas por tasa (%) de incidentes notificados 2014-2015: 40,17-19,67 Medicación/ 19,66-19,67 Gestión clínica y procedimientos/ 12,82-1,64 Dispositivos o equipos asistenciales/ 7,69-4,92 Caídas y otros accidentes/ 7,69-9,84 Documentación analógica i digital/ 3,42-3,28 Gestión clínico-administrativa, 3,42-10,83 Nutrición/ 1,71-0 Productos sanguíneos/ 1,85-16,39 Infraestructuras, locales o instalaciones. Cualitativos: acciones de mejora realizadas: análisis de incidentes dada la gravedad según la metodología ACR (10 incidentes analizados ACR); elaboración de la publicación interna periódica semestral: boletín de seguridad Alerta! (4 publicaciones); emisión de alertas específicas en casos graves / centinela (4 alertas: 1 error de identificación, febrero administración incorrecta, 1 confusión medicamentos); edición recomendaciones específicas: identificación positiva, cirugía segura, uso seguro de medicamentos.

Conclusiones: El SN es una buena herramienta tanto de aprendizaje de los IRSP como de ayuda en la identificación de áreas riesgo. Se ha experimentado un aumento considerable en el número de notificaciones al consolidar el plan de gestión de riesgos. El SN nos ayuda a avanzar hacia una cultura de SP, de mejora continua y de clima de confianza entre todos los profesionales. La gestión del riesgo consolida la toma de decisiones, mejora la SP (al mejorar la información), lecciones de un área se pueden extender a otras. Se ha conseguido una consistencia en la identificación, análisis e investigación de los riesgos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 285

TÍTULO: ¿SE PUEDE MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS?

AUTORES: ALCARAZ MARTÍNEZ, JULIÁN (HOSPITAL MORALES MESEGUER); MARÍN MARTÍNEZ, J. M. (HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); CONESA HERNÁNDEZ, A. (HOSPITAL SANTA LUCIA. CARTAGENA); TRIGUEROS RUIZ, N. (HOSPITAL REINA SOFIA. MURCIA); ORTIZ GONZALEZ, O. (HOSPITAL MORALES MESEGUER); ESCOBAR ALVARO, L. ().

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En los últimos años, se han realizado estudios sobre incidentes de seguridad del paciente que dejan patente su frecuencia y su importancia. Disponemos de información reciente que indica que en los servicios de Urgencia Hospitalarios este problema también es considerable. En España, se estima que afecta al 12% de asistidos, según el único estudio nacional de incidencia que se ha realizado (EVADUR).

Objetivos: El objetivo general es mejorar la seguridad del paciente en los Servicios de Urgencias Hospitalarios de nuestra Comunidad Autónoma. Como objetivos específicos están, la estimación de la incidencia de pacientes con eventos adversos en Urgencias, la sensibilización del personal frente a la seguridad del paciente y puesta en marcha de medidas de mejora de la seguridad y la mejora de la incidencia, tras la intervención.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Es un estudio observacional realizado por personal sanitario de todos los Servicios de Urgencia Hospitalarios del Servicio Regional de Salud. La metodología de recogida de información está basada en el estudio EVADUR y en el ENEAS, habiéndose modificado el cuestionario de recogida en función de la actual taxonomía de la OMS, resultados de los estudios previos y el Sistema de Notificación de Eventos Adversos (SINASP). Todo ello cuenta con la autorización del Comité de Ética.

Se ha realizado una recogida presencial de datos coincidiendo con la asistencia y una revisión mediante encuesta telefónica a la semana.

El tamaño muestral se calculó, teniendo como referencia que la población atendida anualmente es de 6100000 pacientes.

Se realizó una primera fase de recogida de datos en 2012, difusión de resultados y actividades de mejora durante dos años y reevaluación con misma metodología en 2014.

Resultados Conclusión: Resultados:

Se recogió una muestra de 393 casos válidos, proporcional a las asistencias de cada Hospital en 2012. En 10 casos (3,1%) el motivo de consulta fue un incidente de seguridad previo.

En 47 pacientes el 11,95% (intervalo de confianza= 8,7-15,1%) se detectó al menos un incidente. En tres casos ha habido 2 incidentes, lo que eleva a 50 el total de incidentes detectados. En 25 casos se detectó durante la estancia en Urgencias y restantes en la llamada telefónica. Los factores causales más frecuentes estaban relacionados con la medicación y los cuidados. El 60% se han considerado evitables por los evaluadores.

Como intervención para la mejora se han dado 25 charlas informativas, 7 sesiones formativas en los servicios y se han puesto en marcha 14 acciones de mejora.

En 2014 la muestra ha sido de 271 casos, en los que se han detectado un incidente en 16 pacientes, el 5,9% (i.c.=3,2-8,6%). No ha habido pacientes con más de un incidente detectado. 6 casos se detectaron en la observación y 10 en la revisión.

Las diferencias con 2012 son estadísticamente significativas ($p < 0.05$)

Conclusión

Se ha evidenciado una mejora en la incidencia de eventos adversos en los Servicios de Urgencias.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 286

TÍTULO: MEJORANDO LA COMUNICACIÓN ENTRE EL LABORATORIO Y ATENCIÓN PRIMARIA Y LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE: PLAN DE MEJORA

AUTORES: TEJERO GARCÍA, ROCÍO (HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA); RODRÍGUEZ CANTALEJO, F.; CAUSSE DEL RÍO, M.; GRACIA AHUFINGER, I.; RODRÍGUEZ LÓPEZ, F. C.; CASAL ROMÁN, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El ámbito sanitario impone desarrollar prestaciones de mayor calidad. La comunicación entre Laboratorio de Microbiología y Atención Primaria (AP) se realiza principalmente a través de la petición de la muestra.

Objetivos: Valorar la fase preanalítica en Microbiología de las muestras genitourinarias con sospecha de vulvovaginitis y frotis vagino-rectales en gestantes procedentes de AP, previo y posterior a un plan de mejora, así como un estudio epidemiológico-microbiológico de la población femenina que cubren estos Centros de AP.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se eligen seis Centros de AP del área sanitaria. Se analizan variables relacionadas con la demografía, microbiología e incidencias en la petición.

Resultados Conclusión: 1º Fase: Recogida de peticiones durante 3 meses (mayo-junio). 471 muestras: 346(73,5%) frotis vaginales y 125(26,5%) frotis vaginal-rectales [Streptococcus agalactiae un 17(3,6%)]. Edad media: 35,44 (3-92 años), en gestantes: 32 años (17-42 años). Microorganismos: Candida albicans 57(12,1%) y Gardnerella vaginalis 37(7,9%), e infección mixta de ambos 11(2,3%). Petición: la falta de datos depende del diagnóstico de presunción 347(73,6%), tratamiento 470(99,8%) y alergias 359(31,2%) de los casos. Se realiza un Plan de mejora a través de una encuesta a los Centros. 2ª Fase: Recogida de peticiones los mismos meses tras un año de periodo de adaptación. Se reciben 555 muestras: 430(77%) frotis vaginales y 125(22,5%) frotis vaginal-rectales [Streptococcus agalactiae un 19(3,4%)]. Edad media: 36,22 (4-93 años), en gestantes: 31 (18-43 años). Microorganismos: Candida albicans 68(12,3%) y Gardnerella vaginalis 58(10,5%), e infección mixta de ambos 14(2,5%). Petición: la falta de datos depende del diagnóstico de presunción 244(44%), del tratamiento 418(75%) y alergias 409(73,7%) de los casos. Las peticiones están completas en un 99% respecto al examen solicitado, los datos de identificación de los pacientes, el médico, y procedencia, en ambas fases. Los síntomas más expresados: vulvovaginitis, prurito, micosis y molestias.

Se observa un aumento de muestras por un aumento de demanda clínica por vulvovaginitis, no por gestantes, tal vez por la existencia del Programa de mujer sana en AP. 2ª muestra más frecuente tras el urocultivo. Las edades que más demandan entre los 21 a 40 años. Escasa población no autóctona (6%). Se describen los principales microorganismos detectados en vulvovaginitis según la literatura. La media de positivos a S. agalactiae en gestantes es inferior a la del país (15-20%). Tras el Plan, se mejora en cubrir el diagnóstico de presunción (30%), tratamiento (24%) y alergias (43%) en la petición, destacando como incidencia más importante. AP propone la petición digital que cubra todos los campos de la historia clínica necesarios para el proceso correcto de la muestra. Se recomienda el estudio microbiológico de las vulvovaginitis ya que la clínica expresada es inespecífica con falta de concordancia respecto a la etiología y la repercusión que esto conlleva a un tratamiento correcto.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 287

TÍTULO: SEGURIDAD DE LOS CUIDADOS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA: VISIÓN DEL PACIENTE

AUTORES: LÁZARO OTERO, MERCEDES (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA); COBO SÁNCHEZ, J. L. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA); MOYA MIER, S. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA); RENEDO GONZÁLEZ, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA); GONZÁLEZ MENÉNDEZ, F. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA); GONZÁLEZ ANTOLÍN, O. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La seguridad clínica es un elemento fundamental de la calidad asistencial, debido a la gran complejidad, tanto de la práctica clínica como de la organización de las instituciones. El estudio ENEAS reveló que el 7,6% de los eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria en los hospitales españoles derivaban de los cuidados prestados, y que el 56% de los mismos eran evitables. La opinión de los pacientes constituye un componente fundamental de cualquier programa de prevención de fallos.

Objetivos: Determinar la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los cuidados prestados en un hospital de tercer nivel.

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo prospectivo en pacientes ingresados en distintas unidades de hospitalización. Se utilizó un cuestionario validado por el proyecto SENECA que consta de 15 ítems con una escala tipo Likert de 1 a 5 puntos al que se agregó una sexta opción para aquellas situaciones que no se pudiesen valorar; y 2 ítems sobre dolor y seguridad percibidos, con una escala tipo Likert de 0 a 10 puntos; así como datos sociodemográficos. El cuestionario fue autocumplimentado por los pacientes. Se determinó un tamaño muestral de 204 pacientes (IC 95 %, pérdidas 2%, porcentaje poblacional 94%). Se realizó un análisis descriptivo de los datos obtenidos.

Resultados Conclusión: 222 pacientes encuestados (46,4% mujeres, edad media 58,64 años, 72,4% estudios básicos, 46% de unidades médicas). Respecto a la información: 89% refería información adecuada al ingreso, 57% había participado en la toma de decisiones respecto a su enfermedad (31% no aplicable), 84% consideró estar bien informado sobre los fármacos pautados, 72% pudo aclarar dudas antes de firmar un consentimiento informado (21% no aplicable), 75% referían haber recibido información adecuada sobre autocuidados al alta (22% no aplicable). El 79% consideraba accesibilidad física del hospital como segura (12% no aplicable) y el 77% refería el entorno hospitalario como seguro (14% no aplicable). El 97% se sentía seguro con la atención recibida por los profesionales de enfermería. El 52% refería que no se le habían suspendido pruebas diagnósticas/ terapéuticas. En cuanto al grado de dolor percibido, el 49% de los pacientes lo calificaban como 5 o más en una escala del 0 al 10. La mediana de dolor fue de 4 (rango 1-7). El 90% calificaron el grado de seguridad percibido como 8 o superior en una escala del 0 al 10. La mediana fue de 10 (rango 8-10). Los pacientes ingresados en nuestro centro tienen una percepción de seguridad muy elevada, en la que destacan la labor de los profesionales que prestan los cuidados (enfermeras y auxiliares). Sin embargo existen áreas de mejora como un mejor manejo del dolor, mejoras en la accesibilidad/entorno hospitalario y en el proceso de pruebas diagnósticas/terapéuticas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 288

TÍTULO: EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD FORMAL DE LOS INFORMES DE ALTA DE HOSPITALIZACIÓN

AUTORES: LÓPEZ ROJO, CONCEPCIÓN (SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, CALIDAD E INVESTIGACIÓN); CALLE URRÁ, J. E. (SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, CALIDAD E INVESTIGACIÓN); PARRA HIDALGO, P. (SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, CALIDAD E INVESTIGACIÓN); ARELLANO MORATA, C. (SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, CALIDAD E INVESTIGACIÓN); RAMÓN EZPARZA, T. (SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, CALIDAD E INVESTIGACIÓN); FONSECA MIRANDA, Y. A. (SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, CALIDAD E INVESTIGACIÓN).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El Informe de alta de hospitalización (IAH) es el principal documento de la historia clínica y tiene múltiples aplicaciones (clínico, gestión, investigación, legal, etc). IAH de baja calidad limitan su utilización para los fines comentados.

Objetivos: Evaluar y mejorar la calidad formal de los IAH en los hospitales de un Servicio Regional de Salud (SRS).

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Se han valorado 22 criterios de calidad formal, obtenidos a partir de la Orden Ministerial del 1984 y publicaciones sobre el tema, antes y después de la introducción de medidas correctoras. Los criterios valoraban la presencia en el mismo de los datos administrativos y clínicos.

La unidad de estudio fue el IAH contenido en la historia clínica. El universo para la primera evaluación fue el total de informes elaborados en 2006, extrayéndose una muestra aleatoria de 400 en cada hospital. En la segunda fue el primer trimestre de 2013 con una muestra aleatoria de 100 casos. El muestreo ha sido proporcional por tipo de servicio.

En cada criterio se ha calculado la estimación puntual de incumplimiento, ponderada por el total de altas de cada centro, y su intervalo de confianza del 95%, considerando que las diferencias entre evaluaciones eran estadísticamente significativas cuando los intervalos de confianza no se solapaban. Se ha obtenido también la media de defectos por IAH, y la diferencia absoluta y relativa entre las dos evaluaciones.

Tras la primera evaluación se realizó una discusión de los resultados con los equipos directivos y profesionales implicados, y se incluyó la reevaluación de los criterios en los contratos de gestión de los años 2009 y 2012.

Resultados. Conclusión: El promedio de defectos por IAH ha pasado del 7,0 al 5,2, con una mejora relativa del 25,7%. 15 de los 22 criterios analizados han mantenido o disminuido el porcentaje de incumplimiento, siendo esta disminución significativa en 11 de ellos.

En los 7 restantes el porcentaje de incumplimiento ha aumentado, pero solo de forma significativa en los criterios 21 (otros procedimientos) y 22 (recomendaciones terapéuticas al alta). Los criterios con mayor margen para la mejora en la última de 2013 son los correspondientes a la recogida de los diagnósticos y procedimientos, recomendaciones terapéuticas y motivo de alta. Entre ellos acumulan el 78,1% del total de incumplimientos. En el extremo opuesto tenemos 9 criterios con muy pocos o 0 defectos.

Las medidas de intervención puestas en marcha han permitido una mejoría global en la calidad de los IAH. Persiste, sin embargo, un amplio margen de mejora en los criterios referentes a diagnósticos, procedimientos, motivo de alta y recomendaciones. Se recomienda que, antes de pasar a monitorizar, se vuelva a intervenir, normalizando el formato de los IAH y el de las etiquetas identificativas con los datos del paciente, incluyendo los criterios en el contrato de gestión y realizando actividades de formación al personal facultativo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 289

TÍTULO: LA FRACTURA DE CADERA: PUESTA EN PRÁCTICA DE DRIVERS DETECTADOS EN ACTIVIDADES DE BENCHMARKING Y MEJORA DEL PROCESO

AUTORES: ALCARAZ MARTÍNEZ, JULIÁN (HOSPITAL MORALES MESEGUER); CERÓN GONZÁLEZ, A. (HOSPITAL MORALES MESEGUER. MURCIA); ABELLÁN GUILLEN, JF. (HOSPITAL MORALES MESEGUER. MURCIA); SARABIA CONDES, JM. (HOSPITAL MORALES MESEGUER. MURCIA); LEAL LLOPIS, J. (HOSPITAL MORALES MESEGUER. MURCIA); FERNÁNDEZ PÉREZ, T. S. (HOSPITAL MORALES MESEGUER. MURCIA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Entre un 35 y un 45% de las personas mayores de 65 años que viven en la comunidad experimentan al menos una caída al año. Un 5% de las caídas producen fractura de cadera.

En España, la incidencia de fracturas ha ido en aumento desde 30.000 en los años noventa, a 37.000 en 1999 y aproximadamente 40.000 casos, en el año 2000. La edad media general de las fracturas de cadera se sitúa en 82 años y la incidencia media anual, en 720 por 100.000 habitantes.

La mortalidad intrahospitalaria en nuestro país se sitúa entre el 4 y el 8%, y la esperada al año se sitúa por encima del 28-30%. Los pacientes que sobreviven al episodio sufren un deterioro funcional importante, de forma que sólo el 40-50% recupera su situación funcional previa a la fractura y hasta un 30% puede quedar encamado de forma permanente.

Objetivos: Mejorar la atención a los pacientes que ingresan en nuestro centro para intervención por haber sufrido una fractura de cadera.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Desde el año 2008 se venía trabajando en el proceso de fractura de cadera en una red de benchmarking formada por 7 hospitales (RED7). Tras el análisis de los cuestionarios elaborados y los resultados de los indicadores, se establecieron los 5 drivers que podrían explicar en nuestro grupo, los mejores resultados. En el año 2011, tras analizar los datos correspondientes a nuestro hospital, se decidió implantar una de estas medidas, la presencia de un internista en la planta de traumatología para el manejo de estos pacientes. En 2012 se cambiaron algunos circuitos del proceso de atención y se comenzó a elaborar la vía clínica de manejo del paciente con fractura de cadera, que estuvo terminada en junio (era otro de los drivers). A principios de 2014 se dispuso de un quirófano extra con programación abierta los lunes. Se han analizado los datos de todos los pacientes intervenidos de fractura de cadera de 2010 a 2014, tomando como fuente el CMBD.

Resultados Conclusión: El tamaño muestral ha sido de 927 pacientes, con una media de 185 intervenciones al año por fractura de cadera. Durante estos cinco años ha habido una mejora en los indicadores, que paso a desglosar: La estancia total se ha reducido desde el 2010 que estaba en 14,3 días a 12,1 en 2014, esto es 396 días de estancia anuales, lo que equivale aproximadamente a liberar una cama por esta mejora. La estancia preoperatoria sólo ha disminuido de una media de 5,5 días inicialmente a 4,6 en el pasado año. Los pacientes intervenidos antes de las primeras 48 horas han aumentado muy poco, del 17,4% al 19,5%, pero si ha disminuido la proporción de aquellos que se operan pasada una semana, del 24,1% en 2010 al 9,5% en 2014.

La mejora también se ha visto reflejada en la mortalidad. El porcentaje de éxitos en 2010 era del 4,1%, subió al 6,97% en 2011 y en el 2014 fue de 2,78%, que en términos absolutos son 9 pacientes menos en 2014 que en 2011.

Conclusión: Se han mejorado las estancias preoperatorios y totales y sobre todo, la mortalidad, tras la aplicación de las medidas correctoras identificadas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 291

TÍTULO: LA ELABORACION DE UN PLAN ESTRETEGICO, ¿PARA QUE SIRVE?

AUTORES: SANTIAGO GARCIA, CARMEN. (HOSPITAL SANTA LUCIA CARTAGENA); LOPEZ LACOMA JC.; SEDES ROMERO, J.; MURCIA ALEMAN, T.; PELLICER ORENES, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Necesidad de un equipo directivo de establecer de forma clara y definida objetivos a corto, medio y largo plazo. -Coordinacion y hacer coherencia de los propios objetivos con los del sms. -Disponer de un instrumento operativo para la gestión que vertebre las actuaciones

Objetivos: es disponer de un Plan Estratégico para el periodo 2014-2016 que permita al area de Cartagena abordar los retos de futuro provenientes del análisis del presente, establecer con claridad las líneas y objetivos del corto y medio plazo y a través de la difusión y del despliegue de los mismos, conseguir de los objetivos en la organización

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Tras reflexión Interna del equipo directivo, se aprueba por unanimidad, la decisión de elaborar un Plan Estratégico y de realizar esta tarea de forma interna constituyendo un grupo de trabajo multidisciplinar, que facilitara la labor a la totalidad del ED y profesionales (sep 2014) . - Constitución por el gerente de un grupo de trabajo, que lidera y en el que se incluye a todo el ED y un grupo de expertos (sept 2014) . Se da formación basica al equipo directivo, y se establece una metodología de actuación: -Análisis externo: Revisión de documentos marco del sms (estregáis 2015, plan de salud, contrato de gestión,etc);

-Análisis Interno: Revisión, análisis de datos propios (auto evaluaciones e.f.q.m, plan de gestión previo, , plan de acogida a trabajadores, cierres de contrato de gestión anteriores...).

-Beackmaring de las mejores practicas y experiencias. - Definición del formato, estructura y contenidos del documento. - Redefinición o aprobación de misión, visión, valores del area.

- Análisis de situación con Matriz Dafo/CAME. -Formulacion de Lineas Estrategicas con sus proyectos de actuación

Resultados Conclusión: Se dispone de un documento consensuado por todos que define 3 grandes líneas con proyectos (Actividades concretas, tareas, cronograma y responsables). Cada responsable sigue su proceso y en todas las comisiones de direccion se monitoriza el seguimiento de los proyectos. Línea Estrategica 1 : Plan funcional del Hospital del Rosell 1.- Creación y consolidación de un hospital CMA. 2.- Unidad de cribado de Cancer de Colon. 3.- Proceso Urgencias. Proyecto 4.-Proceso Consultas externas Línea Estratégica 2: Atención Primaria/ Continuidad Asistencial/ 1.- Líneas de Continuidad Asistencial. 2.- Fomentar los cauces de comunicación 3.- Proceso Atención primaria Línea Estratégica 3.- Mejoras en el paciente hospitalizado 1.- proceso hospitalización. 2.- Área materno Infantil. 3.-Implantación de recomendaciones para la prevención primaria de la enfermedad tromboembolica venosa al ámbito hospitalario 4.- Atención al paciente con Infarto y con Ictus. La elaboración del PE ha permitido ordenar, integrar, dar a conocer, responsabilizar, impulsar, monitorizar los distintos proyectos y tareas marcadas por el equipo directivo. Estamos trabajando en el diseño de una herramienta informatica que facilite su seguimiento.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 292

TÍTULO: ¿UTILIZAMOS ADECUADAMENTE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS?

AUTORES: PRIETO FEMENÍA, MANUEL NICOLÁS (ÁREA SANITARIA I); GONZÁLEZ GARCÍA, L. (ÁREA SANITARIA I); VILLAROEL QUIROZ, E. H. (ÁREA SANITARIA I); DIOS DEL VALLE, R. (HOSPITAL DE JARRIO)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Las urgencias hospitalarias se encuentran masificadas y esto genera problemas de calidad asistencial y de eficiencia del sistema. Analizar los factores asociados se conforma con clave para mejorar la atención urgente a nuestra población.

Objetivos: Determinar el porcentaje de visitas inadecuadas a un Servicio de Urgencias Hospitalario y analizar los factores asociados.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio transversal. Población: Urgencias hospitalarias atendidas en 2014. Muestra representativa, aleatoria : 401. Variables: sociodemográficas, adecuación de la visita según criterios del protocolo PAUhm, motivos de acudir a urgencias. Análisis: Variables cuantitativas se describen con media y desviación estándar, cualitativas con distribución porcentual de frecuencias. Análisis bivalente buscando la influencia de las variables independientes en el grado de adecuación. Nivel significación estadística: 95%.

Resultados Conclusión: 51,1% mujeres. Edad media: 58,77 años(DE:1.05).)9% provenían de pacientes desplazados. 47,1% acudió de 8 -15 horas. 55.3% no acudieron previamente a Atención Primaria(AP). De los que acudieron a AP, un 33.2% fueron derivados con p-10. El 36,4% fueron visitas inadecuadas(IC95%:31.6-41.2). Existen diferencias estadísticamente significativas entre grado de adecuación y procedencia del paciente, paciente es desplazado (47,2%) frente a los zonas de montaña(16.7%;p=0.003). 48.4% de los que no acudieron previamente a AP fueron inadecuados frente al 25%(p< 0.0001), dentro de ellos los derivados por el médico de familia fueron inadecuados el 3.8% vs1 52.6%(p< 0.0001). 64,4% de las inadecuadas mostraban su preferencia en ser atendidos en el hospital. El motivo la inmediatez de los estudios(50%). Conclusiones

Observamos una importante área de mejora, Casi 4 de cada 10 visitas a urgencias no cumplen los criterios de adecuación, generando problemas de eficiencia del sistema. Resalta el papel relevante de atención primaria, su participación en el proceso mejora notablemente la adecuación de las visitas a urgencias. Las estrategias de futuro deben basarse en potenciar el desarrollo de la atención primaria, quizás promoviendo mayor accesibilidad a pruebas diagnósticas de ese nivel asistencial.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 295

TÍTULO: KINTSUGI: HAGAMOS VISIBLES NUESTROS ERRORES, REPARÉMOSLOS, SEAMOS MÁS FUERTES, SEGUROS Y, POR QUE NO, MÁS BELLOS.

AUTORES: ÁLVAREZ CUETO, BEATRIZ (HOSPITAL V. ÁLVAREZ BUYLLA); ESCUIN MALO, M. A. (HOSPITAL V. ÁLVAREZ BUYLLA); GALLEGO RODRÍGUEZ, F. (SERVICIO DE INSPECCIÓN DE PRESTACIONES, CENTROS Y SERVICIOS SANITARIOS DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS); ÁLVAREZ SUÁREZ, M. L. (HOSPITAL V. ÁLVAREZ BUYLLA); BAS MARTINEZ, A. M. (HOSPITAL V. ÁLVAREZ BUYLLA); SÁNCHEZ TABAR, L. (HOSPITAL V. ÁLVAREZ BUYLLA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Cuando los japoneses reparan objetos rotos enaltecen la zona dañada rellenando las grietas con oro. Creen que cuando algo ha sufrido un daño y tiene una historia al repararlo se vuelve más hermoso. El resultado es que la cerámica no sólo queda reparada si no que es aún más fuerte que la original. Llevemos esta imagen al terreno de las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IRAS), detectarlas notificándolas, iniciando un ciclo de mejora (PDCA) nos ayuda a aprender y crear un sistema de asistencia más seguro y robusto tanto para pacientes como profesionales.

Objetivos: Disminuir la aparición de IRAS. Implantar ciclo PDCA en incidentes IRAS.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Detectar, comunicando incidentes, realizar el análisis causa-raíz, implantar e implementar medidas evaluando el impacto analizando los resultados (detección activa de IRAS).

Resultados Conclusión: Se detectan y notifican casos de pacientes que presentan infecciones de adenovirus considerándose como IRAS.

Análisis causa raíz:

Inadecuada implementación:

Administración, control y conservación de fármacos utilizados para el diagnóstico y/o tratamiento de los pacientes (principal causa en el 25%, conlleva disminución de la agudeza visual).

Higiene de manos (causa probable en el 100% casos).

Desinfección inadecuada de equipos de diagnóstico/tratamiento y entorno del paciente (principal causa en el 75% de los casos).

Acciones de mejora para evitar IRAS: Información/ formación de los implicados: Boletín de recomendaciones de riesgos clínicos (incluye epidemiología, protocolos de limpieza y desinfección de equipos, administración, control y conservación de fármacos e higiene de manos). Selección de desinfectante, asesorados por expertos de S^o Preventiva de hospital de referencia, adecuado para eliminar virus y otros microorganismos en equipos sin dañarlos.

Adquisición del producto (análisis coste-efectividad). Elaboración e implementación en zonas asistenciales del protocolo de desinfección de entorno y equipos de diagnóstico/tratamiento.

Implementación de protocolo de administración, control y conservación de fármacos. Seguimiento de aparición de casos: Desde la implantación de medidas no se ha producido ningún caso, no sólo notificado como incidente (detección y seguimiento activo de casos). La notificación, como punto de partida para conocer incidentes (IRAS), nos ha permitido iniciar un ciclo PDCA. Hemos identificado posibles causas, implantando acciones de mejora efectivas. No se han detectado casos de IRAS por adenovirus en el periodo de tiempo desde su implantación hasta el momento actual (1,5 años). La gran enseñanza del Kingtsugi en nuestro entorno es en esencia no sentir vergüenza o miedo por nuestros errores, detectando y comunicando IRAS, sintiéndonos orgullosos por la fortaleza que supondrá la superación y el afrontamiento de nuestras dificultades o causas del incidente, liberarnos del peso que supone el miedo al error, aceptándolo como parte natural y positiva del proceso de aprendizaje, encontrando medidas de superación y mejora.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 296

TÍTULO: PERCEPCION DE LA SALUD EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y SUS CUIDADORES FAMILIARES

AUTORES: TIMONET ANDREU, EVA (HOSPITAL COSTA DEL SOL); CANCA SANCHEZ, J. C. (HOSPITAL COSTA DEL SOL); SEPÚLVEDA SANCHEZ, J. (HOSPITAL COSTA DEL SOL); MESA RICO, R. (HOSPITAL COSTA DEL SOL); ARANDA GALLARDO, M. (HOSPITAL COSTA DEL SOL); MORA BANDERAS, A. (HOSPITAL COSTA DEL SOL).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El estado de salud del paciente coronario es un factor predictivo de otros resultados de salud, como la mortalidad, eventos cardiovasculares, la hospitalización y los costos de la atención. El estado de salud de un paciente cardiovascular, incluye 3 dominios: Síntomas, Estado funcional y Calidad de vida relacionada con la Salud (CVRS). Conocer las características de pacientes con IC y la de sus cuidadores familiares, qué factores influyen en la CVRS de pacientes y cuidadores, se convierte en un área de investigación.

Objetivos: Objetivos: Identificar las características de los pacientes con IC, analizar las características de sus cuidadores familiares, analizar longitudinalmente la relación entre la (CVRS) de los pacientes y la de sus cuidadores familiares.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio observacional longitudinal analítico de cohortes. El estudio fue autorizado por la Comisión de Ética e Investigación Sanitaria del Centro.

Resultados Conclusión: Los pacientes presentan una edad media de 75 a (DE 10,5) y una distribución de sexos similar. Un nivel de estudios de alfabetización mínima (n= 112, 70%). La media Comorbilidad fue de 5 (DE 2), tomaban una media de 8 (DE 4) fármacos al alta, un nivel de dependencia moderada 77 (DE 26) y una media de nivel de autocuidado de 37,5 (DE 6,5). Presentaban una percepción de salud física media de 33,93 (DE 9,16) y de Salud mental de 35,10 (DE 13,03). La edad media de los cuidadores fue 55 años (DE 13,5) y el género femenino (n=132, 85%). El nivel de alfabetización fue de alfabetización mínima o estudios primarios (n=104, 65). El vínculo principal entre cuidador y pacientes fue de hijos (n=84, 52,5%) seguido de cónyuges (n=60, 37,5%). La mayoría de los cuidadores no tenían trabajo remunerado (n=127, 104,6%). pocas familias recibían ayuda (n=37,23%). La mayoría lo invirtió en una persona para que le ayude con los cuidados, en lugar de recibir la compensación económica (n=123, 77%). La media de personas del entorno que ayudan en las tareas del cuidado fue de 1,6 (DE 1,6). La media de horas diarias dedicadas al cuidado familiar fue de 8,6 (DE 6,3) horas. El tiempo que llevaban ejerciendo este rol, fue de tres años 36,6 (DE 35,5), presentaron una sobrecarga media de 4, (DE 2,7). El nivel de depresión, fue de media 6 (DE 5,5). La CVRS de los cuidadores presentó una salud física percibida media de 48,11 (DE 9,33) y una media de salud mental percibida de 40,65 (DE 12,16). Se analizó la correlación de la percepción global de salud física y mental entre pacientes y cuidadores, detectándose una correlación moderada positiva en el caso de la salud mental de ambos $p < 0,001$. Conclusiones: La CVRS de los pacientes y cuidadores están relacionadas tanto transversal, como longitudinalmente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 297

TÍTULO: INDICADORES Y OBJETIVOS

AUTORES: MUÑIZ FERNÁNDEZ, NATALIA (HOSPITAL DE JOVE); GONZÁLEZ VAZQUEZ, L. (HOSPITAL DE JOVE); MATA PEÓN, E. (HOSPITAL DE JOVE)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Indicadores y Objetivos anuales en un servicio de Anatomía Patológica Certificado por la ISO.

Objetivos: La mejora continua en un servicio de Anatomía Patológica.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Cada año se fijan en Anatomía Patológica objetivos de mejora de la calidad.

Algunos se van manteniendo en el tiempo y otros son nuevos. La mejora continua se consigue detectando los puntos débiles en el desarrollo de nuestra actividad, recogiendo datos e implantando soluciones a los diversos problemas.

Resultados Conclusión: Se plantean objetivos pre-analíticos como la reducción de errores en la identificación de bloques. Tras la recogida de datos mensuales en un indicador, observamos que el pico de errores se produce en las fechas de vacaciones, coincidiendo con nuevo personal y en momentos de aumento de actividad. La escritura a mano de los casetes, también suponía un aumento de errores tanto de identificación, como de lectura. La adquisición de una impresora de casetes, ha mejorado el indicador.

Otros objetivos de mejora son post-analíticos. No superar el 5% en el diagnóstico citológico de ASCUS, haciendo revisiones anuales de las citologías con dicho diagnóstico en sesiones conjuntas del equipo. Que haya una correlación entre el diagnóstico de doble tinción p16/ki-67 y el resultado del estudio de seguimiento posterior. Se revisan en el tiempo aquellos resultados sin correlación. Valoramos los casos con discordancia en equipo y Gracias a ello, hemos optimizado la realización de esta técnica de nueva implantación, mejorando el protocolo de tinción y consiguiendo realizar un diagnóstico de positividad más correcto. O mejorar los protocolos de Inmunohistoquímica, haciendo diversas pruebas con tiempos y añadiendo diferentes reactivos, proponiendo como indicador, la revisión anual de cuarenta protocolos.

CONCLUSIÓN: A finales de año, se revisan los datos recogidos en los diferentes indicadores junto con el personal de Calidad. Se toman nuevas soluciones para los que no evolucionaron bien. Se extingue la recogida de los que no detectan problemas y se plantean nuevos objetivos e indicadores, para las nuevas técnicas y posibles complicaciones que van surgiendo en la actividad diaria.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 302

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DE PACIENTES EN PROFESIONALES SANITARIOS PARA LA BUSQUEDA DE ÁREAS DE MEJORA

AUTORES: HARO PEREZ, ANA MARIA (COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA); RODRIGUEZ PEREZ, M. P. (COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA); LLORENTE PARRADO, C. (HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN); JIMENEZ RODRIGUEZ, M. (COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA); GARCIA YU, I. A. (COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA); VAZQUEZ LOPEZ, L. (COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Conocer la percepción de los trabajadores sobre la seguridad de los pacientes en su propio área de trabajo es el punto de partida para cualquier proyecto de mejora, y conseguir la implicación directa de los mismos.

Objetivos: Evaluar la cultura de seguridad entre los profesionales del servicio médico de Hematología en un complejo asistencial universitario.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Entre junio de 2014 y mayo de 2015 se ha evaluado una estrategia multimodal para la prevención de infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS) en pacientes hematológicos, con un diseño de intervención antes-después. En la fase pre-intervención, se evaluó la cultura de seguridad con la versión en castellano del cuestionario Survey on Patient Safety Culture de la AHRQ para Hospitales. Se extraen fortalezas (75% o más respuestas positivas en preguntas formuladas en positivo o negativas en preguntas formuladas en negativo) y oportunidades de mejora (50% o más respuestas negativas en preguntas formuladas en positivo o de respuestas positivas en preguntas formuladas en negativo). También se analizó la utilización del Sistema de Notificación de Incidentes (Sisnot).

Resultados Conclusión: Se entregaron 100 cuestionarios y se completaron 29 (cobertura 29%). La mitad llevan 6 años o más en el hospital. 2 de cada 3 han trabajado 5 años o menos en Hematología. Un 42% trabajan entre 40 y 59 horas semanales; y un 29%, entre 60 y 79 horas. Respecto a la percepción global de la seguridad, el 60% opinan que sus procedimientos son seguros para prevenir errores, pero el 50% consideran que sólo por casualidad no ocurren más errores y a veces se compromete la seguridad por hacer más trabajo. El 75% consideran que cuando se comete un error que pudiera dañar al paciente es notificado y se ponen las medidas necesarias para evitar que se repita. La mayoría (90%) considera que sus jefes muestran interés y promueven acciones para la seguridad de los pacientes. Las áreas mejor valoradas son el trabajo en equipo, y la comunicación entre compañeros. Como áreas de mejora se encuentran la falta de personal y carga de trabajo, y sensación de falta de implicación de la dirección en temas de seguridad de pacientes.

No había registro de ninguna notificación de incidentes en el sistema informático.

En nuestro estudio, una vez analizado esto, se realizó formación general y específica en seguridad de pacientes y se puso en marcha un paquete de medidas ("multi-bundles") de eficacia probada, dirigido a mejorar la seguridad de los pacientes y especialmente de prevención de IRAS. Esperamos que el hecho de aplicar estas medidas y comprobar el efecto positivo de las mismas en los indicadores permita potenciar la cultura de seguridad de pacientes y fomentar la notificación de incidentes, que hasta el momento se realiza sólo de forma interna. Estos aspectos están pendientes de evaluar en la fase post-intervención, que finaliza en el mes de junio.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 303

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: ANÁLISIS DE ESTRATEGIA.

AUTORES: GONZÁLEZ MENÉNDEZ, FAUSTINO (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA); RENEDO GONZÁLEZ, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA); LÁZARO OTERO, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA); COBO SÁNCHEZ, J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA); MOYA MIER, S. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA); MARTÍN TAPIA, O. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El empleo del proceso enfermero en cualquier área implica una garantía científica, profesional y de calidad, de los cuidados prestados. En la actualidad, se ha conseguido alcanzar un lenguaje enfermero con un grado de consenso y estandarización que permite, gracias a las diferentes taxonomías y clasificaciones internacionales, reflejar las etapas del proceso de la práctica enfermera.

Objetivos: Describir y evaluar la estrategia de implantación del Proceso Enfermero en nuestro Hospital.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Proyecto de Mejora Continua de la Calidad, en el que se aborda en una 1ª fase, la implantación de un Aplicativo Informático de Cuidados, como elemento clave para la instauración del Proceso Enfermero, que se realiza a través de 2 tiempos, informatización de la documentación enfermera y del proceso enfermero,; y una 2ª fase que complementará a la 1ª, de formación en metodología y elaboración de Planes de Cuidados.

Resultados Conclusión: 1ª Fase: Se constituyen el Grupo de Validación Multicéntrico (4 personas) y el Grupo de Formadores (19). Se identifican 6 mejoras del Aplicativo. Se implanta el Aplicativo Informático, documentación enfermera, en 43 Unidades/Servicios. Se han formado 1604 personas.

2ª Fase: Constitución de la Subcomisión de Metodología de Cuidados. Formación en Metodología Enfermera y Taxonomía de 105 personas, y en Elaboración y Validación de Planes de Cuidados, 140. 37 Planes de Cuidados Elaborados. Previo a la implantación informática del Proceso Enfermero y como apoyo al mismo, se elaboran videos tutoriales, y se desarrollan 9 actividades formativas, con 801 alumn@s (465 Enfermeras y 336 Auxiliares de Enfermería). Se identifican 4 mejoras del Aplicativo. Se logra la implantación de los planes de cuidados estandarizados en el 100% de las Unidades de Hospitalización Clínica.

CONCLUSIONES: La implantación del Proceso Enfermero en nuestro Centro ha requerido la instauración en 2 fases del Aplicativo Informático de apoyo, una formación específica y la implicación de los profesionales en la elaboración de planes de cuidados para actualizar conocimientos

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 304

TÍTULO: LA ACREDITACION DE UN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

AUTORES: CAULES TICOULAT, YOLANDA (CAP SARRO ROSET VALLS); HOSPITAL GUARDIOLA, I. (CAP SARRO ROSET VALLS); ALVAREZ LUY, M. (CAP SARRO ROSET VALLS); ESTEVE CASAS, M. (CAP SARRO ROSET VALLS); COTS MORENILLA, M. (CAP SARRO ROSET VALLS); TREGON MOLINER, J. (CAP SARRO ROSET VALLS).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Desde el año 2011 estamos trabajando para la acreditación según el modelo de regulación y acreditación de los Equipos de atención primaria del plan de salud 2011-2015.

Objetivos: Obtener el 80% de los estándares de la acreditación.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: A nivel territorial desde 2011 se trabajaron procedimientos relacionados con los estándares de la acreditación, por lo que 208 de los 347 del Manual de estándares de acreditación de Equipos de Atención Primaria 2014 (MADS) ya estaban implantados o en proceso en nuestro centro.

El primer paso que realizamos en 2011 fue un auto evaluación con MADS que repetimos los meses previos a la acreditación como sine quantum para poder realizarla.

El segundo paso fue la creación de una comisión de calidad para definir nuestro plan de calidad, misión, visión y valores de nuestro ABS, el plan estratégico, el de comunicación y el de formación. Todos estos planes tenían que ser validados y aceptados por los profesionales del ABS. En tercer lugar reunimos a todos los profesionales del centro para que, a través de una lluvia de ideas, los profesionales expusieran los problemas que podían ser susceptibles de una acción de mejora. Una vez recogidas todas las ideas se reunió el equipo directivo y la comisión de calidad para priorizar las. Así empezamos con el check list del box de urgencias para garantizar una atención urgente de máxima calidad y seguridad. Y en segundo lugar decidimos crear puntos de dispensación de fármacos para garantizar el control de caducidades disminuir el gasto y controlar el stock.

Con estos proyectos implicamos a los profesionales y los empezamos a introducirlos en la cultura de calidad y seguridad lo que se consolidó al formar parte del proyecto de Unidades funcionales en seguridad del paciente, que además nos ayudo a la hora de implantar los procedimientos en el centro y poder conseguir cada año los objetivos en calidad y seguridad.

En junio de 2013 se implanto el sistema de notificación de incidentes que nos ayudo a facilitar la notificación de incidentes por parte de nuestros profesionales y desarrollar acciones de mejora, revisión de circuitos o crear grupos de mejora. También se nos planteo el reto de elaborar un procedimiento para gestionar nuestros incidentes.

Resultados Conclusión: Hemos obtenido un 96.3% de los estándares evaluados.

Gracias a la participación de todos los profesionales y al soporte territorial hemos conseguido acreditarnos. Asimismo, durante estos años, hemos disminuido la variabilidad entre nuestros profesionales mediante la implantación de los procedimientos elaborados a nivel territorial, así como hemos implantado la cultura de calidad y seguridad entre nuestros profesionales prestando una atención segura y de calidad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 306

TÍTULO: IMPACTO DE LAS VISITAS NO PRESENCIALES EN LA ACTIVIDAD, ACCESIBILIDAD Y ABSENTISMO DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: GONZÁLEZ ZOBL, GRISELDA (CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA IGUALADA NORD. CONSORCIO SANITARIO DE LA ANOIA.); COSSÍO GIL, Y. (CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA IGUALADA NORD. CONSORCIO SANITARIO DE LA ANOIA.); ENRICH CLARAMUNT, M. (CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA IGUALADA NORD. CONSORCIO SANITARIO DE LA ANOIA.); GARRIGA BADIA, A. (CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA IGUALADA NORD. CONSORCIO SANITARIO DE LA ANOIA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Desde la Dirección de un Centro de Atención Primaria (CAP) se promueve entre los profesionales la realización de visitas no presenciales con el objetivo de disminuir las visitas presenciales y mejorar la accesibilidad mediante el aumento el global de las visitas realizadas sin perder calidad asistencial.

Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar la evolución y el impacto de las visitas virtuales en la actividad, la accesibilidad y absentismo (la proporción de visitas de usuarios no presentados), en un CAP, des del 2011 al 2014.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo del número de visitas realizadas des del 2011 al 2014 en el CAP: visitas presenciales (visitas en el centro o en el domicilio) y visitas no presenciales (visitas telefónicas o consultas por correo electrónico y visitas virtuales que incluyen: gestiones administrativas, comunicación de resultados de laboratorio normales y otras actividades). La accesibilidad del centro se mide por el número de días de espera para ser atendido por un profesional sanitario cuando el centro está abierto.

Resultados Conclusión: En el 2011, 2012, 2013 y 2014 se realizaron 122.564, 119.844, 124.619 y 130.228 visitas. La proporción anual de visitas no presenciales fue de un 11,9%, 13,9%, 16,0% y 17,7%. El porcentaje de visitas de usuarios no presentados del total de visitas realizadas fue de 6,0%, 6,3%, 6,7%, 6,8%. Del 2011 al 2014, se ha incrementado el número de visitas de usuarios no presentados en 1.457 visitas. La accesibilidad del centro siempre fue inferior a un día.

En el periodo de estudio se ha aumentado la actividad asistencial a expensas de un incremento de visitas no presenciales (8.507 visitas no presenciales más y 807 visitas presenciales menos que en 2011). Sin embargo, no ha habido cambios en la accesibilidad y ha aumentado las visitas de usuarios no presentados.

Las visitas no presenciales parecen ser una oportunidad para dar mayor respuesta a necesidades de los usuarios del CAP y evitar desplazamientos. A pesar de que no afectan la accesibilidad, implican un aumento en la actividad de los profesionales. Se necesitaría estudiar las causas del aumento del absentismo y conocer otros aspectos de la calidad relacionados con la adecuación del uso del servicio de salud, la satisfacción de los usuarios y de los profesionales para revalorar la potenciación de las visitas no presenciales.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 307

TÍTULO: COMO CONSEGUIR QUE LOS PROFESIONALES NOTIFIQUEN

AUTORES: CAULES TICOULAT, YOLANDA (CAP SARRO ROSET VALLS); HOSPITAL GUARDIOLA, I. (CAP SARRO ROSET VALLS); TREGON MOLINER, J. (CAP SARRO ROSET VALLS); ALVAREZ LUY, M. (CAP SARRO ROSET VALLS); ESTEVE CASAS, M. (CAP SARRO ROSET VALLS); MARTINEZ JIMENEZ, ME. (CAP SARRO ROSET VALLS).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En junio del 2013, desde las UFSP (Unidades Funcionales de Seguridad del paciente) se implantó el sistema de notificación TPSC-cloud en nuestra Dirección de Atención Primaria como programa piloto. Nos propusimos que fuera una herramienta útil de trabajo para poder elaborar estrategias de mejora en la seguridad del paciente y para ello teníamos que lograr un fácil manejo por cualquier profesional del ABS (Área Básica de Salud).

Objetivos: Conseguir una extensa implantación del sistema de notificación TPSC-cloud en nuestro ABS.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Al inicio del proyecto desde la Comisión de calidad territorial se formó a los representantes de cada ABS en la utilización del sistema de notificación TPSC-cloud y éstos debían a la vez, replicar esta formación en cada ABS. Más tarde se promovió un curso on line de calidad en el que uno de los capítulos hacía referencia a la utilización de este sistema.

Internamente en nuestro ABS establecimos un procedimiento de trabajo liderado por la comisión de calidad y seguridad en el cual describimos la forma de comunicarnos con los profesionales que habían realizado alguna notificación, la comunicación con la dirección y el registro interno de nuestros incidentes que nos permitía una evaluación de los mismos de forma más simple y objetiva.

A pesar de la alta notificación en nuestro ABS identificamos que la mayoría de los incidentes los notificaban los mismos profesionales (la gran mayoría médicos) por lo que este año 2015 se programó una nueva estrategia de mejora que consistió en una sesión general recordatoria del funcionamiento del sistema y 4 talleres prácticos en pequeños grupos de profesionales con notificaciones reales.

El equipo directivo ha establecido en las DPO (Dirección por Objetivos) 2015 para cada profesional un objetivo de notificación de incidentes.

Resultados Conclusión: Resultados. En este momento nuestro ABS es el principal notificador de nuestra Dirección de Atención Primaria (252 notificaciones en dos años) y hemos conseguido que la distribución ya no sea entre 4 - 5 notificadores sino que se ha extendido a profesionales de todos los estamentos.

El número de notificaciones de los primeros meses 2015 ha sido: 36 y después de realizar la formación y el taller durante el mes de mayo 36 y los primeros 5 días del mes de junio: 11, lo que supone que en estos primeros 5 meses ya llevamos 83 notificaciones, 80% de las del año pasado (103)

Conclusión: utilizando varias estrategias (formativas on line, presenciales, talleres, inclusión en las DPO,...) hemos conseguido aumentar nuestro nivel de notificación al sistema TPSC- cloud y que éste sea generalizado en todos los estamentos.

Creemos que para seguir en este nivel también es muy importante la comunicación con los profesionales y que ellos perciban que sirve para mejorar la seguridad de nuestros pacientes que es el objetivo último de este sistema como estrategia retroactiva.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 308

TÍTULO: EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO DE HIGIENE DE MANOS EN UN AREA DE ALTO RIESGO DE INFECCIÓN

AUTORES: RODRIGUEZ PEREZ, MARIA PAZ (COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA); HARO PEREZ, A. M. (COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA); JIMENEZ RODRIGUEZ, M. (COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA); NATAL SUAREZ, N. (COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA); RIVERO MARTIN, A. (COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA); VAZQUEZ LOPEZ, L. (COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) es uno de los efectos adversos más importantes que afecta a la seguridad de los pacientes y la correcta higiene de manos es la estrategia fundamental para su prevención

Objetivos: Evaluar el impacto del programa multimodal de mejora del cumplimiento de la higiene de manos (HM) entre los profesionales del servicio de Hematología en un complejo asistencial universitario.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se ha llevado a cabo un estudio de intervención antes-después, con seguimiento prospectivo de cohortes, de los pacientes hospitalizados en el servicio de Hematología del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, entre los meses de octubre de 2014 a mayo de 2015. Una de las principales intervenciones ha sido mejorar el cumplimiento de la higiene de manos. La intervención se ha realizado siguiendo el modelo multimodal de la OMS. Los indicadores de resultado han sido el porcentaje de oportunidades que se realizaba HM global y según los 5 momentos, el consumo de productos de base alcohólica (PBA) y el % de ocasiones en las que se hacía HM con agua y jabón o con alcohol.

Resultados Conclusión: En la fase preintervención se evaluaron 49 oportunidades, de las cuales se hizo HM (mediante lavado o fricción) en 23 (46,9%), y con PBA en 16 (32,7%). En la fase postintervención se evaluaron 85 oportunidades, de las cuales se hizo HM en 58 (68,2%), y con PBA en 46 (54,1%), observando mayor cumplimiento tras la intervención multimodal. Respecto a la evaluación de los 5 momentos de la OMS, el momento 1 (antes del contacto) y el momento 5 (después del contacto) es donde se observa mayor cumplimiento, tanto pre como post-intervención (60% y 77,8%, respectivamente en el momento 1; y 57,1% y 74,2% en el momento 5). La media de consumo de solución hidroalcohólica en 2014 ha sido de 11,36ml/día, un 40% más que en el periodo preintervención.

Las infecciones asociadas a la atención de salud (IRAS) son una parte de las complicaciones más graves y frecuentes de atención sanitaria dan lugar a una significativa morbilidad, la mortalidad y pérdidas económicas para los sistemas de salud. Aunque muchos factores contribuyen al desarrollo de IRAS, se ha identificado que la transmisión de microorganismos de las manos de los trabajadores de la salud es uno de los factores más importantes responsables de las infecciones asociadas a la atención de salud.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 309

TÍTULO: DESCRIPCIÓN DE LOS INCIDENTES NOTIFICADOS EN UN CENTRO DE SALUD

AUTORES: CAULES TICOULAT, YOLANDA (CAP SARRO ROSET VALLS); HOSPITAL GUARDIOLA, I. (CAP SARRO ROSET VALLS); FONTANILLES GUELL, M. (CAP SARRO ROSET VALLS); JUAREZ LAIZ, M. M. (CAP SARRO ROSET VALLS); SAUN CASAS, N. (CAP SARRO ROSET VALLS); BADENES MEZQUITA, M. (CAP SARRO ROSET VALLS).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En Junio del 2013 se implantó en nuestro ABS (Área Básica de Salud) el sistema de registro de incidentes TPSC-cloud. Este sistema es una estrategia reactiva para mejorar la seguridad de los pacientes a partir de nuestros puntos débiles que son los causantes de nuestros incidentes establecer estrategias de mejora. Forma parte del proyecto de calidad de nuestro ABS y de la UFSP (Unidad Funcional de Seguridad del Paciente) de la DAP

Objetivos: Describir los incidentes comunicados en el TPSC-cloud.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Sistema de Notificación TPSC-cloud introducido en nuestra intranet y una base de datos Excel para la explotación de los datos de nuestra ABS.

Resultados Conclusión: Resultados:

El proyecto se inició en junio del 2013 y hemos notificado 208 incidentes.

Las áreas con el mayor número de notificaciones han sido: Documentación analógica y digital (por ejemplo falta de resultados de análisis, radiología, ecografías,...) y Gestión clínica y procedimientos (paciente sin las indicaciones pertinentes al alta, cambios de medicación verbales en la consulta especializada...)

105 de estas notificaciones estaban relacionados con la comunicación atención primaria y especializada (continuum asistencial), esto supone un 50.4% de los incidentes notificados durante estos últimos tres años. La proporción se mantiene en los tres últimos años.

Según el nivel de riesgo de los incidentes, nuestra proporción fue la siguiente: 2% riesgo alto, 29% riesgo moderado, 49 % riesgo bajo, 20% riesgo muy bajo. Estos resultados coinciden con la literatura.

Conclusión:

Estos resultados marcan como puntos estratégicos el continuum asistencial con el hospital y la comunicación informática hospital primaria en cuanto a documentos. Por tanto nuestras estrategias de intervención deben ir encaminadas a:

1) Dado que sólo podemos visualizar parte del historial clínico del hospital: la radiología, los informes alta pero no podemos visualizar el curso clínico ni el resto de pruebas como ecocardio, Holter,.....que es el que causa la gran mayoría de incidentes del continuum asistencia, se ha establecido un convenio ICS_Pius Hospital pero aún no ha sido implantado, sería importante agilizarlo.

2) Hemos conseguido alguna mejora desde la implantación de la receta electrónica en el hospital lo cual al menos nos permite visualizar el tratamiento activo (evitando incidentes por prescripción verbal).

3) Algunos incidentes podrían resolverse si el SIRE (Sistema de Receta electrónica) tuviera el mismo sistema de alertas que el ECAP (nuestro sistema informático de prescripción: Self-audit, Prefaseg) que es valorado como una gran herramienta de ayuda en la seguridad del paciente, una estrategia proactiva que activa una alarma antes de realizar la prescripción evitando gran número de errores.

4) Nos ha permitido modificar circuitos internos del ABS, repasar procedimientos, crear grupos de mejora y hemos implantado un sistema de revisión continuo con la Dirección para establecer los cambios necesarios.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 310

TÍTULO: IDENTIFICACION DE ASPECTOS A MEJORAR EN UNA UCI PEDIÁTRICA DE PUERTAS ABIERTAS

AUTORES: RIQUELME VALVERDE, LYDIA (HCU VIRGEN DE LA ARRIXACA); MONTOSA GARCÍA, R. (HCU VIRGEN DE LA ARRIXACA); MARÍN YAGO, A. (HCU VIRGEN DE LA ARRIXACA); PEREDAMAS, A. (HCU VIRGEN DE LA ARRIXACA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: A partir de un cambio de estructura física de la UCI Pediátrica en el año 2009, se pudo habilitar los boxes para permitir la estancia de los padres las 24h dentro de la Unidad. En el año 2012 nos surge la necesidad de conocer el grado de satisfacción de los pacientes ingresados, sobre todo para valorar este gran cambio. La satisfacción de los pacientes es una medida de la calidad de los servicios sanitarios, y en el caso de los pacientes pediátricos, este grado de satisfacción va a ser muy difícil de identificar en la mayoría de los casos, así que utilizamos una encuesta de satisfacción que se le pasó a los cuidadores principales.

Objetivos: Detectar ámbitos de mejora en una Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos tras 3 años de funcionamiento como unidad de puertas abiertas, donde se permite la estancia de un progenitor las 24 h del día.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio observacional descriptivo basado en encuestas validadas por la Unidad de Calidad del Hospital, de satisfacción /calidad percibida, al alta a 52 cuidadores principales de niños ingresados en la UCI Pediátrica del HCU Virgen de la Arrixaca en el periodo 2012-2013.

Resultados Conclusión: En los aspectos de información recibida y trato por parte del personal de enfermería la valoración era, un 89 % de los 164 ítems eran valorados muy bien/bien. En cuanto a la interacción personal y el grado de participación permitido en los cuidados de su hijo, un 84% de los ítems recibe una valoración de muy buena/buena. A la pregunta de qué mejoraría en la Unidad, solo un 13% contesta que nada y a la pregunta de qué cambiaría en el funcionamiento, un 37% contesta que nada. Ninguna de las respuestas relativas a que cosas no le han gustado o cambiaría de la unidad se refiere a aspectos del trato o información recibida por parte de enfermería, siendo los aspectos más mencionados como mejorables: el exceso de ruido y la ausencia de luz natural y cambios en las normas de estancia y visita para permitir más tiempo la estancia de más de un familiar. A pesar de que el grado de satisfacción general de los padres con la unidad es bueno, en las respuestas acerca de los aspectos que modificarían, se evidencia que hay puntos muy mejorables y en los que se ha comenzado a trabajar.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 312

TÍTULO: NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN DIRIGIDAS A MEJORAR LA CALIDAD DE UN COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN

AUTORES: ALCALDE BEZHOLD, GUILLERMO (HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA); ALFONSO FARNÓS, I. (COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE EUSKADI); PÉREZ DE LABORDA HURTADO DE SARACHO, I. (COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE EUSKADI); RODRIGUEZ VELASCO, M. (COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE EUSKADI); SOLAÚN EGURROLA, M. (DIRECCIÓN DE FARMACIA DEL GOBIERNO VASCO); BETOLAZA SAN MIGUEL, J. I. (DIRECCIÓN DE FARMACIA DEL GOBIERNO VASCO).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Las nuevas tecnologías permiten mejorar la eficiencia de empresas y Administraciones. En esta línea, la Dirección de Farmacia del Gobierno Vasco, ha realizado un esfuerzo para incorporar las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) en la actividad diaria del Comité Ético de Investigación Clínica de Euskadi (CEIC-E), adscrito a dicha dirección. El CEIC-E ha implantado un sistema de gestión de calidad (SGC) destinado a satisfacer las necesidades de los sujetos participantes, de investigadores y promotores. La política de calidad del CEIC-E recoge en uno de sus apartados la estandarización de sus procesos, por lo que la incorporación de estas tecnologías ha permitido automatizar y simplificar considerablemente el trabajo interno desarrollado con la correspondiente mejora de su eficiencia y calidad.

Objetivos: Mejorar los procesos de la secretaría del CEIC-E y el procedimiento de evaluación de estudios gracias a la implantación de las TIC como herramientas clave.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: En el año 2014, se incluyeron en el SGC del CEIC-E dos objetivos anuales relacionados con la mejora continua en base al uso de las TIC:

- Obtener un sistema de gestión electrónico de no conformidades y medidas preventivas para facilitar su seguimiento y archivo.
- Llevar a cabo una difusión de la actividad del CEIC-E a través de la página web <http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-pkfarm03/es/> incluyendo rutas de evaluación de la investigación biomédica.
- Desarrollo de una encuesta de satisfacción online para facilitar la cumplimentación a los diferentes clientes del CEIC (promotores, investigadores, biobancos, CEIC locales).

Resultados Conclusión: En relación a la medición del cumplimiento anual de los objetivos propuestos, se alcanzó el 100% en los indicadores de cada una de las tareas correspondientes.

En el análisis de la satisfacción del cliente, se recibieron 123 encuestas cumplimentadas. Un 25% de los comentarios recibidos (8/32) hacía referencia a sugerencias relacionadas con el procedimiento administrativo de solicitud y evaluación del CEIC-E. Como respuesta se han implantado varias acciones con objeto de mejorar varios aspectos clave en la actividad del comité mediante la utilización de las TIC:

-Revisión periódica y actualización de la página web del CEIC-E en relación a la solicitud de evaluación de estudios: como ejemplo, la puesta en marcha de requisitos simplificados para la remisión de documentación, sistemas de ayuda (algoritmo de rutas de evaluación de estudios, preguntas frecuentes, etc...)

-Procedimiento de evaluación: desarrollo de sistemas más flexibles de reunión (videoconferencias, teleconferencias, etc.).

-Se ha planificado la implantación de una ventanilla única de evaluación, así como el desarrollo de un sistema de envío telemático de la documentación a evaluar.

Conclusión: Las TIC son una herramienta fundamental para garantizar el correcto funcionamiento de un SGC y mejorar así la eficiencia en el funcionamiento de un CEIC.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 313

TÍTULO: HIGIENE DE MANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: LOS GRANDES LOGROS REQUIEREN DE MUCHO TIEMPO.

AUTORES: JIMENEZ GOMEZ, CARMEN (ATENCIÓN PRIMARIA); OLIVERA CAÑADAS, G. (ATENCIÓN PRIMARIA); MONEDO PÉREZ, O. (ATENCIÓN PRIMARIA); CAÑADA DORADO, A. (ATENCIÓN PRIMARIA); JIMENEZ DOMINGUEZ, C. (ATENCIÓN PRIMARIA); DRAKE CANELA, M. (ATENCIÓN PRIMARIA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Desde 2010 se desarrollan en Atención Primaria (AP) campañas anuales de formación y sensibilización de profesionales que incluyen actividades formativas, lúdicas y de evaluación que persiguen que la higiene de manos (HM) se convierta en un comportamiento automático de la práctica asistencial. Entre las actividades desarrolladas se encuentra la cumplimentación del cuestionario de autoevaluación que mide el nivel de implantación de la estrategia de HM.

Objetivos: Conocer el nivel de implantación de la estrategia de HM en los centros de salud (CS) y evaluar la evolución de resultados durante los últimos años.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Los responsables de HM de los CS cumplimentan el cuestionario de autoevaluación como una actividad más de la campaña del año en curso.

Se ha realizado autoevaluación en 2012 y 2014.

La comparación de resultados obtenidos se ha utilizado para orientar el diseño de la campaña 2015 con la realización de actividades que trabajan las áreas de mejora detectadas e intentan ampliar el cumplimiento.

Resultados Conclusión: En 2014 han cumplimentado el cuestionario 203 CS (78% del total). De ellos, el 1% se encuentra en nivel inadecuado, el 23% en nivel básico, el 73% en intermedio y el 3% en avanzado.

Si comparamos los resultados de 2014 y 2012 incluyendo los 262 CS:

Ha disminuido el porcentaje de participación de CS: 89% en 2012 frente a 78% en 2014.

Ha disminuido el porcentaje de CS que se encuentran en nivel inadecuado: 0,76% en 2014 frente a 2,29% en 2012.

Ha disminuido el porcentaje de CS que se encuentran en nivel básico: 17,94% en 2014 frente a 27,48% en 2012.

Ha aumentado el porcentaje de CS que se encuentran en nivel intermedio: 56,94% en 2014 frente a 52,19% en 2012.

Ha disminuido el porcentaje de CS que se encuentran en nivel avanzado: 2,29% en 2014 frente a 5,34% en 2012.

La puntuación media obtenida ha pasado de 273 puntos en 2012 a 284 en 2014.

De los 190 CS que han cumplimentado el cuestionario en 2012 y 2014, se han mantenido 118, han subido de nivel 50 y han bajado 22. El análisis global realizado para evaluar el desarrollo de los cinco componentes de la estrategia multimodal demostró que existían componentes muy desarrollados, como los relacionados con la existencia de la infraestructura necesaria para realizar la HM (87 puntos de 100), componentes con puntuación aceptable relacionados con sensibilización (62 puntos), formación (53 puntos) y clima de seguridad (63 puntos) y componentes mejorables como la observación directa, y retroalimentación (23 puntos), que tenían ya bajos resultados en 2012.

CONCLUSIÓN: La realización del cuestionario de autoevaluación de la OMS ha permitido a los responsables de HM detectar puntos fuertes y áreas de mejora en la implantación de la estrategia en su CS y evaluar la efectividad del plan de mejora individual iniciado hace dos años. A nivel de CCAA ha permitido detectar los componentes menos desarrollados y establecer un nuevo punto de partida para la implantación de actividades diferentes que mejoren los resultados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 314

TÍTULO: NORMALIZACIÓN EN UNA ORGANIZACIÓN MULTICENTRICA DE DIAGNOSTICO POR LA IMAGEN

AUTORES: GALLO MARTINEZ, CLAUDIA (HEALTH DIAGNOSTIC-IDCSALUD); GARCÍA MALLO, C. (HEALTH DIAGNOSTIC-HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR); NAVARRO CASAS, R. (HEALTH DIAGNOSTIC- IDCSALUD SAGRAT COR HOSPITAL UNIVERSITARIO); PINILLA GUTSENS, N. (IDCSALUD SAGRAT COR HOSPITAL UNIVERSITARIO); BLANCO RODRÍGUEZ, M. (IDCSALUD); ROVIRA CAÑELLAS, M. (HEALTH DIAGNOSTIC-IDCSALUD).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Necesidad de homogeneización de la Organización, formada por varios servicios de diagnostico por la imagen (SDPI) de origen diverso, dentro de tres centros de un grupo sanitario. Dos SDPI externalizados y uno interno

Objetivos: Conseguir la Normalización de la Organización utilizando como factor aglutinante la obtención de una certificación multisite según Norma ISO 9001: 2008

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se parte de tres SDPI integrados en centros sanitarios con realidades diversas: uno de ellos externalizado dentro de un hospital de 367 camas, de gestión privada pero integrado en una red de hospitales de utilización pública; otro de 286 camas, también privado con alguna actividad concertada con el sector público y, por último, una clínica privada de 109 camas con conciertos puntuales con el sector público. Se crea un Núcleo Promotor de Calidad que realiza un análisis centrado en el enfoque y el despliegue que debe concretarse en: creación de un Mapa de Procesos común, creación de nuevos procedimientos y revisión de los preexistentes, revisión y creación de indicadores de proceso, planteamiento de Objetivos de Calidad alineados con las líneas estratégicas corporativas, particulares en cada centro y comunes para los tres. Se realizan auditorías de situación e internas para cuyas detecciones deben implementarse acciones correctivas como, por ejemplo, creación de encuestas de calidad percibida para cliente interno y externo, creación de registros de incidencias informatizados, evaluación de proveedores aprovechando aplicaciones preexistentes en los centros. Asimismo se plantean acciones de homogeneización en importantes cuestiones como la protección radiológica, la formación o la evaluación de competencias

Resultados Conclusión: Con la obtención de la certificación ISO 9001:2008, se ha mejorado en aspectos como:

- Definición de un Mapa de Procesos común a los tres SDPI
- Identificación y control de procesos, gestionados externamente, relacionados con los procesos clave de la Organización
- Establecimiento listas cruzadas y revisiones periódicas para el control documental
- Calidad percibida, complementando las encuestas directas con un sistema NPS (Net Promoter Score) que permite medir la lealtad de los clientes internos y los pacientes
- Se ha pasado de la medición de un Proceso, al control global de una nueva Organización mucho más compleja
- Establecimiento de Objetivos comunes
- Registro y gestión de incidencias
- Revisión por la Dirección

Se han homogeneizado o se encuentran en vías de normalización, aspectos como:

- El control dosimétrico de la instalación y los trabajadores
- Programas de garantía de Calidad en radiodiagnóstico

Retos de futuro:

- Consolidar desde la certificación multisite obtenida la homogeneización de todos los centros e incorporar nuevos SDPI y Laboratorios de análisis
- Extender la implicación a todo el personal, superando con planteamientos imaginativos posibles resistencias, motivadas por el incremento registral de difícil compatibilización, en ocasiones, con la presión asistencial

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 315

TÍTULO: EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y TENDENCIAS ACTUALES DE LA BIOÉTICA. UN ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO

AUTORES: MAHTANI MAHTANI, VIJAY (DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS ASISTENCIALES. SERVICIO DE GESTIÓN DE LA DEMANDA ASISTENCIAL); ESPINILLA YAGÜE, C. (DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS ASISTENCIALES. SERVICIO DE GESTIÓN DE LA DEMANDA ASISTENCIAL); ROBAINA RODRÍGUEZ, B. (DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS ASISTENCIALES. SERVICIO DE GESTIÓN DE LA DEMANDA ASISTENCIAL); NÚÑEZ DÍAZ, S. (DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS ASISTENCIALES. SERVICIO DE GESTIÓN DE LA DEMANDA ASISTENCIAL)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Desde que en 1971 Van Rensselaer Potter acuñara por primera vez el término bioética en su obra Bioethics: bridge to the future, la ciencia y la técnica han avanzado tanto últimamente que se han generado cambios drásticos en los paradigmas éticos.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue describir los patrones más significativos de las referencias bibliográficas indexadas en Web of Knowledge sobre bioética desde 1.975 hasta 2014 e identificar los 100 artículos más citados y analizar sus características.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo de carácter bibliométrico donde la fuente de información fue la base de datos Science Citation Index Expanded. Para la selección de artículos se utilizaron como parámetros de búsqueda los incluidos en el tesoro de Pub-Med relacionados con bioética, cuidados y servicios de salud. Se analizó el número de publicaciones por año, país, idioma, categoría temática y autor principal. Del total, se seleccionaron los 100 artículos más citados (top-100), evaluando el título, autor, institución, idioma, citas, resumen y palabras clave.

Resultados Conclusión: Se obtuvieron 2.480 referencias durante el periodo de estudio. Su distribución anual presentó un aumento casi exponencial hasta 2.014. Estados Unidos fue el país con mayor producción científica con el 44% de documentos. En Europa, el primer país productor fue el Reino Unido con el 11% y España ocupó el puesto 11º con el 1%. El tipo de documento más frecuente fue el artículo original (70%). Respecto a los top-100, la media de citación fue de 58,95 (rango: 29-442). Por áreas temáticas, el 49% de los artículos pertenecían a las áreas de medicina en general y servicios de salud. Annals of Internal Medicine fue la revista que más documentos aportó y New England Journal of Medicine la de mayor factor impacto. A modo de conclusión, es significativo el momento a partir del cual comienza el incremento de las publicaciones que coincide con la publicación del Informe Belmont (1978). El hecho de que la mayoría de los documentos sean originales pone de manifiesto el importante esfuerzo de pensamiento científico que se está realizando en el avance de construir el valor abstracto y humanizador de la Bioética.

Los dos artículos más citados se centran en aspectos éticos de la seguridad del paciente y son ejemplos de los cambios de paradigmas a los que se aludían al principio. Por otro lado, las dos publicaciones más recientes, entre los top 100, se preocupan de que la adquisición del conocimiento (docencia e investigación) se lleven a cabo de una manera éticamente aceptable, señalando en cierta medida las tendencias actuales en este tema.

La bioética continúa siendo por su particular naturaleza vinculada al propio sentido de la vida, materia de debate científico inacabado de interés mundial.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 316

TÍTULO: DESARROLLO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL IBERMUTUAMUR.

AUTORES: CALVO BONACHO, EVA (IBERMUTUAMUR); CABRERA SIERRA, M. (IBERMUTUAMUR); ALARCÓN REINA, S. (IBERMUTUAMUR); PÉREZ SALMERÓN, J. (IBERMUTUAMUR); ARAGÓN SOSA, O. (IBERMUTUAMUR); SANZ SANZ, V. (IBERMUTUAMUR).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Antecedentes: El Hospital Ibermutuamur obtuvo la Certificación de Calidad ISO 9001 en 1998, siendo uno de los Hospitales pioneros en apostar por la Calidad Asistencial; desde entonces vela por la Seguridad del Paciente (SP) para alcanzar la excelencia.

Objetivos: Objetivo: Desarrollar un Sistema de Gestión de Riesgos para la SP en el Hospital Ibermutuamur para mejorar la asistencia sanitaria.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Material y Métodos: Se constituyó un grupo multidisciplinar que se denominó Comité de Calidad y de Seguridad del Paciente; en una primera fase se realizó un análisis de las buenas prácticas en SP existentes en el Hospital utilizando el Check-list de Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA) a modo de diagnóstico inicial. En una segunda fase se realizó un análisis de todos los procesos clínicos (urgencias, planta hospitalaria, quirófanos, consultas y rehabilitación), para identificar de forma proactiva los factores que pudieran provocar la aparición de un riesgo a través de la observación "in situ" de todos los procesos; también se hizo una revisión de quejas, sugerencias, reclamaciones de pacientes y demandas judiciales. Con esta información se elaboró un Mapa de Riesgos utilizando la metodología de Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) estableciendo criterios de gravedad, frecuencia y capacidad de detección y se obtuvo el índice de prioridad del riesgo (IPR). Los riesgos se clasificaron en: Riesgo marginal < 5, Riesgo apreciable ;5< 10, Riesgo importante ;10 < 15, Riesgo muy grave ;15. Una vez priorizados los riesgos se formuló un Plan de Tratamiento con acciones de mejora (AM) todas ellas dirigidas a la mejora continua y la consecución de la excelencia.

Resultados Conclusión: Resultados: Se identificaron 33 riesgos para la SP, de los cuales 17 eran inaceptables, siendo uno muy importante, dos importantes y 14 apreciables. Sobre estos 17 riesgos, se incluyeron 11 AM que se han ejecutado en 2014 y 17 para implementar en 2015, con unos objetivos e indicadores específicos. También se reforzaron 27 buenas prácticas ya existentes. El despliegue del Plan Estratégico 2014-2016 que se formuló, se implementó en las áreas asistenciales y administrativas del Hospital de Ibermutuamur, cuya población de referencia asciende a 220.000 trabajadores protegidos. Las líneas incluidas en dicho Plan fueron las siguientes: 1. Cultura de Seguridad del Paciente a través de sensibilizar, involucrar y hacer partícipes a pacientes y profesionales; 2. Implantación de sistema de gestión de riesgos según norma UNE 179003:2013 y 3. Establecer cultura de prácticas seguras, atendiendo a los planes de mejora según priorización de los riesgos: Atención eficiente y segura, Atención limpia y segura, Cirugía segura y Medicación Segura.

Conclusiones: El desarrollo de un sistema de gestión de riesgos para la SP, constituye un pilar para mejorar la asistencia sanitaria, haciéndola mas segura y potenciando la cultura de SP. Actualmente contamos con la certificación de la norma UNE 179003:2013.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 317

TÍTULO: DISEÑO DE UN PLAN DE CALIDAD EN LISTAS DE ESPERA. UN MODELO DE GESTIÓN BASADO EN LA COMUNICACIÓN

AUTORES: NÚÑEZ DÍAZ, SALVADOR (DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS ASISTENCIALES. SERVICIO DE GESTIÓN DE LA DEMANDA ASISTENCIAL. SERVICIO CANARIO DE LA SALUD); ROBAINA RODRÍGUEZ, B. (DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS ASISTENCIALES. SERVICIO DE GESTIÓN DE LA DEMANDA ASISTENCIAL. SERVICIO CANARIO DE LA SALUD); ESPINILLA YAGÜE, C. (DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS ASISTENCIALES. SERVICIO DE GESTIÓN DE LA DEMANDA ASISTENCIAL. SERVICIO CANARIO DE LA SALUD); MAHTANI MAHTANI, V. (DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS ASISTENCIALES. SERVICIO DE GESTIÓN DE LA DEMANDA ASISTENCIAL. SERVICIO CANARIO DE LA SALUD)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El Servicio de Gestión de la Demanda Asistencial (SGDA), ejecuta su misión fundamentado en dos valores fundamentales e íntimamente relacionados: la calidad y la humanización de su actuación. En este sentido, las listas de espera se erige como uno de los principales retos de gestión, toda vez que la espera es capaz de desatar toda una serie de vivencias estresantes que podrían repercutir en el proceso de salud que mantiene a la persona en esa situación, además de ser el origen de muchas de las reclamaciones.

Objetivos: El objetivo de este plan consiste en la promoción y praxis de un modelo de gestión basado en la comunicación, directa e indirecta a través de las estrategias y dispositivos dispuestos a tal fin, con los pacientes en espera, para evitar que la misma pueda ser en sí mismo un factor o condición de riesgo añadido para la persona que experimenta una patología concreta.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Para la consecución del objetivo planteado se implementó un sistema de trabajo de equipo permanente, donde también se contempla la labor formativa en técnicas y habilidades que promuevan la asertividad desde la autocrítica reflexiva de todas las tareas que se realizan. Esta línea estratégica se concreta en las siguientes acciones: a) Monitorización b) La comunicación en todos los niveles que afecta a cada caso: El contacto como un continuo y c) las respuestas ajustadas a la realidad clínica y psicosocial de la persona. Los indicadores más relevantes del proceso son: a) % de pacientes en LEQ > 6m contactados por la SGDA para ofrecerles información sobre su situación al tiempo de conocer cualquier evento que pueda ser relevante en su proceso de espera. b) % de pacientes derivados contactados por SGDA para informándoles de su nueva situación. c) nivel de satisfacción de los usuarios y usuarias del servicio. d) índice de pacientes que modifican su categoría "prioridad" por razón de su monitorización.

Resultados Conclusión: Empoderamiento.

La espera no es equivalente a inmovilismo o estática, por el contrario requiere creatividad para que la persona amén del tiempo se sienta atendida y tome un papel proactivo a su favor; es éste el argumento que fundamenta todos los cambios administrativos, de sistemas de registros y procedimientos que se están ejecutando ya en el SGDA.

Alternativas/Respuestas de mayor validez y calidad. En la línea de lo expuesto, se está profundizando en todas las variables de carácter psicosocial que puedan estar mediando en la calidad de la espera, incluidas las relacionadas con el género y que bien pudiera estar ocasionando situaciones de inequidad. La perspectiva de género es un reto que comenzamos a explotar para ser fieles a una realidad y dar así alternativas más acertadas. La apertura de un dilema ético, pues aquello que inicialmente se hace imprescindible como instrumento adecuadamente gestionable para la distribución de los recursos limitados puede devenir en riesgo intrínseco para la consecución de los objetivos que se persigue (priorización objetiva y estructurada).

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 318

TÍTULO: CUIDANDO AL CUIDADOR: PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA PERSONA CUIDADORA DEL PACIENTE DEPENDIENTE

AUTORES: PÉREZ RIVAS, FRANCISCO JAVIER (DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD); LASHERAS LOZANO, M. L. (DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD); MATEOS RODILLA, J. (DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD); MINGUET ARENAS, C. (DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD); ZAMARRÓN FRAILE, E. (DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD); PIRES ALCAIDE, M. (DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El Plan de Promoción de la salud y prevención, la estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas y la estrategia de calidad de los cuidados de Atención Primaria son 3 estrategias que inciden en la necesidad de definir líneas de acción para mejorar el bienestar y la salud de las personas cuidadoras. El Programa de atención a la persona cuidadora del paciente dependiente desarrolla estas líneas de actuación.

Objetivos: Asegurar la atención integral y holística a la persona cuidadora de personas dependientes. Mejorar la calidad de vida y prevenir los trastornos de salud derivados del rol como personas cuidadoras de otras personas en situación de dependencia.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se constituye una estructura organizativa para la elaboración e implementación de un programa de atención a la persona cuidadora formada por directivos de la gerencia de atención primaria y de salud pública, dos coordinadores técnicos, responsables de enfermería y responsables de educación para la salud en los centros de salud. Se realiza la presentación oficial y se establece un cronograma de implantación y desarrollo. Se despliegan y ejecutan las acciones definidas. Se realiza la evaluación en mayo de 2015.

Resultados Conclusión: El programa incluye 14 líneas de acción con el fin de dar respuesta a 4 objetivos específicos: protocolizar la atención, definir el sistema de registro en la historia clínica electrónica (HCE), informar, formar y sensibilizar a los profesionales sociosanitarios y sensibilizar a la sociedad en general.

Derivados del programa, se han desarrollado los siguientes productos:

- Se ha diseñado un sistema de registro en la HCE que permite identificar y registrar el proceso de atención a la persona cuidadora.
- Se ha elaborado y difundido un protocolo clínico de atención integral a la persona cuidadora y una guía breve para los profesionales.
- Se han incluido en la HCE planes de cuidados estandarizados para los diagnósticos de cansancio del rol del cuidador y riesgo de cansancio del rol del cuidador.
- Se han distribuido en los centros de salud documentos de divulgación (folletos y hojas de recomendaciones) dirigidos a mejorar la capacidad de autocuidado de la persona cuidadora.
- Se ha diseñado un taller de educación para la Salud grupal dirigido a personas cuidadoras de pacientes dependientes.
- Ha quedado establecido el procedimiento de evaluación de los indicadores definidos en el programa.
- Se ha incluido, en las líneas formativas de la Dirección General de Atención Primaria, una línea específica sobre atención a las personas cuidadoras.
- Se ha designado un responsable del programa de atención a la persona cuidadora en cada nivel de la organización y se han definido sus funciones.

CONCLUSIÓN: Se han desarrollado los productos previstos en el programa, poniendo a disposición de los profesionales las herramientas necesarias para poder hacer efectivo el objetivo propuesto: Mejorar la atención y la salud de la persona cuidadora.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 319

TÍTULO: EL EMPODERAMIENTO DE LOS PACIENTES COMO ESTRATEGIA PARA LA IMPLANTACIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS

AUTORES: PÉREZ COMPANY, PILAR. (HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL DE HEBRON); DAVIN DURBAN, I. (HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL DE HEBRON); TIÑENA AMORÓS, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL DE HEBRON); PONCE RUIZ, S. (HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL DE HEBRON); SEVILLANO LALINDE, M. M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL DE HEBRON); BOSCH RAVENTOS, S. (HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL DE HEBRON).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Una de las estrategias más efectivas recomendadas para la implantación de las guías de buenas prácticas, es la que se refiere a la participación de los pacientes. Hemos considerado de aplicación prioritaria un grupo de acciones que vienen a desarrollar este tipo de estrategias en la implantación de las guías: Prevención de las caídas y lesiones en personas mayores y Manejo y Cuidado de la Ostomía del Programa de excelencia en cuidados Best Practice Spotlight Organización, que se ha aplicado en nuestro hospital estos tres últimos años.

Objetivos: Poner en marcha acciones para desarrollar la estrategia de empoderamiento de los pacientes, una forma de asegurar la eficacia de las intervenciones de las guías.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Para la selección de acciones dos métodos, la revisión bibliográfica y un concurso de ideas. Acciones Guía de Caídas: "El Bonus" El carnet de puntos del paciente. 10 ítems/puntos que tienen que lograr, tres colores dependiendo de su valor. Su consecución supone un punto de libro con los eslóganes del Programa. Concurso de fotografías: Pacientes simulando situaciones de riesgo. Grupos: Role play de lo que se debe hacer, pacientes y cuidadores. "La marea baja" Mantener la cama en la posición más baja posible durante la estancia. Acciones Guía de Ostomías: "La bolsa y la vida" Grupo de ayuda mutua, coordinado por los propios pacientes y asesorados por profesionales. Sesiones de Educación e Información para la autonomía de sus cuidados. Para ambas guías: Carteles identificando las unidades donde se está aplicando la guía, en la que los pacientes han cedido los derechos de imagen. Talleres de información dirigidos por expertos. Participación en las mesas redondas de las Sesiones Generales.

Resultados Conclusión: El abordaje incipiente de todas las actividades no nos permite tener todavía resultados de la eficacia de las mismas aunque algunas de ellas están descritas en la evidencia. Pero si podemos dar datos de su usabilidad. Los Bonus se han dado a 58 pacientes, consiguiendo 15 de ellos el 100% de los puntos. En el concurso se hicieron 55 fotografías, tres de ellas ganaron los premios y se exponen de forma itinerante. Se han hecho cinco sesiones de role play en las que han participado 72 pacientes/cuidadores. La marea baja se aplica en 11 unidades. El grupo de ayuda mutua, entre 10 y 15 pacientes ostomizados, se reúne cada semana. Todas las unidades del Programa tienen los carteles con las imágenes de los pacientes que las donaron. Se han hecho 22 talleres con expertos. El 93,8% de los pacientes ostomizados recibe Educación para la autonomía. Los pacientes han participado en dos de los cuatro actos generales. Como conclusión decir que la estrategia de incorporar el empoderamiento de los pacientes para la participación y toma de decisiones en la implantación de las guías, ha sido un objetivo claro desde el principio de la implantación pero que ha surgido después de un cambio cultural de los profesionales y que esta estrategia, con gran impacto, ha retroalimentado la cultura.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 320

TÍTULO: EL ARTE DE CUIDAR

AUTORES: BAENA MARTINEZ, MÓNICA (FUNDACIO SANITARIA MOLLET); NAVAS BONILLA, L. (FUNDACIO SANITARIA MOLLET); ALARCOS MOLERO, M. (FUNDACIO SANITARIA MOLLET)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La Dirección Enfermera del Hospital de Mollet apuesta por un modelo humanista basado en las 14 necesidades básicas de la Dra. Virginia Henderson.

El equipo enfermero del servicio de Urgencias aplica este modelo desde el 2012. Es un modelo conceptual que está orientado en la persona y en su familia o entorno. Se inicia con la valoración enfermera que permite determinar el grado de autonomía en las Actividades de la Vida Diaria Básicas de la persona, y así poder realizar la planificación de los cuidados enfermeros según el nivel de suplencia parcial o total, de manera individualizada y unificando intervenciones enfermeras.

Al aplicar este modelo obtenemos unos indicadores objetivables que nos permiten poder tomar decisiones y, a la vez, identificar el impacto que tienen nuestras intervenciones enfermeras. Esta forma de trabajar tiene como eje central a la persona y su entorno.

Objetivos: Objetivo general:

Implantación y evolución del plan de atención enfermero en el proceso urgente.

- Detectar el grado de autonomía de la persona
- Unificar intervenciones enfermeras.
- Planificar el cuidado según el nivel de suplencia

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: -Valoración enfermera

- Plan de cuidados
- Base de Excel para valorar resultados de los cortes observacionales

Resultados Conclusión: La Valoración y plan de cuidados es la herramienta para garantizar el proceso de atención enfermera adaptada a las necesidades en las Actividades de la Vida Diaria Básica de la persona, teniendo en cuenta su entorno y la familia. Facilita tener una visión más conocedora de la persona y permite la continuidad en los cuidados. Esta manera de trabajar homogeneiza la práctica y nos permite utilizar una metodología de trabajo única, con un lenguaje común, aporta una visión global de la persona, centrada en las respuestas humanas. Nos ayuda a trabajar por necesidades y no por tareas, ajustando la utilización de los recursos para aumentar la calidad en los cuidados de la persona atendida. Potencia la autonomía de la persona y ayuda a responsabilizarse de su proceso de salud, haciendo partícipe al familiar referente.

Este cambio de visión es un proceso que necesita un tiempo de adaptación. Durante todo este proceso, las enfermeras expertas hemos realizado unos cortes que muestran que todo y la resistencia inicial por parte del equipo enfermero, actualmente la gran mayoría aplica el plan de atención enfermero.

En nuestro servicio de Urgencias, éste modelo ha contribuido a mejorar el desarrollo de nuestra profesión, a pesar de encontrar bastantes dificultades y resistencias para poder llevarlo a cabo. Este modelo promueve el rol autónomo de la enfermera y, a la vez, contempla el rol de colaboración con otros profesionales. La evidencia científica del proyecto nos permite obtener unos criterios de calidad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 321

TÍTULO: IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA GESTOR DE COLAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

AUTORES: CONESA HERNANDEZ, ANDRES (COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA); ALCANTARA ZAPATA, F. (COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA); CRUZADO QUEVEDO, J. (COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA); AYALA SANCHEZ, N. (COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA); PORTA VILA, G. (COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA); PICHER VIDAL, E. (COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La Constitución Española, en su artículo 18 garantiza el derecho al honor, intimidad personal y familiar y a la propia imagen, además de limitar el uso de la informática para garantizarlos.

La Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) define como datos especialmente protegidos los referentes a raza, salud y vida sexual.

En nuestro servicio la llamada de pacientes se hacía a través de la megafonía en las salas de espera utilizando el nombre y los apellidos, lesionando la intimidad y confidencialidad que debemos a nuestros pacientes e incumpliendo la LOPD.

Objetivos: Nos planteamos instaurar un sistema gestor de colas que:

Sea adaptable a las particularidades de nuestro servicio.

Garantice el cumplimiento de la LOPD.

Sea intuitivo y fácil de utilizar.

Proporcione beneficios organizativos directos, con la eliminación de errores, el ahorro de tiempo y optimización del trabajo de los profesionales.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se utilizó el gestor de colas que utiliza el hospital para consultas externas. El Grupo de trabajo por estamentos del servicio se reunió en dos ocasiones para valorar las necesidades en la implantación del dispositivo. Hubo que realizar una nueva nomenclatura de todas las zonas, reconocimientos, unidades, etc. en función de la nueva denominación de consultas del localizador. A través del correo corporativo y mediante un manual de uso rápido se dio información a los profesionales y se formó a auxiliares de información, administrativos y celadores para dar información a los usuarios. Para su integración se incluyó un localizador en la pulsera identificativa que se da al paciente cuando acude a Urgencias; es un código compuesto por dos letras y cuatro números que se añade a la Estación Clínica Selene de forma automatizada. Desde ella se llama al paciente haciendo clic en un icono. Se ha creado un documento con los datos básicos y el localizador que se entrega a los familiares cuando la gravedad al ingreso del paciente, no permite este procedimiento. La llamada, de la que queda constancia en Selene, además de realizarse por megafonía, se muestra en las pantallas de las salas de espera, que también muestran un historial de llamadas para consultar o comprobar en caso de duda.

Resultados Conclusión: Al tener la experiencia de uso en las consultas externas el sistema es aceptado plenamente por los pacientes y se ha integrado de forma imperceptible y sin problemas en el servicio. El coste económico ha sido cero. No ha habido cambios estructurales y los cambios funcionales han sido mínimos y sin coste alguno. Se garantiza la confidencialidad y la intimidad en nuestras atenciones aumentando la seguridad y rapidez de atención. Hay una percepción, no cuantificada todavía, de disminución de peticiones de información, de pacientes y familiares por no saber de donde se les llamaba.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 322

TÍTULO: RESPONDIENDO A RETOS, UN MODELO TRANSFORMADOR: PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO (PAI) DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

AUTORES: MONEDO PÉREZ, OLGA (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA); MEDIAVILLA HERRERA, I. (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA); MIQUEL GÓMEZ, A. (COORDINACIÓN DE ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD); SÁNCHEZ-CELAYA DEL POZO, M. (COORDINACIÓN DE DIRECCIONES DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL); QUINTELA GONZÁLEZ, Z. (DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA); VICENTE HERRERO, M. (COORDINACIÓN DE DIRECCIONES DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los modelos de atención a la cronicidad se orientan a una asistencia integral que desde la experiencia del paciente sea continua, coherente, garantizando los servicios necesarios en el momento y lugar adecuados y durante el tiempo preciso, maximizando los resultados en salud

Objetivos: Definir el modelo asistencial del paciente crónico complejo estableciendo qué actividades deben realizarse, quién es el responsable, dónde y cuándo de acuerdo a la evidencia científica, aportando valor. El modelo responde a los retos de individualización, manejo en el ámbito idóneo y por el profesional indicado, seguimiento proactivo, capacidad de resolución continua y eficiente, definición de roles flexibles y comunicación eficaz

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Revisión exhaustiva de la evidencia científica
Definición: qué, quién, cómo, sistemas de registro y ayuda. Aportaciones de 14 asociaciones de pacientes y 26 sociedades científicas de atención primaria (AP) y hospitalaria. Implantación y evaluación de impacto

Resultados Conclusión: El PAI describe la ruta asistencial continua que responde a la situación del paciente en cada momento definiendo intervenciones, responsabilidades, roles y herramientas.

Identificación e inclusión:

Cualquier profesional sanitario o social puede identificar complejidad y la comunica al centro de salud mediante circuitos bidireccionales establecidos.

La asignación del nivel de intervención alto supone la inclusión en el PAI. Es realizada por el médico y la enfermera de AP tras una valoración multidimensional y dispara el plan asistencial personalizado.

La inclusión se comunica a la unidad de enlace hospitalaria (UEH) y conlleva la asignación de un especialista de referencia (ERH), coordinador de la atención hospitalaria.

Seguimiento en lugar de residencia:

La enfermera de AP lidera el seguimiento proactivo telefónico y domiciliario orientado a la detección precoz de descompensación y apoyo al paciente y cuidador. Un protocolo específico sirve de sistema de registro y ayuda.

El centro de recursos multicanal colabora en la resolución proactiva de dudas o consultas prestando atención 7x24.

Los referentes asistenciales son médico y enfermera de AP y el ERH o la enfermera gestora de casos actúan como consultores en caso necesario.

La comunicación bidireccional se apoya en herramientas de interconsulta virtual inmediata, efectiva, segura y evaluable a través de HCE (e-consulta).

Manejo de la descompensación:

Todos los ámbitos asistenciales son accesibles desde AP mediante circuitos específicos coordinados entre médico de AP y ERH.

La UEH coordina la atención hospitalaria y la comunicación entre ámbitos.

La continuidad de cuidados es liderada por la enfermera de enlace y enfermera de AP, que recibe información completa al alta, realiza valoración proactiva y lanza el plan personal.

Ante situaciones que requieran valoración urgente, circuitos específicos entre servicios de urgencia (hospitalarios y extrahospitalarios) y la UEH permiten el seguimiento del proceso sin fragmentación ni duplicidad

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 323

TÍTULO: REUBICACION DEL SUAP EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO. URGENCIAS DE ALTA RESOLUCION PARA PATOLOGIA DE BAJA COMPLEJIDAD

AUTORES: CONESA HERNANDEZ, ANDRES (COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA); CRUZADO QUEVEDO, J. (COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA); LOPEZ LACOMA, J. (COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA); GARCIA-BRAVO GONZALEZ, A. (COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA); SANTIAGO GARCIA, C. (COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA); PEDREÑO GARCIA, F. (COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Un objetivo para el 2014 era la reubicación del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) en el área de urgencias (SUH), del uno de los dos hospitales del Complejo Hospitalario como una fórmula para evitar duplicidades, reducción de costes, y proporcionar una asistencia con calidad y rapidez a aquellas personas que solicitan su asistencia.

Entre los problemas que planteaba la reubicación nos encontramos:

- Ser dispositivos adscritos a diferentes gerencias (061 y Área II).
- Usar herramientas informáticas distintas (OMI-SUAP y SELENE).
- Temor de profesionales a la fusión y a su pérdida de identidad como servicio.

Objetivos: Coordinar los dos equipos en una atención de urgencias de alta resolución y atender aquellas patologías banales de prioridad 4-5, de alta rápida y descongestionar el servicio de urgencias hospitalario de estas patologías.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Creación de grupo de trabajo para integración. En el 2º trimestre se estableció un grupo de trabajo integrado por profesionales, por responsables de ambos servicios, y de las dos direcciones gerentes. Se realizó un cronograma de actuaciones.

Elaboración de circuito de pacientes. Se estableció un circuito con tres tipos de pacientes según sus demandas: SUAP (curas, intramusculares, niños, etc.), SUH (prioridad 1-2-3) y pacientes comunes (prioridad 4-5, pueden ser atendidos por ambos dispositivos). En estos últimos se establece una proporción de derivación de 75% para SUH y 25% para SUAP. Relación 3:1.

La primera valoración, se realiza por enfermería del SUH mediante nuestro triaje. Para los pacientes comunes que vayan al SUH, la enfermería llama a Admisión para su admisión en Selene. Los pacientes comunes que van al SUAP pasan directamente a dicho servicio.

Ubicación de SUAP

En el tercer trimestre se realizó la ubicación del SUAP con 4 consultas, aseos públicos y privados, área de descanso y dos salas de espera compartidas con el SUH. En julio se inicia el trabajo conjunto.

Seguimiento

Ha habido dos reuniones para monitorización y seguimiento del proceso; y se han planteado cambios:

- Aumento del porcentaje de derivación de pacientes del 25 al 40% para SUAP. Relación 3:2.
- Incorporación directa a SELENE de los pacientes que van al SUH, evitando las llamadas entre triaje y admisión.
- Se ha propuesto y aceptado, la incorporación informática del SUAP a SELENE, para los pacientes comunes; debido a que el SUAP funciona con soporte de papel, estando pendiente de integrarse en OMI-SUAP.
- Realización de sesiones clínicas conjuntas para ambos servicios

Resultados Conclusión: La coordinación entre ambos dispositivos genera una Urgencia de Alta Resolución capaz de dar una respuesta ágil y rápida a patologías banales, de prioridad 4-5, disminuyendo los tiempos medios de permanencia en el SUH de 3.41 en 2013 a 2.66 horas en 2014. El aumento de la relación de pacientes atendidos por SUAP, disminuye la presión asistencial y ayuda a descongestionar el SUH.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 324

TÍTULO: EVALUAR LA IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS DE HELICOBACTER PYLORI.

AUTORES: GONZÁLEZ DE CANGAS, BÁRBARA (HOSPITAL DE JARRIO); GARCÍA PÉREZ, M. S. (HOSPITAL DE JARRIO); PÉREZ ÁLVAREZ, J. O. (ÁREA SANITARIA I); CADENA HERRÁN, XP. (ÁREA SANITARIA I); BLANCO COSTA, M. I. (HOSPITAL DE JARRIO); DIOS DEL VALLE, R. (HOSPITAL DE JARRIO).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Incrementar la capacidad resolutoria, tanto diagnóstica como terapéutica, de atención primaria es esencial para diseñar un sistema sanitario accesible y eficiente. Esto debe pasar por incrementar la cartera de pruebas a solicitar por los profesionales de AP, pero también nos obliga a diseñar estrategias de implantación que provoquen un uso adecuado y óptimo de las tecnologías.

Objetivos: Conocer la efectividad de la implantación del protocolo para la mejora de las indicaciones en las solicitudes de las pruebas para el estudio de helicobacter pilory.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo transversal. Se realiza un corte previo a la implantación del protocolo (2012) y otro tras la implantación (2014-2015). Se estudia una muestra representativa y aleatoria de 260 solicitudes de estudios de helicobacter (serología, test de aliento, antígeno en heces). Variables: sexo, zona de salud, edad, adecuación al protocolo. Análisis: las cuantitativas se describen con media y desviación estándar y las cualitativas con distribución porcentual de frecuencias. Se realiza un análisis bivalente buscando la asociación entre las variables y el grado de adecuación. Se define un nivel de significación estadística del 95%.

Resultados Conclusión: N: 260 pruebas, 126 preimplantación y 134 postimplantación. 44,6% corresponden a serología, 42,3% test de aliento, 13,1% antígeno en heces. 63.8% se realizaron a mujeres. Edad media: 49.27 (DE:16.5). 61% arrojaron un resultado negativo. La adecuación global de la muestra fue del 49.8%. El % de solicitudes inadecuadas paso del 46.4% al 48.9% (n.s.) tras la implantación del protocolo. Se observa una relación estadísticamente significativa entre el grado de adecuación y la prueba solicitada, así las serologías inadecuadas son el 67,9% frente al 32% de los test de aliento y 30.3% de los antígenos en heces($p < 0,001$). También se observa una gran diferencia en la adecuación en función del equipo de atención primaria, pasando el grado de inadecuación de un máximo del 100% en algunos equipos a un 36,8% en otros.

Conclusiones: La edición y divulgación del protocolo realizado no ha sido eficaz para mejorar las indicaciones de las solicitudes de las pruebas diagnósticas. Parece imprescindible diseñar una estrategia activa de formación y capacitación en este campo. Esta estrategia deberá contemplar la existencia de una gran área de mejora en lo que se refiere a las indicaciones de solicitud de la serología, que parece desconocerse mayoritariamente, y deberá reflejar la especificidad que se deriva de la variabilidad clínica existente entre los diferentes equipos de atención primaria.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 325

TÍTULO: RESULTADOS INDIVIDUALIZADOS EN LOS INDICADORES DE PROCESO ASISTENCIAL: UN PASO ADELANTE EN LA VALORACIÓN PROFESIONAL

AUTORES: BAYÓN CABEZA, MARIANELA (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. GERENCIA ADJUNTA DE PLANIFICACIÓN Y CALIDAD); MARTÍNEZ PATIÑO, D. (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. GERENCIA ADJUNTA DE PLANIFICACIÓN Y CALIDAD); MEDIAVILLA HERRERA, I. (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. GERENCIA ADJUNTA DE PLANIFICACIÓN Y CALIDAD); MARTÍ ARGANDOÑA, M. (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. GERENCIA ADJUNTA DE PLANIFICACIÓN Y CALIDAD); BARBERÁ MARTÍN, A. (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. GERENCIA ADJUNTA DE PLANIFICACIÓN Y CALIDAD); LÓPEZ ROMERO, A. (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. GERENCIA ADJUNTA DE PLANIFICACIÓN Y CALIDAD).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los procesos asistenciales priorizados en nuestra Gerencia de Atención Primaria (GAP) están recogidos en la Cartera de Servicios Estandarizados (CSE) que se evalúa anualmente como objetivo del contrato programa (CPC) de los centros de salud (CS). Desde el año 2011 se realiza esta evaluación a nivel de CS y por profesional. El cumplimiento del objetivo de cartera a nivel individual conlleva la mayor asignación de puntos (p.) en la evaluación para la percepción de incentivos económicos por los profesionales.

Objetivos: -Describir cómo se comporta un modelo normalizado de valoración del cumplimiento de CSE para los profesionales sanitarios de los CS.

-Demostrar que la asignación de puntos es homogénea entre las distintas categorías profesionales.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: La CSE se evalúa analizando la información de las historias clínicas electrónicas de los usuarios. Estos tienen asignado un médico de familia o un pediatra, y una enfermera de referencia. Para cada usuario se evalúa si ha recibido los servicios (S°) que le corresponden por edad, sexo o por tener un problema de salud. Los resultados obtenidos en los diferentes indicadores de cobertura y calidad de los 42 S° se agrupan por CIAS (código de identificación) del profesional y se añaden en un valor de cumplimiento global: el índice sintético (IS) de CSE. Cumplir el IS implica obtener 40 p. sobre los 100 posibles en la valoración individual. Se calculan distintos IS agrupando indicadores de 6 S° pediátricos para los pediatras (MP) y enfermeras de pediatría (EP), 29 de adolescente, adultos y mayor para médicos de familia (MF) y enfermeras de adultos (EA), y los 35 para enfermeras de familia (EF). Para hacer comparaciones los IS se calculan a nivel CIAS, CS y GAP. Se cumple el objetivo si el IS individual es mayor o igual que el IS pactado por el CS, o que el percentil 90 de la GAP, o si la diferencia es menor al -1%. Si no cumplen se aplica un rescate del 75% de los p.(30) si alcanzan IS medio de GAP y del 50% de los p.(20) si superan el valor del año anterior.

Resultados Conclusión: En 2014 se ha aplicado el modelo a 7.575 profesionales: 874 MP, 294 EP, 3.466 MF, 1.530 EA y 1.411 EF. Obtuvieron 40 p. el 59% de MP, el 60% de EP, el 57% de MF, el 60% de EA y el 58% de EF; 30 p. el 12% de MP, el 20% de EP, el 8% de MF, el 8% de EA y el 5% de EF; 20 p. el 19% de MP, el 13% de EP, el 22% de MF, el 19% de EA y el 24% de EF. Tuvieron cero puntos el 9% de MP, el 7% de EP, y el 12% de MF, EA y EF.

Este modelo normalizado proporciona una asignación de puntuaciones homogénea entre las distintas categorías profesionales. Alrededor del 60% obtuvieron la máxima puntuación y sólo entre el 7 y el 12% tuvieron un cero. Las categorías pediátricas se llevaron más puntos. Valoraremos si el uso de menos indicadores en el cálculo del IS beneficia la consecución de objetivos. El modelo es en general bien valorado y ayuda a potenciar el compromiso de los profesionales con la organización, y a mejorar los resultados y la atención prestada a la población.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 326

TÍTULO: INTEGRACION DE LA ECOGRAFIA EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA

AUTORES: BILBAO SUSTACHA, JOSE A. (ABS RIUDOMS); HERRAN PINILLA, Y. (ABS RIUDOMS); COLLADO CUCO, A. (ABS RIUDOMS); KUR NEMIROWSKY, A. (ABS RIUDOMS)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La ecografía ocupa un lugar preeminente como prueba complementaria de exploración; es en la mayoría de casos la primera prueba de imagen utilizada en Medicina, por delante de la Tomografía Axial Computarizada (TAC) y la Resonancia nuclear magnética (RNM).

Objetivos: • Generalizar la aplicación de la ecografía pediátrica en AP

- Aumentar la resolución de los médicos
- Descentralizar la realización de la prueba del Hospital de referencia
- Aprovechar al máximo los Ecógrafos instalados

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Las ecografías son realizadas por 2 médicos de familia y un Pediatra, dentro de su jornada habitual. Durante el año 2014, se realizaron un total de 783 ecografías en el Hospital de referencia, de las cuales 55 han sido pediátricas y el resto de adultos. De estas, 4 pediátricas y 96 de adultos se solicitaron directamente desde el ABS. En el ABS se realizaron 353, de las cuales 85 fueron infantiles. Mayoritariamente han sido abdominales, reno vesicales y musculo esqueléticas. Los principales motivos de consulta en el adulto tienen relación con cálculos renales, hematuria y cistitis de repetición, en relación con las reno-vesicales. En las abdominales, destacan el estudio de transaminitis y esteatosis hepática. En las de cuello, el estudio del tiroides y las adenopatías. Subjetivamente, el grado de satisfacción de los pacientes y de los profesionales es muy elevado.

Resultados Conclusión: La ecografía en AP nos permite aumentar la seguridad en la toma de decisiones, a la vez que permite disminuir la incertidumbre diagnóstica del médico y el paciente. Aumenta la capacidad resolutoria, disminuyendo el número de derivaciones innecesarias, a la vez que incrementa y consolida la relación médico paciente

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 327

TÍTULO: ECOGRAFIA PEDIATRICA EN AP: MAXIMA UTILIDAD Y EFICIENCIA

AUTORES: BILBAO SUSTACHA, JOSE A. (ABS RIUDOMS); HERRAN PINILLA, Y. (ABS RIUDOMS); COLLADO CUCO, A. (ABS RIUDOMS); KUR NEMIROWSKY, A. (ABS RIUDOMS)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La ecografía nació en el medio hospitalario relacionada con la especialidad de Radiología, pero a estas alturas ya nadie duda de que sea una técnica diagnóstica asumida por determinadas especialidades en las que se ha convertido en un referente, como son la Obstetricia y Ginecología o la Cardiología. Otras especialidades están sumando la ecografía a su arsenal diagnóstico: digestólogos, urólogos, anestesistas, intensivistas, internistas, reumatólogos, médicos deportivos, etc.

Objetivos: Dentro de esta corriente de interés por la ecografía nos planteamos, como pediatras de AP, si puede sernos útil, qué ventajas e inconvenientes tiene, en qué procesos nos puede servir y qué proceso formativo debería seguirse para aprender esta técnica de diagnóstico por imagen.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se revisa la sistemática de implantación de una consulta de Ecografía Pediátrica en AP y los resultados obtenidos a los 18 meses de su puesta en marcha en 1 Área Básica de Salud. Se han realizado 85 ecografías en AP y 55 en el Hospital. 63 han sido Abdominales, 4 musculo esqueléticas, 3 ginecológicas, 8 adenopatías, 4 testiculares, 3 caderas. Fundamentalmente la causa ha sido el Dolor abdominal crónico y el seguimiento de la patología renal, constituyendo la ecografía abdominal el 74,11% de las ecografías realizadas, de las cuales el 83% ha sido para seguimiento de patología renal. Se comparan estos datos con las Ecografías Realizadas en el Hospital de referencia en donde se han realizado 55 Ecografías.

Las patologías que han sido causa de solicitud han sido el Dolor abdominal en la gran mayoría de los casos y el seguimiento de patología renal (Ectasia RVU, etc.). También se han realizado Ecografías Testiculares, ginecológicas, y musculoesqueléticas

Resultados Conclusión: La ecografía pediátrica es de una gran utilidad, en especial en el seguimiento de patologías como la renal. Aumenta capacidad resolutive: Ayuda en el proceso diagnóstico, complementando el criterio clínico. Todas las ECOS Hospitalarias son asumibles por AP, con una adecuada formación. Ayuda a la Descongestión Servicios hospitalarios. Favorece la Satisfacción cliente-profesional. Ahora bien, hay ausencia de cursos acreditados. Se ha de considerar Criterios de acreditación específicos. Es preciso, la Implicación de las Diferentes Sociedades pediátricas en el desarrollo e implantación de la ecografía como parte de la formación pediátrica.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 328

TÍTULO: CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIAS

AUTORES: LEON ROMERO, MARIA JESUS (IDC SALUD HOSPITAL CIUDAD REAL); CHICO GONZALEZ, M. G. (IDC SALUD HOSPITAL CIUDAD REAL); ALMAGRO MORENO, C. (IDC SALUD HOSPITAL CIUDAD REAL); CARDOS LOPEZ, E. (IDC SALUD HOSPITAL CIUDAD REAL)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La calidad en la atención sanitaria es un tema en auge ya no solo para los profesionales sino también desde el punto de vista de los pacientes que reciben estos cuidados. Las nuevas incorporaciones en los protocolos del servicio de endoscopias en nuestro centro de trabajo nos llevó a cuestionarnos como los pacientes percibían calidad de nuestra atención. Al determinar el grado de satisfacción del usuario/paciente del servicio de endoscopias podremos invertir en mejoras para dar una mayor y mejor calidad al servicio prestado en la unidad.

Objetivos: Conocer la opinión de los pacientes es importante para valorar la calidad percibida por ellos de los cuidados que reciben, por parte de los profesionales sanitarios y no sanitarios antes, durante y después del proceso así como los tiempos de espera. Los objetivos son:
Describir la calidad percibida por los usuarios atendidos en el servicio de endoscopias.
Conocer las molestias producidas en las pruebas realizadas.
Definir la percepción de los cuidados que recibe en paciente durante la prueba realizada.
Identificar la seguridad con la que trabajan los profesionales que trabajan en el servicio de endoscopias.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Para la realización de este trabajo hemos contado con la participación de los profesionales sanitarios del servicio de endoscopias (médicos especialistas, supervisión de enfermería, enfermeros y auxiliares de enfermería) y con los profesionales no sanitarios (personal de administración e informática).
Con respecto a los recursos materiales hemos tenido en cuenta el instrumental para la realización del proceso (endoscopios) así como la trazabilidad que garantizaba una correcta limpieza de los mismos.
La opinión de los pacientes o usuarios se ha obtenido mediante la realización de una encuesta anónima y voluntaria realizada a los pacientes una vez finalizada la prueba de endoscopia y/o colonoscopia.

Resultados Conclusión: Alto grado de participación de la población atendida en el servicio de endoscopias quienes valoran muy positivamente el trato recibido por todo el equipo que les atendió
Los pacientes sin embargo valoran de forma negativa la demora en los tiempos relacionados con la citación y realización de la prueba. si bien es cierto que todos los pacientes volvería a realizarse la prueba en nuestro si fuera necesaria.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 329

TÍTULO: EL RESIDENTE COMO SEGUNDA VICTIMA. PROPUESTAS DE MEJORA

AUTORES: ALCARAZ MARTÍNEZ, JULIÁN (HOSPITAL U JM MORALES MESEGUER. AREA VI. MURCIA); GÓMEZ PELLICER, M. D. (HOSPITAL U JM MORALES MESEGUER. AREA VI. MURCIA); SÁNCHEZ PÉREZ, I. (HOSPITAL U JM MORALES MESEGUER. AREA VI. MURCIA); SÁNCHEZ SOLER, S. (HOSPITAL U JM MORALES MESEGUER. AREA VI. MURCIA); MOLINA GARCÍA, E. (HOSPITAL U JM MORALES MESEGUER. AREA VI. MURCIA); GARCÍA ALFOCEA, E. (HOSPITAL U JM MORALES MESEGUER. AREA VI. MURCIA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Las repercusiones que puede tener en el profesional sanitario verse implicado en incidentes de seguridad del paciente, es un tema que se viene tratando desde no hace muchos años. No hay mucho publicado sobre el tema.

Objetivos: Conocer la implicación de los residentes en incidentes de seguridad del paciente y su opinión sobre medidas para paliar sus consecuencias en estos profesionales.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Tras una revisión de la bibliografía sobre segundas víctimas, hemos encontrado tres trabajos en los que basarnos para realizar este estudio. El primero se exploraba en residentes algunos aspectos a través de un cuestionario en la Universidad Diderot de Paris. El segundo de estos trabajos utilizaba un cuestionario realizado por la asociación MITSS (Medically Induced trauma Support Services) y que preguntaba por las consecuencias y elementos de apoyo encontrados por el profesional. Por último un trabajo de la Universidad Miguel Hernández donde se dan recomendaciones para paliar los efectos de eventos adversos (EA) en las segundas víctimas. Con estos tres se elaboró un breve cuestionario que se invitó a responder a los médicos residentes de nuestra área sanitaria. En la distribución y recogida de cuestionarios han participado médicos residentes.

Resultados Conclusión: Se han obtenido un total de 74 cuestionarios cumplimentados. Del total de encuestados, 15 (20,3%) refieren haberse visto implicados en algún incidente de seguridad directamente, en una ocasión en la mayor parte de veces (53,3%), cuatro de estos profesionales refería haber estado involucrados en dos ocasiones y tres hasta 3 veces, contabilizándose un total de 25 incidentes. De ellos, sólo 1 fue notificado. Respecto al lugar donde ocurrió el incidente, en 9 ocasiones fue Urgencias (52,9%), 4 Atención Primaria y 4 en hospitalización. Sólo uno de ellos no ha sido considerado evitable, y en dos de ellos no estaba claro si podría haber sido evitado.

Respecto a las consecuencias para el residente, en 11 casos fueron psicológicas, en 3 casos no hubo ninguna consecuencia y en uno hubo reprimenda del tutor.

Preguntados por su opinión sobre medidas para paliar las consecuencias de los eventos adversos del paciente en ellos, hay 5 medidas en las que nadie está en desacuerdo, siendo por orden de mayor a menor acuerdo: el análisis del suceso y búsqueda de soluciones, las medidas de apoyo ante la inseguridad profesional, la formación en afrontamiento de errores, el apoyo legal y la protocolización del apoyo al profesional. Entre encuestados que habían estado implicados en algún evento adverso y los que no, sólo había discrepancia en la respuesta frente a una medida, "controlar las reacciones de estrés agudo" donde sólo había apoyo unánime entre los que habían estado implicados (p < 0,03).

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 330

TÍTULO: ANÁLISIS DE RESULTADOS DE UN PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS BAJO CRITERIOS DE CALIDAD ASISTENCIAL

AUTORES: TORRES PEREZ, ANA ISABEL (HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA); LOPEZ GARCIA-CARREÑO, M. D. (HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA); SANTIAGO GARCIA, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA); PORTA VILA, G. (HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA LUVIA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Para realizar una segura y correcta utilización del plasma rico en plaquetas (PRP) hemos definido un protocolo con indicaciones en Cirugía Ortopédica y Traumatología basadas en la evidencia científica, y aplicando los criterios de calidad asistencial.

Objetivos: Obtener un producto altamente efectivo y seguro garantizando el mantenimiento de la trazabilidad de la muestra sanguínea en todo momento y analizar la satisfacción de los pacientes

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se decidió aplicar el PRP en las siguientes indicaciones con nivel I y II de evidencia científica:

1. Gonartrosis o condropatía femororotuliana leve- moderada y
2. Tendinopatías del manguito de los rotadores y epicondilitis crónicas

Se realizaron los Procedimientos Normalizados de Trabajo para la Elaboración, Limpieza -desinfección y Mantenimiento- calibración de Equipos.

El especialista , incluye a los pacientes en la lista de espera, solicita una serología, informa del procedimiento y entrega un consentimiento y una hoja para valorar su nivel de dolor a través de la Escala visual analógica y el Mc Gill Pain Questionnaire, Versión Española (MPQ-SV).

En el antequirófano el enfermero, identifica al paciente mediante una pulsera de seguridad transfusional y realiza la extracción .

La sangre del paciente se lleva en una gradilla individualizada a la centrifugadora. El paciente visualiza en todo momento dónde están y hacia dónde van sus tubos.

De la sangre centrifugada, el técnico de laboratorio extrae la fracción de PRP bajo estrictas medidas de asepsia: campana de flujo laminar horizontal y sala blanca situada en un quirófano.

Tras la realización de la infiltración de cada paciente se realiza la limpieza y varios controles microbiológicos.

Los pacientes, una vez infiltrados, son revisados en consulta, allí se les entrega una hoja para indicar su nivel de dolor a través de la EVA y el MPQ-SV.

Resultados Conclusión: Al analizar los resultados de la EVA y de todos los parámetros del MPQ-SV pre y postinfiltración de PRP apareció una mejoría estadísticamente significativa ($p < 0.05$) en todos los valores.

Debido a los excelentes resultados obtenidos con este tratamiento decidimos hacer un análisis económico de este tratamiento frente a otros que se utilizan en estas patologías. El coste del material empleado en la elaboración del PRP en nuestro quirófano y obtuvimos que el precio de cada inyección de 4 cc de PRP es de 20 euros.

Los otros tratamientos empleados en estas patologías son: la infiltración de ácido hialurónico (200 euros) o la una artroscopia de rodilla o de hombro (2000 euros).

Ante los buenos resultados de este tratamiento y su bajo coste (si se compara frente a las otras opciones terapéuticas) creemos que la utilización de PRP autólogo en las indicaciones correctas y siguiendo un protocolo basado en los criterios de calidad asistencial debe ser tenido en cuenta.

Todos estos pasos de asepsia, control, trazabilidad y prevención buscan garantizar la calidad asistencial y seguridad del nuestro tratamiento con PRP.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 332

TÍTULO: CORRELACIÓN DE LOS NURSING OUTPUTS CLASSIFICATION (NOC) CON LOS GRD EN EL ENFERMO CRÍTICO (EC) INGRESADO EN LA UCI

AUTORES: ESTEVE PAÑOS, M^a JESÚS (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR); RUIZ MORENO, J. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR); MORAL GUITERAS, M. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR); SUÁREZ ÁLVAREZ, N. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR); GODAYOL ARIAS, SONIA; S. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR); BAIGORRI GONZÁLEZ, F. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los NOC son una clasificación científica relacionada con los resultados que los enfermeros obtienen en todos los ámbitos sanitarios. Los NOC fueron antecendidos por los North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y por los Nursing Interventions Classification (NIC). La importancia científica de los NANDA - NIC - NOC (NNN) es muy alta. Ningún sistema de 'case - mix' médico supera al conjunto de los NNN en diseño, en ajuste y en detalle; y ningún sistema de 'case - mix' se ha secuenciado tan bien: primero los diagnósticos, después las intervenciones, y finalmente los resultados. En relación con el EC, los NNN se han aplicado muy poco, y en relación específica con los NOC, su asociación con los GRD no se ha investigado.

Objetivos: • Analizar qué GRD se asocian a un mayor número de NOC en la atención del EC. • Evaluar la correlación entre el peso relativo (PR) de los GRD y el número de NOC

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: • Estudio observacional, prospectivo, analítico, longitudinal.

• Períodos:

- 1º) 10-XII-2012 / 22-V-2013
- 2º) 19-VIII-2013 % 30-VI-2014

• Ámbito: UCI (10 camas)

• Población: 878 EC

• Muestra: 760 EC

• Criterios inclusión: GRD que agrupen 5 ó > EC

• Criterios exclusión: EC < 16 a, grandes quemados, documentación clínica insuficiente.

• GRD versión AP - GRD 25.0 (684 GRD arupados en 25 categorías diagnósticas principales y una precatgoría).

• NOC 5ª Revisión: 490 resultados (32 clases y 7 dominios)

• Identificación de los NOC característicos de EI.

• Análisis estadístico: ANOVA, F Snedecor. Test de Scheffe. Coeficiente correlación lineal de Pearson (r).

Resultados Conclusión: • 878 EC

• 106 GRD

• 212 NOC característicos de EI

• 46 GRD con 5 ó > EC (incluyen 760 EC)

• Número de NOC por GRD: 341.86 (DE = 30.1)

• ANOVA significativo (F Snedecor = 1.709, p = 0.003). Se rechaza la hipótesis nula: los GRD incorporan números diferentes de NOC.

• Para detectar los GRDs que incorporan más o menos NOC se realiza el Test Scheffe, aplicándose en 936 combinaciones de 2 GRD: fueron significativas 261 parejas (27.8%).

• 6 GRDs presentan diferencias significativas con mas de 20 GRDs: 290, 353, 540, 585, 837 y 882; con < ó > NOC:

- < nº de NOC: GRD 290 (326 NOC) y GRD 837 (322 NOC)

- > nº de NOC: GRD 353 (357 NOC), GRD 540 (354 NOC), GRD 585 (353 NOC), y GRD 882 (357 NOC).

• 1 GRD no presentó ninguna diferencia significativa con el resto: 568. (340 NOCs)

• Correlación Pearson para PR y nº NOC: 0.21

• La distribución de los NOC en los GRD no es uniforme, observado que los GRD de > PR no conllevan un > nº de NOC.

Conclusiones: • 6 GRD presentan diferencias significativas

• Los valores NOC por GRD parecen muy regulares (rango: 320-370), pudiéndose ser que los resultados del ANOVA sean por azar. • Los GRD 'ignoran' a los NOC (ausencia de correlación entre el PR y el nº de NOC).

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 333

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA CORRELACIÓN DE LOS NANDA, NIC Y NOC EN UNA POBLACIÓN DE ENFERMOS CRÍTICOS (EC)

AUTORES: ESTEVE PAÑOS, M^a JESÚS (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR); RUIZ MORENO, J. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR); GONZÁLEZ MARÍN, E. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR); JULIA AMILL, M. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR); MORAL GUITERAS, M. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR); ARTIGAS RAVENTÓS, A. (HOSPITAL DE SABADELL & QUIRÓNSALUD CATALUÑA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Aunque la importancia científica de los North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), de los Nursing Interventions Classification (NIC) y de los Nursing Outputs Classification (NOC) es extraordinaria y no discutible, su aplicación en el ámbito específico de la atención del EC se ha desarrollado poco. Aceptando esa importancia, la correlación de los NANDA, NIC y NOC en la atención del EC no se ha investigado.

Objetivos: • Analizar la correlación entre los NANDA, las NIC y los NOC en una población de EC ingresados en una UCI.

• Evaluar el nivel de coherencia entre los NANDA, las NIC y los NOC en la atención del EC.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: • Estudio observacional, prospectivo, analítico, longitudinal.

• Períodos:

- 1º) 10-XII-2012 / 22-V-2013

- 2º) 19-VIII-2013 % 30-VI-2014

• Ámbito: UCI médico / quirúrgica (10 camas)

• Población: 878 EC

• Criterios exclusión: EC < 16 a, grandes quemados, documentación clínica insuficiente, altas voluntarias.

• 'Case-mix' enfermería:

a) NANDA 2012-2014 (216 diagnósticos y 12 dominios). Se identifican NANDA que se corresponden en su mayoría con diagnósticos 'reales' y de 'riesgo', no tanto con diagnósticos de 'salud'.

c) NIC 4ª Revisión: 514 intervenciones, agrupadas a su vez en 7 campos. Se identifican NIC específicos de enfermería intensiva,

d) NOC 5ª Revisión: 490 resultados, que agrupadas en 32 clases y en 7 dominios.

e) Identificación de NANDA, NIC y NOC característicos de la EI.

• Recolección datos:

- NANDA, NIC y NOC:

- 6 enfermeros formados en NANDA, NIC y NOC.

- Obtención durante las primeras 24 horas del ingreso, o cuando se genera un mayor número de NANDA, de NIC y de NOC.

• Análisis estadístico: Coeficiente correlación lineal de Pearson (r).

• Limitaciones del estudio: ausencia de grandes quemados y EC pediátricos

Resultados Conclusión: • 878 EC

• Identificación de NANDA característicos de la EI: 176.

• Identificación de NIC característicos de la EI: 129.

• Identificación de NOC característicos de la EI: 212.

• Correlación (r) entre NANDA, NIC y NOC

	NANDA	NIC
NANDA		0,4712837386
NOC	0,4352529731	0,9585496945

Conclusiones: • Las NIC se correlacionan con los NANDA de EI.

• Los NOC se correlacionan mucho con las NIC.

• Los resultados (NOC) de EI reflejan unas adecuadas intervenciones (NIC)

tras unos adecuados diagnósticos (NANDA). • La coherencia entre NANDA, NIC y NOC en el ámbito del EC favorece un sistema de 'case mix' específico para EI.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 334

TÍTULO: EVOLUCIÓN DE LA TASA DE DEVOLUCIONES DE NUTRICIONES PARENTERALES PREPARADAS EN EL SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES: REAL CAMPAÑA, JOSE MANUEL (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET - SERVICIO DE FARMACIA); PÉREZ DIEZ, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET - SERVICIO DE FARMACIA); ESCOLANO PUEYO, A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET - SERVICIO DE FARMACIA); SÁNCHEZ ZANCAJO, R. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET - SERVICIO DE FARMACIA); BIELSA MINGUEZ, M. J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET - SERVICIO DE FARMACIA); GIMENO BALLESTER, V. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET - SERVICIO DE FARMACIA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En 2009 se detectó un aumento de devoluciones de nutriciones parenterales al Servicio de Farmacia. Esto suponía una pérdida de recursos materiales, como materias primas y fungibles, y de recursos humanos por lo tiempos que conllevaban la elaboración de las nutriciones y la gestión de las devoluciones. Además existía una desmotivación del personal por el esfuerzo realizado sin conseguir valor añadido.

Objetivos: Evaluar la efectividad de las medidas implantadas para reducir la devolución de nutriciones parenterales al Servicio de Farmacia. Analizar oportunidades de mejora.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo retrospectivo de las devoluciones de las nutriciones parenterales al Servicio de Farmacia (SF). Los datos se obtuvieron del laboratorio del Servicio de Farmacia. Para ello se diseñó una hoja de recogida de información mediante la cual, cada vez que se devolvía una nutrición se registraban las siguientes variables: tipo de nutrición (central/periférica, protocolizada/específica), servicio clínico implicado y motivo de devolución. Se analiza la tasa anual de devoluciones de nutriciones parenterales al Servicio de Farmacia de Enero de 2010 a Diciembre de 2014.

Resultados Conclusión: Resultados: En el año 2010 y 2011 se detectó una tasa de devoluciones de NP de 3,3% (521) y 3,2% (462), respectivamente. Tras la implantación de la confirmación telefónica diaria de las nutriciones previa elaboración, la tasa disminuyó en 2012 hasta el 1,89% (261), alcanzando en 2013 y 2014, el 0,99% (117) y el 1,2% (148), respectivamente. Es decir, se disminuyeron las devoluciones en un 64%. El 85,6% de las devoluciones se realizaron desde 7 servicios: UCI, Cirugía general, Oncología, Medicina Interna, Digestivo, Urología y Hematología. Se observa un aumento de devoluciones de nutriciones de composición específica (no reutilizables) del 15,7% en 2010 al 22,9% en 2014, al igual que en función de la vía de administración, aumentado por vía central del 67,7% en 2010 al 72,5% en 2014. Con respecto al motivo de devolución, en los 5 años analizados, en el 42,9% de los casos se debió a la suspensión por paso a vía oral y el 20,3% al fallecimiento del paciente, pudiendo evitarse la preparación y posterior devolución de la nutrición en la mayoría de los casos. El coste estimado de las devoluciones durante los 5 años ha sido de 72.800€.

Conclusiones: La confirmación diaria ha demostrado ser útil para evitar la realización de nutriciones parenterales innecesarias, sin embargo, ha supuesto un aumento de la carga asistencial para el personal auxiliar del Servicio de Farmacia que ha asumido dicha función. Dado el elevado número de nutriciones devueltas, aún es necesario implantar nuevas medidas para lograr una mayor optimización de los recursos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 335

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PERSONAL CON EL CLIMA LABORAL EN UN SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES: REAL CAMPAÑA, JOSE MANUEL (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET - SERVICIO DE FARMACIA); PÉREZ DIEZ, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET - SERVICIO DE FARMACIA); ESCOLANO PUEYO, A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET - SERVICIO DE FARMACIA); VINUÉS SALAS, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET - SERVICIO DE FARMACIA); LÓPEZ MIRETE, A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET - SERVICIO DE FARMACIA); ABAD SAZATORNIL, M. R. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET - SERVICIO DE FARMACIA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El Servicio de Farmacia está certificado según la norma ISO 9001:2008 desde el 2010, realizándose acciones para disminuir las incidencias y mejorar los procesos. Sin embargo, es esencial conocer la opinión del personal, sus expectativas y necesidades para seguir avanzando hacia la excelencia.

Objetivos: Evaluar el grado de satisfacción del personal con el clima laboral (CL) en un Servicio de Farmacia. Detectar oportunidades de mejora.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se realizó una encuesta anónima al personal del Servicio de Farmacia en Abril de 2014. Se podía contestar por vía electrónica a través de Google Docs o en papel a través de un buzón. La encuesta recogía preguntas cerradas valoradas de 1 a 5 puntos (pts) sobre el lugar de trabajo, la falta de tiempo, el estrés, el apoyo de los jefes y compañeros, la relación personal entre compañeros, la sensación de libertad para expresarse, la organización, la formación, el conocimiento de las responsabilidades y funciones, el reconocimiento del esfuerzo, si el trabajador sentía orgullo de su trabajo y de pertenecer al SALUD, la satisfacción con el trabajo, si merecía la pena esforzarse, y por la satisfacción global en el trabajo. Se preguntaba si se solicitaría el traslado a otro servicio y la categoría profesional. Se realizaron 4 preguntas abiertas sobre acciones para mejorar el CL y la atención a pacientes y personal.

Resultados Conclusión: El 77% (54) del personal participó, 85% del grupo A, el 63% del B y el 71% del C y D. Los items peor valorados fueron: la comodidad del lugar de trabajo (1,9 pts), la organización del servicio (2,6), el reconocimiento del esfuerzo (2,6), tener prisas y agobios por falta de tiempo (3,5) y estrés en el trabajo (3,4). Por categoría profesional, el grupo C y D valoró negativamente la formación recibida para el puesto (2,7), el grupo B la satisfacción con el trabajo realizado y el orgullo de pertenecer al SALUD (2,8 y 2,6), y el grupo A la relación entre compañeros y la libertad para expresar lo que piensan y necesitan (2,5 y 2,8). Los items mejor puntuados: el sentimiento de orgullo con el trabajo realizado, 4 pts. El grupo A valoró positivamente la satisfacción general con el trabajo (3,9), el grupo B el conocimiento de las responsabilidades y funciones (3,8), y el grupo C y D el apoyo de los compañeros (3,8 pts), la relación entre compañeros (4), el orgullo de pertenecer al SALUD (3,9) y merece la pena el esfuerzo en el trabajo (3,9). El 29,6% solicitaría traslado a otro servicio, aumentando en el Grupo B al 80%. Las propuestas más frecuentes fueron el cambio del espacio físico, mejorar la comunicación interna, aumentar la información relativa al Servicio y aumentar el personal.

El personal requiere de una reforma estructural y organizativa del Servicio de Farmacia, así como mejorar el plan de formación. Además, es un aspecto fundamental la necesidad de mejorar la comunicación interna en el Servicio, por lo que se han establecido reuniones informativas mensuales para el personal de enfermería.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 336

TÍTULO: EVALUACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS (EA) EN EL ENFERMO CRÍTICO (EC) MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LA ESPINA DE ISHIKAWA COMO ACR

AUTORES: RUIZ MORENO, JAVIER (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR); CORCUERA ROMERO DE LA DEvesa, M. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR); ESTEVE PAÑOS, M. J. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR); GONZÁLEZ MARÍN, E. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR); BAIGORRI GONZÁLEZ, F. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR); ARTIGAS RAVENTÓS, A. (HOSPITAL DE SABADELL & QUIRÓNSALUD CATALUÑA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La identificación de EA en la atención del EC es importante; cualquier medida orientada a su evaluación favorece la seguridad del EC. Cuando un EA ocurre, la aplicación de un ACR (espina de Ishikawa), es de utilidad para investigar las múltiples causas subyacentes y el entorno. En relación con el EC, sin embargo, la aplicación de un ACR es infrecuente.

Objetivos: • Identificar EA graves acaecidos y evitables en la atención del EC.

- Identificar las causas multifactoriales, 'próximas' (sharp end) y 'más profundas' (blunt end).
- Favorecer la cultura de seguridad

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: • Ámbito: UCI (10 camas)

- Selección de dos casos clínicos, multidisciplinares, con evolución a exitus letalis
- Espina de Ishikawa, estructurada en 9 grupos de factores:

1. Organización y estrategia
2. Equipamiento y recursos
3. Comunicación
4. Acciones y tareas desarrolladas
5. Formación y 'know-how'
6. Condiciones de trabajo
7. Sociales y de equipo
8. Factores individuales
9. EC

Resultados Conclusión: 1. Organización y estrategia

Caso A)

- Documentación clínica insuficiente
- Orientación diagnóstica (diagnóstico principal, diagnósticos secundarios y procedimientos): deficiente
- Traslado del EC de un servicio a otro: deficiencia

Caso B)

- Ausencia de un protocolo implantado (fármaco)

2. Equipamiento y recursos

Sin factores

3. Comunicación

Caso A)

- Tensa interprofesionalmente

• LTSV:

- no se señala el momento de su inicio
- Previamente no definida

Caso B)

- Información deficiente sobre medidas de confort
- Nombres comerciales
- Abreviatura de fármacos confusas
- Se obvia la vía de administración de fármacos
- No se informa acerca de la dieta
- No se informa acerca de dosis de fármacos
- Interpretación diferente de una misma realidad

4. Acciones y tareas desarrolladas

Caso A)

- Déficit en cuanto a información (antecedentes)
- Motivo de consulta: impreciso

- Exploración física insuficiente
- Evolución concisa
- Incoherencia en la documentación médica

Caso B)

- Informe deficitario
- Antecedes fundamentales no precisados
- Exploración física deficitaria
- Se informa sobre el resultado de una escala, pero mal aplicada
- Prueba diagnóstica: deficientemente informada
- Prueba diagnóstica básica: no se realiza
- Evolución: contenido insuficiente

5. Formación y 'know-how'

Caso A)

- Incoherencia contenido documentación clínica
- Nomenclatura: deficiencias

Caso B)

- Deficiente uso de dos escalas de gravedad
- Nomenclatura deficiente

6. Condiciones de trabajo

Caso A)

- Estrés muy intenso entre todos los profesionales

Caso B)

Sin factores

7. Sociales y de equipo

- Sin factores

8. Factores individuales

- Sin factores

9. EC

Caso A)

- Inadecuación del ámbito del hospital para un nivel de gravedad
- Evaluación insuficiente de los beneficios / riesgos del traslado

Caso B)

- Manejo no ideal de la analgesia y de la ansiedad

Conclusiones

- La espina de Ishikawa es útil para analizar los EA en la atención del EC
- Los factores del sistema prevalecen sobre los factores individuales

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 337

TÍTULO: SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN LAS CONSULTAS EXTERNAS EN EL AÑO 2014. ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN TEMPORAL: 2011-2014.

AUTORES: ÁLVAREZ SUÁREZ, MARÍA LUISA (HOSPITAL V. ÁLVAREZ BUYLLA); ÁLVAREZ CUETO, B. (HOSPITAL V. ÁLVAREZ BUYLLA); ESCUIN MALO, MA. (HOSPITAL V. ÁLVAREZ BUYLLA); MEDINA MEJÍAS, M. (HOSPITAL V. ÁLVAREZ BUYLLA); VIESCAS FERNÁNDEZ, M. J. (HOSPITAL V. ÁLVAREZ BUYLLA); FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, M. A. (HOSPITAL V. ÁLVAREZ BUYLLA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La satisfacción de pacientes, indicador de efectividad de gestión y calidad asistencial, permite conocer calidad percibida de asistencia, características y expectativas de pacientes actuales y potenciales, incorporando información como medida de mejora de calidad.

Objetivos: Conocer, evaluar satisfacción percibida de pacientes de consultas externas en 2014 y evolución temporal anual. Detectar áreas de mejora, implantar medidas, evaluar repercusión en resultados.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio transversal (cuestionario valora, en escala ordinal, calidad administrativa/clínica de todo el proceso asistencial). Paciente satisfecho: puntuación mayor o igual 8. Población: Pacientes de consultas externas. Muestreo sistemático representativo (IC95%, alfa=0,05 y e=0,1) alcanzando tamaño muestral. Variables:

Sexo.

Edad.

Puntuación de cada ítem (media(m) y desviación estándar(DE)).

Tasa de respuesta (TR).

% de satisfechos.

Correlación Pearson(r) para variables cuantitativas-satisfacción global visita especialista (significativo 0,05).

Evolución datos anuales (2011-2014).

Valoración cualitativa: sugerencias.

Resultados Conclusión: TR: 77,69%, 100% a ítems y edad media 63,59 años(superior a años previos). 53,2% mujeres.

Ningún ítem puntuación menor 8.

La media de ítems más baja:

Demora lista espera (m=8,29±2,08DE,82,9% satisfechos).

Demora entrada a consulta (m= 8,90± 1,08 DE,91,5% satisfechos).

Ítems mejor valorados:

Trato personal no sanitario, Eficacia-competencia médicos (m=9,22±0,83DE;98,9% satisfechos).

Trato enfermería, Eficacia-competencia enfermería, Información sobre problema de salud, Respeto de profesionales/intimidad (m=9,22±0,82DE,98,9% satisfechos).

Tiempo dedicado por médico, Eficacia-competencia personal no sanitario (m: 9,21±0,83DE,98,9% satisfechos).

Demora información pruebas diagnósticas(m=9,2±0,82DE,98,9% satisfechos).

Satisfacción global visita a especialista(m=9,2±0,81DE,96,9% satisfechos).

Ubicación/comodidad/estado/limpieza(m=9,09±0,88DE,97,9% satisfechos).

Facilidad conseguir cita(m=9,03±0,86DE,100% satisfechos).

Correlación fuerte positiva significativa de satisfacción global con todos los ítems excepto demora lista de espera(r=0,40).

12,77% realizó sugerencias.

Análisis sesgos.

Evolución temporal: Mejora evolutiva de media y % pacientes satisfechos de todos los ítems. Sugerencias muestran concordancia de menor satisfacción con demoras lista espera y entrada a consulta (ya en años previos), reforzando validez de resultados. %pacientes satisfechos con demora entrada a consulta se incrementa anualmente influido por reprogramación citas. 3 sugerencias no relacionadas con lo previo. Inicio en 2011 midiendo resultados para monitorizar calidad percibida por nuestros pacientes, detectar oportunidades de mejora y plantear acciones que tienen repercusión positiva. Satisfacción de nuestros pacientes es muy buena. Mejorar gestión de citas. Acortar demoras listas de espera y entrada a consulta (reprogramar agendas). Potenciar: buen trato, atención personalizada y mejora de información a nuestros pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 338

TÍTULO: ELEVACIÓN DEL CABECERO DE LA CAMA EN PACIENTES INTUBADOS: NIVEL DE CUMPLIMIENTO EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS

AUTORES: LÓPEZ ALEGRÍA, RAMÓN (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA); RODRÍGUEZ MONDÉJAR, J. J. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA); ORTÍN KATNICH, L. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA); SÁNCHEZ MARTÍNEZ, A. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA); PAREDES PÉREZ, F. J. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA); NAVARRO SANZ, L. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Dentro del protocolo nacional de Neumonía Zero (NZ) a aplicar en las unidades de cuidados intensivos (UCIs) en España se describen una serie de medidas que disminuyen o evitan las neumonías asociadas a ventilación mecánica, entre ellas hay varias que debe aplicar directamente la enfermería que cuida a los pacientes críticos. De ellas la que corresponde a nivel de elevación del cabecero de la cama es sencilla de aplicar, la puede hacer todo el personal sanitario, es barata, y tiene un nivel de evidencia alto. Por ello se ha realizado un trabajo de campo sobre su aplicación en nuestra UCI.

Objetivos: Evaluar el nivel de cumplimiento del parámetro de elevación del cabecero de la cama en pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva (VMI) en la unidad de críticos de nuestro centro. Realizar intervenciones "in situ" cuando se detecte un incumplimiento del protocolo. Aumentar el nivel de motivación por el interés del tema en relación a la seguridad del paciente con VMI.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Tipo de estudio descriptivo, prospectivo y transversal.

Caso y muestreo: todos los pacientes que tenían ventilación mecánica invasiva. Se hicieron mediciones imprevistas con diferentes rangos de frecuencia y hora.

Temporalidad: 6 meses, de octubre 2014 a marzo 2015.

Lugar: unidad de cuidados intensivos de un hospital general universitario, de nivel II.

Desarrollo: se realizó muestreo por observación directa con un profesional entrenado. No se avisaba y se cambiaron las horas y días de forma aleatoria.

Las camas tienen visor de grados de elevación del cabecero por lo que no hubo subjetividad por parte del evaluador. Se consideró cumplimiento si la posición se encontraba entre 30 y 45°. Excepciones: cuando el paciente no estaba por traslado, o en ese momento se le estaba realizando un abordaje para una técnica o cuidado que precisa cambio de posición del cabecero de la cama.

Procesamiento: con IBM SPSS Statistics v.20. Realizando estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes para cualitativas, y media y desviación estándar para cuantitativas.

Resultados Conclusión: 239 mediciones por observación directa, rango horario de realización entre las 8,30 y 17,30h, media de elevación del cabecero en 31,85°, moda 30°, mediana 32°. Valores extremos entre 10° y 45°. Nivel de cumplimiento en el 92,9%. Se realiza intervención para corrección en 17 casos (7,1%). No se observan diferencias entre el cumplimiento con en horario de medición, el número de box, y mes de medición, con $p > 0,05$.

A pesar de tener un cumplimiento por encima del 90%, se considera que se debe mejorar porque el estándar establecido en la unidad es superior al 95%.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 339

TÍTULO: DISTRIBUCIÓN DE LOS ENFERMOS CRÍTICOS CON SEPSIS GRAVE ACORDE A LAS CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS PRINCIPALES DE LOS GRD

AUTORES: RUIZ MORENO, JAVIER (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR); GONZÁLEZ MARÍN, E. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR); ESTEVE PAÑOS, M. J. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR); CONESA FOLCH, N. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR); JULIA AMILL, M. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR); BAIGORRI GONZÁLEZ, E. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La sepsis grave es un entidad importante en el ámbito de la atención del enfermo crítico, por su evolución, por su frecuencia y por su alto coste monetario. Las categorías diagnósticas principales (CDP) pueden ser útiles para clasificar la sepsis grave. Si así, sería posible asignar cada foco de sepsis a una CDP específica; lo cual es importante epidemiológicamente y también desde una perspectiva socioeconómica. Planteamos la hipótesis de que las CDP engloban diferentes EC con SG

Objetivos: Identificar qué CDP de los GRD engloba un mayor número, o menor, de EC con SG.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: • Estudio prospectivo, analítico, longitudinal y observacional.

- Período: De 1-I-2011 a 30-VI-2014 (42 meses consecutivos)
- Ámbito: UCI general médico / quirúrgica de 10 camas
- Población: 2559 EC. Muestra: 484 EC con SG.
- GRD versión AP - 25.0 (684 GRD agrupados en 25 CDP y una precategorya). • Criterio de inclusión: CDP que agrupe 8 ó > GRD.
- Criterios de exclusión: EC < 16 a., grandes quemados, documentación clínica insuficiente y altas voluntarias
- Las SG relacionada con la CDP '0' (precategorya) se transfieren a otra CDP según sea el foco de sepsis.
- CDP: 1 (SNC), 2 (Oftalmología), 3 (ORL), 4 (Respiratorio), 5 (Cardiovascular), 6 (Digestivo), 7 (Biliar), 8 (COT), 9 (Piel), 10 (Endocrino), 11 (Renal), 12 (Reproductor masculino), 13 (Reproductor femenino), 14 (Obstetricia), 15 (Neonatología), 16 (Hematología), 17 (Mieloproliferativo), 18 (Infecciones), 19 (Mental), 20 (Drogas), 21 (Intoxicaciones), 22 (Quemaduras), 23 (miscelánea), CDP 24 (VIH), CDP 25 (PLT), CDP 0 (Precategorya)

Resultados Conclusión: EC % SG % No SG % Valor p

	EC	%	SG	%	No SG	%	Valor p
Enfermos	2559		484		2075		
Edad	65,88	73,52		64,10		0,0001	
Mortalidad	159	6,21	119	24,6	63	3,0	0,0001
PR GRD	4,21	7,93		3,35		0,0001	

• CDP excluidas (< 8 GRD con SG): '2', '3', '4', '12', '13', '14', '15', '16', '17', '19', '20', '21', '22', '23', '24' y '25'

• CDP incluidas (8 ó > GRD con DG):

CDP	SG	%	PR promedio
1	8	1,7	8,4598
4	114	24,0	11,0677
5	30	6,3	6,1961
6	152	32,0	9,9382
7	94	19,8	4,5068
8	14	2,9	5,1191
9	8	1,7	4,0320
11	22	4,6	5,1687
18	33	6,9	3,7598
Global	475	100	7,9815

Conclusiones

1. Las CDP '6', '4' y '7' conllevan más EC con SG, que, respectivamente, se identifican con focos sépticos abdominal, respiratorio y biliopancreático. 2. En 9 CDP no se identifican EC con SG.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 340

TÍTULO: EL TRIAJE COMO MEJORA ASISTENCIAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES: MEDINA CANEDA, RUTH (FUNDACIÓ SANITÀRIA MOLLET); ALONSO GONZÁLEZ, M. (FUNDACIÓ SANITÀRIA MOLLET); CASTILLO GARCIA, J. (FUNDACIÓ SANITÀRIA MOLLET); JOSE MARIA DE LA CASA, P. (FUNDACIÓ SANITÀRIA MOLLET)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El triaje se ha convertido en un componente fundamental en la gestión clínica de urgencias y en el análisis de su casuística. Es ampliamente utilizado en la auditoría y en la mejora de la calidad de los servicios de urgencias donde se aplica. El objetivo básico de la implantación de un sistema de triaje estructurado de cara al paciente es controlar su riesgo ante una eventual espera para ser visitado, es decir, aumentar su seguridad. El MAT (Modelo Andorrano de Triage) y el SET (Sistema Español de triaje) son modelos de triaje de enfermería no excluyentes, que integran los aspectos más relevantes de los modelos actuales de triaje de 5 categorías, aportando aspectos de revisión y adaptación a nuestro sistema sanitario. Está basado en 5 niveles de priorización, está dotado de un programa informático de ayuda a la decisión clínica en el triaje (web_e-PAT 04).

Objetivos: - Controlar el riesgo de los usuarios mientras esperan a ser visitados.

- Reorganizar nuestro servicio para aumentar la seguridad de los pacientes.
- Implantar una metodología de trabajo común con un mismo lenguaje para todos los profesionales del servi

Material y Métodos_ Descripción de la Experiencia: Se ha crado la figura de enfermera de triaje; ésta tiene que cumplir una serie de requisitos como experiencia mínima de dos años en nuestro servicio de urgencias. Ha de tener formación específica en triaje, también capacidad organizativa y ha de conocer los objetivos, normas y procedimientos del servicio de urgencias, así como tener habilidades tanto en la entrevista como en la comunicación con los usuarios y con el resto de profesionales del servicio. se hace formación interna en triaje. Cada año se realizan cursos y cápsulas de triaje para los profesionales que son del servicio. Se ha formado una comisión de triaje multidisciplinar, que se encarga de detectar y resolver problemas que surgen en la actividad asistencial de urgencias relacionadas directa o indirectamente con el triaje. Así como promover mejoras relacionadas con el mismo. En el último año la comisión de triaje ha trabajado en la estandarización de motivos de consulta mediante la creación de algoritmos.

Resultados Conclusión: La enfermera de triaje es la figura que cobra mayor importancia en el proceso urgente. La reorganización del servicio de urgencias en base a nivel de triaje nos ha llevado a replantear la forma en la que prestamos atención a la persona para garantizar y aumentar la seguridad clínica. Hemos pasado de visitar por hora de llegada a hacerlo por nivel de triaje. A través de la creación de algoritmos el grupo enfermero empieza a disminuir la variabilidad de los motivos de consulta.

En un futuro se pretende iniciar la valoración de la atención enfermera de la persona desde triaje mediante registros enfermeros basándonos en las 14 necesidades de la Dra. Virginia Henderson. También se elaborarán y pondrán en marcha protocolos de triaje avanzado.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 341

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE RECURSOS Y DEL PESO RELATIVO DE LOS GRD EN EL ENFERMO CRÍTICO CON TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA

AUTORES: CORCUERA ROMERO DE LA DEVESA, ROSA (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR); RUIZ MORENO, J. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR); GONZÁLEZ MARÍN, E. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR); ESTEVE PAÑOS, M. J. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR); GODAYOL ARIAS, S. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR); BAIGORRI GONZÁLEZ, F. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El consumo de recursos de los EC con necesidad de traqueostomía percutánea (TP) es mayor al de la población general de enfermo crítico (EC). Sin embargo, la identificación de procedimientos específicos y del peso relativo (PR) de los GRD en el EC se ha investigado poco.

Objetivos: Evaluar el consumo de recursos de los EC con necesidad de TP en comparación con la población general de EC

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: • Estudio prospectivo, analítico, longitudinal, de cohortes y observacional.

- Período: De 1-I-2011 a 30-VI-2014 (42 meses)
- Ámbito: UCI médico / quirúrgica de 10 camas de un hospital de agudos
- Población: EC ingresados consecutivamente. Muestra: 2559 EC.
- Criterios de exclusión: EC < 16 a., grandes quemados, documentación clínica insuficiente y altas voluntarias
- Variables analizadas: a) estancia media (EM), reingreso, b) 'case-mix') GRD versión AP - 25.0 (684 GRD agrupados en 25 categorías diagnósticas principales y peso relativo (PR) de GRD, c) ventilación mecánica invasiva (VMI) y no invasiva (VMnI), d) tratamiento sustitutivo renal (TSR), e) presión intracraneal (PIC) y Doppler TC, f) aislamiento, g) cateterismo cardíaco y electrocatéter (ECT)
- Análisis estadístico: Ji cuadrado y contraste de medias.

Resultados	Conclusión:	EC	%- DE	TP	%-DE	no TP	%-DE	valor p
EC	2559		53		2506			
Edad	65,9	16,7	70,6	10,5	65,7	16,8	0,0005	
Mortalidad	182	7,1		25	47,2	157	6,25	0,0001
Estancia	3,51		6,5	34,87		19,0	2,85	3,80
Reingresos	136	5,3	8	15,1	128		5,1	0,0013
PR de GRD	4,21	5,0	30,49	15,3		3,65	2,3	0,001
VMI	774	30,2	53	100	721		28,8	0,001
VMnI	298	11,6	31	58,5	267		10,6	0,001
TSR	91	3,6	12	22,6	79		3,1	0,001
PIC	14	0,5	3	5,7	11		0,4	0,001
Doppler TC	20	0,8	5	7,5	16		0,001	
Aislamiento	92	3,6	23	43,4	69		2,7	0,001
Cateterismo	103	4,0	0	0	103		4,1	NS
ECT	25	1,0	2	3,8	23		0,9	0,001
Pericardioc.	8	0,3	1	1,9	7		0,3	0,001

Conclusiones

- La EM y los reingresos son > en EC con TP
- El PR de los GRD es casi 10 veces > en EC con TP
- La VMI y la VMnI se aplican más en los EC con TP.
- Más del 40 % de los EC con TP se aísla
- El TSR, la PIC y el Doppler TC se utilizan en mucha mayor cuantía en los EC con TP.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 343

TÍTULO: EXPERIENCIA SATISFACTORIA CON LA PUESTA EN MARCHA DE UNA LÍNEA CLÍNICA ASISTENCIAL DE GONALGIA

AUTORES: TORRES PEREZ, ANA ISABEL (HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA); SANTIAGO GARCIA, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA); PORTA VILA, G. (HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El 20% de la población adulta experimenta gonalgia. La sintomatología aguda produce más de un millón de visitas anuales al servicio de urgencias y al médico de atención primaria. En este trabajo se pretende crear un protocolo de actividades dirigidas a la atención integral del paciente con gonalgia, que comprendan establecer una confirmación diagnóstica, y una estrategia terapéutica con objetivos asistenciales comunes entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Objetivos: • Mejorar la calidad de la asistencia sanitaria al paciente incluido sometido a este protocolo tanto en la vertiente científico-técnica como en calidad percibida y en seguridad del paciente.

- Obtener continuidad asistencial y atención integrada, estableciendo criterios clínicos y organizativos comunes entre la Atención Primaria y Hospitalaria, mediante la participación, coordinación y organización de los profesionales.
- Crear un conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia científica actualizada sobre el diagnóstico, realización de pruebas complementarias radiológicas y tratamiento de la gonalgia.
- Desarrollar circuitos de acceso específicos pactados que determinen el flujo de pacientes con gonalgia entre los Servicios de Atención Especializada de Rehabilitación, Reumatología, Traumatología y Unidad del Dolor.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El fin de este protocolo era incluir a todos aquellos pacientes de nuestra Área sanitaria con gonalgia que consultaran en Atención Primaria. Se establecieron criterios de entrada y de salida.

Se realizó una búsqueda sistemática en la literatura científica analizando la evidencia científica de todo lo relacionado con el diagnóstico y tratamiento de la gonalgia.

Se establecieron los criterios de derivación a Traumatología, Fisioterapia, Reumatología, a la Unidad del dolor y a Urgencias.

Se construyó un flujograma y unos algoritmos para facilitar la implantación correcta de la Línea de Continuidad Asistencial (LCA)

Resultados Conclusión: Con grado de recomendación A se encontraron las siguientes medidas: educación del paciente y la familia sobre la enfermedad, prescripción de paracetamol como fármaco de primera elección, los AINES son los fármacos más eficaces para control de la gonalgia,...

Y con grado de recomendación B: reducción de peso junto y ejercicio, plantillas de diseño específico en el calzado, utilización de rodillera, masajes con hielo, TENS, ultrasonidos,...

Se realizó la presentación de esta LCA a todos los Centros de Salud de nuestro Área a través de talleres. El proceso se monitorizó y se monitoriza periódicamente a través de indicadores clínico-epidemiológicos que se definieron previamente. La creación de una Línea de Continuidad Asistencial, en nuestro caso sobre la gonalgia, facilita la derivación y la atención de los pacientes desde Atención Primaria y al basarse la solicitud de pruebas diagnósticas y la prescripción de tratamientos en la evidencia científica se reduce el gasto sanitario notablemente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 344

TÍTULO: LA ACREDITACIÓN COMO MOTOR DE CAMBIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE UN TERRITORIO

AUTORES: GENS BARBERA, MONTSERRAT (CENTRO SALUD SALOU); HERNÁNDEZ VIDAL, N. (CENTRO SALUD SALOU); FERRER-VIDAL CORTELLA, D. (DIRECTOR ATENCIÓN PRIMARIA); DALMAU VIDAL, S. (CENTRO SALUD REUS 2); BEJARANO ROMERO, F. (DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA); ANGLES SEGURA, T. (CENTRO SALUD SALOU).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El Departament de Salut(DS) mediante el decret 86/2014 del 10 de junio, impulsa el sistema de acreditación de los Centros de Salud(CS) mediante un manual de estándares (MADS) a partir del año 2014. Los estándares(E) están inspirados en diferentes modelos de acreditación reconocidos y en el modelo de gestión de la Fundación Europea para la gestión de la calidad(EFQM). Consta de 347E y ha sido consensuado por diferentes agentes del sector y sociedades científicas. En nuestro territorio teníamos un reto importante, ¿Cómo hacer que los 20 CS incorporen este proceso para impulsar un cambio?

Objetivos: Integrar el proceso de acreditación como elemento clave en el modelo de gestión de la calidad de los CS generando un proceso de reflexión y mejora continua hacia la excelencia

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Planificación: identificar los líderes de la dirección de atención primaria(DAP) y en los CS para impulsar el proyecto. Trabajar para disminuir la variabilidad, hacer participar a los profesionales en el diseño y facilitarles el trabajo. Desarrollo proyecto: autoevaluación+ evaluación posterior por el referente calidad territorial desde 2012 hasta 2014, diseñar plan de comunicación y programa formativo. Evaluar los resultados: Autoevaluación en la aplicación del DS y auditoria externa. Propuestas de mejora a partir resultados.

Resultados Conclusión: Disponemos de una comisión de calidad(CC) territorial formada por 18 profesionales con reuniones mensuales. 20CC, una en cada CC. 11 procesos trabajados por equipos de mejora(EdM) con participación 320 profesionales. Diseño documentos marcos: evidencias comunes, plan de calidad, estratégico, formación, comunicación interna, evaluar liderazgo, guía metodológica, tabla habilidades y cuadros de mando(CM) criterio 6,7,8y9. Adaptado infraestructuras, adquirido nuevos aparatos tecnoasistenciales y nuevo concurso. Formado 820 profesionales en calidad.Resultados auditoria externa DS: CS1: 95%, CS2:94%, CS3:97%,CS4:93%,CS5:94%, CS6:90%,CS7:94%, CS8:96%,CS9:95%,CS10:96%, CS11:94%, CS12:95%,CS13:89%,CS14:89%, CS15:87%, CS16:95%, CS18:95%, CS19:93%, CS20:90% Media 20CS 93%.Criterios(C): C1:94%, C2:97,7, C3:92,9, C4:97,2, C5:96,9, C6:94,2, C7:77, C8:72,1, C9:89,2.

Conclusiones:La acreditación nos ha permitido conocer el nivel de calidad según los estándares MADS y compararnos con otros CS. El liderazgo de las direcciones y CC es imprescindible para poder desarrollar el proyecto. Destacar el trabajo en equipo y la participación de los profesionales en el diseño y posterior implantación de los procesos. La autoevaluación y auditorias periódicas nos ha permitido anualmente ir identificando áreas de mejora y estimular el proceso de la mejora continua entre los profesionales. Aún nos queda un recorrido a nivel de resultados, sobretudo en diseñar sistemas que nos permitan la evaluación fácil, ágil i rápida de los resultados en los agentes. Para nuestro territorio el proceso de acreditación ha sido una oportunitat para avanzar hacia la excelencia

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 345

TÍTULO: ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES (SP) EN LA ATENCIÓN PRIMARIA (AP) DE UN TERRITORIO.

AUTORES: GENS BARBERA, MONTSERRAT (CENTRO SALUD SALOU); HERNÁNDEZ VIDAL, N. (CENTRO SALUD SALOU); HOSPITAL GUARDIOLA, I. (CENTRO SALUD VALLS); VIDAL ESTEVE, E. (CENTRO SALUD SALOU); MENGÍBAR GARCÍA, Y. (CENTRO SALUD SALOU); GARCIA GUTENS, T. (SISTEMAS DE INFORMACIÓN)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La estrategia va dirigida a 20 Centros de Salud (CS) que dan servicio a una población de 338.769 usuarios. El año 2012 el territorio fue piloto del proyecto Unidades Funcionales de Seguridad de los Pacientes del Departament de Salut (DS). Una de las actividades es evaluar los CS con estándares sine qua non (SNQ) del Modelo de acreditación del DS (MADS). En la evaluación, se objetiva diferentes ritmos respecto la cultura de SP y variabilidad en la práctica clínica.

Objetivos: Diseñar, implantar y evaluar una estrategia para mejorar la SP en 20CS, incorporando métodos proactivos y reactivos en SP para disminuir la variabilidad, facilitar el trabajo a los profesionales y la evaluación de los procesos.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estrategia proactiva: 1Evaluación anual SNQ por el responsable de calidad territorial; 2Diseño de un programa formativo; 3Aplicar gestión por procesos en SP; 4Diseñar una aplicación que nos permita informatizar check-list manuales, gestionar las incidencias y evaluar los procesos, facilitar el trabajo a los profesionales. Estrategia reactiva: 1Implantar sistema de notificación de incidentes SP.

Resultados Conclusión: Proactivos: 1Evaluación realizada anualmente: 20CS año 2014 tienen el 100% estándares SNQ; 2Formación en SP: 50 profesionales formados en gestión por procesos, formación presencial 696 profesionales y on-line a 700; 3Manual de SP: 10 procesos SP y videograbaciones; 4 Aplicación "PROSP" implantada en todos los CS: Actividades preventivas de los procesos (check-list) planificados e informatizados para todo el año en cada CS (ejemplo: atención urgente, gestión material, medicación,...), gestión de las incidencias: por correo electrónico los responsables de proceso la reciben en el momento y disponer de cuadro de mandos que permite ir evaluando el proceso; Reactivos: 5- Sistema de notificación de incidentes implantado: Actualmente 1020 notificaciones.

Conclusiones

La evaluación a partir del MADS nos ha permitido implantar estrategias proactivas y reactivas en SP. A nivel proactivo el manual de SP y la aplicación PROSP nos ha permitido disminuir la variabilidad asistencial, facilitar el trabajo los profesionales y gestionar y evaluar los procesos. A nivel reactivo el aprendizaje a partir de la notificación de incidentes ha sido clave para mejorar la cultura de los profesionales, aprender de los mismos, rediseñar los procesos y hacerlos más robustos. Hacer una mención especial a la ilusión, la profesionalidad y el compromiso de todos los profesionales del territorio, hemos descubierto un nuevo camino hacia una nueva dinámica de trabajo integrada y orientada al servicio y a garantizar una atención sanitaria con la máxima calidad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 346

TÍTULO: BENEFICIO DEL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA REDUCCIÓN DE INGRESOS POR DESCOMPENSACIÓN CARDIACA

AUTORES: GARCIA MARINA, EVA MARIA (HUCA); RODRÍGUEZ ÁVILA, E. E. (HUCA); MARTÍNEZ ZAPICO, A. (HUCA); FERNÁNDEZ ALMIRA, M. L. (HUCA); CARAVIA DURÁN, D. (HUCA); GONZÁLEZ FRANCO, A. (HUCA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La insuficiencia cardiaca (IC) constituye uno de los retos asistenciales de mayor magnitud. Existe evidencia de que los programas de cuidado multidisciplinar que incluyen la educación del paciente (aspectos básicos de la enfermedad, identificación de signos de alarma de descompensación, fomento del autocontrol) y la accesibilidad al recurso sanitario, reducen los ingresos hospitalarios. En este contexto la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) promueve, desde el año 2011, una iniciativa basada en la creación y promoción de Unidades de Manejo Integral de Pacientes con IC (UMIPIC), programa de gestión de pacientes crónicos con IC centrado en 3 aspectos: educación en IC, implicación del paciente y sus familiares en su enfermedad y valoración integral de este tipo de pacientes pluripatológicos.

Objetivos: Medir el grado de conocimiento sobre la IC mediante la European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (EHFScBS) y valorar el impacto del papel de enfermería (educación, contacto telefónico) en reducción de ingresos hospitalarios tras desarrollar una consulta monográfica de IC según el Programa UMIPIC.

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Los pacientes seguidos reciben una sesión formativa al inicio, 6 y 12 meses, midiendo el conocimiento de la enfermedad mediante la escala EHFScBS y se ofrece contacto telefónico para resolución de dudas.

Se exponen los resultados de la escala, y su comparación respecto a los obtenidos por la Unidad que validó la escala en España, así como el volumen de llamadas telefónicas.

Se mide el impacto en reducción de ingresos hospitalarios por descompensación cardiaca post-seguimiento frente al año previo pre-seguimiento.

Resultados Conclusión: Se identifica una cohorte de 128 pacientes con un tiempo medio de seguimiento de 21.37 ± 6.49 meses.

Al inicio los pacientes tenían un EHFScBS de 35.76 ± 6.55 puntos, mientras que a los 6 meses la puntuación es de 17.18 ± 4.4 puntos y a los 12 meses de 15.29 ± 3.43 .

En comparación con los datos publicados por la Unidad de Badalona, los pacientes en nuestra Unidad parten de una peor situación de conocimiento de la IC (35 vs 29 puntos), mientras que a los 6 meses se ha conseguido una mejor educación (17 vs 24 puntos).

En el año previo al inicio del seguimiento, los 128 pacientes contabilizaron 165 ingresos hospitalarios por descompensación cardiaca, es decir, 1.29 ingresos/paciente/año, mientras que en el período post-seguimiento, el ratio fue de 0.3 ingresos/paciente/año, lo que supone una reducción del 76.87%.

Durante el seguimiento se recibieron 346 llamadas telefónicas, lo que supone 1.52 llamadas/paciente/año. El 68.75% de los pacientes usaron este servicio.

Conclusión: el papel de la enfermería es crucial para la gestión del paciente pluripatológico con IC, contribuyendo de forma significativa a la reducción de ingresos hospitalarios. La formación estructurada y medida mediante la escala EHFScBS y la accesibilidad telefónica son 2 herramientas esenciales y de fácil aplicabilidad para reducir hospitalizaciones.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 347

TÍTULO: IMPACTO EN LA GESTIÓN HOSPITALARIA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA MEDIANTE EL PROGRAMA UMIPIC

AUTORES: MARTÍNEZ ZAPICO, ALEIDA (HUCA); RODRÍGUEZ ÁVILA, E. . (HUCA); GARCÍA MARINA; E. M. (HUCA); GÓMEZ RODRÍGUEZ, H. (HUCA); GARCÍA CARÚS, E. (HUCA); GONZÁLEZ FRANCO, A. (HUCA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La Insuficiencia cardiaca (IC) es una enfermedad muy prevalente en España, siendo la cuarta causa de éxitus y la primera causa de hospitalización en >65 años, generando un coste socio-sanitario y económico importante. A pesar de los avances terapéuticos, no se han conseguido cambios en la hospitalización por IC, manteniéndose tasas de rehospitalización muy elevadas.

En este contexto la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) promueve, desde el año 2011, una iniciativa basada en la creación y promoción de Unidades de Manejo Integral de Pacientes con IC (UMIPIC), programa de gestión de pacientes crónicos con IC centrado en 3 aspectos: educación en IC, implicación del paciente y sus familiares en la enfermedad y valoración integral de este tipo de pacientes pluripatológicos.

Objetivos: Análisis de la reducción de estancia media y reingresos precoces por IC y su impacto económico en el período 2012-14, tras desarrollar una consulta monográfica de IC según el Programa UMIPIC en la Unidad de Insuficiencia Cardiaca de Medicina Interna (UIC-MI) del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se comparan los resultados de estancia media, estancias anuales y reingresos hospitalarios en la UIC-MI atendiendo a los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) 127 y 544 según datos aportados por el Servicio de Codificación con respecto al año previo al desarrollo de la consulta monográfica.

Se valora el impacto económico según coste de día de hospitalización médica aportado por la Gerencia del HUCA para el año 2011.

Resultados Conclusión: Durante el trienio 2012-14 se han registrado 2109 ingresos por IC en el HUCA, de los cuales, 870 se atendieron en la UIC-MI (41.25% del total).

La estancia media en la UIC-MI ha sido de 6.74 días en 2012, 6.84 en 2013 y 5.58 en 2014, frente a los 9.29 días del 2011 (mejor resultado de la serie histórica de la Unidad desde su creación en 2005), lo que supone un descenso del 39.94%.

Respecto a las estancias hospitalarias por IC, en 2012 se han codificado 2150 estancias frente a las 2768 del año 2011. Esto supone un ahorro de 618 estancias. Teniendo en cuenta que el coste por hospitalización médica en el HUCA en 2011 ha sido de 434€/día, el ahorro económico obtenido por la UIC-MI en 2012 respecto a 2011 ha sido de 268.212€. En el año 2013 se ahorraron 751 estancias, y en el 2014, 1339. Esto implica un ahorro en 3 años de casi 1.2 millones de €. La tasa de readmisiones precoces (< 30 días post-alta) en la UIC-MI ha sido inferior (en los 3 años) a la del 2011 en readmisiones globales, por misma Categoría Mayor Diagnóstica y mismo GRD. Las tasas de reingreso han sido similares o menores que las del Servicio de Cardiología cada uno de los años.

Podemos concluir que el desarrollo de una consulta monográfica para el seguimiento de pacientes pluripatológicos con IC siguiendo las directrices del Programa UMIPIC demuestra ser una herramienta de gestión sanitaria de fácil instauración, eficaz con pacientes complejos y de resultados rápidos y sostenibles en el tiempo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 348

TÍTULO: NUEVOS ROLES DE ENFERMERIA EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE CON AFECCION RESPIRATORIA AGUDA DESDE LA URGENCIA

AUTORES: LEGARRETA EREÑO, JESUS (OSI BARRUALDE GALDAKAO); SANZ VELASCO, M. I. (OSI BARRUALDE GALDAKAO); ETXEARRIA VILLEGAS, P. I. (OSI BARRUALDE GALDAKAO); GOMEZ BURGO, M. A. (OSI BARRUALDE GALDAKAO); PASKUAL URIBE, A. G. (OSI BARRUALDE GALDAKAO); ROMO SOLER, M. A. (OSI BARRUALDE GALDAKAO).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Nos situamos en la OSI Barrualde Galdakao , Bizkaia que da cobertura a una población de 318.659 habitantes y de distribución muy dispersa
Coincidiendo por un lado con la Gripe, situación crítica por el déficit de camas que genera en el hospital y por otro la revisión del rol de la EPA (ENFERMERA de Practicas Avanzadas) /EEH (Enfermera de enlace hospitalario) nos planteamos la necesidad de abordar la reagudización de los problemas crónicos reduciendo el ingreso hospitalario con el fortalecimiento de la coordinación entre niveles asistenciales y asegurando una atención sanitaria de calidad en el entorno del paciente
En un principio decidimos iniciar el proyecto con la especialidad de neumología para extensión a otras patologías al futuro

Objetivos: GENERAL

Disminuir los ingresos hospitalarios potencialmente evitables de pacientes con neumonía, asma, EPOC e insuf. Respiratoria aguda de la OSI

SECUNDARIOS

Reforzar la atención en su domicilio

Potenciar la coordinación de los recursos en ambos niveles garantizando una atención adecuada segura y eficiente

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se selecciona las patologías de : .Asma , Neumonía EPOC y Insuf respiratoria aguda del servicio de neumología

Se identifican los agentes implicados y las necesidades, se diseña el circuito y las funciones de cada recurso implicado y se difunde a todos los niveles y profesionales implicados .

Se implementa el protocolo y se establecen sesiones de seguimiento para detección de áreas de mejora
El protocolo incluye una primera fase de atención en la urgencia, basado en la coordinación entre : Med y enf de urgencias , EEH , EPA , neumólogo y MF y una segunda fase en caso de reingreso en la que el paciente acude derivado del Equipo de Atención Primaria directamente a la urgencia donde es atendido por el Neumóloga y la EEH directamente sin pasar por el médico de urgencias

Se aplica de lunes a jueves puesto que durante el fin de semana no disponemos de un recurso EPA que de cobertura de atención en 24 horas y se basa en la atención presencial en domicilio a primera hora del día siguiente al alta ., con una valoración inicial de la EPA quien se coordina con el MF y entre ambos evolucionan al paciente

Se implanta el proyecto durante la campaña de la gripe del 2014 y presentamos a continuación unos datos correspondientes a los meses de abril del 2015

- Candidatos 158
- 61 no entran en el circuito
- 97 se aplica el protocolo

8 pacientes vuelven a la urgencia pero solo 5 es ingreso

Resultados Conclusión: Son 92 ingresos evitados y con ocupación media de 4.16 días a 518 euros / día se ha conseguido un ahorro de 198.248,96. euros.

Se ha fortalecido el rol de la EPA

Se consigue una atención integrada y coordinada y la satisfacción de los profesionales

Intención de extenderlo a otras patologías

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 349

TÍTULO: EL CONSENTIMIENTO INFORMADO: ¿REGISTRAMOS EL DERECHO A LA INFORMACIÓN DE NUESTROS PACIENTES?. ¿SE PUEDE MEJORAR?.¿CÓMO?.

AUTORES: ÁLVAREZ CUETO, BEATRIZ (HOSPITAL V. ÁLVAREZ BUYLLA); ESCUIN MALO, M. A. (HOSPITAL V. ÁLVAREZ BUYLLA); ÁLVAREZ SUÁREZ, M. L. (HOSPITAL V. ÁLVAREZ BUYLLA); BAS MARTINEZ, A. M. (HOSPITAL V. ÁLVAREZ BUYLLA); BLANCO TORICES, M. C. (HOSPITAL V. ÁLVAREZ BUYLLA); MEDINA MEJÍAS, M. (HOSPITAL V. ÁLVAREZ BUYLLA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La utilización del documento de consentimiento informado (DCI) en la práctica clínica nos muestra una variabilidad de grado de implementación. No podemos demostrar que estemos garantizando el derecho de todos los pacientes a ser informados de forma veraz, comprensible y efectiva para asegurar la adecuada toma de decisiones.

Objetivos: Conocer nuestra realidad, grado de cumplimentación del DCI, para iniciar un ciclo de mejora (PDCA). Realizar análisis causal. Planificar, implantar medidas y evaluar resultados para mejorar la información facilitando la toma de decisiones de nuestros pacientes. Iniciar nuevo ciclo PDCA.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo.

Población: Pacientes sometidos a intervención quirúrgica (IQ) de 01-01-2013 a 31-12-2014.

Muestreo sistemático representativo de primeros semestres anuales(IC: 95%; alfa: 0,05; e: 0,1).

Variables:

%IQ con DCI.

%IQ con DCI correctamente cumplimentado.

%Incorrecta cumplimentación de criterios establecidos (firma e identificación del paciente con al menos 3 identificadores, firma e identificación paciente, firma e identificación informante, fecha del DCI).

Análisis causal de DCI incorrectamente cumplimentados empleándolo para identificar, priorizar e implantar acciones de ciclo PDCA.

Resultados Conclusión: Año 2013:

IQ con DCI: 100%.

DCI correctamente cumplimentado: 45,45%.

% incorrecta cumplimentación de criterios:

Fecha DCI: 85,71%.

Identificación informante (anverso): 26,19%.

Correcta identificación paciente: 14,28%.

Firma médico: 9,52%.

Identificación médico (reverso): 2,38%.

Firma paciente 2,38%.

Acciones de mejora implantadas:

Proporcionar resultados a profesionales.

Formación en el proceso de DCI y cumplimentación (fechar DCI acompañando a firma de intervinientes, identificación informante y correcta identificación paciente).

Año 2014:

IQ con DCI: 96,05%.

DCI correctamente cumplimentado: 86,84%.

% incorrecta cumplimentación de criterios:

46,15% firma médico.

38,46% fecha del DCI.

Ausencia del DCI: 23,08%.

15,38% identificación correcta del paciente.

7,69% fecha y firma del médico.

7,69% identificación correcta paciente, fecha y firma del médico.

7,69% datos identificativos médico informante y firma del DCI.

Hemos mejorado:

El % de DCI correctamente cumplimentados.

La identificación del informante acompañando su firma con el sello.

Debemos mejorar:

Firma del informante.

Fecha del DCI.

Correcta identificación del paciente.

Comparado los datos del 2014 con 2013 hemos mejorado notablemente, aunque tenemos seguir trabajando. Debemos concienciarnos que, como documento legal, debe estar firmado por las partes implicadas en el proceso información/ comunicación.

Propuestas de mejora:

Proporcionar siempre DCI.

Fechar y firmar DCI.

Identificación correcta colocando pegatina en espacio dispuesto al efecto o cumplimentar todos los campos.

Continuar con acciones de mejora iniciadas y su análisis.

Implantar protocolo de acreditación de la calidad de los contenidos y del proceso de información para garantizar el derecho a la información de nuestros pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 350

TÍTULO: REVISIÓN COMO ACCIÓN DE MEJORA DEL PROTOCOLO 'PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES INGRESADOS'

AUTORES: BUENO MORENO, MERCEDES (GERENCIA ÁREA SANITARIA VII); GARCÍA ÁLVAREZ, A. G. (HOSPITAL ÁLVAREZ BUYLLA); PIERNA ALONSO, J. (HOSPITAL ÁLVAREZ BUYLLA); COMBA MONTERO, M. L. (HOSPITAL ÁLVAREZ BUYLLA); GONZÁLEZ GONZÁLEZ, C. (HOSPITAL ÁLVAREZ BUYLLA); FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, J. J. (CENTRO DE SALUD MENTAL).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Las caídas como efecto adverso en el ámbito hospitalario justifican la necesidad de evaluar las posibles acciones de mejora en la cumplimentación del Protocolo Prevención de Caídas, implicando en la revisión a los profesionales responsables del cuidado integral del paciente.

Objetivos: Evaluar la actuación de acuerdo al Protocolo Prevención de Caídas.
Proponer acciones de mejora en la formulación de Diagnósticos de Riesgo de caída.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Entre el 1 de Mayo de 2014 y el 30 de Abril de 2015 se han revisado todos los formularios de caídas con la Supervisora de la Unidad y la enfermera responsable del paciente. De las 83 caídas registradas se excluyen las del Servicio de Urgencias y HDD ya que al ser estancias inferiores a 24 horas no se realiza la valoración al ingreso.

Resultados Conclusión: 1. Los indicadores del formulario de caídas no están cumplimentados correctamente en todos los ítems. Las medidas de protección previas a la caída suelen estar bien cumplimentadas. Si bien se observa un porcentaje de caídas que se producen en situaciones de deambulación en pacientes orientados e independientes, incluso con acompañantes.

2. Indicadores definitorios de Diagnósticos de riesgo de caída, tales como estado de consciencia con desorientación, nivel de dependencia en distinto grado, déficits sensoriales, no se relacionan con el número de diagnósticos formulados en el 68% de los casos.

3. La revisión de la historia y el registro de la caída con los profesionales responsables se plantea como una acción de mejora, ya que el profesional puede contrastar las posibles contradicciones y tomar conciencia de aquellas actividades que podían haber tenido una influencia positiva en la disminución de caídas y en la actuación de acuerdo al Protocolo.

4. Mención especial a las 28 caídas registradas en la Unidad de Psiquiatría, dada la especificidad de los enfermos y factores relacionados con su medicación. La Unidad de Psiquiatría con un 35.4% de todas las caídas registradas no realiza la valoración enfermera del Protocolo de prevención de caídas al tener una metodología adaptada a su especialidad.

Ante los resultados obtenidos se plantea como una acción de mejora la formulación al ingreso de "paciente con diagnóstico de riesgo de caídas". Del estudio realizado se observa que estaríamos en porcentajes del 100% al ser pacientes con medicación relacionada directamente con riesgo de caída.

5. El formulario Registro Caídas es obligatorio en todo el Hospital, con independencia del lugar donde se produzca y de la situación ambulatoria u hospitalización del paciente.

6. El 1.2% de caídas que se han producido en un año nos coloca en porcentajes ligeramente inferiores a los descritos por varios autores que los sitúan entre el 2 y el 10% y ligeramente superiores a los recogidos en el Proyecto Eneas correspondientes a la Comunidad del Principado de Asturias.

7. A la vista de los resultados se puede concluir que existe un margen de mejora en los 2 objetivos formulados a estudio.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 351

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD CLÍNICA DEL ENFERMO CRÍTICO (EC) DURANTE EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO (TIH)

AUTORES: ESTEVE PAÑOS, M^a JESÚS (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR); RUIZ MORENO, J. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR); MORAL GUITERAS, M. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR); SALVA RIBAS, M. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR); SUÁREZ ÁLVAREZ, N. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR); ARTIGAS RAVENTÓ, A. (HOSPITAL DE SABADELL & QUIRÓNSALUD CATALUÑA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Dada a la complejidad del EC, la consideración de los efectos adversos (EA) y la seguridad clínica durante el TIH del EC desde la UCI a otro servicio sistencial del hospital son fundamentales. Aunque obvio, las necesidades de control y de monitorización del EC que requiere un TIH son las mismas o mayores que cuando permanece en la UCI.

Objetivos: • Evaluar la seguridad clínica del EC durante un TIH.

- Identificar los EA y los factores condicionantes durante el TIH.
- Evaluar la influencia de los factores organizacionales.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: • Tipo de estudio: observacional, prospectivo, analítico y transversal. Subestudio del 'Sentinel Events Evaluation 3' (Multinational observational study on patient safety during IHT of intensive care patients, 2014, ESICM).

• Períodos:

- 23-X-2014 / 20-XI-2014.
- 4-V-2015 / 11-V-2015

• Ámbito: UCI (10 camas).

• Población: todos los EC. Muestra: 34 EC

• Criterios de exclusión: imposibilidad de obtención de los datos, ausencia de consentimiento informado

• Recolección de datos: a) información clínica, b) cultura de seguridad

• 3 enfermeros recolectores

• Análisis estadístico univariante:

- Variables cuantitativas: medidas de tendencia central (moda, media, mediana) y de dispersión (rango, recorrido intercuartílico, varianza, desviación estándar y coeficiente de variación). Intervalo de confianza para la media con un nivel de confianza del 95%.

- Variables cualitativas: distribución y tablas de frecuencias (frecuencia absoluta y frecuencia relativa)

Resultados Conclusión: • N° de TIH: 34

• Tiempo medio: 41,5 min (DE: 59,2).

• Profesionales implicados:

- Médico, enfermero y sanitario: 32 casos (88 %)

- Más de 3 profesionales: 4 casos (12 %)

• Tipo de TIH:

- Programado: 19 (55,9 %)

- Urgente: 15 (44,1)

• Tipo de procedimiento:

- Diagnóstico (61,7 %)

- Terapéutico (38,3 %)

• Monitorización:

- ECG: 34 (100 %)

- Tensión arterial:

- Invasiva: 14 (42 %)

- No invasiva: 34 (100 %)

- Pulsioximetría: 34 (100 %)

- Ventilación mecánica invasiva: 15 (44,1 %)

• EA:

- 12 EA, en 11 EC (32,3 %)

- Gravedad

- 10: categoría A ó B (incidentes sin daño)

Mayormente, retraso en la ejecución del procedimiento

- 2: categoría D, y sin duda evitable
Fallo de dispositivo diagnóstico o terapéutico
- Factores contribuyentes:
 - 5 casos: fatiga o estrés
 - 5 casos: falta de comunicación
 - 2 casos: factores organizacionales
- Escala NEMS durante el TIH: 4,26 (promedio)

Conclusiones

1. Los TIH se realizan tanto para procedimientos diagnósticos como terapéuticos.
2. Los EA se observan en la tercera parte de los casos, pero no revisten gravedad (sin necesidad de intervención), salvo excepción.
3. El estrés y la deficiente comunicación son los factores contribuyentes de EA predominantes.
4. La VMI no condiciona un mayor número de EA.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 352

TÍTULO: ¿TENEMOS IMPLANTADO EL LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA (LVSQ)? ¿PODEMOS MEJORARLO? NUESTRA EXPERIENCIA.

AUTORES: ÁLVAREZ CUETO, BEATRIZ (HOSPITAL V. ÁLVAREZ BUYLLA); ESCUIN MALO, M. A. (HOSPITAL V. ÁLVAREZ BUYLLA); ORDIALES GUTIÉRREZ, R. (HOSPITAL V. ÁLVAREZ BUYLLA); ÁLVAREZ SUÁREZ, M. L. (HOSPITAL V. ÁLVAREZ BUYLLA); MEDINA MEJÍAS, M. (HOSPITAL V. ÁLVAREZ BUYLLA); SÁNCHEZ TABAR, L. (HOSPITAL V. ÁLVAREZ BUYLLA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El LVSQ trata de minimizar efectos no deseados de la atención sanitaria.

Conocer implantación efectiva permite detectar áreas de mejora y establecer medidas que aumenten la seguridad del paciente.

Objetivos: Implantación efectiva LVSQ y análisis causal.

Implantar medidas.

Evaluar repercusión en resultados.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo.

Pacientes con intervención quirúrgica(IQ) de 01-01-2013 a 31-12-2014.

Muestreo sistemático representativo, primeros semestres anuales(IC: 95%; alfa: 0,05; e: 0,1)

Variables:

%IQ con LVSQ.

%LVSQ correctamente cumplimentado (registro todos los check, excluido identificación muestras si no procede(NP) y confirmar datos en historia clínica(HC).

%No registros de cada ítem en LVSQ.

Análisis discrepancias registro LVSQ-HC.

Implantación de medidas evaluando impacto en variables.

Resultados Conclusión: Año 2013:

%IQ con LVSQ: 98,63%

%LVSQ correctamente cumplimentado: 17,81%

%No registros identificación IQ: 2,78%

%No registros en entrada: 31,94% Riesgo hemorrágico; 26,39% Vía aérea/riesgo aspiración; 19,44% Consentimiento; 18,05% Identidad, sitio quirúrgico, procedimiento y demarcación; 13,89% Control seguridad anestesia y Monitorización; 12,5% Alergias.

%No registros en pausa: 15,28% Identificación miembros equipo, identidad paciente, sitio quirúrgico, procedimiento, revisión pasos críticos/pérdida hemática, profilaxis antibiótica(ab) y visualización imágenes; 13,89% Revisión problemas.

%No registros en salida: 100% Identificación de muestras NP; 84,72% Revisión problemas instrumental/equipos; 43,05% Firma anestesista; 27,78% Fecha LVSQ; 16,67% Revisa/ registra recuperación/tratamiento(tto); 12,5% Firma cirujano; 1,39% Confirmación gases/instrumental.

Discrepancias LVSQ-HC: 9 casos alergias.

Análisis causal: Varios profesionales implicados en cumplimentar LVSQ. Frecuente fragmentación de registro de ítems que interpretan como propios cada grupo profesional implicado. Reticencia a registrar.

Acciones de mejora: Formación. Designación de responsable único del LVSQ. Consensuar criterio revisión problemas instrumental/equipos.

Año 2014:

%IQ con LVSQ: 98,65%

%LVSQ correctamente cumplimentado: 81,08%

%No registros identificación IQ: 1,37%

%No registros en entrada: 2,74% Alergias; 2,74% Riesgo hemorrágico; 1,37% Vía aérea/riesgo aspiración.

%No registros en pausa: 2,74% Revisión pasos críticos/pérdida hemática; 1,37% Identificación miembros equipo, identidad paciente, sitio quirúrgico, procedimiento, revisión problemas, profilaxis ab y visualizar imágenes.

%No registros en salida: 100% Identificación muestras NP; 9,59% Revisión problemas instrumental/equipos; 2,74% Firma cirujano y Fecha LVSQ; 1,37% Procedimiento, confirmación gases/instrumental, revisa/registra recuperación y tto y firma anestesista.

Discrepancias LVSQ-HC: 5 alergias; 2 consentimiento; 1 procedimiento; 1 demarcación sitio.

Conclusiones: Mejora del registro LVSQ. Medidas implantadas adecuadas.

Proponemos: Incorporar NP a identificación muestras. Consensuar términos/registro: intolerancia/alergia. Mejorar custodia documentación clínica. Extender experiencia.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 353

TÍTULO: EVOLUCIÓN 2010/2014 EN LAS RECLAMACIONES DE USUARIOS: REFLEJO DE LOS RECURSOS, LA CRISIS Y EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL

AUTORES: ALOY-DUCH, ANDREU (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS); FUSTÉ-BALLÚS, C. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS); CLARAMBO-SEMIS, M. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS); SABATER-RAGA, R. M. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS); LLEDÓ-RODRÍGUEZ, R. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS); MARTIN-SÁNCHEZ, E. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: A pesar de que las reclamaciones pueden constituir un problema al manifestar la insatisfacción de los usuarios/pacientes, las quejas son una oportunidad para las organizaciones y un barómetro sensible de los cambios producidos, más en el entorno actual de infrafinanciación del sector sanitario que han supuesto déficits en algunos de los procesos asistenciales clave.

Objetivos: Presentar el resultado de un estudio evolutivo sobre reclamaciones en un hospital general universitario de referencia, durante los últimos 5 años, para detectar los cambios producidos en el tipo de reclamaciones como posible reflejo de los recursos existentes, la crisis y el envejecimiento demográfico.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Nuestro centro dispone de 350 camas de atención hospitalaria aguda y sociosanitaria, y en 2014 ingresaron 19.487 pacientes; se atendió a 109.147 urgencias y 312.466 pacientes ambulatorios. La Unidad de Atención al usuario (UAU) evalúa anualmente un conjunto de indicadores sobre la gestión de las reclamaciones, que se describen conjuntamente en los resultados, haciendo especial mención, para el análisis comparativo a los años 2008/2010 y 2014.

Resultados Conclusión: Los indicadores fueron, respectivamente, en 2008 y 2014: 1. Reclamaciones por actividad: 2,68/1,42; 2. Reclamaciones anuales: 850;/1050; 3. Actividad de agudos: 21.713/19.487; y sociosanitarias: 552/756; 4. Actividad por servicios en agudos: quirúrgicas: 5245/4663; urgencias: 132.043/109.147; actividad ambulatoria: 269.476/312.466; y actividad radiológica: 83.604/137.054. El número de reclamaciones por servicios (más impacto) fueron: traumatología: 140/210; cirugía general: 145/180; urgencias: 300/160; radiología: 20;/60. Los motivos de las reclamaciones se distribuyeron: 1. Organización: 55%/65%; 2. Asistenciales: 21%/13%; 3. Trato: 10%/8%; 4. Otras. Dentro de los motivos 'organizacionales', destacan en su mayoría, las 'Listas de Espera' para: 1. Intervención quirúrgica: 18%/48%; 2. Espera en la atención a urgencias: 52%/17%; 3. Exploraciones: 3%/8%. Las reclamaciones debidas al trato han disminuido levemente de 86 a 71.

Conclusiones

Comparativamente, en los últimos años, la actividad sociosanitaria ha aumentado, con un descenso de la asistencia aguda atribuida a la actividad quirúrgica, las urgencias y la actividad maternoinfantil; con un aumento de los ingresos médicos, las pruebas complementarias (Rx) y la consulta ambulatoria; probablemente debido a la ambulatorización progresiva de la asistencia, el descenso en la financiación de la sanidad y el envejecimiento de la población. Las reclamaciones por actividad asistencial han disminuido progresiva y levemente en los últimos años, en un formado mayoritariamente por escrito, destacando un aumento en los servicios quirúrgicos y radiológicos, respecto a las urgencias; todo ello atribuido a los motivos 'organizacionales', por las 'Listas de Espera' en las demoras en las intervenciones quirúrgicas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 355

TÍTULO: CONSUMO DE RECURSOS DEL ENFERMO CRÍTICO (EC) CON LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL SOPORTE VITAL (LTSV)

AUTORES: CORCUERA ROMERO DE LA DEVESA, ROSA (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR); RUIZ MORENO, J. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR); GONZÁLEZ MARÍN, E. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR); ESTEVE PAÑOS, M. J. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR); RIBA RIBALTA, M. J. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR); BAIGORRI GONZÁLEZ, E. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Es conocido que el consumo de recursos de los EC con LTSV es mayor que el consumo de recursos en el EC sin LTSV. Sin embargo, la identificación de procedimientos específicos y del peso relativo (PR) de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) vinculados con el EC con LTSV se ha investigado poco.

Objetivos: · Evaluar el consumo de recursos de los EC con LTSV en comparación con la población global de EC

· Evaluar el PR de los GRD de los EC con LTSV en comparación con la población global de EC

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: · Estudio prospectivo, analítico, longitudinal, de cohortes y observacional.

- Período: De 1-I-2011 a 30-VI-2014 (42 meses).
- Ámbito: UCI médico / quirúrgica de 10 camas de un hospital de agudos.
- Población: EC ingresados consecutivamente.
- Muestra: 2559 EC.
- Criterios de exclusión: EC < 16 a., grandes quemados, documentación clínica insuficiente y altas voluntarias.
- Variables analizadas: a) estancia media (EM), reingreso, b) 'case-mix': GRD versión AP - 25.0 (684 GRD agrupados en 25 categorías diagnósticas principales y peso relativo (PR) de GRD, c) ventilación mecánica invasiva (VMI) y no invasiva (VMnI), d) tratamiento sustitutivo renal (TSR), e) presión intracraneal (PIC) y Doppler TC, f) aislamiento, g) cateterismo cardíaco y electrocatéter (ECT).
- Análisis estadístico: Ji cuadrado y contraste de medias.

Resultados Conclusión: Total LTSV-% No LTSV- % Valor P

EC	2559	220-8,6	2339-91,4	
Edad	65,9	77,2	64,8	0,0001
Mortalidad	182	115-52,3	67-2,9	0,0001
EM	3,51	9,1	2,98	0,0001
Reingresos	136	20-9,1	116-5,0	0,009
PR GRD	4,21	7,37	3,92	0,0001
VMI	774	138-62,7	636-27,2	0,0001
VMnI	298	80-36,4	218-9,3	0,0001
Traqueost.	53	22-10,0	31-1,3	0,0001
TSR	91	37-16,8	54-2,3	0,0001
PIC	14	7-3,9	7-0,3	0,0001
DTC	20	11-5,0	9-0,4	0,0001
Aislamiento	92	32-14,5	60-2,6	0,0001
Cateterismo	103	6-2,7	97-4,1	NS
ECT	25	3-1,4	22-0,9	0,0001
Pericardioc.	8	1-0,4	7-0,3	NS

Conclusiones

- 1) La EM y los reingresos son considerablemente mayores en los EC con LTSV.
- 2) El PR de los GRD es 2 mayor en los EC con LTSV.
- 3) La VMI y la VMnI se aplican más en los EC con TP.
- 4) Casi el 15 % de los EC con LTSV requiere aislamiento.
- 5) El TSR, la PIC y el DTC, y el ECT se utilizan más en los EC con LTSV

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 356

TÍTULO: ESTRATEGIA PARA ACREDITAR 288 EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UNA INSTITUCIÓN SEGÚN EL MODELO AUTONÓMICO

AUTORES: PAREJA ROSSELL, CLARA (INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT); GENS BARBERÀ, M. (INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT); BRAVO CORRALES, J. L. (INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT); RIQUE CAZAUX, M. (INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT); BADIA PERICH, E. (INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT); SUÁREZ MAGAÑA, E. (INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El Modelo de Acreditación del Departament de Salut (MADS) para los Centros de Salud (CS) se aplica desde septiembre de 2014. Es de carácter obligatorio y establece el nivel de calidad ofrecido por los CS y fomenta la mejora continua. Los estándares (E) están inspirados en modelos de acreditación internacionales reconocidos y en el modelo de gestión de la European Foundation for Quality Management (EFQM). Los 347 E se distribuyen en 9 criterios (C): Liderazgo (27); Estrategia (26); Gestión de personas (33); Alianzas y recursos (44); Procesos (113); Resultados en ciudadanos (14), personas (22), sociedad (7) y clave (61). Nuestra institución está formada por 288 CS. La acreditación representa un reto desde el punto de vista corporativo por la trascendencia y magnitud del proyecto.

Objetivos: Mejorar el nivel de calidad de los CS y ofrecer soporte y herramientas para afrontar el proceso de acreditación fomentado la mejora continua.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: La comisión de calidad institucional está formada por 1 responsable de calidad corporativo y uno por cada territorio. Estrategias desplegadas: 1-Incorporar desde 2012 estándares del MADS relacionados con la seguridad de los pacientes (SP) en los acuerdos de gestión (AG) de los CS. 2-Planificar las auditorias externas 2014-2016. 3-Identificar evidencias de los estándares con respuesta corporativa. 4-Compartir experiencias territoriales. 5-Diseñar documentos marco institucionales. 6-Implantar el sistema de notificación de eventos adversos. 7-Facilitar el proceso de evaluación de los C de resultados (R) a partir del cuadro de mandos (CM) de la institución. 8- Formación.

Resultados Conclusión: Resultados: 1-AG incluyen 74 E SP evaluados anualmente en los CS desde 2012. 2-Planificación de acreditación por territorio según grado de preparación. 3-Identificados 34 E corporativos y sus evidencias. 4-Tabla bench de evidencias entre territorios. 5-Documentos marco: plan calidad, estratégico, formación y comunicación interna. 6-Implantación 288 CS del sistema de notificación. 7-Plataforma dentro CM institucional con evaluación mensual de R clave a partir datos de la historia clínica informatizada. 8-Material formativo. CS auditados: 13,8%. Resultados: C1 94,4%; C2 98,1%; C3 94,5%; C4 96,9%; C5 97,7%; C6 95,3%; C7 82,9%; C8 67,3% y C9 85,9%. Resultados globales: 93,3%. El 90% de los CS presentan > 90% de consecución.

Conclusión: Incorporar E relacionados con SP como objetivo estratégico en los AG ha facilitado el cambio cultural entre los profesionales, aspecto clave para abordar la acreditación como una oportunidad de mejorar la calidad organizativa y asistencial en la Atención Primaria de nuestra institución. La estrategia orientada a diseñar documentos, compartir experiencias y elaborar herramientas ha facilitado el trabajo a los equipos, disminuyendo duplicidades y esfuerzos. Los resultados globales son excelentes, pero es necesario mejorar en algunos aspectos, como los resultados en personas, sociedad y clave.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 357

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA CUMPLIMENTACIÓN DE LOS INFORMES DE ALTA INFORMATIZADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES: ROJAS LUAN, ROXANA (HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); CANTERO SANDOVAL, A.; MARIN MARTINEZ, JM. (HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); TORRES MARIN, M. E. (HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); MANZUR ROJAS, P. (HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); MARTINEZ ROS, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El informe clínico de alta de urgencias debe ser un resumen de la atención en urgencias por parte de diferentes profesionales sanitarios; la obligación y responsabilidad de su existencia, calidad y correcta cumplimentación recae en el médico responsable. Al concluir un proceso asistencial en un centro hospitalario debe generarse un informe de alta ya sea urgencias, hospitalización o consultas.

Objetivos: Evaluar la cumplimentación del informe de alta informatizado en el Servicio de Urgencias del HCUVA.

Valorar el grado de cumplimentación de los ítems que aparecen como recomendados.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio observacional descriptivo retrospectivo

Se realizó en el servicio de urgencias general del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Utilizando método de muestreo aleatorio simple.

La recogida de datos se realizó en los 7 días de la semana de forma aleatoria en el mes de enero 2014.

Se utilizó como fuente de datos el sistema informático del hospital, "Selene".

Se revisó los informes de alta de urgencias (redactados por los adjuntos del servicio o por los residentes a cargo de los primeros).

Se consideraron Informes de alta informatizados completos a los que contenían la siguiente información:

- Motivo de consulta
- Antecedentes personales (alergias, enfermedades conocidas y tratamiento crónico)
- Exploración física (incluyendo exploración dirigida y 3 constantes mínimo)
- Diagnóstico principal al alta
- Tratamiento al alta
- Médico responsable (nombre)

Como mecanismo de sustitución se utilizó el número siguiente de orden al que se sustituye.

Se excluyen los informes de alta realizados por oftalmología, otorrinolaringología, traumatología, cirugía maxilofacial y cirugía general

Resultados Conclusión: Se revisaron 70 atenciones en las que se evidenció la inexistencia de informes de altas informatizada de urgencias en 6 procesos de urgencias. Los restantes 64 informes son los que conformaron la muestra sobre la que se trabajó.

La muestra sobre la que se trabajó fue de 64 informes de alta.

Se encontró que el 40.6% de los informes de alta estaban completos.

El grado de cumplimentación de los ítems necesarios para que el informe sea dado por completo es el siguiente:

Motivo de consulta un 96.9%

Antecedentes personales es un 73.4%

Exploración física 40.6%, siendo la frecuencia respiratoria la constante que menos se cumplimenta (12.5%)

Diagnóstico al alta 96.9%.

Tratamiento al alta 98.4%

El nombre del médico responsable estuvo presente en el 100% de los informes de alta.

Conclusiones. Se evidencia que el 40.6% de los informes de alta informatizados cumplían con la cumplimentación de los ítems necesarios siendo este porcentaje bajo. Sería muy importante iniciar un ciclo de mejora con el fin de que el informe de alta conste con los ítems recomendados cumplimentados para que así pueda servir realmente como un resumen de la atención en el servicio de urgencias y contribuya de manera real a la continuidad en el atención sanitaria y sobretodo de guía para el paciente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 359

TÍTULO: 'NECESITO CITA CON MI MÉDICO': ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE OFERTA DE CITA EN CONSULTAS DE MEDICINA DE FAMILIA

AUTORES: MONEDO PÉREZ, OLGA (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA); ALEMANY LÓPEZ, A. (DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN PRIMARIA); HERNÁNDEZ PASCUAL, M. (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA); DE LUIS MORÁN, M. A. (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA); GIRALT RABENTÓS, J. (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA); JIMÉNEZ DOMÍNGUEZ, C. (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La capacidad de responder a la demanda de cita en atención primaria (AP) es un factor determinante de la accesibilidad al sistema sanitario. La implantación de planes de calidad y normalización sobre la gestión de las agendas de los profesionales asistenciales debe evaluarse para conocer la situación real y su respuesta a las expectativas de los ciudadanos.

Objetivos: Evaluar la oferta de cita en consultas de medicina de familia para identificar puntos fuertes y áreas de mejora sobre el grado de implantación de criterios de calidad de las agendas, su adaptación a la demanda, su disponibilidad para la cita y la percepción de los usuarios sobre la accesibilidad al médico de AP (MAP).

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Análisis de cumplimiento de criterios normalizados de calidad y análisis retrospectivo de adaptación de agendas a la presión asistencial sobre 3556 agendas de MAP.

Análisis de disponibilidad y amplitud horaria ofertada mediante herramienta específica que permite consultar la disponibilidad prospectiva de cada agenda en las próximas 72 h. mediante muestreo aleatorio estratificado de 840 agendas.

Análisis de percepción de la accesibilidad en encuesta de satisfacción sobre muestreo de usuarios de los 262 centros de salud.

Resultados Conclusión: La implantación de agendas de MAP normalizadas, con criterios de calidad y accesibles a canales alternativos de cita es amplia (cumplimiento del 99,34% para tipo de cita y 97,71% para prioridad de cita). En el análisis retrospectivo de la adecuación a presión asistencial durante el primer trimestre de 2014, los datos globales muestran una oferta de citas un 19,66% mayor que la demanda (por cada 100 citas solicitadas, se ofertaron unos 120 huecos en agenda de MAP). Analizados los datos por agenda, 89,62% ofertaron más huecos de cita de los demandados y el 10,38% una oferta menor. Estudio de disponibilidad prospectiva de las agendas de MAP y amplitud horaria ofertada: 42,39% de agendas podrían ofertar cita el mismo día de ser solicitada, un 71,77% al día siguiente y un 85,34% a las 48 h. El 90,64% no presentan tramos horarios con acceso limitado a la cita a demanda, ofertando un horario amplio. Un 14,66%, citarían más allá de 72 h. y un 9,38% tendría limitación de acceso al principio y final de la jornada. Percepción del usuario (pendiente 2014): analiza 4 ítems respecto a accesibilidad. Los resultados se mantienen estables desde 2010, más bajos que los que exploran otros aspectos (porcentajes de satisfacción en torno a 60-70% frente dimensiones con 85-95%). El resultado desagregado muestra enormes diferencias entre centros con rangos del 35 al 95%. Los datos a nivel global muestran amplia implantación de los planes de mejora y buena adaptación a la demanda pero el estudio desagregado identifica compromiso de disponibilidad y adaptación a presión asistencial en un porcentaje de agendas, reflejado en una percepción del usuario mejorable e indicando la necesidad de intervenciones de mejora continuas, flexibles y centradas en la meso y micro gestión de la agenda.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 361

TÍTULO: BANCO DE PROYECTOS DE CALIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA: COMPARTIENDO EXPERIENCIA, CONOCIMIENTO Y BUENAS PRÁCTICAS

AUTORES: MARTÍNEZ PATIÑO, DOLORES (GERENCIA ADJUNTA DE PLANIFICACIÓN Y CALIDAD. GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.); MORALES IRALA, D. (DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN ECONÓMICA Y DE COMPRAS DE PRODUCTOS SANITARIOS Y FARMACÉUTICOS); HERNÁNDEZ PASCUAL, M. (GERENCIA ADJUNTA DE PLANIFICACIÓN Y CALIDAD. GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.); DRAKE CANELA, M. (GERENCIA ADJUNTA DE PLANIFICACIÓN Y CALIDAD. GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.); JIMÉNEZ GÓMEZ, C. (GERENCIA ADJUNTA DE PLANIFICACIÓN Y CALIDAD. GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.); JIMÉNEZ DOMÍNGUEZ, C. (GERENCIA ADJUNTA DE PLANIFICACIÓN Y CALIDAD. GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Tras cuatro años de desarrollo de la nueva estructura de Atención Primaria (AP) como área única en la CCAA, se plantea la oportunidad de desarrollar una herramienta para compartir experiencias en mejora de la calidad asistencial de los 262 centros de salud (CS) del área. Las comisiones locales de calidad (CLC) de las direcciones asistenciales comparten reglamento, funciones, objetivos y procedimientos de trabajo. Entre sus funciones figura impulsar la identificación de áreas de mejora en los CS para poner en marcha proyectos de calidad y apoyar su implantación y evaluación. Los proyectos desarrollados en los CS se revisan en las CLC. Si cumplen los criterios establecidos para garantizar que su metodología y desarrollo son correctos obtienen la validación. Establecida esta sistemática normalizada de trabajo se plantea la oportunidad de ofrecer a los profesionales un banco que recoja sus proyectos.

Objetivos: - Desarrollar una aplicación para compartir las mejores experiencias en calidad asistencial en los CS.

- Disponer de proyectos de calidad metodológicamente correctos que sirvan de apoyo y modelo para impulsar nuevos ciclos de mejora.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Un grupo de trabajo desarrolla la aplicación "Q-AP. Banco de proyectos de calidad de AP", alojado en la intranet y accesible a todos los profesionales. Tiene diferentes funcionalidades: para administradores y para profesionales que consultan. Administradores (coordinadores de las CLC)

- Complimentación de ficha resumen. Recoge la información mas relevante de cada proyecto: título, procedencia (CS), equipo de mejora, dimensión de la calidad, oportunidad de mejora/problema identificado, objetivo de mejora, cronograma, fase (implantación de acciones de mejora vs proyecto finalizado con resultados).

- Incorporación del proyecto. Se sube al banco todo su contenido (pasos del ciclo de mejora desarrollados). Existen 2 tipos de proyectos: en desarrollo (fase de implantación de acciones de mejora) y finalizados (evaluados y con resultados).

Para todos los profesionales de AP

- Búsqueda de proyectos. Los profesionales pueden seleccionar los de su interés mediante búsqueda por los campos incluidos en ficha resumen y búsqueda por palabras clave del título.

- Consultas. Q-AP da acceso a la ficha resumen de cada proyecto y al proyecto completo.

Resultados Conclusión: Q-AP está finalizada y funcionando. En estos momentos los administradores están incorporando proyectos; se han subido 7 finalizados.

Se dará visibilidad a los profesionales en el tercer trimestre del año, con mayor número de proyectos para consulta. En las fechas del congreso ya estará disponible para los profesionales.

Q-AP es una aplicación ágil, accesible desde cualquier equipo informático de la organización que permite compartir y consultar las mejores experiencias en mejora de la calidad asistencial desarrolladas en los CS. Pondrá a disposición de los profesionales proyectos validados que sirvan de apoyo y modelo para impulsar la implantación de nuevos ciclos de mejora.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 362

TÍTULO: LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA COMO MÉTODO PARA PROPORCIONAR AL PACIENTE UNA ASISTENCIA INTEGRAL DE CALIDAD.

AUTORES: PÉREZ DIEZ, CRISTINA (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET); REAL CAMPAÑA, J. M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET); ESCOLANO PUEYO, A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET); ARRIETA NAVARRO, R. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET); CARCELÉN ANDRÉS, J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET); PERRINO GARCÍA, MJ. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El principal objetivo de la monitorización terapéutica es asegurar el uso racional y adecuado de los medicamentos. Las intervenciones que realiza el farmacéutico para resolver los problemas potenciales o existentes relacionados con los fármacos contribuyen a conseguir dicho objetivo.

Objetivos: Registro y análisis de las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas sobre la prescripción médica y valoración del grado de aceptación de las mismas.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron las IF registradas entre febrero-diciembre 2014. Las IF se hicieron, una vez revisado el perfil farmacoterapéutico del paciente, sobre la prescripción médica a través del sistema informatizado de dispensación de medicamentos en dosis unitarias (SDMDU). Las unidades clínicas del hospital general con SDMDU son: infecciosos, medicina interna, neumología, neurología, digestivo y psiquiatría; y del hospital de traumatología: lesionados medulares, neurocirugía, plantas 8ª y 9ª. Variables registradas: datos demográficos del paciente y unidad clínica de hospitalización; fármaco implicado, motivo de IF y forma de comunicación al interlocutor. La valoración del grado de aceptación de las IF se detectó en base a la información obtenida del programa informático semanalmente, registrando si se habían aceptado y si había conllevado una modificación de la prescripción en base a las recomendaciones.

Resultados Conclusión: Durante un periodo de 11 meses se registraron 944 IF, lo que supone un promedio de 2,83 IF/día. Se realizaron 670 IF en pacientes hospitalizados en las unidades clínicas del hospital general con SDMDU y 236 IF en pacientes del hospital de traumatología. El total de IF corresponde a 233 principios activos diferentes, siendo los fármacos más implicados: enoxaparina (19,3%), simvastatina (17,6%), valsartán (13,7%) y cefazolina (12,9%). La modificación de la dosis y/o frecuencia de administración (43,0%) fue el motivo principal de IF. El 17,8% de las IF provocaron sustituciones de fármacos, el 14,0% la suspensión del medicamento y el 10,0% la prescripción del tratamiento domiciliario que no había sido pautado. El 5,1% de las IF se debieron a la falta de introducción de las alergias medicamentosas en el perfil farmacoterapéutico informatizado del paciente. El médico fue el interlocutor al que se dirigieron las IF. La vía de comunicación de la intervención fue mayoritariamente por escrito (73,6%) seguida de la vía telefónica (20,0%) y verbal (6,4%). En cuanto a la evaluación del impacto de las IF, el 80,6% fueron aceptadas, 11,1% rechazadas y el 8,3% de difícil valoración. Conclusión.

Las IF contribuyen a mejorar la seguridad y efectividad de la prescripción médica minimizando el riesgo para el paciente y aumentando la calidad asistencial.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 363

TÍTULO: Y TÚ, ¿CÓMO LO VES?. OPINIÓN LOS CIUDADANOS DE LA COLABORACIÓN ENTRE DOS ÁREA SANITARIAS

AUTORES: FRANCO VIDAL, AMALIA (GERENCIA ÁREA SANITARIA I); ODRISOLO FANJUL, A. (UNED-IEF); MARTÍNEZ ARGÜELLES, B. (GERENCIA ÁREA SANITARIA III); GARCÍA FERNÁNDEZ, J. L. (GERENCIA ÁREA SANITARIA III); GUTIÉRREZ MARTÍNEZ, J. (GERENCIA ÁREA SANITARIA I); GONZÁLEZ GARCÍA, EM. (GERENCIA ÁREA SANITARIA I).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Uno de los objetivos de la Consejería de Sanidad ha sido la colaboración entre Áreas Sanitarias. Desde las Gerencias de dos Áreas se planteó este proyecto con un enfoque EFQM por lo que la estrategia de colaboración tiene que contar con las necesidades y expectativas de los diferentes grupos de interés, siendo el principal los propios ciudadanos. Conocer su opinión y qué medios de comunicación utilizan nos permitirá establecer un plan de comunicación de la estrategia que facilite su implantación.

Objetivos: O. principal: identificar el grado conocimiento y valoraciones que los pacientes de dos Áreas Sanitarias tienen sobre su fusión/colaboración. O. secundarios: observar el impacto de los medios de comunicación como creadores de opinión, su impacto en el tema objeto del estudio, y las posibles estrategias para generar cambios de opiniones.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo transversal por encuesta telefónica (cuestionario "ad hoc") que recogía información sociodemográfica, uso de medios de comunicación y opinión de los pacientes sobre la fusión/colaboración de Áreas Sanitarias. Universo de estudio: todos los pacientes mayores de 18 años atendidos en consultas externas de los hospitales de referencia entre el 24-28/04/2014. Se descartan menores de edad, mayores de 74 años y los que no tienen teléfono. Muestra aleatoria simple calculada para un nivel de confianza de 90%, y un error del 5% (237 encuestas para un área y 256 para la otra). Se estableció un listado paralelo para sustituir aquellos casos en los que tras tres llamadas en diferentes llamadas no fueran localizados.

Resultados Conclusión: Se observa que los pacientes del Área más pequeña están más sensibilizados sobre el tema de la fusión/colaboración (58,4% vs. 27,6%), recibiendo información principalmente por el 'boca a boca' (65%) a partir de amigos (66%). La valoración en el área más pequeña de este proyecto es negativa en un 41.6% (35.1-48%) y positiva en un 27% (26.9-32.7%). Entre las motivaciones para una valoración negativa están el desplazamiento (25%) y para la positiva el acceso a mayor número de servicios y disminuir tiempos de espera. (23%). En el área mayor la principal vía de conocimiento del proyecto es el 'boca a boca' (51.3% (39.5-63%) a partir de amistades 67.5% (51.7-83.3%). La valoración en este Área del proyecto es negativa en un 41% y positiva en un 29%. Las valoraciones positivas se centran en aspectos de mejora de accesibilidad y tiempos de espera y entre las negativas el desplazamiento y el 'prestigio' del hospital más pequeño. El medio de comunicación más utilizado en ambas áreas sanitarias es la televisión. Conclusiones: Las estrategias de comunicación de un proyecto de colaboración entre áreas sanitarias han de basarse en el uso de la televisión sustentando el discurso en la mejora de la accesibilidad (tiempo de espera principalmente), la mejora de la cartera de servicios de forma conjunta y el refuerzo del papel del hospital en el área más pequeña y su imagen de prestigio y calidad en el área más grande.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 364

TÍTULO: DESARROLLO COMPETENCIAL Y BUENAS PRÁCTICAS DEMOSTRADAS POR PROFESIONALES SANITARIOS ACREDITADOS EN ANDALUCÍA

AUTORES: BREA-RIVERO, PILAR (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); REYES-ALCÁZAR, V. (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); ROJAS DE MORA-FIGUEROA, A. (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); SALGUERO-CABALGANTE, R. (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); CARRASCOSA-SALMORAL, P. (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); JULIÁN-CARRIÓN, J. (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El término competencia engloba las características individuales de una persona, relacionadas con una ejecución efectiva y diferenciada, que puede explicar el valor añadido que cada profesional aporta a su práctica y a los resultados clínicos de los pacientes.

En el contexto español, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) dispone de un Programa de Acreditación de Competencias, dirigido a 35.000 profesionales del sistema sanitario público, que se sustenta en 78 "Manuales de Competencias" específicos para cada ámbito de actuación y que contienen las competencias y buenas prácticas que deben estar presentes en el desempeño profesional.

Objetivos: (1) Describir el nivel de desarrollo competencial puesto de manifiesto por los profesionales acreditados .

(2) Identificar las buenas prácticas que los profesionales sanitarios han demostrado en sus procesos de acreditación.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Diseño: Estudio descriptivo transversal cuantitativo retrospectivo.

Población y muestra: 9.422 procesos de acreditación de competencias, realizados de septiembre de 2006 a diciembre de 2013, por parte de 7.199 profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en los que se incluyen todas las disciplinas sanitarias.

Aspectos éticos: Se garantizó confidencialidad mediante el tratamiento anónimo y la segregación de datos personales y variables de estudio.

Resultados Conclusión: Se han identificado un total de 20 Competencias y 36 Buenas Prácticas, a través de las cuales los profesionales acreditados han demostrado su nivel de conocimiento, habilidad, aptitud y desarrollo.

Las competencias puestas de manifiesto por más del 98% de los profesionales acreditados han sido: (1) Orientación al ciudadano y respeto por sus derechos. (2) Capacidad para la toma de decisiones clínicas diagnósticas y/o terapéuticas. (3) Educación para la salud, consejo sanitario y medidas de prevención. (4) Adecuada utilización de los recursos disponibles. (5) Personalización de los cuidados y actitud de aprendizaje y mejora continua.

Las buenas prácticas que con mayor frecuencia están presentes en el desempeño profesional han sido: (A). Cuida la relación con los usuarios procurando satisfacer sus necesidades y expectativas. (B). Proporciona la información necesaria para promover la toma de decisiones compartida con el paciente/familia. (C). Realiza una evaluación clínica correcta, solicita e interpreta las pruebas diagnósticas requeridas, establece un diagnóstico y un pronóstico. (D). Lleva a cabo actividades encaminadas a evitar posibles acontecimientos adversos y aumentar la seguridad en su desempeño profesional.

En conclusión, el análisis de las competencias y buenas prácticas que están presentes en el desempeño profesional ofrece la oportunidad de identificar necesidades formativas y áreas de mejora. Además, contribuye a hacer posible una práctica de mayor calidad y promueve el desarrollo profesional y la mejora de la atención sanitaria.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 365

TÍTULO: DOTACIÓN DE LA MEJOR EVIDENCIA CIENTÍFICA A LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD DE UN MODELO DE ACREDITACIÓN

AUTORES: HERRERA-USAGRE, MANUEL (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); REYES-ALCÁZAR, V. (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); BREA-RIVERO, M. P. (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); TORRES-OLIVERA, A. (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los estándares de calidad de los modelos de acreditación sanitaria requieren, además de la adecuación a las normas y reglamentos más exigentes, de un exhaustivo trabajo de revisión de la mejor evidencia científica disponible. Usualmente, este trabajo lo desarrollaban grupos de expertos.

Objetivos: Diseñar una estrategia de dotación y actualización de las evidencias científicas que mejoren el rigor de los estándares de calidad del modelo de acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: DISEÑO: Revisión Sistemática
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:

1. Selección de los estándares comunes para el máximo número de manuales: (i) estándares no quirúrgicos comunes a los manuales (n=37); (ii) estándares quirúrgicos comunes a los manuales (n=11); (iii) estándares comunes de enfermería (n=12).
2. Para los estándares que requiriesen respaldo normativo, se revisó el marco legal.
3. Para los estándares que requiriesen respaldo científico se estableció una estrategia inspirada en los criterios del instrumento AGREE (Brouwers et al., 2010) y de las recomendaciones establecidas para la elaboración de Guías de Práctica Clínica (GPC) de Rotaecche et al. (2007): (a) Descomposición de los estándares en descriptores MESH. (b) Búsqueda en Up-To-Date. (c) Búsqueda en The Cochrane Library (revisiones sistemáticas y RCT). (d) Búsqueda en PUBMED revisiones sistemáticas y RCT). (e) Búsquedas secundarias.
4. Valoración sobre si: a) las referencias sostienen el estándar, b) los resultados eran no conclusivos o c) si las referencias no sostenían el contenido del estándar.
5. Finalmente, una serie de alertas sobre nuevos resultados científicos en referencia al contenido de los estándares fue establecida en MyNCBI.

Resultados Conclusión: Se encontró respaldo normativo y científico a la totalidad de los 60 estándares analizados, habiéndose analizado 478 referencias.

Sobre la validez de contenido:

- (1). Para 21 de los 37 estándares no quirúrgicos analizados se encontraron discrepancias. (15,7% de la totalidad de referencias encontradas).
- (2). Para 4 de los 11 estándares quirúrgicos analizados se encontraron discrepancias. (11,9% de la totalidad de referencias encontradas).
- (3). En 6 de los 12 estándares para los manuales de enfermería se encontraron discrepancias. (13,1% de la totalidad de referencias encontradas).

El presente trabajo está orientado a reducir la incertidumbre que rodea la validez y justificación del contenido de los estándares de los programas de certificación o acreditación, seleccionando como caso de estudio el programa de certificación de competencias profesionales de ACSA. Hemos encontrado una ingente cantidad de evidencias científicas que sostienen o justifican el contenido de los estándares. No obstante, en un buen número de ellos, la investigación en la materia mantiene discrepancias. Estas discrepancias son comprensibles en tanto que el ejercicio de una práctica no puede tener siempre y bajo cualquier supuesto la misma efectividad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 366

TÍTULO: PROYECTO MULTICENTRICO DE WALKROUNDS COMO ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

AUTORES: BRAO PÉREZ, INMACULADA (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA); FERRO GARCIA, T. (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA); VIDAL MILLA, A. (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA); CABRARA JAIME, S. (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Las Rondas de Seguridad de Pacientes (RS) o Walkrounds son reuniones periódicas entre la Dirección del hospital y los profesionales para tratar temas de Seguridad de Pacientes.

Objetivos: Dar a conocer el Método Walkrounds, como estrategia de mejora en la seguridad del paciente en tres centros monográficos oncológicos.

Analizar los cambios en la cultura de SP y en la notificación de incidentes tras la implantación de un programa de RS de pacientes en el Institut Català d'Oncologia 2014-2016

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio multicéntrico preexperimental pre-post intervención.

Pacientes hospitalizados, y profesionales de la institución, todas las categorías. 272 profesionales y 36 pacientes, muestreo intencionado de casos típicos.

Durante 2014 y 2016: Notificaciones de incidentes relacionados con la SP en el sistema TPSC CloudTM; Cultura de SP (Agency for Health Care Research and Quality®). 2015: Intervención de mejora mediante Walkrounds, y entrevistas semiestructuradas a pacientes.

Resultados Conclusión: RESULTADOS

269 notificaciones voluntarias de incidentes de seguridad de enero-abril 2015. 244 (90,7%) han sido notificados por enfermeras, siendo 225 (83,5%) en el área de hospitalización. Los errores de medicación son el primer motivo de notificación, 180 (70%) casos, seguido de las caídas con 51 (19%).

Participación de 156 profesionales en la medición de cultura de seguridad. Percepción de SP de 7,6 (1,2) puntos sobre 10, no diferencias significativas por categoría profesional. Fortalezas: la implantación de medidas correctoras al error apropiadas (80,1%), el trabajo en colaboración en momentos de sobrecarga (77,4%), el respeto profesional en las unidades (82,6%). Baja visión positiva en la dotación de recursos profesionales (21,1%) y en la percepción punitiva del error (35,5%). Los valores de SP se sitúan por encima de la media nacional.

El análisis de discurso de las Walkrounds de 4 unidades de hospitalización presentan como áreas de mejora: utilización de registro de notificación. Déficit en el sistema de transcripción farmacológica. Mobiliario de riesgo para caídas en zonas de baño y pasillo. Zonas de iluminación de riesgo. Exceso de rotación e inestabilidad de plantilla conduce a un mayor riesgo de error. Dificultades en el proceso de transferencia de información. Dificultad de continuidad de cuidado multidisciplinar en paciente afecto de delirio y últimos días. El incidente adverso provoca impacto emocional. Estrategias de tutorización de los profesionales expertos a los profesionales noveles para reducir el riesgo.

CONCLUSIONES: Aceptable percepción de la cultura de SP de los profesionales pero el error es percibido por los profesionales como un aspecto punitivo.

Walkrounds es una buena herramienta para implicar la dirección en temas de SP y detección de incidentes. Gran satisfacción de la Dirección en participar en Walkrounds.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 367

TÍTULO: SATISFACCIÓN E INVOLUCRACIÓN CON LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA: EL ROL MEDIADOR DEL COMPROMISO ORGANIZACIONAL

AUTORES: HERRERA-USAGRE, MANUEL (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); REYES-ALCÁZAR, V. (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En los últimos años ha crecido la necesidad de una mejor y más extendida práctica enfermera basada en la evidencia. Para ello, como un componente más, se hace indispensable la involucración de las enfermeras en actividades de investigación. No obstante, la literatura reciente ha encontrado barreras específicas en la enfermería para desarrollar investigación.

Objetivos: Analizar qué factores individuales y colectivos (satisfacción en el trabajo, confianza interpersonal, voluntad de compartir conocimiento y compromiso organizacional) son los más importantes a la hora de predecir la involucración de las enfermeras con la investigación.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: [1] Datos: "Cuestionario de Capital Social en Enfermería e involucración en la investigación"

[2] Población y Muestra: el cuestionario (encuestas online y cuestionarios impresos auto-cumplimentados) se distribuyó durante el primer semestre de 2014 a la totalidad de las enfermeras de 8 hospitales del Estado de Nuevo León (México), recibéndose una muestra final de 1074 cuestionarios.

[3] Métodos y técnicas: Se diseñaron diferentes constructos teóricos con varios conjuntos de ítems en base a la literatura disponible. Para el análisis se ha utilizado el paquete estadístico R Package. Se implementaron varios modelos de ecuaciones estructurales (SEM) utilizando el paquete Lavaan. Para la representación gráfica se optó por el paquete semPlot que ofrece la posibilidad de presentar los resultados utilizando el algoritmo Reingold-Tilford.

Resultados Conclusión: Se implementaron dos modelos. Uno que analizaba el papel de la satisfacción en el trabajo sobre la involucración con la investigación (modelo I) y otro que analizaba el papel mediador del compromiso organizacional (modelo II). Todos los estadísticos de parsimoniosidad del modelo II (chi-cuadrado, AIC y BIC) tuvieron una mejora estadísticamente significativa respecto al modelo I (Tabla 6). Además, los resultados de estimación del modelo mejoraron ($X^2/gf=3,79$; $p\text{-value} < 0,01$; $CFI=0,951$; $TLI=0,943$; $NFI=0,935$; $RMSEA=0,051$ (0.047-0.055); $SRMR=0,047$). El compromiso con el esfuerzo de las enfermeras logró explicar un 31% de la varianza de la involucración con la investigación, lo que equivale a casi el doble de lo que lograba explicar la satisfacción. Por otro lado, la contribución del constructo Compartir Conocimiento es notablemente superior (0,60) al de la Confianza interpersonal (0,35) a la hora de predecir la satisfacción en el trabajo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 368

TÍTULO: PRIMEROS PASOS HACIA UNA ASISTENCIA COMPLETA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REGIÓN DE MURCIA.

AUTORES: NAVARRO MINGORANCE, ALVARO (HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); MATEO PEREA, G. (HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); PEREDA MAS, A. (HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); ROMERO GARCÍA, M. (HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); GARCIA MARTINEZ, S. (HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Se estima que en la región de Murcia hay unos 200 niños que sufren enfermedades limitantes para la vida y que no tienen curación. Mueren aproximadamente 90 al año por estas enfermedades. Los cuidados paliativos Pediátricos (CPP) son un derecho reconocido para estos niños. En Julio de 2013 se puso en marcha el programa de cuidados paliativos pediátricos de la región de Murcia.

Objetivos: El objetivo de este estudio es analizar la asistencia ofrecida por la Unidad de CPP durante 18 meses de funcionamiento.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Análisis de las características clínicas y demográficas de los pacientes atendidos durante el periodo comprendido entre Julio 2013 y Enero 2015.

Resultados Conclusión: Resultados: Se asistió a 26 pacientes. Mediana de edad: 3,4 años (Rango: 10 días-14 años). Estancia media: 53 días. Distribución según grupos de la ACT: Grupo 1, 11 (42%); Grupo 2, 2 (8%); Grupo 3, 9 (35%); grupo 4, 4 (15%). Según la patología de base se clasificaron en oncológicos 12 (46%) y no oncológicos 14 (54%). 20 (77%) pacientes fueron atendidos en domicilio, 4 (15%) en hospital y 2 (8%) en ambos. Fallecieron 20 pacientes, 16 (80%) en domicilio y 4 (20%) en hospital. El equipo de CPP estuvo presente en el momento del exitus en 14 (70%) y en las 2 horas previas o posteriores en 19 (95%). Durante los 18 meses de estudio ningún paciente oncológico en CPP falleció en el hospital. 5 pacientes (25%) presentaron síntomas refractarios y precisaron sedación paliativa. Análisis de coste: ahorro de 800000 euros. Se observaron 8 reingresos hospitalarios, 2 por agudización y 6 programados. Se siguieron 50 procesos de duelo, 8 (16%) complicados y ningún duelo patológico.

Conclusiones: Se ha alcanzado una cobertura de aproximadamente el 30% de los pacientes que fallecen al año. Ha sido una actividad eficaz en el control de síntomas. Se ha obtenido un gran ahorro económico. Es preciso seguir trabajando para cubrir a todos los niños subsidiarios de CPP en la región.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 369

TÍTULO: ¿ES EL E-LEARNING UNA SOLUCIÓN EFICAZ EN EL ÁMBITO DE LA SALUD? UN ANÁLISIS DE LA FORMACIÓN CONTINUADA EN ANDALUCÍA

AUTORES: HERRERA-USAGRE, MANUEL (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); MUÑOZ-CASTRO, F. J. (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); ESPÓSITO-GONFIA, T. (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); VALVERDE-GAMBERO, E. (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); VILLANUEVA GUERRERO, L. (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los modelos de formación continuada semi-presencial y no presenciales a través de plataformas para el e-learning y la gestión de contenidos para el aprendizaje en entornos virtuales han cogido especial relevancia con la extensión de las nTIC; en el ámbito de la salud, numerosos programas adaptaron sus contenidos para poderlos ofrecer a un mayor número de alumnos, aprovechando las ventajas de internet. El presente estudio valora si esta migración ha tenido un impacto positivo en los aspectos pedagógicos y didácticos de la formación impartida, a través de la opinión de los/as discentes que han participado.

Objetivos: 1. Analizar las diferencias en las valoraciones de satisfacción de los discentes según la tipología, la modalidad y el número de alumnos.
2. Comprobar el efecto de la acreditación en la satisfacción de cada una de las dimensiones establecidas.

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Diseño: Analítico-descriptivo

Datos: Se han fundido dos cuestionarios con idéntica estructura "cuestionario de satisfacción del discente para talleres y actividades y el "Cuestionario de satisfacción del participante en sesiones". (Periodo: abril 2012 – abril 2015).

Población y muestra: valoraciones de satisfacción para 1228 talleres, cursos o sesiones formativas impartidos para el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Métodos y técnicas: Cinco análisis de regresión lineal de mínimos cuadrados (OLS) con las cinco dimensiones de satisfacción del cuestionario: Valoración Global; Valoración de la Utilidad; Valoración de la Metodología; Valoración de la Organización y los Recursos y; Valoración de la Capacidad Docente. Variables dependientes: Formación acreditada (dicotómica); Tipologías (Taller, Curso o Sesión); Modalidad (Presencial, semi-presencial, e-learning); número de discentes (ordinal).

Resultados Conclusión: Los análisis mostraron una tendencia a una valoración media superior de las sesiones por encima del resto de actividades en la mayoría de las dimensiones de satisfacción, y una valoración media de las modalidades e-learning inferior al resto en casi todas las dimensiones (excepto en la dimensión Organización y Recursos). Además, cuanto mayor es el número de alumnos menor es la satisfacción media en todas las dimensiones analizadas. Por otro lado, los programas y actividades formativas acreditadas mostraron una satisfacción media en todas las dimensiones ligeramente superior a las no acreditadas. No obstante, esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Se concluye que, los procesos de aseguramiento de la calidad, la modalidad empleada y, sobre todo, la tipología de la actividad formativa parecen influir en la satisfacción. Además, se deja patente que la formación de tipo e-learning, no ofrecen una respuesta satisfactoria para la/el alumna/o.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 370

TÍTULO: RUTAS FORMATIVAS PARA LA GESTIÓN POR PROCESOS FUNDAMENTADA EN LEAN HEALTHCARE

AUTORES: PUMAR DELGADO, DAVID (CONSORCI SANITARI INTEGRAL); MOMPÓ, C. (CONSORCI SANITARI INTEGRAL); GIMENO, C. (CONSORCI SANITARI INTEGRAL); VILA, M. (CONSORCI SANITARI INTEGRAL)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La metodología de gestión en el CSI ha evolucionado en los últimos años y la formación asociada estaba obsoleta. Además, la formación no estaba estructurada por necesidades/niveles de requerimientos en los procesos puestos en control.

Objetivos: -Estructurar la formación de Gestión por Procesos fundamentada en Lean Healthcare (GPP-Lean) por rutas formativas adaptadas a niveles.

-Ser eficientes y adaptarnos a las necesidades formativas de los clientes internos.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se definen las siguientes rutas formativas: Basal: formación de base necesaria para poder iniciar el resto de rutas. En esta fase se da la formación de la aplicación informática necesaria para la gestión documental (4h) y el Registro de incidencias (1h).

GPP-Lean año 0: formación global (25 horas) para el inicio de la implementación de la gestión por procesos. Se muestran las bases conceptuales de la GPP-Lean y las herramientas para su aplicación. Además, un taller de metodología 5S (4h) para los procesos que decidan iniciar 5S.

GPP-Lean año 1: formación de las herramientas necesarias para el segundo año de implementación de la gestión por procesos, en el que se requieren un mayor nivel de exigencia a nivel organizativo (5h). Además, un taller de metodología DAFO (4h).

GPP-Lean año 2: herramientas necesarias para el tercer año de aplicación de la gestión por procesos (6h). Se enfocan en el análisis de la eficiencia de los flujos de los procesos con herramientas Lean.

Herramientas de complemento para la gestión: herramientas individuales para foros más abiertos. Algunas sirven para ayudar a los procesos en situaciones concretas (estandarización, kaizen, 5S, comunicación y consenso). Otras, para hacer cultura de la gestión por procesos a toda la organización, como la formación reducida de GPP-Lean (6h) y juego de flujo (6h).

Formación online: pequeñas formaciones con el objetivo de hacer cultura en toda la organización (5S).

Se realizan encuestas de satisfacción al finalizar cada formación.

Resultados Conclusión: La nueva estructura formativa para la GPP-Lean se inicia en el 2013. Hasta la actualidad se han formado 765 personas y recibido más de 3.500 horas.

La satisfacción de los asistentes ha oscilado entre 8 y 9 (en una escala de 10).

Un proceso que inicia la GPP-Lean mediante la ruta año 0, consigue pasar de una evaluación inicial del 27% de los objetivos marcados para ese año, al 82% a final de año (siendo el objetivo llegar al 75%).

Las rutas formativas de la GPP-Lean:

-Mejoran la eficiencia de los recursos utilizados, ya que nos permite ayudar mejor a los procesos a conseguir sus objetivos.

-Permiten ir complementando con la incorporación de nuevas herramientas en cada una de las rutas.

-Nos permite evaluar las rutas individualmente y plantear mejoras.

-Permite que la formación vaya a la misma velocidad que el desarrollo de nuestro sistema de gestión.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 371

TÍTULO: ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS Y MANEJO DEL DOLOR

AUTORES: BREA-RIVERO, PILAR (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); HERRERA-USAGRE, M. (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); TURIÑO-GALLEGO, J. M. (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); MARTÍN-GARCÍA, S. (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); JULIÁN-CARRIÓN, J. (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); REYES-ALCÁZAR, V. (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El dolor afecta aproximadamente a un tercio de la población mundial y constituye un grave problema internacional de salud pública debido a la incapacidad funcional que ocasiona en las personas que lo sufren, así como a sus múltiples repercusiones económicas.

Numerosos estudios ponen de manifiesto el mal control del dolor por parte de los profesionales sanitarios, entre ellos las enfermeras.

Se ha desarrollado un modelo de acreditación de competencias profesionales, tipo porfolio, por parte de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía ACSA que define, evalúa y certifica las competencias de las enfermeras hospitalarias. Entre estas se incluyen buenas prácticas de atención al paciente con dolor.

Objetivos: Determinar el nivel de reducción del dolor logrado en los pacientes adultos por parte de las enfermeras hospitalarias acreditadas con el modelo de acreditación de competencias de ACSA.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo transversal cuantitativo retrospectivo.

[A] Marco temporal: Septiembre de 2006 - Marzo de 2012.

[B] Población: 189 evaluaciones del dolor percibido por los pacientes realizadas por 189 enfermeras hospitalarias acreditadas.

[C] Criterios de inclusión: Enfermeras hospitalarias acreditadas en nivel Avanzado y en nivel Experto que han utilizado EVA para la valoración del dolor en sus pacientes.

[D] Variables estudiadas: 1) Nivel inicial de dolor evaluado con EVA de 0 a 10. 2) Nivel final de dolor evaluado con EVA de 0 a 10. 3) Sexo de las enfermeras. 4) Edad de las enfermeras. 5) Edad de los pacientes. 6) Número de camas hospitalarias. 7) Nivel de Acreditación de las enfermeras.

Resultados Conclusión: Conforme aumenta la edad de las enfermeras, la reducción del dolor es mayor. No obstante, aquellas enfermeras de mayor edad presentan reducciones del dolor menores.

En segundo lugar, cabe destacar la menor reducción del dolor en los hospitales con un número de camas intermedio (>200 y < 1000).

Las enfermeras hospitalarias acreditadas en el nivel Experto presentan resultados de reducción del dolor mayores que las acreditadas en el nivel Avanzado.

Por otro lado, no se observan diferencias estadísticamente significativas según la edad de los pacientes, el sexo de las enfermeras o entre los hospitales más pequeños (< 200 camas) y los más grandes y complejos (< 1000 camas).

La evaluación del dolor de los pacientes por parte de las enfermeras es una cuestión esencial de la prestación sanitaria que se realiza en los hospitales de todo el mundo. Los resultados del estudio reflejan que las enfermeras, conforme aumentan sus niveles de competencia y los demuestran en procesos de acreditación, obtienen mejores resultados en la atención del dolor.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 372

TÍTULO: UN PACIENTE INFORMADO ES UN PACIENTE MÁS SEGURO.

AUTORES: VALLÈS NAVARRO, ROSER (DEPARTAMENT DE SALUT, DIRECCIÓ GENERAL DE ORDENACIÓ Y REGULACIÓ SANITARIA); DAVINS MIRALLES, J. (DEPARTAMENT DE SALUT, DIRECCIÓ GENERAL DE ORDENACIÓ Y REGULACIÓ SANITARIA); OLIVA OLIVA, G. (DEPARTAMENT DE SALUT, DIRECCIÓ GENERAL DE ORDENACIÓ Y REGULACIÓ SANITARIA); NAVARRO VILA, L. (DEPARTAMENT DE SALUT, DIRECCIÓ GENERAL DE ORDENACIÓ Y REGULACIÓ SANITARIA); ESQUERRA MAJÓ, M. (DEPARTAMENT DE SALUT, DIRECCIÓ GENERAL DE ORDENACIÓ Y REGULACIÓ SANITARIA); ALAVA CANO, F. (DEPARTAMENT DE SALUT, DIRECCIÓ GENERAL DE ORDENACIÓ Y REGULACIÓ SANITARIA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los pacientes y sus cuidadores se plantean preguntas referentes a su salud y a la de sus familiares. En la actualidad, Internet ha dado lugar al acceso a gran cantidad de información, a menudo no contrastada y poco segura. El Consejo Consultivo de Pacientes de Cataluña consideró imprescindible dotar de herramientas a la ciudadanía para la obtención de respuestas seguras y comprensibles relacionadas con la salud.

El Consejo Consultivo de Pacientes de Cataluña (es un órgano asesor representativo de las asociaciones de pacientes ante la Administración que permite dar voz directa a los pacientes) trasladó su inquietud a la Dirección General de Ordenación y Regulación Sanitarias del Departamento de Salud para que elaborara material docente dirigido a los ciudadanos, por lo que se elaboró el curso denominado 'Seguridad en la asistencia sanitaria'.

Objetivos: - Facilitar información al ciudadano sobre su salud y la de sus familiares, comprensible y fiable, que le permita aclarar dudas en materia de seguridad del paciente.
- Involucrar activamente al ciudadano en aspectos de su asistencia sanitaria.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se elaboró un curso para pacientes, cuidadores y ciudadanos en general. Para ello se revisó la evidencia científica disponible en relación a la disminución de riesgos derivados de la asistencia sanitaria y a los cuidados posteriores. Se utilizó un lenguaje comprensible para el ciudadano.

En la elaboración participó la Unión Consorcio de Formación, aportando su visión pedagógica, y el Servicio de Planificación Farmacéutica del Departamento de Salud. El contenido del curso fue validado por el Consejo Consultivo de Pacientes de Cataluña.

El acceso al curso es gratuito y tiene dos versiones: online y presencial. La versión online es accesible a través del canal de Seguridad del Paciente del Departamento de Salud y también del canal del Consejo Consultivo de Pacientes de Cataluña. El material docente de la versión presencial será accesible a todos los centros sanitarios de Cataluña, para que transmitan la cultura de la seguridad a sus pacientes. El curso permite valorar los conocimientos adquiridos mediante una autoevaluación.

Resultados Conclusión: Resultados:

Se presentó el curso en diciembre de 2014 y actualmente, se está realizando su difusión, tanto para pacientes como para profesionales sanitarios (versión online y presencial). Hasta el momento han realizado 265 personas el curso online.

Conclusiones: Es fundamental la participación del paciente y del ciudadano en la mejora de su seguridad. El paciente debe disponer de información clara, implicarse en el proceso de la asistencia y tomar parte activa en las decisiones sobre su salud.

La implicación de los profesionales y de los pacientes es necesaria para disminuir el riesgo de errores inherentes a la condición humana y a la asistencia sanitaria.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 374

TÍTULO: DESARROLLO DEL MODELO DE ACREDITACIÓN DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CATALUÑA

AUTORES: DAVINS MIRALLES, JOSEP (DEPARTAMENTO DE SALUD- GENERALITAT DE CATALUNYA); LÓPEZ VIÑAS, L. (DEPARTAMENTO DE SALUD- GENERALITAT DE CATALUNYA); GARCÍA CARBAJO, A. (DEPARTAMENTO DE SALUD- GENERALITAT DE CATALUNYA); TIRVIÓ GRAN, C. (DEPARTAMENTO DE SALUD- GENERALITAT DE CATALUNYA); VALLÈS NAVARRO, R. (DEPARTAMENTO DE SALUD- GENERALITAT DE CATALUNYA); JOVER ÁVALOS, A. (DEPARTAMENTO DE SALUD- GENERALITAT DE CATALUNYA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Ampliación del modelo de acreditación catalán, en marcha desde 1981 para centros de atención hospitalaria aguda y renovado en 2006, a la atención primaria de salud. La estrategia de acreditación se reforzó a través del Plan de Salud de Cataluña 2011-2015.

Objetivos: Garantizar la calidad de la atención prestada a los ciudadanos por parte de los equipos de atención primaria de salud, como responsabilidad de la Administración Sanitaria, estableciendo un nivel de calidad a través de los denominados estándares e impulsando la mejora del equipo para incidir en la cultura de la calidad del equipo que se acredita.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Elaboración y consenso participado con los agentes del sector del Decreto que establece el sistema de acreditación para equipos de atención primaria. Publicado en junio 2014, se establece una aplicación progresiva y voluntaria de la acreditación durante los 3 primeros años de vigencia. Posteriormente, la acreditación será requisito necesario para la contratación con el sistema público.

El período de acreditación se establece en 4 años durante los cuales el equipo define el plan de mejora de los estándares pendientes.

El sistema de acreditación incluye la autoevaluación, la evaluación externa, realizada por personal del Departamento de Salud y la revisión del expediente por un comité técnico de expertos, tanto en el sistema de salud catalán, como en evaluación de la calidad.

Las distintas fases del proceso se gestionan a través de una aplicación informática que agiliza la comunicación entre todos los profesionales que intervienen. En este sentido, cabe resaltar que dicha plataforma informática permitirá la automatización de la explotación de datos lo que facilitará la comparación entre equipos acreditados.

El total de equipos susceptibles de acreditación es de 369, que se distribuyen en 45 EAP a acreditar en 2014, 155 EAP, en 2015 i 169 en 2016.

Resultados Conclusión: El número de estándares a evaluar es de 347 y fueron aprobados por acuerdo de Gobierno de la Generalitat de Catalunya, de julio de 2014.

En el primer semestre de 2014 se acreditaron 45 EAP, obteniéndose una media de cumplimiento de 92, 44 % de estándares cumplidos, sobre un total de 347.

Este porcentaje de estándares, elevado, puede deberse al hecho, entre otros, de que se trata todavía de un sistema voluntario y, probablemente, los equipos que han solicitado la acreditación son los más avanzados en el tema.

El tiempo transcurrido entre la elaboración de los estándares y el consenso hasta su publicación y auditoría permite un conocimiento y trabajo en línea con los objetivos definidos.

Se percibe una buena aceptación e implicación por parte de los profesionales y directivos del sector.

Igualmente, se prevé que a lo largo de la aplicación del decreto se produzca un incremento de la confianza de profesionales de los equipos acreditados, lo que repercutirá sin duda en una mejora de la calidad de la atención prestada a los ciudadanos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 375

TÍTULO: NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD SANT JOAN D'ALACANT 2008-2014

AUTORES: GEA VELÁZQUEZ DE CASTRO, MARÍA TERESA (HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN D'ALACANT); BALBUENA SEGURA, A. I. (HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN D'ALACANT); REQUENA PUCHE, J. (HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN D'ALACANT); CORRALES FERNÁNDEZ, MJ. (HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN D'ALACANT); MEYER GARCÍA, MC. (HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN D'ALACANT)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Aprender de los errores impulsando sistemas de notificación y registro de eventos adversos fue uno de los programas iniciales de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. El sistema de información de registro de incidentes y efectos adversos (SINEA) tiene, entre otras características, el ser confidencial, no punitivo, independiente y orientado hacia el sistema. Además fomenta la colaboración entre profesionales de diferentes categorías para buscar soluciones.

Objetivos: Ver la evolución de la notificación de incidentes y eventos adversos en nuestro departamento en los últimos años y determinar posibles factores relacionados.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se ha realizado un estudio descriptivo de la evolución del número de notificaciones a través de la aplicación informática SINEA desde al año 2008 al 2014 y se ha analizado por la Comisión de Seguridad del Hospital los factores relacionados con la notificación.

Resultados Conclusión: El número de notificaciones se mantuvo en valores similares en los primeros 4 años estudiados, siendo 45 en 2008, 42 en 2009, 59 en 2010 y 47 en 2011. En el año 2012 se produjo un aumento significativo de las notificaciones, procediendo casi la totalidad de ellas de un único servicio hospitalario (Radiodiagnóstico) que comunicó 181 sucesos de un total de 197. En 2013 la notificación volvió a descender a un total de 24 registros. En 2014 se produjo un gran aumento de notificaciones, 629 en total, siendo el 88,6% incidentes y el 11,4% efectos adversos.

Respecto a la procedencia de los registros, de los años 2008 a 2013 la mayoría son de Servicios hospitalarios, especialmente Radiodiagnóstico y Farmacia. En 2014 se han notificado sucesos desde 43 Servicios, tanto hospitalarios como de Atención Primaria. El Servicio que más ha notificado ha sido Oncología, que ha registrado 104 sucesos (16,5%).

Como factores relacionados se ha identificado una mayor formación al personal en el uso del SINEA, en relación con una mayor implicación de la Dirección del Hospital que ha incluido la notificación como uno de los objetivos en los Acuerdos de Gestión

CONCLUSIONES:

En el último año se ha producido un gran aumento de notificaciones de incidentes y efectos adversos en nuestro Departamento de Salud a través del SINEA.

Este aumento coincidiendo con su inclusión en los Acuerdos de Gestión pone de manifiesto la importancia y necesidad de la implicación de la Dirección en la utilización del SINEA, que es un instrumento clave para una adecuada Cultura de Seguridad

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 376

TÍTULO: MEJORAS INCLUIDAS EN EL MANUAL DE ESTÁNDARES PARA LA CERTIFICACIÓN DE FARMACIAS COMUNITARIAS

AUTORES: PALOP DEL RÍO, ÁNGELA (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); CASTELLANO ZURERA, M. (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); DE BURGOS POL, R. (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); RODRÍGUEZ BENAVENTE, A. (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); JULIAN CARRION, J. (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Actualizar el manual de estándares para la certificación de Oficinas de Farmacia de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).

Objetivos: Describir las áreas de mejora incluidas en el desarrollo de la nueva versión del manual de estándares para la certificación de la calidad de Farmacias Comunitarias, publicado en febrero de 2015.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El manual de Farmacia Comunitaria ha sido desarrollado y consensado por un comité de expertos farmacéuticos y expertos en calidad y certificación, partiendo del anterior manual de Oficinas de Farmacia (elaborado en 2006), junto con las aportaciones y áreas de mejora identificadas mediante la realización de un DAFO, análisis de la satisfacción y sugerencias de los clientes y los resultados obtenidos en los proyectos de certificación.

Resultados Conclusión: 1. Carácter progresivo: El nuevo manual incluye estándares de distintos grupos de complejidad (obligatorios, grupo I, grupo II y grupo III) para optar a diferentes niveles de certificación: avanzada, óptima o excelente; según el cumplimiento de estándares de cada grupo que permitirán a la farmacia identificar una secuencia priorizada para su abordaje.

2. Nuevos estándares: Se mantiene la estructura en cinco bloques y once dimensiones de la calidad incorporando nuevos estándares relacionados con la seguridad del paciente, asegurando una mayor atención a la prevención y reducción de riesgos y eventos adversos para los ciudadanos. Se han incluido estándares que ponen en valor la evaluación de los servicios farmacéuticos profesionales. Además, el manual contiene estándares vinculados, no solo con las actuaciones clave en materia de almacenamiento, custodia y adquisición de medicamentos, sino que además se incorporan otros destinados a la mejora de la gestión y la eficiencia en la organización.

3. Laboratorio: Se incluye un anexo con estándares específicos para las farmacias con laboratorio propio que contemplan en su cartera de servicios la elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales, haciendo el programa de este modo más flexible, en cuanto al ámbito de trabajo de cada farmacia.

4. Elementos evaluables: Se han publicado elementos evaluables a modo de ejemplos para cada estándar, que puedan servir de referencia a los profesionales para abordar la fase de autoevaluación.

El programa de certificación de Farmacia Comunitaria, basado en la experiencia consolidada de certificación de otros programas de la ACSA y en las mejoras identificadas por los clientes, está orientado a impulsar la mejora continua y su punto de partida es el potencial de mejora del propio servicio. La certificación de la farmacia comunitaria servirá para generar e implantar medidas destinadas a disminuir la variabilidad en la práctica y ejercicio de la profesión a través de la generación de protocolos, procedimientos, evaluaciones periódicas, modificaciones organizativas, etc.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 377

TÍTULO: EVALUACIÓN SISTEMÁTICA 5'S

AUTORES: PUMAR DELGADO, DAVID (CONSORCI SANITARI INTEGRAL); MOMPÓ, C. (CONSORCI SANITARI INTEGRAL); GIMENO, C. (CONSORCI SANITARI INTEGRAL); VILA, M. (CONSORCI SANITARI INTEGRAL)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Una de las herramientas más utilizadas del Lean es el método 5S con sus 5 etapas: eliminar lo innecesario, ordenar, limpiar, estandarizar y mantener lo acordado.

En el 2011 comenzamos a implantar 5'S mediante Micro-auditorías mensuales, priorización de acciones de estandarización y unificación de normas de orden y limpieza.

Hasta la actualidad se ha implantado en 24 procesos con más de 1.300 Micro-auditorías mensuales realizadas. Ha mejorado la puntuación global del 53% (junio 2011) al 77% (diciembre 2014) y se han cerrado más de 3.500 acciones.

Conforme se consolida el cumplimiento de los estándares, las acciones disminuyen y es necesario revisar la sistemática para buscar nuevos puntos de exigencia que permitan identificar nuevas acciones.

Esta evaluación se ha sistematizado y se realiza anualmente con el objetivo de poder evaluar el método e identificar acciones de mejora a la sistemática.

Objetivos: Evaluar, revisar y perfeccionar de manera sistemática el enfoque y despliegue de la metodología 5'S para identificar nuevas acciones con el objetivo de incrementar el nivel de exigencia.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se definieron 5 pilares de análisis:

- Realización de las auditorías.
- Calidad de la realización.
- Seguimiento.
- Planes de acción.
- Resultados.

Resultados Conclusión: Mejoras sobre la evaluación realizada en el 2013:

-En el 2013 se identificó la necesidad de realizar auditorías 5'S en turnos operativos de tarde y noche. Actualmente todos los procesos realizan auditorías 5'S en el turno de tarde (si existe actividad).

-En la evaluación del 2013 se propuso la incorporación de la dirección en la realización de las auditorías, para incrementar su compromiso con la metodología. En el 2014 en más del 75% de los procesos participó la dirección. Este punto se ha valorado positivamente en nuestra encuesta de satisfacción (8,3 sobre 10).

-En 2013 se identificó la necesidad de incrementar el plan de formación de las 5'S. En el 2014 se ha incrementado en un 25%, habiéndose recibido 275h de formación.

-En 2013 se valoró el añadir la visión de la seguridad del paciente en las auditorías 5'S. Se ha modificado el check-list para incorporar 15 nuevas preguntas relacionadas con la seguridad del paciente.

En la evaluación realizada en el 2014 han surgido los siguientes puntos de mejora:

- Implementar las auditorías 5'S en el turno de noche.
- Generar un equipo de apoyo a las auditorías formado por líderes que actualmente realizan auditorías en sus procesos.
- Incorporar nuevas preguntas al check-list 5's relacionadas con la prevención de riesgos laborales/ergonomía.

La revisión de la metodología 5'S nos permite:

- Adaptarnos a la necesidad de los procesos en la aplicación de esta herramienta.
- Ser más exigentes y focalizarnos en los puntos que se consideren críticos, para fomentar la identificación de nuevas acciones de mejora. Gracias a esta continua exigencia, la cantidad de acciones cerradas por la metodología 5'S sigue creciendo cada año (776 en el 2012, 923 en 2013 y 1.130 en 2014).

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 378

TÍTULO: FORMACIÓN PARA LA ASISTENCIA DE POTENCIALES CASOS DE ÉBOLA (FHVE) EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ALTA RESOLUCIÓN

AUTORES: CRESPO PALAU, CAROLINA (SERVICIO URGENCIAS. HOSPITAL LLEUGER DE CAMBRILS. TARRAGONA); RÍOS VALLÉS, L. (HOSPITAL LLEUGER DE CAMBRILS. TARRAGONA); PEÑA CAPSIR, I. (SERVICIO URGENCIAS. HOSPITAL LLEUGER DE CAMBRILS. TARRAGONA); ALONSO GUERRA, B. (SERVICIO URGENCIAS. HOSPITAL LLEUGER DE CAMBRILS. TARRAGONA); MARTORELL BONET, M. (HOSPITAL LLEUGER DE CAMBRILS. TARRAGONA); MARCH SEGUÍ, I. (SERVICIO URGENCIAS. HOSPITAL LLEUGER DE CAMBRILS. TARRAGONA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Brote Fiebre Hemorrágica Virus Ébola (FHVE) en África Occidental y contagio a personal sanitario español

Objetivos: Informar de la enfermedad: Vectores de la FHVE, Epidemiología, Clínica. Contactos
Difundir el Procedimiento de actuación: Evitar la propagación entre pacientes y Garantizar la protección de nuestros trabajadores.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Durante el mes de Octubre 2014, se inició la formación de instructores, en una sesión intensiva de 4 horas de duración, en Centros de referencia (H Universitario S. Joan de Reus y SEM-112 Comarcas de Tarragona), de 4 médicos y 2 enfermeros de nuestro Centro.

Se les facilitó la información clínicoepidemiológica necesaria, procedimiento de actuación en los centros de referencia y una actuación activa por parte de monitores entrenados para la adecuada disposición de forma individualizada del equipo de protección biológica.

Posteriormente y previa adecuación del procedimiento y circuito asistencial a nuestro centro, se convocó a todo el personal, tanto sanitario como no sanitario, a una sesión colectiva informativa, impartida por los responsables del servicio de Urgencias.

Al personal de guardia potencialmente interviniente en un caso sospechoso (Staff de Urgencias y facultativos y enfermeros de Atención Continuada) se le convocó a sesiones obligatorias, recordatorias y formativas del equipo/traje de aislamiento.

Así se realizaron durante 2 semanas, en grupos con un máximo de 5 personas, impartidas por el personal instructor (médicos y enfermeros), una serie de 15 sesiones, que incidían en la epidemiología, la clínica y la diferencia entre caso y contacto. Se explicaba el circuito a seguir en caso de pacientes sospechosos y se entrenaba de forma individualizada a todo el personal con el manejo del traje de aislamiento biológico.

Resultados Conclusión: Tras la realización de todas estas sesiones se dio conocimiento informativo a todo el personal no sanitario del centro de su proceder en una situación de riesgo de FHVE.

Se aseguró que tanto el personal sanitario que trabaja habitualmente en Urgencias, como personal del centro y personal externo que acuden a Urgencias para la realización de Guardias de Atención Continuada, un total de más de 60 personas, tuvieran conocimiento apropiado y adecuado para poder afrontar con garantías un posible caso o contacto sospechoso de FVHE, así como la organización del traslado al centro de referencia (H. Clínic de Barcelona).

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 379

TÍTULO: ATENCIÓN A LA CRONICIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA: ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN

AUTORES: BADIA RAFECAS, M^o WALESKA (CAR SALOU); FERRANDEZ FERRER, C. (CAR SALOU); FORTUNY NUÑEZ, M. (CAR SALOU); BARTOLOME MATEU, S. (CAR SALOU); GENS BARBERA, M. (CAR SALOU); HERNANDEZ VIDAL, N. (CAR SALOU).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Nuestro centro está a 15 Km del hospital de referencia y somos el único centro de titularidad pública del municipio. Se han identificado 596 pacientes PCC (crónico complejo) y MACA (alta complejidad de atención) (2,7%) que necesitan de una atención especial y proactiva para evitar las complicaciones y atender las reagudizaciones, con criterios de accesibilidad y alta resolución para disminuir los ingresos hospitalarios. Nos propusimos poner en marcha un nuevo proyecto que fuera una alternativa al abordaje clásico en la atención a los pacientes crónicos descompensados.

Objetivos: Desarrollar nuevas estrategias de atención que permitan aumentar la resolución, evitando desplazamientos innecesarios y disminuyendo los ingresos hospitalarios. Impactar positivamente en la calidad de vida del paciente, mejorando el abordaje y la eficiencia en la atención al paciente con enfermedad crónica en el seguimiento clínico o en las reagudizaciones, pero también de ciertas patologías agudas.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Proyecto para crear un área de atención polivalente, que incluye: Gestión de la demanda aguda, atención al paciente crónico descompensado y al paciente con patología aguda que requiere seguimiento en el tratamiento. Fue necesario realizar un cambio de modelo asistencial y organizativo, pasando de un modelo clásico compartimentado a un modelo transversal y compartido que contempla criterios de eficiencia.

Fase de pilotaje: mayo a octubre 2014 e implantación en noviembre 2014. Qué tratamos? EPOC leve / moderado, sobreinfección respiratoria, asma bronquial, insuficiencia cardíaca crónica / moderada, anemia ferropénica, otros. De qué disponemos? Procedimientos diagnósticos: Radiología, analítica diaria, pruebas a la cabecera del paciente. Procedimientos terapéuticos: administración de medicación ev/im/nebulizada/oral/subcutánea. Se garantiza la atención 7x24.

Resultados Conclusión: Asistenciales de 14 noviembre-15 abril: Tratamientos metrotexate: 50. Tratamientos polivalentes: 133 a 47 pacientes: 49% respiratorios, 19% ICC, 15% curas complejas, 11% tratamientos vía endovenosa, 6% otros. La media de estancia es de 3 días. Se derivaron el 8,5% de pacientes (resolución del 91,5%).

Buenos resultados en los indicadores del CatSalut: Hospitalizaciones urgentes: 3,7 (4,6 CatSalut), Hospitalizaciones programadas: 6,1 (8,2 CatSalut), Tasa derivación: 0,74 (0,82 Tarragonés)

Encuesta satisfacción pacientes: 100% están satisfechos o muy satisfechos de la atención recibida y ha contribuido a la mejora de su proceso de enfermedad. El 78% piensa que ha podido evitar un ingreso hospitalario.

Encuesta satisfacción profesionales: el 72% de los profesionales ha utilizado el servicio, el 95% cree que aporta valor, el 72% cree que se ha podido evitar algún ingreso en el hospital, el 81% dice estar satisfecho o muy satisfecho del servicio.

CONCLUSIONES Hemos obtenido buenos resultados en resolución (ingresos evitables) y satisfacción. Aumento accesibilidad y confort. Se garantiza la atención del proceso reagudizado 7x24. Hemos aumentado nuestra cartera de servicios

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 380

TÍTULO: CREACIÓN DE LA OFICINA DE PROYECTOS COMO ELEMENTO INTEGRADOR EN EL INSTITUT CATALÀ DONCOLOGIA

AUTORES: CHICOTE CARQUERO, SENTA (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA); RODRIGUEZ CALA, A. (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA); CALLE RODRÍGUEZ, C. (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Nuestra Institución consta de de 4 ámbitos territoriales de atención oncológica y acoge la prevención, la formación especializada y la investigación. Su funcionamiento es en red y tiene planteado un plan estratégico para desarrollar el modelo de atención integral en todos los territorios donde realiza su atención.

Así, enmarcado en el plan de acción anual, se planifican y se ponen en marcha muchos proyectos en distintos ámbitos que dan respuesta al plan estratégico de la organización. La complejidad de algunos de estos proyectos donde participan diferentes direcciones con distintos ámbitos de referencia pone en valor la importancia de proporcionar un soporte metodológico único a los responsables de llevarlos a cabo, así como hacer un buen seguimiento de los mismos.

Objetivos: • Elaborar un catálogo de los proyectos en curso y mejores prácticas con la documentación de los mismos.

- Proporcionar apoyo en metodología de trabajo para la ejecución de los proyectos.
- Coordinación y seguimiento conjunto con el director/a del proyecto.
- Presentar informes de seguimiento periódicos de a la dirección.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: • Revisión bibliográfica al respeto y experiencias otras organizaciones

- Reunión con diferentes direcciones que participan como asesores para el diseño de los contenidos y estructura documental.
- Elaboración de la base de datos y documentación de soporte metodológico con los siguientes apartados.

Resultados Conclusión: • Creación de una base de datos hoja matriz Excel que se actualiza a medida que se producen cambios en el estado de los proyectos con los siguientes apartados: Línea estratégica en la cual va vinculado el proyecto, nombre y código, dirección responsable, ámbito de actuación y territorio, fase de inicio y planificación, de ejecución y seguimiento y fase de cierre.

- Codificación (CECOS) y sus dígitos intermedios, que permiten identificar el proyecto y garantiza la confidencialidad.

- La documentación de soporte se concreta principalmente en:

Ficha informativa para cada uno de los proyectos

Cronograma de GANTT para cada uno de los proyectos

Informes derivados de seguimiento y/o cierre de los proyectos

- Establecimiento de un circuito único que pasa por la presentación y aprobación de los proyectos en comité de dirección hasta el informe al finalizar el proyecto con lecciones aprendidas.

• Actualmente se han introducido 47 proyectos estratégicos en los siguientes ámbitos de actuación: asistencial: 8; Comunicación: 2; docencia: 1; Obras y infraestructura: 6; recursos humanos: 3; organización y estrategia: 9; investigación: 4 y tecnología y innovación: 7. De estos 47 proyectos 31 son corporativos y por lo tanto impactan en toda la organización y 17 a nivel territorial.

Conclusión:

La oficina de proyectos permite tenerlos correctamente identificados y clasificados para poder hacer seguimiento de los mismos, proporcionando una metodología única para su elaboración y seguimiento

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 381

TÍTULO: ANÁLISIS DE LA COMPLEJIDAD DE PACIENTES SUBAGUDOS ATENDIDOS EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO

AUTORES: SOLÀ GENOVÈS, JOAN (HOSPITAL EVANGÈLIC); ORTEGA SEGURA, J. (HOSPITAL EVANGÈLIC); LOPEZ ESPINOSA, F. (HOSPITAL EVANGÈLIC); GIMENEZ TRIAS, L. L. (HOSPITAL EVANGÈLIC); OSÉS SEGARRA, A. (HOSPITAL EVANGÈLIC); CRESPO DOMÈNECH, R. (HOSPITAL EVANGÈLIC).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El envejecimiento poblacional y la prevalencia cada vez mayor de enfermedades crónicas, comporta la necesidad imperiosa de implementar iniciativas asistenciales que ofrezcan respuestas eficientes a los usuarios. Dentro del despliegue de recursos para la atención al paciente crónico complejo (PCC), se han desarrollado en Cataluña, dentro del ámbito sociosanitario, unidades específicas de atención a estos pacientes. Estas unidades permiten la derivación directa de PCC en situación de descompensación, desde el servicio de urgencias del hospital de agudos o directamente desde su domicilio. Para evaluar la eficiencia de la unidad de subagudos es necesario hacer un análisis de actividad e identificar los factores que determinan la complejidad de estos pacientes.

Objetivos: Demostrar la eficiencia de la unidad de subagudos en el ámbito sociosanitario. Identificar los factores de complejidad asumibles en las unidades de subagudos.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se ha analizado una muestra de 713 pacientes atendidos en la unidad de subagudos del Nuevo Hospital Evangélico del 01/01/2012 al 31/12/2014, mediante el estudio de las siguientes variables: procedencia del ingreso, edad y sexo, días de estancia, diagnósticos principales y destinación al alta. Se han determinado los siguientes factores de complejidad: fluidoterapia endovenosa, oxigenoterapia, administración de medicación nebulizada, aspiración de secreciones, cura de úlceras, necesidad de aislamiento, antibioterapia endovenosa, antibioterapia para gérmenes multiresistentes, radiología convencional y analíticas seriadas.

Resultados Conclusión: El 96,5% de los pacientes ingresados proceden del hospital de agudos. Edad media fue de 88 años (49-108). El 70% de estos pacientes superaban los 85 años. El 76% retornan a su domicilio habitual.

El 13% fueron éxitos. Muchos de estos pacientes se han identificado como situaciones de enfermedad avanzada, en final de vida.

Solo un 2% de los pacientes han precisado retornar al hospital de agudos de referencia.

El 48% de los ingresos ha estado en relación a patología infecciosa.

Un 18% de los pacientes ha precisado de aislamiento.

El 88% ha precisado fluidoterapia endovenosa y un 64% de los pacientes ha precisado antibioterapia endovenosa.

Un 71% han necesitado oxigenoterapia, y un 56% de nebulizaciones.

Un 27% han precisado antibioterapia por gérmenes multiresistentes.

Un 100% ha requerido una o más exploraciones complementarias, especialmente radiología convencional y analíticas.

Del análisis de los resultados puede concluirse que los pacientes han estado ingresados en el nivel asistencial adecuado, ya que las cifras de retorno a domicilio y mortalidad parecen ajustadas a las previsiones.

La atención de pacientes subagudos en un centro sociosanitario comporta un aumento significativo de la complejidad atendida, que será necesario monitorizar en ulteriores estudios para definir el perfil del paciente tributario de ingreso en dichas unidades.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 382

TÍTULO: LA ESTERILIZACIÓN CENTRALIZADA UN EJEMPLO DE EFICIENCIA Y DE COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

AUTORES: GRAO SÁNCHEZ, NÚRIA (HOSPITAL DE TORTOSA VERGE DE LA CINTA); GAVALDA ESPELTA, E. (ADJUNTA D'INFERMERA DEL SERVICIO ATENCIÓN PRIMARIA TERRES EBRE); BENAIGES PALLARES, MJ. (HOSPITAL DE TORTOSA VERGE DE LA CINTA); PEGUEROLES GISBERT, R. (HOSPITAL DE TORTOSA VERGE DE LA CINTA); MONTESO GAVILAN, A. (HOSPITAL DE TORTOSA VERGE DE LA CINTA); LOPEZ MANGRANE, Z. (HOSPITAL TORTOSA VERGE DE LA CINTA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Desde 2012 se plantea mejorar la esterilización del material en los centros de atención primaria de nuestro territorio con el fin de aumentar la eficiencia del proceso y cumplir los controles correctos así como la trazabilidad completa; con este fin se planteó la esterilización de todo el material de los centros de atención primaria del Montsià y Baix Ebre a la unidad de esterilización del hospital de Tortosa Verge

Objetivos: Aplicar los procedimientos de esterilización adecuados a cada tipo de material, garantizando la efectividad y la eficiencia de recursos. Aplicar el proceso en seguridad disminuyendo los riesgos inherentes a los procedimientos de esterilización, escogiendo los más seguros para todos

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: 1. Análisis del proceso: Debilidades, Amenazas, Fortalezas Oportunidades (participación de todos los actores: profesionales de la AP, profesionales de la central de esterilización y del hospital, servicio de transporte y equipo directivo de los dos ámbitos) 2. Elaboración mapa de procesos de la esterilización centralizada (entrada y salida) 3. Reuniones con responsables de los diferentes ABS Baix Ebre y Montsià. 4. Elaboración y actualización de procedimientos de trabajo: preparación y acondicionamiento del material 5. Creación hoja de registro de incidencias 6. Formación presencial al personal de enfermería de los centros implicados (ABS Baix Ebre y Montsià)

Resultados Conclusión: Se ha implementado la esterilización en todas las ABS y consultorios locales de Baix Ebre y Montsià en el período Mayo 2013-2014.

-Mayo 2013 inicio actividad ABS: Tortosa Este, Deltebre, Aldea, Cap Ampolla, Ametlla-Perelló.

-Enero 2014 inicio actividad ABS: Ulldecona y la Sènia.

-Mayo 2014 inicio actividad ABS S. Carlos Rápita y Alcanar.

-Se ha cumplimentado registro de incidencias

-La Actividad de esterilización durante el primer trimestre de 2013 fue de 7.918 equipos esterilizados y del primer trimestre de 2014 ha pasado a ser de 14.623 productos esterilizados

La esterilización centralizada ha sido un ejemplo de eficiencia de un proceso y ha resultado esencial para asegurar la trazabilidad de todo el material y la aplicación de los controles adecuados. El registro, seguimiento y evaluación de incidencias ha comportado la propuesta y aplicación de medidas correctoras consensuadas, oportunas ya tiempo. Como puntos de mejora destacar la mejora del transporte el que debe adecuarse a los circuitos de entrada y salida de material para asegurar la provisión diaria en todos los puntos. También destacó la necesidad de informatización de todas las fases del proceso de esterilización que actualmente se están realizando todos los registros de forma manual.

Como fortalezas destacar la especialización y experiencia del personal, las instalaciones • instalaciones y equipamientos eficientes y adecuados, asegurando así, la trazabilidad de todo el proceso de esterilización

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 383

TÍTULO: SEGUIMIENTO DE UNA ESTRATEGIA DE CRÓNICOS CON INDICADORES DE RESULTADOS SEGÚN TRIPLE AIM

AUTORES: BARTOLOME BENITO, E. (GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA); GONZÁLEZ GONZÁLEZ, A. (GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA); DEL CURA GONZALEZ, I. (GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA); RODRÍGUEZ MORALES, D. (GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA); MEDIAVILLA HERRERA, I. (GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA); MIQUEL GÓMEZ, A. (GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Nuestra comunidad ha definido la estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas. Para su implantación, se identifican nueve líneas de ejecución. La última se refiere a la evaluación de la estrategia y su impacto. Para este cometido y acorde con la integración de actuaciones que plantea la estrategia, se utiliza como modelo de referencia el que nos ofrece la triple AIM del Institute for Healthcare Improvement. Su elección se debe a que propone indicadores en un marco centrado en resultados y además se ha generalizado su aplicación en organizaciones internacionales y nacionales

Objetivos: Identificar, diseñar y hacer seguimiento de indicadores de resultados en cronicidad vinculados con salud poblacional, experiencias de los pacientes y costes.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Para este cometido, se crea un grupo de trabajo que se encarga de la planificación del proyecto. Se definen unas fases de trabajo: revisión bibliográfica, elección de un modelo estratégico Triple AIM, recogida y análisis de indicadores de resultados existentes y priorización de los mismos. Los indicadores priorizados se agrupan en clases y se define un indicador de clase a modo de agrupador. Se elabora posteriormente un mapa sobre el modelo de triple AIM, se normaliza la información y la obtención de datos de las diez fuentes de datos identificadas y se diseña una plataforma para el seguimiento. Por último, y más adelante, se diseñarán nuevos indicadores

Resultados Conclusión: Se han identificado 118 indicadores. Tras la priorización por criterios de relevancia y factibilidad, han resultado seleccionados 80 indicadores (71 de Salud que incluyen cuatro indicadores por niveles de cronicidad, 5 de Experiencias y 5 de Costes). En todos los indicadores se recogen los datos de los dos o tres últimos años, en función de la disponibilidad para definir su tendencia. Los indicadores se agrupan en 15 clases: Nivel de Riesgo (4), Prevalencia de Procesos Crónicos (5), Prevalencia de Grupos de Riesgo: Adulto y Joven (8), Cobertura de Prevención y Promoción (7), Cobertura de Programas (14), Cobertura de Cuidados de procesos crónicos seleccionados (3), Educación para la salud (1), Carga de Enfermedad: Discapacidad (4), Mortalidad de procesos crónicos seleccionados(4), Carga de Gasto de Farmacia (4), Hospitalización potencialmente evitable (6), Reingresos en los primeros 12m tras el ingreso previo (2), Reingresos antes de 30 días (7), Satisfacción (4). La identificación de estos indicadores, además, nos ha permitido establecer trazabilidad en términos de resultados, de un proceso crónico: disponemos de datos y representación gráfica de prevalencia, riesgos, prevención, cuidados, impacto en salud, impacto en el sistema sanitario, satisfacción, discapacidad y mortalidad.

Se identifican indicadores en un marco de referencia (Triple AIM) centrado en resultados. Ello permite ofrecer una foto de crónicos desde nivel macro (índice de clase), a información precisa de procesos incluidos y priorizados (indicadores) relacionados con cronicidad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 384

TÍTULO: MANUAL DE PRIMER AUXILIOS PARA ESCUELAS Y CENTROS EDUCATIVOS

AUTORES: SANCHEZ RUS, JOAQUINA (CAR SALOU); PEREZ PEREZ, M. (CAR SALOU); BOSCH SERO, M. (CAR SALOU); DOMINGO FUSTER, M. (CAR SALOU); GARCIA D'ACUÑA, R. M. (CAR SALOU); ORTEGA GOMEZ, M. (CAR SALOU).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Según la ESCA (Encuesta de Salud de Cataluña) 2006, el porcentaje de población menor de 15 años que ha sufrido alguna lesión en el último año es del 21,0%. Los principales causas de las lesiones en la población infantil son las caídas y los golpes, Los lugares donde más frecuentemente se producen las lesiones son dentro de casa (29,9%), en la escuela (28,2%) y en la vía pública (18,3%). Existe evidencia de la efectividad de diferentes estrategias de prevención de las lesiones basadas en la intervención a nivel comunitario.

Nuestro Centro desarrolla el programa "Salut i Escola" del Departament de Salut. En varias ocasiones los maestros y los cuidadores de los centros escolares, habían manifestado la necesidad de disponer de una guía de actuación para dar respuesta a problemas de salud más frecuentes que se presentan en los centros educativos. El curso 2013-14 hubo 2.475 alumnos matriculados en nuestro municipio.

Objetivos: Facilitar una herramienta ágil en técnicas y cuidados de primeros auxilios que permita a profesores y cuidadores de niños en edad escolar una atención inmediata no profesional ante situaciones de urgencia, ya sea por un accidente agudo o por una enfermedad aguda o crónica que se reagudiza

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se crea un grupo de trabajo en nuestro centro de salud, en el que participan, médicos, pediatras y enfermeras con la colaboración de profesores de los distintos Centros educativos implicados y la asesoría jurídica de nuestra organización. Se unificaron criterios de actuación por parte de todos los participantes, se identificaron 21 temas a tratar, y se planificó un proyecto que contiene: Manual de Primeros Auxilios con código QR, videograbaciones de cada tema tratado, posters i un plan de formación específico para los maestros, educadores i cuidadores de los centros educativos. Para poder realizar un diseño, impresión y difusión de calidad, contamos con la colaboración de la Concejalía de Salud del Ayuntamiento

Resultados Conclusión: El Manual de primeros auxilios y las videograbaciones están elaborados. Las videograbaciones se realizaron con la participación de los hijos/as de los profesionales del CS. El Ayuntamiento organizó una presentación oficial para la comunidad escolar, donde se les facilitó el Manual impreso y se hizo difusión del plan de formación (4 marzo 2015). Se han realizado 3 ediciones del plan formativo con la participación de 46 profesores, con un alto grado de satisfacción. Tenemos solicitudes de diferentes centros para continuar la formación a otros profesionales. CONCLUSIONES La escucha activa y la detección de necesidades de nuestra comunidad es clave para el desarrollo de proyectos que respondan a sus necesidades reales. Las alianzas con la comunidad educativa y el Ayuntamiento han hecho posible la realización de este proyecto. Es necesario continuar la formación en la comunidad educativa durante el próximo curso escolar.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 385

TÍTULO: GESTIÓN DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA: CUADRO DE MANDO COMPARTIDO

AUTORES: OVEJA FERNANDEZ, RAUL (HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON); CHECA AMARO, M. L. (HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON); RODRIGUEZ MUÑOZ, M. T. (HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON); LORENZO MARTINEZ, S. (HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON); GARRIDO MARTIN, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La demanda de transparencia en la gestión de las instituciones sanitarias y especialmente en la gestión de la lista de espera quirúrgica (LEQ), hacen necesarias herramientas para gestionar las inclusiones que se realizan diariamente de forma eficiente.

Objetivos: Desarrollar e implantar un sistema automatizado, centralizado que garantice la trazabilidad de las inclusiones en LEQ, tanto de procesos RULEQ (con ingreso y mediante CMA) como de procesos NO RULEQ (con y sin ingreso) con información detallada de los pacientes.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Ámbito: hospital del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) con 409 camas.

Periodo de estudio: 2014-5.

La Consejería utiliza la aplicación AccessR para facilitar diariamente a todos los hospitales la información de sus pacientes en RULEQ.

Se ha desarrollado una herramienta propia que permite gestionar los datos actualizados semanalmente, y está conectada a la base de datos descargada del SERMAS.

Resultados Conclusión: Se genera un Cuadro de Mando (CM) de inclusiones en lista de espera quirúrgica (LEQ), y diferentes informes, tanto estáticos como dinámicos desarrollados a medida de las necesidades de los Jefes de Unidad.

El CM permite identificar los pacientes que han sido incluidos diariamente en LEQ, los que corresponden a procesos tanto RULEQ, como NO RULEQ, los que han sido ofrecidos en derivación quirúrgica a otros centros incluyendo la contestación de los pacientes a dicho ofrecimiento, tanto si han rechazado como si han aceptado la derivación.

Así mismo se han desarrollado informes a medida: pacientes incluidos en cada tipo de lista de espera (Estructural, Preoperatorio Pendiente, TNP, etc.), información de anestesia, periodos de TNP en caso de que el paciente se encuentre en esta situación, centro al que el paciente ha sido derivado en caso de que el paciente haya aceptado la derivación quirúrgica, información relativa a las posibles complicaciones del paciente (Intubación difícil, etc.)

Esta herramienta permite, tanto a la Dirección como a los Jefes de Unidad, obtener la información necesaria para la gestión de LEQ de forma ágil y eficaz; cumpliendo con los plazos establecidos por la Consejería.

Desde su implantación no se han producido no conformidades en la gestión de LEQ en el Hospital. La herramienta ha obtenido la aprobación del 100% de los Jefes de las Unidades quirúrgicas del Hospital (13 Jefes de Unidad), quienes la consultan de forma semanal para realizar la programación quirúrgica y la gestión de los Rechazos y mensualmente para identificar la Población Diana.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 386

TÍTULO: EVOLUCIÓN DEL CUADRO DE MANDO DE ATENCIÓN PRIMARIA: NUEVOS RETOS FUNCIONALES ANTE NUEVAS NECESIDADES DE INFORMACIÓN

AUTORES: SANCHEZ PERRUCA, L. (GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA); JIMENEZ CARRAMIÑANA, J. (GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA); BARTOLOME BENITO, E. (GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA); BARTOLOME CASADO, S. (GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA); DOMINGUEZ MANDUEÑO, A. (GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA); RUIZ MARTINEZ, J. (GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La Comunidad dispone de un Cuadro de Mando (CM) de Atención Primaria (AP) normalizado e integral que permite el seguimiento del paciente en todos los niveles de la Organización acorde con la necesidad de toma de decisiones. La disponibilidad de información en los últimos dos años a nivel de paciente ha sido estratégica para dotar al profesional sanitario de una mayor autonomía en el seguimiento de los procesos más relevantes a través de los indicadores de gestión clínica destacados por la evidencia científica. La oferta generada, ha estimulado una demanda de información que hace preciso rediseñar la estructura interna de datos para poder satisfacerla.

Objetivos: Diseñar una funcionalidad que permita la gestión de CM estándares adaptados a las necesidades emergentes de información personalizada según grupos de riesgo o ámbitos de intervención.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se realiza un análisis de situación con identificación de necesidades de información específicas por grupos de riesgo o ámbitos de actuación. Se analizan las fuentes y orígenes de datos. Se establecen criterios de validación. Se organiza la información en base a la estructura de datos que se precisa. Se diseña el formato de informes y se define el marco de emisión: cortes de fechas, nivel de agrupación y modelos de comparación a generar con cálculo de desviaciones.

Resultados Conclusión: Se generan a priori cinco CM nuevos para toda la Comunidad (6.458.000 habitantes). Se definen, según grupos de riesgo y ámbitos de información específicos que precisan de una consulta específica. Agrupan contenidos de diversos bloques temáticos existentes en el CM integral de Atención Primaria: Anciano, Unidades de Apoyo (fisioterapia es la primera con la que se trabaja), Crónicos, Polimeditado y Anticoagulación. Cada uno de ellos recoge indicadores acorde con el modelo EFQM y las dimensiones de calidad más relevantes: Organizacionales (población y actividad), calidad científico técnica, accesibilidad, satisfacción, seguridad y efectividad. En cada CM se genera una media de 15 indicadores. Eso genera una media de 108 variables que pueden sacarse en listados de pacientes y mueve un volumen de 21.329.099 de registros para cada uno de los CM. Se define una periodicidad trimestral de extracción o mensual (población adscrita y atendida, presión asistencial y frecuentación). (Se preparará video demo de uno de los cuadros de mando definidos para el Congreso).

CONCLUSIÓN

El CM de AP de la Comunidad ha alcanzado un grado de madurez de manera que a partir de la personalización de los datos recogidos, atiende la demanda creciente de información para la toma de decisiones, no sólo adaptada a diferentes niveles de organización (Comunidad, Direcciones Asistenciales, Directores de Centro y Profesionales) sino por grupos de riesgo y ámbitos específicos de actuación, garantizando agilidad y autonomía del profesional en el diseño de CM personalizados a necesidades propias.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 387

TÍTULO: LA EXPERIENCIA DE INTERRELACION ENTRE DOS HOSPITALES SUMA Y AUMENTA LA CALIDAD DE LAS PRESTACIONES EN ENDOSCOPIA

AUTORES: VILA SOLE, ROSA (IDC SALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR); PEREZ MARTIN, R. (IDC SALUD HOSPITAL GENERAL DE CATALUÑA); MARSA CARRIO, E. (IDC SALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR); CRUZ OLIVERES, A. (IDC SALUD); MARTIN RUBIO, E. (IDC SALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La Endoscopia es un procedimiento diagnóstico en el que es de vital importancia mantener la seguridad del paciente respecto a su limpieza y desinfección.

En los dos centros que se analizan, existe un Servicio de Endoscopias donde la limpieza y control de los endoscopios se realizaba de manera diferente y con particularidades positivas en ambos Servicios.

En el hospital A, en 2014 se realizaron 8607 endoscopias. Los endoscopios se lavaban a mano y eran sometidos a un líquido desinfectante en la misma sala donde se realiza el intervencionismo. Se toman muestras para controles microbiológicos de manera aleatoria cada tres meses. Los endoscopios se almacenan en las maletas contenedoras.

En el hospital B, se realizaron en el mismo periodo 4242 endoscopias. Los endoscopios se lavan a mano y después son sometidos a un lavado y desinfección mediante máquinas lavadoras especiales, en sala de lavado aparte. No se hacían controles microbiológicos. Los endoscopios se almacenan en un armario especial destinado a este uso.

Ni A, ni B, tenían trazabilidad.

Objetivos: Conseguir trazabilidad del proceso que garantice la máxima seguridad al paciente, a los profesionales y asegurar un correcto mantenimiento del material

Homogeneizar los dos procedimientos, quedándonos con lo mejor de cada uno, y adecuando las salas de endoscopia a las necesidades reales de cada centro.

Conseguir un procedimiento único que avale la seguridad en control y desinfección de los endoscopios.

Estandarizar los controles microbiológicos, en ambos centros, como norma, desde el servicio de prevención de infecciones.

Proteger la salud de los profesionales, evitando manipulación de líquidos químicos desinfectantes.

Cerrar la trazabilidad de cada endoscopio, sabiendo en todo momento con QUIEN, y CUANDO se ha utilizado, quedando esto registrado

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Adecuar las inversiones anuales para poder disponer en ambos hospitales de un centro de lavado, diferenciado pero a la vez cercano y comunicado, con las salas de intervencionismo, y con el número de lavadoras adecuadas a la actividad que se realiza en cada centro. Así como para la adquisición de los armarios de almacenaje necesarios.

Formación de todo el personal ante la elaboración de un procedimiento único, en ambos centros, cambiando hábitos de trabajo.

Implicación directa del comité de infecciones para los controles aleatorios.

Implicación directa con el servicio de informática, para conseguir que la trazabilidad quede también reflejada en la historia del paciente.

Resultados Conclusión: Con todas estas acciones podemos ya presentar la realidad en el primer trimestre de 2015:

Centro de lavado, y almacenamiento, con lavadoras que permiten trazabilidad, en ambos hospitales.

Procedimiento único.

Controles microbiológicos estandarizados y con resultados.

Mejora en la salud laboral para los trabajadores de estos servicios, que ya no han de manipular líquidos químicos, potencialmente tóxicos.

Mejora en el mantenimiento de los endoscopios.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 390

TÍTULO: EXPERIENCIA EN LA INTERVENCIÓN DE UNA UFISS EN URGENCIAS EN LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS

AUTORES: SOLÀ GENOVÈS, JUAN (HOSPITAL DE MOLLET. FUNDACIÓN SANITARIA MOLLET); VÍLCHEZ ESCURA, S. (HOSPITAL DE MOLLET. FUNDACIÓN SANITARIA MOLLET); POZÓN GORDILLO, A. (HOSPITAL DE MOLLET. FUNDACIÓN SANITARIA MOLLET)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Las UFISS (Unidad Funcional Interdisciplinar Sociosanitaria) son unidades especializadas en el ámbito de la geriatría i de las curas paliativas. Están formadas por un médico, generalmente geriatra, una enfermera y una trabajadora social con formación específica, que ofrecen soporte a los diferentes servicios del hospital de agudos. Intervienen como equipo consultor en la valoración integral, el tratamiento y el seguimiento de las personas ingresadas en el hospital de agudos con el objetivo de realizar un abordaje terapéutico individualizado.

En el último año, ha situado su intervención también en el servicio de urgencias. Un número significativo de la población atendida en urgencias son pacientes geriátricos y crónicos complejos con pluripatología y múltiples reagudizaciones con frecuentes ingresos hospitalarios (PCC). Muchos de estos pacientes se encuentran en situación de enfermedad avanzada o terminal (MACA).

Esto comporta que la UFISS valore enfermos de estas características en el propio servicio de urgencias, con el objetivo de identificar estas situaciones y dar una respuesta a las necesidades de estos pacientes, tanto desde el punto de vista clínico como de determinar una ubicación adecuada.

Objetivos: El objetivo de esta comunicación es evaluar el impacto de la intervención de la UFISS en un servicio de urgencias de un hospital de agudos.

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo prospectivo utilizando una cohorte de pacientes valorados en el servicio de urgencias, durante el período comprendido entre el 1 enero y el 31 de diciembre de 2014. Se han revisado las siguientes variables: características demográficas, diagnósticos de los usuarios, el tipo de intervención realizada y el destino al alta.

Resultados. Conclusión: Total pacientes valorados por la UFISS: 1173. Pacientes valorados en urgencias: 271 (23.10%). Pacientes con enfermedades crónicas en situación de enfermedad avanzada valorados en urgencias: 89 (32.8%). Edad media: 81.9. Distribución por sexo: Hombres 42.1%. Mujeres 57.95%. Tipo de intervención: identificación y control de síntomas: 27 (30.3%); consultoría: 28(16.4%); gestión de recurso de curas paliativas: 25(8%).

La valoración de estas situación requiere una evaluación integral por equipos especializados.

La intervención de la UFISS en el servicio de urgencias tiene un impacto directo en la identificación de la situación de enfermedad avanzada y en la mejora en la atención del paciente crónico complejo.

La UFISS es un equipo multidisciplinar que ofrece un abordaje integral del paciente crónico complejo con el objetivo de optimizar su tratamiento y determinar el recurso asistencial más adecuado que garantice la continuidad asistencial.

Asimismo, en nuestra experiencia, permite ofrecer soporte especializado a los profesionales del servicio de urgencias en la identificación y abordaje de la situación de enfermedad avanzada.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 391

TÍTULO: DEFINICIÓN DE UN PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTORES: SOLÀ MIRAVETE, M. ELENA (RESPONSABLE UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA GERÈNCIA TERRITORIAL TERRES DE L'EBRE); GAVALDA ESPELTA, E. (DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE TERRES DE L'EBRE); ESCRIBA AGUILA, M. (CONSULTORIO GINESTAR); ROIG CALVET, O. (CENTRO ATENCIÓN PRIMARIA ALDEA); ROIG QUERAL, M. J. (CENTRO ATENCIÓN PRIMARIA ULLDECONA); DOMENECH CID, Y. (CONSULTORIO DE ROQUETAS).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Diferentes estudios evidencian la magnitud del problema de seguridad de los pacientes (SP) también en la atención primaria (AP). Uno de los de mayor impacto es el estudio APEAS, concluye: una de cada 100 consultas en un equipo de atención primaria (EAP) presenta un evento adverso.

En Cataluña el año 2011 se elabora el Plan estratégico de seguridad de los pacientes (PEdSP) en la AP. Siguiendo las directrices del Departamento de Salud se define el proyecto de unidades funcionales de seguridad del paciente en atención primaria (UFSP).

Objetivos: Implantar una estrategia de gestión integral de la SP en los EAP del territorio. Diseñar un programa de seguridad de los pacientes específico de cada EAP que permita identificar el riesgo en aquellas áreas críticas de la atención a los pacientes y poder establecer acciones de mejora

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Proyecto que se inicia en 2011 en EAP piloto. En 2012 se adhieren los 11 EAP del ICS en Terres de l'Ebre (fase 2). Fases de la implantación: 1. Implicación de la dirección SAP y equipos directivos: reuniones de trabajo para explicar el proyecto. 2. Identificar el núcleo de seguridad territorial y del equipo (referente de calidad y SP): formación, funciones. 3. Definir el marco de actuación: dar a conocer el PEdSP y las directrices de nuestra organización ICS definidas en la dirección por objetivos de los EAP. 4. Presentar el modelo de seguridad de los pacientes basado en el cumplimiento de los 33 estándares sine qua non (SQN) considerados de obligado cumplimiento en un EAP 5. Analizar la situación basal de los EAP: Identificar las áreas críticas de cada EAP con la evaluación de estos estándares Sqn. 6. Desarrollar un programa específico para cada equipo identificando los puntos de mejora a partir de los resultados obtenidos en la evaluación.

Resultados Conclusión: Se ha identificado el 100% de la estructura del núcleo de seguridad de los EAP, se ha creado la comisión de calidad y SP territorial. Los referentes de seguridad de los equipos han recibido la formación específica prevista, se han realizado sesiones de formación en SP en los EAP. Los 11 EAPs disponen de un plan de Calidad que contiene un programa específico de SP anual (según áreas críticas detectadas). Se han identificado áreas críticas comunes en todos los EAP: uso del medicamento, prevención de la infección, caducidades material fungible, gestión del equipamiento-aparatos tecnoasistencial, sistemas de notificación y análisis de casos centinela, extracción segura. Resultados comparativos evaluación 2012/2013: 68% promedio logro situación basal 2012; 91% promedio logro EAP diciembre de 2013.

El desarrollo del proyecto ha permitido implantar una estrategia de gestión de la SP en los 11 EAP. Se ha identificado un programa de seguridad específico en cada EAP. Ha sido primordial la inclusión en la AG de los EAP -por parte del ICS- el cumplimiento de los 33 SQN, esto ha facilitado la implantación y desarrollo del proyecto UFSP en todos los equipos y poder hacer benchmarking con el resto de EAP del ICS

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 392

TÍTULO: UTILIZACIÓN DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SOBRE UN SISTEMA DE NOTIFICACION EN SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA MEJORA

AUTORES: BARTOLOME BENITO, E. (GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA); ORDOÑEZ LEON, G. (GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA); DRAKE CANELA, M. (GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA); OLIVERA CAÑADAS, G. (GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA); CAÑADA DORADO, A. (GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA); SANZ DEL OSO, J. (DG SISTEMAS DE INFORMACION).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En 2011 se implantó en la Comunidad un sistema de notificación de incidentes de seguridad y errores de medicación. Desde su implantación se han realizado proyectos de mejora a partir de las sugerencias de Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos. Hasta el momento no se ha profundizado en la satisfacción de los profesionales que la utilizan, ni su conformidad con las funcionalidades.

Objetivos: Conocer el grado de satisfacción y conformidad de los usuarios con la funcionalidad, acceso y utilidad de la aplicación informática CISEM-AP y establecer áreas de mejora

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Diseño de encuesta en primer semestre de 2014 y cumplimentación on-line (junio-diciembre/ 2014). Incluye 50 preguntas por bloques de contenidos: cumplimiento de las características de un sistema de notificación según se recogen en la literatura y funcionalidad: ubicación en intranet, estructura de contenidos (notificación, consulta de información, estadísticas), formularios de notificación (facilidad, tiempo de cumplimentación, comprensión, adecuación), informes (acceso, estructura, grado de comprensión, contenido, adecuación y utilidad), estadística (frecuencia, utilidad y facilidad), Banco de prácticas y recomendaciones de seguridad y grado de satisfacción global con CISEMAP. Se incluyen preguntas de escala (1-10), dicotómicas y abiertas. Se ha realizado estudio descriptivo. Herramientas informáticas utilizadas Excel v. 2007 y SPSS v.21.

Resultados Conclusión: 601 encuestas. 71,5% mujeres. Mediana de edad 48 años. 50,6% médicos de familia, 26,5% enfermeras y 8% pediatras. Más del 88% respondieron que CISEMAP es voluntario, confidencial, anónimo, normalizado, accesible, único, válido y fiable. En torno a 60% puntuaron superior a 7 en accesibilidad, facilidad de uso y estructuración de contenido de la aplicación. Se obtuvimos 68 y 52 sugerencias sobre IS y EM respectivamente. Alrededor del 65% puntúa superior a 7 sobre uso del seguimiento de informes de IS y EM. Alrededor del 38% puntúa 7-8 acerca del contenido adecuado y útil de informe. 35,2%, no han solicitado estadísticas y un 37% puntúan superior a 6 acerca de su utilidad. 48% conocen el banco de prácticas y recomendaciones. El 68,6% opinan que es útil. El 77 % de los encuestados están satisfechos con CISEM-AP.

CONCLUSIONES

CISEM-AP contribuye a difundir la cultura de seguridad del paciente, con un elevado grado de satisfacción global y con un razonable grado de conformidad con respecto a su funcionalidad y contenido de los formularios de IS y EM. Más de la mitad de encuestados consideran que las recomendaciones de seguridad son de utilidad. Se identifican áreas de mejora en relación al acceso restringido a la notificación y a aspectos de estructura y formato del CISEM-AP. Existe bajo seguimiento y consulta de estadísticas. Las mejoras deben canalizarse tanto en la aplicación como en la cultura de seguridad. La mezcla de datos cuantitativos y cualitativos permiten orientar la mejora.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 394

TÍTULO: ACCIONES DE EMPODERAMIENTO DE PACIENTES EN UNA UNIDAD CON UN SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS CERTIFICADA SEGÚN UNE 179003

AUTORES: MORADO QUIÑOÁ, MARÍA PURIFICACIÓN (HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI. LUGO); ROCA BERGANTIÑOS, M. O. (HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI. LUGO); ÁLVAREZ VÁZQUEZ, J. C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI. LUGO)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En la Estrategia SERGAS 2014 en su objetivo 1, estrategia 1.7 Participación de los ciudadanos y de los paciente, se establece la necesidad de implementar líneas de favorezcan la toma de decisiones y participación activa de los pacientes en su proceso de resolución de enfermedad o mantenimiento de la salud.

Objetivos: Mejorar la calidad de la atención mediante la participación de los pacientes en la toma de decisiones de su proceso asistencial

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El Grupo de Gestión de Riesgos que gestiona el Sistema de Seguridad en la Unidad de Oncohematología del Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo) se formó en el 2012 contando con la participación de todos los actores en el proceso de la Unidad, pero sin contar con la participación directa del propio paciente, esta falta se suplió mediante la recogida de información a través de encuestas de acogida y alta, realizadas trimestralmente. De esta forma se detecta la necesidad de integrar al paciente de forma activa en su proceso, pudiendo participar en todo el sistema de Gestión de Riesgos empezando por la identificación de los mismos.

Para lograr el empoderamiento del paciente se inician una serie de acciones encaminadas a favorecer su toma de decisiones en el proceso de seguridad durante su ingreso. El proceso de planificación de acciones se prolongó hasta octubre de 2014.

Se realiza y difunde una Guía de seguridad a todos los pacientes al ingreso.

Talleres de prevención de UPP y caídas, para pacientes y familiares.

Campaña de sensibilización de la necesidad de la correcta identificación.

Recomendaciones al alta sobre continuidad de cuidados.

Resultados Conclusión: Realización de la Guía de seguridad, pendiente de validar por la Comisión de Protocolos, por lo que no se inició su distribución.

Se realizaron 2 talleres para pacientes, con un participación reducida (12.4%), justificada por el tipo de pacientes de que se trata por lo que se decide ampliar el destinatario a los cuidadores y/o familiares, con lo que se realizan otros 2 con un incremento importante de la participación, con una media de 42.3% de los pacientes/cuidadores ingresados.

La campaña de sensibilización de los pacientes sobre la importancia de la correcta identificación se realizó trimestralmente coincidiendo con la revisión de correcta identificación.

Se incide en la necesidad de realizar un informe de enfermería al alta y que éste debe incluir recomendaciones sobre los riesgos detectados en la valoración.

Queremos reforzar las iniciativas encaminadas a recoger la voz del paciente y su familia, de forma que nos ayuden a planificar el proceso asistencial, para ello se hace necesario mantener e incrementar la participación del paciente, integrándolo en el Grupo de Gestión de Riesgos y recogiendo sus aportaciones mediante entrevistas, encuestas y reuniones con asociaciones de pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 396

TÍTULO: DESARROLLO DE UNA APP COMO AGENDA DEL EQUIPO DIRECTIVO EN MATERIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES: CARRILLO MURCIA, IRENE (UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ); GUILABERT MORA, M. (UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ); NAVARRO SOLER, IM. (UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ); FERNÁNDEZ PERIS, C. (UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ); MIRA SOLVES, J. J. (DEPARTAMENTO DE SALUD DE ALICANTE - HOSPITAL SANT JOAN D'ALACANT); VICENTE RIPOLL, M. A. (UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Desde la década de los 90 se han venido realizando múltiples estudios epidemiológicos sobre la prevalencia e incidencia de los eventos adversos y a evaluar los avances realizados en materia de seguridad del paciente. La implicación de los líderes sanitarios en el desarrollo y la implementación de acciones dirigidas a aumentar la seguridad del paciente en sus centros es crucial para promover en la organización sanitaria una cultura positiva de seguridad.

Objetivos: Diseñar y desarrollar una aplicación para smartphones y tablets que contemple y programe todas aquellas actividades anuales en materia de seguridad del paciente responsabilidad de los equipos directivos conforme a la norma ISO/UNE 179003:2013 y a la literatura especializada.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se llevó a cabo una primera fase de revisión de la literatura y de investigación cualitativa mediante reuniones con expertos acerca de las acciones que se estaban llevando a cabo en sus centros en materia de seguridad del paciente y de aquellas que sería recomendable poner en marcha. A su vez, se analizó la ISO/UNE 179003:2013 con el objetivo de completar la propuesta de actividades. A partir del análisis de la información se diseñó y desarrolló la "Agenda del directivo en materia de seguridad del paciente" con una primera pantalla de acceso identificado que exige, durante el registro, la respuesta a dos preguntas de control sobre el cumplimiento de acciones en seguridad del paciente. El sistema está configurado de tal forma que tras tres meses de utilización de la app, se exige de nuevo la respuesta a las dos preguntas de control y a otras dos adicionales de valoración de la app. Una vez identificado el usuario, aparece el listado de las tareas incluidas en la agenda y su estado, que puede ser: pendiente, programada y al día. Cada tarea ha sido previamente introducida en el sistema con una periodicidad de realización recomendada. Al pulsar sobre una tarea específica aparece su descripción y su historial de cumplimiento y el sistema permite al usuario añadir la última fecha en la que la tarea ha sido ejecutada modificando así su estado. Por último, la app cuenta con una pantalla de edición que permite al usuario la realización de las siguientes acciones: selección de tareas visibles y ocultas, modificación de las características de una tarea (descripción y periodicidad recomendada) e incorporación de nuevas tareas. Estas tareas pueden ser compartidas por el conjunto del equipo directivos entre ellos conforme a su propia programación.

Resultados Conclusión: La agenda del directivo en materia de seguridad del paciente ha tenido una buena acogida en un estudio preliminar. Destaca su sencillez de uso y su utilidad a la hora de concretar las acciones que los directivos deben considerar para ejercer su rol de liderazgo en materia de seguridad en las instituciones sanitarias. Esta app pretende ser una herramienta de apoyo a los miembros de los equipos directivos en el cumplimiento de sus responsabilidades y acciones en materia de seguridad del paciente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 397

TÍTULO: IMPLEMENTACIÓN DE LA TÉCNICA ECOGRÁFICA COMO COMPETENCIA DEL TSID EN UN HOSPITAL COMARCAL. NUESTRA EXPERIENCIA.

AUTORES: LUCAS BARBERAN, DANIEL (HOSPITAL COMARCAL MORA DE EBRO); FONTS PI, E. (HOSPITAL COMARCAL MORA DE EBRO); PIÑAS FORCADELL, M. (HOSPITAL COMARCAL DE AMPOSTA); ABREU DE CON, J. A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT JOAN REUS); ROS GARRIGOS, O. (HOSPITAL COMARCAL MORA DE EBRO); BUENO DOMINGUEZ, M. J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT JOAN REUS).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Nuestro hospital se encuentra a una hora de distancia de los centros hospitalarios de referencia de su entorno.

Atiende a una población de referencia de unos 40.000 habitantes, tanto en régimen de hospitalización como sociosanitaria. Dispone de un servicio de radiología compuesto de radiología simple, radiología intervencionista en quirófano, contrastada, densitometría, mamografía, ecografía y TAC.

Su aislamiento geográfico ha sido y continua siendo una causa permanente de dificultad para la actividad asistencial presencial de médicos y especialistas (radiólogos) sin embargo cuenta con un equipo de TSID bien formado y motivado en estas condiciones, de acuerdo con la dirección del centro se decidió iniciar un proceso de formación teórica y capacitación práctica de los TSID para la realización de imágenes ecográficas siguiendo un protocolo estandarizado con la validación posterior e informe diagnóstico de forma diferida realizado por un radiólogo.

Objetivos: Reducir la lista de espera y mantener la calidad asistencial.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Presentamos en esta comunicación nuestra experiencia tanto en el proceso de formación como la implementación asistencial así como la evaluación estadística de la fiabilidad del procedimiento en términos de calidad objetiva (valoración de imágenes e índice de recitación) y de calidad subjetiva (percepción por parte de los pacientes, clínicos y otros profesionales del entorno).

Resultados Conclusión: RESULTADOS:

Periodo asistencial: De enero de 2015 a mayo 2015.

Ecografías reno vesicales prostáticas realizadas: 291

Recitaciones: 5 Pacientes

Ecografías musculares realizadas: 90

Recitaciones: 0

Tiempo medio por exploración 10 minutos

CONCLUSIÓN:

La iniciativa descrita ha permitido una reducción significativa de las listas de espera sin detrimento en la calidad asistencial, siendo una alternativa valida a la falta de presencia asistencial de radiólogos.

Anterior a la realización por parte de los TSID, la lista de espera era de aproximadamente 60 días.

Actualmente la lista de espera para estas exploraciones es de 15 días

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 400

TÍTULO: EVOLUCIÓN EN EL NÚMERO DE INFORMES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DESDE LA CREACIÓN DE LA FIGURA DEL ENFERMERO MENTOR

AUTORES: MEROÑO RIVERA, MARÍA DOLORES (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA); RODRÍGUEZ TELLO, J. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA); ROLDÁN CHICANO, M. T. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA); CAYUELA GARCÍA, A. M. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA); GARCÍA LÓPEZ, M. M. (CENTRO DE SALUD DE BARRIO PERAL); LÓPEZ LACOMA, J. C. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El Informe de Cuidados de Enfermería (ICE) ha experimentado un auge en los últimos años en la sanidad pública española, como parte fundamental en la mejora de la Continuidad de Cuidados entre niveles asistenciales y servicios de salud. Una muestra de la importancia del ICE, es la definición, mediante el Real Decreto 1093/2010, del Conjunto Mínimo Básico de Datos de dicho informe, por el Ministerio de Sanidad. En nuestra Área de Salud, se creó la figura del Enfermero Mentor, dependiente del Área de Calidad y Seguridad del Paciente, para favorecer la implantación de dicho Informe de Cuidados, y promover la mejora de la calidad de los registros y de la atención enfermera, mediante formación tradicional y en el puesto de trabajo.

Objetivos: Determinar la variación en la media de Informes de Cuidados de Enfermería anuales durante los últimos 5 años (2011-2015).

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio retrospectivo longitudinal. Se determinó el número absoluto y la media anual de Informes de Cuidados realizados en el hospital desde el año 2011 al 2015 en 13 unidades de hospitalización de adultos y Consultas Externas de Enfermería. Los datos del año 2015 se refieren hasta el mes de mayo.

Se evaluó la existencia de diferencias significativas en las media de ICE entre todos los años, mediante la prueba t de student para muestras relacionadas, para un nivel de significación de 0,05.

El número de informes se obtuvieron del registro mensual realizado por los Enfermeros Mentores, y que se obtiene mediante explotación de la Historia Clínica Electrónica.

Resultados Conclusión: El número total de Informes de Cuidados y la media anual, respectivamente, fueron:

Año 2011: 2394 ICE; Media 199,50 ICE

Año 2012: 2440 ICE; Media 203,33 ICE

Año 2013: 3331 ICE; Media 207,58 ICE

Año 2014: 3677 ICE; Media 306,42 ICE

Año 2015 (hasta mayo): 2198 ICE; Media 439,60 ICE

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de todos los años, excepto en la comparación del año 2011 con 2012 y 2013 con 2014.

Desde el año 2011 se ha producido un incremento progresivo del número anual y de la media mensual por año de los Informes de Cuidados de Enfermería. Existen múltiples factores que pueden afectar a la realización de los Informes de Cuidados de Enfermería., sin embargo, parece que el trabajo realizado por el Enfermero Mentor influye de forma positiva en el aumento de los Informes de Cuidados de Enfermería.

TIPO DE COMUNICACIÓN:

ID: 401

TÍTULO: GUIA DE ACOGIDA A PACIENTES EN UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

AUTORES: GARCIA-CARO MERINO, ANDRÉS (HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS); CAMPOS LÓPEZ, E. (HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS); MORENO CERRATO, N. (HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS); CALVENTE RUIZ, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS); PASCUAL MARTÍN, E. (HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: EL 60% DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS NECESITARÁN TRATAMIENTO CON RADIACIONES IONIZANTES, AL MENOS, UNA VEZ A LO LARGO DEL PROCESO DE SU ENFERMEDAD. EL DESCONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN, LA LOCALIZACIÓN EN LOS SÓTANOS DE LOS HOSPITALES, LA LUZ ARTIFICIAL EN LA MAYORÍA DE LAS SALAS, LOS DIFERENTES CIRCUITOS ASOCIADOS A CADA ETAPA DEL PROCEDIMIENTO DENTRO DEL SERVICIO, COMO SIMULACIÓN, RADIOQUIRÓFANO, CONSULTAS EXTERNAS, SALA DE ESPERA DE TRATAMIENTO, SU ASOCIACIÓN CON EFECTOS SECUNDARIOS TEMIDOS, DOLOR, 'QUEMADURAS', JUSTIFICAN LA ELABORACIÓN DE ESTA GUÍA DE ACOGIDA PARA LOS PACIENTES QUE INICIAN EL PROCESO DE TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO, PARA ROMPER BARRERAS Y DESPEJAR DE DUDAS EL HORIZONTE QUE SUPONE LA INDICACIÓN DE ESTE TRATAMIENTO, LLENO DE MITOS Y LEYENDAS. DESDE QUE EMPEZAMOS A TRATAR PACIENTES EL 27/10/12, HASTA EL PACIENTE 1000 QUE TRATAMOS EL 20/05/15, HEMOS IMPLEMENTADO PARA FACILITAR LA ACCESIBILIDAD, UNA HOJA DE RUTA DE LAS CITAS DEL PACIENTE, EN LOS DÍAS QUE DURE SU PROCESO, EN LA UNIDAD DE TRATAMIENTO, CON LA CONSULTA DE ENFERMERÍA Y CON EL ONCÓLOGO RADIOTERÁPICO. ESTA MEJORA FUE RECIBIDA CON GRAN SATISFACCIÓN, PERO SUGERÍAN QUE LES AYUDARÍA UNA GUÍA DE ACOGIDA EXPLICATIVA DESDE QUE LLEGAN AL SERVICIO.

Objetivos: DISEÑAR DE FORMA CONSENSUADA CON TODOS LOS PROFESIONALES QUE ATIENDEN A NUESTROS PACIENTES ESTA GUÍA PARA FACILITAR AL PACIENTE ONCOLÓGICO, SU ESTANCIA EN NUESTRO SERVICIO, DANDO A CONOCER TODO EL PROCESO DE TRATAMIENTO, LAS INSTALACIONES DEL SERVICIO Y EL PERSONAL QUE LO COMPONE.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: LA GUÍA CONSTARÁ DE:
UN PLANO DE UBICACION, ARQUITECTURA Y ÁREAS DE TRABAJO DEL SERVICIO Y DE SUS DIFERENTES ZONAS IDENTIFICADAS, Y DE LOS HORARIOS.
UNA HOJA DE PRESENTACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS QUE CONSTITUYE EL SERVICIO Y DE SUS MISIONES.
UN FLUJOGRAMA DE ESTRUCTURA ORAGANIZATIVA DONDE CONSTARÁ TODO SU PROCESO RADIOTERÁPICO.

Resultados Conclusión: AL INFORMAR DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS ÁREAS Y CIRCUITOS DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA, SATISDFACER LAS NECESIDADES Y CULMINAR LAS EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES.
QUE IDENTIFIQUEN AL PERSONAL QUE LE VA A ATENDER Y SUS DIFERENTES FUNCIONES
REDUCIR EL ESTRÉS ASOCIADO AL PROCEDIMIENTO PARA QUE SU PASO POR EL SERVICIO SEA TRANSPARENTE Y AUMENTE LOS INDICADORES DE CALIDAD PERCIBIDA QUE SE MONITORIZAN EN NUESTRO CENTRO.
FACILITAR LA ACCESIBILIDAD, LA COMUNICACIÓN Y LA SEGURIDAD DESDE EL PRIMER MOMENTO QUE EL PACIENTE ACUDE AL SERVICIO.
INCREMENTAR EL DESARROLLO DE LOS PROFESIONALES, SU IMPLICACIÓN Y PARTICIPACIÓN EN LA ORGANIZACIÓN.
CULMINAR LAS EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES DURANTE TODO EL PROCEDIMIENTO DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA Y EN SU SEGUIMIENTO ONCOLÓGICO, PRESENTANDO UNA ASISTENCIA DE CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LA INFROMACIÓN, LA ACCESIBILIDAD Y LA SEGURIDAD.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 402

TÍTULO: IMPORTANCIA DE LAS ENFERMERAS EN LA PUNCIÓN ASPIRACION CON AGUJA FINA

AUTORES: ARRANZ DE ANDRÉS, MARÍA ELENA (HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN); LILLO RUBIO, M. P. (HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON); GAGO GOMEZ, M. C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON); PAGE HIGUERAS, M. E. (HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON); GIL GABARRON, M. S. (HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON); CANO SANZ, A. M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La punción aspiración con aguja fina (PAAF) es una técnica diagnóstica y a veces terapéutica, que consiste en aspirar tejido para estudio citológico, con una aguja larga y fina. Es ambulatoria, simple, rápida, económica y segura, proporcionando un diagnóstico (DX) inmediato y preciso. En nuestra unidad realizamos PAAF de lesiones palpables: poco invasivas e indoloras y con pocas complicaciones (COMP).

Objetivos: 1. Valorar COMP surgidas durante este periodo
2. Valorar porcentaje DX PAAF
3. Evaluar existencia de COMP en procesado muestra.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Protocolo: Material PAAF general y específico. RR.HH: patólogo, dos enfermeras (ENF). Actividades ENF1: Recepción e identificación paciente (PAC), comprobar consentimiento informado, alergias, ACO o antiagregantes, explicar técnica, tranquilizar y preservar intimidad, colocar PAC posición adecuada para la PAAF dependiendo zona a pinchar, instrumentar PAAF, hemostasia y colocar apósito, vigilar COMP. ENF 2: preparar material PAAF, recogida y procesado muestra, tinción Diff- quick : para determinar si hay muestra adecuada, identificar y preparar muestras para envío a laboratorio. Ambas ENF colaboran ante cualquier COMP para asegurar una atención de calidad a PAC y muestra.

Realizamos estudio observacional del 1de enero al 31 de diciembre 2014. Registramos datos de 84 casos en 56 PAC en una tabla excell. Datos: edad media, sexo, zona punción, obtención DX definitivo, motivo de no DX , patología y COMP en PAC o muestra.

De 84 casos se realizaron 79 PAAF, en 5 casos la tumoración desapareció espontáneamente. Sexo: 59% mujeres. Edad media: 54.8 años. Zonas PAAF más frecuentes: ganglios linfáticos: 33.9% (19), tiroides: 28.57% (16).

Se consiguió DX definitivo en 96.2% de PAAF. Patología benigna: 85.72 % (bocio: 19.6%) y patología maligna: 14.28 % (carcinoma epidermoide: 50%). El 3.8 % restante se derivó a PAAF ecoguiada por no obtener muestra suficiente. No se objetivaron COMP. El 100% de las muestras se proceso correctamente.

Resultados Conclusión: Hemos encontrado pocas referencias bibliográficas del papel de ENF en las PAAF. Hay estudios que confirman la eficacia DX de las PAAF, alrededor 90 %, y la ausencia de COMP, que relacionan con el tamaño de la aguja y la experiencia del personal que las realiza (1).

Otros estudios avalan que las ENF podemos realizar actuaciones para disminuir ansiedad, dolor y por tanto COMP asociadas a muchas técnicas realizadas a nuestros PAC (2).

Creemos que la presencia de dos ENF durante la técnica permite: que una ENF permanezca siempre con el PAC contribuyendo a reducir las COMP, de por si bajas. Facilitando un procesado eficaz de la muestra. Además, la PAAF es una técnica económica, que disminuye el número de PAC derivados a cirugía.

Aunque nuestros resultados han sido satisfactorios, creemos que necesitamos realizar nuevos estudios que nos permitan seguir mejorando la calidad de la atención que prestamos a nuestros pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 403

TÍTULO: SIEMPRE MIDIENDO ¿Y PARA QUÉ? CALIDAD REAL FRENTE A CALIDAD PERCIBIDA.

AUTORES: MARTÍNEZ PIEDROLA, MAGDALENA (HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN); GUADARRAMA ORTEGA, D. (HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN); CAMACHO PASTOR, J. L. (HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN); NOGUERA QUIJADA, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN); PRIETO ALAGUERO, P. (HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN); DÍAZ CUASANTE, A. I. (HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Una herramienta útil para mejorar la calidad de cuidados y la seguridad de los pacientes es la monitorización de los indicadores de calidad. Estos, se obtienen a través del registro de los cuidados enfermeros en la Historia Clínica Electrónica (HCE). Estos indicadores y sus estándares, son definidos por la administración sanitaria o la evidencia científica disponible. La HCE proporciona información rigurosa de los registros enfermeros, dando una visión real de su grado de cumplimentación. Desde 2013 se obtienen mensualmente los indicadores de registro en la HCE. Dicha monitorización ha permitido abordar cambios e implantar iniciativas de mejora. Por otro lado, la calidad percibida es cada vez más relevante en la asistencia sanitaria y un factor decisivo en la libre elección de centro sanitario y profesionales.

Objetivos: Describir la evolución de los indicadores y su respuesta a las iniciativas de mejora propuestas. Comparar con la evolución de reclamaciones y felicitaciones recibidas en el centro de 2012 a 2014.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio observacional, descriptivo y longitudinal de los datos obtenidos mensualmente de la HCE y las acciones de mejora implementadas por la Dirección de Enfermería en 2013 y 2014.

Resultados Conclusión: La evolución de los indicadores 2013-2014 en las siguientes dimensiones fue la siguiente: Cuidados de Enfermería: Valoración al ingreso(88,88% -88,67%), Valoración del dolor, (52,79% -53,49%); Seguridad: Valoración riesgo UPP(93,48% -92,44%), Valoración riesgo de caídas(94% -93,25%); Caídas en pacientes con riesgo(2,05-0,67%); Informes de continuidad de cuidados(64,13-72,62%); Extravasación(7,67%-6,85%); Flebitis(8,31%-6,17%); Control del dolor quirúrgico(68,94%-73,84%); Control del dolor No quirúrgico(14,57%-13,16%) e Información: Tasa de entrega de Guías de Atención al Duelo (83,54%-86,51%).

Las propuestas de mejora para los indicadores se hicieron desde la Comisión de Calidad de Cuidados (8), Comisión de Cuidados (6) y Dirección de Enfermería (23), Alertas relacionadas con los indicadores o registros (3).

Se observa un aumento de las felicitaciones y un descenso de las reclamaciones recibidas durante los años de estudio 2012 (74:72), 2013(82:46), 2014(129:49).

9 de los 12 indicadores evaluados han mejorado, 4 de ellos son superiores a los estándares de calidad marcados por la administración sanitaria. El resto han permanecido similares en ambos años. La monitorización continua de la HCI ha permitido obtener de manera objetiva los indicadores del cuidado que registran las enfermeras. También ha permitido detectar y corregir aquellos indicadores con margen de mejora, y conocer la calidad del cuidado enfermero del centro comparándolo con los estándares. La retroalimentación es un factor importante en la implicación de los profesionales en la mejora continua.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 404

TÍTULO: DESARROLLO DE UN BUSINESS CONTINUITY PLAN (BCP) EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE LARGA ESTANCIA

AUTORES: GARCIA SAN MARTIN, SANTIAGO (INSTITUTO PSQUIATRICO JOSE GERMAIN); HERRAIZ ORS, F.; CARRASCOSA BERNALDEZ, J. M.; GONZÁLEZ LÓPEZ, H.; RIVERA VILLAVERDE, A.; FIDALGO HERMIDA, B.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Durante los últimos 20 años se han desarrollado en el Instituto planes de actuación para evitar el desarrollo de emergencias, naturales, entrópicas o tecnológicas, y si se producen, que se actúe sobre ellas lo más rápido posible, reduciendo su efecto sobre los pacientes, trabajadores y bienes del Instituto.

Una vez madurados y probados dichos planes el paso más lógico era el desarrollo de un Business Continuity Plan (BCP) que nos permita abordar estas incidencias de forma eficiente y restablecer nuestra actividad.

Objetivos: El objetivo ha sido diseñar un plan que nos permita abordar la incidencia como una interrupción no deseada de la actividad, planificando las acciones necesarias para que la vuelta a la actividad normal se realice en el menor tiempo posible y con los menores inconvenientes, reduciendo la vulnerabilidad y promoviendo la resiliencia de la organización.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El trabajo ha sido coordinado por un equipo multidisciplinar con representación al máximo nivel del Instituto. Hemos encontrado 2 problemas a la hora de desarrollar el BCP.

El 1º ha sido la escasa bibliografía existente, ya que este tipo de planes se han realizado únicamente en unos pocos hospitales de EEUU, o Australia. El único BCP desarrollado en una organización sanitaria en España, Sanitas, enfocado a la continuidad de la organización y no la del proceso asistencial.

El 2º ha sido conseguir alinear los objetivos de los servicios implicados en la prestación del proceso asistencial, haciendo que trabajasen todos con un mismo método de trabajo.

El desarrollo ha sido similar al de un plan de contingencia o emergencia, a partir de una evaluación de los riesgos más importantes que afectan al proceso asistencial (interrupción de servicios de gas, o agua, de averías como climatización o comunicaciones, de procesos de soporte como limpieza, riesgos sanitarios como brotes infectocontagiosos, etc.), definiendo plazos máximos de interrupción del servicio MTD y plazos máximos de recuperación de la actividad RPO, y definiendo actuaciones a desarrollar.

Resultados Conclusión: Se ha desarrollado un documento de integración, libre de todo elemento innecesario y permitiendo que el plan no supere las 40 hojas, para que pudiese usarse rápida y fácilmente.

Se ha realizado un plan de actuación para cada uno de los riesgos, con un cuadro descriptivo, basado en el protocolo de comunicación en emergencias ICS, que indica para cada riesgo, que hay que hacer, cuando, y quien tiene que hacerlo, y un cuadro resumen con todos los riesgos y actuaciones.

El BCP ha sido aprobado por la Gerencia del Instituto y está en fase de implantación.

Ha supuesto un cambio radical de mentalidad, ya que hasta ese momento intentábamos realizar un control eficiente de las emergencias, mientras que nos desligábamos de su resultado una vez controlada, siendo los inconvenientes generados secundarios. Ahora hacemos frente a las emergencias, teniendo presente que nuestra principal meta es volver a generar valor para nuestros pacientes lo antes posible.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 405

TÍTULO: RÉGIMEN TERAPÉUTICO Y CONOCIMIENTOS DE PACIENTES CON ANTICOAGULANTES ORALES ACCION DIRECTA DE TALLERES DE EDUCACIÓN

AUTORES: GONZALEZ DE LA TORRE, JUANA (HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON); ESTEVEZ BENITO, M. S. (HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Debido a la introducción de anticoagulantes orales de acción directa (ACOD), se imparten talleres de educación sanitaria para la mejora de la calidad asistencial. Estos son de gran utilidad para proporcionar datos sobre los conocimientos previos que presentan los pacientes así como de su régimen terapéutico. Tras una revisión bibliográfica no se encontraron estudios referentes a estos datos sobre los ACOD.

Objetivos: PRINCIPAL: Conocer el régimen terapéutico y los conocimientos de los pacientes previos a los talleres de ACOD.

ESPECÍFICO: Mejorar la calidad de la Educación para la Salud en los tratamientos con ACOD.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: De una población de 81 pacientes en tratamiento con ACOD se obtiene una muestra de 28, estos acuden a 6 talleres. Que se imparten en un Hospital Universitario desde noviembre de 2014 a mayo de 2015. Los datos de los pacientes se obtienen con listados del Servicio de Farmacia, SELENE y la consulta de Hematología.

Se realiza un estudio descriptivo observacional mediante cuestionarios tipo test previos a la educación grupal: Uno validado de cumplimiento terapéutico tipo Hermes y otro elaborado por las enfermeras sobre los conocimientos importantes relativos a los ACOD.

Resultados Conclusión: RESULTADOS

De 28 pacientes que acuden a los talleres 17 son hombres y 11 mujeres encontrando igualdad en la prescripción de los tres fármacos. La media de edad es de 75.9 años; La patología más frecuente es la F. Auricular. Del total 16 pacientes toman dos dosis/día. El 60.7 % de los pacientes que acuden están en el primer año de tratamiento. Solo 12 dicen haber recibido información sobre los ACOD. Todos los pacientes excepto 2 resultaron cumplidores según el test de cumplimiento terapéutico. La media sobre los conocimientos que presentaban los pacientes es de 8.7. Más de 24 pacientes tienen amplios conocimientos sobre el tratamiento con ACOD, aunque hay 11 que no saben qué hacer en caso de olvidar una dosis del fármaco.

CONCLUSIONES

Se observó mayor interés para acudir al taller en el primer año de tratamiento y son muchos los pacientes que dicen no haber recibido información sobre los nuevos fármacos, aunque todos excepto 4, tomaron otros anticoagulantes orales. Respecto al régimen terapéutico encontramos mediante el test validado que solo 2 de los pacientes no resultaron cumplidores, aunque es de esperar que sean los más cumplidores los que acudan al taller, por lo que podemos concluir que son pacientes con gran adherencia al tratamiento. Se desvela un elevado conocimiento sobre los anticoagulantes orales pues la mayoría tomaron otros previamente y aun así un gran interés por acudir al taller para conocer las novedades sobre los nuevos fármacos. La calidad en la educación sanitaria se consigue evaluando el régimen terapéutico y los conocimientos sobre los fármacos, pilares básicos en un tratamiento anticoagulante para conseguir una mayor eficacia del tratamiento y una mayor seguridad para el paciente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 406

TÍTULO: COORDINACIÓN SANITARIA Y SOCIAL: HACIA UN NUEVO MODELO DE INTEGRACIÓN

AUTORES: GAVALDA ESPELTA, ESTER (EQUIPO ATENCIÓN PRIMARIA AMPOSTA); CURTO ROMEU, C. (EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA AMPOSTA); BAUCCELLS LLUIS, J. (GERENCIA TERRITORIAL TERRES DE L'EBRE); MELICH PORRES, X. (SERVICIOS SOCIALES AYUNTAMIENTO AMPOSTA); LUCAS NOLL, J. (EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA AMPOSTA); BATLLE ESCOLIES, G. (EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA AMPOSTA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En la ciudad de Amposta desde hace 1 año se ha iniciado una experiencia innovadora que permite realizar un adecuado seguimiento sanitario y social de los pacientes. Se trata de un proyecto de coordinación con la ayuda de la aplicación informática Salud + Social, creada para establecer una rápida y fluida comunicación entre el centro de asistencia primaria (CAP) y los servicios sociales del Ayuntamiento de Amposta

La iniciativa nace a raíz de la voluntad y la necesidad de trabajar conjuntamente de los profesionales de los servicios sociales y de salud

Objetivos: Garantizar la continuidad de curas

Potenciar su autonomía y la de las familias

Mejorar la asistencia, disminuir la variabilidad y aumentar la calidad.

Establecer una comunicación fluida bidireccional entre los profesionales sanitarios y Sociales

Evitar duplicar esfuerzos.

Coordinar las actuaciones entre los profesionales que así tienen acceso compartido a información de los pacientes

Establecer la interacción a través de un servicio de mensajería inmediata al correo electrónico que informa cuando algún profesional ha hecho una consulta a través de la aplicación

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Además de la aplicación informática se ha establecido un cronograma de reuniones para poder tratar casos a los cuales se tiene que hacer alguna intervención física conjunta

Después de varias reuniones entre el CAP de Amposta y Servicios Sociales Municipales y valorando las necesidades de los dos niveles asistenciales se creó un equipo interdisciplinar (Trabajadores Sociales, Enfermeras Domiciliarias, Enfermera enlace, Médicos de familia) Se ha incorporado una trabajadora social al CAP un día a la semana para mejorar la comunicación entre los profesionales y hacer físicamente un abordaje global.

Este equipo interdisciplinar y con la colaboración de la Unidad de Sistemas de Información de la Gerencia Territorial de Tierras del Ebro crearon una herramienta TIC de comunicación llamada SALUD+SOCIAL. La iniciativa se ha podido implementar gracias al convenio que firmaron el Instituto Català de la Salut (ICS) y el Ayuntamiento

Resultados Conclusión: Desde que empezó a funcionar la aplicación ha registrado 1.320 usuarios y, hasta el mes de diciembre se han realizado 200 interconsultas.

El pasado mes de octubre 2014 se incorporaron también al proyecto profesionales del Hospital Comarcal de Amposta para poder hacer ya un abordaje mucho más completo e integral. La experiencia se ha hecho extensiva a Tortosa (ciudad vecina)

El proyecto está dentro de la línea de actuación 2 del Plan de Salud, que hace referencia al abordaje del paciente crónico aprovechando las nuevas tecnologías y sistemas de comunicación para crear un sistema de atención a los enfermos crónicos innovador y accesible mediante una visión interdepartamental

Otros marcos de referencia son el Acuerdo de Gobierno de 3 de diciembre del 2013, donde se impulsa la coordinación alrededor de las TIC entre el ámbito sanitario y social y el Plan interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria (PIAISS)

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 407

TÍTULO: MEJORA DEL CRIBADO DE STREPTOCOCCUS AGALACTIAE EN EMBARAZADAS DEL AREA DE FERROL

AUTORES: MENDEZ LAGE, SUSANA (XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL); PEÑA RODRIGUEZ, F. (XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL); AGULLA BUDIÑO, J. A. (XERENCIA DE XESTION INTEGRADA DE FERROL); CORTINA FERNÁNDEZ, M. A. (XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL); FERNÁNDEZ LÓPEZ, A. M. (XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL); PESADO CARTELLE, J. (XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El documento de consenso de la prevención de la infección perinatal por *Streptococcus agalactiae*, indica que cada Laboratorio de Microbiología debe controlar que su técnica de detección tenga una sensibilidad adecuada, lo cual puede inferirse de la frecuencia de portadoras detectadas que no debe ser inferior al 15%.

Objetivos: El objetivo principal del estudio era el de comprobar que las muestras se ajustaban a las recomendaciones del mismo documento de consenso mencionado en forma de recogida (ideal una sólo muestra vaginal / rectal para reducir costes) y en tiempo de envío al laboratorio (máximo 24 horas).

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: 1. Análisis longitudinal prospectivo de situación.

2. Estudio de intervención no aleatorizada con descripción de la acción de mejora implementada.

3. Análisis descriptivo transversal de los resultados obtenidos.

Se realizó un control de la fecha de extracción y fecha de llegada de la muestra al laboratorio durante 3 meses (31/07/2012 – 15/11/2012).

Posteriormente se envió una carta a las matronas (16/11/2012) para recordar que transcurriera el mínimo tiempo entre extracción y siembra de muestra, y que enviaran un sólo hisopo con la muestra vaginal / rectal.

Esperado un tiempo prudencial para que las matronas de todos los Centros de Salud estuvieran informadas se repitió la recogida de datos, fecha de extracción de la muestra y fecha de llegada de la muestra, durante otros 3 meses (19/12/2012 – 18/03/2013).

Resultados Conclusión: Los resultados obtenidos fueron:

1º trimestre de estudio:

Se recogieron 378 muestras

El 73% se reciben en laboratorio en un plazo inferior a 24 horas

En el 93% enviaron un solo hisopo

2º trimestre de estudio:

Se recogieron 354 muestras

El 90% se reciben en laboratorio en un plazo inferior a 24 horas

En el 99% enviaron un solo hisopo

CONCLUSIONES

Mejora en los tiempo de envío en un 17%.

Aumento del porcentaje de muestras enviadas en un sólo hisopo, mejorando el coste del proceso.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 408

TÍTULO: PRIMERA EVALUACIÓN DEL PROCESO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL ALTA HOSPITALARIA (7 MESES DE EXPERIENCIA)

AUTORES: GONZÁLEZ SÁNCHEZ, MARTA (SERVICIO SALUD PRINCIPADO DE ASTURIAS); MUSLERA CANCLINI, E. (SERVICIO SALUD PRINCIPADO ASTURIAS); GARCÍA MENÉNDEZ, L. (SERVICIO SALUD PRINCIPADO ASTURIAS); LOPEZ COVIÁN, I. (SERVICIO SALUD PRINCIPADO ASTURIAS)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La continuidad de cuidados es un continuun integrado por tres elementos esenciales: personas, información y entornos. Y hoy, constituye un potente instrumento de mejora en la atención a la población que transitan de un ámbito a otro de la asistencia fundamentalmente en aquellos procesos de alta complejidad o en procesos que afectaban a personas con enfermedades crónicas, frágiles o vulnerables.

El SESPA está implantado el proceso de continuidad de cuidados al alta hospitalaria desde octubre de 2014.

Objetivos: Evaluar el número de informes de enfermería al alta hospitalaria que llegan al centro de salud y los protocolos de alta hospitalaria que se cumplimentan en los centros de salud.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Periodo analizado: desde el 23 de octubre del 2014 hasta el 30 de mayo de 2015.

Áreas sanitarias estudiadas: todas.

Tipo de estudio: observacional descriptivo retrospectivo

Población sujeto de estudio: personas con informe de enfermería al alta hospitalaria y personas con protocolo de alta hospitalaria cumplimentado en el centro de salud.

Departamentos implicados en el estudio: Servicio de Coordinación Asistencia y Cuidados y Servicio de Sistemas de Información del SESPA.

Descripción de la experiencia:

En los hospitales del SESPA se ha implantado el informe de cuidados de enfermería al alta hospitalaria, según legislación vigente, que puede consultarse desde los centros de salud a través de la Historia Resumida de Salud (HRS). En atención primaria se ha implantado el protocolo de alta hospitalaria para registrar la información relacionada con la hospitalización y la necesidad de continuidad de cuidados.

Se solicitó una explotación ad hoc para identificar el número de personas que durante el periodo de estudio tenían informe de enfermería al alta en la HRS, el número de personas que tienen el protocolo de alta hospitalaria cumplimentado y el número de persona que tiene protocolo e informes según los datos encontrados en la HRS y OMI AP.

Resultados Conclusión: Las altas hospitalarias del periodo de estudio fueron 43072. Los informes de enfermería al alta corresponden al 61 % de las altas. El área sanitaria con porcentaje mayor tiene un 89,2% y la que menos un 39,3 %. Entre las áreas grandes urbanas encontramos que el mayor porcentaje fue del 80,7%.

Los informes de enfermería al alta hospitalaria fueron 26276. En AP se cumplimentaron 8302 (32 %) protocolos de alta hospitalaria. El área sanitaria con mayor cumplimiento de protocolos tiene un 57 % y la que menos un 2 %. Entre las áreas urbanas encontramos que el mayor porcentajes es del 55%.

Existe una significativa variabilidad en la continuidad de cuidados entre las distintas áreas. Debemos investigar el motivo de estas diferencias, tanto en la cumplimentación de los protocolos al alta hospitalaria como de los informes de enfermería en la HRS.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 409

TÍTULO: IMPLANTACION DE LAS METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD EN ATENCION PRIMARIA EN UN ÁREA SANITARIA

AUTORES: NATAL RAMOS, CARMEN (AREA SANITARIA VIII); FERNANDEZ RODRIGUEZ, C. (AREA SANITARIA VIII); FERNANDEZ GONZALEZ, B. (AREA SANITARIA VIII); SAAVEDRA RIELO, C. (AREA SANITARIA VIII); FERNANDEZ ZAPICO, D. (AREA SANITARIA VIII); VALLES GARCIA, S. (AREA SANITARIA VIII).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En el año 2012 el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) adoptó los Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente, promovidos por la Joint Commission International (JCI) y propuso una estrategia para su implantación en Atención Primaria que finalizaría en diciembre de 2015.

Objetivos: Describir el despliegue para la implantación de las Metas Internacionales de Seguridad el Paciente en Atención Primaria (MISAP) en una de las Áreas Sanitarias del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Análisis de la situación en el Área: Realización de encuesta de conocimiento y grado de desarrollo de las metas de seguridad del paciente en atención primaria analizada a nivel de Área Sanitaria

Definición de la estructura para la seguridad el paciente, con la designación de una persona Responsable de Seguridad en cada Zona Básica de Salud y una persona Responsable del desarrollo de MISAP en el Área Sanitaria.

Selección y priorización de las acciones de mejora en relación con:

- Aquellas metas con resultados más desfavorables en la encuesta.
- Los procedimientos necesarios para el desarrollo de las metas

Acciones formativas

Resultados Conclusión: Encuesta: De las doce acciones asociadas a las metas de seguridad el paciente se encontró una puntuación menor que la CCAA en las relacionadas con las metas 3 y 4.

Formación

- Participación de 105 personas, de las cuales 87 finalizaron el curso en el curso "on-line" de "Seguridad del paciente" (SESPA)
 - Participación de todos los responsables de seguridad el área en el Curso de formación de formadores sobre seguridad del paciente y sistema de gestión para la seguridad del paciente.
 - Participación de 58 profesionales del área en la jornada de calidad y seguridad del paciente.
 - "Formación para la prevención de transmisión de infecciones" de Medicina de Preventiva
- Protocolos, normas y procedimientos implantados en relación con las metas:

Meta 3: Manejo fármacos alto riesgo

Meta 4: Procedimiento de Gestión de equipos e infraestructuras

Meta 5: Procedimiento de higiene de manos, Norma de utilización de antisépticos, Protocolo uso de guantes, Caducidades de productos farmacéuticos, Procedimiento de esterilización/desinfección de material sanitario

Acciones en desarrollo:

Meta 3: Procedimiento de gestión de botiquines

Metas 1, 2 y 5: Proyecto de mejora en la seguridad en las extracciones en Centro de Salud

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 410

TÍTULO: DESARROLLO DE UN PLAN ESTRATEGICO PARA FOMENTAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

AUTORES: VILLARES OJEA, MARÍA (HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL); BLAZQUEZ TALABAN, MC. (HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL); GÓMEZ MONTERO, G. (HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL); MUÑOZ LOBO, M. J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL); GARCÍA GABAS, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL); BLANCO PRIETO, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La cultura de seguridad en los procesos de atención al paciente es una dimensión de mejora continua clave en la calidad asistencial. Las organizaciones sanitarias deben promover esta cultura de seguridad en los centros asistenciales.

Es por ello, que el Servicio Madrileño de Salud elaboró unas líneas estratégicas para mejorar la seguridad del paciente, que después debería desarrollarse en cada centro sanitario.

Objetivos: -Diseñar los objetivos de seguridad del paciente implicando a los profesionales de enfermería de las unidades.

-Promover la cultura de seguridad en las unidades del hospital.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo observacional transversal retrospectivo en el que se ha categorizado, de manera abierta, todos los objetivos de seguridad del paciente planteados en las reuniones conjuntas de Dirección de Enfermería con el personal de enfermería de las diferentes unidades del Hospital Universitario Ramón y Cajal, realizadas entre Septiembre y Diciembre de 2014.

La metodología de trabajo consistió en reuniones de la Dirección de Enfermería, supervisión de Enfermería y equipos de profesionales, donde se exponía los objetivos institucionales para el desarrollo de la seguridad del paciente.

Se solicitaba el trabajo de la unidad para la elaboración de objetivos específicos e indicadores, en relación a las necesidades de seguridad del paciente de cada unidad.

Resultados Conclusión: En todas las unidades se nombró un responsable de seguridad y se realizó sesiones de seguridad. Objetivo institucional cumplido al 100% y normalmente es realizado por el Supervisor. También se han creado 59 figuras de responsables de cuidados específicos.

Se han elaborado 63 objetivos específicos de seguridad, al menos uno en cada Unidad del hospital.

Agrupados en 11 categorías:

- Identificación correcta de pacientes
- Promover la seguridad en los cuidados
- Promover la cirugía segura
- Promover un hospital sin dolor
- Promover la seguridad en el uso del medicamento
- Prevención de la infección Nosocomial
- Promover la continuidad de cuidados
- Promover la comunicación e información
- Línea de mejora tras encuesta de satisfacción pacientes 2013
- Mejorar el tratamiento del material y muestras
- Mejorar los tiempos de espera y actuación

El análisis de los datos nos indica que algunos objetivos marcados en las unidades coincidían con los objetivos institucionales, como la correcta identificación de los pacientes en las unidades de rayos.

Existe mucha coincidencia en objetivos específicos de diferentes unidades, como mantenimiento de los catéteres venosos periféricos, la prevención de UP, entre otros.

Esta metodología de trabajo innovadora de diseño de objetivos supone un abordaje de la seguridad del paciente de manera más cercana y acorde a la realidad clínica, una mayor implicación de los profesionales y un avance en la cultura de seguridad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 411

TÍTULO: IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN EN LA UTILIZACIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN (EPI) PARA EVITAR ACCIDENTES DE TRABAJO (AT)

AUTORES: FERNANDEZ DE CASTRO RIUS, YVONNE (FUNDACIÓN PUIGVERT); CASALS SAGASTI, M. O. (FUNDACIÓN PUIGVERT); MINGO VALLES, A. N. (FUNDACIÓN PUIGVERT)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En las investigaciones de accidentes hay un nº de AT relacionados con el mal uso o no uso de EPI's

Objetivos: Reflejar la importancia de la formación en la utilización de los EPI's para evitar los AT en un hospital de 750 trabajadores (2003)- 700 (2014).

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Recogida y descripción de todas las actuaciones preventivas sobre el uso de los EPI's en el ámbito sanitario realizadas por el SPP desde el 2003 hasta la actualidad (protocolos, fichas de EPI's por puesto de trabajo, formaciones sobre el uso y la gestión de los EPI's, colaboración en temas de EPI's en los procedimientos de trabajo de los Departamentos...). Paralelamente se realiza un estudio retrospectivo de los análisis de AT por no llevar los EPI's correspondientes desde el 2003 hasta final de 2014.

Resultados Conclusión: Actualización y divulgación a todo el personal del Protocolo sobre la gestión de los EPI's (julio/07). Creación y entrega de las fichas de los EPI's por puesto de trabajo (registrados 603 acuses de recibo). En cuanto a la formación sobre el uso de los EPI's se realizaron en el 2004, 19 sesiones formativas presenciales sobre formación genérica en PRL (615 trabajadores) i en el período de 12/07 a 07/08 se realizaron 58 sesiones presenciales a todo el personal que utiliza EPI's (401). Además se realizan varias formaciones específicas, a los siguientes trabajadores, personal mantenimiento (21), exposición a Radiaciones Ionizantes (40), exposición al óxido de etileno (3), Riesgo Biológico (474) y cabinas de seguridad biológica (49). Colaboración con Enfermería en la actualización de procedimientos de trabajo y protocolos en el apartado de EPI's: Exposición a citostáticos, manipulación del BCG, manipulación del formaldehído, productos químicos....

Posteriormente, se va realizando formación en Prevención de riesgos y EPI's a todo el personal de nuevo ingreso, externo de prácticas, asistentes i visitantes.

Respecto a los AT: En el 2003 se registraron 4 AT por no llevar los EPI's de los 68 totales (5'8%), en 2004, 5/83 (6'02%), en 2005, 2/73 (2'7%), en 2006, 7/73 (9'5%), en 2007, 4/85 (4'7%), en 2008 7/88 (7'9%), en 2009, 2/38 (5'2%), en 2010, 8/62 (12'9%), en 2011, 4/57 (7%), en 2012, 10/62 (16%), en 2013, 5/43 (11'6%) y en 2014, 5/66 (7'6%).

Conclusión: La proporción de accidentes por no llevar los EPI's a lo largo del periodo estudiado se mantiene por debajo del 20% respecto al nº total de accidentes por año, debido a la continua sensibilización y formación efectuadas periódicamente. De todas maneras desde el Servicio de prevención consideramos esta cifra inaceptable. De todo esto deducimos:

-Continuar insistiendo en la formación e incluso mejorarla, para que la proporción no tan solo no aumente, sino que disminuya.

-Siempre habrá algún trabajador que no usará los EPI's, a pesar de tener la formación adecuada, debido a que pueden influir otras variables, carga de trabajo, polivalencia en el trabajo, situaciones personales, ...

-Puede ser que la no disminución de AT sea por una mayor declaración de los mismos

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 412

TÍTULO: HISTORIA CLÍNICA UNIFICADA: CUIDADOS SEGUROS

AUTORES: FERNÁNDEZ RODRIGUEZ, M.A. (COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA); MORADO QUIÑOÁ, P. (HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI DE LUGO); MUIÑOS PÉREZ, D. (COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO); FERNÁNDEZ SEGADE, J. (SERGAS); GÓNZALEZ FORMOSO, C. (COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO); LÓPEZ TRIGUERO, A. (HOSPITAL DE RIBEIRA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Actualmente el Servicio Gallego de Salud (SERGAS) cuenta con la historia clínica electrónica (IANUS), común para atención comunitaria y hospitalaria, totalmente implantada en nuestras áreas de gestión. La versión actual del registro enfermero(GACELA), sólo permite realizarlo a los pacientes hospitalizados y no es posible continuarlo en el resto del hospital ni en atención primaria. IANUS no integra todo el registro de GACELA para su consulta. Desde el SERGAS se ha impulsado el desarrollo en IANUS de una nueva funcionalidad que permita a enfermería trabajar con un único registro para todos los ámbitos y que asegure la continuidad de cuidados y posterior consulta.

Objetivos: Validar la base de conocimientos que permita a enfermería trabajar con el registro enfermero en todos los ámbitos asistenciales.

Unificar la historia clínica para disminuir la ocurrencia de riesgos clínicos asistenciales.

Formar a los profesionales en la metodología para el registro en la aplicación informática.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: 1. Formación de un grupo de trabajo compuesto por 10 enfermeras especialistas en taxonomía enfermera, aplicaciones informáticas y consultores informáticos.

2. Revisión de necesidades de AP, Hospitalización y HADO a fin de validar las etiquetas diagnósticas NANDA, resultados NOC e intervenciones NIC, para su inclusión en estos ámbitos.

3. Creación de una plataforma web que permita el trabajo sincrónico del grupo.

4. Elaboración e impartición de un curso semipresencial para formar a los profesionales.

5. Intensificación de la formación en metodología enfermera y taxonomías NANDA, NOC, NIC a fin de capacitar a los profesionales que van a trabajar con esta herramienta.

Resultados Conclusión: Se han realizado 20 reuniones de trabajo.

Se validaron 78 diagnósticos enfermeros así como sus respectivas asociaciones NOC y NIC. 27 escalas de valoración.

Se está llevando a cabo la formación semipresencial a través de una plataforma de formación con 132 alumnos, que es el punto de partida de una formación en cascada a profesionales de atención comunitaria y HADO.

Conclusiones

Se ha obtenido una herramienta común de trabajo para la planificación de los cuidados, con lenguaje enfermero, lista para su pilotaje en AP y HADO, que permitirá la continuidad asistencial y la atención integral a nuestros pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 413

TÍTULO: ENCUESTA SOBRE SATISFACCION Y PERCEPCION DE UTILIDAD DE LA INTERCONSULTA NO PRESENCIAL ENTRE PROFESIONALES DE AP Y AE

AUTORES: ROMO SOLER, MARIA ISABEL (OSI BARRUALDE GALDAKAO. OSAKIDETZA); ECHEBARRIA ALTUNA, A. (OSI BARRUALDE GALDAKAO); REGULEZ ARIÑO, P. (OSI BARRUALDE GALDAKAO)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La Interconsulta no presencial (ICNP) se implementó en nuestra organización desde Atención Primaria (AP) a 17 especialidades (AE) en 2013. . Se han realizado 8967 ICNP en 2014 y 4250 en 2015 hasta mayo. En el momento actual el 10% de la derivación desde AP se realizan como ICNP

Objetivos: Se plantea valorar la percepción de los profesionales de AP y AE sobre si la ICNP es útil, conocer su nivel de satisfacción y sus propuestas de mejora

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: la encuesta tiene preguntas relacionadas con los objetivos de la ICNP: Conocimiento entre profesionales, mejorar la accesibilidad del paciente a la AE, aprendizaje, utilidad y satisfacción. obteniendo una tasa de respuesta 70% en AP y 86% en AE

Resultados Conclusión: la percepción de que la ICNP mejora el conocimiento entre profesionales es del 75% en AP y 50% en AE. Que evita desplazamientos: similar en ambos 63-62% y que en el caso de tener que acudir consulta presencial el tiempo de espera adecuado 60%(AP) y 70%(AE). Resolución del problema : El 50 % en AP percibe que soluciona la mayoría de los casos y un 40% que según en que especialidades. En 48% de AE opina que SI es resolutive aunque un 27% opina que no se solucionan los problemas. Sobre la utilidad: El 63,5% de AP opina que la CNP es útil para dudas, seguimiento de tratamientos /pruebas, valoración prioridad, y en el caso de la AE (41%) la consulta sobre dudas /indicación de pruebas. Aprendizaje: En el 86% AP ha servido para enfocar mejor todos o algunos casos similares. El 33% AP perciben las respuestas orientadas al aprendizaje. El 81% de AE perciben como necesarios datos clínicos y de pruebas complementarias en la ICNP. La expectativa del profesional: El 29,6% AP y el 37,9% AE creen que se resuelve el problema, el 49,6% en AP y el 34% perciben que resuelve pero que les genera tareas adicionales y el 5,6 de AP y el 20% en AE percibe que no se resuelve Sobre la satisfacción del paciente: Desde AP en el 53% se percibe que está satisfecho, el 24% opina que el paciente prefiere ir presencial y el 18% no lo sabe. Desde AE, el 62% no lo sabe y el 20% opina que el paciente prefiere ir presencialmente a la consulta. Sobre seguir trabajando con al IC NP: el 72% de AP opina que si pero conviviendo con la IC Presencial y 12% ajustando los motivos de derivación. En AE: el 41 % opina que debe convivir con la IC Presencial y el 50 % que es necesario acotar los motivos de derivación Destacan algunas opiniones cualitativas; la ICNP es un método útil para comunicar diferentes niveles . Es necesario revisar la derivación presencial/no presencial en algunas especialidades. Hay que facilitar la Consulta Presencial si así se solicita desde AP en la IC No Presencial. Hay que Trabajar en la cumplimentación adecuada de la IC con los datos básicos para poder dar una respuesta eficiente. Si son necesarias pruebas no habituales de la cartera de AP, mejor remitir a consulta presencial. Hay que cerrar bien los circuitos de cita secundaria a nivel ambulatorio. Habilitar mecanismos de comunicación de AE a AP.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 414

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA DESCRIPCIÓN DE CONDROPROTECTORES TRAS DOS AÑOS DE SU RETIRADA

AUTORES: PRIETO PERDIGÓN, DOLORES (HOSPITAL LLEUGER DE CAMBRILS); GIL GÓMEZ, P.; CERVERA MARTINEZ, M.; CARPINTERO COSTA; C.; VILLEGAS LOU, O.; RÍOS VALLÉS, L.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La evidencia actual que apoya la eficacia de los fármacos condroprotectores es inconsistente y no permite recomendar su empleo en atención primaria de forma generalizada en patología articular.

La creciente adquisición de estos productos fuera del ámbito sanitario induce a dudar sobre la adecuada prescripción en consulta

Su uso está restringido al tratamiento sintomático de la artrosis de columna , grandes y pequeñas articulaciones sin límite de edad.

Objetivos: Evaluación actual de la necesidad del uso de condroprotectores en aquellos pacientes en los que se realizó una retirada de estos fármacos durante el año 2012 .

Conocer la percepción de los pacientes que continúan el tratamiento en cuanto a dolor se refiere.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes tratados con condroprotectores (condroitin sulfato, glucosamina y diacereína) durante el año 2012 .A partir de una muestra de pacientes en tratamiento con condroprotectores a lo largo del año 2012 (n=991) , se consideró objeto de estudio el grupo con pautas de tratamiento correctas que interrumpió el tratamiento (n=95).

Se evaluó posteriormente el estado de salud utilizando como medida la escala del dolor (EVA).El estudio concluyó que la interrupción de este tipo de tratamiento no tuvo ningún impacto en salud.

Dos años después hacemos seguimiento de dicha cohorte e identificamos los pacientes con y sin tratamiento en la actualidad. Se entrevistó a los pacientes que han reiniciado tratamiento, midiendo variables como edad, sexo, tipo de patología, prescriptor y reducción del dolor tras reintroducción del tratamiento.

Resultados Conclusión: De la muestra inicial de estudio(n 95) ,83 pacientes (87%) siguen sin tomar medicación 2 años después y 12 (13%) han reiniciado tratamiento.De este último grupo, las variables estudiadas son edad 89-53(m=71), sexo: 50% hombres y 50% mujeres, patología: artrosis (rodillas/cadera/columna)99% ,condromalacia rotuliana 1% , prescriptores: 50% MF - 50%,Traumatólogo y reducción del dolor: mejor 59% /sin cambios 41% .

La desprescripción de fármacos condroprotectores en pacientes con artrosis no parece tener un importante impacto en la salud de los mismos pues el 87% del grupo inicial analizado no ha reiniciado el tratamiento tras dos años de desprescripción y del 13% restante (que reiniciaron tratamiento), sólo el 59% refiere mejoría de la sintomatología .

Los pacientes entrevistados en los que el fármaco ha sido eficaz no desean su suspensión .

El uso tradicional de estos fármacos como " protectores del cartílago" en población joven, no coincide con el uso real de los mismos(pacientes artrósicos de edad avanzada).

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 415

TÍTULO: CAMBIO DE MODELO ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVO EN LA ATENCIÓN A PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

AUTORES: OYA GIRONA, EVA MARIA (ABS SALOU); GENS BARBERA, M. (ABS SALOU); HERNÁNDEZ ANADON, M. (ABS SALOU); MUIÑO BOVE, I. (ABS SALOU); BADIA RAFECAS, W. (ABS SALOU); GARCIA CAMPO, A. (ABS SALOU).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Nuestro centro de salud(CS) tiene en su área de influencia una residencia de 110 usuarios. Los pacientes institucionalizados son responsabilidad del CS, pero historicamente disponen de personal sanitario propio y el CS actúa como facilitador en los diferentes procesos asistenciales y administrativos.

Objetivos: Mejorar la atención del paciente institucionalizado desde la AP en la residencia de nuestro municipio, implantando un nuevo modelo asistencial y organizativo orientado a mejorar la SP.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Proceso de diseño: Se inicia septiembre 2014: 1-Se crea un equipo de mejora con responsables de diferentes estamentos asistenciales del CS y de la residencia. 2- Análisis de la situación basal, diseño DAFO y Ishikawa de SP. 3- Se planifican reuniones de seguimiento y evaluación. 4- Diseño modelo organizativo: profesionales CS se desplazan a la residencia y la estación clínica es la de institución (e-cap). 5- Diseño modelo asistencial consiste en: identificar pacientes PCC (pacientes crónicos complejos) pacientes con múltiple morbilidad o enfermedad que comporta una gestión clínica difícil y MACA (paciente con pronóstico de vida limitado, altas necesidades, orientación paliativa), realizar plan de intervención individual compartido (PIIC), actualizar diagnósticos en e-cap, revisar planes de medicación según criterios de SP y guía farmacoterapéutica(GFT) de institución priorizando pacientes polimedicados, atención de su patología crónica, aguda y de las reagudizaciones en la residencia. Proceso de implantación de septiembre a mayo: 1- Presenta en sesión clínica y se aprueba. Proceso de evaluación mayo 2015. Proceso de mejora: Se va readaptando el modelo

Resultados Conclusión: Modelo organizativo: 3 médicos CS evalúan los pacientes en la residencia 3 horas/3 días semana y 2 profesionales enfermería 3 horas/2 días semana. Agendas adaptadas. Estación clínica misma CS. Modelo asistencial: 100% pacientes valorados, 80% se incluyen en programa de atención domiciliaria (ATDOM), 53% PCC y 8% MACA. 90% PIIC realizados. Indicadores uso seguro de medicamentos: Polimedicados 20% (Instituto Catalán Salud 40%) ICS, Estatinas 15% (ICS 21%), adherencia GFT 72% (ICS 13%), fármacos inapropiados 8% (ICS 26%), duplicados 13% (ICS 25%), adecuación inhibidores bomba protones 2% (ICS 24%), bifosfonatos 0% (ICS 1'38%), duplicidades antidepresivos 12% (ICS 30%).

El cambio de modelo ha permitido mejorar la SP institucionalizados sobre todo desde el punto de vista farmacológico. Tenemos identificados los pacientes más frágiles PCC y MACA, los cuales tienen realizado el PIIC, elemento clave para poder garantizar el continuum asistencial de estos pacientes ya que incorpora las directivas en caso de crisis, plan de decisión anticipadas y el cuidador en quien se tienen que delegar las decisiones.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 416

TÍTULO: BENCHMARKING CUANTITATIVO COMO INSTRUMENTO PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS

AUTORES: FLOR MORALES, VIRGINIA (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA); PORTAL MARÍA, T. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA); LANZA MARÍN, S. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA); AJA MARRERO, A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA); FABO NAVARRO, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA); FARIÑAS ALVAREZ, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La mejora de la adherencia a la higiene de manos es uno de los objetivos de seguridad clínica a nivel mundial, con la implantación de estrategias para la mejora de la misma en prácticamente todos los hospitales. Sin embargo, es difícil disponer de benchmarks que nos permitan compararnos e identificar aquellas estrategias que obtienen mejores resultados. La aplicación a la mejora de la higiene de manos (HM) de la metodología del benchmarking cuantitativo permite identificar el modelo benchmark del que aprender y frente al que medir nuestro rendimiento

Objetivos: Comparar la adherencia a la HM en nuestro hospital, frente a la de otros hospitales de nuestro entorno e identificar áreas de mejora a través de benchmarking cuantitativo

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Ámbito: hospital terciario universitario de 900 camas. Durante los meses de marzo a septiembre del 2014, en el marco del Proyecto PaSQ de la Unión Europea, se realizó un estudio de observación directa de la práctica de HM en cuatro unidades asistenciales: hospitalización médica, quirúrgica, UCI y reanimación. Para la recogida de información se utilizó la aplicación Observe® para tablet, basada en el formulario de observación de la OMS, que permite comparar los resultados de adherencia a la HM entre los hospitales españoles que la utilizan en sus sesiones de observación. Es requisito haber registrado >600 oportunidades en total para formar parte del benchmark. Actualmente participan 46 hospitales distribuidos en 9 CC.AA., de carácter público o privado, y de los que el 33,3 % tienen más de 500 camas. De ellos, 23 son los que alimentan el benchmark, con una media de 2.000 indicaciones observadas. Solo se dispone de información agregada de los hospitales. Análisis estadístico: prueba chi-cuadrado para comparación de proporciones

Resultados. Conclusión: En nuestro hospital se registraron 2311 indicaciones de HM: 645 pre-paciente, 211 pre-tarea aséptica, 129 post-exposición fluidos, 770 post-paciente y 556 post-entorno. La adherencia global fue de 54,5% (1870 oportunidades observadas); frente al 64,2% (15116 oportunidades) del benchmark ($p < 0,001$). Analizando la adherencia por momento, se obtuvieron los siguientes resultados entre nuestro hospital y el benchmark: Pre paciente 43,8%, vs. 54,2% ($p < 0,001$); Pre aséptica: 58,7%, vs. 66,8% ($p = 0,012$); Post fluidos corporales: 58,5%, vs. 79,9% ($p < 0,001$); Post paciente: 64,1%, vs. 73,0% ($p < 0,001$); Post entorno: 59,0%, vs. 62,1 % ($p = 0,13$). A la hora de interpretar estos resultados se debe tener en cuenta que el 66,7% de los hospitales participantes tiene menos de 500 camas, lo que puede indicar que no exista homotecia entre nuestro hospital y el benchmark utilizado. Aun así, se detecta una adherencia menor a la del benchmark en los 5 momentos, especialmente después del riesgo de exposición a fluidos corporales. Este estudio de benchmarking refuerza la necesidad de seguir planificando e implementado nuevas estrategias para la mejora de la HM en nuestro hospital.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 418

TÍTULO: INDICADORES E INDICACIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA HOSPITALES

AUTORES: PÉREZ-PÉREZ, PASTORA (OBSERVATORIO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); BARRERA BECERRA, M. C. (CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES); SANTANA-LÓPEZ, V. (OBSERVATORIO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); VÁZQUEZ-VÁZQUEZ, M. (OBSERVATORIO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El Comité Técnico Institucional de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud ha establecido y consensado una serie de indicadores de seguridad del paciente que permiten evaluar y comparar el trabajo realizado por los hospitales en diferentes prácticas seguras.

Objetivos: Analizar los indicadores de seguridad del paciente relacionados con la gestión de riesgos, identificación de pacientes, cirugía segura y uso seguro de medicación dentro de una comunidad autónoma e identificar líneas de mejora.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo. Sujetos de estudio: Hospitales del sistema sanitario público. Periodo: 2014. Instrumento: Cuestionario con 19 preguntas que permiten recoger información cuanti y cualitativa sobre 8 indicadores de seguridad. Según el tipo de pregunta y respuesta, los resultados se presentan como distribución de frecuencias, media y desviación estándar (DE) o mediante la síntesis de elementos comunes.

Resultados Conclusión: Participación: 100% de los hospitales públicos (n=47).

Principales resultados:

- El 97,9% dispone y utiliza un sistema de notificación y aprendizaje, ya sea el sistema regional y/o uno propio. La mayoría de los incidentes se analizan dentro de las propias unidades asistenciales proponiendo ellas mismas las acciones de mejora.
- El 93,6% dispone de comisiones de seguridad constituidas por una media de 16 profesionales. Las comisiones se reúnen entre 2 y 4 veces al año. Sus actividades no se limitan sólo a la gestión de incidentes de seguridad.
- El 100% dispone de protocolos de identificación de pacientes. Los protocolos están implantados en las áreas de hospitalización y en la mayoría de las urgencias y áreas quirúrgicas.
- El 100% de los hospitales disponen de protocolos para la implementación del listado de verificación quirúrgica (LVSQ). El 94,8% (DE: 9,3) de los pacientes intervenidos de cirugía programada se les aplica el LVSQ. El modelo utilizado es el desarrollado por la Organización Mundial de la Salud con adaptaciones según centro y/o tipo de cirugía.
- El 55,3% disponen de protocolos actualizados para medicamentos de alto riesgo, el 87,2% de protocolos para conciliar la medicación y sólo un 25,5% ha realizado el cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos.

Entre las líneas de mejora identificadas destacan las siguientes:

- potenciar la notificación y análisis de los incidentes proporcionando feedback a los profesionales;
- promover la operatividad y funcionalidad de las comisiones de seguridad;
- asegurar la identificación correcta sobre todo ante pacientes y procedimientos de riesgos;
- evaluar de forma periódica no sólo la realización o cumplimentación sino también la utilización correcta de la LVSQ;
- potenciar y apoyar el liderazgo activo de los farmacéuticos como responsables de los sistemas de utilización de los medicamentos dentro de los hospitales
- mejorar los sistemas de información para facilitar la conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 419

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO PROTOCOLO DE PROCESAMIENTO DE CITOLOGÍAS CERVICO-VAGINALES EN LA CALIDAD DEL CRIBADO CERVICAL

AUTORES: ENCINAS MUÑIZ, ANA I. (HOSPITAL SAN AGUSTÍN); LLORENTE FERNÁNDEZ, E. (HOSPITAL SAN AGUSTÍN); POCH ARENAS, M. (HOSPITAL SAN AGUSTÍN); GARCÍAS FERNÁNDEZ, M. (HOSPITAL SAN AGUSTÍN); ALVAREZ FERNÁNDEZ, L. (HOSPITAL SAN AGUSTÍN); VELASCO ALONSO, J. (HOSPITAL SAN AGUSTÍN).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El cáncer de cuello uterino (CCU) es la tercera neoplasia más frecuente en mujeres. El cribado en mujeres sanas con citología cervical es eficaz, llegando a reducirse la incidencia y mortalidad por CCU un 80%. Este beneficio se debe a la detección de lesiones premalignas asintomáticas (LSIL y HSIL), cuyo tratamiento evita progresión a carcinoma invasivo. El virus papiloma humano de alto riesgo es el agente causal en la práctica totalidad de los casos. En nuestra área está implantado un cribado oportunista en mujeres de 25-65 años sexualmente activas, basado en la realización de citología cervical en medio líquido cada tres años

Objetivos: Comparar el nuevo protocolo de procesamiento basado en citología líquida robotizada evaluada por un citotécnico y supervisada por un patólogo, con el basado en la valoración de citología líquida por el patólogo

Material y Métodos_ Descripción de la Experiencia: Se diseñó un estudio retrospectivo en el que se valoró: calidad de la muestra y frecuencia de cada categorías diagnósticas (LSIL, HSIL y carcinoma). Fueron comparadas las citologías de mujeres que participaron en el cribado durante los 5 meses previos a la implantación, procesadas por el método Thin Prep 2000 y examinadas por un patólogo, con las muestras de mujeres que participaron durante los 7 primeros meses del protocolo, basado en procesamiento de citologías mediante Thin Prep 5000 y Thin Prep imaging, con revisión por el citotécnico y siendo supervisadas por el patólogo las consideradas anómalas y el 10% de las negativas (sin lesión aparente). Previa a la implantación se estableció un plan de entrenamiento de citotécnicos y formación continuada periódica. Los resultados de las citologías fueron clasificados según la clasificación Bethesda.

Resultados Conclusión: Fueron incluidas un total de 6441 citologías cervicales de cribado de CCU. De ellas, 3366 fueron procesadas según la sistemática previa y 3075 según el nuevo protocolo del laboratorio.

Con el nuevo protocolo se observó una disminución de muestras insatisfactorias, del 0.4 al 0.1%, así como un incremento en las muestras positivas para lesión intraepitelial de bajo y alto grado (LSIL y HSIL), del 1.1% al 4.5%, permitiendo un diagnóstico precoz de lesiones potencialmente cancerosas. Respecto al número de casos de muestras malignas, se incrementó de 1 a 4 casos. Cabe destacar que se han detectado incidencias en la codificación de los resultados, encontrándose una oportunidad de mejora mediante la utilización del sistema SNOMED-CT.

En conclusión, la nueva sistemática de procesamiento y cribado de citologías ha permitido disminuir el número de casos que han de repetirse por diagnóstico de "muestra insuficiente", lo que evita repetición de tomas, demostrando un incremento en el diagnóstico de lesiones pre-malignas y malignas en nuestra población

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 420

TÍTULO: NECESIDAD DE EVALUAR, COMPARTIR Y PRIORIZAR ACTUACIONES EN SEGURIDAD

AUTORES: PÉREZ-PÉREZ, PASTORA (OBSERVATORIO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); SANTANA-LÓPEZ, V. (OBSERVATORIO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); VÁZQUEZ-VÁZQUEZ, M. (OBSERVATORIO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); BARRERA BECERRA, M. C. (CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La II Estrategia regional para la seguridad del paciente (ESP) se pone en marcha en el 2011 con el fin de impulsar el desarrollo de prácticas seguras a nivel de microgestión. La evaluación y seguimiento de las actuaciones desarrolladas por las unidades asistenciales permite conocer el grado de implantación de la ESP y su evolución, así como identificar actuaciones a nivel de macro y microgestión sobre las que es necesario incidir dentro de un proceso de evaluación de resultados y mejora continua.

Objetivos: Evaluar el nivel de cumplimiento de la ESP en las unidades de gestión clínica (UGC).

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo. Fecha de corte: enero 2015. Sujetos de estudio: total de UGC. Instrumento de medida: Herramienta virtual con 46 criterios de evaluación cualitativos en los que las UGC deben posicionarse. Estos criterios se corresponden con las acciones de la ESP dirigidas exclusivamente a UGC. El posicionamiento es mediante escala: cumple totalmente, cumple parcialmente, no cumple y no aplica. La herramienta además permite: adjuntar evidencias que justifiquen el cumplimiento de cada criterio, plantear acciones de mejora y compartir públicamente experiencias en seguridad. Análisis: distribución de frecuencias.

Resultados Conclusión: Más del 95% de las unidades se han dado de alta en la herramienta virtual (n=1012). El 78,2% (n=791) se ha autoevaluado en más del 75% de los criterios. El 39,7% pertenece a la atención primaria y el 55,9% a la atención hospitalaria. Los criterios con mayor porcentaje de cumplimiento total están relacionados con la implementación de estrategias de mejora de higiene de las manos (91,7%), la disposición de protocolos para la identificación de pacientes (91,4%), la creación de comisiones de participación ciudadana (82,5%), la notificación y gestión de incidentes (81,3%) y la comunicación de resultados a los profesionales (79,9%). Entre los criterios con mayor porcentaje de no cumplimiento se sitúan la investigación en seguridad (44,2%), la incorporación del ciudadano en la mejora de su seguridad dentro de la hoja de ruta de los procesos asistenciales (39,4%), la identificación en los mapas de riesgo de los momentos de información al paciente para buscar su participación (31,5%), la monitorización de los puntos críticos dentro de los procesos asistenciales (29,6%) y la información proporcionada a los pacientes sobre la Estrategia de seguridad (28,1%).

La alta participación y la evaluación de los resultados a nivel regional muestra los importantes avances realizados en cuanto a la formación e información a pacientes y al fomento de organizaciones transparentes que faciliten la notificación y gestión de incidentes de seguridad. Por otro lado, dada la variabilidad de resultados a nivel de microgestión, se plantea como nuevos retos para este año la necesidad de priorizar y orientar las actuaciones en seguridad en función de las características y grado de desarrollo de cada unidad y centro e impulsar la difusión de experiencias como método de aprendizaje colaborativo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 421

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE LA METODOLOGÍA HOSHI HANRI PARA LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN UN CENTRO DE SALUD

AUTORES: GENS BARBERA, MONTSERRAT (CAR SALOU); HERNANDEZ VIDAL, N. (CAR SALOU); OYA GIRONA, E. (CAR SALOU); VIDAL ESTEVE, E. (CAR SALOU); ANGLÈS SEGURA, M. T. (CAR SALOU); MENGIBAR GARCIA, Y. (CAR SALOU).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: nos planteamos como garantizar la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes ante una sociedad cambiante, con recursos económicos escasos y un elevado índice de envejecimiento. Entendemos que los nuevos retos que se nos plantean requieren de nuevas formas de organización y de gestión clínica, que contribuyan a la eficiencia y sostenibilidad del sistema aumentando nuestra capacidad de resolución, y asegurando una asistencia de alta calidad. Para ello, la dirección del centro organiza jornadas anuales de reflexión estratégica.

Objetivos: Elaborar los objetivos estratégicos anuales en un EAP mediante la implantación de la metodología Hoshin Hanri a partir de un proceso de reflexión, análisis y participación de todos los profesionales del centro

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: En diciembre de 2013 se planifica la I Jornada estratégica con todos los profesionales del EAP para reflexionar y definir los objetivos estratégicos a desarrollar durante el 2014. Se define una metodología de trabajo participativa integrando todos los profesionales en grupos de trabajo (GdT). Se diseña una ficha de trabajo: integrantes, coordinador, documentos relacionados, situación basal, objetivo, y estrategias clave. Cada GdT deberá elaborar un DAFO del proceso a trabajar y definir las estrategias. En diciembre de 2014 se planifica la II Jornada estratégica orientada a presentar los resultados de los proyectos priorizados y desarrollados durante el año 2014.

Resultados Conclusión: I Jornada el 20 de diciembre 2013: Se crean 5 GdT:

1 Atención pediátrica. 2 Atención a la cronicidad .3 Atención Urgente. 4 Formación, investigación y docencia. 5 Atención comunitaria. II Jornada reflexión 10 de diciembre 2014: se presentan los resultados de los proyectos priorizados en la I jornada de reflexión estratégica: 2 Atención a la cronicidad: implantación de la ruta del ICC, Unidad pie diabético, Implantación del PCC / MACA / PIIC, Proyecto Hospital de Día implantado (134 tratamientos realizados), Proyecto Residencia implantado. 3 Atención urgente: proyecto radiología implantado (618 Rx), triaje enfermería implantado (10630 visitas). 4 Formación, investigación y docencia: Programa 'Miércoles docente' implantado, programa de formación implantado (54 sesiones), 15 artículos publicados en revistas de impacto, 12 comunicaciones, 2 tesis doctorales. 5 Atención comunitaria: blog creado, manual de primeros auxilios para las escuelas creado, nueva Aula de Educación Sanitaria creada. Otros proyectos para aumentar la resolución: Proyecto ecografías implantado (disminución de lista de espera a 45 días).

CONCLUSIÓN La realización anual de estas jornadas de planificación estratégica y revisión de resultados con todos los profesionales del centro, se convierte en un dinamizador del trabajo en equipo, fortalece el sentimiento de pertenencia, incrementa el compromiso de los profesionales para conseguir los objetivos y es clave en el proceso de implantación de los objetivos estratégicos del equipo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 422

TÍTULO: PLANIFICACIÓN Y DESPLIEGUE DE LA POLÍTICA DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN UNA INSTITUCIÓN SANITARIA

AUTORES: PAREJA ROSSELL, CLARA (INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT); GENS BARBERÀ, M. (INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT); BALLESTER ROCA, M. (INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT); VILA BATLLORI, N. (INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT); ROMEA LECUMBERRI, M. S. (INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT); JUAN PASTOR, A. (INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Nuestra institución está formada por 38.000 profesionales y gestiona 8 hospitales (H) y 288 centros de salud (CS) entre otros dispositivos sanitarios. Atiende al 75% de los asegurados de la comunidad autónoma. La definición de la política de calidad y seguridad de los pacientes (CyS) es crucial para enfocar las estrategias corporativas y ofrecer una atención sanitaria de calidad y garantizar la seguridad.

Objetivos: Definir y desplegar el plan de CyS de la institución.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: En nuestro organigrama la calidad depende de la Dirección Asistencial (DA). El comité ejecutivo de calidad es el responsable de diseñar la estrategia de CyS. En reuniones mensuales se revisa el plan estratégico institucional, las estrategias en CyS de autoridades sanitarias y las recomendaciones internacionales. Se elabora un análisis DAFO y se diseña el plan de CyS 2015-2017. Validación del plan por la DA y referentes de CyS territoriales.

Resultados Conclusión: Disponemos del plan de CyS 2015-2017. Líneas estratégicas: planificación y despliegue (D). L1-Promoción del liderazgo, cultura y participación de profesionales y ciudadanía mediante los contratos de gestión (CG), grupos de trabajo y formación. D: Inclusión en CG de objetivos CyS (H: 55% y CS: 65%). Formación: 25% profesionales. L2-Gestión de la información y conocimiento para la toma de decisiones elaborando cuadros de mando (CM), mapas clínicos y sistemas de alerta. D: Plataforma con evaluación mensual de resultados clave a partir de la historia clínica informatizada en 100% CS (8000 profesionales y 100 indicadores). Diseño de herramienta de ayuda para la gestión clínica y organizativa en H: mapa clínico de aislamiento microbiológico y control del dolor; indicadores por especialidad, servicio y entidad clínica. L3-Mejora de procesos y resultados. D: Acreditación según modelo autonómico del 100% de H (resultado: 95%) e iniciado en CS (resultado: 93%) y certificación de unidades de soporte (100% laboratorios clínicos). Implantación de metodología LEAN en H. Implantación de unidades funcionales de seguridad de pacientes (SP) y de un único sistema de notificación de eventos adversos: 100% H-CS; Incorporación en CM-sistemas de alerta de recomendaciones 'do not do' en CS. L4-Adopción de buenas prácticas e innovación. D: Aplicación informatizada proactiva en SP para CS (permite control de procedimientos, gestión de incidencias y evaluación de resultados). L5-Mejora de comunicación interna y externa para compartir la información en CyS y mejorar la visibilidad de la institución. D: Despliegue del indicador sintético (modelo autonómico) para el reconocimiento en calidad de H. Conclusión: El plan de CyS 2015-2017 nos permite enfocar los recursos y evitar duplicidades. La estrategia facilita el despliegue e implantación de los proyectos integrando la calidad asistencial y la seguridad clínica en toda la institución fomentando la participación de las personas orientándonos hacia la excelencia.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 423

TÍTULO: DIFUSIÓN DE RESULTADOS, SINASP, ¿CUADRAMOS EL CÍRCULO?

AUTORES: BRUGOS LLAMAZARES, VERÓNICA (HOSPITAL SIERRALLANA); DIEZ-AJA LOPEZ, S. (HOSPITAL SIERRALLANA); MARTINEZ AGÜEROS, E. M. (HOSPITAL SIERRALLANA); PRIEDE DÍAZ, M. I. (HOSPITAL SIERRALLANA); REVUELTA ARROYO, R. A. (HOSPITAL SIERRALLANA); RUIZ GÓMEZ, J. L. (HOSPITAL SIERRALLANA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La información a los profesionales sobre las notificaciones recibidas y acciones de mejora establecidas, es básica para el funcionamiento de los sistemas de notificación. Permite, que los notificantes vean que el esfuerzo realizado se traduce en iniciativas orientadas a reducir los riesgos y que profesionales que nunca lo han hecho, por desconocimiento o desconfianza, se animen a hacerlo al ver que ello no conlleva una "culpabilización o castigo" sino al aprendizaje para la mejora de la seguridad del paciente. Sin embargo, resulta difícil establecer estrategias de difusión consistentes, siendo el feedback en ocasiones una asignatura pendiente dentro del ciclo de mejora continua de la calidad.

Objetivos: Explorar el impacto de la estrategia de difusión de resultados SiNASP (Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente) establecida en la gerencia en el funcionamiento del sistema.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Periodo a estudio: 13/05/12 al 13/05/15. Estrategia de difusión. Informes estadísticos periódicos (trimestrales/memoria anual): descripción de las notificaciones y acciones de mejora con su grado de implantación: hecha (color verde), en proceso (color naranja), inviable (color rojo). Distribución: correo electrónico, publicación en el apartado SiNASP de la intranet de un powerpoint-resumen y una noticia, elaboración de un póster con un resumen de los datos más relevantes distribuido en puntos clave (hospitalización, urgencias, quirófano, etc.); Informes monográficos (notificaciones SAC-2/1) enviados por correo electrónico a los profesionales implicados; Lista de distribución rápida de noticias, "acción SiNASP" (acciones de mejora destacadas realizadas), difundidas por correo corporativo y como noticia en la intranet; Boletín informativo del hospital: publicación de noticias relacionadas de interés para profesionales y/o pacientes; Reuniones de presentación de casos y acciones de mejora con servicios/unidades. Evaluación. El impacto en el funcionamiento del sistema se determinó mediante el incremento en el nº de notificaciones al mes de la difusión de resultados (informes periódicos, acción SiNASP y presentación de casos), el nº de consultas hechas a las noticias de la intranet y el nº de asistentes a las sesiones presenciales.

Resultados Conclusión: 1) Acciones de difusión, nº absoluto (año):

- a. Informes periódicos 13 (2012 al15).
 - b. Pósteres 99 (2014 y 15).
 - c. Acciones SiNASP 8 (2013 y 14).
 - d. Sesiones presenciales 17 (2013 y 04/15).
- 2) Consultas realizadas (fecha revisión: 17/03/15):
- a. Informes periódicos: 747.
 - b. Acciones SiNASP: 1.984.
- 3) Nº asistentes a las sesiones: 245.
- 4) Incremento del nº de notificaciones, después de:
- a. La difusión de informes: sí en 7/13 (53,9%) casos.
 - b. La publicación de las acciones: sí en 2/8 (25,0%) casos.
 - c. Las sesiones: sí en 14/18 (77,8%) casos.

A pesar de las limitaciones del estudio, se objetiva un impacto positivo en el SiNASP tras la difusión, sobre todo con las sesiones presenciales.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 424

TÍTULO: DIMENSION DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN CENTRO HOSPITALARIO CON AREA DE SALUT MENTAL

AUTORES: CRUZ ANTOLIN, ANTONIO JESUS (PARC SANITARI SANT JOAN DE DEU); DE LA PUENTE, M. L. (PARC SANITARI SANT JOAN DE DEU); OTIN GRASA, J. M. (PARC SANITARI SANT JOAN DE DEU)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Nuestro centro es una institución de hospitalización de salud mental (SM) y de hospitalización general (HG). Los incidentes de seguridad del paciente (ISP) de SM se declaran de forma voluntaria por los profesionales desde el año 2001. En el año 2013 se simplifica y adapta la declaración y clasificación de los ISP a la marcada por el Departament de Salut.

Objetivos: Dimensionar comparativamente los ISP_SM del PSSJD para conocer la situación actual y mejorar la gestión de los mismos

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Análisis comparativo de las tasas, gestión y acciones de mejora de ISP en nuestro centro y de la epidemiología de los ISP_SM frente a los ISP_SM del National Health Service de Inglaterra y los ISP_HG de nuestro propio centro.

Resultados Conclusión: En el periodo 2010-14 se han notificado 6468 ISP_SM (tasa 0,66 ISP/100 días de hospitalización), tasa inferior a la declarada por la NPSA (1,55). El 88% corresponde a 5 tipologías: caídas y accidentes, fugas, agresiones, medicación y autolesiones (NPSA 84 %).

En el año 2014 se analizan mediante análisis causa raíz /auditoría o informe 10 casos (0,8 %) en el ámbito de SM y en 6 de ellos generan acciones de mejora (60%) que se consideran costo / aceptables para su implementación. En el HG: se efectúa análisis causa raíz /auditoría o informe en 15 casos (8.1 %) y en 14 de ellos se generan acciones de mejora (93.3 %) que se consideran costo / aceptables para su implementación.

El programa reporta 37.300 ISP de 58 centros de Hospitalización y centros de salud mental comunitaria en 2 años aproximadamente, en nuestro centro reportamos 2.495 ISP en los 2 últimos años.

La tipología de incidentes notificados en SM en nuestro centro es similar a la publicada por NHS, aunque nuestras tasas son más bajas, teniendo en cuenta que nuestro centro es claramente mas notificador que la media de los de referencia en el estudio comparativo.

El análisis de los ISP ha resultado más complejo en los incidentes de SM que en los del HG debido a la tipología de incidente y a las particularidades de los pacientes. Esto nos obligará a reformular de forma específica para los ISP _ SM la metodología de análisis y los planteamientos respecto a las acciones de mejora.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 425

TÍTULO: ACTITUD DEL PERSONAL SANITARIO ANTE PACIENTES CON HABITOS TOXICOS Y PRACTICAS DE RIESGO EN EL HOSPITAL SAN AGUSTIN

AUTORES: HERNÁNDEZ GRACÍA, AYLÉN (HOSPITAL SAN AGUSTÍN); VALLEDOR MÉNDEZ, M. (HOSPITAL SAN AGUSTÍN); RUBIO DOMINGUEZ, J. (HOSPITAL SAN AGUSTÍN); SANTOS GONZÁLEZ, M. F. (HOSPITAL SAN AGUSTÍN); ALONSO HORNERO, M. E. (HOSPITAL SAN AGUSTÍN); RIAÑO GALÁN, I. (HOSPITAL SAN AGUSTÍN).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La actitud de los profesionales de la salud juega un papel esencial en la prevención y educación y tiene una alta responsabilidad debiendo mostrar una actitud más pro activa, se ha demostrado que la condición de no fumador, ha tenido un efecto más positivo en las intervenciones a pacientes que recibían asesoramiento para dejar de fumar.

Objetivos: Identificar la actitud del personal sanitario ante pacientes con hábitos tóxicos y prácticas de riesgo en un Hospital. Comparar la tolerancia del personal sanitario ante pacientes consumidores de tabaco, alcohol, drogas ilegales y prácticas de riesgo.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio Descriptivo Transversal. Los datos fueron recogidos mediante una encuesta voluntaria y anónima, distribuida entre médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería de un hospital, en los meses de Marzo y Abril de 2015. Se utilizó estadística convencional, descripciones con porcentajes y medias, además de estimación por intervalos de confianza al 95%.

Resultados Conclusión: Fueron encuestados 122 profesionales, el 88,52% considera que un paciente que continúa fumando debe recibir igual atención a la de uno que no fuma. El 69,67% piensa que la situación del alcohol es similar a la del tabaco y el 95,08% equipara el tabaquismo con la adicción a drogas ilegales. El 34,43% asemeja el habito tabáquico a la practica de deportes de riesgo. El 63.93% piensa que el sistema sanitario debe hacerse cargo de los gastos generados por enfermedades relacionadas con el tabaco. El 80,2% (IC 95%: 71,71-88,69) de los profesionales no fumadores, manifiesta que el paciente que fuma tendría las mismas posibilidades de atención que el paciente no fumador y el 16,7% da preferencia al que no fuma. El 95,5% (IC 95%: 77-99,80) de los fumadores actuales apunta que ambos pacientes deben ser atendidos de la misma forma sin tener en cuenta su relación con el tabaco.

Conclusiones:

- .El personal sanitario de este centro se muestra tolerante ante pacientes con hábitos tóxicos, considerando la práctica de deportes de riego como una situación diferente.
- .El personal se muestra igual de tolerante ante pacientes consumidores de tabaco, alcohol y drogas ilegales.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 426

TÍTULO: INTEGRACIÓN DE LA GESTIÓN DE RECLAMACIONES DEL USUARIO EN EL ÁREA: REGISTRO ÚNICO

AUTORES: PÉREZ FERNÁNDEZ, JOSÉ LUIS (HOSPITAL DE CABUEÑES - ÁREA SANITARIA V); MENÉNDEZ GONZÁLEZ, C. (HOSPITAL DE CABUEÑES - ÁREA SANITARIA V); NODAR BALBOA, F. (HOSPITAL DE CABUEÑES - ÁREA SANITARIA V); TAMAYO CANILLAS, M. L. (HOSPITAL DE CABUEÑES - ÁREA SANITARIA V)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La gestión de quejas, sugerencias y reclamaciones es uno de los procesos clave de la Unidad de Atención al Usuario integrada en el Servicio de Atención al Ciudadano (SAC) del Área Sanitaria V (Gijón – Asturias).

Los circuitos de recogida, gestión y respuesta de las reclamaciones están diferenciados entre Atención Primaria y Hospital de Cabueñes. Las plataformas informáticas de registro también son diferentes, por lo que la información no está integrada.

Objetivos: * Rediseñar el proceso de gestión de reclamaciones del usuario, con visión de área; de manera que el acceso y tratamiento de los casos sea homogéneo en cualquier dispositivo en que se preste atención al ciudadano.

* Unificar en un único registro todas las reclamaciones del área, actualizando la codificación estadística normalizada para la Comunidad, permitiendo una explotación estadística adecuada y uniforme.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Desde 2006 se registran las reclamaciones presentadas en Atención Primaria del Área Sanitaria V en una aplicación desarrollada por el Servicio de Informática. En 2009 se diseñó una nueva aplicación – desarrollada con la misma herramienta, por el mismo servicio – para registrar las reclamaciones presentadas en Atención al Usuario del Hospital de Cabueñes.

Con la incorporación de las funciones de atención al usuario dentro del Servicio de Atención al Ciudadano, se valora la necesidad de integrar los procedimientos asociados al proceso de gestión de reclamaciones en los diferentes niveles asistenciales. Se han revisado y rediseñado los circuitos y documentos, estandarizando el proceso.

Asimismo, se considera como uno de los pilares del proyecto el registro único de todas las reclamaciones. Con este fin se han definido las modificaciones a realizar en el registro del Hospital de Cabueñes, para poder integrar en el mismo las reclamaciones de Atención Primaria.

Resultados Conclusión: Los resultados de la integración del proceso de gestión de reclamaciones del usuario son:

1.Documento de estandarización de los procedimientos de atención al usuario asociados a la gestión de reclamaciones, integrando niveles asistenciales.

2.Registro único de reclamaciones: Ya realizado el análisis funcional. Las modificaciones en la aplicación que quedará como registro único, se realizarán a lo largo de los meses de Junio-Septiembre 2015. Se empezará en pruebas en Octubre de 2015, monitorizándose incidencias y asumiendo los cambios que se detecten. Desde Enero 2016, el registro de reclamaciones será único e integrará todos los niveles asistenciales.

3.Adecuación de motivos: Se han revisado los motivos de reclamación en función de los definidos institucionalmente, de manera que permitan un tratamiento estadístico idóneo.

Como conclusión de la revisión del proceso de gestión de reclamaciones, se irá produciendo una integración paulatina interniveles a lo largo de 2015. En 2016 la fusión será completa, existiendo un único registro y un tratamiento homogéneo de las reclamaciones del Área Sanitaria V.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 427

TÍTULO: PLAN DE MINIMIZACIÓN DE RIESGOS Y USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

AUTORES: ROSICH MARTÍ, ISABEL (SERVEI D'ATENCIÓ PRIMÀRIA ALT PENEDÈS-GARRAF); CRUSAT SABATÉ, D. (SERVEI D'ATENCIÓ PRIMÀRIA ALT PENEDÈS-GARRAF); GALLARDO SANCHEZ, C. I. (SERVEI D'ATENCIÓ PRIMÀRIA ALT PENEDÈS-GARRAF); AYLLON MUÑOZ, J. A. (SERVEI D'ATENCIÓ PRIMÀRIA ALT PENEDÈS-GARRAF); LAGO AYALA, M. T. (SERVEI D'ATENCIÓ PRIMÀRIA ALT PENEDÈS-GARRAF); GARCIA JORDAN, M. J. (SERVEI D'ATENCIÓ PRIMÀRIA ALT PENEDÈS-GARRAF)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La calidad y seguridad del paciente es un reto de todo el sistema sanitario y uno de los más relevantes es el proceso de uso seguro de los medicamentos.

La gestión del riesgo en farmacovigilancia incluye el procedimiento específico de minimización de riesgos (PMR) el cual pretende que los profesionales lo conozcan y apliquen en beneficio de los pacientes.

En este contexto hemos puesto en marcha varias intervenciones sobre seguridad cuyos resultados presentamos.

Objetivos: Analizar el impacto de las intervenciones realizadas en aplicación del PMR :

- 1.Revisión de pacientes con incidencias de seguridad en prescripción identificadas a través de SELF-AUDIT-seguridad
- 2.Revisión de pacientes con prescripción de Antiinflamatorios no esteroideos (AINES), dirigida a mejorar adecuación y seguridad en la prescripción de AINES.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudios de intervención antes después realizados sobre los médicos de un Servicio de Atención Primaria.

1. SELF-AUDIT, herramienta integrada en historia clínica informatizada que detecta pacientes con incidencias de seguridad según criterios predefinidos: 1. Alertas de seguridad de la Agencia Española del Medicamento 2. Duplicidades 3. Polimedicados. SELF-AUDIT facilita al médico realizar la revisión y tomar decisiones respecto a la medicación de sus pacientes. Intervención informativo-formativa y seguimiento del sistema de evaluación de dirección por objetivos. Variable: variación incidencias (2014).

2. AINES. Se identificaron los pacientes, con prescripción de AINES (período basal, post-intervención 2013 y 2014) que fueron categorizados/priorizados según riesgo:

Grupo 1: pacientes con patología cardiovascular (CV) establecida.

Grupo 2: hipertensos sin registro patología CV.

Grupo 3: todos los demás.

La intervención anual consistió en facilitar a cada médico los pacientes con prescripción AINES según riesgo, informe de riesgos, recomendaciones de revisión y análisis de situación. (marzo 2013 y 2014). Variable principal: variación pacientes expuestos.

Resultados Conclusión: 1.SELF-AUDIT: Alertas de Seguridad pasaron de 193 a 32 (-83,42%), duplicidades pasaron de 1.508 a 705 (-53,25%), polimedicación de 2537 a 1879 (-25,99%).

2. AINES: Los pacientes con prescripción de AINES (10.839) se redujeron un 20,7% (-2.243 pacientes). Variación total:

Grupo 1: -42,8%, -456 pacientes.

Grupo 2: -28,8%, -1.132 pacientes.

Grupo 3: -11,2%, -655 pacientes.

CONCLUSIONES. Las intervenciones realizadas, en aplicación del PMR, previsiblemente, han permitido influir en reducir riesgos: prevención y resolución de errores de medicación, prevención/reducción de RAM, su severidad e impacto sobre el paciente. El grado de exposición a AINES se ha reducido especialmente en los pacientes de más riesgo. Informar/comunicar los riesgos potenciales a los profesionales, identificar a los pacientes según riesgo/condiciones clínicas predefinidas, revisar los tratamientos, seguimiento y feedback a los profesionales, e informar al paciente son puntos clave.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 428

TÍTULO: ENCUESTAS EN LÍNEA DESDE LOS CENTROS SANITARIOS

AUTORES: AGUADO BLÁZQUEZ, HORTENSIA (SERVEI CATALÀ DE LA SALUT); CERDA CALAFAT, I. (SERVEI CATALÀ DE LA SALUT); PÉREZ VIÑAS, X. (SERVEI CATALÀ DE LA SALUT); DOMINGUEZ DERREUMAUX, C. (SERVEI CATALÀ DE LA SALUT); BROSÀ LLINARES, F. (SERVEI CATALÀ DE LA SALUT)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El Plan de Encuestas de satisfacción es un proyecto para conocer de forma periódica la satisfacción de las personas usuarias con los servicios sanitarios a través de una metodología común, científicamente validada y contrastada, que ofrece resultados de cada centro sanitario en cada una de las líneas de servicio e impulsar proyectos y planes de mejora en los centros sanitarios, Ante la necesidad de numerosos centros y proveedores de disponer de información con mayor periodicidad, algunos han seguido realizando encuestas propias. Para dar respuesta a esta situación, surge un proyecto orientado a que los centros sanitarios desarrollen sus estudios con las encuestas validadas del Plan de Encuestas, a través de un aplicativo web y el asesoramiento y apoyo del equipo técnico que las ejecuta.

Objetivos: Impulsar la medición de la satisfacción y la calidad de servicio en los centros sanitarios para el desarrollo de actuaciones de mejora a través de una metodología común, científicamente validada y contrastada

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El proyecto se estructura en las siguientes fases y actividades:

- Diseño del proyecto y captación de centros
 - o Desarrollo de un aplicativo web con las encuestas validadas del Plan de Encuestas
 - o Elaboración de un documento que explica los elementos clave del proyecto
 - o Contacto / atención a los centros. Comunicación del proyecto y envío, si procede, de la documentación
- Incorporación de centros
 - o Reuniones conjuntas para conocer las necesidades de medición del centro, planificar actividades en el proyecto de colaboración y validar trabajo técnico
 - o Trabajo técnico: análisis comparado de cuestionarios (si el centro dispone de propios) para seleccionar 1 o 2 preguntas a incorporar a las encuestas validadas y preparación de fichas técnicas de los estudios
- Realización del trabajo de campo
 - o Formación presencial a encuestadores
 - o Preparación conjunta de la muestra
 - o Seguimiento diario del avance de las encuestas
- Análisis y comunicación de resultados
 - o Explotación estadística de los resultados de las encuestas
 - o Análisis de los resultados (muestra, distribución de respuestas, etc.)
 - o Envío de informe de resultados
 - o Reunión conjunta de valoración de resultados

Resultados Conclusión: Se ha logrado la incorporación creciente de entidades proveedoras y centros sanitarios al proyecto, logrando un salto importante hacia la homogeneización de las herramientas de medición y la metodología de trabajo, el desarrollo de sinergias y la suma de esfuerzos en los proyectos de mejora de la calidad de servicio en la atención sanitaria. Las entidades que ya han participado en el proyecto destacan, como puntos fuertes, la formación a encuestadores, el asesoramiento técnico ofrecido, el seguimiento constante y la detección de incidencias en el trabajo de campo, la eliminación de encuestas en papel, el envío rápido de resultados, y el ajuste de las muestras a los objetivos de evaluación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 429

TÍTULO: DESARROLLO ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL: EN BUSCA DE LA EXCELENCIA AL SERVICIO DE NUESTROS PACIENTES Y CLIENTES.

AUTORES: MONTSERRAT CAPELLA, DOLORS (HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO); CODESIDO LOPEZ, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO); GARCÍA SAN JOSÉ, S. (HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO); SEGARRA DE LA LOMA, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO); ALBARRACÍN SERRA, A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO); OÑATE HEREDERO, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En la Comunidad de Madrid se ha apostado por la mejora continua y la excelencia de los servicios sanitarios desde hace más de 10 años. El EFQM permite mostrar la evolución de una organización en su proceso de mejora y favorece la posibilidad de orientar, planificar y programar actuaciones para que la organización camine hacia la excelencia.

En nuestro hospital el cambio de ubicación y entorno cambiante llevaron en 2014 a reorientar y posicionar al hospital para que fuera más competitivo y orientado al paciente y realizar un plan estratégico hasta 2017.

Objetivos: Diseñar y evaluar el Plan de Mejora tras la autoevaluación del EFQM a través del despliegue del Plan estratégico del hospital.

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Tras la autoevaluación EFQM, se detectan 104 áreas de mejora de las cuales, en función del impacto sobre el plan estratégico y/o sobre los indicadores clave del hospital de implantación, se priorizaron 40. Se decidió trabajar en estas áreas a través de 5 grupos de mejora siendo estos el de Liderazgo, Personas y Resultados en las Personas, Alianzas, y Procesos. El 5º grupo lo constituye la propia comisión de dirección que tiene su enfoque en la estrategia, clientes, resultados en la sociedad resultados clave. Se aprueba el plan en febrero y se desarrollara y seguirá hasta setiembre en que se reevaluará.

El plan se desarrolla en los siguientes aspectos

1. Despliegue del plan estratégico.
2. Plan anual de gestión del hospital. Se vinculan al Plan estratégico del hospital.
3. Encuesta a personas 2015. Puesta en marcha de acciones de mejora.
4. Estrategia de relación con atención primaria. Promueve la comunicación entre profesionales y la cooperación asistencial.
5. Estrategia de relación con resto de grupos de interés
6. Estructuración de la información para los criterios de resultados
7. Mejora de evidencias en el criterio resultado en la sociedad
8. Estructuración de resto de evidencias de los criterios agentes
9. Juntamente con estas acciones, paralelamente se está trabajando en el modelo de Desarrollo los Procesos Clínicos integrados

Resultados Conclusión: Vinculación de los objetivos estratégicos (63) a los contratos de anuales de gestión de los servicios y unidades de enfermería (69), a los procesos clínicos integrados (30) y a las áreas de mejora del EFQM.

Resultados de la encuesta: Pendiente de explotación

Poner en marcha de forma paralela el plan estratégico junto con las acciones del resultado del EFQM y vincularlos, ha permitido tener una visión global del hospital, orientar la autoevaluación con un horizonte de 4 años y trabajar con una estrategia competitiva e implicar cada vez más a los profesionales.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 430

TÍTULO: ACTUALIZACIÓN DE LA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA CIUDADANÍA CON LA ATENCIÓN SANITARIA

AUTORES: PÉREZ VIÑAS, XAVIER (SERVEI CATALÀ DE LA SALUT); PIQUÉ SÁNCHEZ, J. (SERVEI CATALÀ DE LA SALUT); GUTIÉRREZ, R. (SERVEI CATALÀ DE LA SALUT); BROSÀ LLINARES, F. (SERVEI CATALÀ DE LA SALUT); MIRA SOLVES, J. (UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El Plan de Salud contiene actuaciones dirigidas a generar una 'Mayor orientación hacia los pacientes y las familias' en un nuevo modelo de atención, que sitúa a las personas en el centro del sistema, en base a los siguientes principios: mayor proactividad de la administración para desarrollar tal relación; incremento de la transparencia en los compromisos y en los servicios, y el refuerzo de la responsabilización de los ciudadanos. Para avanzar en el cambio de modelo y adecuar la carta vigente a los cambios sociales, científicos y tecnológicos que se han producido, se propuso una revisión y actualización de la Carta de Derechos y Deberes como elemento clave para crear el nuevo marco relacional de las personas con el sistema sanitario.

Objetivos: Disponer de una versión actualizada de la carta de derechos y deberes de la ciudadanía en relación con la salud y la atención sanitaria que cuente con el consenso de todos los agentes clave del sistema sanitario y genere un nuevo marco relacional que de una respuesta adecuada al nuevo paradigma social y tecnológico.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: - Revisión sistemática de la literatura internacional para identificar cuestiones clave e innovaciones en la elaboración de la Carta
- Actualización de la Carta mediante proceso participativo:
o Diseño del proceso: grupo plenario (lidera y valida la re

Resultados Conclusión: El proceso seguido ha generado una propuesta de nueva Carta de derechos y deberes de consenso entre los principales agentes del sistema (80 participantes de 20 instituciones diferentes, con más de 15 sesiones de trabajo), que da respuesta a los retos y los cambios sociales y tecnológicos con la incorporación de nuevos derechos y deberes (de 47 a 62 derechos, y de 10 a 22 deberes) que suponen un salto cualitativo hacia un nuevo modelo de atención que pone al ciudadano en el centro de la salud y la atención sanitaria, y que enfatiza la corresponsabilidad de los agentes y de las personas

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 431

TÍTULO: IMPLEMENTACIÓN DE LA IDENTIFICACIÓN ACTIVA DE PACIENTES EN DIFERENTES ÁREAS DE UN HOSPITAL DE AGUDOS

AUTORES: ROBLES ANTÚNEZ, MARIA DOLORS (HOSPITAL CLÍNIC); RODRÍGUEZ SERNA, L. A. (HOSPITAL CLÍNIC); GONZÁLEZ LÓPEZ, E. L. (HOSPITAL CLÍNIC); FORTES BAZAGA, I. S. (HOSPITAL CLINIC); BARCELÓ QUEROL, L. U. (HOSPITAL CLÍNIC); BENITEZ CALVO, J. O. (HOSPITAL CLINIC).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La identificación inequívoca de pacientes en los hospitales es un reto que debemos abordar de forma exitosa. Publicaciones sobre el tema constatan la importancia de como, en determinadas situaciones de riesgo se puede aumentar la seguridad para el paciente utilizando sistemas estandarizados para la identificación activa de los pacientes . En nuestra organización hemos llevado a cabo una estrategia para implementar la identificación activa de pacientes, en diferentes áreas del hospital, centros dónde confluyen pacientes ingresados y ambulatorios, profesionales diversos (técnicos, médicos, enfermeras, auxiliares, camilleros), y con gran actividad asistencial y de alta complejidad.

Objetivos: - identificar barreras y facilitadores para la identificación activa de los pacientes.

- Hacer propuestas para una implementación con éxito.
- Dinamizar la Identificación Activa de Pacientes con monitorización de la adherencia de los profesionales a est

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: 1) Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar, que puso en común el estado de la situación en nuestro centro, 2) Sensibilización y difusión de la Identificación Activa, presentación del proyecto en el comité de dirección y en sesiones paralelas a todos los profesionales. 3) Formación online del sistema de identificación inequívoca de pacientes del proyecto en línea con el Dpto. Salud Catalán. 4) Monitorización preimplementación (audit basal) de la identificación activa del paciente, mediante observación directa de los profesionales en los distintos servicios y turnos de trabajo. 5) Elaboración de material gráfico y para los profesionales de como realizar la Identificación Activa de los pacientes, e información a los usuarios en formato visual a través de pantalla TV en salas de espera. 6) Monitorización post-implementación a los 3 y 6 meses, así como un plan de seguimiento del proyecto y control de incidencias.

Resultados Conclusión: Los resultados obtenidos serán presentados en el Congreso, dado que los datos están actualmente en fase de procesamiento.

Nuestra estrategia de implementación va más allá de la cobertura del brazalete identificador, y consiste en mejorar el proceso de adherencia a prácticas estandarizadas de verificación de la identidad del paciente, por parte de todos los profesionales y cómo estas prácticas se mantienen en el tiempo, mediante seguimiento de incidencias, evaluación de la adherencia por parte de los profesionales y resultados en los pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 432

TÍTULO: ALTERNATIVAS ASISTENCIALES EN EL MARCO DE UN SISTEMA INTEGRADO: MODELO DE 7X24 A LOS ENFERMOS CRONICOS

AUTORES: GAVALDA ESPELTA, ESTER (SERVICIO ATENCION PRIMARIA TERRES DE L'EBRE); FERRE FERRATE, M. (SERVICIO ATENCION PRIMARIA TERRES DE L'EBRE); BAUCELLS LLUIS, J. (GERENCIA TERRITORIAL TERRES DE L'EBRE); DALMAU LLORCA, R. (SERVICIO ATENCION PRIMARIA TERRES DE L'EBRE); AGUILAR MARTIN, C. (SERVICIO ATENCION PRIMARIA TERRES DE L'EBRE); LUCAS NOLL, J. (SERVICIO ATENCION PRIMARIA TERRES DE L'EBRE).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El Plan de salud 2011-2015 de Catalunya pone en relevancia dos modelos de atención a la complejidad de los pacientes en atención primaria, el Paciente con multimorbilidad o enfermedad o condición única que comporta gestión clínica difícil (PCC) y , pacientes con pronóstico de vida limitado y con orientación paliativa (MACA)..Estos pacientes pueden precisar un seguimiento continuado por los profesionales de la salud de Atención Primaria que implico su unidad básica de asistencia (UBA), el equipo de incidencias (INC) de su EAP y la Atención continuada (PAC). Se decide impulsar a los Equipos de Atención Primaria (EAP) del Servicio de Atención Primaria de Terres del Ebro (SAP-TE) un aplicativo para poder registrar los pacientes a hacer seguimiento 7x24 (7 días 24 horas al día)

Objetivos: Conseguir un modelo seguro de seguimiento de la complejidad, partiendo de una metodología de atención a la complejidad para mejorar la atención de la patología más prevaleciendo y que se puede beneficiar de control continuado domiciliario y en el centro

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Después de varias reuniones entre el SAP-TE, dirección EAPs y dirección de Sistemas de Información de la Gerencia Territorial TÉ se propone la creación de una herramienta de tecnologías de la información y comunicación (TIC) para poder registrar a los usuarios a hacer seguimiento de los pacientes PCC/MACA. También los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (MPOC) y Insuficiencia cardiaca (ICC) están incluidos en el programa Este programa nos ayudara hacer seguimiento continuo del paciente (PCC/MACA/MPOC o ICC) tanto por su médico o enfermera de referencia com por el resto de profesionales del equipo en su ausencia. Las visitas a registrar pueden ser a domicilio o telefónicas.

Los pasos a seguir para crear el circuito han sido:

1. Creación del aplicativo
2. Promover la utilización diaria del aplicativo de seguimiento por PEC y Equipo INC de cada EAP
3. Crear un circuito administrativo seguro y alarmas para saber pacientes en seguimiento de cada EAP y registrarlos en agendas de equipo incidencias o UBA por seguimiento
4. Presentación a todos los equipos del modelo de seguimiento de la cronicidad
5. Difusión por parte del equipo directivo y PEC en cada EAP, y adaptación a las peculiaridades de cada EAP
6. Implantación del modelo de seguimiento de la cronicidad

Resultados Conclusión: Con la creación de este programa queremos conseguir hacer un abordaje integral del PCC/MACA al centro y en el domicilio, ser referentes de salud de nuestros centros y evitar los ingresos hospitalarios y urgencias.

Nos planteamos valorar a los 6 meses de funcionamiento una serie de indicadores:

Número de pacientes: PCC/MACA, MPOC y ICC incluidos durante 2015 en el aplicativo.

Porcentaje PCC/MACA, MPOC y ICC que acuden a urgencias hospitalarias 2015 / Porcentaje PCC/MACA, MPOC y ICC que acuden a urgencias hospitalarias 2014.

Porcentaje PCC/MACA, MPOC y ICC que ingresan en el hospital 2015/ Porcentaje PCC/MACA, MPOC y ICC que ingresan en el hospital 2014

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 434

TÍTULO: TÉCNICA DE LAS LETRAS MAYUSCULAS RESALTADAS COMO PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

AUTORES: EL HILALI MASÓ, NADIA (IDCSALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR); ALTIMIRAS RUIZ, J. (IDCSALUD HOSPITAL GENERAL DE CATALUNYA); PI SALA, N. (IDCSALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR); BARONET JORDANA, G. (IDCSALUD HOSPITAL GENERAL DE CATALUNYA); RAMIÓ MONTERO, E. (IDCSALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR); PONS BUSOM, M. (IDCSALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Una de las recomendaciones para prevenir los errores causados por confusión en los nombres de los medicamentos propuestas por el ISMP (Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos) es la técnica de la utilización de las "letras mayúsculas resaltadas" (tall man letters), que consiste en destacar en mayúsculas unas letras que son distintas de los pares o grupos de nombres similares con el fin de destacar y hacer más visibles sus diferencias. En un entorno de compartir los procedimientos de seguridad en dos hospitales de la misma organización, se ha iniciado la aplicación de esta técnica

Objetivos: Valorar la implantación compartida en dos hospitales de la utilización de la técnica de las letras mayúsculas resaltadas para reducir los errores de medicación

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: En la primera fase de implementación, se seleccionaron 3 fármacos para aplicar la técnica de las letras mayúsculas resaltadas: cefOTAXima, cefAZOLina, cefTRIAXona. Se diferenciaron los nombres de los medicamentos en las fichas de medicamentos de los aplicativos informáticos que quedan reflejados en la prescripción, dispensación y administración de estos fármacos.

Al mismo tiempo, se hizo la difusión al personal de enfermería y a los facultativos de ambos hospitales. Se llevaron a cabo diversas sesiones en la Comisión de Farmacia y Terapéutica, el Comité de Seguridad, así como reuniones con la dirección y coordinadores de enfermería y los jefes de servicio.

Para valorar la adecuación y utilidad, entre otros aspectos, de la técnica aplicada se elaboró un encuesta con 5 preguntas. Tras un mes de implantación en ambos centros, se distribuyeron las encuestas entre el personal médico y de enfermería

Resultados Conclusión: Se realizaron 234 encuestas en los dos hospitales. La técnica obtuvo una buena aceptación en ambos centros siendo los porcentajes: 92,05 % en el hospital 2 y 95% en el hospital 1.

El 91,17% de los encuestados en el hospital 2 cree que es posible equivocarse en medicamentos que tienen nombres similares y en el hospital 1 el 85% de los profesionales tiene la misma opinión.

En cuanto a la utilidad de la técnica para minimizar los errores de medicación, se obtuvieron unos resultados similares en ambos centros: el 71,1% en hospital 1 y el 68,72% del hospital 2 la consideran útil para conseguir reducir la incidencia de errores de medicación.

Estos resultados satisfactorios se aplicará esta técnica a un mayor número de fármacos que aparecen en el listado recomendado por la ISMP. Se plantea la posibilidad de extender su aplicación a las etiquetas identificativas en los cajones de medicación y estanterías de almacenamiento tanto en el servicio de Farmacia, como en los estocs periféricos

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 435

TÍTULO: MEJORA CONTINUA EN LA MONITORIZACIÓN DE LA ESTRATEGIA ORGANIZACIONAL A TRAVÉS DE CUADROS DE MANDOS

AUTORES: BURGOS ORTEGA, LUCIA (INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SERVICIOS DE SALUD MENTAL JOSÉ GERMAIN); FIDALGO B.; TÉBAR; M.; RIVERA; A.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los cuadros de mandos (CM) son un instrumento de gestión clave a la hora de evaluar el grado de implementación de la estrategia de una organización sanitaria, permiten comparar el rendimiento obtenido con el esperado y proveen la información necesaria para la revisión de la estrategia en aras a la mejora de sus resultados.

Una adecuada planificación de proyectos, así como la adecuada periodicidad en la medición y seguimiento de los resultados, son factores críticos para el éxito mantenido de cualquier organización. Con ellos comprobamos a lo largo del tiempo si los resultados parciales, auguran la consecución de los objetivos generales, es decir, medimos la evolución de la organización.

Objetivos: El objetivo principal es disponer de una herramienta de control que favorezca la toma de decisiones de manera ágil y la adopción de acciones de mejora en las áreas de Calidad Percibida, Seguridad del Paciente, desarrollo de procesos y Objetivos del Contrato de Gestión.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se desarrollan CM en las áreas de: Calidad percibida para la medición de la satisfacción de clientes externos e internos; en Seguridad del Paciente, para el seguimiento de acciones de mejora desarrolladas a partir de incidentes y eventos adversos detectados a través del sistema de notificación y rondas de seguridad, en Procesos para la evaluación del grado de la implantación de Protocolos y procedimientos, y el seguimiento de Acciones correctivas implantadas para la subsanación de no conformidades y para la monitorización de los Objetivos del Contrato de Gestión.

Los CM se elaboran en Excel y reflejan variables como: el nombre del procedimiento/acción de mejora a evaluar, objetivo, descripción y fórmula del indicador, el responsable de su medición, meta que se persigue alcanzar, fecha de seguimiento, observaciones, fecha de cierre, etc. En algunos se incluyen datos para la comparación de resultados con años anteriores. El Dpto. de Calidad es el encargado de la gestión y mantenimiento de estos CM para ello y con una periodicidad mínima semestral, solicita resultados a los responsables de los diferentes proyectos y acciones de mejora. También se encarga de la actualización y difusión de los CM en la intranet y correo electrónico, lo que fomenta la mejora de la comunicación interna. Los CM se revisan en el consejo de dirección para la toma de decisiones estratégicas.

Resultados Conclusión: Desde junio del 2013 a diciembre del 2014 se diseñaron 7CM: 2 en Seguridad Del Paciente, 2 Calidad Percibida, 1 para los Objetivos Del Contrato Gestión y 2 para los Procesos. La actualización de estos CM ha sido difundida a través de la Intranet con una periodicidad bianual. En la actualidad el Dpto. de Calidad realiza el seguimiento y monitorización de 386 indicadores. Los CM son una herramienta útil y ágil para el seguimiento de la consecución de los objetivos estratégicos de la organización sanitaria.

Con la difusión de resultados, se consigue aumentar la implicación de los profesionales en la mejora continua.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 436

TÍTULO: INTEGRACIÓN DE SISTEMAS: CALIDAD (ISO 9001), GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS (UNE 179003) Y MEDIO AMBIENTE (ISO 14001)

AUTORES: FIDALGO HERMIDA, BEATRIZ (INSTITUTO PSIQUIATRICO SSM JOSÉ GERMAIN); TÉBAR BETEGÓN, M. A. (INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SSM JOSÉ GERMAIN); RIVERA VILLAVERDE, A. (INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SSM JOSÉ GERMAIN); BURGOS ORTEGA, L. (INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SSM JOSÉ GERMAIN); GOMEZ DEL VALLE, L. (INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SSM JOSÉ GERMAIN); LOPEZ LOZOYA, J. (INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SSM JOSÉ GERMAIN).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Muchas organizaciones apuestan por normas ISO o UNE como referentes para el desarrollo de su Sistema de Gestión de Calidad, de Riesgos Sanitarios y de Medio Ambiente, pero implantan las normas en paralelo lo que da lugar a duplicidad documental, y en ocasiones a falta de uniformidad en criterios de actuación.

Objetivos: Desarrollo de un sistema de gestión para la mejora continua, fundamentado en la gestión por procesos, a través de la integración de los Sistema de Gestión (SG): de Calidad (CA) (conforme a la norma ISO 9001:2008), de Riesgos Sanitarios (RS) (conforme a la norma UNE 179003:2013) y Medio Ambiente (MA) (conforme a la norma ISO 14001).

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se parte de un Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO 9001 y se procede a la integración con el Sistema de Gestión de Riesgos Sanitarios y el Sistema de Gestión Ambiental, a través de 6 fases: Fase I: Identificación y evaluación de los requisitos de Calidad, de Riesgos Sanitarios y los aspectos ambientales. Se definen e integran las políticas de Calidad, Riesgos Sanitarios y Medio Ambiente y los objetivos para la mejora continua. Fase II: Análisis de la viabilidad de la Integración de métodos y documentos. Se elabora un manual en el que se analizan elementos comunes y aquellos que son diferenciadores de las 3 áreas. Fase III: Despliegue de la Integración: se desarrollan los distintos requisitos en procedimientos, (Responsabilidad de la Dirección, edición y control de la documentación, sistemas de verificación, tratamiento de no conformidades, acciones correctivas y acciones preventivas, auditorías internas, comunicación, etc.). Fase IV: Desarrollo de los requisitos específicos de cada sistema, a través de diagramas de flujo, procedimientos, protocolos, etc. Fase V: Implantación: se aplica lo definido en las fases III y IV, conforme a unos planes establecidos (cronograma), bajo las responsabilidades designadas y en los plazos marcados. Fase VI: Comprobación del cumplimiento, verificación, de los requisitos de las normas y evaluación de la eficacia del sistema integrado a través de una auditoría interna y externa.

Resultados Conclusión: Se ha obtenido la certificación del Sistema de Gestión (Calidad, Riesgos Sanitarios y Medio Ambiente) conforme a las normas ISO 9001:2008, UNE 179003:2013 e ISO 14001:2004 por parte de una entidad externa. La integración de los tres sistemas se ha demostrado eficiente al permitirnos: alinear la política y objetivos de la organización; unificar terminología y criterios de actuación, evitar duplicidades, interrelacionar la información de los procesos de calidad, riesgos sanitarios y medio ambiente, para mejorar el control de los sistemas; disminuir el esfuerzo requerido para su mantenimiento, ya que se simplifica la estructura documental; y reducir el tiempo y el coste de las auditorías de certificación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 437

TÍTULO: CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA EXTERNA: OPINION DE LOS USUARIOS VS PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES

AUTORES: COSSIO-GIL, YOLIMA (CONSORCI SANITARI DE L'ANOIA); GONZALEZ, G. (CONSORCI SANITARI DE L'ANOIA); VIDAL, M. (CONSORCI SANITARI DE L'ANOIA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Cada vez más, los pacientes tienen conocimientos, información y posibilidad de comparación de sistemas de salud, que puede generar expectativas a la hora de recibir atención sanitaria. Por otro lado, los profesionales sanitarios trabajan bajo presión debido a que el sistema sanitario obliga a hacer las cosas mejor, más rápido y con menos recursos. Aproximar las percepciones de profesionales y usuarios es necesario para y construir un sistema sanitario más participativo y basado en la realidad de cada territorio

Objetivos: Comparar la opinión de los profesionales con la de los usuarios respecto a la calidad de la atención en el área ambulatoria de un hospital de agudos.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: En un hospital de agudos se realizó en 2015 la encuesta OPINA® para conocer la opinión de los trabajadores respecto a diversos temas. Asimismo, desde la entidad autonómica prestadora del servicio de salud, se realizó en 2014 la encuesta PLAENSA, para analizar el grado de satisfacción de los usuarios con el servicio de consulta externa del hospital.

Ambas encuestas coincidían en preguntas relacionadas con la calidad de la atención en 3 dimensiones:

Tiempos de Esperas

Información al paciente

Trato al paciente

Se homologaron las escalas de respuesta, considerando como respuesta positivas del OPINA las puntuaciones ;5 (escala de 1 a 10) y del PLAENSA las respuestas que incluyeran normal, bueno, excelente (escala de Likert de 5 ítems de muy malo a excelente)

Se compararon los porcentajes de respuestas positivas de la encuesta OPINA del área ambulatoria con las del PLAENSA. Se contrastaron los porcentajes con test de Fisher y se consideraron diferencias significativas si $p < 0.05$.

Resultados Conclusión: Resultados

En total se encuestaron en el PLAENSA 80 usuarios y participaron en el OPINA 47% del personal del área ambulatoria (N=50)

Respecto a los tiempos de espera, fueron puntuados positivamente por un 80% del personal sanitario vs un 65% de los usuarios ($p=0.018$)

El 98% de los profesionales consideraban que la información dada al paciente sobre su enfermedad había sido adecuada, mientras que el 86% de los pacientes tenían una percepción positiva en este ítem ($p=0.003$).

El trato dado a los pacientes fue puntuado positivamente en un 98% por los profesionales y en un 92% por los usuarios ($p=0.101$)

Conclusiones/discusión. Pese a las limitaciones del estudio, se puede observar en general que los profesionales tienen una percepción de la calidad asistencial más alta que la percepción de los usuarios. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas en las dimensiones de tiempo de espera e información al paciente. Detectamos la necesidad de crear un foro común donde los profesionales conozcan de forma más profunda las expectativas y necesidades de los usuarios y los usuarios conozcan la realidad de los profesionales, para identificar acciones que nos lleven a realizar una atención de calidad y centrada en las personas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 438

TÍTULO: ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA ELECTRÓNICO (TRAZAPA) DE TRAZABILIDAD TOTAL DE LAS MUESTRAS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

AUTORES: VERDAGUER MUÑOZ, JOSÉ M^a (HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO); CODESIDO LÓPEZ, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO); SALAS ANTÓN, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO); QUINTO FERNÁNDEZ, M. P. (HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO); SALAS VILLAR, I. (HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO); FONTÁN VINAGRE, G. (HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La gestión de muestras en un departamento de Anatomía Patológica se ve directamente afectada en España por la Ley de Protección de Datos, la Ley de Autonomía del Paciente y la Ley de Investigación Biomédica. Estas leyes influyen en aspectos tan trascendentales como que las muestras deben guardarse un mínimo de 30 años, que la utilización de las mismas para investigación requieren un Comité de Ética, que deben venir referidas con un consentimiento informado, que requieren una trazabilidad total, un alta en la base de datos de biobancos etc... Para ello fue desarrollado en nuestro centro un sistema de trazabilidad basado en los criterios del libro blanco de la Sociedad Española de Anatomía Patológica.

Objetivos: Los objetivos exigibles a esta plataforma tecnológica son:

1. Sistema de identificación y trazabilidad de las muestras, sin soporte de papel. Dicho sistema debe permitir visualizar el trazado que siguen las muestras relacionadas con un caso dentro del laboratorio: desde la unidad peticionaria hasta el archivo.
2. Plataforma de comunicaciones con el Sistema de Información del Hospital (HIS), a fin de poder garantizar que se podrá realizar, como mínimo, petición electrónica y envío de resultados.
3. Sistema unificado de identificación personalizada de los usuarios (siguiendo las especificaciones de la Ley Orgánica de Protección de Datos).

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Dos aplicaciones informáticas fueron creadas: La primera permite la impresión de etiquetas que cumplan los requisitos de la Ley Orgánica de Protección de Datos. Esta etiqueta contiene en su código de barras información acerca del paciente (apellidos, nombre y número de historia clínica), peticionario, la hora de extracción y el Servicio precedente.

La segunda aplicación desarrollada (TRAZAPA) gestiona los envíos de muestras. Conceptualmente cada envío consiste en 1 id de petición, 1 solicitante del envío, 1 realizador del envío, 1 receptor del envío, N muestras enviadas, N medios usados (balas neumáticas o carros). Permite asimismo asociar las muestras enviadas a los medios usados. Dentro de la aplicación se puede realizar un seguimiento de cada envío al pasar por distintos estados: Solicitado, enviado, parcialmente recepcionado y cerrado. Asimismo cada envío puede tener varios atributos adicionales: intraoperatorio, con incidencia. Por último dispone de un sistema de alarma que avisa a la estación receptora cuando un envío no ha sido recibido.

Resultados Conclusión: La implantación de este sistema de trazabilidad de muestras (Trazapa) nos permite el seguimiento exhaustivo de cada una de las fases por las que pasa una muestra anatomopatológica desde su extracción hasta su procesado. La nueva forma de registro ofrece información sobre el número de muestras de cada paciente y dónde se ubican. A lo largo del seguimiento de las muestras, también se identifican los profesionales que actúan sobre las mismas y permite conocer las incidencias surgidas durante el proceso permitiendo la generación de información útil para la gestión del servicio.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 439

TÍTULO: HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS, UNA ATENCIÓN INTEGRAL, INTEGRADA E INTEGRADORA

AUTORES: MARTÍNEZ ROMERO, CONCEPCIÓN (HCU VIRGEN DE LA ARRIXACA); MATEO PEREA, G. (HCU VIRGEN DE LA ARRIXACA); NAVARRO MINGORANCE, A. (HCU VIRGEN DE LA ARRIXACA); PEREDA MAS, A. (HCU VIRGEN DE LA ARRIXACA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La Unidad de Hospitalización Domiciliaria Pediátrica nace en el año 2011 en el HU Virgen de la Arrixaca con el objetivo de prestar servicios socio-sanitarios domiciliarios de calidad al paciente pediátrico complejo, con la idea de conseguir la normosocialización del niño e integrarlo dentro de su entorno familiar.

Desde 2013, y con la ampliación de la cartera de servicios, además proporcionar una atención integral a los pacientes pediátricos susceptibles de recibir Cuidados Paliativos, centrados en el entorno vital del niño y, llegado el momento, favorecer su derecho a morir en paz y con dignidad.

Objetivos: Describir, desde el punto de vista de la Organización Sanitaria, la importancia de la existencia de una Unidad de Hospitalización Domiciliaria Infantil y Cuidados Paliativos Pediátricos.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Revisión de la actividad de los 4 primeros años de funcionamiento de la Unidad de Atención domiciliaria Pediátrica y los dos primeros de la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos aproximándonos desde un modelo EFQM, valorando: Actividad asistencial, investigadora, educativa y formativa y gestora

Resultados Conclusión: En los clientes: A través de encuestas de valoración/pertinencia de la unidad y calidad percibida, sobre más de 1200 ítems valoran como muy bien/muy pertinente el 91% de las respuestas, bien/pertinente un 8% y regular un 1%

En la sociedad, ha existido difusión a través de medios de comunicación; desde su creación, la unidad viene colaborando con diferentes fundaciones y ONGs y ha habido formación en múltiples ámbitos extrahospitalarios.

En los profesionales se ha formado mediante actividades docentes a personal hospitalario y extrahospitalario y difundido la actividad mediante comunicaciones a 14 congresos e investigaciones publicadas.

Resultados clave. Con la hospitalización a domicilio se consigue que un coste por neonato o niño con necesidades tecnológicas especiales de 576€ y 825€ / día respectivamente, pase a menos de 200€/ en Hospitalización.

En un 18 meses de experiencia en Cuidados Paliativos (19 niños).

Ingresados en HCUVA: 1.176.210€, en HADI: 288.800 €, lo que genera un ahorro coste/oportunidad de 882.117 €.

En los años de funcionamiento de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria Infantil, los beneficios conseguidos podríamos separarlos en dos dimensiones:

1º: Paciente/familia. Además de los resultados en Salud, se consigue una serie de beneficios intangibles con una evidente normosocialización, tanto del niño como de la familia, que puede recuperar su actividad previa al ingreso hospitalario.

2º. Sistema: Al coordinar los recursos existentes, se consigue una optimización, tanto a nivel humano y material como de camas hospitalarias disponibles.

Pese a los avances conseguidos durante estos años, en los que se ha actuado de forma pionera adelantándonos a las disposiciones legales, estos datos dejan claro que existe un amplio margen población al que debemos plantearnos llegar como objetivo prioritario.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 440

TÍTULO: EL PICC DE 2 LUCES; UNA ALTERNATIVA EFICAZ EN LA UCI.

AUTORES: PÉREZ GUTIERREZ, LAURA (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA); CANO RUIZ, E. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA); GONZÁLEZ BLANCO, L. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA); GONZÁLEZ CASTELLANOS, M. C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA); LARRAURI LAVÍN, Y. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA); GARCÍA MARRÓN, A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La canalización de una vía venosa central en UCI es una técnica necesaria para el tratamiento del enfermo crítico. Los PICC son catéteres centrales de inserción periférica, flexibles, con un calibre y longitud adecuado para ser introducido a través de las venas de brazo hasta la vena cava superior. Se trata de un procedimiento enfermero fácil, rápido y sencillo que puede sustituir al catéter venoso central convencional, evitando así complicaciones potencialmente graves asociados a estos últimos.

Objetivos: Valorar y comparar el PICC de dos luces colocado por enfermería y el Catéter venoso central (CVC) colocado por el personal médico en pacientes ingresados en UCI y en pacientes hospitalizados en planta que precisan vía central.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio prospectivo de todas las canalizaciones venosas central es realizadas en UCI durante un período de 6 meses. Se analizan resultados en términos de tipo de canalización, indicación, complicaciones, localización de la punta en RX, tiempo de permanencia y causa de retirada.

Resultados Conclusión: Se han canalizado un total de 156 catéteres, de los cuales 77 (49,35%) han sido PICC canalizados por enfermería. El APACHE II medio de los pacientes con PICC fue de $6,2 \pm 1,7$, mientras que el APACHE II de los pacientes a los que se les canalizó un CVC fue de $10,4 \pm 2,78$ ($p < 0,05$).

En cuanto a las complicaciones reseñadas, la bacteriemia asociada al catéter se ha observado en el 1,29% de los PICC, frente al 4,1 % de los CVC; otras complicaciones asociadas a estos últimos han sido neumotórax (1,3%) y canalización arterial (2,5%) .La incidencia de trombosis venosa ha sido mayor para los PICCs (2,59% v.s.1.3%).

Los PICC pueden ser considerados una vía de primera elección en un gran porcentaje de los pacientes ingresados en UCI y en la mayoría de los pacientes hospitalizados que requieren una vía central, presentando como ventajas el fácil acceso, la posibilidad de fácil compresión local, la realización por el personal de enfermería y el bajo número de complicaciones asociadas. La trombosis venosa profunda, si bien se produce con más frecuencia en los PICCs (tal y como se refiere en la bibliografía), no es una complicación que contraindique su colocación y debería ser evaluada individualmente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 441

TÍTULO: REDUCCIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS INNECESARIAS POR FALTA DE RESULTADOS ANALÍTICOS

AUTORES: CHAMORRO FERNÁNDEZ, M^a CRISTINA (HOSPITAL DEL ORIENTE DE ASTURIAS); RON MARTÍNEZ, N. (HOSPITAL DEL ORIENTE DE ASTURIAS); SIERRA SUERO, M. (HOSPITAL DEL ORIENTE DE ASTURIAS); LUENGO CONCHA, M. A. (HOSPITAL DEL ORIENTE DE ASTURIAS); DÍAZ GIGANTE, J. (HOSPITAL DEL ORIENTE DE ASTURIAS); CHAMORRO CHAMORRO, P. (HOSPITAL DEL ORIENTE DE ASTURIAS).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Mejorar la calidad asistencial y prestación del Servicio del laboratorio de análisis clínicos haciendo que todos los pacientes dispongan del informe de la analítica en el momento de la consulta de Atención Especializada, incluso aquellos que su muestra ha sido rechazada por no ser posible su procesamiento lo que evita citaciones en consulta innecesarias por falta de dichos resultados.

Objetivos: Reducir el número de consultas sucesivas generadas en el hospital, únicamente por falta del informe de resultados del Laboratorio de pacientes cuya muestra ha sido rechazada por hemólisis, coagulación o muestra insuficiente.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El Comité de Calidad del Hospital describe el circuito y elabora un protocolo que establece una sistemática de trabajo que implica a todos los estamentos que intervienen en las fases de extracción, administrativa, rechazo de muestras, realización de peticiones, citaciones, etc. Asimismo se pone en marcha un sistema de registro de todas las incidencias relacionadas con las muestras no conformes. Mediante el circuito elaborado se logra que el paciente vuelva a citarse para una nueva extracción y se disponga del informe completo en el momento de la consulta con el especialista o, de no ser posible, que se desplace su consulta para que no sea necesario generar una nueva consulta sucesiva en la que el médico ya disponga del informe.

Periodo analizado, desde Julio de 2014 a Abril de 2015: se han recitado 131 pacientes a los que se ha evitado volver a citar en Consultas externas. En el hospital en este periodo de tiempo se han realizado 30.438 consultas sucesivas. Es decir se han evitado un 0,45%.

Resultados Conclusión: En este periodo de tiempo se han recitado 131 pacientes de 131 muestras no conformes de los cuales han sido: 70 de Medicina interna, 23 de Nefrología, 11 de Ginecología, 6 de Hematología, 2 de Dermatología, 2 de Urología, 2 de COT, 2 de Cirugía general, 1 de Neumología, 7 de otros hospitales de la red SESPA, 5 pacientes de Atención Primaria. Se recitaron una media de 13 pacientes por mes.

Las pruebas con más incidencias fueron la PTHi, la sangre oculta en heces, la digestión en heces y las pruebas derivadas de las orinas de 24 horas. Como conclusión podemos asegurar que a lo largo de 9 meses, 131 pacientes se han beneficiado de este protocolo pudiendo tener los resultados de su analítica completa el día de su consulta evitando así generar una nueva consulta sucesiva.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 442

TÍTULO: OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO DE DERIVACIONES EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: COSSIO-GIL, YOLIMA (CONSORCI SANITARI DE L'ANOIA); GONZALEZ, G. (CONSORCI SANITARI DE L'ANOIA); MORENO, A. (CONSORCI SANITARI DE L'ANOIA); CAZORLA, L. (CONSORCI SANITARI DE L'ANOIA); ENRICH, M. (CONSORCI SANITARI DE L'ANOIA); GARRIGA, A. (CONSORCI SANITARI DE L'ANOIA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Las largas listas de espera son una preocupación y un problema para la calidad y seguridad del paciente en todo el territorio Español. La solución a menudo se centra en aumentar la actividad o reducir el volumen de las derivaciones (disminuir entradas al proceso o aumentar las salidas).

Sin embargo desde que el médico de familia ordena la derivación hasta que es programada hay una serie de pasos y tiempo que también deberían ser valorados a la hora de optimizar el proceso de las derivaciones.

En este resumen queremos presentar la experiencia de un equipo de atención primaria, que ha hecho el análisis y mejora del proceso de derivaciones, desde la perspectiva de utilización de herramientas de mejora de la calidad de forma empírica.

Objetivos: Aumentar la eficiencia y disminuir el tiempo entre la solicitud de una prueba hasta la programación de la misma, identificando pasos que no aportan valor o no son necesarios.

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: El primer paso va a ser describir y graficar el proceso actual de las derivaciones, identificando los tiempos de cada operación, transporte, espera, inspección y almacenamiento. Seguidamente se realizó un grupo de trabajo con personas que participaban en el proceso de derivaciones y se discutió la importancia, necesidad y pertinencia de cada paso, eliminando los pasos que la mayoría consideraban que no aportaban valor o eran innecesarios.

Finalmente se dibujó el proceso con estos cambios y se definieron indicadores y responsables del seguimiento

Resultados Conclusión: Resultados

Se identificaron en total 16 pasos en el proceso (9 actividades y 7 momentos de espera). El tiempo entre la orden médica de derivación y el momento de la programación era en promedio 15,2 días (mínimo 5,5- máximo 24,8). Se consideró que 10 pasos no aportaban valor al proceso y de estos se lograron eliminar 6 (37,5% del total de pasos del proceso).

Una vez eliminados estos pasos, el tiempo total del proceso pasó a ser de 6 días (min 2,46- max 9,7) (porcentaje de reducción del 40%) y representó un ahorro de 4,5 horas laborables (3,5 de las cuales eran de un profesional categoría GP1 y 1 de GP6)

Conclusiones

La mejora de los procesos es posible cuando hay un compromiso e implicación de las personas que forman parte de los mismos. Las herramientas de mejora de la calidad nos pueden ayudar identificar donde realizar los cambios, a cuantificarlos y seguramente también a mantenerlos en el tiempo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 443

TÍTULO: ANÁLISIS DE RIESGOS EN LA INCORPORACIÓN DE NUEVOS MEDICAMENTOS. EVALUACIÓN

AUTORES: BARONET JORDANA, GEMMA (IDCSALUD HOSPITAL GENERAL DE CATALUNYA); EL HILALI MASÓ, N. (IDCSALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR); DEL TEMPLE PLA, M. (IDCSALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR); NEVOT BLANC, N. (IDCSALUD HOSPITAL GENERAL DE CATALUNYA); MONTOLIU ALCÓN, P. (IDCSALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR); ALTIMIRAS RUIZ, J. (IDCSALUD HOSPITAL GENERAL DE CATALUNYA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los SFH de 2 hospitales comparten varias políticas y procedimientos. En este contexto se inició un procedimiento compartido de análisis de los nuevos productos que se incorporaran, para prevenir errores de medicación por similitudes fonéticas o de apariencia u otras causas

Objetivos: Valorar el cumplimiento del procedimiento de análisis de nuevos productos en términos de seguridad del paciente, tanto en proceso como resultados, después de los primeros 8 meses de aplicación del mismo

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Tanto, cuando se ha introducido un nuevo medicamento, como cuando se ha cambiado de proveedor de un medicamento ya adquirido con anterioridad, el responsable de compras lo ha notificado a la farmacéutica responsable de seguridad del paciente y ésta ha analizado los siguientes aspectos: nombre, presentación, EDO, presencia de látex, apariencia, vía y forma de administración, así como otros aspectos que puedan suponer riesgo potencial de errores de medicación y acciones recomendadas. Los elementos analizados se registran en una base de datos compartida por ambos centros. Según el resultado de la valoración se puede concluir que no existe riesgo o, en caso de existir, no recomendar la compra, proponer medidas preventivas internas en el servicio y en las unidades de hospitalización o notificar del riesgo al personal asistencial. Se han valorado el nº de fármacos analizados, y las acciones tomadas para reducir el riesgo- y las limitaciones de este proceso

Resultados Conclusión: De los productos incorporados que se analizaron: 70,48% fueron marcas nuevas, 19,71% fármacos nuevos y el 9,81% nuevas presentaciones. Se han analizado 81 fármacos: 29 parenterales, 31 orales y 21 varios (tópicos, sol oftálmicas, FM, etc.). Los fármacos orales analizados corresponden a 27 principios activos ya incluidos en GFT (se evaluaron marcas comerciales y fármacos adquiridos de proveedores diferentes a los habituales) y 4 fueron nuevos fármacos incluidos en la GFT.

De los fármacos de administración parenteral, se analizaron 20 principios activos ya incluidos en guía. Únicamente, se evaluó un principio activo de nueva inclusión en la GFT. Los fármacos analizados en el grupo de "varios" pertenecen en su totalidad a principios activos ya incluidos en la GFT. En esta fase inicial no se han analizado los medicamentos urgentes adquiridos para un paciente concreto.

Como resultado del análisis de riesgos se elaboraron 12 notas informativas sobre los nuevos medicamentos para difusión entre los profesionales, se actualizaron 3 protocolos y se redactaron 7 nuevas hojas de información

Se concluye que: Tras los 8 meses de aplicación se considera que el procedimiento está consolidado en los dos centros y ha facilitado la ejecución de acciones que mejoran la seguridad. El proceso compartido facilita la aplicación de las prácticas de seguridad en el uso de medicamentos en los dos centros y contribuye reducir la variabilidad. Se buscará la forma para aplicar esta práctica a los medicamentos de adquisición urgente

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 444

TÍTULO: IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS CON DEMENCIA EN FASE AVANZADA Y NECESIDADES DE ATENCIÓN PALIATIVA EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL

AUTORES: SOLÀ GENOVÈS, JOAN (HOSPITAL DE MOLLET. FUNDACIÓN SANITARIA MOLLET); GARCÍA DÍAZ P. (HOSPITAL DE MOLLET. FUNDACIÓN SANITARIA MOLLET); MAUBLANC GUZMÁN, Y. (HOSPITAL DE MOLLET. FUNDACIÓN SANITARIA MOLLET); GARCÍA REBOLLO, A. (HOSPITAL DE MOLLET. FUNDACIÓN SANITARIA MOLLET); BRUGUERA PLANES, N. (HOSPITAL DE MOLLET. FUNDACIÓN SANITARIA MOLLET)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Actualmente, en las residencias geriátricas existe un elevado número de pacientes afectos de deterioro cognitivo. Muchos de ellos se encuentran en una fase muy avanzada y seguirán una trayectoria con múltiples complicaciones previsibles. Para garantizar una atención de calidad en estos casos es imprescindible en primer lugar, identificar estas situaciones para establecer un plan terapéutico individualizado, basado en la planificación anticipada de decisiones, que respetando la voluntad del residente y sus familiares, garantice el abordaje correcto de las diversas complicaciones. El cuestionario NECPAL CCOMS-ICO, es un instrumento que permite identificar, en diferentes enfermedades crónicas, la situación de enfermedad avanzada y establecer el nivel de intensidad terapéutica.

Objetivos: Determinar, mediante la administración del cuestionario NECPAL CCOMS-ICO, los residentes, con deterioro cognitivo en situación de enfermedad avanzada con necesidades de atención paliativa, identificando los pacientes con riesgo de fallecer en los siguientes 6 meses o 12 meses.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo de una cohorte de residentes de la Residencia de Pedra Serrada de Paredes del Valles, durante el período marzo-abril 2015. Se ha realizado una selección mediante la revisión del listado de los residentes con el diagnóstico de demencia mediante las escalas GDS y FAST. Posteriormente, se ha administrado el cuestionario NECPAL CCOMS-ICO identificando los residentes con enfermedades crónicas avanzadas con necesidades atención paliativa.

Resultados Conclusión: Total residentes: 60

Edad media: 85.5 años.

Pacientes con demencia moderada/ grave: 38 (63%).

Distribución por sexo: Mujeres: 29 (76.3%) y hombres: 11 (28.9%).

Tipo de demencia: Alzheimer : 24 (63.1%), Vascular/Mixta: 12 (31.5%), Otros: 2 (5.2%).

Tras la selección de los pacientes con deterioro cognitivo moderado/grave, se han clasificado según las escalas GDS/FAST en los grupos: GDS 6/7, o FAST 6/7.

Posteriormente se ha administrado el instrumento NECPAL por parte del servicio médico y de enfermería del centro, que evidencia que el 100% de los residentes evaluados son positivos en la identificación de enfermedad avanzada.

El cuestionario NECPAL CCOMS-ICO es una herramienta que permite la identificación de demencia avanzada tributaria de atención paliativa.

No es un marcador pronóstico pero es un predictor de mortalidad a medio plazo, lo que permite planificar anticipadamente los cuidados, implementar las curas paliativas, así como establecer de manera consensuada un nivel de intensidad terapéutica individualizado y finalmente determinar la mejor ubicación del paciente ante posibles complicaciones.

Por tanto, creemos aconsejable sistematizar su uso en pacientes con deterioro cognitivo evolucionado.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 445

TÍTULO: FACTORES DE REINGRESOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS EN POBLACIÓN ESTRATIFICADA

AUTORES: ALCALDE BEZHOLD, GUILLERMO (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ALAVA); AYERDI VILCHES, B. (GRUPO DE INTELIGENCIA COMPUTACIONAL, GIC, UPV/EHU); MANZANO RAMIREZ, A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ALAVA); LOPETEGUI ERASO, P. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ALAVA); DIEZ ANDRES, A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ALAVA); BESGA BASTERRA, A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ALAVA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los pacientes mayores representan un grupo de población cada vez más frecuente en los servicios de urgencias (SUH) con un alto riesgo de reingresos (definido como la vuelta al SUH < 30 días) una vez dados de alta del mismo.

Objetivos: El objetivo del estudio es describir los factores más relevantes que predicen los reingresos, considerándolos no solo como un indicador de calidad asistencial sino también como una medida cuyo estudio puede aportar inequívocas oportunidades de mejora de la efectividad y eficiencia clínicas.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Material y Métodos:

De un total de 5000 pacientes de Alava que se encuentran estratificados de acuerdo con su nivel de complejidad, en los niveles 2 y 3 de la pirámide de Kaiser, se incluyeron aquellos que contactaron con el SUH durante el mes de Junio del 2014 (n=297). Edad 77.53 ± 5.91. Se recogieron datos demográficos, sociales, clínicos incluyendo antecedentes personales y motivos de consulta y del tratamiento farmacológico. Para llevar a cabo la predicción de reingresos, se identificaron mediante minería de datos (data mining) las variables más discriminantes, y se construyeron clasificadores mediante métodos de aprendizaje automático (machine learning) que proporcionaron las predicciones.

Resultados Conclusión: Resultados: La discriminación entre reingresadores (n=64) y no reingresadores (n=233) alcanzó una AUC del 82.49%, una sensibilidad del 42.19% y una especificidad del 93.56%. Las variables que mostraron mayor valor predictivo de reingresos fueron: el grado de comorbilidad, la patología psiquiátrica y vascular, la edad y factores sociales como tener cuidador y vivir solo. Destaca también como factor predictivo el número y tipo de fármacos que toma el paciente, especialmente los antipsicóticos e inhaladores.

Conclusión: los programas orientados a evitar los reingresos deben incluir la valoración global del paciente y no centrarse de forma exclusiva en enfermedades específicas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 446

TÍTULO: EL PROCESO DE REALIZACIÓN DE BIOPSIAS INTRAOPERATORIAS: MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES: SALTO GÓMEZ, RICARDO JOSÉ (HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS); MATA ROBLEDOS, R. (HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS); ORTEGA MEDINA, L. (HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS); SAIZ-PARDO SAINZ, M. (HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS); FERNANDEZ ACEÑERO, M. J. (HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS); PASCUAL MARTIN, A. (HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Una vez implantado el proceso de realización de biopsias intraoperatorias, en el que el sistema de comunicación al bloque quirúrgico del resultado provisional siempre ha sido vía telefónica, se detectó que habitualmente el receptor de la información no es personal facultativo participante en la intervención, por lo que existe riesgo de errores en la transmisión de información, además un pequeño cambio en la descripción literal del diagnóstico puede alterar las decisiones a tomar en la técnica quirúrgica, planteando la necesidad de mejoras que incrementen la seguridad del paciente.

Desde 2012, el Servicio de Anatomía Patológica (APA) implementó un sistema de gestión de calidad (SGC) basado en la NORMA ISO 9001, y en 2013 se integró en el sistema de gestión de calidad y ambiental SGCA del hospital. El alcance de la actividad de APA desde sus orígenes ha incluido la realización de la manera más eficaz y eficiente de las biopsias intraoperatorias solicitadas.

Objetivos: El objeto es incrementar la seguridad del paciente en el proceso de realización de biopsias intraoperatorias.

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Con el objeto de incrementar la seguridad del paciente en el proceso, se estableció como acción de mejora, el cierre del informe de biopsia intraoperatoria en el sistema informático en el momento de transmitir la información al bloque quirúrgico vía telefónica, ofreciendo la posibilidad de cotejar la información en caso de duda en la información verbal transmitida.

Se estableció como indicador el cierre del informe de biopsia intraoperatoria en el momento de transmitir la información.

Resultados Conclusión: En el año 2014 el indicador del proceso de realización de biopsias intraoperatorias de cierre del informe en menos de 24 horas ofreció un resultado del 85 %. A finales de 2014 se implantaron las acciones y se estableció el indicador con una meta del 70 %, reservando el 30 % restante, para las biopsias múltiples del mismo paciente y las biopsias de trasplantes cuyos datos se encuentran fuera del sistema en cumplimiento de la legislación en trasplantes de órganos.

Tras seis meses de implantación se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- Los facultativos solicitantes manifiestan que la posibilidad de cotejar la información en tiempo real, evita el incremento de tiempos quirúrgicos respecto a las consultas telefónicas.
- En los primeros 5 meses del año 2015 el 73 % de los informes de biopsias intraoperatorias se cierra en el momento de transmitir la información por vía telefónica.
- Evitar el incremento de tiempos quirúrgicos y asegurar la posibilidad de cotejar la información recibida por vía telefónica incrementan la seguridad del paciente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 447

TÍTULO: EL PROCESO DE REALIZACIÓN DE AUTOPSIAS CLINICAS: MEJORA DE LA EFICACIA Y LA EFICIENCIA ASISTENCIAL

AUTORES: SALTO GÓMEZ, RICARDO JOSÉ (HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS); MATA ROBLEDO, R. (HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS); ORTEGA MEDINA, L. (HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS); SAIZ-PARDO SANZ, M. (HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS); IGLESIAS RODRIGUEZ, J. C. (HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS); ALGUACIL PAU, A. I. (HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Uno de los motivos reconocidos internacionalmente para la realización de una autopsia clínica, es el de "completar estudios clínicos de pacientes fallecidos en el hospital", tras la primera versión del Proceso de realización de autopsias clínicas (2013), se detectó que los tiempos de emisión del informe definitivo, superaba los 90 días, lo que es un factor, según estudios internacionales, en la disminución de petición de autopsia, por lo que en 2014 se decidió implantar un plan de mejora que aportase soluciones prácticas.

Desde 2012, el Servicio de Anatomía Patológica (APA) ha implementado un sistema de gestión de calidad (SGC) basado en la NORMA ISO 9001, y en 2013 se integró en el sistema de gestión de calidad y ambiental SGCA del hospital. El alcance de la actividad de APA desde sus orígenes ha incluido la realización de la manera más eficaz y eficiente de la Autopsias Clínicas solicitadas.

Objetivos: El objetivo principal es mantener el objeto del proceso en cuanto a completar estudios clínicos de pacientes fallecidos en el hospital y facilitar información fiable y suficiente para que al facultativo solicitante le resulte de utilidad.

Como objetivo secundario se planteó la posibilidad de aumentar la calidad percibida por parte de los facultativos solicitantes y de esta forma obtener un incremento en el número de peticiones.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se han planificado dos acciones de mejora: Establecer el envío de un informe provisional pendiente de estudios histológicos en un plazo inferior a 7 días.

Construir un indicador de proceso específico que nos permita valorar su eficacia.

Resultados Conclusión: En los últimos años, el número de autopsias clínicas solicitadas se ha visto reducido progresivamente, en 2012, 2013 y 2014 se realizaron 77, 70 y 72 autopsias clínicas respectivamente.

A finales de 2014 se implantó la acción planificada y se estableció el indicador con una meta del 90% de informes provisionales enviados en menos de 7 días naturales, reservando el otro 10 % para los casos en los que no exista la posibilidad de avanzar resultados por sospecha de divergencias significativas con el informe definitivo.

Tras seis meses de la implantación, haber mantenido entrevistas aleatorias con los facultativos solicitantes y las opiniones recogidas en las diferentes sesiones clínicas multidisciplinares en las que participan servicios desde los que se solicitan autopsias clínicas, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- Se cumple el objetivo de completar estudios clínicos de pacientes fallecidos en el hospital y facilitar información fiable y suficiente para que al facultativo solicitante le resulte de utilidad.
- Los facultativos solicitantes manifiestan el aumento de la calidad percibida respecto a la utilidad de la petición de autopsias clínicas.
- En los primeros 5 meses del año 2015 se ha producido un aumento del 18% en el número de solicitudes de autopsias clínicas respecto a 2014, 35% respecto a 2013 y 22% respecto a 2012.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 448

TÍTULO: ¿SE CUMPLEN LAS EXPECTATIVAS DE LOS FAMILIARES EN LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS EN EL ÁMBITO DE URGENCIAS?

AUTORES: VAZQUEZ GONZÁLEZ, ANTONIA (HU VIRGEN DEL ROCÍO); LÓPEZ RODRÍGUEZ, L. (HU VIRGEN DEL ROCÍO); PÉREZ TORRES, I. (HU VIRGEN DEL ROCÍO); ALONSO ARAUJO, I. (HU VIRGEN DEL ROCÍO); LÓPEZ GARCÍA, B. (HU VIRGEN DEL ROCÍO); LUQUE RAMIREZ, J. M. (HU VIRGEN DEL ROCÍO).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En los servicios de urgencias, el contexto en el que se ofrece la información que va a variar dependiendo de cuestiones como, los horarios, la demanda asistencial, etc., la disponibilidad de consulta específica. Analizar el modo en que se está produciendo el proceso de comunicación desde el punto de vista de los familiares implicados en el mismo, puede resultar pertinente, al permitir ofrecer un poco de luz a este complejo proceso.

Objetivos: Conocer cómo se comunican las malas noticias al familiar/es de los pacientes en situación grave en las unidades de gestión clínica de cuidados críticos y urgencias del HU Virgen del Rocío de Sevilla.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio epidemiológico descriptivo transversal. Realizado en el HU Virgen del Rocío, en la UGC Cuidados Críticos y Urgencias de los centros que lo conforman: HG, HRT, HMI. Durante seis meses, de enero- junio 2014. Dos tipos de muestras: Una muestra corresponde a profesionales de distintas categoría que trabajan en las unidades de cuidados críticos y urgencias de los centros anteriormente citados. Otra muestra corresponde a los familiares de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados críticos y urgencias de los hospitales anteriormente mencionados durante el mes de abril del año 2014. Se paso un cuestionario con todas las variables: variables descriptivas del proceso comunicativo, variable que dificultan la comunicación, variables referentes al contexto. Análisis de lo datos SPSS. 22.0

Resultados Conclusión: No todos los familiares comprende la información recibida, igual ocurre con la aclaración de dudas y la posibilidad de preguntar todo lo que se le planteara, no todos se sienten escuchados, ni sienten cercano al profesional, si refieren amabilidad por parte de los profesionales casi en la totalidad. No todos los familiares se sienten comprendidos ni apoyados, se destaca que la mayoría de los familiares no han recibido ningún contacto físico por parte del profesional en el momento de darle la mala noticia y no todos los familiares están de acuerdo con la cantidad de información transmitida. A pesar de todo, un elevado porcentaje de familiares refieren tener un alto grado de satisfacción con el trato recibido durante la comunicación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 449

TÍTULO: PROCESO DE CONTROL DE LA ATENCIÓN FUNERARIA: UN MODELO EFICIENTE DE GESTIÓN

AUTORES: SALTO GÓMEZ, RICARDO JOSÉ (HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS); IGLESIAS RODRIGUEZ, J. C. (HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS); IZQUIERDO DOYAGUEZ, P. L. (HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS); ESCARPA FALCO, C. (HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS); FERNANDEZ MENESES, M. C. (HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS); CRECENTE CALDERON, J. (HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Tras la creación de la Unidad de Sanidad Mortuoria (USM) se promovió el desarrollo e implementación del proceso de control de la atención funeraria, cuyo objeto es promover el acceso a este servicio por parte de las familias y/o representantes de los fallecidos con las mayores garantías de libre competencia y respeto a la situación emocional en las que se presta dicho servicio, así como limitar y controlar su repercusión en las diferentes áreas de hospitalización, partiendo de las premisas:

- Es un servicio necesario para nuestros usuarios.
- Es un servicio completamente privado
- Debemos proteger la imagen de nuestra institución y a nuestros usuarios.

Desde 2009, la USM ha implementado un sistema de gestión de calidad (SGC) basado en la NORMA ISO 9001, y en 2013 se integró en el sistema de gestión de calidad y ambiental SGCA del hospital. El alcance de la actividad de la USM desde sus orígenes incluye la atención a las familias y/o representantes de los fallecidos.

Objetivos: Promover el acceso a los servicios funerarios por parte de las familias y/o representantes de los fallecidos con las mayores garantías de libre competencia y respeto a la situación emocional en las que se presta dicho servicio, así como limitar y controlar su repercusión en las diferentes áreas de hospitalización.

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Se han planificado 3 áreas de actuación:

- Establecer un despacho de atención funeraria como único lugar autorizado en la institución.
- Establecer compromisos de cumplimiento del proceso por parte de las empresas funerarias.
- Garantizar que cuando los familiares reciben la documentación necesaria el fallecido ya se encuentra en la USM.

Resultados Conclusión: En el año 2012 el precio medio de un servicio funerario contratado en la institución era de 2.580 € (datos facilitados por empresas funerarias con presencia habitual en la institución).

En el año 2013 el coste medio de un servicio funerario paso a ser de 2.120 €, un ahorro por servicio de 460 € teniendo en cuenta que se prestaron 1577 servicios funerarios, el ahorro acumulado por los familiares es de 725.420 €.

Los resultados de 2014 presentan un coste medio de 2.030 € un ahorro de 550 € teniendo en cuenta que se prestaron 1460 servicios funerarios, el ahorro acumulado por los familiares es de 819.500 €.

La implantación del proceso de control de la atención funeraria, presenta mejoras significativas en la atención recibida por los familiares y/o representantes de los pacientes fallecidos en nuestra institución y evita la presencia de empresas de carácter privado realizando labores comerciales en nuestra institución.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 450

TÍTULO: INFORMACION AL PACIENTE Y/O FAMILIA EN UNA UGC: NORMALIZACION DE UN ACTO CLINICO

AUTORES: LOPEZ MARINAS, FRANCISCO (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS); CAMPO BOLAÑOS, S. (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS); CARCABA FERNANDEZ, V. (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS); IBARBUREN GONZALEZ, R. (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS); MENENDEZ PIQUERO, S. (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El titular del derecho a la información es el paciente. Los pacientes y con su consentimiento los familiares más cercanos o personas por él designadas, tienen derecho a recibir información sobre el proceso clínico y el plan asistencial seguido, según dispone la Ley General de Sanidad (art. 10.5). Respetando en todo momento la confidencialidad, seguridad e integridad de los datos.

La información al paciente y/o familia es un valor fundamental de la relación médico-paciente. Siendo una actividad propia y cotidiana del quehacer clínico como lo es el proceso diagnóstico o de tratamiento, Pero no siempre a este proceso se le da la importancia adecuada por lo tanto no se incluye dentro de las actividades diarias de una forma reglada, creando insatisfacción al paciente y/o familia y numerosos conflictos.

Objetivos: Normalizar la Información a Pacientes y/o Familia después de un proceso de traslado a un nuevo Hospital.

Mejorar la satisfacción por la atención recibida en nuestro Servicio por parte del Paciente y/o Familia.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El desarrollo de este Plan conlleva la participación de todo el personal de la Unidad de Gestión Clínica : 23 Médicos ,43 Enfermeras ,41 Aux. Enfermería ,2 Aux. administrativas y 10 MIR y unas necesidades:

1. Elaboración del procedimiento: "Plan de Información a Pacientes y Familia"
2. Díptico de Acogida con toda la información no clínica sobre el funcionamiento general del Hospital y específica de la Unidad de Hospitalización (UH) así como la explicación sobre el circuito de información.
- 3 Buzones
4. Tarjetas de visita

El procedimiento ha sido implantado el 1/11/2014 tras una información previa a todo el Personal del Servicio.

Al ingreso del paciente y a la llegada a la UH se entrega el díptico de acogida siendo explicado por la Enfermera, posteriormente en la primera visita el Médico Responsable se presenta al paciente y/o familia y ha entrega de su tarjeta de visita en la que figura el lugar, los días y el horario donde se realiza la información.

Resultados Conclusión: La acogida del procedimiento ha sido muy distinta entre el equipo de Enfermería y Administrativo y los Médicos. Entre la acogida ha sido positiva en el 100% de los casos. Por parte Médica la acogida ha sido negativa en el 52% de los casos.

La implantación entre los primeros es de un 100% desde el principio, mientras que por parte Médica ha sido progresiva durante este periodo, llegando en estos momentos a un 69.5%.

En cuanto al estudio empírico de calidad percibida por el paciente y/o familia hemos observado: Aumento en la satisfacción por el trato recibido, Disminución de los conflictos , Mejora de la ansiedad y preocupación por la incertidumbre.

Como principio general de la información, siempre debería anticiparse a la solicitud de los pacientes. La ausencia de información necesitada es una fuente segura de ansiedad e incluso desesperación, sobre todo en momentos de especial preocupación y no satisfacerla a tiempo origina numerosos conflictos evitables

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 451

TÍTULO: EL PROCESO DE GESTION DE LOS FALLECIDOS: MEJORA DE LA EFICACIA Y LA EFICIENCIA ASISTENCIAL

AUTORES: LOPEZ GARCIA, MARIA PAZ (HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS); SALTO GOMEZ, R. J. (HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS); ALVAREZ GOMEZ, S. (HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS); IGLESIAS RODRIGUEZ, J. C. (HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS); SANTIAGO SAIZ, A. S. (HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS); ALGUACIL PAU, A. I. (HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Tras la creación de la Unidad de Sanidad Mortuoria (USM) se promovió el desarrollo e implementación de un aplicativo informático específico que asegurara la correcta explotación de los datos relativos a la gestión y trazabilidad de los fallecidos, de forma que se pudieran obtener datos fiables respecto a la eficacia y eficiencia del proceso de gestión de fallecidos y su repercusión en las diferentes áreas de hospitalización. Realizados diferentes análisis multivariable, se detectó que los tiempos de estancia de los fallecidos eran muy elevados, lo que se planteó la necesidad de desarrollar planes de mejora que pudiesen disminuir los tiempos de estancia.

Desde 2009, la USM ha implementado un sistema de gestión de calidad (SGC) basado en la NORMA ISO 9001, y en 2013 se integró en el sistema de gestión de calidad y ambiental SGCA del hospital. El alcance de la actividad de la USM desde sus orígenes ha sido gestionar todos los pacientes fallecidos en el Hospital y los restos anatómicos humanos de entidad suficiente, originados en el centro, la atención a las familias y/o representantes de los fallecidos.

Objetivos: Obtener una disminución significativa los tiempos de estancia de los fallecidos en las diferentes áreas de hospitalización que permitiese reducir los tiempos de espera para las hospitalizaciones no programadas, reduciendo los costes de hospitalización por paciente fallecido y en el acumulado anual significativo.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se ha planificado la siguiente secuencia de actuación:

Establecer que el cadáver esté preparado para su retirada como requisito para facilitar al personal facultativo toda la documentación necesaria para la tramitación, por lo que este solicita al personal de enfermería la rápida preparación del cadáver para poder obtener la documentación.

Establecer en 30 minutos el tiempo máximo de recogida del fallecido desde la recepción del aviso, excluyendo del alcance los donantes de órganos por sus especiales características.

La implantación de las acciones de mejora se pudo realizar al estar aprobadas por la dirección del centro.

Resultados Conclusión: La USM ha gestionado en los últimos 5 años, 1301, 1382, 1530, 1577 y 1490 fallecidos adultos incluidos en el alcance respectivamente.

En el año 2009 el promedio de tiempo de estancia del fallecido en las áreas de hospitalización fue de 4 horas 45 minutos.

En los años 2010, 2011, 2012, 2013 y 2014 tras implantar las acciones planteadas, los promedios de tiempo de estancia en las áreas de hospitalización fueron 2 h. 5 m, 1 h. 48 m, 1 h. 37 m, 1 h. 32 m y 1h. 27 m respectivamente.

Los resultados de 2014 presentan una reducción de 3 horas 18 minutos por fallecido, presentado una reducción anual de 4917 horas respecto a 2009.

Considerando el coste de la estancia media de hospitalización en servicios médicos sin considerar los costes de estancia en UCI es de 912,92€, la minoración de costes conseguidos en el periodo en términos equivalentes a horas ha sido de 187.034,48€.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 454

TÍTULO: COACHING EN ATENCIÓN PRIMARIA: FORMACIÓN DE 'OTRAS COMPETENCIAS PROFESIONALES'

AUTORES: MARTINEZ ARGUELLES, BEGOÑA (ÁREA SANITARIA III AVILES); FRANCO VIDAL, A. (ÁREA SANITARIA I JARRIO); FOLGUEIRAS ARTIME, M. (ÁREA SANITARIA III AVILES); VILLA CASAL, J. P. (TALENT)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El trabajo actual de los profesionales de Atención Primaria se caracteriza por la necesidad de competencias profesionales como comunicación, empatía, trabajo en equipo que son difíciles de evaluar y a veces de trabajar en el día a día. La utilización de técnicas de evaluación de competencias y el coaching se han demostrado útiles en las políticas de recursos humanos. La falta de motivación aparece en numerosos artículos como uno de los principales problemas a la hora de desarrollar la actividad diaria.

Objetivos: Evaluar las competencias profesionales para el desarrollo del puesto de médico de atención primaria de profesionales adscritos al Área Sanitaria I y III. Conocer la opinión de los mismos en cuanto a una nueva experiencia en cuanto a política de recursos humanos en el sector sanitario.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se llevó a cabo un coaching en el ámbito de Atención Primaria en el mes de noviembre del 2014. Los destinatarios del mismo fueron 16 médicos de familia.

Desarrollo del coaching; inicialmente se llevó a cabo un autodiagnóstico de "Competencias Assessment Centre o test de Competencias" on-line, cuya finalidad es obtener información relevante sobre competencias (Capacidad de Trabajo, Seguridad en sí Mismo, Influencia, Flexibilidad, Orientación a Resultados, Esmero, Orientación a la acción, Inteligencia social, Estabilidad emocional, Sensación de Control, Competitividad, Iniciativa, Liderazgo y Orientación al ocio). Posteriormente se realiza un "Taller de Business Games" de 8 horas de duración. En días posteriores se citaron a los profesionales de Atención Primaria en "Sesiones de Coaching Individual" con una duración de 60-75 minutos en los que el coach por medio de preguntas les ayuda a clarificar competencias, problemas, ideas, etc. Para terminar cada alumno debe realizar un plan de mejora e implantarlo en su puesto y organización.

Resultados Conclusión: Entre las competencias destacadas como 'fuertes' dentro de los médicos de atención primaria se encontraban el esmero, la orientación a la acción, la inteligencia social y la estabilidad emocional. Como puntos 'débiles' aparecían sensación de control, competitividad, iniciativa, liderazgo y orientación al ocio.

El coaching ha constituido una herramienta bien aceptada por los profesionales.

Nos ha permitido plantear áreas de mejora en competencias para las cuales no tenemos otros medios de detección: entrenamiento en gestión del tiempo y gestión del conocimiento, entrenamiento en autocontrol y gestión de la ansiedad, etc

Podría considerarse una herramienta de detección de competencias de los profesionales y mejora de aquellas más débiles.

Encontrando entre sus ventajas: formación a medida de las necesidades de los profesionales, ayuda a redefinir propósitos o metas individuales sin aparente esfuerzo y promueve el autoaprendizaje.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 455

TÍTULO: ANÁLISIS DEL RESULTADO DE UNA CAMPAÑA DE PROMOCION DE PROGRAMACIÓN DE VISITAS TELEMÁTICAS EN UN CENTRO DE SALUD (CDS).

AUTORES: GASCÓN FERRET, JORDI (CASAP CAN BOU); MARTÍ SADURNI, L. L. (CASAP CAN BOU); PUIG CAMPILLO, A. (CASAP CAN BOU); BAIGET ORTEGA, A. (CASAP CAN BOU); HURTADO COLMENERO, N. (CASAP CAN BOU); TELLO PEREZ, A. (CASAP CAN BOU).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El Departament de Salut ofrece un servicio de programación on-line para citas previas (P) en los EAP (Equipos de Atención Primaria). Sin embargo hemos detectado una falta de información al respecto entre nuestros usuarios con elevado porcentaje de llamadas demandando la programación de este tipo de visitas.

En nuestro EAP decidimos iniciar una campaña de promoción de la web de programación entre nuestros usuarios.

Utilizamos básicamente dos estrategias:

1. Repartimos folletos explicativos sobre cómo programar las visitas a través de la web.
2. Colocamos en las pantallas del centro anuncios sobre cómo programar las vistas de forma telemática.
3. Ofreciendo de forma proactiva la posibilidad de programar las visitas de forma virtual en el momento de recibir las llamadas en centralita del centro de salud.

Objetivos: Valorar la eficacia de la campaña.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: CDS urbano. Población asegurados 29.900 hb. Con 12MF, 16INF, 4PED, 1ODN y 1 FS

Registro del motivo de las llamadas entrantes. Mayo (2013-2014) y Mayo (2014-2015)

Comparación interanual del volumen de llamadas y el porcentaje de cada tipo.

Registro del número de llamadas programadas directamente en Internet Mayo (2013-2014) y Mayo (2014-2015)

Resultados Conclusión: - N(2014) = 1994 N(2015) = 1397

- El porcentaje de llamadas que se pueden solucionar desde la web ha disminuido en un 2,65 %

- De estas:

o Programación de citas previas (cp) 10% (2013-2014) 7,7% (2014-2015).

o Consulta de cp 3,4% (2013-2014) 2,4% (

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 456

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA EXISTENCIA DE INFORMES DE ALTA INFORMATIZADOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES: ROJAS LUAN, ROXANA (HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); CANTERO SANDOVAL, A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); MARIN MARTINEZ, J. M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); TORRES MARIN, M. E. (HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); MANZUR ROJAS, P. (HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); GARRE GARCIA, A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El informe de alta es un instrumento clave para la asistencia sanitaria, continuidad asistencial a diferentes niveles, así como información escrita para el paciente y siendo regulada su obligatoriedad por ley.

Objetivos: Evaluar la existencia del informe de alta informatizado por cada proceso de urgencias abierto en el Servicio de Urgencias del HCUVA.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio observacional descriptivo retrospectivo.

Realizado en el servicio de urgencias del HCUVA, mediante muestreo aleatorio simple. La recogida de datos se realizó en los 7 días de la semana de forma aleatoria en el mes de enero 2014. Se revisó la existencia de los informes de alta informatizados en Selene realizados por el servicio de urgencias general de HCUVA (ya sea por los adjuntos del servicio o por los residentes a cargo de los primeros).

Como mecanismo de sustitución se utilizará el número siguiente de orden al que se sustituye. Excluyendo aquellos informes de alta realizados por oftalmología, otorrinolaringología, traumatología, cirugía maxilofacial y cirugía general. La fuente de datos utilizada fue el sistema informático SELENE.

Resultados Conclusión: Al analizarlas se evidenció la inexistencia de informes de altas informatizadas de urgencias en 6 procesos de urgencias registrados correspondiendo esto a un 8% del total de la muestra. Se evidenció la existencia de formulario en un 33% de los casos con informes inexistentes, en los cuales coincidentemente el motivo de alta era el ingreso hospitalario.

Al analizar los autores de los informes de alta del servicio de urgencias pudimos evidenciar que el 68.7% de estos son realizados por los residentes y el 31.2% por los adjuntos del servicio.

Conclusiones:

En el presente estudio se evidenció que existen atenciones en el servicio de urgencias que al concluir no cuentan con un informe de alta. Por lo que se incurre en un defecto de calidad asistencial importante e incumplimiento de la ley.

Sería conveniente realizar un ciclo de mejora para lograr que la existencia de los informes de alta tras la atención en el servicio de urgencias sea del 100%.

Hubo un 8% que se registró en urgencias abriendo un proceso de los cuales el 33% fueron ingresos hospitalarios con formularios.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 457

TÍTULO: ¿CUMPLIMOS LAS ENFERMERAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD?

AUTORES: PÉREZ TABOADA, SILVIA (HOSPITAL SAN AGUSTÍN. ÁREA III. AVILÉS); GANCEDO GARCÍA, A. (ATENCIÓN PRIMARIA. ÁREA V. GIJÓN); RIAÑO GALÁN, I. (HOSPITAL SAN AGUSTÍN. ÁREA III. AVILÉS); FERNÁNDEZ CARREIRA, J. M. (HOSPITAL SAN AGUSTÍN. ÁREA III. AVILÉS); FEITO ÁLVAREZ, M. (HOSPITAL SAN AGUSTÍN. ÁREA III. AVILÉS)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los profesionales de enfermería son los trabajadores sanitarios que presentan mayor exposición al riesgo biológico (RB) debido al contacto directo en el desempeño de sus cuidados, de las técnicas invasivas que realizan y de los desechos que se producen. Por todo ello, resulta fundamental el cumplimiento de las medidas preventivas.

Objetivos: Objetivo principal: determinar el conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad relacionadas con RB de las enfermeras de los servicios especiales de un hospital. Objetivos secundarios: describir la accidentabilidad por RB de las enfermeras que actualmente trabajan en estos servicios especiales, comprobar si creen poseer suficientes conocimientos acerca de bioseguridad en relación al RB y si declaran los accidentes sufridos, analizar si existe relación entre el grado de conocimiento en bioseguridad en su práctica diaria con el tiempo trabajado, la incidencia de accidentes biológicos, el servicio. Evaluar si la experiencia laboral influye en la aplicación de las medidas de bioseguridad.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio observacional descriptivo de tipo transversal. Se diseñó un cuestionario específico que fue difundido durante el mes de abril de 2015 en los servicios de urgencias, UCI, hemodiálisis, banco de sangre, hospital de día médico y quirúrgico del hospital. Criterios de inclusión: trabajar en los servicios incluidos y cumplimentar al menos el 75% de los ítems. Análisis estadístico con el programa SPSS 21. Se realizó un resumen descriptivo y se analizaron diferentes asociaciones entre variables con pruebas de Chi cuadrado, Kruskal Wallis y Correlación de Pearson.

Resultados Conclusión: El índice de respuesta fue del 90%. Los conocimientos en materia de bioseguridad son buenos en ocho de cada diez profesionales aunque la mayoría creen poseer conocimientos inadecuados. Sin embargo, necesitan mejorar la aplicación de los equipos de protección individual y con ello las medidas de bioseguridad. El 65% de los profesionales estudiados ha sufrido al menos un accidente con RB en este hospital, siendo el pinchazo durante la canalización de vía venosa o extracción sanguínea el más frecuente. Los profesionales que trabajan en la UCI son los que menos inoculaciones accidentales con RB han sufrido, siendo los trabajadores de urgencias los más accidentados. La mayoría de las enfermeras atribuyen la causa del accidente al exceso de trabajo. Casi el 50% de los profesionales no declara los accidentes sufridos. A mayor nivel de conocimiento, mayor es la aplicación de las medidas de bioseguridad ($R=0,423$) ($p < 0,001$). No se halló asociación entre la experiencia profesional con el grado de conocimiento ($p=0.187$) ni con la aplicación de las medidas de bioseguridad ($p=0.143$). No se encontró asociación entre conocimiento y número de accidentes sufridos ($p=0,27$) ni servicio de trabajo ($p=0.038$). Las enfermeras parecen tener las ideas teóricas claras, pero aún realizan prácticas de riesgo por lo que se deberían promover campañas de información, formación y supervisión.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 459

TÍTULO: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS: STRATIFY EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

AUTORES: ARANDA GALLARDO, MARTA (AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL); ENRIQUEZ DE LUNA RODRÍGUEZ, M. (AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL); VAZQUEZ BLANCO, M. J. (UNIDAD DE RESIDENCIAS DISTRITO MÁLAGA); TIMONET ANDREU, E. M. (AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL); CARABALLO NUÑEZ, M. A. (AGENCIA SANITARIA ALTO GUADALQUIVIR); SÁNCHEZ MORENO; M. V. (AGENCIA SANITARIA ALTO GUADALQUIVIR).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Las caídas son la causa predominante de lesiones en personas mayores de 65 años. Se han desarrollado instrumentos de valoración del riesgo de caídas, testados en entornos distintos a los que fueron desarrollados, obteniendo distintos resultados y dificultades para su uso generalizado. Las guías de práctica actuales y las estrategias de seguridad de los servicios sanitarios recomiendan su utilización previa evaluación en el entorno donde se pretendan implementar. El instrumento de valoración de caídas STRATIFY resultó ser el más idóneo para utilizar en hospitales de agudos según una revisión sistemática y metaanálisis previo efectuado por los autores.

Objetivos: El objetivo general fue evaluar la precisión del instrumento STRATIFY para detectar el riesgo de caídas y predecirlas en hospitales de agudos.

Los objetivos específicos fueron:

1. Someter la escala STRATIFY a validación psicométrica (fiabilidad y validez) en pacientes hospitalizados agudos.
2. Determinar su validez diagnóstica.
3. Comparar la precisión diagnóstica de la escala STRATIFY con la escala Downton en hospitales de agudos.
4. Comprobar el efecto de la re-evaluación periódica de los pacientes con estos instrumentos sobre el rendimiento diagnóstico de los mismos.

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Estudio longitudinal, multicéntrico, de seguimiento prospectivo de una cohorte de pacientes reclutada. Se solicitó consentimiento a los pacientes que cumplieran los criterios de inclusión y se les realizó una valoración inicial con Downton (usada habitualmente) y STRATIFY en las primeras 24 horas de ingreso. Se reevaluó a los pacientes con ambos instrumentos cada 72 horas hasta el alta. El estudio se realizó desde mayo de 2014 hasta enero de 2015. Mediante análisis exploratorio se realizó estadística descriptiva de las variables. Se realizó análisis bivalente. La validez diagnóstica se evaluó mediante los cálculos de sensibilidad y especificidad. Se realizó análisis de Kaplan-Meier para evaluar la evolución de las caídas de forma longitudinal.

Resultados. Conclusión: Se captaron 218 pacientes a los que se realizaron 656 valoraciones. El 58,3% de la muestra eran mujeres, sin diferencias significativas por sexos. La edad media fue de 61,46 años (DE 18,26). El 32% de los pacientes recibieron dos seguimientos. Se produjeron 6 caídas en 6 pacientes (2,75%), sólo en un caso se objetivó algún daño, consistente en hematoma. Para valorar el comportamiento clinimétrico de ambas escalas se calcularon las curvas ROC con los resultados de éstas respecto a las valoraciones previas a las caídas acontecidas: valoración inicial, 1ª, 2ª y 3ª reevaluaciones, siendo en ésta última donde se obtuvieron resultados estadísticamente significativos para STRATIFY: AUC= 0,85 (p= 0,017); sensibilidad= 75%; especificidad= 81,3% para un punto de corte de 1,5.

Los resultados preliminares del estudio parecen apuntar que STRATIFY se comporta mejor que Downton en la predicción de caídas en hospitales, si bien la baja incidencia de caídas dificulta la correcta interpretación de los resultados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 460

TÍTULO: CERTIFICACIÓN DE UNA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. NORMA UNE-EN-ISO 9001-2008

AUTORES: VELASCO VELASCO, RAFAEL (CENTRO DE SALUD TALAVERA CENTRO-UNIDAD DE FISIOTERAPIA AP-); GARCÍA DURÁN, S. (CENTRO DE SALUD OROPESA-UNIDAD DE FISIOTERAPIA AP-); DULANTO BANDA, R. (UNIDAD DE CALIDAD, FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA-GAI TALAVERA-); LABRADOR GARCIA, M. E. (CENTRO DE SALUD RIO TAJO. UNIDAD DE APOYO DE FISIOTERAPIA AP); PEREZ DEL PINO, C. (CENTRO DE SALUD TALAVERA CENTRO. UNIDAD DE APOYO DE FISIOTERAPIA AP)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El Servicio de Fisioterapia de AP de Talavera de la Reina buscaba en su ámbito de prevención y promoción de la salud la inmersión en un proceso de mejora continua. Se revisó experiencias previas y no se encontraron.

Objetivos: Certificar el servicio de Fisioterapia de Área, de Atención Primaria mediante un sistema de gestión de calidad, tomando como referencia una norma internacional basada en un enfoque por procesos y en la mejora continua.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se realizaron reuniones informativas a priori de todo el servicio y se recabó el compromiso por escrito de todos los miembros en la consecución y mantenimiento de la certificación. Se habilitó un Sistema de Trabajo Compartido en línea. Se actualizó el manual de calidad y se creó un manual de organización presentando a la unidad, su organigrama, la cartera de servicios y la documentación del sistema. Se agregó un proceso estratégico como fue la Promoción para la Salud. Los procesos operativos se encuadraron en la atención fisioterapéutica individual, la atención en grupo terapéutico, y Educación para la Salud. Cada proceso operativo se le asoció un conjunto de indicadores que permitieron conocer los resultados obtenidos, analizar las desviaciones trimestralmente e implantar mejoras. El análisis de la comunicación con los clientes se lleva a cabo gracias a 5 procedimientos generales. Existen 7 procesos de apoyo. Se visibilizaron clientes internos, externos, y grupos de interés aliados como la red de ciudadanos expertos y diferentes asociaciones de enfermos y familiares.

Resultados Conclusión: El sistema se implantó satisfactoriamente. Hubo 30 reuniones oficiales, registradas, desde el 01/06/2013 hasta el 14/05/2015. El número de horas dedicadas per capita alcanza a más de 100 horas. Se han registrado 15 incidencias y 3 No conformidades. Se ha instaurado un Plan de Mantenimiento preventivo de los equipos en uso, habiéndose revisado los de todas las salas de Fisioterapia. Se ha cumplido al 100% de todas las actividades programadas para la fecha recogidas en el Plan de Formación. Uno de los principales aspectos más complejos que se tuvo que superar fue el recoger en un solo proceso operativo toda la Educación para la Salud por su amplia variabilidad, y la vinculación al cumplimiento a nuestros estándares de calidad de servicios como el de mantenimiento. En el seguimiento de indicadores del proceso de grupo terapéutico se desglosa por Zonas Básicas de Salud y por temática pudiendo adecuar las necesidades a los recursos existentes de forma más objetiva. En el seguimiento de indicadores de Grupos de Educación para la Salud se analiza por miembros y sesiones realizadas. Existe una evaluación de los tres principales proveedores de forma trimestral. Se ha pasado una auditoría interna y otra externa obteniendo la certificación excepto una no conformidad ya resuelta en plazo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 461

TÍTULO: DESCRIPCIÓN DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUA PARA LOS ADMINISTRATIVOS SANITARIOS DE UN EAP

AUTORES: GASCÓN FERRET, JORDI (CASAP CAN BOU)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los administrativos sanitarios tienen cada vez un papel más activo en la gestión de la demanda en los centros de salud. El uso de herramientas informáticas y el conocimiento de los circuitos así como la adquisición de determinadas habilidades son básicos para el desempeño de su función.

Por eso es necesaria una formación adecuada tanto en la incorporación como durante todo el ejercicio de sus funciones.

Nuestro centro ha desarrollado todo un proceso de formación que se inicia en el momento de incorporar a la persona y continúa durante toda su permanencia en el centro.

Objetivos: Explicar nuestro programa de formación continua desde la incorporación del colaborador.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Programa de incorporación:

- 4 horas de explicación teórica sobre el centro, el soporte informático y circuitos de programación.
- Entre 15 y 30 horas de prácticas con un formador. Ocupando el mismo lugar de trabajo. Primero observando cómo trabaja el formador y luego programando bajo su supervisión.
- Un mes trabajando en el mismo turno que el formador tomando a este como único referente.
- Dos meses de seguimiento. Con revisión de las programaciones y resolución de dudas, siempre a cargo del formador.
- Si la persona recién incorporada no necesita más apoyo pasa a al programa de formación continua.

Programa de formación continua:

- Reuniones de repaso para afianzar los conocimientos en programación y circuitos.
- Formación en lenguaje sanitario.
- Formación en habilidades de comunicación.
- Formación en idiomas.

Los administrativos sanitarios tienen una sesión de formación al menos una vez a la semana.

Resultados Conclusión: El programa de formación del centro permite a la persona incorporarse al equipo de forma gradual y eficaz.

Además permite no interrumpir el trabajo del resto de administrativos al tener la persona como referente para todas sus dudas al formador.

Por otro lado la formación continua tanto en circuitos como en herramientas de comunicación es básica para un buen desarrollo de la actividad profesional de todos los administrativos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 462

TÍTULO: CULTURA DE SEGURIDAD EN UN HOSPITAL TERCIARIO EN EL MARCO DE UN PLAN DE FORMACIÓN

AUTORES: VILLAN VILLAN, YURI FABIOLA (HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ); OJEDA FEO, J. J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ); FERNANDEZ-VELILLA PEÑA, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ); RAMÍREZ GARCÍA, E. (HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ); FERNANDEZ JIMENEZ, I. (HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ); MAYORGAS TORRALBA, S. (HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Evaluar la cultura de la Seguridad del Paciente permite realizar un diagnóstico de situación respecto a cuáles son las dimensiones que requieren un mayor enfoque dentro de la estrategia de seguridad del centro. Asimismo, es una herramienta útil para detectar variaciones en las percepciones sobre este tema antes y después de la implantación del plan de formación actual que se impulsa desde la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGR). En 2013 se llevó a cabo una primera evaluación que nos sirve de punto de partida en la Sesión General de sensibilización dirigida a los miembros de la UFGR, jefes de los servicios médicos, responsables de seguridad del paciente de servicios/unidades, y supervisoras de enfermería. La herramienta utilizada fue el "Cuestionario sobre la de seguridad de los pacientes en los hospitales", versión española del Hospital Survey on Patient Safety de la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ) de Estados Unidos. Las dimensiones mejor valoradas fueron: "Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio" y "Aprendizaje organizacional/mejora continua"

Objetivos: Conocer la percepción de cultura de seguridad que tienen los profesionales médicos y de enfermería nombrados por la dirección como Responsables de Seguridad del Paciente (RSP) dentro de los Servicios y Unidades.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Los RSP asistentes a la primera sesión del taller de formación en seguridad del paciente han cumplimentado el cuestionario al inicio de la misma. Se ha utilizado el "Cuestionario sobre la de seguridad de los pacientes en los hospitales", versión española del Hospital Survey on Patient Safety de la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ) de Estados Unidos. Este cuestionario consta de 53 preguntas configuradas en un total de 12 dimensiones.

Resultados Conclusión: Un total de 60 RSP han cumplimentado el cuestionario. 56% responsables de enfermería y 44% médicos. Área de trabajo mayoritariamente medicina 36%, seguida de pediatría en un 14% y cerca del 50% con más de 21 años de experiencia. Interacción con pacientes en su trabajo diario 86%.

El Grado de seguridad del paciente es "Aceptable" para el 63% y "Muy bueno" para el 27%. El número de incidentes reportados es ninguno en el 51%, seguido por 1-2 incidentes reportados en el 30%.

Por dimensiones, las tres mejores valoradas (mayor porcentaje de respuestas positivas) fueron "Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ Servicio que favorecen la seguridad" (78%), "Trabajo en equipo en la Unidad / Servicio" (73%) y "Aprendizaje organizacional/ mejora continua" (58%).

Las tres dimensiones con mayores opciones de mejora (mayor porcentaje de respuestas negativas) fueron "Dotación de personal" (55.5%), "Respuesta no punitiva a los errores" (46%) y "Frecuencia de eventos notificados" (38%).

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 463

TÍTULO: ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS: UNA ASIGNATURA PENDIENTE. COMO MEJORARLA MEDIANTE UNA RED DE OBSERVADORES

AUTORES: SABATER-RAGA, ROSA MARIA (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GRANOLLERS); ALOY-DUCH, A. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GRANOLLERS); VAZQUEZ-SAEZ, R. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GRANOLLERS); CUQUET-PEDRAGOSA, J. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GRANOLLERS); RODRIGUEZ-SADURNÍ, J. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GRANOLLERS); FELIP-SABORIT, M. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GRANOLLERS).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: A pesar de la realización anual de las campañas de higiene de manos (HM) en nuestro centro promovidas por la comisión de infecciones, la OMS y las áreas de seguridad de pacientes de la comunidad autónoma, la sensibilización y los resultados obtenidos en la adherencia para la higiene de manos son muy insatisfactorios y alarmantes, en comparación con los resultados publicados en la bibliografía. Contrasta la alta percepción de cumplimiento que los profesionales relatan, respecto a la cruda realidad de las observaciones realizadas

Objetivos: Presentar los resultados obtenidos a partir de la observación directa del cumplimiento de higiene de manos, realizada por diferentes profesionales y equipos de la institución (red de observadores), post formación en la detección de las oportunidades a partir de los 5 momentos definidos por la OMS, en diferentes periodos de distintos años (2011-2015).

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Se elaboró un cuaderno de recogida de datos en donde se cruzaron los 5 momentos definidos por la OMS con los diferentes profesionales observados. Se realizó una prueba piloto del mismo para evaluar las posibles dificultades en el momento de la observación; iniciándose observaciones de prevalencia periódicas anuales (2011–2015) realizadas por profesionales de la Dirección de Calidad y Planificación (DQP). En el 2014-15 se definió como uno de los objetivos institucionales el mejorar la adherencia a la HM. Una de las acciones propuestas consistió en formar a diferentes colectivos (jefes de servicio, supervisoras, profesionales de la comisión de infecciones y auxiliares de enfermería referentes) para realizar más evaluaciones de prevalencia anuales de adherencia.

Resultados Conclusión: Debido a la complejidad que suponía la observación directa, ésta se realizó bianualmente hasta el 2013, momento en el cual y debido a los malos resultados obtenidos, se decidió implantar un programa de observación más estricta y con más profesionales implicados, a modo de red extensiva a todos los equipos; paralelamente se aumentó la formación continuada sobre la HM. Los resultados de adherencia obtenidos globalmente de todos los profesionales observados fueron en 2009 del 31%, en 2011 del 44%, en 2013 del 20%, y en 2014 (mayo) del 46% realizada por los jefes de servicio y supervisoras, y en agosto 33% por la DQP. En mayo de 2015, después de una exhaustiva formación de auxiliares de enfermería, los resultados mostraron un 59% de adherencia a la HM. La variación en los resultados obtenidos se ha atribuido a la variabilidad de los equipos de observadores. En conclusión, la adherencia a la HM es clave para evitar la transmisión de infecciones nosocomiales, si bien el éxito de las campañas informativas y formativas habitualmente realizadas en el centro ha sido escaso. Debemos continuar con la creación y formación de un equipo estable de evaluadores, incluyendo al máximo de profesionales posibles, para establecer una red potente y capaz para aumentar la adherencia a la HM.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 464

TÍTULO: MACROESTADÍSTICA O MICROREALIDAD: DISCORDANCIA EN LA ADECUACIÓN DE LAS ESTANCIAS SEGÚN 2 MÉTODOS DE EVALUACIÓN

AUTORES: SABATER-RAGA, ROSA MARIA (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS); ALOY-DUCH, A. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS); CLARAMBO-SEMIS, M. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS); FORNÉ-ALBO, R. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS); LARREA-BAEZA, J. C. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS); TANTIÑA-FONTANET, S. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La estancia media hospitalaria (media de días de ingreso hospitalario), suele ser un indicador de resolutiveidad y un indicador clave para evaluar la eficiencia de los equipos asistenciales. Se puede estudiar de forma bruta o ajustada, comparativamente en el propio centro (año por año) o entre centros; estas estancias "macro" proporcionan una información complementaria de adecuación de las mismas. A su vez, se dispone en la bibliografía de una herramienta a modo de cuestionario "AdeQhos" para evaluar la adecuación de las estancias hospitalarias, analizándolas paciente a paciente en forma de evaluación "micro".

Objetivos: Presentar los resultados obtenidos al comparar dos sistemas de evaluación de la adecuación hospitalaria (análisis macro, respecto al micro), en los mismos pacientes, analizando si estos proporcionan una información similar y comparable que permitan ser útiles como indicadores de eficiencia de los equipos asistenciales.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: En 2014 nuestro centro ingresó 19.487 pacientes; y el servicio de agudos de geriatría (UGA) 1.288 (6,6% del total). Este mismo año, sobre 164 pacientes totales, se realizó un estudio "micro" de adecuación de la estancia con el cuestionario AdeQhos, en una muestra consecutiva de 74 pacientes (43 mediante "bench" – media del mejor centro – i 31 "peer" – media general –) con una patología de "Neumonía simple y otros trastornos respiratorios excepto bronquitis y asma con complicaciones mayores" ingresados en la unidad de agudos geriátrico (UGA), y un intervalo de estancia media entre < 12 y > 5 días excluyendo el resto de pacientes como "outliers"; y a su vez, las estancias medias se compararon con los datos del estudio "macro" que una empresa externa de ámbito nacional había proporcionado sobre los mismos pacientes. Se calculó la diferencia de medias (T de Student) tanto para el "peer" como para el "bench" (0,05) sobre los días inadecuados

Resultados Conclusión: Al comparar los resultados obtenidos, en el análisis "micro" (AdeQhos) se observa que la estancia media de días inadecuados de los pacientes "peer" es de 1,3 días y de los "bench" de 1,5 (P=NS); los resultados "macro" (empresa externa) muestran una media de días inadecuados "peer" de 8 días sobre los 9 días de "bench" (P=NS). Cuando se comparan la inadecuaciones "micro/macro" en el "peer" el promedio de inadecuación es de 1,3 sobre 8 días (P< 0,05); y en el "bench" de 1,5 sobre 9 días (P< 0,05).

En conclusión, al utilizar herramientas "micro" (AdeQhos) la media de días inadecuados es similar en los grupos "peer" y "bench"; lo mismo ocurre cuando se usan grandes muestras de pacientes "macro"; sin embargo, sí existen diferencias significativas entre las herramientas "macro" y "micro". Es necesario realizar un análisis más exhaustivo para decidir que método se podría considerar más fiable y útil para evaluar la adecuación hospitalaria, y disponer de un método sólido para evaluar la eficiencia de los equipos asistenciales.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 465

TÍTULO: ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN DE INCIDENCIAS NOTIFICADAS EN EL SISTEMA TPSC_CLOUD DE NUESTRA UFSP TERRITORIAL

AUTORES: VIDAL ESTEVE, E. (ABS SALOU); HOSPITAL GUARDIOLA, I. (ABS VALLS URBÀ); GENS BARBERÀ, M. (ABS SALOU); HERNANDEZ VIDAL, N. (ABS SALOU); MENGIBAR GARCIA, Y. (ABS SALOU); BEJARANO ROMERO, F. (DAP CAMP TARRAGONA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La Dirección de Atención Primaria(DAP) está formada por 20 centros de salud(CS), con 2665 profesionales y atiende a 350.000 hab. A finales del 2013, se implanta el Sistema de notificación de incidentes(I) para la Seguridad del Paciente(SP) TPSC-cloud impulsado por el Departament de Salut y enmarcado en el proyecto de las Unidades Funcionales de Seguridad del Paciente(UFSP). Durante el año 2014 la estrategia desarrollada por la UFSP territorial(UFSPT) estuvo orientada a impulsar las notificaciones por los profesionales de los CS, en estos momentos tenemos 1020 I notificados. Este año nos orientamos a mejorar el sistema de análisis y gestión de los I.

Objetivos: Definir una estrategia que nos permita evaluar y implantar prácticas seguras(PS) a partir de los I notificados

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: La UFSPT la constituyen 7 personas, 2 semanalmente se dedican a analizar y gestionar los I notificados. Cada CS dispone de una UFSP integrada por un gestor. Se ha diseñado un sistema de análisis: Calidad de la notificación, tipología del I según Organización mundial de la Salud(OMS) y factores casuales del estudio APEAS, gravedad OMS, riesgo, factores contribuyentes, niveles de resolución del I y implantación de PS.

Resultados Conclusión: Durante el año 2015 se han notificado 418 I: 85% buena calidad en la notificación, Tipos incidentes(TI)OMS: gestión clínica-administrativa 25%, documentación analógica-digital: 21%, gestión clínica-procedimientos: 20%, medicación 16%, dispositivos asistenciales: 5%, productos sanguíneos: 4%; TI factores APEAS: cuidados 5%, diagnóstico 25%, gestión(G) 46% (destacar G-cita errónea, G-problemas historia informatizada, G-equivocación información sanitaria, G-error identificación paciente), comunicación 25%, medicación(M) 18% (M-errónea 9%); Categoría: 48% médicos, 33% enfermería, 15% administrativos; Riesgo: 73% bajo-muy bajo, 23% moderado, 3% alto; Gravedad OMS: 49% I sin daño, 30% circunstancia notificable, 17% casi-incidente, 4% eventos adversos; Factores contribuyentes: 41% profesionales, 20% organización, 17% externos; Resolución: 60% se solucionan en CS y 37% UFSPT; Prácticas seguras: en las comisiones DAP_Hospital se analizan los incidentes, creado EdM, 2 boletines, 3 alertas sanitarias y revisión de procedimientos/procesos/protocolos.

El sistema de notificación nos ha permitido identificar áreas críticas y implantar prácticas seguras tanto organizativas como asistenciales. Este sistema permite de forma fácil y ágil evaluar y gestionar los I. Respecto a los I según APEAS, objetivamos como área crítica la gestión, relacionada sobre todo con problemas derivados de las tecnologías y la comunicación, también disminución de los I con medicamentos. En cuanto a los factores contribuyentes destacan los relacionados con los profesionales y la organización. En el contexto de la cultura de SP, es clave la implantación de estos sistemas para poder aprender de nuestros errores y fallos del sistema y trabajar para disminuir al máximo el riesgo asistencial

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 466

TÍTULO: PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS VISUALES Y PROMOCIÓN DE LA VISIÓN "OLLO COS OLLOS"

AUTORES: CIMADEVILA ÁLVAREZ, M^a BLANCA (DX ASISTENCIA SANITARIA.SERVICIO GALEGO DE SAÚDE. SERGAS); CALVO PÉREZ, A. I. (DX ASISTENCIA SANITARIA.SERVICIO GALEGO DE SAÚDE. SERGAS); FERNÁNDEZ SEGADE, J. (DX ASISTENCIA SANITARIA.SERVIZO GALEGO DE SAÚDE. SERGAS); GARCÍA COMESAÑA, J. (DX ASISTENCIA SANITARIA.SERVIZO GALEGO DE SAÚDE. SERGAS); EIROA MENE, E. (COLEGIO DE ÓPTICOS Y OPTOMETRISTAS DE GALICIA SEXTA DELEGACIÓN REGIONAL); AMARO QUIREZA, M. E. (COLEGIO DE ÓPTICOS Y OPTOMETRISTAS DE GALICIA SEXTA DELEGACIÓN REGIONAL).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Detectado el problema existente en cuanto a un plan para la valoración de la capacidad visual y observadas algunas experiencias previas en otras comunidades autónomas, en octubre de 2006 se firma un convenio de colaboración entre la Consellería de Sanidad y la VI Delegación Regional del Colegio de Ópticos-Optometristas de Galicia para la creación de un programa de promoción de la visión y prevención de los problemas visuales. Se dirige a usuarios mayores de 6 años remitidos desde Atención Primaria y comienza a implantarse en octubre de 2007 tras un período previo de difusión. En noviembre de 2007 se crea una instrucción para su regulación y se constituye una Comisión de Seguimiento para analizar su evolución.

Objetivos: El objetivo principal es la valoración de la capacidad visual de la población. Siguiendo esa línea también se pretende:

Elevar la capacidad de resolución en atención primaria

Favorecer la accesibilidad a las medidas de refracción y de compensación de la agudeza visual

Detección precoz de los problemas que precisen de la intervención de un especialista

Favorecer la disminución de las esperas en el segundo nivel de asistencia

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: A través de la firma del convenio se establecen unos criterios de derivación y seguimiento de pacientes desde primaria a las ópticas. También se estipulan unos criterios de exclusión.

La instrucción recoge que será el médico de familia o pediatra de referencia del usuario, el encargado de valorar las pertinentes derivaciones, pondrá en marcha el circuito de derivación para la evaluación de la agudeza visual en un establecimiento óptico acreditado a través de la prescripción de una hoja de interconsulta.

- Convenio

- Circuito de derivación

- Instrucción 21/07

- Formación acreditada de los ópticos colegiados

- Creación de un código en la Historia clínica electrónica (IANUS)

Resultados Conclusión: Número de consultas realizadas por óptica al año.

Número de establecimientos y ópticos adheridos al convenio

Número de interconsultas tanto para Oftalmología como para Ópticas.

La creación de este programa permite elevar la capacidad de resolución de los facultativos de atención primaria, pues en la mayoría de los casos se resuelve el estudio de la agudeza visual sin necesidad de enviarlo al segundo nivel de asistencia.

La accesibilidad al estudio en las ópticas, se lleva a cabo, por lo general, en las primeras 24h. Lo que hace que disminuya el tiempo de espera para el paciente para ser atendido por problemas de agudeza visual y favorece la detección precoz y la derivación temprana por parte del médico de Atención Primaria a Atención Hospitalaria.

Siguiendo esa línea, al crear mayor espacio en las agendas de los oftalmólogos les permite centrarse en patologías más relevantes y de forma mas precoz.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 467

TÍTULO: AUTOEVALUACIÓN EFQM SOBRE LA SEGURIDAD DE PACIENTES: DOS AUTOEVALUACIONES 2012/2015, ACCIONES DE MEJORA Y RESULTADOS

AUTORES: SABATER-RAGA, ROSA MARIA (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS); ALOY-DUCH, A. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS); VILASENANTE, M. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS); NAVINÉS-VERA, A. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS); LECINA-NOVO, O. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS); CLARAMBO SEMIS, M. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En 2012, el Departamento de Salud (DeptSalud) de Cataluña elaboró un modelo mixto basado en el Modelo Europeo de Excelencia EFQM y en referencias nacionales e internacionales sobre la seguridad del paciente (EFQM-SP). El modelo, revisado y validado por expertos colaboradores en el proyecto 'Desarrollo de las Unidades Funcionales de Seguridad del Paciente en los hospitales de la XHUP', ofrece a los centros participantes un cuestionario de autoevaluación propio de seguridad del paciente. Hasta la actualidad el DeptSalud ha propuesto la realización de 2 autoevaluaciones con este sistema mixto (2012 y 2015).

Objetivos: Presentar los resultados comparativos de las 2 autoevaluaciones EFQM-SP (2012-2015) aplicadas en nuestro centro y sus acciones de mejora, para valorar el impacto sobre la seguridad de los pacientes.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El cuestionario de autoevaluación EFQM-SP facilitado por DeptSalud consta de 245 preguntas (subdivididas en 5 apartados) relacionadas con la seguridad del paciente y estructuradas de acuerdo con los criterios de EFQM. Este informe diagnóstico sirve de base para establecer los objetivos estratégicos y las acciones de mejora sobre seguridad del paciente en el centro. Los períodos analizados han sido: 1ª autoevaluación en junio de 2012 y 2ª autoevaluación en junio de 2015. Las variables evaluadas se describen con los resultados. El número total de indicadores evaluados según los 9 criterios fueron 245.

Resultados Conclusión: El % global alcanzado 2012/2015 por criterio evaluado fue, respectivamente: Liderazgo: 83%/83%, Estrategia: 76%/78%, Personas: 77%/82%, Alianzas y recursos 62%/78% y Procesos (general): 73%/69%. Los resultados relacionados con el resto de criterios se están tabulando para el congreso, si bien se percibe una mejora en los mismos. A partir de los resultados obtenidos en el 2012 se propusieron 28 acciones de mejora de las cuales 14 (50%) se han implantado totalmente, en 5 (18%) fue parcialmente, y 9 (32%) están pendientes de realizar. También se propusieron 9 acciones formativas, de las cuales 5 (56%) están parcialmente implantadas y 4 (44%) están pendientes.

En conclusión, el modelo EFQM-SP es una buena herramienta para evaluar la evolución de la implantación de acciones de mejora en este campo. Nuestro centro se está impregnando de la cultura de la mejora de la calidad por lo que respecta a la SP y al ciclo de la mejora continua. La autoevaluación debería realizarse de forma anual por el centro para poder detectar los puntos débiles, y aplicar medidas correctoras más rápidamente que cuando se realiza esta autoevaluación a los tres años de la anterior.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 468

TÍTULO: CONECTA 72: CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ALTA HOSPITALARIA EN EL SERVICIO GALEGO DE SALUD

AUTORES: CALVO PEREZ, ANA ISABEL (SERVICIO INTEGRACIÓN ASISTENCIAL. SX ORDENACIÓN ASISTENCIAL E INNOVACIÓN ORGANIZATIVA. DX ASISTENCIA SANITARIA .SERVICIO GALEGO D); CIMADEVILA ÁLVAREZ, M. B. (SERVICIO INTEGRACIÓN ASISTENCIAL. SX ORDENACIÓN ASISTENCIAL E INNOVACIÓN ORGANIZATIVA. DX ASISTENCIA SANITARIA .SERVICIO GALEGO D); FERNANDEZ SEGADE, J. (SERVICIO INTEGRACIÓN ASISTENCIAL. SX ORDENACIÓN ASISTENCIAL E INNOVACIÓN ORGANIZATIVA. DX ASISTENCIA SANITARIA .SERVICIO GALEGO D); GARCIA COMESAÑA, J. (SX ORDENACIÓN ASISTENCIAL E INNOVACIÓN ORGANIZATIVA. DX ASISTENCIA SANITARIA .SERVICIO GALEGO D); SÁNCHEZ GONZÁLEZ, M. (SERVICIO INNOVACIÓN ORGANIZATIVA. SX ORDENACIÓN ASISTENCIAL E INNOVACIÓN ORGANIZATIVA. DX ASISTENCIA SANITARIA .SERVICIO GALEGO D); RODRÍGUEZ VÁZQUEZ, M. H. (SX ORDENACIÓN ASISTENCIAL E INNOVACIÓN ORGANIZATIVA. DX ASISTENCIA SANITARIA .SERVICIO GALEGO D).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El Programa 'CONECTA 72' es una nueva modalidad de atención sanitaria no presencial instaurada en el Servicio Galego de Saúde (SERGAS), que pretende mejorar la continuidad de los cuidados que se ofrecen a todos los pacientes que reciben el alta hospitalaria en la red SERGAS.

Este plan de salud se ha diseñado para mejorar la continuidad asistencial a través de la realización de una consulta telefónica, durante las primeras 72 horas post-alta, con el fin de detectar complicaciones o problemas precozmente y comprobar que el paciente ha comprendido todas las explicaciones y recomendaciones que recibió durante el período del ingreso hospitalario.

Objetivos: Presentar el modelo "CONECTA 72" del SERGAS, para el intercambio de información entre profesionales de enfermería de distintos niveles asistenciales, en la continuidad de cuidados del paciente tras el alta hospitalaria.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio observacional. Implantación secuencial del Programa CONECTA 72, basado en el acceso, en la historia clínica electrónica IANUS, del alta médica y de enfermería con posterior consulta telefónica protocolizada en Atención Primaria (AP). Evaluación y seguimiento por grupo nominal y análisis descriptivo.

Resultados Conclusión: Se presentarán los datos obtenidos en la fase de implantación total del programa (desde el 15 de abril) en todo el SERGAS. Resultados de consultas C72 en agendas de enfermería de atención primaria y se estudiará la relación de éstas con el nº de informes de continuidad de cuidados emitidos por las enfermeras de atención hospitalaria.

El programa permite a la enfermera de AP prevenir e intervenir precozmente (en 72h) problemas de salud relacionados con el alta hospitalaria. Además, la mejora observada en la información entre niveles asistenciales (Hospital-AP) contribuye a mejorar la calidad asistencial, facilitar la integración y continuidad de cuidados; dando seguridad a los pacientes y sus cuidadores.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 469

TÍTULO: LA MÚSICA, INSTRUMENTO COMUNICATIVO UNIVERSAL Y TERAPÉUTICO: "PROYECTO MUSICÀNIM" MUSICALIZACIÓN DE UN HOSPITAL GENERAL

AUTORES: AREGAY LÓPEZ, MATEO (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS); TUSQUELLAS OTO, C. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS); ALOY DUCH, A. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS); BORSI, C. (FUNDACIÓ ORQUESTA DE CAMBRA DE GRANOLLERS); RIBELL TOLEDANO, C. (FUNDACIÓ TEATRE AUDITORI DE GRANOLLERS); LLEDÓ RODRÍGUEZ, R. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La utilización de la música con objetivos terapéuticos para mejorar o mantener la calidad de vida de las personas, está ampliamente estudiada en el ámbito hospitalario. Las primeras experiencias se realizaron en 1926 en USA con la "National Association for Music in Hospitals" y recientemente en España, asociaciones como 'Ressó' en el Hospital San Joan de Déu (Barcelona), u otras como 'Música en Vena' en Madrid. La proyección social del fenómeno cultural de la música como instrumento de comunicación tiene un valor universal y terapéutico.

Objetivos: Implantar proyecto "Musicànim"

Incrementar el grado de satisfacción tanto de usuarios como del personal y proporcionar a los músicos una nueva dimensión en la práctica profesional.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El proyecto, se implanta en un hospital comarcal que dispone de 350 camas de atención hospitalaria aguda y sociosanitaria, y en 2014 se atendieron 312.466 pacientes ambulatorios. 1ª fase: se estableció un convenio entre el hospital y la Fundación de la Orquesta de Cámara de la misma ciudad. Se acordó una acción musical cada 15 días con "3 mini conciertos" de unos 20 minutos en diferentes estancias, vestíbulos, salas de espera y asistenciales, como hospitales de día, unidades de cirugía sin ingreso y pediatría, coordinados por un musicoterapeuta. Se hizo extensivo (cadencia semanal) a los profesionales del centro con habilidades musicales. 2ª fase: Elaboración encuestas de satisfacción, recogida y evaluación. Éstas, se realizaron después de la actuación, al personal una vez finalizado el estudio, y a los músicos al mes de su participación. Todas contenían tres preguntas similares (satisfacción con la experiencia, repetición de la misma, y emociones vividas).

Resultados Conclusión: Proyecto implantado del 24 de marzo al 2 de junio. Sesiones realizadas 7.

66 encuestas a usuarios/pacientes, siendo la satisfacción global de > 95%, (67% mujeres). Respuestas a la 1ª pregunta (¿Cómo ha vivido la experiencia?), 98% muy bien/bien; a la 2ª ¿Qué le parecería repetirlo? 93%; y a la 3ª ¿Se ha relajado / distraído con la música? 94%. Las encuestas a profesionales y músicos se están tabulando para el congreso, si bien se percibe una opinión muy satisfactoria. En conclusión, se destaca una clara aceptación del proyecto "Musicànim". Los usuarios han valorado muy positivamente la vivencia y a partir de las conversaciones establecidas tanto con el personal asistencial como con los músicos, se observa una buena valoración del proyecto. La música establece una complicidad tácita que permite el acercamiento y el alivio de las tensiones asociadas a los eventos hospitalarios, mejorando así la calidad de atención recibida y proporcionando una nueva dimensión en la práctica tanto de los profesionales tanto asistenciales como músicos. Por otro lado, sin que se haya tenido en cuenta ningún tipo de evaluación, el proyecto tiene de manera implícita, la vocación de la difusión de la práctica de la música en el ámbito hospitalario y el la sociabilización de la producción musical.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 470

TÍTULO: POLÍTICA DE VISITAS, DISEÑO Y CONFORTABILIDAD EN LAS UCIS ESPAÑOLAS. POR UNA UCI MAS HABITABLE

AUTORES: ESCUDERO, DOLORES (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS); MARTÍN, L. (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS); VIÑA, L. (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS); FORCELLEDO, L. (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS); LÓPEZ-AMOR, L. (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS); GARCÍA-ARIAS Y GRUPO HU-CI, B. (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La UCI (Unidad de Cuidados Intensivos), debe convertirse en un lugar acogedor donde la humanización sea una prioridad. Es necesario cambiar la organización y el diseño para mejorar en confortabilidad y calidad percibida. Este estudio pretende conocer la situación de las UCIs y saber de dónde partimos, como primer paso para iniciar el cambio.

Objetivos: Conocer el diseño arquitectónico y confortabilidad de las UCIs españolas. Analizar su horario de visitas, características de la información y participación familiar en los cuidados del paciente.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio multicéntrico, descriptivo realizado en Unidades de Cuidados Intensivos. Elaboración de un cuestionario con preguntas relacionadas con el tipo y horario de visitas, información, participación de la familia en el cuidado del paciente, equipamiento, diseño arquitectónico y algunos aspectos organizativos de la UCI relacionados con la confortabilidad descritos en estudios previos. El cuestionario fue enviado por correo electrónico a los socios de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), suscriptores de la Revista Electrónica de Medicina Intensiva (REMI) y difundido a través del blog Proyecto HU-CI (Humanizando los Cuidados Intensivos).

Resultados Conclusión: Resultados: Se analizaron 135 encuestas pertenecientes a 131 hospitales de las 17 CCAA. Horario de visitas: 3,8% tienen horario abierto 24 horas, 9,8% horario abierto diurno y 67,7% tienen 2 visitas/día. Información: la realiza solamente el médico en el 75,2%, médico y enfermera juntos 4,5% con una frecuencia de 1 vez/día en el 79,7%. Los fines de semana se informa en el 95,5%. Se suministra información telefónica en el 74,4%. Participación familiar en los cuidados del paciente: higiene 11%, fisioterapia 17% y administración de comida 80,5%. Objetos personales permitidos: teléfono móvil 41%, ordenador 55%, equipo de música 77%, televisión 30%. Arquitectura y confortabilidad: todos los boxes individuales 60,2%, luz natural 54,9%, televisión 7,5%, música ambiental 12%, reloj en el box 15,8%, medidor de ruido ambiental 3,8% y sala de espera cercana a UCI 68,4%.

Conclusiones: 1) la política de visitas es restrictiva predominando una cultura de UCI cerrada. 2) La información familiar la suministra de forma mayoritaria solamente el médico y una vez/día. 3) Generalmente no se permiten medios de comunicación tecnológicos. 4) Hay poca incorporación de la familia en los cuidados del paciente. 5) El diseño de la UCI no garantiza la privacidad ni proporciona la confortabilidad deseable.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 471

TÍTULO: ASEGURANDO LA CALIDAD ASISTENCIAL , ¿DONDE MEJOR QUE EN SU ENTORNO HABITUAL ??

AUTORES: LEGARRETA EREÑO, JESUS (OSI BARRUALDE GALDAKAO); PASKUAL URIBE, A. G. (OSI BARRUALDE GALDAKAO); SANCHEZ VILLAMOR, A. N. (OSI BARRUALDE GALDAKAO); ECHEVARRIA SAN JUAN, I. (OSI BARRUALDE GALDAKAO); MORO CAUSO, I. N. (OSI BARRUALDE GALDAKAO); SARRIONAINDIA AZAOLA, S. A. (OSI BARRUALDE GALDAKAO).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Nos situamos en la Organización Sanitaria Integrada Barrualde Galdakao (OSI Barrualde Galdakao) es una organización perteneciente a Osakidetza , ubicada en Bizkaia. En nuestra OSi damos cobertura a una población de 318592 habitantes distribuidos en núcleos rurales y muy dispersos

El cuidado de las heridas crónicas es una práctica habitual entre la enfermería de primaria . En situaciones de mala evolución los pacientes son derivados a consultas del segundo nivel situados a distancias importantes del hábitat natural de los pacientes debido, a que no existe un circuito protocolizado de consulta a personal de enfermería referente en su cuidado que pueda dar respuesta a esa duda y evitar el desplazamiento de las personas asegurando a su vez la calidad asistencial Profesionales de la UAP de Bermeo , distantes del hospital a 39 km nos plantearon la necesidad de facilitarles la comunicación/ coordinación con el grupo de profesionales de la comisión de úlceras de la OSI para conseguir una segunda opinión y asesoramiento ante una mala evolución.

Aprovechando que a nivel de OSI disponemos de profesionales capacitados y de herramientas adecuadas nos ponemos a trabajar en la creación de las CNP de Úlceras

Objetivos: Principal

Garantizar la calidad asistencial al paciente, superando la barrera de la distancia

Secundarios

Difusión entre los profesinales de las buenas practicas en el cuidado de úlceras

Disminuir las derivaciones

Evitar desplazamientos del paciente

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Informática habilita la CNP de úlceras

Se realiza formación a todos los implicados

Creación de un grupo de trabajo en OSAGUNE para comunicación y consenso entre los asesores

Se pilota en lac UAP de Bermeo para implementarlo progresivamente en toda la OSI con fecha de mayo del 2014

Resultados Conclusión: En el periodo entre septiembre del 2014 a abril del 2015 hemos realizado 34 CNP y su evolución después de ser asesorados ha sido positiva y ninguna ha precisado atención presencial a ningún otro especialista

El grado de satisfacción de los profesionales que han utilizado la herramienta y de los asesores ha sido alta

El tiempo medio de respuesta ha sido de 4 días aunque nuestro objetivo son 1-2 días

CONCLUSIONES. Este sistema ha evitado la derivación de los casos consultados, favoreciendo el mantenimiento del paciente en su domicilio habitual. Parece un método adecuado de comunicación /coordinación entre profesionales en las zonas de gran dispersión como la nuestra por lo que hemos considerado extenderlo a otras patologías : Asma , ostomias , DM, EPOC ..

Debido a la satisfacción y el buen resultado se ha extendido el procedimiento a las residencias de 3º edad respetando la Ley de Protección de datos . de momento esta iniciándose y tenemos pocos datos

La falta de hábito hace que el número de consultas no sea muy elevado

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 472

TÍTULO: CAMBIO NORMATIVO EN LA NOTIFICACIÓN DE LAS EDO. ADAPTACIÓN DE LOS REGISTROS PARA FACILITAR SU CUMPLIMIENTO.

AUTORES: RUIZ ALONSO, SERGIO (DIRECCIÓN TÉCNICA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA, GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA); CASADO LÓPEZ, M. (DIRECCIÓN TÉCNICA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA, GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA); CÁRDENAS VALLADOLID, J. (DIRECCIÓN TÉCNICA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA, GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA); DÍAZ HOLGADO, A. J. (DIRECCIÓN TÉCNICA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA, GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA); ARÉJULA TORRES, J. L. (DIRECCIÓN TÉCNICA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA, GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA); ESTEBAN VASALLO, M. D. (SUBDIRECCIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN. GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La Orden ministerial SSI/445/2015 de 9 de marzo, tiene por objeto modificar la lista de enfermedades de declaración obligatoria (EDO), sus modalidades de declaración y las enfermedades de ámbito regional. Por ello, es preciso facilitar a los profesionales su cumplimiento de forma ágil y segura, adaptando el programa informático de historia clínica electrónica (HCE) en Atención Primaria (AP) a dichos cambios.

Objetivos: Normalización del Registro de las nuevas EDO en el programa informático de historia clínica de AP.

Normalización de documentación sobre las EDO disponible tanto para la consulta por los profesionales sanitarios como para entregar a los pacientes.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Fase analítica y de configuración y verificación de funcionamiento. Pasos:

- 1.- Asociación de nuevas patologías a declarar. En la aplicación, en la que se codifican las patologías con la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP), se asocian sus descriptores a las patologías a declarar y se configura además la tipología de notificación, ya sea agrupada de forma numérica, individualizada o individualizada urgente.
- 2.- Carga centralizada de teléfonos de contacto de cada Servicio territorial de Salud Pública a los que informar las patologías urgentes.
- 3.- Carga de documentación informativa en la Biblioteca del programa.
- 4.- Tuberculosis como EDO. Adaptación del registro de casos y seguimiento de los mismos. Normalización del registro de los estudios de contactos. Creación de formularios de recogida de información integrados en HCE, que serán enviados al servicio de Salud Pública.

Fase de difusión y comunicación a profesionales. Informando mediante correo profesional y a través de la intranet corporativa.

Resultados Conclusión: 1.- Se configuran 60 patologías susceptibles de declarar.

2.- Se asociación a cada Centro de Salud los teléfonos de notificación urgente al Servicio territorial de Salud Pública correspondiente de las patologías así consideradas para que se muestren en el momento de la codificación de la patología.

3.- En la Biblioteca del programa informático, está disponible la información oficial de cada una de las patologías para ser consultada en el momento de codificar o en cualquier otro momento.

4.- Se crean protocolos o formularios normalizados de recogida de información con los campos que se precisan para la declaración de la Tuberculosis como EDO y de los seguimientos clínicos posteriores. Se normaliza también un protocolo único para todos los Centros de Atención Primaria de la Comunidad para la recogida de información de los estudios de contactos y el registro de la técnica de Mantoux. Estos formularios incluyen documentos para la entrega a los pacientes sobre la Tuberculosis y sobre la prueba concreta de la tuberculina.

La adaptación de los sistemas de registro ha de ser un proceso transparente para los profesionales, garantizando con ello el cumplimiento normativo, acercando de la norma a los mismos y mejorando la calidad de la declaración y explotación de datos al servicio de Salud Pública.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 474

TÍTULO: IEXPAC, ESCALA PARA EVALUAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE CRÓNICO

AUTORES: MIRA SOLVES, JOSÉ JOAQUÍN (DEPARTAMENTO DE SALUD DE ALICANTE-SANT JOAN D'ALACANT. UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ); FERNÁNDEZ CANO, P. (MERCK SHARP AND DOHME DE ESPAÑA, S.A); NUÑO SOLINIS, R. (DEUSTO BUSINESS SCHOOL HEALTH. UNIVERSIDAD DE DEUSTO); SOLAS GASPAR, O. (CONSULTORA EN POLITICAS PÚBLICAS Y GESTIÓN DE ORGANIZACIONES. PROFESIONAL AUTÓNOMA); CONTEL SEGURA, J.C. (PROGRAMA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA CRONICIDAD. DEPARTAMENT DE SALUT. GENERALITAT DE CATALUNYA); GRUPO DE TRABAJO IEXPAC.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Aspectos de la experiencia del paciente relacionados con la planificación de sus cuidados con los profesionales sanitarios y sociales que les atienden, el hecho de poder controlar y entender su enfermedad, se trata de aspectos que mejoran la atención que se les proporciona a los pacientes crónicos.

Objetivos: Diseñar y validar una escala para evaluar la experiencia del paciente crónico sobre su relación con los profesionales y servicios sanitarios y sociales.

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Estudio de validación de una escala para ser contestada por pacientes crónicos. Mediante técnicas cualitativas se exploraron las dimensiones relevantes a juicio de pacientes y profesionales que dieron origen a 28 ítems reactivos. Se analizaron las propiedades métricas de los ítems reactivos. Mediante Alpha de Cronbach se valoró consistencia interna y mediante Componentes Principales seguido de rotación Varimax la validez de constructo del instrumento.

Se entrevistó en el propio centro de salud a 338 pacientes de entre 16 y 95 años, 52,7% mujeres, con al menos un proceso crónico. Se contó con la participación de 11 centros de salud de Cataluña, Comunidad Valenciana, Madrid y País Vasco.

Resultados. Conclusión: La escala confluye en 3 factores que explican un 57,5% de la varianza. Estos factores exploran: (1) el tipo e intensidad de las interacciones entre pacientes y profesionales orientadas a promover una participación activa del paciente, (2) la capacidad del propio paciente para la autogestión de su bienestar gracias a las intervenciones que se llevan a cabo y un factor que integra intervenciones relacionadas con los (3) nuevos modelos relacionales incluyendo fórmulas de interacción del paciente con el sistema mediante Internet o con otros pacientes mediante intervenciones grupales. El valor del Alpha de Cronbach para el conjunto de la escala fue de 0,76 (0,79 factor 1, 0,56 factor 2 y 0,63 factor 3). La puntuación media en la escala fue de 3,1 puntos (dt 0,7, IC95% 3,0-3,2). La puntuación media en cada factor fue de 4,0 puntos (dt 0,9) en el factor 1, 3,7 (dt 0,9) en el factor 2 y 1,7 (dt 0,9) en el factor 3.

IEXPAC contribuye a evaluar la experiencia del paciente crónico sobre su relación con los profesionales y servicios sanitarios y sociales. Incluye una valoración de las intervenciones tanto sanitarias como sociales y comunitarias, considerando los procesos de atención integrados contemplados en los planes de cronicidad, siendo la experiencia del paciente uno de los ejes del modelo evaluativo Triple Aim.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 475

TÍTULO: VALORACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON DIABETES EN CONSULTA DE ENFERMERÍA DE UN CENTRO DE SALUD

AUTORES: SUÁREZ GUERRA, ANA MARÍA (ÁREA SANITARIA III. SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS); FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, E. (ÁREA SANITARIA III. SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS); CAÑO MONTIEL, M. (CENTRO DE SALUD DE VILLAGRE-LA LUZ. ÁREA SANITARIA III. SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS); PÉREZ ANES, E. (CENTRO DE SALUD DE VILLAGRE-LA LUZ. ÁREA SANITARIA III. SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS); RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, N. (CENTRO DE SALUD DE VILLAGRE-LA LUZ. ÁREA SANITARIA III. SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS); IGLESIAS GARRIDO, S. (ZONA BÁSICA DE SALUD DE VILLAGRE-LA LUZ. CENTRO PERIFÉRICO DE LLARANES. ÁREA SANITARIA III. SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La Diabetes es una patología crónica muy prevalente que puede repercutir en la calidad de vida de las personas. Una valoración enfermera integral, una adecuada planificación de los cuidados y la educación como pilar, pueden repercutir positivamente en la vida del paciente con Diabetes.

Objetivos: 1 Realización de un programa de valoración integral en Consulta de Enfermería de Centro de salud para pacientes con Diabetes con el fin de mejorar el autocuidado. 2.Detección de pacientes fuera de rango en el control de su enfermedad según criterios marcados en el Programa Clave de Atención Interdisciplinar PCAI) sobre Diabetes.

Intervención enfermera en aquellos cuidados susceptibles de reforzar.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Desde el año 2014 y como línea estratégica del Servicio de Salud del Principado de Asturias, se está llevando a cabo la realización de un Programa de Retinografía Digital en todo el territorio del Principado de Asturias.

Desde el Área III, en la Zona Básica de Villalegre-La Luz, y con utilización de los listados de pacientes configurados para captar a los pacientes que eran susceptibles de realizar Retinografía, se diseñó un circuito de citación y derivación de la población con diabetes que era susceptible de recaptación, valoración e intervención enfermera en el cuidado de su enfermedad.

Del total de pacientes con diabetes registrados, seleccionamos aquellos que no habían realizado retinografía en los dos últimos años según protocolo institucional (listado1) y que no tenían Hemoglobina Glicosilada y exploración de pies registrados en el último año (listado2).

Los pacientes del primer listado se citaron en su totalidad en la agenda creada para la realización de Retinografía y Hemoglobina Glicosilada capilar por la enfermera experta.

Los pacientes seleccionados en segunda fase se citaron, además, en la agenda de la enfermera responsable para realizar intervención, con exploración física según protocolo y educación para la salud, destacando pilares básicos del cuidado.

Resultados Conclusión: R

Del total de la Población seleccionada (505 pacientes):

*287 pacientes (57%) no tenían control de Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) realizada.

*56 pacientes de los 218 que sí tenían realizada la HbA1c (25%), estaban en valores de la misma mayor de 7,5.

*466 pacientes (92%) no tenían la exploración de pies realizada..

*El 47% de los pacientes con criterios de revisión fueron citados para nueva valoración e intervención.

C

*Del total de pacientes captados para la realización de Retinografía, un 57% no tenían un control de HbA1c realizado y un 92% no tenía la exploración de pies realizada según criterios en PCAI de Diabetes.

*Del total de pacientes con diabetes que habían realizado la HbA1c en el tiempo adecuado,el 75% estaba en rango de buen control.

*Existe un amplio margen de mejora en la valoración y registro de los controles realizados en relación a los criterios del PCAI.

*Los pacientes que realizan seguimiento por parte de su equipo de salud, en base a criterios del PCAI, están mejor controlados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 476

TÍTULO: MOTIVACIÓN POR APRENDER Y ALFABETIZACIÓN EN SALUD: ESTUDIO CON MAYORES DE LA UNIVERSIDAD DE LA EXPERIENCIA

AUTORES: PÉREZ JOVER, M^a VIRTUDES (UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ); ARTESEROS BAÑÓN, S. (UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ); CARBALLO CRESPO, J. L. (UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ); GUILABERT MORA, M. (UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ); NAVARRO SOLER, I. M. (UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ); CARRILLO MURCIA, I. (UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El término 'Alfabetización en Salud' (AES) fue definido por la OMS (1998) como "habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud". Los programas de AES tienen en cuenta el nivel educativo porque conforme aumenta dicho nivel se incrementa la AES.

Objetivos: Analizar los niveles de AES en función de la motivación por aprender.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: La muestra estuvo compuesta por 212 personas mayores de 55 años matriculados en las Aulas de la Experiencia de la Universidad Miguel Hernández. El 66% eran mujeres, con una edad media de 64,6 (dt=6,6) años, el 55% estaban casados, el 38% tenía estudios primarios, el 71% estaban jubilados, el 64% tenía unos ingresos mensuales entre 800 y 2000€ y el 73% tomaba medicación habitualmente. Se evaluaron variables sociodemográficas y nivel de AES, con el European Health Literacy Questionnaire (HLS-EU-Q16) en su versión corta de 16 ítems. Resultados: En total 44 (22%) de los encuestados mostraron un nivel de AES excelente, 120 (59%) suficiente, 28 (14%) problemática y 11 (5%) inadecuada. No se encontró relación entre nivel de AES y las variables de género, edad, estado civil, situación laboral o tomar medicación diariamente. Un mayor nivel de estudios ($\chi^2=31,545$; $p=0,002$) y un mayor nivel socioeconómico ($\chi^2=20,462$; $p=0,002$) se relacionaron positivamente con un mayor nivel de AES.

Resultados Conclusión: El perfil socioeconómico y académico se relacionó con un mayor nivel de AES en salud. Sin embargo, llama la atención que los niveles de AES obtenidos en nuestro estudio son superiores a estudios similares con población española, probablemente debido a la mayor motivación por aprender de las personas que participan en este tipo de formación universitaria. Fomentar el aprendizaje a lo largo de la vida es indispensable para asegurar la autonomía y el envejecimiento activo de los mayores y la motivación por aprender puede contribuir a identificar perfiles de pacientes que más se beneficiarían de programas de AES.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 477

TÍTULO: GESTIÓN DE LOS SUCESOS CENTINELAS

AUTORES: VÁZQUEZ GONZÁLEZ, ANTONIA (HU VIRGEN DEL ROCÍO); RINCÓN FERRARI, M. D. (HU VIRGEN DEL ROCÍO); FERNÁNDEZ ELIAS, M. (HU VIRGEN DEL ROCÍO); CASTRO PALOMO, E. (HU VIRGEN DEL ROCÍO); LÓPEZ ROMERO, J. L. (HU VIRGEN DEL ROCÍO); LUQUE RAMIREZ, J. M. (HU VIRGEN DEL ROCÍO).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En el Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR) existe una Comisión de Seguridad Clínica encargada del análisis de los incidentes y eventos adversos, así como a prestar el apoyo metodológico necesario en la gestión del riesgo asociado a la asistencia sanitaria. Debido a la complejidad del centro, el elevado número de profesionales que trabajan en cada uno de los centros que lo componen y el desarrollo de una asistencia sanitaria compleja y especializada, se incrementa el riesgo sanitario. Es por ello que la Dirección Asistencial del HUVR ha identificado como una necesidad establecer un circuito inequívoco para la notificación de los sucesos centinelas.

Objetivos: Implementar un procedimiento de notificación de sucesos centinela que permita, garantizando los requisitos necesarios para cualquier sistema de notificación, disponer de la información necesaria para realizar el análisis del mismo y la implantación del plan de mejora necesario contando con la implicación de la Dirección Asistencial del HUVR en el desarrollo de todo el proceso.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se formó un grupo de trabajo para definir y perfilar el procedimiento de notificación y qué profesionales se harían cargo de la gestión del suceso:

- Notificación on line a través de la pagina web del hospital(Intranet)
- Mensaje a los responsables de unidad de calidad
- Valoración del suceso e información a la dirección del centro
- Formación del grupo para el análisis causa raíz: responsables de la unidad y miembros de la comisión de seguridad expertos en estos análisis.
- Puesta en marcha del plan de mejora como resultados de análisis causa raíz
- Información a los profesionales de la unidad y dirección del centro

Resultados Conclusión: Desde la puesta en marcha de este procedimiento, enero 2015, se ha recibido numerosas notificaciones. De estos eventos adversos, sucesos centinelas han sido cuatro. De cada uno de ellos se ha realizado el análisis causa raíz. Antes de iniciar la implantación se realizó desde la unidad de calidad una difusión a todos los responsables de las unidades clínicas de gestión. Aun así, no todos los profesionales lo conocen y existe confusión entre este registro y el registro de eventos adversos que tiene cada unidad. Se va implantando en el centro cultura de seguridad con respecto a la notificación de sucesos centinelas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 478

TÍTULO: HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA PEDIÁTRICA (HADI): DE LA IDEA A LOS RESULTADOS

AUTORES: MATEO PEREA, GINÉS (HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); NAVARRO MINGORANCE, A. (HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); PEREDA MAS, A. (HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); MARTÍNEZ ROMERO, C. (HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Todas las experiencias sugieren que la atención pediátrica especializada en el domicilio aporta multitud de ventajas tanto a nivel del niño, familia y sistema. En el año 2010 se crea la Unidad de Hospitalización Domiciliaria Pediátrica con el objetivo de garantizar una asistencia integral especializada a los pacientes que precisaban ventilación mecánica en domicilio y a las futuras altas de UCI Pediátrica con necesidades tecnológicas, y seguir ampliando a nuevos pacientes de las distintas unidades del Servicio de Pediatría. A lo largo de los cinco años se han ido incorporado paciente neonatal de riesgo, nutrición parenteral y enteral, oncológico y cuidados paliativos, aumentando igualmente las técnicas que se realizan en domicilio.

Objetivos: Describir el desarrollo de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria Pediátrica y Cuidados Paliativos Pediátricos del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca a través de la actividad y resultados en sus cinco primeros años de funcionamiento.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, desde marzo de 2010 a diciembre de 2014, de pacientes derivados a la UHD Pediátrica y su actividad. Fuente de datos: Historia clínica informatizada, Informe global de gasto por Área de hospitalización y encuestas voluntarias al alta.

Resultados Conclusión: Destacando entre los datos analizados, 274 pacientes ingresados, 28% de los pacientes derivados desde Uci pediátrica. 5621 llamadas telefónicas, 3275 visitas domiciliarias, 1017 seguimientos en hospital, 2399 técnicas de enfermería, 407 actividades de relación extrahospitalaria interunidades. Se han desarrollado actividades de docencia y formación con presentación de trabajos a 14 congresos y jornadas, iniciándose formación específica en Cuidados Paliativos Pediátricos tanto en personal de enfermería como facultativa. Se encuentran mejoras económicas tanto en pacientes de hospitalización domiciliaria como en cuidados paliativos. Se consiguen 40 encuestas de satisfacción y calidad percibida con 440 y 800 ítems respectivamente con una valoración del 91% y un 92% de calidad percibida con respuesta de Muy bien.

Con los datos obtenidos podemos afirmar que la Hospitalización Domiciliaria Pediátrica y Cuidados Paliativos Pediátricos funcionan como un elemento asistencial integral e integrador entre el hospital y el resto de recursos necesarios en el proceso domiciliario de los pacientes que precisan asistencia compleja entendiendo al niño desde una esfera holística que incluye tanto al mismo niño, a la familia y a la sociedad. Lo que supone un beneficio sobre paciente, familia y sociedad, donde el mayor beneficio se sitúa en aspectos intangibles a nivel de percepción personal y vivencial del niño y la familia. Sin obviar los beneficios en el sistema sanitario, con mejora del rendimiento de las unidades, incrementando 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.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 479

TÍTULO: CUESTIÓN DE TIEMPO:... MANEJO DEL ICTUS EN EL ÁREA SANITARIA

AUTORES: LÓPEZ MARTÍNEZ, TAMARA (HOSPITAL DE JARRIO); CALLEJA PUERTA, S. (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS); BERNARDO COFIÑO, J. (HOSPITAL DE JARRIO); PRIETO GARCÍA, E. (HOSPITAL DE JARRIO); DIOS DEL VALLE, R. (HOSPITAL DE JARRIO)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El ictus es un problema cuya prevalencia se incrementa con la edad. Nuestra área sanitaria presenta un importante grado de envejecimiento, superando el 30% en muchas de sus zonas de salud. En el ictus es clave recibir una atención sanitaria lo antes posible, observándose que a mayor demora se incrementa la gravedad y la incapacidad residual. Nuestra área es rural y con gran dispersión, lo que hace que la accesibilidad al sistema sanitario se vea dificultada. En este proceso, esas limitaciones de accesibilidad pueden generar un importante grado de inequidad del sistema y de sufrimiento a los ciudadanos de la zona.

Objetivos: Describir las demoras en la atención al paciente con ictus en el área sanitaria y detectar áreas de mejora.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo. Se estudian todos los ictus (n=126) que tuvieron lugar durante el 2013 en el área. Variables: sociodemográficas y clínicas, variables de la atención sanitaria prestada. Se describen las cualitativas con distribución porcentual de frecuencias, y las cuantitativas con media y desviación estándar. Se realiza un análisis bivariante para conocer las relaciones entre las mismas. Nivel significación estadística: 95%.

Resultados Conclusión: N=126. Edad media: 77.8 años(DE:10.2). 87,7% isquémicos. 53,2% en mujeres. Principal factor de riesgo la hipertensión (69%). Antecedentes: 22,2% fibrilación auricular, 7,9% AIT previo, 14,3% cardiopatía isquémica. 25% se movilizó helicóptero para el traslado del paciente. . 12,7% se activó el código ictus, 42,2% no se activó por tiempo excesivo de evolución. Demora total en la atención: Media de Minutos desde comienzo síntomas hasta llegada a hospital: 198.06(DE:70.5). Esta demora se descompone en 86.56 minutos de media desde comienzo de síntomas hasta llamada al 112, y 114,06 desde llamada al 112 hasta llegada al hospital (siendo 90,13 minutos desde activación código hasta llegada al hospital). De los que se activó el código ictus, 12,5% tardan en llegar al hospital más de 4 horas y media, 18,8% más de 4 horas. A los 3 meses, solo el 27,6% no presentan incapacidad importante.

Conclusiones:

El objetivo del "Código Ictus" de la comunidad autónoma es que el paciente pueda recibir el tratamiento fibrinolítico antes de cuatro horas y media (270 minutos). En nuestro estudio se observa que excepcionalmente se activa el código ictus, un 12,7%, y que el motivo esencial para no hacerlo es que lleva mucho tiempo de evolución (42,2%). Pero de los que se activa, observamos que hay un 12,5% que tardan más de 4 horas y media en llegar al hospital. Observamos que la mayor demora se produce desde la llamada al 112 hasta la llegada al hospital, aunque la demora desde inicio de los síntomas no es despreciable. Creemos que el área sanitaria debería priorizar este problema y diseñar estrategias que incidieran en varios puntos simultáneamente, mayor educación de la ciudadanía para detectar síntomas de alerta que provocarían la consulta rápidamente, pero también un análisis del transporte urgente, recursos y accesibilidad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 480

TÍTULO: IMPLEMENTACIÓN DE SOLUCIONES ALCOHÓLICAS PARA EL LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO BASADO EN UN PLAN DE GESTIÓN DEL CAMBIO

AUTORES: REGAÑA VELÁZQUEZ, DANIEL (QUIRONSAUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRADO CORAZON); GARCIA PENCHE SANCHEZ, R. (QUIRONSAUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRADO CORAZON); OBIOLS ARDERIUS, A. (QUIRONSAUD HOSPITAL); PUIG CASANOVAS, R. (B.BRAUN MEDICAL S.A); CRUZ OLIVERAS; A. (QUIRONSAUD)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El lavado quirúrgico de manos (LQM) es imprescindible para prevenir las infecciones de localización quirúrgica. La evidencia científica demuestra que el LQM con cepillo es igual de efectivo que el que se realiza con preparados de base alcohólica (PBA). Sin embargo, el uso continuado del primero puede provocar la aparición de lesiones en la piel que se asocian al aumento de riesgo de infección de heridas quirúrgicas. En el 2014 la Dirección de Enfermería y Procesos Asistenciales decidió liderar la implantación del uso de PBA en las Áreas Quirúrgicas (AQ) de manera transversal y simultánea en tres centros Hospitalarios (45.000 Intervenciones quirúrgicas/ año). Como facilitador se estableció un plan estratégico de gestión del cambio que garantizase la implantación con un alto cumplimiento y adhesión a la técnica. Este se integró a un proyecto de gestión medio ambiental y costes, buscando el balanceo entre las dos técnicas en materia de consumo de recursos económicos y agua.

Objetivos: Implementar la técnica de LQM con PBA en el AQ en tres centros hospitalarios con un cumplimiento y adhesión a la técnica del 50% del total de Intervenciones quirúrgicas (IQ) realizadas.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El plan se dividió en: la designación del Producto por parte del personal asistencial, y la Formación, Introducción y cumplimiento. Se diseñaron encuestas sobre el conocimiento en la utilización de los PBA y se pasaron pre, post y 3 meses de la formación. De los resultados, se realizó el análisis cuali-cuantitativo elaborándose las acciones correctoras.

Se determinó el Gold Estándar de consumo de agua por IQ mediante unos contadores en los grifos quirúrgicos. Se realizó un estudio retrospectivo de costes elaborándose un cuadro de mandos que cruzaba actividad y consumos.

Resultados Conclusión: Se pasaron 347 encuestas: 102 pre, 131 post y 114 a los 3 meses Los resultados determinaron que enfermería tenía un conocimiento de la técnica más alto que los cirujanos (81,2% y 52,2 %). El 80% consideraba buena o muy buena la efectividad antimicrobiana y el efecto residual de los PBA. El 70% valoró positivamente el ahorro de agua y el 80% el cuidado de la piel. La encuesta final mostró unos resultados similares a la encuesta inicial. A nivel de consumos, el de PBA medio fue de 20.000 ml/mes por centro que equivale a 1333 lavados/mes (450IQ/mes). Esto representa un cumplimiento del 25,7%. El coste proyectado de PBA es de 2700€/año. El gasto de agua por IQ medio pre-implantación fue de 51,08L por IQ, estimando un total de 592.052,95L/año (7400,66 euros/año). En material fungible se proyectó un ahorro de 6998,57€/año. El balance final total fue de -11.699,23€.

A pesar de no haber conseguido el objetivo del 50%, el balance de una técnica frente a la otra ha caído claramente hacia el lado de las PBA. El plan de gestión, y en especial las encuestas, han jugado un papel fundamental permitiendo el feedback entre los participantes que aportaron valor a las sesiones formativas y como consecuencia la mejora a la adhesión a la técnica.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 481

TÍTULO: ¿HAY MARGEN PARA MEJORAR LAS HOSPITALIZACIONES EN EDAD PEDIÁTRICA EN LA RED PÚBLICA?

AUTORES: CASTAÑO SANCHEZ, NIEVES (SERVICIO SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS. SESPA); NATAL RAMOS, C. (SESPA); MUSLERA CANCLINI, E. (SESPA); FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, E. (SESPA); CAICOYA GÓMEZ-MORAN, M.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Aunque cuantitativamente la hospitalización en edad pediátrica es poco relevante en la utilización de servicios sanitarios, tiene otras implicaciones, como la especial vulnerabilidad de las criaturas a los efectos no deseados de la hospitalización, ya que a los riesgos de seguridad de las hospitalizaciones se unen los riesgos de complicaciones emocionales, que recomiendan limitar tanto los ingresos como la duración de las estancias.

Objetivos: Analizar el impacto - en términos de estancias evitables - de las altas de pediatría en los hospitales públicos de nuestra comunidad.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El período de estudio corresponde a las altas hospitalarias de 2012. Los episodios y datos son los establecidos para el CMBD del Sistema Nacional de Salud (SNS), que recoge información relativa a pacientes atendidos (edad, sexo y lugar de residencia), al episodio de hospitalización y a los diagnósticos y procedimientos ocurridos durante la hospitalización. Estos últimos se codifican con la CIE9 MC 8ª Ed. Los episodios se clasifican con los Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD) versión AP 27.0 y sus Categorías Diagnósticas Mayores (CMD). Para calcular el impacto, en términos de estancias evitables, se aplica la Norma AP 27 2011 del SNS y los cluster correspondientes para cada hospital. Revisión de los procesos en los Ambulatory Care Sensitive Conditions en Informe 2014 de marzo NHS England.

Resultados Conclusión: En 2012 se registraron 107418 altas de episodios de hospitalización en la comunidad autónoma, de las cuales 6975 (6,5%) correspondieron a pacientes menores de 14 años. El 40% de las altas se produjeron en el hospital de referencia de la comunidad.

Los ingresos urgentes fueron el 82% y el destino a domicilio el 97%. La hospitalización fuera de los servicios pediátricos específicos (Pediatría, Cirugía Pediátrica y Neonatología) representa el 15 % del total. El 70% de altas son de 0 a 4 años.

El 10,4% (732) de las altas tenían como diagnóstico principal, síntomas generales y otros diagnóstico inespecíficos.

Los diez GRD con mayor impacto solo representaron el 3.3% (230) de las altas y un 17% de impacto en estancias evitables respecto a la norma nacional, con una estancia media de 11,8 días. Seis de ellos eran procesos perinatales de la CMD 15.

Por otro lado, los 10 GRD de menor impacto correspondieron a 2404 (34,5%) altas con un 37% de impacto en estancias evitadas respecto a la norma nacional y una estancia media de 2.4 días. Los procesos de asma, gastroenteritis agudas e infecciones de vías respiratorias y urinarias coinciden con los Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) más frecuentes en criaturas de 0 a 4 años en el NHS. Lo que sugiere que hay un margen para evitar ingresos planificando actuaciones para evitar ingresos. Para ello habría que planificar actuaciones específicas sobre cada uno de estos procesos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 482

TÍTULO: LA NORMALIZACION DEL REGISTRO INFORMATICO APLICADO A LAS INTERVENCIONES COMUNITARIAS PERMITE EVALUARLAS Y MEJORARLAS

AUTORES: HERNANDEZ PASCUAL, MONTSERRAT (DIRECCION TECNICA DE SISTEMAS DE INFORMACION); DEL REY GRANADO, Y. (UNIDAD DE APOYO TECNICO); LOPEZ ROMERO, A. (UNIDAD DE APOYO TECNICO); SANZ DEL OSO, J. J. (DIRECCION GENERAL DE SISTEMAS DE INFORMACION); DOMINGUEZ BIDAGOR, J. (SERVICIO DE PROMOCION Y PREVENCION DE LA SALUD); VICENTE DEL HOYO, M. (UNIDAD DE APOYO TECNICO).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Dentro de Atención Primaria (AP), la intervención comunitaria (IC) engloba las diferentes intervenciones que se realizan a la población junto con diferentes entidades (ayuntamientos, asociaciones...) con el objetivo de promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social de la comunidad. En 2014 se ha incluido la IC dentro del catalogo de servicios a ofertar a la población, hasta entonces no estaba normalizada ni homogeneizada esta actividad para los 262 centros de salud (CS) y 159 consultorios locales (CL), por lo que desarrollar un registro común y basado en los criterios de calidad, nos va a permitir evaluar y seleccionar oportunidades de mejora.

Objetivos: Incorporar la IC como registro normalizado dentro de la aplicación EpSalud para conocer y evaluar la calidad de la IC realizada a nivel de centro de salud. Obtener un banco de proyectos de IC que puedan ser de consulta y uso de los profesionales para potenciar las IC en los CS

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Fase 1: Desarrollo de la herramienta informática para adaptarla al registro de la IC según criterios de inclusión (cobertura) y criterios de calidad (buena atención) según nuevo servicio estandarizado. Fase 2: Difusión y Elaboración de plan formativo dirigido a los profesionales sanitarios y socio sanitarios. Fase 3: Evaluación: Análisis descriptivo del nº de cursos, nº de asistentes y satisfacción mediante cuestionario de satisfacción, escala de 1 a 10. Fase 3: Monitorización de la implantación, análisis descriptivo del primer semestre tras su implantación como registro único de IC en la aplicación EpSALUD. Muestra: 262 CS y 159 CL. Variables de análisis: número de intervenciones comunitarias, tipo de intervenciones, área temática, cumplimiento de los criterios de inclusión de la intervención comunitaria y de buena atención nº de proyectos de IC incluidos en los Bancos de Proyectos de CS

Resultados Conclusión: RESULTADOS: Fase 1: Finalizado el desarrollo, el diseño de la nueva interface y el pilotaje preproducción en 6 meses. Fase 2: Se han realizado 7 reuniones dirigidas a todos los responsables de IC a las que han acudido el 100% de los responsables de IC (262 profesionales) y se han realizado un total de 7 ediciones de formación acreditada, a la que han acudido 175 profesionales siendo su valoración global de 8.53 con una DE 0.78. Fase 3: Desde el 1 de marzo al 31 de mayo se han registrado 443 IC siendo el 70.65% de acciones puntuales, el 27,09% reorientación de Servicios y el 2,26 % Planes de Desarrollo Comunitario.

CONCLUSIONES: El registro único y normalizado de la IC permite visibilizar la IC que se realiza en Atención Primaria y al tener un cuadro de mandos integrado presenta una doble finalidad como herramienta de calidad para seleccionar oportunidad de mejora y como herramienta de gestión al poder evaluar cumplimiento de criterios de calidad, a su vez también permite compartir entre los 262 CS y 159 CL las intervenciones comunitarias realizadas y con ello potenciar su difusión al resto de profesionales de nuestro ámbito.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 483

TÍTULO: ¿LA MEJORA EN EL DISEÑO DE LOS ESPACIOS WEB CONTRIBUYE EN SU USO?

AUTORES: DEL REY GRANADO, YOLANDA (UNIDAD DE APOYO TECNICO. GERENCIA ADJUNTA DE PLANIFICACION Y CALIDAD); PASCUAL MARTINEZ, O. (DIRECCION GENERAL DE SISTEMAS DE INFORMACION); ANCOS ARIAS, L. (UNIDAD DE APOYO TECNICO); POLO HERRADOR, M. J. (DIRECCION GENERAL DE SISTEMAS DE INFORMACION); LOPEZ PALACIOS, S. (DIRECCION ASISTENCIAL CENTRO); BERNEJO CAJA, C. J. (UNIDAD DE APOYO TECNICO).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En octubre del 2014 se puso en vigor el nuevo servicio estandarizado de Intervención Comunitaria (IC) en Atención Primaria (AP), por lo que nos vimos con la necesidad de rediseñar, mejorar y reorientar el espacio web actual de información a los profesionales dedicado a la educación para la Salud (EPS) para que sirviese de plataforma de comunicación y difusión también para la IC

Objetivos: Facilitar a los profesionales de los centros de salud información vinculada con el nuevo servicios de IC, de forma más dinámica y visual a través de un calendario mensual interactivo que muestra la relación de los Días Mundiales y que agrupen links ágiles con información y documentación útil relacionada con los mismos.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: 1. Revisión web de los espacios dedicados a los días mundiales de la salud a nivel internacional y nacional y priorización de su fiabilidad en matriz de priorización.

2. Búsqueda de los días mundiales de salud y priorización de los mismos con matriz de priorización.

3. Búsqueda de las guías, materiales docentes, eventos y documentación relacionada con cada uno de los días mundiales.

4. Diseño gráfico del apartado Días Mundiales: búsqueda de las imágenes oficiales de cada uno de los días mundiales.

5. Maquetación web.

6. Puesta en producción y difusión. Implantación

7. Evaluación y mejora: análisis descriptivo del número de accesos y satisfacción de los profesionales.

Resultados Conclusión: RESULTADOS:

Tras la revisión de los espacios relacionados con días mundiales hemos priorizado como fiables 3: siendo la UNESCO, OMS y Asociaciones institucionalizadas de cada enfermedad y de prevención de la salud. Desde el mes de enero, podemos visualizar dentro del espacio EpSALUD los días mundiales de la salud de los 12 meses del año y se han priorizado 72 días de un total de 102 encontrados, una media de 6 días recomendados para hacer EPS o IC al mes. En el 70% de los días hemos adjuntado la información necesaria para realizar las actividades en los centros de salud. En el año 2015, el número de accesos hasta mayo ha sido de 37.900 con una media de 7580 accesos mes, siendo en los 12 meses del 2014 de 49.040, con una media de 4086 al mes.

CONCLUSIONES: Coincidiendo con la mejora y difusión del rediseño del espacio web "Epsalud" se han incrementado los acceso situándose entre uno de los más consultados por los profesionales. Algunos profesionales han manifestado un feedback positivo a través del buzón de sugerencias, que refrenda la mejora establecida.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 484

TÍTULO: NUEVAS ESTRATEGIAS DE MEJORA EN LA GESTIÓN DE LAS INCIDENCIAS

AUTORES: SIN CABRERO, ROSER (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA); BRAO PÉREZ, I. (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA); FLAQUER RIFE, S. (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA); TRÍAS GUARDIA, G. (INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La gestión de la notificación de incidencias es un punto clave en el óptimo análisis causal del incidente y las futuras medidas de mejora implantadas.

Objetivos: Dar a conocer un nuevo procedimiento de registro y análisis de incidencias tras la adaptación del aplicativo TPSCloudTM del Departament de Salut con el objetivo de obtener un análisis más detallado de las incidencias que permita: mejorar la clasificación de las incidencias; identificar los factores causales o básicos que contribuyeron en la aparición de un incidente; optimizar la planificación de las acciones (antiguamente se establecía una para cada incidencia); mejorar el seguimiento de las acciones; y verificar las soluciones asignadas.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Mejorar el registro agrupando las incidencias en función de:

- Tipo: diferenciar si están relacionadas con la documentación, equipos asistenciales, paciente, gestión clínica o administrativa o infraestructura.
- Subtipo: procedimiento erróneo, petición, lista de espera, gran o pequeño equipamiento, entre otros.
- Causa raíz: paciente, profesional, entorno físico, organización del servicio o factor externo y determinar el subtipo en función de éstos.

Registrar y analizar: En la reunión semanal, se introducen las incidencias en el registro informático interno, se analizan, se establecen acciones correctivas y se realiza su seguimiento, actualizando la base de datos.

Las relacionadas con la seguridad del paciente se registran también en el aplicativo TPSCloudTM y se analizan por un grupo de trabajo.

Comunicar: Se presentan los resultados en el comité de calidad del centro.

Seguimiento: En el comité de calidad se verifican las acciones resueltas.

Resultados Conclusión: RESULTADOS

Se han registrado un total de 76 incidencias des de enero a junio de 2015, 29 relacionadas con la seguridad del paciente y se han acordado 14 acciones correctivas y 7 de mejora. Las más destacadas son:

- Documentación analógica y digital: 36 (12 vinculados con instrucciones /directrices, 12 check list, 1 identificación, 5 formularios o certificados y 2 historia clínica). 19 por factores profesionales, 10 externos, 6 organizativos y 1 de paciente.
- Gestión clínica y procedimientos: 13 (3 referentes a procedimiento terapéutico y 10 a procedimiento erróneo, uno de los cuales ha requerido un análisis más exhaustivo: ACA). Respecto a los factores, 10 profesionales y 2 organizativos.
- Gestión clínico-administrativa: 6 (2 relativos a la lista de espera, 2 ingresos, 1 alta y el otro no pertenece a ninguno de éstos). Referente a los factores causales, 4 son organizativos, 1 profesional y 1 externo. El resto hacen referencia a 4 errores relacionados con los equipos asistenciales, 2 con infraestructuras y 2 con los procedimientos del sistema de calidad, por diferentes motivos. CONCLUSIONES. La nueva metodología permite establecer un sistema para gestionar correctamente las incidencias, mejorando la definición, la clasificación y la causa de la incidencia y la planificación de las acciones correctivas.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 485

TÍTULO: ¿SON FACTIBLES NUEVOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA PEDIÁTRICA?

AUTORES: PEREDA MAS, ARTURO (HCU VIRGEN DE LA ARRIXACA); MATEO PEREA,G. (HCU VIRGEN DE LA ARRIXACA); NAVARRO MINGORANCE, A. (HCU VIRGEN DE LA ARRIXACA); MARTÍNEZ ROMERO, C. (HCU VIRGEN DE LA ARRIXACA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En el año 2010 se crea la Unidad de Atención Domiciliaria Pediátrica. En el año 2013, vista la necesidad de mantener un contacto continuo con una gran parte de los pacientes ingresados, se propone a una serie de padres participar en el pilotaje de una nueva forma de comunicación, en la que se comienza a usar una gráfica diaria colgada en la red, donde los padres cuelguen cierta información necesaria para conocer la evolución del niño, y los profesionales puedan consultarla en cualquier momento sin necesidad de una comunicación directa.

Objetivos: Valorar la pertinencia de una comunicación basada en información online en pacientes ingresados en una Unidad de Hospitalización Domiciliaria Pediátrica a partir de una encuesta de satisfacción/pertinencia pasada tanto a cuidadores principales de niños ingresados en la unidad, como a profesionales sanitarios.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se valoran 180 ítems de una encuesta de pertinencia pasada a profesionales sanitarios relacionados indirectamente con la Unidad y 108 ítems de una encuesta de satisfacción a cuidadores principales de niños ingresados.

Resultados Conclusión: Cuidadores Principales: 91% de las respuestas valoraron como fácil/muy fácil el acceso y la comprensión y un 88% valoró como fácil/muy fácil la cumplimentación.

A las preguntas acerca de la utilidad, un 89% contestó útil/muy útil y sólo un 25% respondió que hubiera preferido otro tipo de gráfica.

Respuestas de profesionales: un 84% valoró como fácil/muy fácil el acceso y la cumplimentación. El lenguaje empleado lo consideró apropiado un 88% de las respuestas.

Un 90% valoró como útil/muy útil la herramienta y a la pregunta de si hubiese preferido otro tipo de gráfica nadie contestó afirmativamente.

CONCLUSIONES

A pesar de que la muestra es pequeña y no existen referencias previas, con los datos obtenidos se puede pensar que es un sistema de fácil acceso a cuidadores principales y que facilita el seguimiento de los profesionales implicados, permitiendo una mejor organización de los cuidados.

Debemos aprovechar las facilidades de comunicación que nos aportan las nuevas tecnologías, aunque no podemos olvidar que siempre se nos puede presentar un problema de seguridad, por lo que debemos implementar medidas que garanticen la confidencialidad de los datos

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 486

TÍTULO: PROCESOS ASISTENCIALES EFECTIVOS: ¿MEJORA LA SALUD DE LAS PERSONAS DIABÉTICAS CON NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA?

AUTORES: BAYON CABEZA, MARIANELA (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. GERENCIA ADJUNTA DE PLANIFICACIÓN Y CALIDAD); PÉREZ RIVAS, F. J. (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. GERENCIA ADJUNTA DE PLANIFICACIÓN Y CALIDAD); RODRÍGUEZ BARRIENTOS, R. (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. GERENCIA ADJUNTA DE PLANIFICACIÓN Y CALIDAD); MARTÍ ARGANDOÑA, M. (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. GERENCIA ADJUNTA DE PLANIFICACIÓN Y CALIDAD); MARTÍNEZ PATIÑO, L. (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. GERENCIA ADJUNTA DE PLANIFICACIÓN Y CALIDAD); ALONSO SANFONT, T. (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. GERENCIA ADJUNTA DE PLANIFICACIÓN Y CALIDAD).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Una línea de trabajo planteada en nuestra Gerencia de Atención Primaria (GAP) es mejorar los procesos asistenciales y conocer el grado de efectividad de las intervenciones que realizamos a la población con enfermedades crónicas. En 2013 y 2014 se realizaron dos estudios transversales que mostraron correlaciones moderadamente positivas entre el cumplimiento de indicadores de proceso asistencial y de efectividad clínica, por centro de salud (CS) y por paciente

Objetivos: Describir la asociación que existe entre el cumplimiento de un indicador de proceso de manejo de la Diabetes Mellitus (DM) y el grado de control de las personas diabéticas de nuevo diagnóstico tras dos años de seguimiento

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio observacional analítico retrospectivo en 262 CS. Periodo de estudio: 1/10/2011 al 30/09/2014.

Criterios de inclusión: personas > de 14 años diagnosticadas de DM entre el 1/10/2011 y el 30/09/2012 y con un resultado de hemoglobina glicosilada (HbA1c) en el último año del periodo estudiado.

VARIABLES INDEPENDIENTES: edad, sexo y un indicador de proceso (IP) que conlleva realizar seguimiento del paciente cada 6, 3 ó 2 meses en base al tratamiento (dieta y ejercicio (D), antidiabéticos orales (ADO) o insulina (I)) del peso, hipoglucemias, adherencia, revisión terapéutica y consejos. La medición del cumplimiento del IP es anual y se considera "seguimiento adecuado" cuando se cumple el IP en 2013 y 2014.

VARIABLE DE RESULTADO DEPENDIENTE: "control adecuado" en el último año: HbA1c menor de 8,5% para mayores de 75 años y menor de 7% para el resto.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: medias, desviación típica (DS) y t de Student para cuantitativas, y frecuencias relativas y CHI2 para cualitativas. La fuerza de la asociación se evaluó con el riesgo relativo (RR). Programa SPSS v21.

Resultados Conclusión: Se diagnosticaron 16.383 diabéticos y 10.468 (64%) tenían determinación de HbA1c.

El 45% eran mujeres (M). La edad media 65 años (DS 13). El 40,7% estaba con D, el 55,3% con ADO y el 4,1% con I. El 30% cumplía el IP, 32% en M y 28% hombres. La edad media de los que cumplían IP era 68 años frente a 64 de los que no. Cumplían el IP el 33% con D, el 28% con ADO y el 18% con I. Presentaban control adecuado el 76,5% del total, el 83% con D, el 74% con ADO y el 46% con I. Estaban controlados el 81% de los pacientes que cumplían IP frente al 74% que no lo cumplía; RR de 1,09 (1,07-1,12).

Todas las pruebas arrojaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$)

El cumplimiento del IP parece favorecer un adecuado control en los paciente diabéticos de nuevo diagnóstico por lo que consideramos importante establecer acciones de mejora que garanticen su realización. La fortaleza del estudio se basa en el uso de datos de práctica clínica habitual del total de la población.

Diseñaremos un estudio prospectivo que nos permita corroborar los resultados, conociendo valores de HbA1c previos, controlando variables de confusión (edad, sexo, tipo de tratamiento) y evitando posibles sesgos de selección.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 487

TÍTULO: TERAPIA SECUENCIAL CON MEDICAMENTOS. ESTRATEGIA PARA DISMINUIR BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER

AUTORES: ESCUDERO AUGUSTO, DOLORES (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS); CALLEJA, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS); QUINDÓS, B. (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS); GARCÍA-ARIAS, B. (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS); RODRÍGUEZ-GARCÍA, R. (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS); ALVAREZ-GARCÍA, L. (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La bacteriemia relacionada con catéter (BRC) es una de las infecciones nosocomiales más frecuentes. En España se estima que hay entre 5.000-8.000 BRC/año lo que supone un grave problema sanitario que provoca aumento de mortalidad, mayor estancia hospitalaria y genera un importante coste económico. Algunos estudios nos hablan de un aumento en la estancia hospitalaria de 19,6 días y un coste estimado de 18.000 euros por episodio de BRC. Por datos del registro ENVIN, el tiempo medio de aparición de la BRC es cercano a las 2 semanas, lo que sugiere que la vía endoluminal (asociada al cuidado del catéter), tiene más importancia que la vía exoluminal, (relacionada con la inserción).

Para disminuir la incidencia de BRC, elaboramos un proyecto sobre Terapia Secuencial (TS) o switch therapy (programa de conversión del tratamiento intravenoso a la vía oral con fármacos de biodisponibilidad oral alta), con el fin de aplicarlo en nuestro Servicio de Medicina Intensiva (SMI) y minimizar la manipulación del catéter.

Objetivos: Elaboración de un programa de TS específico para el Servicio de Medicina Intensiva

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Revisión de la bibliografía y elaboración del programa de TS por el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Central de Asturias en colaboración con la Unidad de Gestión de Farmacia. Posteriormente se realizó una labor educativa y difusión del programa a todos los profesionales del Servicio.

Resultados Conclusión: Se presenta el documento elaborado para su aplicación donde se definen los siguientes aspectos:

- 1) Ventajas de utilizar la vía digestiva
- 2) Indicaciones de la terapia secuencial
- 3) ¿Qué medicamentos pueden utilizarse? y sus características farmacológicas
- 4) Efectividad terapéutica
- 5) Criterios clínicos para iniciar Terapia Secuencial
- 6) Terapia secuencial con antibióticos. Indicaciones y contraindicaciones
- 7) Terapia secuencial con otros grupos farmacológicos. Indicaciones clínicas
- 8) Estudio económico.
- 9) Como implementar un programa de terapia secuencial en un SMI
- 10) Inicio del programa y tabla de conversión a la vía oral con 15 medicamentos de uso muy frecuente en el Servicio.

Conclusiones:

- 1) La TS permite disminuir la utilización y manipulación de la vía venosa y por lo tanto minimiza el riesgo de infección del catéter
- 2) Su implantación en los SMI mejora la seguridad del paciente, supone un importante ahorro económico y puede considerarse una estrategia más para disminuir la incidencia de BRC.
- 3) Los resultados del programa han de ser estudiados a posteriori tras un tiempo de implementación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 489

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE UNA SOLUCIÓN INNOVADORA PARA REDUCIR LA MORBIMORTALIDAD ASOCIADA A LA CADENA DE SUPERVIVENCIA

AUTORES: MUÑOZ MELLA, M^a ANTONIA (HOSPITAL POVISA S.A); DE LA FUENTE AGUADO, J. (HOSPITAL POVISA S:A); JUAN CARLOS ARIAS CASTAÑO, J. C. (HOSPITAL POVISA S:A); JUAN FERNÁNDEZ BREA, J. (HOSPITAL POVISA S:A); MARCIAL REY MARTÍNEZ, M. (HOSPITAL POVISA S:A); ESTÍBALIZ EZPELETA SÁENZ DE URTURI, E. (HOSPITAL POVISA S:A).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Según la SEMICYUC entre el 0,4% y el 2% de los ingresos hospitalarios precisan RCP. La desfibrilación temprana es el tercer eslabón de la cadena de socorro y la llave de la supervivencia: por cada minuto que se retrase la desfibrilación, las posibilidades de supervivencia disminuyen un 4% si se está aplicando la RCP básica, y hasta un 10 % si no se aplica.

Objetivos: • Reducir la mortalidad evitable asociada al retraso en la activación de la cadena de supervivencia, garantizando un circuito de alerta que permita la desfibrilación en los tres primeros minutos de una PCR

- Diseñar un sistema de alerta y gestión de la RCP, con apoyo de las TICS y la participación del paciente, capaz de una reducción drástica de los tiempos de respuesta
- Identificar precozmente el riesgo de sufrir una PCR, en base al desarrollo de un algoritmo de compromiso vital (constantes, patologías, polimedicación, antecedentes...) desde el mismo momento del ingreso hospitalario.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: • Se constituye un equipo de mejora con Cardiología, Medicina Intensiva, Medicina Interna, Enfermería, Informática y Sistemas de Información y Unidad de Calidad

- Se realiza una evaluación de los tiempos de la RCP y análisis de los modos de fallo del circuito: metodología AMFE
- Rediseño del circuito de RCP: implantación de un sistema de alerta y gestión automatizada, de desarrollo propio, aprovechando los recursos tecnológicos ya disponibles. Es un sistema de comunicación proactiva, capaz de activar la alerta, conectando simultáneamente todos los dispositivos de la cadena de supervivencia.
- Cribado inicial del paciente al ingreso para la detección precoz de la población en riesgo de sufrir una PCR. Como resultado, se incorpora de manera automática un icono en la pantalla del paciente
- A todo paciente en riesgo de PCR se le aplica un programa de educación para el reconocimiento de signos de alerta. El paciente es habilitado para activar el sistema
- Diseño del algoritmo de seguimiento del riesgo de PCR a lo largo de toda la estancia del paciente, que incluye una batería de alertas de compromiso vital
- Secuencia de implantación y programa de formación
- Indicadores de evaluación

Resultados Conclusión: RESULTADOS CONTRASTADOS

Disminución de los tiempos de respuesta: el tiempo transcurrido entre la alerta PCR y la desfibrilación se ha reducido un 62,5%.

Disminución de la variabilidad de la práctica (dispersión de acciones..) en base a una sistemática automatizada.

Incremento del valor añadido de las TICs instaladas en el Hospital.

Mejora de la información derivada del registro automatizado de tiempos de respuesta.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminución de la morbimortalidad asociada a la demora de inicio de RCP.

Disminución de la mortalidad asociada a la PCR en base a la detección precoz de signos por parte del paciente, y de la monitorización continua del sistema de alerta.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 490

TÍTULO: EVALUACIÓN PRELIMINAR DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA PREVENIR CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS

AUTORES: PEÑACOPA MAESTRE, DELIA (HOSPITAL DE JARRIO); FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, S. (HOSPITAL DE JARRIO); VALCUENDE MARAÑA, C. (CENTRO DE SALUD DE LUARCA); EIROA LEÓN, R. (CENTRO DE SALUD DE VEGADEO); PÉREZ GARCÍA, A. M. (CONSULTORIO DE TARAMUNDI); DIOS DEL VALLE, R. (HOSPITAL DE JARRIO).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Las caídas son la 2º causa de muerte por lesiones accidentales en el mundo. 424.000 personas mueren al año en el mundo por caídas. 37,3 millones de personas al año requieren asistencia médica por caídas en el mundo. Se estima que en 1 año sufren caídas un 33% de las personas mayores que viven en la comunidad.

Objetivos: Evaluar la efectividad de programa educativo para prevenir caídas en población mayor de 65 años no institucionalizada.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio cuasiexperimental con grupo control. Se seleccionan 13 personas mayores de 65 años para realizar una intervención educativa en el centro social (grupo intervención, gl) y 11 personas para configurar el grupo control(gC). Variables. Sociodemográficas, clínicas. Sesiones semanales de Programa de ejercicios multicomponente que combina fuerza muscular, equilibrio, flexibilidad y marcha de 45' de duración impartidas por fisioterapeuta y enfermera durante 12 semanas. Entrega de hoja de ejercicios para realizar en casa hasta la siguiente sesión. Seguimiento mensual a través de llamada telefónica durante los siguientes 9 meses, preguntándoles si realizan los ejercicios y si han tenido alguna caída.

La efectividad se mide en reducción de caídas al año y en mejora de la calidad de vida mediante las viñetas COOP/WONCA (pre y post intervención, al mes). Análisis estadístico. Descriptivo clásico, la efectividad se mide mediante comparación de medias en muestras relacionadas. Nivel significación estadística: 95%.

Resultados Conclusión: Grupo de intervención: Edad media: 80,08 años. 92,9% mujeres. Toman 7 fármacos de media; la media de caídas en los últimos 12 meses es de 1,07. Escala Downton (riesgo caídas >2): 4,5. Test Barber (Riesgo dependencia ≥ 1): 1,07. Test Barthel (dependencia escasa 91-99): 93,9. Test Pfeiffer (deterioro cognitivo 0-2 normal): 0,79. No hay diferencias estadísticamente significativas entre gC y gl.

Puntuación media en COOP/WONCA (Calidad de vida) pasa de 22,92 a 20,77 en el grupo control (n.s) y 24,73 pre-intervención a 20,91 al mes de la intervención (p:0,016). Esta mejora se produce en la forma física, cambio en el estado de salud y estado anímico. No se observa variación en el número de caídas, prácticamente inexistentes en ambos grupos.

Conclusiones:

Podríamos entender que ambos grupos tienen una cierta homogeneidad en su composición al no arrojar diferencias significativas en las diferentes variables. La variable resultado, calidad de vida declarada por los pacientes, se comporta de forma similar pre y post en el grupo control; sin embargo mejora de forma significativa en el grupo intervención. La intervención educativa diseñada aporta mejoras significativas en la calidad de vida de nuestros ancianos.

La evaluación se extenderá hasta el año tras la intervención. Una variable que nos resulta interesante conocer es si hemos conseguido introducir cambios en los hábitos de actividad física en los pacientes, que son los que podrían mantener el efecto logrado tras la intervención.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 491

TÍTULO: DISEÑANDO EL FUTURO: APLICACIÓN MÓVIL HOSPITALARIA APP PARA FACILITAR UNA MEJOR INFORMACIÓN Y GESTIÓN A LOS USUARIOS

AUTORES: LLEDÓ-RODRÍGUEZ, RAFAEL (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS, BARCELONA); BENAVENT-NAVARRO, A. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS, BARCELONA); MORATE-CAÑIZARES, J. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS, BARCELONA); REMEDIOS-ROMAN, V. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS, BARCELONA); CLARAMBO-SEMIS, M. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS, BARCELONA); ALOY-DUCH, A. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS, BARCELONA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La utilización de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en la sanidad deben ayudar a la mejora de los resultados en salud, de la eficiencia del sistema y reducir los costes y el consumo de recursos. Y más concretamente para el ciudadano, a aumentar la calidad asistencial y recibir más información permitiendo una comunicación más directa y fluida, para el médico simplificar las cargas de trabajo, y para la administración facilitar el control y aportar conocimiento.

Objetivos: Activar una aplicación gratuita hospitalaria para teléfonos móviles, diseñada y desarrollada por profesionales del propio centro, para facilitar una información sanitaria relevante y actualizada a los usuarios.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Nuestro centro dispone de una plantilla de 1600 profesionales, atiende a una población de referencia de 436.000 habitantes, dispone de 335 camas, se dan anualmente 19.000 altas, 280.000 consultas ambulatorias, y 105.000 urgencias. La Dirección de Organización y Sistemas de Información del Centro con el apoyo de la empresa ICA-SA elaboró una plataforma digital disponible en Android y IOS (APPLE). La App permite a los ciudadanos consultar: 1º área pública con los tiempos aproximados de espera en el Servicio de Urgencias; 2º área privada de acceso para visualizar las visitas programadas en consultas externas, solicitar la recitaciones y sincronización con el calendario del teléfono móvil; 3º consulta de las visitas de otros familiares o personas que puedan estar al cargo del usuario; 4º contacto telefónico directo con el centro; 5º noticias del centro; 6º otros.

Resultados Conclusión: En 3 de junio de 2014 se presentó y entró en funcionamiento la aplicación gratuita (bilingüe) para móviles. Se realizó la difusión de la APP mediante actividades como presentaciones públicas (> 5), paneles informativos (>20), folletos (> 100), pantallas y prensa (> 2). En los meses posteriores se han dado de alta en al área privada 520 (30%) usuarios del centro. El promedio de consultas al área privada ha sido de 10 mensuales por usuario. El apartado más consultado son los tiempos aproximados de espera en el servicio de Urgencias.

En conclusión, la aplicación y avance en las TIC en nuestro centro representa un proyecto innovador que permite al Hospital a través de las nuevas tecnologías acercarse más a los usuarios y ofrecerles un servicio más personalizado y accesible. Esta herramienta digital se encuentra en fase inicial y prevé a corto plazo ofrecer muchas más ventajas y opciones para facilitar otras prestaciones a los ciudadanos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 492

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN ANTIBIÓTICA (PROA): COMO SER EFICIENTES EN EL USO ANTIBIÓTICO HOSPITALARIO

AUTORES: ALOY-DUCH, ANDREU (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS. BARCELONA); CUQUET-PEDRAGOSA, J. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS. BARCELONA); VÁZQUEZ-SÁEZ, R. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS. BARCELONA); BOTTA-SANTAUNA, M. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS. BARCELONA); VILA-SENANTE, M. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS. BARCELONA); MARTÍN-SÁNCHEZ, E. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS. BARCELONA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La necesidad del control antibiótico hospitalario es clave para la calidad y eficiencia, a partir de la mejora en su adecuación (indicación, tipo de fármaco, vía, dosificación y duración), y disminución tanto de los brotes infecciosos, como de las resistencias antibióticas y del gasto. El "Programa de Optimización Antibiótica (PROA)" promovido por la OMS tiene como objetivos mejorar los puntos anteriores, con un desarrollo ya progresivo en varios centros del país.

Objetivos: Presentar los primeros resultados de la implantación del programa PROA para evaluar y apoyar la prescripción y seguimiento del uso hospitalario de antibióticos, en general como restringidos, con el fin de conseguir un nivel óptimo de adecuación y eficiencia, proponiendo e instaurando acciones de mejora individuales y grupales.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Nuestro centro dispone de 350 camas de atención hospitalaria aguda y sociosanitaria, y en 2014 ingresaron 19.487 pacientes; se atendió a 109.147 urgencias y 312.466 pacientes ambulatorios. El Equipo de Control de Infecciones (ECI) está constituido por un médico internista y enfermera expertos en infección, una microbióloga y una farmacéutica. Desde enero de 2015 se inició el programa PROA, iniciando un conjunto de actividades, para obtener una mejora en la adecuación antibiótica, la disminución y control de brotes, las resistencias antibióticas y el gasto. La Comisión de Infecciones (CINF) da soporte al PROA, con recomendaciones sobre protocolización y acciones de mejora.

Resultados Conclusión: 1. Se elaboró el "programa estratégico funcional" del proceso de control de infección, y del programa PROA. 2. Se implantó la dedicación del médico en un 80%, de la enfermera al 100%, y de la microbióloga y farmacéutica ambas al 10%. 3. Se implantaron las funciones asignadas al médico para monitorizar y controlar los antibióticos que se prescriben y administran diariamente evaluando la adecuación a Guía y la duración con > 9 días y/o restringidos (vancomicina, linezolid...)(listas diarias) con un 10% de intervenciones basadas en un 57% de retirada de antibióticos, un 35% de cambio, un 5% añadidos; y un 3% iniciados; mantener un contacto online (80%) y/o presencial con los responsables de los pacientes sobre los cuales se actuaban (20%); apoyo diario al código sepsis (80%); realización de las interconsultas "de infección" para todo el centro (100%); reuniones semanales con servicios clave como traumatología, cirugía y UCI, y con el equipo ECI (100%); contactos mensuales con la CINF (100%); y explotación de indicadores semestrales de consumo (50%).

Conclusión: la implantación del programa PROA desde el Equipo de Control de Infecciones puede significar un cambio importante en la calidad y eficiencia de la prescripción y seguimiento antibiótico hospitalario. Los datos de adecuación y gasto en 2106 nos deberán dar el impacto real definitivo asociado al programa.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 493

TÍTULO: ESTUDIO DE INTERVENCIÓN Y ANÁLISIS CUALITATIVO. CLOSTRIDIUM DIFFICILE NOSOCOMIAL: UNA ENDEMIAS INCIPIENTE (2012-2014)

AUTORES: TUSQUELLAS-OTO, CARMÉ (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS. BARCELONA); VÁZQUEZ-SÁEZ, R. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS. BARCELONA); ALOY-DUCH, A. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS. BARCELONA); CUQUET-PEDRAGOSA, J. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS. BARCELONA); MARTÍ-SALA, C. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS. BARCELONA); PULIDO-NAVAZO, A. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS. BARCELONA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Las estrategias básicas para la prevención de la infección hospitalaria recae en la limpieza, la desinfección y la esterilización. Las dos primeras deben ser sistemáticas y frecuentes para conseguir una adecuada higiene hospitalaria, existiendo un gran número de desinfectantes de uso habitual en la práctica hospitalaria.

Objetivos: Presentar un análisis sobre casos de Clostridium difficile(CD) evaluando: 1º las muestras aisladas de CD desde 2012-2014 en un hospital general, y comparativamente respecto al programa VINCat en 2013; 2º PCR ("Reacción en cadena de la polimerasa") para el CD en 2014; 3º los resultados de un estudio piloto pre y post intervención utilizando un detergente clorado respecto a un detergente con amonio cuaternario en la disminución de la incidencia de casos de diarrea nosocomial por CD y los días de aislamiento; 4º las oportunidades de mejora existentes.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Desde 2012 a los pacientes ingresados con diarrea se les realiza un coprocultivo, detección de antígeno A/B y toxinas para CD, y en 2014 se añadió la PCR. La limpieza de superficies se realiza con un detergente con mezcla de amonio^{4º} y alquilamina. Se evalúa el cumplimiento de las limpiezas a fondo de las habitaciones, higiene de manos y la activación de un circuito ante una diarrea con CD. En el estudio piloto de intervención en Geriátrica de Agudos, se compararon los 2 detergentes citados en los 3 primeros trimestres de 2013 y 2014, respecto al último trimestre de ambos años, valorando el impacto del detergente clorado sobre la aparición de muestras con CD y los días de aislamiento, excluyendo las recidivas.

Resultados Conclusión: 1º. Se ha detectado entre 2012-2014 un aumento de casos con CD: 36, 50 y 94. En 2013, los datos comparativos de Densidad de Incidencia de CD por 10.000 estancias de nuestro Centro (DIC) respecto a la global (DIG) de VINCat mostraron un importante aumento nosocomial de la infección: la DIC fue de 3,32 (respecto a la DIG de 2,32 sobre 32 centros). 2º. En 2014 se incorporó la determinación mediante PCR en el 54% de pacientes. 3º. En el estudio pre-post, se apreció una disminución significativa ($P < 0,01$) inicial en el 100% de los casos aparecidos, y en los días de aislamiento ($P < 0,0001$) al utilizar el detergente clorado. 4º. Las oportunidades detectadas fueron: a., actividad esporicida nula del amonio-4º; b., cumplimiento $< 50\%$ en la limpieza a fondo; c., higiene de manos $< 40\%$; d., necesidad de un circuito ante la detección de un caso; e., elaboración de una hoja informativa para las familias; f., cambio paulatino del detergente^{4º}, por el clorado. Conclusiones. El gran incremento en los casos de CD en el centro ha motivado un plan de intervención interdisciplinario consistente en el uso de un detergente clorado, disminuyendo los casos nosocomiales de CD y los días de aislamiento, la mejora en la rapidez del diagnóstico con la PCR, la instauración de las medidas de precaución, y la detección de otras oportunidades de mejora.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 494

TÍTULO: HACIA UNA BIBLIOTECA DE FUTURO EN SANIDAD: EVOLUCIÓN HISTÓRICA EN LAS HERRAMIENTAS PARA EL DESARROLLO DEL CONOCIMIENTO

AUTORES: LLEDÓ-RODRÍGUEZ, RAFAEL (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS. BARCELONA); ALOY-DUCH, A. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS. BARCELONA); ARMENGOL-ROCA, G. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS. BARCELONA); SABATER-RAGA, R. M. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS. BARCELONA); SUBIRANA-POZO, F. X. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS. BARCELONA); MORATE-CAÑIZARES, J. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS. BARCELONA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La "gestión del conocimiento", como estrategia de transformación de los valores intelectuales de las organizaciones en mayor productividad y competitividad, consistiría en la producción, distribución, almacenamiento, evaluación, disponibilidad, transferencia y puesta en práctica del conocimiento.

Objetivos: Presentar la evolución histórica (2005-2015) de la implantación, revisión e indicadores del proceso de la "gestión del conocimiento" en la biblioteca de un hospital general universitario de referencia, en lo que se refiere a 1º estructura, 2º recursos bibliográficos, y 3º herramientas gestoras y de difusión, para ofrecer una biblioteca de calidad y eficiencia que permita recoger, almacenar y difundir el conocimiento en el ámbito hospitalario.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Nuestro centro dispone de 350 camas de atención hospitalaria aguda y sociosanitaria, y trabajan 1600 profesionales, 100 de ellos en Formación Sanitaria Especializada (MIR). El centro dispone de la acreditación docente desde 1983 y universitaria desde 2008 con concierto con la Universidad internacional de Catalunya; y dispone de una Unidad de Investigación e Innovación con un Comité de Ética e Investigación Científica. La biblioteca del centro está coordinada y gestionada por una bibliotecaria; en la última década, y referente a la estructura (1º) se evalúan los espacios físicos, la informatización y los recursos humanos; respecto a los recursos bibliográficos (2º), se valoran las plataformas existentes, la evidencia científica, las bases de datos y otros recursos; y 3º, para las herramientas, se describen los gestores de documentos, los escritorios virtuales. y la información y la docencia proporcionada por la biblioteca.

Resultados Conclusión: Respecto a la estructura (1º), el centro dispuso de una biblioteca de 150 m2 en 2005, hasta los 30 m2 actuales en 2015, respectivamente; pasando de una informatización local a una online y wifi; y de disponer de una bibliotecaria meramente gestora a una profesional líder en docencia sobre biblioteconomía/gestión del conocimiento. Respecto a los recursos (2º), se pasó de la documentación en 100% papel (revistas/libros) a la actual 100% electrónica; de las revistas individualizadas en papel a las plataformas globales multimedia con 8633 consultas "full-text" anuales (4548 a revistas y 3210 a apartados de libros), bases de datos, fichas de fármacos e imágenes; se decargaron 8475 consultas a guías de recomendaciones clínicas. Y por último, las herramientas de gestión y difusión (3º) con descarga de un total de 4301 artículos de los gestores de documentos (3061 internos, y 1240 externos), los escritorios virtuales en 39 especialidades del centro y enlaces a > 100 recursos online; y > 20 acciones formativas anuales a distintos colectivos. En conclusión, el futuro del conocimiento en sanidad debe basarse en una tecnología y herramientas informáticas adecuadas, un contenido intelectual basado en la evidencia científica, unos profesionales motivados, y un presupuesto suficiente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 495

TÍTULO: IMPACTO DE LA PATOLOGÍA ONCOLÓGICA (PO) EN EL CONSUMO DE RECURSOS DEL ENFERMO CRÍTICO CON SEPSIS GRAVE (SG)

AUTORES: CORCUERA ROMERO DE LA DEVESA, ROSA (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR); RUIZ MORENO, J. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR); GONZÁLEZ MARÍN, E. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR); CONESA FOLCH, N. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR); JULIA AMILL, M. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR); ARTIGAS RAVENTÓS, A. (HOSPITAL DE SABADELL & QUIRÓNSALUD CATALUÑA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El impacto de la PO en el consumo de recursos (CR) de los EC con SG se ha investigado poco, así como el peso relativo (PR) de los GRD en ambas poblaciones.

Objetivos: • Evaluar el impacto de la PO en el CR del EC con SG en comparación con la población global de EC.

• Evaluar el comportamiento del PR de los GRD en ambas poblaciones de EC con SG.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: • Estudio prospectivo, analítico, longitudinal y observacional.

• Período: De 1-I-2011 a 30-VI-2014 (42 meses)

• Ámbito: UCI de 10 camas

• Población: EC ingresados consecutivamente. Muestra: 2559 EC.

• Criterios exclusión: EC < 16 a., grandes quemados, documentación clínica insuficiente y altas voluntarias

• Variables analizadas: a) estancia media(EM), reingreso; b) PR de los GRD (versión 25.0); c) ventilación mecánica invasiva (VMI) y no invasiva (VMnI), traqueostomía; d) hemoderivados, e) aislamiento; f) cateterismo, pericardiocentesis; g) PIC, Doppler TC

• Estadística: Ji cuadrado y t de Student.

Resultados Conclusión: • EC globales: 2559

	EC SG	%-DE	SG y PO	%-DE	SG sin PO	%-DE	Valor p
	484	18,9	130	26,9	354	73,1	
Edad	73,5	13,1	73,2	11,4	73,6	13,7	NS
Mortalidad	120	24,8	39	30,0	81	22,9	NS
EM	9,27	12,4	10,0	13,1	9,0	12,1	NS
Reingreso	60	12,3	38	29,2	22	6,2	0,0001
PR GRD	7,93	9,5	8,8	10,9	7,6	9,0	NS
VMI	293	60,5	89	68,5	204	57,6	0,03
VMnI	142	29,3	25	19,2	117	33,0	0,003
Traqueostomía	46	9,5	15	11,5	31	8,8	NS
PIC	7	1,4	1	0,8	6	1,7	NS
Doppler TC	7	1,4	2	1,5	5	1,4	NS
Hemoderivados	216	44,6	83	63,8	133	37,6	0,0001
Aislamiento	79	16,3	17	13,1	62	17,5	NS
Cateterismo	7	1,4	2	1,5	5	1,4	NS
Pericardioc.	3	0,6	2	1,5	1	0,3	NS

Conclusiones

- 1) La EM es similar en ambos grupos, y los reingresos son > frecuentes con PO.
- 2) La PO no influencia el PR del GRD.
- 3) La VMI es > en la SG con PO, y la VMnI es > en la SG sin PO.
- 4) Los hemoderivados se utilizan > en la SG con PO.
- 5) Se aíslan por igual ambos grupos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 496

TÍTULO: JORNADA ANUAL INSTITUCIONAL (COMISIÓN CENTRAL DE CALIDAD): RESULTADOS DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS COMO SOPORTE A LA CALIDAD

AUTORES: LLEDÓ-RODRÍGUEZ, RAFAEL (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS. BARCELONA); ALOY-DUCH, A. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS. BARCELONA); LECINA-NOVO, O. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS. BARCELONA); VILA-SENANTE, M. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS. BARCELONA); RODRÍGUEZ-SADURNÍ, J. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS. BARCELONA); CLARAMBO-SEMIS, M. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS. BARCELONA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los denominados "Equipos de Calidad" (Comisiones, comités, y grupos de trabajo y mejora) son órganos de trabajo clave en las instituciones para la gestión y la mejora continua de la calidad. Son equipos interdisciplinarios de profesionales que ayudan y dan soporte en diferentes procesos y áreas con su experiencia y conocimientos, trabajando en la resolución de problemas

Objetivos: Presentar la evolución, desde el 2006 al 2014, de los resultados obtenidos (indicadores) en los objetivos del año por los equipos de calidad (comisiones, comités y grupos de trabajo) presentados en la Jornada anual de la Comisión Central de Calidad - CCQ -, como apoyo a la calidad asistencial; como objetivo secundario, en 2014 se evaluó la satisfacción de los asistentes a esta jornada.

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Desde el año 2006, la Dirección de Calidad y Planificación (DQP) organiza anualmente la Jornada de la Comisión Central de Calidad. Ésta, está constituida por los diferentes equipos de calidad (comisiones, comités y grupos de trabajo). La jornada de un día (9 h - 15 h) está abierta a todos los profesionales del centro, y en ella todos los equipos presentan sus resultados, describen debilidades / fortalezas y proponen objetivos para el año siguiente. Sólo participan en la jornada los equipos que se han reunido > = 3 reuniones anuales, y evalúan objetivos e indicadores. El nombre y tipo de variables evaluadas se describen en los resultados; en cuanto a la satisfacción de los asistentes a la jornada, ésta se evaluó a partir de una encuesta anónima (2014) de preguntas puntuadas del 1 al 10.

Resultados. Conclusión: Los resultados promedio globales anuales de los últimos 9 años se describen con 10 indicadores: 1. Nº de equipos en funcionamiento: 16 equipos; 2. Nº., Sesiones / equipo: 10 sesiones; 3. % asistencia / equipo: 75%; 4. Nº de Horas / equipo: 14 horas, 5º. Nº de Profesionales / equipo: 14 profesionales; 6º Nº de Objetivos / equipo: 7 objetivos; 7º % del logro de objetivos / equipo: 76%; 8º % de objetivos alcanzados > 65% / equipo: 84%; 9º % de profesionales que participan en equipos de calidad: 20% de la plantilla; 10º Satisfacción con la jornada de la CCQ: promedio de 8 (sobre 10) donde el 93% estuvieron satisfechos o muy satisfechos. En conclusión, el número de equipos de calidad, la consecución de objetivos y los profesionales que participan en cada equipo ha ido aumentando en los últimos años. La jornada es una oportunidad para compartir conocimientos con el resto de profesionales del centro sobre el trabajo realizado por los equipos. Es importante que la Jornada haya sido evaluada favorablemente, ya que esto satisface a los profesionales que la han preparado y fomenta la motivación para siguiendo trabajando. Los resultados descritos sobre la CCQ, como reflejo del trabajo diario de los equipos y en la misma jornada anual, permite intuir el nivel de desarrollo del conocimiento en la institución.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 497

TÍTULO: MATRIZ ÁMBITO PRODUCTIVIDAD DEL ENFERMO CRÍTICO (MAPEC) EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI) EXTENDIDO

AUTORES: RUIZ MORENO, JAVIER (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR); NICOLÁS ARFELIS, J. M. (HOSPITAL CLINIC BARCELONA); GÓMEZ TELLO, V. (MONCLOA HOSPITAL UNIVERSITARIO); MERINO DE COS, P. (HOSPITAL CAN MISSES); FRANCO GARROBO, N. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MÓSTOLES); GONZÁLEZ MARÍN, E. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los médicos intensivistas ejercen en la UCI y fuera de ella (extensión del SMI). También, más allá de la asistencia, esos profesionales, realizan docencia e investigación; y están involucrados en gestión clínica (GC) y en gestión del riesgo (GR).

Objetivos: Proponer la MAPEC para distribuir el tiempo de los profesionales médicos en un SMI (UCI y extensión)

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: • Ámbito: SMI A) nivel III, 14 camas; y SMI B) nivel IIb, 10 camas.

• Definición de 'productividad': 1. Asistencia (1.1. Asistencia UCI y 1.2. Asistencia como extensión del SMI). 2. Docencia. 3. Investigación. 4. GR. 5. GC.

• Características de los SMI: SMI A: 8 camas UCI y 6 UCSI; asistencia UCI, extensión de SMI, docencia MIR y pregrado, investigación experimental y epidemiológica, GR, GC. SMI B: 6 camas UCI y 4 UCSI; asistencia UCI, extensión de SMI, docencia pregrado, investigación epidemiológica, GR, GC.

• MAPEC:

- Abscisas: Productividad (08:00 - 17:00): asistencia UCI, extensión del SMI, docencia, investigación, GR y GC.

- Ordenadas: Ámbito de actuación en UCI, UCSI, planta (enfermos precríticos y postcríticos) y urgencias (enfermos precríticos y EC)

• Categorías: médico adjunto (MA), jefe clínico (JC) y jefe de servicio (JS). Criterios exclusión: MG y MIR. Horas a. / médico: 1750. Tiempos ajustados a cada productividad específica (suma total % = 100). Se acuerdan 1 JC y JS para atender los 2 SMI de 14 y 10 camas, y, respectivamente, 4 y 3 MA para SMI A y B.

Resultados Conclusión: Para el SMI A)

Ámbito	Asistencia %	Docencia %	I & D %	GC %	G R %	
h UCI	8050	MA 1 60	10	10	5	15
h asistencia	3675	MA 2 60	10	10	5	15
h docencia	875	MA 3 60	10	10	5	15
h I & D	875	JC 20	10	10	15	20
h GC	1225	JS 10	10	10	40	15
h GR	1400					
h UCSI	1487	MA 4 30	10	10	5	15
h asistencia	787,5	JC 10				
h docencia	175	JS 5				
h I & D	175					
h GC	87					
h GR	262					
Planta	525	MA 4 15				
		JC 10				
		JS 5				
Urgencias	437,5	MA 4 15				
		JC 5				
		JS 5				
Horas	10500	5425	1050	1050	1312,5	1662

Conclusiones: La MAPEC facilita la distribución de tiempos específicos para intensivistas por ámbito de actuación y por nivel de productividad

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 498

TÍTULO: EVALUACIÓN Y MEJORA DEL MANEJO A PIE DE CAMA DEL ASISTENTE DE ENFERMERÍA EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN GENERAL

AUTORES: LOPEZ IBAÑEZ, M. MERCEDES (HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); FERRER BAS, M. P. (HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); JIMENEZ FERNANDEZ, R. M. (HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); SERRANO MARQUEZ, A. (HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); GARNES MARTINEZ, E. (HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA); ZARAGOZA ESPINOSA, R. (HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En Marzo de 2014 se inicia el pilotaje del Asistente de enfermería en 5 Unidades de Hospitalización General. Una vez terminado el aprendizaje a pie de cama y habiendo superado el taller, las enfermeras están preparadas para el manejo del Asistente. A pesar de ir aumentando paulatinamente el número de planes de cuidados, seguimos teniendo un bajo cumplimiento en cuanto a la calidad en su elaboración y posterior emisión de Informe de Cuidados.

Objetivos: Detectar los problemas que influyen en la elección de Planes de Cuidados adecuados. Interiorizar su significado. Poner en práctica el juicio clínico enfermero. Saber evaluar al paciente con los indicadores de resultado.

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: El diseño de estudio ha sido un Ciclo de Mejora de las unidades piloto, siendo la población, pacientes dados de alta de estas unidades. El tamaño de la muestra fue de 60 casos para ambas evaluaciones, y el marco muestral fue de un corte correspondiente al mes de abril de 2014 y el segundo en abril de 2015, eligiendo el método de muestreo aleatorio simple sobre los listados de altas del programa informático Selene, aplicando como criterio de exclusión los pacientes que no tuviesen hecha la valoración inicial o que estando esta no hayan hecho el Plan de Cuidados. El análisis del problema de calidad se hizo con el diagrama causa- efecto (ishikawa). Se eligieron cinco criterios como aspectos relevantes. Para la identificación de los casos o unidades de estudio: listado de altas de pacientes ingresados en dichas unidades. Para la obtención de los datos sobre cumplimiento de los criterios, revisión de historias clínicas. El tipo de evaluación externa y retrospectiva.

Resultados Conclusión: Tras la primera evaluación se obtuvieron unos porcentajes de cumplimiento del 41,7% (C1), 23,3% (C2), 31,7% (C3), 28,3% (C4), 20% (C5), con un IC del 95%. La planificación e implementación de las medidas correctoras:

Reunión del supervisor de la unidad con el personal de enfermería para exponerles y explicarles los resultados del estudio (Retroalimentación o difusión). Refuerzo diario por parte del Área de Calidad a petición de las enfermeras, mediante llamada por un busca. Liberar de sus actividades a la enfermera de planta durante la formación. Petición a Servicios Centrales para aumentar la rapidez del Asistente. Agilizar la petición de mejoras en el programa. Tras la segunda evaluación se obtuvieron unos porcentajes de cumplimiento del 76,7% (C1), 35% (C2), 76,7% (C3), 76,7% (C4), 31,7% (C5), con un IC del 95%. A pesar de haber conseguido un área de mejora importante en tres de los cinco criterios correspondientes a la elaboración del Plan de Cuidados, debemos seguir reforzando la evaluación del paciente al alta hospitalaria con los indicadores de resultado, ya que aunque se realice el Informe de Cuidados, sigue habiendo un bajo cumplimiento en el reflejo de su estado final, expresado como Diagnósticos resueltos o activos que precisan seguimiento.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 499

TÍTULO: MEJORANDO LA FORMACIÓN CONTINUADA DEL PROFESIONAL: 'MOODLE', SATISFACCIÓN, ADQUISICIÓN Y TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTOS

AUTORES: ALOY-DUCH, ANDREU (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS. BARCELONA); GUIX-LLISTUELLA, E. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS. BARCELONA); GÓMEZ-FERNÁNDEZ-DE ARAMBURO, M. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS. BARCELONA); PLA-POVEDA, C. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS. BARCELONA); CRESPO-MONEDERO, A. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS. BARCELONA); VILLÀ-BLASCO, C. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GRANOLLERS. GRANOLLERS. BARCELONA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La formación continuada hospitalaria (FCH) en sanidad ha experimentado un gran salto, transformando la formación "presencial" a la "en línea" ("online"). En la mayoría de la FCH se evalúa la satisfacción de sus participantes, si bien los "exámenes" post-curso, o la comprobación de la transferencia de los conocimientos adquiridos al trabajo diario, son indicadores menos implantados en la FCH.

Objetivos: Describir los resultados de un estudio observacional, comparativo y de intervención en FCH, al implantar un campus virtual con la plataforma informática 'moodle' (Mdle), respecto a la formación presencial/papel, evaluando: 1º la gestión de las acciones formativas (AF), 2º la formación a través del propio Mdle, 3º la satisfacción en las AF, 4º la adquisición de conocimientos, y 5º la transferencia de conocimientos a la práctica asistencial; todo, como medida de la calidad y eficiencia de la FCH.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Nuestro centro, de referencia comarcal, dispone de 350 camas y trabajan en el mismo 1600 profesionales. El procedimiento de formación en el centro está constituido por: 1º. El Plan de Formación Institucional trienal, y 2º., Otra formación. En 2014 se integró el "Moodle" 2.7.1 (entorno de aprendizaje e interfaz modular y dinámico). El estudio contiene indicadores evaluados en 3 períodos: a) 2013 empleando el 'sistema tradicional en papel' (STP); b) 2014 (inicio del Mdle); y c) 2015 (post-implantación del Mdle). Los indicadores se describen en el apartado de resultados. La transferencia se evaluó en la certificación ISO de 3 servicios centrales en 2015.

Resultados Conclusión: Se dan 3 resultados de media anuales comparados por indicador en el uso del 'STP'(2013), en 2014 al iniciar el Mdle, y con Mdle 2015, respectivamente.

1º. % de AF gestionadas: 100% en STP; 85% en STP; y 100% en Mdle;

2º. % de AF con Mdle sobre 116 actividades: 5,6%; 14,2%; 27%;

3º. % profesionales formados online: 8%; 7,5%; y 44,34%;

4º. % horas de formación programadas online: 9,8%; 23,5%; y 48%;

5º. % horas /curso/alumno de docencia realizadas online 15,6%; 22,7%; y 64,2%;

6º. Accesibilidad simultánea (núm., de profesionales por curso): 16 en el STP .vs. 35 en Mdle;

7º. Ahorro en hojas de papel: 22.000 folios en Mdle;

8º. % de cursos en "abierto" (sin fecha de inicio ni final; autogestión) (innovación): 6 (42%)

9º. Satisfacción profesional (sobre 10): 8,85; 8,77; y 8,40;

10º Adquisición de conocimientos (examen final) en las AF, sobre 114 AF STP (3101 alumnos) un 33 % se examinó aprobando un 87%; de las 19 AF "online" (254 alumnos) del 63% examinado 85% aprobó.

11º en el 99,2% de las 25 AF (136 participantes) sobre servicios ISO hubo "transferencia" según su mando responsable.

Conclusiones. Se mantiene la satisfacción de los usuarios con los 2 sistemas, aumentando la accesibilidad a las AF con la formación online, si bien el reto consiste en aumentar la transferencia de conocimientos. El moodle abre un futuro esperanzador en la accesibilidad, la calidad y la sistemática en la FCH.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 500

TÍTULO: PROYECTO DE MEJORA EN LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE SALUD MENTAL

AUTORES: URIARTE URIARTE, JOSE JUAN (RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA OSAKIDETZA); ARANA OSINAGA, A. (RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA. OSAKIDETZA); LANDALUCE LAUCIRICA, J. I. (RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA. OSAKIDETZA); PACHECO YAÑEZ, L. (RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA. OSAKIDETZA); MEDRANO ALBENIZ, J. (RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA. OSAKIDETZA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Tradicionalmente ha existido una falta de datos relativa a la prescripción farmacológica por parte de los facultativos que trabajan, atienden pacientes y prescriben en el ámbito comunitario de atención a la salud mental. Existe, sin embargo, evidencia que apunta a problemas relevantes de seguridad y eficiencia en las prescripciones, incluyendo polifarmacia, uso de fármacos fuera de indicación, uso de dosis superiores a las dosis máximas recomendadas, y escaso eco y repercusión en la práctica clínica de las advertencias de seguridad de la AEMPS

Objetivos: Definir e implantar indicadores de prescripción farmacológica en la red asistencial de salud mental especialmente orientados a mejorar la eficiencia y la seguridad de las prescripciones

Implantar procedimientos de información generales e individualizados dirigidos a los facultativos prescriptores capaces de aportar información relevante que conlleve cambios deseables en los hábitos de prescripción

Obtener prescripciones más seguras y eficientes

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Equipo de trabajo constituido por clínicos y farmacéutico desarrolla una propuesta de indicadores basada en su relevancia clínica, en la posibilidad de explotación fidedigna de los datos y en Impacto en seguridad (basado fundamentalmente en alertas de la Agencia Española del Medicamento, AEMPS)

Algunos de los indicadores propuestos se han incluido en el Contrato Programa 2015 y en los Planes de Gestión de los servicios.

El registro de las prescripciones se realiza a través del módulo de prescripción Presbide, integrado en la historia clínica electrónica Osabide, que alcanza en la actualidad prácticamente el 100% de las prescripciones.

La explotación de los datos se realiza a través de la plataforma OBIEE (Oracle Business Intelligence Enterprise Edition), directamente por la Unidad de Gestión Sanitaria. En el presente análisis sólo se han obtenido datos de prescripción ambulatoria, por dificultades de explotación fidedigna de datos de prescripción hospitalaria

Resultados Conclusión: La información a los clínicos es capaz de producir cambios en la prescripción, aunque sería necesario un análisis más profundo del alcance y consecuencias asistenciales de dichos cambios. En algún caso, especialmente relacionado con la seguridad, la información directa e individualizada a cada prescriptor puede ser un paso adicional necesario

La inclusión de análisis farmacoeconómicos asociados a los indicadores de eficiencia añadiría una información adicional relevante para la gestión clínica, pero dichos datos deben ser manejados con prudencia, o al menos no cómo argumentos únicos hacia los clínicos

Es fundamental trabajar en la selección de indicadores relevantes asistencialmente, que aporten información y tengan una repercusión clara y directa en la mejor atención a nuestros pacientes

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 501

TÍTULO: APLICACIÓN CICLO PDCA EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA

AUTORES: GIL RUIZ, MARIA TERESA (HOSPITAL GENERAL NTRA. SRA. DEL PRADO); GALÁN LADERO, M. A. (HOSPITAL GENERAL NRTA. SRA. DEL PRADO); BETETA LÓPEZ, A. (HOSPITAL GENERAL NTRA. SRA. EL PRADO); JIMÉNEZ LOBO, M. C. (HOSPITAL GENERAL NTRA. SRA. DEL PRADO)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La implantación de indicadores de calidad preanalíticos en el área de bacteriología es muy útil para poder analizar aspectos relativos a la recogida de muestras, que influyen en los resultados de los cultivos posteriores y valoración de los mismos en posibles infecciones.

Objetivos: Por ello, dentro de nuestro Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) se definió el porcentaje de muestras contaminadas de orina como indicador de calidad que nos permitía valorar cómo se hace la recogida de estas muestras en nuestra área sanitaria, de cara a mejorar este aspecto, que influye en los resultados de los urocultivos que nos solicitan.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se define dentro de nuestro SGC el indicador de calidad porcentaje de muestras de orina contaminadas del total de muestras de orina en las que se solicitó un urocultivo. La definición de muestra contaminada (MC) se basa en los criterios de la SEIMC (Sociedad de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica) en la que se considera que la muestra de orina está contaminada y no puede valorarse el resultado del urocultivo cuando existen recuentos $< 10^4$ ufc/ml de microorganismos normalmente encontrados en la piel o genitales externos o internos, o crecimiento mixto en pacientes con infección urinaria no complicada adquirida en la comunidad. La medición del indicador se ha realizado mensualmente desde hace tres años.

Resultados Conclusión: El valor medio anual en el año 2014 de muestras de orinas contaminadas del total de urocultivos realizados fue de 9,69%, lo que está poder debajo de nuestro estándar, observándose un pico durante el mes de abril de este mismo año. Este hallazgo podría deberse a la presencia de personal nuevo en el laboratorio de Microbiología durante este periodo de tiempo, y a la posible falta de comunicación de las instrucciones de recogida por el personal de consultas y de Atención primaria en cada uno de los distintos Centros de Salud.

En función de la procedencia de las muestras, el mayor número de muestras contaminadas provenían de los centros de atención primaria.

En relación con los servicios hospitalarios de los que se recibe un mayor número de muestras de orina (consulta de urología y urgencias), la proporción de muestras contaminadas resultó similar a la media.

Durante los cinco primeros meses de 2015, y tras la realización de dichas acciones, el indicador ha disminuido por debajo de 9 (media de 8,6% entre los meses enero-mayo), por lo que consideramos que ha sido muy efectivo la aplicación del ciclo PDCA de la calidad en este ámbito del laboratorio. De todas formas, este indicador es un buen ejemplo de indicador-centinela, que va a permanecer implantado en nuestro laboratorio, para controlar posibles desviaciones en este sentido.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 502

TÍTULO: EL EQUIPO DIRECTIVO EJEMPLO EN LA MEJORA CONTINUA: EVALUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DEL PACTO ANUAL DE GESTIÓN.

AUTORES: GARCÍA DE SAN JOSÉ, SONIA (HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA); CODESIDO LÓPEZ, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA); SEGARRA CAÑAMARES, M. (HOSPITAL U. PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA); ALBARRACÍN SERRA, A. (HOSPITAL U. PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA); MONTSERRAT CAPELLA, D. (HOSPITAL U. PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA); OÑATE HEREDERO, C. (HOSPITAL U. PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El Plan Estratégico elaborado por el Hospital para el periodo 2014-2017 pretende definir las líneas maestras y programa de actuación durante ese periodo para conseguir ser un hospital excelente, identificando las iniciativas que influirán en el desarrollo futuro del hospital. En su desarrollo se han marcado una serie de ejes estratégicos, de los cuales el Eje 1.- Excelencia Asistencial tiene entre una de sus líneas de actuación trabajar en el Modelo de calidad EFQM para alcanzar la excelencia sostenida mediante la mejora de la efectividad y la eficiencia, y generando valor para los clientes y profesionales. Se ha identificado como momento clave en el desarrollo de la política y estrategia del hospital, el Pacto Anual de Gestión con cada servicio. Que conlleva un espacio de capacitación de los profesionales para la gestión clínica.

Objetivos: Evaluar e implantar áreas de mejora en el Procedimiento del Pacto Anual de Gestión (PAG) con los diferentes Servicios.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se diseñó una encuesta para evaluar los diferentes aspectos del procedimiento del PAG. Los aspectos valorados fueron los siguientes: Utilidad del procedimiento para los jefes de Servicio. Tiempo dedicado en las reuniones para llegar a consensuar el PAG. Documentación facilitada. Personas que participan en las reuniones de trabajo. Consideración de las opiniones vertidas en las reuniones.

Satisfacción global con el procedimiento

Mantenimiento o no del procedimiento del PAG.

Al final de la encuesta se dejó un apartado de sugerencias y áreas de mejora. La encuesta se pasó a todos los Jefes de Servicio, de forma anónima.

Resultados Conclusión: El porcentaje de respuesta fue del 100% de los Jefes de servicio. El 77,8% consideraron el procedimiento útil o muy útil para su desarrollo como jefes de servicio, el 73, 2% evaluaron el tiempo invertido en llegar al pacto como adecuado o muy adecuado, la documentación proporcionado suficiente en un 91, 4% y las personas que participaron en las reuniones las necesarias en un 80,7%, en el 59,4% valoraron de forma afirmativa que se habían tenido en cuenta sus opiniones en el desarrollo del Pacto, y parcialmente el 30,3%. La satisfacción global fue muy alta/alta en el 67,8% y por último el 94,1% valoraron de forma positiva mantener el procedimiento del PAG. Los resultados de las encuestas, junto con las sugerencias recogidas fueron presentados tanto a los Jefes de Servicio en un sesión específica, como discutidos en la Comisión de Dirección. Este análisis ha supuesto la introducción de mejoras en el procedimiento del Pacto Anual de Gestión, como la valoración como cliente interno del equipo Directivo a los jefes de servicio/mandos intermedios del Hospital, reforzando y actuando como ejemplo de la mejora continua en nuestra organización.

Además potencia el liderazgo, promueve la participación, favorece el reconocimiento y mejora la comunicación interna.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 504

TÍTULO: PLAN DE HUMANIZACIÓN PARA LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ES TIEMPO DE CAMBIO.

AUTORES: ESCUDERO AUGUSTO, DOLORES (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS); COFIÑO, L. (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS); ASTOLA, I. (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS); DEL BUSTO, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS); ESPINA, M. J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS); GONZALO, J. A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En los últimos años los avances científicos han mejorado sustancialmente la práctica médica, pero este progreso no ha ido acompañado de una mejora en la atención humana. La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un lugar hermoso donde se da vida, pero también es un lugar hostil donde los pacientes se enfrentan a una enfermedad terrible, en condiciones ambientales y organizativas adversas. Es necesario mejorar la humanización en la UCI.

Objetivos: Elaboración de un Plan de Humanización específico para la Unidad de Cuidados Intensivos polivalente de adultos del Hospital Universitario Central de Asturias.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Revisión de la bibliografía. Se solicitó la participación voluntaria de profesionales de la UCI creándose un Grupo de Trabajo formado por estamento médico y de enfermería. Elaboración del Plan de Humanización. Presentación a la Unidad de Calidad del hospital, aprobación, difusión entre los profesionales e implantación posterior.

Resultados Conclusión: Resultados: Se presenta el Plan de Humanización de la UCI que incluye los siguientes apartados:

- 1) Ampliación del horario de visitas. Concepto de UCI de puertas abiertas. Ventajas y cambios organizativos para su aplicación.
- 2) Visitas infantiles en UCI. Como preparar a los niños según su edad. Apoyo emocional.
- 3) Incorporación de la familia en los cuidados básicos del paciente. Efectos beneficiosos, ventajas y recomendaciones para su participación.
- 4) Información familiar. Importancia de la comunicación en UCI. Habilidades comunicativas y técnicas de "información en crisis". Comunicación con el paciente intubado.
- 5) Como mejorar el descanso nocturno del paciente. Organización del trabajo, gestión del ruido. Relación entre delirio y mala calidad de sueño.
- 6) Medidas para mejorar la privacidad del paciente. Dignidad y pudor personal.
- 7) Derecho a mantener relaciones sociales. Utilización y regulación de medios de comunicación: teléfono móvil, ordenador.
- 8) Importancia de incluir en los cuidados sanitarios a la familia. Ansiedad, depresión y estrés postraumático. Consuelo y apoyo emocional.
- 9) Por una UCI más amable. Musicoterapia en el tratamiento del paciente crítico como medida no farmacológica de la ansiedad.
- 10) Diseño arquitectónico de la UCI. Bienestar y confortabilidad ambiental.

Conclusiones: Debemos dotar a la UCI con moderna tecnología, pero debemos invertir también en organización, bienestar ambiental y humanización. Los pacientes críticos son muy vulnerables y necesitan una atención especialmente cálida y confortable. Es necesario abrir las puertas de la UCI, liberalizar el horario de visitas, mejorar los cuidados dirigidos a la familia, cuidar la privacidad y la confortabilidad atendiendo las demandas emocionales del paciente/familia. La implantación de un Plan específico de Humanización ayuda a rediseñar la práctica clínica para que la atención sea más confortable y humana. No debemos aplazar más el cambio ya que es una demanda social ineludible.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 506

TÍTULO: FACTIBILIDAD Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DIABETES TIPO-II EN ATENCIÓN PRIMARIA. EVALUACIÓN DEL PROCESO

AUTORES: SILVESTRE BUSTO, CARMEN (OSAKIDETZA-OSI DONOSTIALDEA-PRIMARA); SANCHEZ PEREZ, A. (OSAKIDTEZA-UNIDAD INVESTIGACIÓN AP BIZKAIA); CAMPO GUINEA, N. (OSAKIDETZA-HOSPITAL TXAGORRITXU); MARTINEZ CARAZO, C. (OSAKIDTEZA-UNIDAD INVESTIGACIÓN AP BIZKAIA); GRANDES ODRIOZOLA, G. (OSAKIDTEZA-UNIDAD INVESTIGACIÓN AP BIZKAIA); GRUPO PREDE, (OSAKIDETZA-OSI BARRUALDE-GALDAKAO).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El aumento de la incidencia de la diabetes tipo-II (DM 2) en el mundo (366 millones de personas, según la ADA) se atribuye a cambios en estilos de vida tipo alimentación, sedentarismo, obesidad, tabaco. Hasta el 70% de las personas con prediabetes desarrollará la enfermedad. La diabetes es una de las causas de enfermedad y muerte en la mayoría de los países. Los EC realizados en varios demuestran la eficacia de la intervención DEPLAN, sin embargo no se ha resuelto su traslación al contexto clínico rutinario en cuanto a efectividad y factibilidad sostenible.

Objetivos: Generar conocimientos científicos válidos sobre factibilidad y efectividad de la implantación de un programa de prevención primaria de la DM2 en AP de Osakidetza, que faciliten su posterior diseminación a la red de APS, evaluando la adopción entre los profesionales, alcance/cobertura poblacional del programa y grado de ejecución de sus ingredientes activos, sostenibilidad percibida, así como la efectividad del programa para disminuir la incidencia de DM2 a 24 meses

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Ensayo clínico Fase IV, prospectivo, aleatorizado por centros. Población todas las personas a riesgo de desarrollar DM2 (alto riesgo: FINDRISC igual o superior a 14 puntos), con edad 45 a 70 años, captados de forma rutinaria en cta. de Primaria entre marzo-2011 y junio-2013. Seguimiento durante 2 años. Resultado esperado: ausencia o retardo de aparición de DM2 (según valor de glucosa en sangre en prueba con sobrecarga oral de 75 gr de glucosa).

Intervención clínica Implantada con técnicas de formación y difusión habituales (pasivas) en 3 acciones: 1) cribado o identificación de las personas con alto riesgo (FINDRISC igual o superior a 14 puntos). Con aquellos identificados a riesgo: 2) programa estructurado de intervención educativa sobre modificación de estilos de vida: 4 sesiones grupales 1.5 horas en 4 semanas; y 3) Un componente de intervención no presencial de seguimiento /motivación.

Resultados Conclusión: Se han cribado más de 4124 personas de 104178 posibles candidatos (4%); Alto riesgo 2128(51%); realizan analítica base: 1339 (62,9%); Identificación diabéticos desconocidos 152(11,4%); se incluyen en el estudio 1113(52,3%), 655 en grupo control y 458 en intervención. Completan la intervención 361 (78,8%). La incidencia acumulada (IA)de debutar como diabéticos, según análisis por intención de tratar (itt,) es 0.083 en el grupo control y 0.0104 en el de intervención, diferencia de un 20%. Las características de los pacientes de ambos grupos son semejantes a excepción del género que es mayor en mujeres. Existen diferencias significativas en algunos aspectos de la implantación de la intervención por centros. Los resultados obtenidos son clínicamente relevantes, un 20% de reducción de riesgo de DM2 en grupo intervención. La cobertura poblacional tiene amplio margen de mejora que precisará de un modelo de implantación de la intervención sostenible mejor ajustado a las características de los centros y a las necesidades de los pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 507

TÍTULO: UNA ESTRATEGIA DE MEJORA EN CALIDAD ASISTENCIAL

AUTORES: ALVAREZ LUY, M.MERCEDES (CAP SARRO ROSET); CAULES TICOULAT, Y. (CAP SARRO ROSET); HOSPITAL GUARDIOLA, I. (CAP SARRO ROSET); RECASENS OLIVA, E. (CAP SARRO ROSET); RAMBLA VIDAL, C. (CAP SARRO ROSET); RODRIGUEZ PENA, M. (CAP SARRO ROSET).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El Estandar de Calidad Asistencial (EQA) es un indicador sintético de objetivo medir la calidad de atención a la población asignada a un área básica de salud (ABS), único para todo el equipo de atención primaria (EAP). Los estándares evalúan las acciones más habituales en el control de patologías crónicas, agudas y actividades preventivas, (enfermedades prevalentes crónicas, vacunación, hábitos tóxicos, ...). Estos resultados se traducen en un incremento del número de pacientes con mejor control. Desde el punto de vista de la calidad asistencial, EQA es la principal herramienta que utiliza el Institut Català de la Salut para evaluar sus equipos de atención primaria. Los resultados de nuestro centro de salud, históricamente han sido bajos comparados al resto de Catalunya.

Objetivos: Mejorar la calidad asistencial por medio de la mejora del EQA, para acercarnos a la media de ICS, logrando nuestro objetivo grupal, y posicionarnos en franja 50.

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Desde la dirección asistencial se programaron en 2014 sesiones de revisión a las que asistían los equipos Estrategia en nuestro centro: liderada por un referente, y diferente para pediatría, enfermería y médicos. Para el EQA de adultos: repartimos los indicadores entre los facultativos para posterior presentación al equipo en sesiones. Previa a la presentación: revisar definición en wikindicadores, repasar resultados individuales, extraer listado de no cumplimientos y analizarlos, corrección de listados propios. Se estableció horario para la revisión individual de indicadores. Adecuación de agendas para reservar tiempo a revisión EQA, y se elaboraron grupos de trabajo interprofesionales con un referente para revisión conjunta y supervisión directa.

ENFERMERÍA ADULTOS Revisión individualizada de los indicadores específicos y sesiones conjuntas de revisión de indicadores: ATDOM, vacunación

PEDIATRÍA Asistencia a reuniones territoriales, Revisión individualizada y Sesiones en centro seguimiento EQA pediatría

Para todo el personal: Información: sesiones bimensuales, correos informativos mensuales, sesiones de seguimiento individualizado con equipos con peores resultados.

Resultados Conclusión: RESULTADOS: al inicio del año 2014 nuestra puntuación de EQA era de 644 (media ICS 596) y EQA de pediatría era de 644, con y al final del año nuestra puntuación fue de 814 (media ICS 744) en EQA adultos, y de 756 p en EQA pediatría. Nuestra posición respecto al resto de equipos de Catalunya es de 52/276

CONCLUSION

El Estandar de Calidad Asistencial es una herramienta que ayuda a los médicos a mejorar el control de sus pacientes. Aplicar diferentes estrategias de mejora en su utilización (sesiones territoriales, sesiones de equipo, revisión individual, refuerzo...) es crucial para informar y formar los profesionales en sus aplicaciones y a usarlo como instrumento de mejora en la calidad asistencial.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 508

TÍTULO: PROYECTO AVENÇ: LA GUIA DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS ENTIDADES DE PACIENTES EN CATALUÑA

AUTORES: COSTA VILAR, NURIA (DEPARTAMENTO DE SALUD (DIRECCIÓN GENRAL DE ORDENACIÓN Y REGULACION SANITARIAS)); DAVINS MIRALLES, P. (DEPARTAMENTO DE SALUD); AGUADO BLAZQUEZ, H. (CATSALUT); CERDÀ CALAFAT, I. (CATSALUT); HERNANDO ORTEGA, R. (DEPARTAMENTO DE SALUD); VALLÈS NAVARRO, R. (DEPARTAMENTO DE SALUD).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Una forma de participación ciudadana muy extendida en nuestro país es el asociacionismo en torno a una enfermedad. La participación de la ciudadanía mediante las entidades de pacientes es una herramienta pionera en el debate de las políticas de salud. En octubre de 2012 el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya crea el Consejo Consultivo de Pacientes de Catalunya (CCPC). Esta iniciativa tiene como objetivo poner en valor la red ya existente de entidades de pacientes y ser el órgano permanente de consulta y participación de los representantes de los pacientes en el sistema catalán de salud. El CCPC está formado por casi 300 entidades de pacientes y por miembros de la administración, y está presidido por el consejero de Salud. El Gobierno de la Generalitat de Catalunya acordó impulsar el Plan estratégico de la participación del paciente en el sistema sanitario público de Catalunya para el periodo 2013-2016. El Gobierno encomendó al CCPC el diseño y la implementación de este Plan. Su línea estratégica Núm. 6. Es la mejora de las organizaciones de pacientes.

Objetivos: Impulsar modelos de gestión de la calidad, mediante una sistemática de trabajo que permita incorporar la gestión de todas las entidades interesadas en los conceptos de calidad, excelencia y sostenibilidad.

Definir una guía de autoevaluación con estándares consensuados

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El CCPC en colaboración con expertos en calidad del CatSalut, analizó la situación actual para poder definir líneas del trabajo. Se llevó a cabo:

- Búsqueda bibliográfica para valorar estilos de gestión en distintas entidades en Catalunya y España.
- Revisión bibliográfica para valorar los modelos de gestión de la calidad que podrían utilizarse como referencia, según la realidad y sus necesidades
- Análisis de la información web de las entidades de pacientes catalanas
- Revisión del modelo EFQM como base inspiradora
- Realización de entrevistas semi estructuradas con responsables de entidades

Esta guía propone la autoevaluación de 5 áreas : Cliente/usuario/asociado (CAU), Organización, Transparencia, Resultados y Gobernanza. Cada uno de los criterios incorpora indicadores que permite orientar las principales actuaciones que se pueden realizar, para conducir a la entidad que se autoevalúa a un nivel de calidad superior. La guía consta de 130 estándares. Su evaluación es cualitativa y de evaluación múltiple.

Resultados Conclusión: La calidad es un concepto a introducir en el sector asociativo y no sólo en los centros sanitarios. El proyecto AVENÇ ayuda a reflexionar sobre cuál es la situación de la entidad, cuáles son los puntos fuertes y sus puntos débiles, para introducir y priorizar los aspectos de mejoría necesarios. Es una iniciativa que impulsa la mejoría continua en la gestión de las entidades de pacientes en Catalunya. Éste es un paso más en el camino de la construcción de un sector asociativo fuerte y excelente, un sector que es el representante de la voz de los pacientes de Catalunya.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 510

TÍTULO: TUS DATOS SÍ IMPORTAN

AUTORES: LÓPEZ MARTÍN, ISABEL (PARC SANITARI SANT JOAN DE DÉU HOSPITAL GENERAL); SANCHO GALLEGU, C. (PARC SANITARI SANT JOAN DE DÉU HOSPITAL GENERAL); GODINO RUIZ, E. (PARC SANITARI SANT JOAN DE DÉU HOSPITAL GENERAL)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Detectamos que teníamos un problema a la hora de localizar a los pacientes lo que dificultaba la comunicación de horas o cambios de visitas, intervenciones, resultados alterados de pruebas y demás temas relacionados con su salud, principalmente por la actual tendencia de cambio de números de teléfono móvil.

Objetivos: Mejorar la comunicación con los pacientes para evitar pérdidas de tiempo y de recursos tanto de los pacientes cómo nuestros lo que nos permite organizar mejor nuestros servicios sanitarios.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Iniciamos una campaña informativa mediante carteles colgados en los mostradores y salas de espera del Hospital dirigida a los pacientes en la que se hacía hincapié en la importancia de tener sus datos de contacto correctos e invitándolos a que fuesen ellos los que nos comunicasen los cambios tanto en cualquiera de los mostradores del Hospital cómo dentro de las consulta, implicando a todo el personal en la recogida de datos.

Resultados Conclusión: La campaña se inició en diciembre del 2014 y se han modificado :
Enero 2015: 6009
Febrero 2015: 5680
Marzo 2015: 5140
datos administrativos de contacto cómo teléfono y direcciones.

Desde consulta externas también enviamos recordatorio de visitas vía SMS, al tener más números de teléfonos correctos hemos reducido el número de visitas no realizadas y mejoramos la satisfacción del paciente al recordarle las citas.

También se ha mejorado en la comunicación en el servicio de Intervenciones Quirúrgicas lo que permite no perder huecos de última hora y evitar molestias a los pacientes en caso de anulaciones por urgencias.

Hemos mejorado en la comunicación de programación y/o cambios de citas lo que mejora nuestra organización. La programación de citas no preferentes se realiza por carta por lo que es vital que tengamos correctos los datos de dirección. Tenemos un volumen mensual de unas 3000 citas o reprogramaciones sólo en el área de Consultas Externas lo que hace imprescindible que los datos de contacto sean correctos.

Al mejorar el números de pacientes 'no presentados' optimizamos nuestros recursos y es una variable favorable en la lista de espera.

También se recogen datos de afiliación lo que ayuda a que la facturación sea correcta.

Creemos que el hecho de hacer copartípe a los usuarios es importante ya que muchos no son conscientes de que tienen que modificar los datos en varios Centros. Valoramos la experiencia cómo positiva.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 511

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA EN UN HOSPITAL.

AUTORES: ORTIZ OTERO, M^a MERCEDES (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA); CASTAÑO PASCUAL, A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA); MARINERO ROJAS, O. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA); GÓMEZ IBAÑEZ, Y. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En nuestra organización entendemos la Responsabilidad Social como el conjunto de obligaciones y compromisos, legales y éticos, tanto internos como externos, que se derivan de los impactos que nuestra actividad produce en el ámbito social, medioambiental, laboral y de los derechos humanos.

Objetivos: 1- Excelencia y transparencia en la gestión, para conseguir unos resultados sostenibles en el tiempo en términos de calidad asistencial, de cobertura asistencial y económica.

2- Respeto al medioambiente en la actividad de la organización, en relación a la calidad y la conservación de éste, como marco de vida y como fuente de recursos, preocupa a los grupos de interés.

3- Respeto a los derechos de nuestros trabajadores, de acuerdo a:

- ; Normativa vigente
- ; Igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres
- ; No discriminación por edad, raza, religión o discapacidad.
- ; Entorno seguro y saludable.
- ; Conciliación de la vida personal y familiar.

4- La contribución al de nuevos profesionales y de la Investigación como mecanismo para la innovación.

5- Respeto a los derechos humanos y compromiso con la promoción de la salud, y apoyo a colectivos menos favorecidos

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: 1- Creación de un grupo de trabajo (ET).

2- Definir la relación entre los Grupos de Interés y las áreas de gestión en Responsabilidad Social.

3- Elaboración de un Código de Conducta o Ético de la Organización, estableciendo vínculos directos con los Grupos de Interés.

4- Describir y listar las actuaciones realizadas, estableciendo los aspectos trabajados, con indicadores.

5- Redacción de la Memoria de RSC, con reuniones periódicas del ET, para planificar y desarrollar las tareas de recogida de información entre los diferentes componentes del equipo.

Resultados Conclusión: 1- Identificados los Grupos de Interés, siendo éstos los siguientes: Clientes: Pacientes, familiares y profesionales de Atención Primaria. Sistema Sanitario: Administraciones públicas. Sistema Educativo. Sistema de I+D+I. Personal del Hospital. Proveedores. Sistema Social. Relaciones con la Comunidad y la Sociedad.

2- Identificar las áreas a tratar en la Memoria de RSC:

Sostenibilidad Económica y Buen Gobierno.

Gestión eficiente.

Excelencia en la Gestión.

Transparencia en la gestión.

Sostenibilidad Ambiental.

Certificación ISO 14001.

Sostenibilidad Social.

Contribución al conocimiento. (Docencia e investigación).

Acciones de compromiso social.

Contribución a la promoción de la salud.

Gestión de Personas.

Gestión de Prevención de Riesgos Laborales.

Conciliación y beneficios Sociales.

3- Redacción de una Memoria de RSC y Código Ético o de Conducta de la organización.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 512

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN EL TRIAJE EN URGENCIAS DE 3º NIVEL

AUTORES: CHAO MASEDA, ÍRIA (HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA); MARTÍNEZ PERAL, A. (HOSPITAL CLINIC BARCELONA); RUIZ MORENO, J. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Múltiples estudios valoran la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias (SU), pero son menos habituales los que evalúan directamente la calidad de los cuidados de enfermería y, también, la satisfacción de la otra parte implicada en los cuidados: los enfermeros/as

Objetivos: Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería en función de los niveles de triaje en un SU de 3º nivel

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: • Tipo estudio: observacional, prospectivo, analítico y multivariante

• Ámbito: SU del Hospital Clinic de Barcelona

• Período: 1-IV-2015 / 30-IV-2015

• Población: Pacientes que acuden al SUH.

• Muestra: Tamaño muestral (margen de error: 5%, nivel de confianza: 95%, y distribución de respuestas: 50%): 355 pacientes; según los pacientes visitados en Abril de 2014.

• Criterios inclusión:

- Edad: 18-75 a.

- Plena capacidad psíquica.

• Criterios exclusión:

- Limitación psíquica, congénita o adquirida.

- Glasgow = ó < 13.

- Pacientes ingresados en el HCB los 10 días previos.

- Castellano o catalán insuficiente.

- Personas no filiadas.

- Pacientes que rehúsan ser encuestados.

• Variables Independientes:

- Parámetros sociodemográficos

- Edad

- Género

- Procedencia

- Nivel de estudios

- 'Case – mix'

- Especialidad médica implicada.

- Grado de satisfacción alcanzado según los pacientes y los enfermeros

- Competencia profesional

- Comunicación - información proporcionada por enfermería

- Organización del SU

• Análisis estadístico

- Software IBM SPSS 22.0

- Intervalo de confianza: 95% y nivel significación; $p < 0,05$

- Transformaciones de variables: de variables cualitativas ordinales a una Escala tipo Likert.

- Coeficiente Alfa de Cronbach,

- Test normalidad Kolmogorov-Smirnov.

- U Mann-Whitney (variable cuantitativa-variable cualitativa dicotómica)

- Correlación Pearson (variable cuantitativa-variable cuantitativa)

- Test Kruskal-Wallis (cuantitativa-cualitativa politómica)

Resultados Conclusión: • Fiabilidad del instrumento utilizado (encuesta a pacientes y enfermeras): 92,6% (coeficiente Alfa de Cronbach).

• No se observan diferencias significativas en la satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería por nivel de triaje ($p > 0,05$).

• Se observan diferencias significativas ($p < 0,05$) con la satisfacción por sexo, edad y nivel de estudios en los niveles III, IV y V

- No se observan diferencias significativas en función del case-mix ($p > 0,05$)
- La satisfacción de los pacientes y la satisfacción de los enfermeros se comportan de forma independiente

Conclusiones:

1. La satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería no varía por nivel de triaje
2. En los niveles III, IV y V existen diferencias en función de: edad, sexo y nivel de estudios
3. La especialidad médica no influye en la satisfacción de los pacientes.
4. La satisfacción con la competencia profesional y con la comunicación-información recibe puntuaciones similares (pacientes y enfermeras/os).
5. La satisfacción con factores organizacionales obtiene la peor puntuación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 513

TÍTULO: EVOLUCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN UN HOSPITAL DE AGUDOS GERIÁTRICOS

AUTORES: MENÉNDEZ FRAGA, MARÍA DOLORES (HOSPITAL MONTE NARANCO); RANCAÑO RODRÍGUEZ, I.; FERNÁNDEZ TAMARGO, E.; MORALES PÉREZ, AM. ; VALLINA VÁZQUEZ, M. C.; VÁZQUEZ VALDÉS, F.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Es necesario conocer en el tiempo, la percepción de seguridad de los profesionales para evaluar la implantación de la cultura de seguridad y determinar áreas de mejora en el hospital.

Objetivos: El objetivo fue comparar dos periodos de tiempo para ver como ha cambiado esta percepción en un hospital de agudos geriátricos debido fundamentalmente a los cambios organizativos en años recientes.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: En un Hospital de Agudos Geriátricos se realizó la encuesta de percepción de seguridad de pacientes de los profesionales (Proyecto Séneca) con 25 ítems distribuidos en las secciones Formación, Participación, Entorno, El Centro y la Seguridad, e Información complementaria. Periodo: 2011-2015. Criterios de inclusión: Profesionales del hospital independientemente de la situación laboral, el primer periodo en el entorno del estudio del Servicio de Salud dentro del programa Séneca y en el segundo periodo aprovechando la implantación de la herramienta SiNASP de notificación voluntaria de incidentes/eventos adversos. Cambios organizativos: El hospital ha pasado de una gerencia propia a una estructura organizativa y de gerencia única de Área con Atención Primaria y el Hospital de Referencia, tener una bolsa de trabajo no propia a la hora de la formación en Seguridad de Pacientes (SP), y finalmente durante dos años un Servicio de Calidad común de área.

Resultados Conclusión: En el año 2011 se realizaron 76 encuestas (38%) sobre 200 profesionales (105 DUEs y 95 Auxiliares de Enfermería). En el año 2015, 68 encuestas (22,5% del total de profesionales y 47,6% de personal de enfermería) de 302 profesionales (110 DUEs, 98 Auxiliares de Enfermería, 60 médicos/farmacéuticos, 22 técnicos servicios básicos, 5 fisioterapeutas, 5 trabajadoras sociales y 2 monitoras ocupacionales). Los datos del 2011 formaron parte del documento del Servicio de Salud "Evaluación Externa Proyecto Séneca Asturias" y los del 2015 fueron de profesionales que asistieron a las sesiones formativas de implantación del SiNASP (70 DUES, 56 Auxiliares de Enfermería, 15 médicos y 7 otros). Los datos de las dos encuestas mostraron el siguiente perfil: mujeres (93,1%-90,3%), una media de edad de 43 años, situación laboral fija en el 58% e interinos del 30%, y una categoría profesional fundamentalmente de DUEs (53%-66%) y Auxiliares de Enfermería (34%-43%). El grado de seguridad percibido fue similar (6,6- 6,7). En relación a la variación en la valoración de los ítems se vio un descenso de aspectos como la satisfacción en la formación en SP, el pacto de objetivos específicos, la autonomía y delegación de responsabilidad, y un aumento de la carga de trabajo. Se encontró una mejora en el aumento de los canales de información en SP. A pesar de los cambios organizativos, la percepción de SP de los profesionales no ha variado sustancialmente, pensamos que ello es debido a que se sigue haciendo el plan de acogida a los nuevos profesionales y a que tampoco ha habido un cambio en las dinámicas de trabajo y circuitos establecidos en SP.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 514

TÍTULO: LOS CONTRATOS DE GESTIÓN COMO INSTRUMENTO PARA POTENCIAR LA GESTIÓN CLÍNICA DE CALIDAD

AUTORES: TORRAS BOATELLA, MARIA GLORIA (INSTITUT CATALÀ ONCOLOGIA); CALLE RODRIGUEZ, C. (INSTITUT CATALÀ d'ONCOLOGIA); VIDAL MILLA, A. (INSTITUT CATALÀ d'ONCOLOGIA); CASAUS GARCIA, J. (INSTITUT CATALÀ d'ONCOLOGIA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El Plan estratégico (2013-2016) de la Institución, orienta la acción hacia la consolidación del liderazgo clínico y pone el foco en la gestión clínica y resultados en el paciente. La organización cuenta con un instrumento muy consolidado internamente para impulsar este cambio, los contratos de gestión. (CG)

Objetivos: Utilizar el contrato de gestión, para implicar a todos los profesionales en el cambio de modelo, mediante la inclusión de objetivos ligados a a mejora de la calidad de los procesos, el análisis de la adecuación de las decisiones clínicas, y el buen uso de los recursos.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: En el marco del nuevo modelo organizativo y aprobado el plan de acción anual, se diseña un contrato de gestión focalizado en objetivos ligados a los procesos asistenciales clave, el análisis de la variabilidad de la práctica clínica, los resultados en el paciente y la gestión del conocimiento; asumiendo en este proceso de cambio, el papel clave de los líderes clínicos.

Se diseña un sistema de objetivos a 3 años vista que considera enfoque, despliegue y resultados. Para cada objetivo, se definen indicadores, metas, bandas de consecución y se le asigna un peso (sobre 100). El 50% de los incentivos de los profesionales dependen del resultado obtenido del CG de su Departamento, mientras que el otro 50% tiene que ver con objetivos específicos alineados con el mismo CG.

Resultados Conclusión: En el año 2015, la Dirección General ha firmado 21 CG, de los cuales 4 con Direcciones Asistenciales y 6 con Direcciones Clínicas.

El contenido de este CG se ha organizado en 6 apartados: 1-Actividad Asistencial, 2-Gestión de Recursos, 3-Organización y Gestión del Conocimiento, 4-Eficiencia y Calidad Asistencial, 5-Investigación, 6-Formación y Docencia. El 50% de los objetivos tienen que ver con áreas de mejora directamente centradas en el paciente: revisión de los procesos clave (consultas externas, quimioterapia, radioterapia, hospitalización, final de la vida), consolidación y dinamización de las comisiones de calidad y unidad funcional de seguridad del paciente, realización de auditorías clínicas, contribución a la construcción del proceso oncológico en la estación clínica (definición de formularios y reglas para cada patología) y prioridad en la inclusión de indicadores de resultados clínicos (calidad y seguridad) en el cuadro de mandos para su monitorización.

Conclusión:

A través de los CG se ha fomentado el compromiso de los profesionales con su responsabilidad sobre las decisiones clínicas adecuadas, en beneficio de una asistencia de calidad, segura y satisfactoria para nuestros pacientes y la gestión eficiente de los recursos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 515

TÍTULO: TO HACK OR NOT TO HACK... ESA ES LA CUESTIÓN

AUTORES: FRANCO VIDAL, AMALIA (GERENCIA ÁREA SANITARIA I. SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS); MARTÍNEZ ARGÜELLES, B. (GERENCIA ÁREA SANITARIA III. SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS); LLAVONA FERNÁNDEZ, R. (HOSPITAL VALLE DEL NALÓN. SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS); FANJUL ALONSO, C. (CENTRO EUROPEO DE EMPRESAS E INNOVACIÓN. ASTURIAS); MENDEZ RODRÍGUEZ, A. M. (CENTRO EUROPEO DE EMPRESAS E INNOVACIÓN. ASTURIAS); VILLA CASAL, J. P. (TALENT ENTERPRISE).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Hackathon: término usado en comunidades hacker para referirse a un encuentro de programadores con el objetivo del desarrollo colaborativo de software. Duración: dos días a una semana. Integra los conceptos de maratón y hacker, aludiendo a un experiencia colectiva que persigue la meta común de desarrollar aplicaciones de forma colaborativa en un lapso corto. Game jam: lo mismo; su propósito es la creación de videojuegos en un corto período de tiempo (24-48 horas). Los participantes suelen estar especializados diferentes disciplinas: programación, diseño, arte, música ...

Objetivos: Desarrollo de una Game Jam en el ámbito de la salud puesta en marcha desde un centro de innovación y dos Áreas Sanitarias

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: La iniciativa se publicitó con el objetivo de incorporar desarrolladores, game designers, artistas gráficos y personal sanitario. Se invitó específicamente a profesionales sanitarios para ofrecerles participar. Duración: 20 horas en tres sesiones: A: (5 horas) presentación de participantes y creación de equipos, taller de creatividad con el objetivo de generar ideas; 2: (11 horas) desarrollo del videojuego (diseño del juego, desarrollo informático, diseño artístico); 3: (4 horas) finalización, prueba de prototipos y valoración de los proyectos. Los profesionales sanitarios acudían fuera de su horario laboral

Resultados Conclusión: Participantes: 38 personas (15 sanitarios, 13 desarrolladores, 5 artistas, 2 game designers, 3 otros). Se constituyeron 5 equipos (todos con al menos dos sanitarios). Se desarrollaron 5 prototipos, 4 de ellos en pruebas y otro en desarrollo informático. Los prototipos trabajaban los siguientes conceptos: Conocimientos y actitudes para cuidadores de pacientes con demencia, Hábitos saludables para preadolescentes, Cuidados básicos para niños pequeños, Interacciones medicamentosas para pacientes y profesionales, Coach saludable para adultos. Evaluación de la satisfacción de los participantes sanitarios: encuesta "ad hoc" (Preguntas abiertas, cerradas y escala tipo likert 1 a 5). El 100% de los participantes hicieron una valoración global de 4 ó 5. Todos los profesionales afirmaban que volverían a participar en una iniciativa de este tipo. Aspectos positivos: interacción con profesionales de ámbitos muy diversos con un objetivo común, carácter innovador y lúdico del evento. Aspectos negativos: poco tiempo para el desarrollo de los trabajos (estresante), distancia al lugar de trabajo, no poder acudir todo el tiempo por temas personales. Al 100% de los participantes sanitarios les pareció una dinámica extrapolable a otros ámbitos de la organización sanitaria. Conclusiones: A la luz de la experiencia de colaboración multidisciplinar en un formato corto de tiempo y en un entorno donde se facilita la creatividad y la innovación; así como a partir de las valoraciones del proyecto de los profesionales sanitarios, parece que la metodología del "hackaton" puede ser una metodología adecuada para desarrollo de mejoras e innovaciones en distintos ámbitos del sistema sanitario

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 516

TÍTULO: ACREDITACIÓN DE UN CENTRO DE SALUD(CS) SEGÚN EL MODELO DE ACREDITACIÓN AUTONÓMICO

AUTORES: HERNANDEZ VIDAL, NURIA (CENTRO SALUD SALOU); GENS BARBERA, M. (CENTRO SALUD SALOU); VIDAL ESTEVE, E. (CENTRO SALUD SALOU); OYA GIRONA, E. (CENTRO SALUD SALOU); ANGLÉS SEGURA, T. (CENTRO SALUD SALOU); MENGÍBAR GARCÍA, Y. (CENTRO SALUD SALOU).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El Departament de Salut (DS) impulsa el sistema de acreditación de los Centros de Salud(CS) mediante un manual de estándares (MADS) a partir del año 2014. Los estándares(E) están inspirados en diferentes modelos de acreditación reconocidos y en el modelo de gestión de la Fundación Europea para la gestión de la calidad(EFQM).Consta de 347E y ha sido consensuado por diferentes agentes del sector y sociedades científicas. Nuestro CS ha realizado diferentes procesos de acreditación según los estándares de la Joint Commission Internacional(JCI) desde 2004.

Objetivos: Integrar el proceso de acreditación del DS en el modelo de gestión de la calidad del Centro

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El CS está formado por una comisión permanente de calidad multidisciplinar integrada por: dirección del CS, responsable de calidad, responsable de seguridad y personal administrativo. Funciona desde el año 1999 y es la responsable de impregnar la cultura de mejora continua y la excelencia entre los profesionales. Proceso de acreditación según MADS: 1-Autoevaluación de los 327 E mediante la aplicación del DS (búsqueda de evidencias y concordancia con los estándares de la JCI). 2-Se identifican áreas de mejora. 3- Solicitud de participar en la prueba piloto. 4- Auditoria en junio 2014. 5-Informe preliminar emitido por el DS. 6-Acciones de mejora

Resultados Conclusión: Resultados auditoria externa DS: Resultado global CS 97'1% de cumplimiento. Criterios(C): C1:96,3%, C2:100%, C3:93,9%, C4:97,7, C5:99,1%, C6:100%, C7:81'8%, C8:100%, C9:96,7%. Resultados dirección de atención primaria del territorio (DAP): C1:94%, C2:97'7, C3:92,9, C4:97,2, C5:96,9, C6:94,2, C7:77, C8:72,1, C9:89,2. Algunos proyectos destacados: Evaluación del liderazgo de la dirección, se implanta la metodología Hoshin Hanri como proceso de planificación estratégica y se realizan jornadas estratégicas anuales con todos los profesionales del CS. Proyecto de Seguridad de los pacientes: desarrollo de una aplicación informática que nos permite realizar los procedimientos de SP, gestionar las incidencias y evaluar los procesos. Implantado sistema de notificación de incidentes. Se ha creado un blog para acercar la información a los ciudadanos, diseño de un manual de primeros auxilios para las escuelas. Diseño de un cuadro de mandos específico para la evaluación del criterio 6,7,8 y 9

Conclusiones:La acreditación según los estándares del MADS nos ha permitido conocer el nivel de calidad y compararnos con otros CS de nuestra institución. El implantar diferentes modelos de gestión de la calidad nos ha dado una oportunidad para integrar las fortalezas de cada uno, JCI como modelo más asistencial y el MADS orientado a resultados y la mejora continua.Es el CS que mejor resultado ha obtenido de los centros auditados de nuestra DAP, probablemente secundario al compromiso y la cultura en la mejora continua que tienen los profesionales del centro orientados hacia la excelencia en la atención sanitaria

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 517

TÍTULO: EFECTIVIDAD DEL SVA EN LA UCI TRAS LA ORGANIZACIÓN DEL CARRO DE PARO CARDÍACO (PCR) ACORDE A LA SECUENCIA 'ABC'

AUTORES: GONZÁLEZ MARÍN, EDUARDO (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR); RUIZ MORENO, J. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR); ESTEVE PAÑOS, M. J. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR); EZQUERRA ARGILÉS, L. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR); CONESA FOLCH, N. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR); JULIA AMILL, M. (QUIRÓNSALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Aunque la RCP está protocolizada (Guías de la European Resuscitation Council-ERC), el contenido del carro de RCP condiciona el SVA, pudiendo facilitar o no. Se propone distribuir el carro de RCP acorde a la secuencia 'ABC' ('Airway' -'Breathing' – 'Circulation') para facilitar el SVA.

Objetivos: • Evaluar la efectividad del SVA utilizando un carro de RCP adaptado a la secuencia 'ABC'

- Disminuir la mortalidad intraUCI del PCR.
- Permitir una evaluación comparativa antes y el después

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: • Estudio ambispectivo, analítico, longitudinal y observacional.

• Período: 1-I-2011/ 30-IX-2013

1-X-2013/30-VI-2014 (secuencia 'ABC')

• Ámbito: UCI médico / quirúrgica de 10 camas.

• Población: 2589 EC

• Muestra: 85 EC.

• Criterios exclusión: EC < 16 a., grandes quemados, documentación clínica insuficiente y altas voluntarias.

• Variables analizadas: a) estancia media (EM), b) 'case-mix': GRD versión AP - 25.0 (684 GRD) y peso relativo (PR), c) sepsis grave, d) ventilación mecánica invasiva (VMI), e) electrocatéter (ECT).

• Estadística:

- Variables cuantitativas: medidas de tendencia central y de dispersión. Intervalo confianza para la media con nivel de confianza del 95%.

- Variables cualitativas: distribución y tablas de frecuencias

• Guías Clínicas ERC 2010: Sección 4 ('Adult Advanced Life Support')

• Adaptación del carro fijo de RCP a la secuencia 'ABC':

• 'A' ('Airway').

• 'B1' ('Breathing')

- oxigenoterapia

- bajo flujo: Gafas nasales

- alto flujo:

- Mascarilla tipo Venturi

- Mascarilla reservorio

- vía aérea

• 'B 2' ('Breathing' -material para 'vía aérea difícil'):

- Mascarilla laríngea.

- Mascarilla laríngea con guía y TET anillado nº 5 (1) y 7 (1).

- Tubo nasal nº 6.5 (1) y 7 (1).

- Set cricotraqueostomía

- Endoguía

- Intercambiador de TET

• 'C' ("Circulation"):

- 4 grupos fármacos útiles en una RCP (ERC 2010):

- "Fármacos más frecuentes": adrenalina, amiodarona.

- "Fármacos nivel de conciencia ": diazepam, midazolam, etomidato.

- "Fármacos arritmias": lidocaína 2%.

- "Fármacos metabolismo": bicarbonato 1 molar, sulfato de magnesio, glucosa concentrada 33%.

- Cloruro sódico 0,9%

Resultados Conclusión: Carro Pre ABC

Carro ABC

Total

63

22

Edad	73,9	77,1
Mortalidad	47 (74,6 %)	13 (59,1 %)
EM	6,17	7,86
PR GRD	7,54	12.16
VMI	62 (98,4)	21 (95,4 %)
Sepsis grave	30 (47,6 %)	12 (54,5 %)
EKT	5 (7,9 %)	3 (13,6 %)

Conclusiones

- La mortalidad en el grupo 'carro ABC' es 15 puntos inferior.
- La EM y el PR de los GRD es > en el grupo 'carro ABC', lo cual podría ir asociado a la mayor supervivencia

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 518

TÍTULO: INDICADORES DE CALIDAD EN PATOLOGÍA VASCULAR: ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL

AUTORES: LOPEZ ESPADA, CRISTINA (COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE GRANADA); BARREIRO VEIGUELA, J. (GRUPO DE CALIDAD SEACV); BELLMUNT MONTOYA, S. (GRUPO DE CALIDAD SEACV); BLANCO CAÑIBANO, E. (GRUPO DE CALIDAD SEACV); FLORIT LOPEZ, S. (GRUPO DE CALIDAD SEACV); MORATA BARRADO, C. (GRUPO DE CALIDAD SEACV).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los procesos quirúrgicos siempre han monitorizado sus resultados en forma de mortalidad a los 30-días y morbilidad. En los últimos años han proliferado iniciativas de Sociedades Científicas Internacionales de crear Indicadores de Calidad de determinados procesos quirúrgicos, para de esa manera poder comparar y mejorar los resultados.

Objetivos: 1)Elaborar 1-2 indicadores de las 4-5 patologías más importantes de nuestra especialidad, monitorizarlos en Unidades de España, para luego comparar los resultados. 2)Mostrar al resto de nuestra Sociedad que la elaboración de indicadores es factible y útil para la mejora de nuestros Procesos.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: 1) Seleccionar 17 Servicios de Cirugía Vasculardis, dispuestos a colaborar. 2) Escoger por Consenso de Expertos: 5 patologías frecuentes y dos indicadores clave: Aneurismas de Aorta abdominal (AAA), Patología arterial periférica (PAD), Patología carotídea extracraneal (CEA), Trombosis venosa profunda (TVP) y fístulas arteriovenosas para hemodiálisis (FAV). 3)Elaboración de una Ficha del Indicador: Numerador/denominador, periodo de análisis, fuente de datos, criterios de Exclusión, justificación, recomendación Clínica, tipo de Indicador y bibliografía. 4) Recogida de la información durante un mes y 5) Por último, se agruparon los datos y se analizaron los resultados a nivel Nacional

Resultados Conclusión: 1.Para los AAA:I)Porcentaje de operados de un AAA, con tratamiento Antiagregante un mes antes de la intervención: 78,9% de los 657 aneurismas evaluados(43.3-100%).II)Porcentaje de operados de un AAA que provienen de un "cribado oportunistico" de entre los pacientes con PAD: solo un 8,4%(0-17%). 2.-Para la patología carotídea (CEA), I) Demora en la cirugía desde la aparición de la sintomatología: de los 349 pacientes revisados, 47,56% fueron operados dentro de los 15 días después de la sintomatología. II)Porcentaje de pacientes con hematoma post-endarterectomía, el 3.2%(0-4,3%). 3.-Indicadores en PAD: I)Porcentaje de pacientes en Consulta Externa con PAD, a los que se les prescribió una estatina. II)Porcentaje de pacientes con PAD, en los que se realiza un índice tobillo-brazo, una vez en los últimos 3 años. No se obtuvieron resultados fiables debido a la deficiente codificación de las bases de datos. 4.- En la TVP se consideró indicador, la existencia de un protocolo intrahospitalario de evaluación de riesgo, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad: 77.7% de los Servicios cuentan con él. 5.-Para las FAV, se debe realizar una revisión en Consulta a las 4-6 semanas de su realización para detectar fístulas inmaduras. Solo 5 de los 17 servicios cuenta con dicho programa. En conclusión, existe una gran variabilidad entre los centros. La utilización de Indicadores clave de nuestros procesos permite la reflexión y la comparación (Benchmarking) para mejorar la Calidad asistencial. Como en otras Sociedades Científicas Internacionales, y después de esta experiencia, deberíamos ampliar estos indicadores y crear una base de datos nacional para monitorizarlos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 519

TÍTULO: ANÁLISIS E IMPLANTACIÓN DE LA INTEGRACION DE IMÁGENES, INFORMES Y ARCHIVOS DE VÍDEO E IMAGEN EN LA HCE

AUTORES: VERDAGUER MUÑOZ, JOSÉ M^a (HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO); CODESIDO LÓPEZ, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO); RAMÍREZ CAMACHO, R. (HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO); GARCÍA DE SAN JOSÉ, S. (HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO); OÑATE HEREDERO, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO); FERNÁNDEZ DE CÓRDOBA GARCÍA JUNCEDA, F. B. (HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En distintos servicios del Hospital se generan una serie de pruebas cuyos resultados se almacenan localmente y, por tanto, no se pueden visualizar desde nuestra historia clínica electrónica (HCE). Dichas pruebas, están gestionadas por distintos programas informáticos los cuales no disponen de integración con Selene. Además, dicho almacenamiento local implica falta de espacio en los discos duros de los ordenadores junto a un riesgo elevado de pérdida de datos en caso de fallo o rotura de los medios de almacenamiento (incumplimiento grave de LOPD). A su vez, en caso de robo de los equipos, la información especialmente sensible de los mismos quedaría sin ningún tipo de protección y a disposición de quien hubiera llevado a cabo la sustracción (incumplimiento grave LOPD).

Objetivos: Se pretende lograr la integración de todos las pruebas realizadas en nuestro centro desde hardware externo a nuestra HCE dentro de la misma permitiendo su consulta desde cualquier punto de la red hospitalaria donde se ejecute nuestra HCE.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se descartaron las soluciones propuestas por los proveedores, tanto por motivos económicos como por plazo de tiempo de implantación excesivo. Las opciones para alcanzar el objetivo se basan en el desarrollo por parte del departamento de Informática del hospital de una serie de programas 'a medida' así como en la adquisición de determinado hardware y su instalación en algunos equipos que así lo requieran. Existen cuatro escenarios posibles:

1. El software departamental tiene la capacidad de imprimir el informe (resultado)
2. El software no imprime el resultado (por ser una película, por ejemplo), pero genera el mismo y lo almacena en una ubicación determinada por la empresa desarrolladora del programa
3. El programa genera un fichero AVI mediante captura 'en vivo'
4. El programa tendrá capacidad de generar un informe (una imagen) sólo si se adquiere un nuevo software

El proceso completo, descrito en diagrama de bloques, comprende los siguientes pasos:

- Generación de resultados (por los distintos programas departamentales que intervienen)
- Guardado de ficheros en ubicaciones intermedias
- Clasificación de los ficheros
- Almacenamiento final de la información

Resultados Conclusión: La implantación de esta solución informática permite un doble objetivo: Por un lado permite cumplir los requisitos de la LOPD y por otro permite el acceso a los trabajadores autorizados a cualquiera de las pruebas realizadas en equipos originalmente no conectados a la Historia Clínica Electrónica. Este acceso además se puede dar desde cualquier equipo informático conectado a la red de nuestro Centro, facilitando así el trabajo asistencial del personal sanitario.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 521

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL CRIBADO DE RETINOPATIA DIABETICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: NATAL RAMOS, CARMEN (AREA SANITARIA VIII. ASTURIAS); JUNCEDA MORENO, J. M. (AREA SANITARIA VIII. ASTURIAS); VILLA DE DIOS, A. (AREA SANITARIA VIII. ASTURIAS); RIVAS DEL FRESNO, I. (AREA SANITARIA VIII. ASTURIAS); FERNÁNDEZ ZAPICO, D. (AREA SANITARIA VIII. ASTURIAS); SAAVEDRA RIELO, C. (AREA SANITARIA VIII. ASTURIAS).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La retinopatía diabética (RD) es una de las mayores causas de pérdida de agudeza visual de ceguera en nuestro país. Su prevalencia va en aumento debido fundamentalmente a dos factores, el aumento de la esperanza de vida de las personas con diabetes y el aumento de la incidencia de diabetes, se estima que el número de personas que padecen diabetes se dobla cada cinco años.

La RD no presenta síntomas durante un periodo prolongado de tiempo y se considera necesaria la exploración de fondo de ojo para su diagnóstico en etapas asintomáticas.

La realización de retinografía digital en Atención Primaria con cámara no midriática ha probado ser una estrategia coste efectiva para el diagnóstico precoz de la retinopatía diabética y en el momento actual es la técnica de cribado recomendada.

Objetivos: Describir los resultados preliminares de la implantación del circuito de cribado de retinopatía diabética mediante la obtención de una imagen digital de la retina en Atención Primaria y derivación a Oftalmología de las imágenes patológicas, en un área sanitaria.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Los criterios de cribado (población diana: pacientes con diagnóstico registrado de Diabetes Mellitus tipo 2. Prueba de cribado: obtención de imágenes digitales de retina. periodicidad: bienal para resultados normales) y los protocolos asistenciales fueron establecidos por los Servicios Centrales del Servicio de Salud.

Indicadores de Evaluación: Indicadores de Cobertura: % de nuevos diagnósticos con fondo de ojo solicitado, y % de pacientes con diabetes y fondo de ojo realizado en atención primaria. Indicadores de actividad: Retinografías realizadas en el periodo. % de retinografías informadas por oftalmología y % de imágenes de mala calidad, % imágenes no valorables. Indicadores de resultado: Tasa de detección de retinopatía diabética. Tasa de detección de retinopatía diabética que requiere atención urgente.

Resultados Conclusión: El circuito se inició en octubre de 2014. Han finalizado la primera ronda de cribado dos zonas básicas de Salud, con la realización de 398 retinografías, de las cuales están informadas 353. los nuevos diagnósticos de diabetes con fondo de ojo realizado han pasado del 20 al 40% y los pacientes con diabetes y fondo de ojo realizado en atención primaria en los dos últimos años han pasado del 7% al 12 %. En el periodo se diagnosticaron 15 casos nuevos de retinopatía diabética (tasa de detección del 4.2 %), de los cuales 1 requirió valoración preferente por oftalmología.

El 9 % de las retinografías realizadas presentaron problemas de calidad de la imagen y 1,2 % no pudieron ser valoradas por estos problemas. La principal causa de mala calidad de la imagen fueron las opacidades del cristalino.

El cribado de retinopatía diabética realizado en Atención primaria permite incrementar su cobertura y la identificación de pacientes en estadios tempranos de evolución.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 522

TÍTULO: ESTUDIO PREVALENCIA Y TIPOLOGÍA DE ERRORES DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

AUTORES: AÑEL RODRIGUEZ, ROSA MARIA (OSI BARRUALDE - GALDAKAO); REGIDOR FUENTES, I. (OSI BARRUALDE - GALDAKAO); BURZAKO PEREZ, M. A. (OSI BARRUALDE - GALDAKAO)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: A través del sistema de notificación de incidencias de seguridad del paciente conocemos la alta prevalencia de problemas relacionados con la documentación clínica, entre los que destacan, por su potencial repercusión en la seguridad del paciente, los errores de identificación del paciente (en adelante EIP). De las 309 notificaciones documentadas en los últimos 6 meses, 29 se deben a EI del paciente (9,4%). Mediante la revisión de la documentación de las historias clínicas podemos complementar la información obtenida del sistema de notificación, cuantificar con mayor precisión los EIP, ver su tipología e indagar en su etiología.

Objetivos: Objetivo principal: conocer la prevalencia de EIP en nuestro ámbito
Objetivos secundarios: conocer la tipología y los puntos críticos de generación de los mismos

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Tipo de estudio: estudio transversal descriptivo, mediante auditoría de historias clínicas, con la finalidad de conocer la prevalencia y tipología de los EIP

Muestra: de los 1.836 pacientes intervenidos de forma programada por el Servicio de Traumatología durante el año 2014 que conforman la población a estudio, se extrajeron mediante secuencia de aleatorización 140 historias clínicas

Variable principal de resultado: número de errores de identificación hallados en la documentación perteneciente al procedimiento seleccionado (IQ programada Traumatología), en la historia clínica del paciente tanto en soporte papel como en formato electrónico. Variables independientes: edad, sexo y patología médica por la que se indicó la intervención quirúrgica

Hipótesis principal de trabajo: la prevalencia de EIP en nuestra organización es superior al 5% (entre 5% y 10%)

Resultados Conclusión: Todas las variables se han incluido en una base de datos diseñada específicamente para este estudio. Actualmente pendiente el análisis estadístico e interpretación final de los resultados, los resultados preliminares son los siguientes: 1) En el 9% de las historias clínicas se encontraron EIP que han podido repercutir en uno o ambos pacientes; 2) En el 77% se detectaron situaciones que han podido producir un EIP ("documento sin datos identificación paciente", "ausencia de documento", o "no se puede identificar si el documento pertenece al episodio"); 3) En el 51% se encontraron circunstancias que aumentan al probabilidad de que se produzcan EIP ("utilización de un único identificador", "pegatinas cortadas", "hojas sucesivas sin datos de identificación" y/o "errores tipográficos").

El análisis definitivo de los resultados nos permitirá identificar los documentos y los momentos del proceso mas vulnerables a sufrir EIP, indicándo en qué áreas debemos trabajar mas intensamente. De forma complementaria, tras finalizar el estudio, nos proponemos aplicar la información y los conocimientos adquiridos para diseñar una metodología de evaluación de calidad de la documentación clínica en nuestra organización.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 524

TÍTULO: PRESCRIPCIÓN DE CUIDADOS ELECTRÓNICOS: IMPACTO EN LA CALIDAD DE CUIDADOS

AUTORES: DOMINGO POZO, MANUELA (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE); CLEMENT SANTAMARIA, R. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE); ABELLAN GARCÍA, C. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE); CLIMENT GRANA, E. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En el HGUA se inició en febrero del 2014 el uso progresivo en las unidades de hospitalización de la prescripción electrónica asistida (PRISMA). Dicha prescripción, no sólo contempla la terapéutica farmacológica, sino la prescripción de cuidados por parte del médico y la enfermera, de una forma conjunta.

Quisiéramos resaltar la definición del termino "prescribir" según la Real Academia de la Lengua Española como:

1. Preceptuar, ordenar, determinar algo.
2. Recetar, ordenar remedios.

Así como la que define el documento sobre el Marco referencial para la prescripción enfermera, del consejo general de enfermería.

"Prescribir" es emitir un criterio profesional sanitario dirigido al paciente, por el que se propone la realización de una acción en virtud de un juicio clínico y terapéutico o de cuidados.

Para alejarnos de la clásica concepción de dicho termino como "prescripción farmacológica" únicamente.

Así pues la realización de planes de cuidados conjuntos medico-enfermera ha supuesto un gran avance en los resultados de salud del paciente.

Objetivos: 1- Implantar la indicación de cuidados enfermería en la prescripción electrónica de los pacientes hospitalizados, para mejorar la seguridad clínica y la continuidad asistencial en el HGUA.

2- Elaboración de bases de datos como modelos de prescripción de cuidados validados, como herramienta de trabajo.

3- Estandarización de los cuidados a partir de diagnósticos médicos y de enfermería

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: 1- formación teórico-practica del personal médico y de enfermería de las unidades de hospitalización del HGUA.

2- Estudio cuantitativo de corte descriptivo en un día habitual en las unidades implantadas hasta Marzo-2015.

3- Construcción de una base de datos para la prescripción electrónica de cuidados basado en el conocimiento experto de grupos de enfermeras clínicas, que incluye la validación por dichas enfermeras de los protocolos estandarizados relacionados con un diagnósticos médicos

Resultados Conclusión: En la actualidad en el HGUA la prescripción de cuidados se realiza en una media diaria de 400 pacientes, con una media de 6 cuidados enfermeros prescritos por paciente.

La base datos actual consta de 429 cuidados clasificados en 12 grupos.

Por primera vez se ha trabajado en la estandarización de cuidados incorporando los cuidados que precisa el paciente a los protocolos farmacológicos. De tal forma que al trabajar en la prescripción electrónica por protocolos se unifican criterios, no sólo de medicamentos, sino de cuidados. En la actualidad se han protocolizado 248 protocolos de medicamentos /cuidados que facilitan la estandarización de los cuidados.

Por todo ello la estandarización de los cuidados en un entorno electrónico supone, no solo un gran avance, sino una "INNOVACIÓN" en la prescripción enfermera en el HGUA.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 525

TÍTULO: IMPLANTACIÓN DE LA ENCUESTA 'LOS PACIENTES Y LAS TIC EN EL CUIDADO DE SU SALUD. CONSEJO CONSULTIVO DE PACIENTES CATALUÑA

AUTORES: COSTA VILAR, NÚRIA (DEPARTAMENTO DE SALUD. DIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN Y REGULACION SANITARIAS); DAVINS MIRALLES, J. (DEPARTAMENTO DE SALUD); GARCIA CIRERA, M. (DEPARTAMENTO DE SALUD); HERNANDO ORTEGA, R. (DEPARTAMENTO DE SALUD); GARCIA CUYAS, F. (FUNDACIÓN TIC); VALLÈS NAVARRO, R. (DEPARTAMENTO DE SALUD).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El Consejo Consultivo de Pacientes de Catalunya (CCPC) es un órgano permanente de consulta y participación de los pacientes y está presidido por el Consejero de Salud de la Generalitat de Cataluña. El CCPC potencia la participación de los pacientes mediante mecanismos directos, de acuerdo al Plan de Salud de Catalunya 2011-2015, en línea 5: Mayor enfoque hacia los pacientes y las familias.

Objetivos: El Gobierno de la Generalitat de Cataluña encarga al CCPC la implantación del Plan estratégico de la participación del paciente en el sistema sanitario en Cataluña. En esta hoja de ruta se identifican las acciones para dinamizar la participación de los pacientes en la elaboración de las políticas sanitarias. Este Plan se ha elaborado de forma consensuada por la administración y las entidades en el marco del CCPC, y se está implementado de forma muy activa. La línea Núm. 3 aprobada por el Gobierno es la respuesta a las necesidades de los pacientes, familias y entidades de pacientes. En este sentido, el CCPC ha diseñado e implantado la encuesta en línea 'Los pacientes y las TIC en el cuidado de su salud' con el objetivo de por parte de conocer el uso y las necesidades de los pacientes y cuidadores en el campo de las nuevas tecnologías aplicadas a la salud y potenciar las tecnologías que les sean accesibles y útiles.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El CCPC organiza su trabajo por medio de consejos técnicos (CT) por áreas específicas. Estos CT son propuestos y coliderados por los pacientes y por la administración, en coherencia con las líneas estratégicas establecidas por el CCPC.

Los pacientes del CT de las TIC con la colaboración de la Fundació TiCSalut han diseñado y validado una encuesta que permitirá priorizar las actuaciones de salud en este ámbito.

Resultados Conclusión: La encuesta es una petición expresa de los propios pacientes en el marco del CCPC. El cuestionario consta de 36 preguntas estructuradas en 5 bloques, com es el uso genérico de las TIC, el uso específico de las TIC en el ámbito de la salud, la consulta de la información de salud en la red, la interacción entre los profesionales de la salud y el sistema de salud y la visión de los pacientes para el año 2020.

La encuesta se puede responder en línea en els espacio web del CCPC y este verano se harán públicos sus resultados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 526

TÍTULO: IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE SALUD Y PLAN ESTRATÉGICO A PARTIR DE LA DEFINICIÓN Y ASIGNACIÓN DE OBJETIVOS

AUTORES: SOLÀ MIRAVETE, M. ELENA (HOSPITAL DE TORTOSA VERGE DE LA CINTA); PALLEJA SEDO, S. (HOSPITAL DE TORTOSA VERGE DE LA CINTA); AGUILAR MARTIN, C. (CENTRE ATENCIÓ PRIMÀRIA BAIX EBRE); CARDONA RODRIGUEZ, A. (CENTRE ATENCIÓ PRIMARIA BAIX EBRE); SOLE PUCHOL, J. (HOSPITAL DE TORTOSA VERGE DE LA CINTA); JOVÉ EDO, M. N. (HOSPITAL DE TORTOSA VERGE DE LA CINTA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La dirección por objetivos (DPO) es un instrumento de gestión, incentivo y motivación para la mejora continua de los procesos de la organización. La herramienta que se propone crear para la gestión de la DPO supondrá 1 Alineación con el Plan de Salud del Departamento (PdS) y con el plan estratégico (PE) de ORGANIZACIÓN (PE del ICS y del centro)
2. Disponer de información transparente y actualizada para promover la implicación y participación de todos los profesionales.
3. La evaluación continua de la consecución de los objetivos individuales y de servicios para ser capaces de hacer medidas correctoras

Objetivos: Crear e implementar una herramienta de gestión de la DPO que permita la asignación de objetivos alineados con las líneas y programas concretos de actuación del PdS de salud, acuerdo de gestión y PE del hospital.

Involucrar a los responsables de las áreas y resto de profesionales con el logro de las líneas marcadas en el PdS en base a resultados previos.

Disponer de información periódica y continua para el seguimiento de los indicadores marcados

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: En una primera fase se identificaron y codificar los 3 ejes vertebrados las 9 líneas actuación y programas incluidos en el PdS así como las 8 líneas estratégicas del PE vigente, para posteriormente formular los objetivos específicos e indicadores para su seguimiento ordenados y vinculados a cada una de las líneas de actuación y estratégicas. La asignación de los objetivos anuales se hizo mediante reuniones de consenso de la dirección con todos los responsables de las áreas y luego estos con los profesionales de su equipo

Resultados Conclusión: El sistema de codificación resultante de la DPO comprende 4 grupos de códigos: E1 a E8 = Línea del PE; S1 a S3 = ejes del PdS; L1 a L9 = Líneas y programas del PdS. A modo de ejemplo concreto de un objetivo queda codificado y enunciado de la siguiente manera: E1 S1 L1 1001 (Línea estratégica 1 del PE, eje 1 y línea 1 del PdS) y el objetivo concreto 1001 es Desarrollar los programas de cribado de colon y mama. La batería de objetivos definidos para este año ha sido: Eje 1. Más salud y mejor calidad de vida = 12 objetivos formulados, Eje 2: Transformación del modelo de atención = 35 objetivos formulados y Eje 3: Modernización del modelo organizativo = 22 objetivos. Cada profesional dispone de una ficha individual donde tiene especificados los objetivos.

Los Objetivos de los profesionales están directamente vinculados con los ejes y contenido del Plan de Salud y con las líneas del PE del centro. El profesional puede entender mejor su participación y aportación a la consecución de estos objetivos y la vinculación directa con el PdS, esto puede fomentar la implicación y el compromiso de los profesionales. Un aspecto de mejora sería la alineación de esta nueva herramienta de formulación y gestión de la DPO de nuestro centro con la aplicación y sistema DPO de nuestra organización ICS.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 527

TÍTULO: EL LABORATORIO CLÍNICO COMO IMPULSOR DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES: GIL RUIZ, MARIA TERESA (HOSPITAL GENERAL NTRA. SRA. DEL PRADO); JIMÉNEZ LOBO, M. C. (HOSPITAL GENERAL NRTA. SRA. DEL PRADO)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Al iniciar el proyecto de conectar la información de los gasómetros POCT con el sistema informático del laboratorio, surgió la necesidad de disponer del número de historia clínica de los pacientes en forma de código de barras. No obstante se detectó un importante problema en la seguridad del paciente en cuanto a su identificación dado que la información disponible no era uniforme.

Objetivos: Con el objetivo principal de evitar la pérdida de datos clínicos, se contactó con los Servicios de Informática y Citaciones con el fin de solicitar la inclusión del número de historia clínica en forma de código de barras en pulseras y etiquetas identificativas de los pacientes.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El trabajo de campo evidenció que el código de barras de la historia clínica no aparecía en las pulseras de identificación por no considerarse importante o necesario.

En cuanto a las etiquetas identificativas y en función de dónde se hubieran impreso, el código de barras no siempre estaba disponible. Así mismo se puso en evidencia la ausencia de uniformidad en los datos identificativos de los pacientes.

Por todo ello el laboratorio clínico planteó varias estrategias a distintos niveles:

- Contactar con la gerencia del centro con el fin de comunicar el problema detectado así como la solución planteada.
- Impulsar diferentes reuniones para poner en valor la inclusión del código de barras en la pulsera y etiquetas identificativas del paciente.
- Unificar criterios en cuanto al conjunto de datos mínimos que debían contener las etiquetas identificativas del paciente.

Resultados Conclusión: Las reuniones de trabajo realizadas han dado como resultados:

- Inclusión del código de barras con el número de historia clínica en la pulsera y etiquetas identificativas del paciente.
- Unificación y uniformidad de la información presente en las etiquetas identificativas independientemente de dónde se impriman (consultas externas o citaciones).
- Inclusión del código de barras con el número de historia clínica en la solicitud de análisis urgentes en volantes informatizados.

Por tanto, se evidencia que el laboratorio clínico ha mejorado la seguridad del paciente ya que:

- Ha sido el detector de un problema importante en la seguridad de los pacientes como es su identificación correcta e inequívoca.
- Ha aportado su experiencia en cuanto a cual es el mejor conjunto mínimo de datos en las etiquetas identificativas.
- Ha minimizado la pérdida de información del paciente así como la posibilidad de un error en el tratamiento de los mismos, al evitar la transcripción manual de sus datos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 528

TÍTULO: PATRÓN DE UTILIZACIÓN DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS EN ÁREAS SANITARIAS URBANAS, MIXTAS Y RURALES

AUTORES: AGUADO CORREA, FRANCISCO (UNIVERSIDAD DE HUELVA); HERRERA CARRANZA, M. (COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE HUELVA); PADILLA GARRIDO, N. (UNIVERSIDAD DE HUELVA); CASTRO ARIAS, L. (HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE); CARPIO MUÑOZ, V. (COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE HUELVA); ÁLVAREZ GIL, MJ. (UNIVERSIDAD CARLOS III DE MADRID).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La masificación de los servicios de urgencias hospitalarios es cada vez más frecuente. Durante mucho tiempo se ha argumentado que la demanda que atienden es infinita, volátil e impredecible. No obstante, estudios emprendidos por sistemas nacionales de salud, como el británico y canadiense, así como por diversos autores han puesto de manifiesto que la demanda presenta unos patrones estables, con picos y valles claramente definidos y parecidos, independientemente del país o región de estudio.

Objetivos: El objetivo del estudio es analizar el patrón horario de visitas a las urgencias hospitalarias de cuatro áreas sanitarias, diferentes por localización y características demográficas —urbana, mixta (urbana y rural), rural densa y rural dispersa—, para comprobar si existen patrones estables, similares y reproducibles en el tiempo que permitan desarrollar un modelo general de planificación de los recursos.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se realizó un estudio descriptivo observacional de las urgencias atendidas en el periodo 2011-2013 en las áreas de los hospitales públicos: a) "12 de Octubre" (H12O) de Madrid, con localización y población asignada urbana de 427.401 hab.; b) "Juan Ramón Jiménez" (HJRJ) de Huelva capital, con localización urbana y población mixta (urbana y rural) de 277.133 hab.; c) "Infanta Elena" (HIE) de Huelva capital, con localización urbana y población rural de 162.658 hab.; d) "Riotinto" (HRT) de la provincia de Huelva, con localización y población rural de 73.162 hab. Se excluyeron las urgencias pediátricas y las tocoginecológicas. El grado de asociación conjunta de las variables se midió mediante el rho de Spearman.

Resultados Conclusión: Se analizaron 439.807 visitas en el H12O, todas con acceso en menos de 30 minutos al mismo, 226.089 en HJRJ, con 11 de 22 municipios (50%) a más de 30 minutos, 117.130 en HIE, con 11 de 16 municipios (68,7%) a más de 30 minutos, y 59.321 en HRT, con 33 de 41 municipios (80,5%) a más de 30 minutos. En cada hospital, las visitas se clasificaron por horas y, posteriormente, se determinó la posición de cada una de esas horas según la afluencia. Se comprobó que, en todos los hospitales, las horas de mayor llegada fueron, por orden, las 11, 12 y 10 y la de menor flujo las 5. En el H12O y HJRJ la posición que ocupaba cada hora según la afluencia fue idéntica ($r_s=1$; p

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 530

TÍTULO: INFLUENCIA DE UN PROGRAMA DE REUNIONES EFECTIVAS EN LA SATISFACION DE PROFESIONALES PARTICIPANTES EN GRUPOS DE TRABAJO

AUTORES: NAVARRO GUTIERREZ, SERGIO (SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA. ALZIRA, VALENCIA); CURRÁS MÓSTOLES, J. M. (SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA. ALZIRA, VALENCIA); MANCLÚS MONTOYA, L. (SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA. ALZIRA, VALENCIA); MINGUEZ PLATERO, J. (SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA. ALZIRA, VALENCIA); MUÑOZ ALBERT, R. (SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA. ALZIRA, VALENCIA); RODRIGUEZ MONTES, M. (SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA. ALZIRA, VALENCIA.).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Como parte del trabajo no asistencial, diferentes profesionales del Servicio de Urgencias, participamos en varias comisiones clínicas y grupos de trabajo, que afectan a múltiples áreas tanto clínicas como organizativas. En este sentido, no es infrecuente la participación discontinua de los miembros de dichas comisiones, problemas relativos a la asistencia y ausencia de dinamismo tras años de reuniones periódicas.

Objetivos: El objetivo del estudio fue evaluar la participación y satisfacción del profesional respecto a su participación en diferentes grupos de trabajo, tras la implementación de un programa de "reuniones efectivas"

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Entre los meses de Enero y Diciembre de 2014, se aplica a dos Comisiones Clínicas del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de La Ribera (grupo caso), el programa de Reuniones Efectivas. Los aspectos que se modifican son la preparación de la reunión, convocatoria, puntualidad, programación del tiempo, enumeración de los contenidos y valoración final de la organización por el asistente tras la conclusión de la misma. Tomamos como grupo control, dos comisiones clínicas mas, con composición similar. Durante los meses de Febrero de 2015, evaluamos la satisfacción de los miembros de las 4 comisiones, a través de un cuestionario sencillo que pondera el grado de implicación, la percepción de utilidad del trabajo realizado, la asistencia y la satisfacción global.

Resultados Conclusión: El total de miembros participantes en las 4 comisiones fue de 34, 18 varones (53%). La edad media fue de 38,6 años. De entre los participantes 21 son facultativos, 12 personal de Enfermería y una Licenciada en Farmacia.

En las comisiones donde se intervino, la media de asistencia fue del 93,3% durante el año de estudio. En los grupos control fue del 84%. El número de comunicaciones a Congresos de las Comisiones "caso" fruto del trabajo en el periodo del estudio fue de 7. Entre las dos comisiones "control" se presentaron 2 comunicaciones.

La puntualidad de los asistentes a las reuniones muestra valores similares en los diferentes grupos, 74% en los grupos en los que se interviene y 72% en los grupos de trabajo control.

En cuanto a la percepción de la correcta organización de las reuniones, el los grupos caso fue del 95% y el los grupos control de 78%

Si consideramos la satisfacción respecto a la participación en las reuniones, en el grupo caso fue del 86% y en el control del 83%

CONCLUSIONES

1. La aplicación de un programa de reuniones efectivas condiciona una mayor de asistencia por parte de sus miembros y una percepción de mejor organización de dichas reuniones.
2. No se observan diferencias en cuanto a puntualidad y satisfacción respecto a participación.
3. La producción científica de la comisiones donde se implementó el programa es superior a las comisiones control.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 532

TÍTULO: INFLUENCIA DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD EN LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

AUTORES: NAVARRO GUTIERREZ, SERGIO (SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA. ALZIRA, VALENCIA); BURDEOS PALAU, E. (DIRECCIÓN DE CALIDAD. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA. ALZIRA, VALENCIA); CUESTA PEREDO, D. (DIRECCIÓN DE CALIDAD. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA. ALZIRA, VALENCIA); BAEZA GALDÓN, I. (SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA. ALZIRA, VALENCIA); NAVARRO BERLANGA, I. (SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA. ALZIRA, VALENCIA); TEBAR GARCIA, T. (SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA. ALZIRA, VALENCIA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Las encuestas de satisfacción en los Servicios de Urgencias recaban una información crucial a la hora de evaluar diferentes dimensiones de la Calidad. En los últimos años se están realizando importantes mejoras en la implementación de proyectos relativos a ponderar la percepción de la Calidad percibida a nivel de diferentes niveles asistenciales. En este sentido, las rondas de seguridad ejercen un efecto estimulador tanto entre el personal sanitario como entre los pacientes, de la concienciación de la importancia de la Seguridad Clínica en los Servicios de Urgencias.

Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar la influencia de las rondas de seguridad sobre la opinión del paciente, respecto a la atención recibida en Urgencias.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Durante el mes de Diciembre de 2014, se llevaron a cabo encuestas a pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias, fijando una serie de criterios de calidad para los que se formulan preguntas concretas. Para cada uno de los criterios de calidad a monitorizar, se define un umbral y un estándar. Los criterios de calidad que se monitorizan son: Accesibilidad, Información al Paciente, Información y atención al acompañante del paciente, Percepción de seguridad clínica, Calidad percibida y Satisfacción. Se fijó un umbral y estándar de 75% y 90% respectivamente. Se seleccionan de nuevo 49 pacientes de entre los que, al menos, 40 debían satisfacer el cumplimiento del criterio para considerarse positiva la respuesta. Dado los resultados obtenidos, se discuten las medidas a adoptar para lograr una mayor satisfacción entre los pacientes. Durante el mes de Enero de 2015, se realizan diariamente dos rondas de Seguridad en Salas de Espera y áreas de Observación, verificando la correcta identificación de los pacientes, y realizando preguntas relativas a los aspectos valorados. En Febrero de 2015, se vuelven a realizar de nuevo las encuestas de satisfacción.

Resultados Conclusión: Los aspectos valorados con el porcentaje de cumplimiento, el N total de cumplimiento del criterio y el promedio de cumplimiento son:

Accesibilidad: El promedio de cumplimiento fue de 38, objetivo NO CUMPLIMENTADO. Previo de 22.

Información al paciente: El promedio de cumplimiento fue de 42.5, objetivo CUMPLIMENTADO. Previo de 41.

Percepción de Seguridad Clínica: El promedio de cumplimiento fue de 43, objetivo CUMPLIMENTADO. Previo de 39.

Calidad Percibida: El promedio de cumplimiento fue de 42, objetivo CUMPLIMENTADO. Previo de 41.

Satisfacción general: El cumplimiento fue de 41, objetivo CUMPLIMENTADO. Previo de 39.

CONCLUSIONES:

1. Tras la realización de las rondas de seguridad, el objetivo de cumplimiento del criterio se cumple en todos los aspectos, salvo Accesibilidad.
2. Las cuestiones relativas a la Accesibilidad, mejoran su valoración aunque siguen presentando la peor valoración.
3. Como parte de las estrategias de mejora de la calidad, la puesta en marcha de las rondas de seguridad, evidencia una mejoría en cuando la valoración de satisfacción de los pacientes con la atención recibida.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 534

TÍTULO: COORDINANDO AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO: PRIMARIA, RESIDENCIA Y EL HOSPITAL EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA

AUTORES: GONZÁLEZ ANGLADA, ISABEL (HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN); CASTILLA CASTELLANO, V. (HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN); GARMENDIA HERNÁNDEZ, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN); MATEOS HERNÁNDEZ, M. A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los pacientes crónicos pluripatológicos suponen un elevado coste en muchas ocasiones por el elevado número de reingresos relacionados con reagudizaciones de sus enfermedades crónicas. El tratamiento precoz de las reagudizaciones o el preventivo puede disminuir el coste disminuyendo los reingresos. El trabajo en equipo con profesionales de distintos niveles asistenciales es fundamental en la atención del estos pacientes

Objetivos: Valorar la eficacia de una nueva forma coordinación entre Atención Primaria, la Residencia de Ancianos y el Hospital aunando asistencia compartida y la formación conjunta de los profesionales sanitarios en torno al proceso insuficiencia cardiaca

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) atiende al área sanitaria del municipio de Alcorcón, que cuenta además con 8 centros de salud y 3 residencias de ancianos una de las cuales es pública. La Unidad de Medicina Interna (MI) del HUFA lidera el cuidado de los pacientes crónicos pluripatológicos y crónicos complejos (PCC) y ha impulsado la mejora de su atención de nuestro municipio. Desde enero del 2013 hemos establecido un nuevo sistema de trabajo entre Medicina Interna y los centros de salud y desde enero de 2014 con la Residencia de Ancianos pública de Alcorcón, buscando la mejora en la calidad de los cuidados del paciente con insuficiencia cardiaca, a través de la atención compartida a estos pacientes

Resultados Conclusión: Desde el 1 de enero de 2013 se establece una nueva coordinación entre la atención hospitalaria y extrahospitalaria del HUFA que engloba 2 aspectos: el asistencial y el de comunicación:

Asistencial: a nivel hospitalario a través de la hospitalización convencional, hospital de día y consulta y a nivel extrahospitalario a través de la enfermera y médico de atención primaria o de la residencia.

Comunicación interprofesional se realiza 1. Vía telemática/telefónica que conecta los dos niveles de atención con respuesta en menos de 24h, 2. Reuniones presenciales mensuales de internistas con médicos, enfermeras y fisioterapeutas de la residencia y en los centros de salud 3. Colaboración en la formación de los profesionales sanitarios ofertando nuestras sesiones hospitalarias semanales e impartiendo sesiones en los centros de salud. (Ver gráfico)

Como resultado se ha establecido un circuito rápido de atención al paciente crónico con insuficiencia cardiaca con una mayor utilización del hospital de día médico y la menor frecuentación de las urgencias y hospitalización, un apoyo continuado a los profesionales del medio extrahospitalario para la toma de decisiones clínicas y la difusión del conocimiento con sesiones compartidas

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 535

TÍTULO: LA CALIDAD PERCIBIDA, HERRAMIENTA PARA LA MEJORA CONTINUA EN LA ATENCIÓN AL DOLOR

AUTORES: CARNERO GONZALEZ, MARIA (HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE); SAINZ DE LOS TERREROS, L. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE); CABRERA MIRANDA, L. P. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE); ESCOBAR LAVELA, J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE); CARRION, R. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE); IBAÑEZ PARDO, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Desde el Comité de atención al dolor creado en 2012 se trata de estandarizar la atención al dolor en nuestro centro, su seguimiento y evaluación, tratamiento así como la formación continuada de los profesionales. Todo ello se hace con una definición previa de indicadores para evaluar periódicamente los resultados.

No existiendo en el hospital ninguna evaluación previa sobre el grado de satisfacción de los pacientes con la atención recibida en relación a su dolor y, como un indicador más de mejora continua, se decide la creación de una encuesta de satisfacción de periodicidad anual.

Objetivos: Conocer el grado de satisfacción de los pacientes intervenidos quirúrgicamente con la atención recibida en relación a su dolor.

Establecer acciones de mejora a partir de los resultados obtenidos.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se realizó un estudio observacional transversal descriptivo en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el HUS. Se elaboró una encuesta anónima de 6 preguntas que trataba de abordar los aspectos más relevantes sobre la atención recibida en relación al el dolor durante su estancia en el hospital.

Resultados Conclusión: El 13.9% de los encuestados manifestó tener dolor severo. El 84.7% de los pacientes esta satisfecho o muy satisfecho con la atención recibida en relación a su dolor. El alivio del dolor tras las medidas adoptadas fue satisfactorio o muy satisfactorio para el 87.2% de los encuestados. El 85.5% de los pacientes se mostró satisfecho o muy satisfecho con el tiempo transcurrido hasta que se adoptaron medidas para aliviarlo. El porcentaje de pacientes que recomendaría el centro en relación a la atención recibida para aliviar su dolor es del 99.5%. Si bien los pacientes se muestran satisfechos con la atención recibida en relación a su dolor la evaluación de la satisfacción de los pacientes permite, por un lado, identificar aquellas áreas de mejora y, por otro medir el impacto en los pacientes del resto de medidas puestas en marcha por el comité del dolor.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 538

TÍTULO: ASEGURANDO LOS CUIDADOS EN EL MANEJO DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN. MIRANDO AL FUTURO (III)

AUTORES: SALMERÓN CIFUENTES, M. SOLEDAD (RESIDENCIA DE MAYORES ALCABALA); CANO PLANS, S. (HOSPITAL GENERAL DE CATALUNYA); CANTERO VEGA, J. (CLINICA DEL VALLÉS)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Unificar criterios para ofrecer cuidados de calidad. Esta es una definición breve de lo que queremos conseguir con nuestro Proyecto; que los pacientes que acuden a nuestros centros sean atendidos por los mejores profesionales cualificados y seamos capaces de ofrecer una calidad asistencial basada en la excelencia. Para ello estamos trabajando en una herramienta que nos permita disminuir la variabilidad entre profesionales, respetando las especificidades de cada centro y con ello poder explotar los datos que manejamos en nuestro día a día.

Objetivos: • Monitorizar la calidad de los cuidados con indicadores específicos de UPP, obteniendo información registrada de forma consensuada.

- Desarrollar y evaluar una herramienta con instrumentos objetivos que facilitan la cuantificación y detección de riesgo de desarrollar una upp, permitiendo individualizar los cuidados tanto preventivos como terapéuticos de cada paciente.
- Desarrollar una herramienta basada en la evidencia disponible, y un consenso entre todos los profesionales implicados en el cuidado y manejo de las upp's.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Los indicadores que medimos hasta el 2014 recogen datos intra y extrahospitalarios, según estaban contemplados en el programa informático. Detalle de indicadores (medidos en cada centro):

- Porcentaje de pacientes con UPPs producidas en el hospital.
- Porcentaje de pacientes con UPPs al ingreso.
- Porcentaje de pacientes con Riesgo Alto que han desarrollado Upps.
- Tasa global de pacientes con Riesgo Alto/Medio/Bajo de UPPs.

En el año 2015 estamos trabajando en la redefinición de estos indicadores para adecuarlos a nuestra práctica asistencial y que éstos nos ofrezcan la información más concreta que necesitamos, donde hemos incluido indicadores de prevención y no sólo de aparición de úlceras (de tratamiento).

Dentro del programa informático desarrollado en nuestros centros, trabajamos en la elaboración de un formulario específico de registro de úlceras por presión desde la prevención y otro formulario de tratamiento, donde se recojan todas las características de las mismas, para ello desde el ingreso se realiza la valoración de enfermería incluyendo el riesgo de úlceras con la escala Emina y cumplimentando una serie de ítems como son:

Origen (indicando intrahospitalaria/Uci y extrahospitalaria)

Localización (marcando la lateralidad si procede)

Categoría de la úlcera

Tipo de producto a utilizar

Fecha de aparición y finalización de la úlcera

Resultados Conclusión: Después de comenzar a utilizar la nueva herramienta de trabajo y de redefinir los indicadores de calidad de úlceras por presión, podemos concluir que la creación de un sistema que facilite nuestro desempeño diario en el manejo de las úlceras, favorece la disminución de la variabilidad en la práctica clínica, así como la implementación de indicadores de calidad corporativos nos permite compararnos con otros compañeros y de esta forma poder desarrollar acciones que nos permitan mejorar los cuidados que proporcionamos a nuestros pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 539

TÍTULO: EL SELLO DE EXCELENCIA EFQM COMO RECOMPENSA DE LA MEJORA CONTINUA

AUTORES: GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, LUIS ANTONIO (COOPERATIVA SANITARIA DE GALICIA. COSAGA); SÁNCHEZ LÓPEZ, B. R. (COOPERATIVA SANITARIA DE GALICIA. COSAGA); OUTOMURO DÍAZ, E. (COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE); VIDAL LÓPEZ, J. I. (COOPERATIVA SANITARIA DE GALICIA. COSAGA); FERNÁNDEZ MARCUELLO, F. (COOPERATIVA SANITARIA DE GALICIA. COSAGA); VÁZQUEZ LÓPEZ, M. (COOPERATIVA SANITARIA DE GALICIA. COSAGA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El equipo directivo del Hospital refleja la necesidad de emprender un camino hacia una nueva cultura de gestión, para pasar a la gestión de la calidad como parte de la estrategia de la empresa. Más allá de los estándares de calidad exigidos para la acreditación y prestación de servicios por la legislación vigente, la Dirección toma la decisión de impulsar un cambio en la estrategia y sobre todo, en la cultura de la organización dirigido a la búsqueda de la excelencia a través de la mejora continua, con la participación activa de sus profesionales

Objetivos: Para poder lograr este cambio, la Dirección inicia el diseño y la implementación de un PLAN DE CALIDAD TOTAL, con el objetivo fundamental de conseguir la implicación de todo el personal, para aprovechar su potencial, en la consecución de los objetivos de calidad. Este Plan tiene dos objetivos claramente definidos y una meta final:

- mejorar la satisfacción del personal mediante la participación en el Plan.
- valor añadido para clientes y utilizar en las negociaciones con instituciones públicas y privadas.
- conseguir el reconocimiento del sello de excelencia EFQM.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Para el diseño y posterior desarrollo del Plan se constituye un Equipo de Calidad, compuesto por 8 personas (una de ellas el máximo responsable de la organización), con las siguientes responsabilidades:

- Liderar la orientación del centro hacia una política de calidad.
- Comunicar a todos los trabajadores lo que se hace y para qué se hace.
- Implicar al mayor número de trabajadores en el proyecto.
- Facilitar los medios necesarios para la gestión de la calidad.
- Evaluar los resultados.

Como modelo de gestión de la calidad se ha elegido el modelo de la EFQM. Además se sigue utilizando como instrumento de gestión de calidad el sistema de acreditación de centros hospitalarios, de aplicación a nuestro centro, integrando todas las acciones relacionadas con la calidad en el Plan de Calidad Total.

Las acciones estratégicas del Plan de Calidad, llevadas a cabo según el cronograma establecido han sido:

- Diseño del plan con definición de las líneas estratégicas del mismo.
- Constitución del Equipo de Calidad.
- Análisis de la Auditoría de Acreditación de Hospitales con elaboración de documentos de situación por áreas y de propuestas de mejora.
- Identificación de oportunidades de mejora y establecer planes de mejora según criterios del modelo EFQM
- Auditoría interna: Seguimiento de acciones de mejora e implementación de las acciones correctoras.
- Monitorización de las propuestas de mejora de la Auditoría de Acreditación de Hospitales.
- Autoevaluación según el modelo EFQM.

Resultados Conclusión: En el 2012 se realizó la primera Autoevaluación, de acuerdo con los requisitos del Modelo EFQM de Excelencia vers 2010, obteniéndose una puntuación de 362 puntos. En 2013 se presenta Memoria de Solicitud Sello 300 EFQM y se realiza la Evaluación por el Club Excelencia Gestión, obteniéndose una puntuación validada entre 350 y 400 puntos, otorgándose el Sello de Excelencia 300+

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 540

TÍTULO: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SOLICITUD DE ENVÍO DE MUESTRAS A OTROS CENTROS

AUTORES: MATA ROBLEDO, MARIA DEL ROCIO (HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS); SALTO GOMEZ, R. J. (HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS); ORTEGA MEDINA, L. (HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS); SAIZ-PARDO SANZ, M. (HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS); GARCIA MARTINEZ, R. (HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS); ALGUACIL PAU, A. I. (HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Se ha podido comprobar que con la Ley de Área Única y Libre Elección en la Comunidad de Madrid cada vez es más frecuente la necesidad de envío de muestras obtenidas con fines diagnósticos a otros centros.

En 2012, el Servicio de Anatomía Patológica implemento un sistema de gestión de calidad basado en la NORMA ISO 9001, en 2013 se integró en el sistema de gestión de calidad y ambiental SGCA del hospital. El alcance de la actividad de APA ha incluido la preservación del material procesado, que es propiedad del paciente, de la manera más rápida y segura para los casos de envío de muestras a otros centros por traslado del paciente, para segunda opinión y/o pruebas complementarias.

Objetivos: Desarrollar un proceso que permita cumplir con Ley Orgánica de protección de datos de carácter personal, con la normativa de seguridad del paciente y con la norma ISO 9001:2008, punto 7.5.5, para lo que se implementa un circuito en el que se asegure la trazabilidad y la preservación de las muestras enviadas a otros centros.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Al recibir una petición, remitida desde el Servicio de Atención al Paciente o entregada directamente en el Servicio de Anatomía Patológica, de envío de muestras a otros centros el personal administrativo comprueba que está debidamente cumplimentada (sujeto fuente, estudio al que corresponde la solicitud, tipo de muestra solicitada, centro de destino y persona a quien debe ir dirigida) se entrega la solicitud al Coordinador de TEAP que localiza el material solicitado y lo entrega al patólogo responsable del caso o al Jefe de Servicio para que proceda a revisar el material y seleccionar las muestras más adecuadas para el envío.

Tras la selección se devuelven al Coordinador de TEAP que las prepara adecuadamente para el envío, cumplimenta el acuse de recibo de muestras y las entrega personalmente en Asuntos Generales.

Desde Asuntos Generales diariamente se realiza el reparto de las muestras por los centros de la Comunidad de Madrid. Si las muestras tienen como destino otras Comunidades u otros Países se tramita desde Asuntos Generales el envío a través del Servicio de Mensajería externo que hay contratado por el Hospital. Las muestras se entregan en Asuntos Generales en un porcentaje próximo al 100% dentro de las 24 horas siguientes a la petición.

Cuando nos es devuelto el acuse de recibo se archiva en la carpeta de solicitudes de envío, siendo un registro del Sistema de Gestión propio.

Al ser devueltas las muestras se archivan según el Proceso de Archivo de Muestras Biológicas con Fines Diagnósticos.

Resultados Conclusión: El envío de las muestras a través de la mensajería del Hospital garantiza la trazabilidad de la muestra evitando el riesgo de deterioro por mala manipulación o extravío. Desde la implantación de este proceso en el año 2014 se ha conseguido el control de las muestras de una manera precisa, no se ha recibido ninguna reclamación lo que confirma la efectividad de este método.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 541

TÍTULO: GESTIÓN DE E-CONSULTA DE ESPECIALISTAS CONSULTORES PARA ATENCIÓN PRIMARIA A TRAVÉS DE SELENE

AUTORES: CASTAÑO PASCUAL, ANGEL (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA); ORTIZ OTERO, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Para una adecuada gestión de pacientes, especialmente en escenarios de duda o complejidad resulta imprescindible disponer de figuras de referencia que actúen como unión de la comunicación entre los distintos ámbitos de asistencia.

La derivación de pacientes entre Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE) basada en interconsultas (IC) genera listas de espera, y produce insatisfacción por parte de los profesionales y los pacientes.

Muchas de estas IC pueden resolverse sin la presencia del paciente en la consulta de AE.

Con el fin de evitar desplazamientos innecesarios de pacientes y agilizar la respuesta de estas IC de un modo organizado y regulado, se ha implantado la figura del Especialista Consultor, como el profesional de un servicio hospitalario que actúa como asesor para los profesionales de los centros de salud (CS) por su conocimiento específico, para tomar conjuntamente las decisiones que mejor se adapten al proceso en estudio de una forma eficaz y eficiente.

Objetivos: Posibilitar que el paciente sea atendido de forma integral y especializada en su centro de AP, evitando desplazamientos al hospital.

Crear una dinámica de trabajo en equipo entre los dos ámbitos de la atención, con un adecuado intercambio de conocimientos.

Objetivos específicos:

1. Aumentar la satisfacción de pacientes y profesionales.
2. Facilitar la atención de pacientes sin necesidad de desplazamiento al hospital, mediante interconsulta a través de la Historia Clínica en Selene.
3. Establecer y consolidar un canal de comunicación ligado a la Historia Clínica que facilite la resolución de dudas diagnósticas y terapéuticas.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se ha extendido la designación de especialistas consultores a la totalidad de servicios asistenciales, con un total de 50 profesionales de 21 especialidades. En Ginecología y Obstetricia y en Pediatría se han designado especialistas consultores por ámbitos de subespecialidad y en Psiquiatría se han designado equipos multiprofesionales por CS de psiquiatras y psicólogos.

Se han habilitado permisos para los médicos de familia de los CS para acceder a la petición de IC en la Historia Clínica. Se han establecido agendas virtuales específicas por servicios y creado formularios específicos.

Los Especialistas Consultores pueden gestionar las IC realizadas desde AP, dejando trazabilidad y registro en la Historia Clínica de la comunicación entre los dos ámbitos asistenciales.

Resultados Conclusión: Se han desarrollado los siguientes indicadores de actividad y resultado evaluados periódicamente por la Dirección de Continuidad Asistencial: N° de consultores / N° de servicios, N° y porcentaje (sobre el total de IC) de pacientes valorados por especialistas consultores por periodo de tiempo, porcentaje de retraso >3 días en la respuesta, criterios de calidad de la información remitida y N° de consultas presenciales originadas / total IC por especialidad.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 542

TÍTULO: PERSONALIZACIÓN DEL CÓDIGO ICTUS POR EL LABORATORIO DE URGENCIAS

AUTORES: GIL RUIZ, MARIA TERESA (HOSPITAL GENERAL NTRA. SRA. DEL PRADO); JIMÉNEZ LOBO, M. (HOSPITAL GENERAL NRTA. SRA. DEL PRADO)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La puesta en marcha del código ictus extrahospitalario en nuestro centro ha implicado la coordinación de varios servicios tanto clínicos (neurología, urgencias) como centrales (laboratorio, radiología). Dadas las especiales características de este paciente/cliente en cuanto a la forma de abordaje y sobre todo el tiempo de respuesta que precisa, el laboratorio de urgencias puede ser parte de la personalización del trato especial y diligente ofrecido al mismo.

Objetivos: El objetivo principal ha sido configurar una forma de trabajo que ofrezca al "cliente Ictus" el mejor rendimiento posible mediante la coordinación entre los servicios clínicos y el laboratorio de urgencias.

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Mediante reuniones celebradas con el servicio de neurología se determinó los analitos a medir a la recepción del paciente (hemograma, coagulación completa, perfil básico, hepático y en algunos pacientes coriogonadotropina), tiempo de respuesta máximo para entrega de resultados así como las necesidades del proceso analítico.

Con el fin de agilizar el proceso al máximo y vistas las necesidades de este paciente tan particular desde el laboratorio de urgencias se elaboró un volante especial y único para el código ictus. Dicho volante cubre varias necesidades de forma polivante:

- Identificación correcta y rápida del paciente (basta poner una etiqueta identificativa).
- Identificación correcta de las muestras extraídas mediante etiquetas con código de barras.
- Identificación correcta del médico y servicio solicitante
- Información preanalítica clara y sencilla dirigida al personal de enfermería:
 - o Tubos a extraer mediante código de colores
 - o Orden de extracción de tubos
- Notificación clara del código ictus al personal de laboratorio que recepciona y procesa las muestras.

El volante se elaboró mediante Excel 2007 y convertido posteriormente a un formato pdf. Puede ser impreso a color o en blanco y negro. Por último el formato final fue presentado para su verificación final a los servicios clínicos implicados.

En la prueba real realizada con un paciente que iba a ser derivado a otro centro para atención urgente se obtuvo un tiempo de respuesta inferior a los 30 minutos (desde que el laboratorio recibe las muestras hasta que emite un informe final con los resultados), lo que está por debajo del estándar fijado con este tipo de pacientes (menos de 1 hora), pues de ello depende su mejor evolución.

Resultados Conclusión: La colaboración entre los distintos servicios implicados en la atención del paciente afecto de ictus ha sido totalmente favorable para lograr cubrir de una forma fluida y sencilla las necesidades de este cliente particular.

El laboratorio ha aportado su experiencia en preanalítica, manejo de muestras y entrega de resultados de forma que el proceso sea sencillo y ágil.

En el momento actual no disponemos de un número suficiente de pacientes atendidos por lo que no podemos aportar indicadores de resultados todavía (tiempo de respuesta, muestras inadecuadas, etc), aunque será objeto de ulteriores análisis.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 543

TÍTULO: REDUCCIÓN DE COSTES ASOCIADA A LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON INMUNOSUPRESORES SELECTIVOS EN ARTRITIS REUMATOIDE

AUTORES: BARRANTES GONZÁLEZ, MELISA (HOSPITAL PLATÓ); RIZO GÓMEZ, A. (HOSPITAL PLATÓ); LLORET MAYA, A. (HOSPITAL PLATÓ); MORAGUES PASTOR, C. (HOSPITAL PLATÓ); MONTSERRAT TORAN, M. (HOSPITAL PLATÓ)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En 2014 se inició un nuevo sistema de facturación por tarifas en el Sistema Público de Salud de Catalunya, que implica una facturación mensual de los pacientes activos independientemente de las unidades dispensadas por paciente.

Objetivos: El objetivo de este estudio es analizar la reducción de costes asociada a la optimización del tratamiento con inmunosupresores selectivos (ISS) en artritis reumatoide respecto al coste teórico y al real según el nuevo sistema de facturación.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio observacional retrospectivo desde julio a diciembre del 2014 (6 meses) en un hospital de 2º nivel (161 camas). Datos recogidos: demográficos, datos del tratamiento (pacientes con ISS, pacientes con tratamiento optimizado y pautas de tratamiento optimizado). Se calculó el coste real del tratamiento optimizado, el teórico del tratamiento sin optimizar y el coste asociado a la facturación por tarifas. Se realizó un análisis comparativo del tratamiento optimizado respecto al habitual y respecto a la facturación por tarifas y se evaluó la reducción de costes asociada a la optimización del tratamiento con ISS.

Resultados Conclusión: Datos demográficos: 39 pacientes. Datos del tratamiento: pacientes con ISS: abatacept: 3 (7.7%); adalimumab: 10 (25.6%); certolizumab: 8 (20.5%); etanercept: 3 (7.7%); golimumab: 7 (17.9%); infliximab: 2 (5.1%); rituximab: 3 (7.7%) y tocilizumab: 3 (7.7%). Tratamiento optimizado: 20/39 (51.28%). Pautas de tratamiento optimizado: abatacept: cada 5 semanas: 2 (5.13%) pacientes; adalimumab: total 6 pacientes (15.38%): cada 17-18 días: 1(2.56%), cada 21 días: 2 (5.13%), cada 28días: 3 (7.7%); certolizumab 200 mg: total 6 pacientes (15.38%): cada 17 días: 1 (2.56%); cada 18 días: 1 (2.56%); cada 21días: 3 (7.7%), cada 28 días: 1 (2.56%); golimumab 50 mg: total 4 pacientes (10.26%): cada 5 semanas: 2 (5.13%); cada 6 semanas: 2 (5.13%), rituximab anual: 2 (5.13%) pacientes. Reducción del coste real respecto el teórico asociado a la optimización de la terapia: 14.03% respecto el coste teórico. Reducción de costes/ISS: abatacept (1.56%), adalimumab (7.74%), certolizumab (3.51%), golimumab (2.74%), rituximab (0.76%) Reducción del coste real respecto la facturación por tarifas: 8.07% Durante el periodo de estudio se optimizó el tratamiento en más de un 50% de pacientes, siendo adalimumab y certolizumab los fármacos más implicados. Con la optimización de la terapia con ISS se estimó una reducción total del 14.03% del coste real y un 8.07% respecto la reciente tarifación de los ISS.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 544

TÍTULO: BALANCE DE ACTUACIÓN DEL CONSEJO CONSULTIVO DE PACIENTES DE CATALUÑA

AUTORES: COSTA VILAR, NURIA (DEPARTAMENTO DE SALUD. DIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN Y REGULACION SANITARIAS); GARCIA CIRERA, M. (DEPARTAMENTO DE SALUD); HERNANDO ORTEGA, R. (DEPARTAMENTO DE SALUD); DAVINS MIRALLES, J. (DEPARTAMENTO DE SALUD); VALLÈS NAVARRO, R. (DEPARTAMENTO DE SALUD)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La participación de los pacientes o usuarios se considera una herramienta clave en la redefinición de los modelos asistenciales más participativos.

El Consejo Consultivo de Pacientes de Cataluña (CCPC) es un órgano permanente de consulta y participación de los pacientes y está presidido por el Consejero de Salud de la Generalitat de Cataluña. El CCPC potencia la participación de los pacientes mediante mecanismos directos, de acuerdo al Plan de Salud de Catalunya 2011-2015, línea 5: Mayor enfoque hacia los pacientes y las familias.

Objetivos: El CCPC es una iniciativa innovadora en un ejercicio de transparencia y corresponsabilidad mutua. Sus principales objetivos son:

- Compartir con los pacientes información transparente, concreta, accesible y fácilmente comprensible del sistema catalán de salud.
- Velar por el otorgamiento a los pacientes del soporte y asesoramiento necesario
- Facilitar la participación de las entidades de pacientes del sistema sanitario catalán en el proceso de elaboración, decisión y prestación de políticas sanitarias y canalizar sus propuestas y recomendaciones.
- Proponer actuaciones para potenciar el uso de las nuevas tecnologías en la atención sanitaria.
- Atender las peticiones de asesoramiento dirigidas al Consejo,
- Proponer la creación de grupos de trabajo

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El Gobierno de la Generalitat de Cataluña encarga al CCPC la implantación del Plan estratégico de la participación del paciente en el sistema sanitario en Cataluña.

En esta hoja de ruta se identifican las acciones para dinamizar la participación de los pacientes en la elaboración de las políticas sanitarias y las medidas necesarias a fin de que la ciudadanía tome un rol más activo en el sistema y, en consecuencia, se responsabilice más de su salud y del uso adecuado de los recursos sanitarios.

Las 8 líneas estratégicas aprobadas por el Gobierno, son:

1. Promoción del empoderamiento y la autonomía del paciente.
2. Promoción de los aspectos ético.
3. Respuesta a las necesidades de los pacientes
4. Promoción de la seguridad de la atención.
5. Mejora de la comunicación entidades de pacientes, Departamento de Salud y ciudadanía.
6. Mejora de la gestión de las entidades
7. Extensión de la representatividad.
8. Internacionalización del CCPC y de las entidades. El CCPC organiza su trabajo por medio de consejos técnicos (CT) o comisiones de trabajo por áreas específicas.

Resultados Conclusión: El Consejo Consultivo de pacientes de Cataluña es una iniciativa innovadora que se ha mostrado eficaz para situar al paciente y a su familia en el centro del sistema, mediante la escucha activa y la participación del paciente en las políticas de salud. Las entidades de pacientes realizan una tarea clave. Es necesario el aprendizaje y el trabajo conjunto de todos los agentes del sistema sanitario: profesionales, pacientes, proveedores y administración, en beneficio de todos. En esta inercia de incrementar la participación del paciente ya no hay retroceso posible, aunque sí un amplio margen de mejora.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 545

TÍTULO: CARACTERIZACIÓN DE LA DEMANDA DE URGENCIAS HOSPITALARIAS EN ÁREAS SANITARIAS URBANAS Y RURALES

AUTORES: AGUADO CORREA, FRANCISCO (UNIVERSIDAD DE HUELVA); HERRERA CARRANZA, M. (COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE HUELVA); PINO MOYA, E. (HOSPITAL RIOTINTO); ORTEGA MORENO, M. (UNIVERSIDAD DE HUELVA); ÁLVAREZ GIL, F. (COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE HUELVA); PADILLA GARRIDO, N. (UNIVERSIDAD DE HUELVA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La organización funcional de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) debe adecuarse al perfil cuantitativo (flujo de pacientes) y cualitativo (complejidad y gravedad) de la demanda para resolver el proceso agudo según los estándares de tiempo y calidad establecidos, por lo cual es importante primero conocerla para después gestionarla. Pero puede suceder que un solo modelo organizativo, universal, no sirva eficientemente para toda clase de SUH, especialmente cuando se han descrito diferencias en el patrón de utilización de las urgencias entre comunidades urbanas y rurales.

Objetivos: El objetivo del presente estudio es analizar las características de la demanda de los SUH en las tres áreas sanitarias de Huelva, diferentes por situación del hospital público de referencia y características demográficas: 1) "Juan Ramón Jiménez" (HJRJ): localización urbana y población mixta (urbana y rural), 2) "Infanta Elena" (HIE): localización urbana y población rural densa, 3) "Riotinto" (HRT): localización rural y población rural dispersa.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se realizó un estudio descriptivo observacional de las visitas atendidas en el período 2011-2013 en los tres SUH, analizando la población asignada, la frecuentación de urgencias (urgencias/1000 hab.), la procedencia, el sexo, la edad, la gravedad o prioridad (P1 emergencia a P5 banal), el tiempo entre llegadas, el área asistencial y el destino al alta. Se excluyeron las urgencias pediátricas y las tocoginecológicas. Se realizó estudio de contraste de proporciones mediante los test chi-cuadrado y Kruskal-Wallis.

Resultados Conclusión: La población asignada y urgencias anuales atendidas fueron respectivamente: HJRJ 277.133 habitantes y 75.583 visitas, HIE 162.658 habitantes y 39.043 visitas y HRT 73.162 habitantes y 19.773 visitas. La frecuentación de urgencias del HJRJ (272) y del HRT (270) fueron muy similares y más alta que la del HIE (240). El HRT tuvo mayor edad media (53,4 años) y predominio de mujeres (53%) que el HIE (51,0 años, 51%) y el HJRJ (50,1 años, 51%). En la procedencia de los paciente, la iniciativa propia (HRT 86,1%; HJRJ 64,8%; HIE 54,8%) prevalece sobre la derivación médica (HRT 13,9%; HJRJ 34,8%; HIE 44,7%), con diferencia significativa en el HRT ($p < 0,01$). El tiempo entre llegada de urgencias se duplica conforme el hospital es más rural: HJRJ 6,9 min, HIE 13,5 min y HJRJ 26,6 min. El HJRJ tuvo significativamente más urgencias graves ($p < 0,01$) y menos leves y banales (P1+P2=11,2% vs P4+P5=59,3%) que el HIE (P1+P2=2,2% vs P4+P5=74,3%) y el HRT (P1+P2=1,9% vs P4+P5=81,8%). En todos los hospitales predominan las urgencias médico-quirúrgicas (HIE 90,5%; HRT 89,6%; HJRJ 71,3%) sobre las traumatológicas. El alta a domicilio fue el destino final en más del 80% en los tres hospitales (HRT 86,4%; HJRJ 83,9%; HIE 82,2%). Se concluye que las únicas diferencias en la demanda de los SUH es un mayor porcentaje de niveles altos de gravedad en el área sanitaria más urbana y mayor número de pacientes que acuden por iniciativa propia en la más rural.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 546

TÍTULO: TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA: MEJORA DEL MANEJO EN URGENCIAS

AUTORES: VIVES HERNANDEZ, JUAN JOSE (HOSPITAL MORALES MESEGUER); RAMOS LOPEZ S. (HOSPITAL MORALES MESEGUER); REINA NICOLAS, I. M. (HOSPITAL MORALES MESEGUER); NOVOA JURADO, A. J. (HOSPITAL MORALES MESEGUER); ABENZA CAMPUZANO, J. (HOSPITAL MORALES MESEGUER); ALCARAZ MARTINEZ, J. (HOSPITAL MORALES MESEGUER).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Puesta en marcha de un algoritmo de manejo que no existía previamente y evitar ingresos innecesarios en estos pacientes que sistemáticamente se ingresaban, así como mejora en la seguridad puesto que no existían revisiones programadas

Objetivos: Mejorar del manejo urgente del paciente con sospecha de TVP (trombosis venosa profunda) en Urgencias. Reducir el número de ingresos y exploraciones complementarias innecesarias y mejorar la seguridad del diagnóstico

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Tras revisión de la bibliografía, se ha modificado el protocolo de manejo urgente de los pacientes con sospecha de TVP, utilizando un algoritmo de actuación con valoración de riesgo y el dímero D. Este árbol de decisión incluye revisión con ecografía programada de árbol supra e infrapoplíteo en casos con riesgo elevado con ecografía inicial negativa.

Se evaluaron todos los pacientes a los que se realizó ecodoppler en 3 meses (abril a junio de 2013) antes de la puesta en marcha del nuevo protocolo y los pacientes de los mismos meses al año siguiente. Se realizó una hoja de recogida de datos y recordatorio del algoritmo de actuación.

Adicionalmente se evaluaron los casos ingresados en 2014 con diagnóstico principal de TVP y se compararon con los del año 2013, tomando como fuente de datos el CMBD

Resultados Conclusión: En el periodo de estudio se realizaron 60 ecodoppler urgentes en 2013 y 67 en 2014, con diagnóstico de TVP en 18 y 15 casos respectivamente. El destino de estos pacientes fue ingreso en 7 casos (38.9%) en 2013 (4 suprapoplíteas y 3 infrapoplíteas) y 4 casos (26.6%) en 2014 (todos suprapoplíteas).

En 2013 habría que haber repetido ecografía en 5 casos, pero no estaba aun establecido el mecanismo. Hubo de ellos 3 que se dieron de alta sin revisión. En 2014 se citaron para eco de control 9 pacientes, 5 de ellos sin clara indicación. En una de estas revisiones, un paciente con diagnóstico inicial eco gráfico negativo, se evidenció una TVP infrapoplíteo en la revisión. Ningún paciente con TVP se dejó sin revisión programada en 2014.

En 2013 se realizaron 12 ecografías (20%) no claramente justificadas y en 2014, 11 (16,4%).

En 2014 sólo se utilizó la hoja de ayuda diseñada en 14 casos (20,8%).

No se han evidenciado complicaciones tras el alta en ningún caso en ambos grupos de pacientes. En 2013 ingresaron 44 TVP: 33 TV suprapoplíteas, 4 no especificadas, 3 TV infrapoplíteas y 4 TV superficiales. En 2014 fueron 38 ingresos por TVP: 34 suprapoplíteas, 4 no especificadas y ninguna infrapoplíteo ni superficial, cuyo ingreso es potencialmente evitable.

Conclusiones

Se aprecia una mejora en los ingresos por TVP, mejora en indicación de ecodoppler y en la seguridad del manejo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 548

TÍTULO: CALIDAD DEL INFORME DE ALTA MÉDICO DE CIRUGÍA GENERAL EN UN HOSPITAL CON HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

AUTORES: VALLVERDÚ CARTIÉ, HELENA (PARC SANITARI DE SANT JOAN DE DÉU. SANT BOI DE LLOBREGAT); LÓPEZ NEGRE, J. L. (PARC SANITARI DE SANT JOAN DE DÉU. SANT BOI DE LLOBREGAT); SÁNCHEZ PRADELL, C. (PARC SANITARI DE SANT JOAN DE DÉU. SANT BOI DE LLOBREGAT); ESPINA PÉREZ, B. (PARC SANITARI DE SANT JOAN DE DÉU. SANT BOI DE LLOBREGAT); GRIS GARRIGA, P. (PARC SANITARI DE SANT JOAN DE DÉU. SANT BOI DE LLOBREGAT)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Cabe recordar que el informe de alta médica (IAM) es un documento medico-legal, obligatorio, regulado por la normativa del BOE número 221/1984. La informatización de las historias clínicas facilita y agiliza el acceso a datos de los pacientes y los informes médicos tendrían que ser mayor calidad, sin pérdida de datos. En nuestro hospital disponemos de historia clínica electrónica desde el año 2010 y se ha ido ampliando progresivamente la informatización de datos. Pero, los registros informáticos han cambiado nuestro comportamiento en la recogida de datos y redacción de informes. Son cada vez más frecuentes los errores relacionados con el copia-pegar de datos, falta de actualización de los mismos o simples errores que se perpetúan en la historia clínica

Objetivos: La intención de nuestro estudio es iniciar la primera fase de un Plan de mejora de los IAM de nuestro servicio. Para ello pretendemos analizar la calidad de los IAM en pacientes intervenidos en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) y compararlos con los de pacientes con ingreso hospitalario superior a 72 horas (IH)

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Período de estudio (febrero-abril 2015). Análisis retrospectivo de 100 IAM de pacientes ingresados en el servicio de cirugía con más de 72 horas de ingreso hospitalario y criterios de exclusión preestablecidos y de 100 IAM de pacientes intervenidos en régimen de CMA.

Se registró el sexo y la edad. Se analizaron los campos predefinidos del formato electrónico del IAM, concretamente: alergias medicamentosas, antecedentes médicos y quirúrgicos, medicación habitual, enfermedad actual. Presencia de diagnóstico y procedimiento. El tratamiento al alta y las indicaciones respecto a su medicación habitual. Los cuidados postoperatorios a seguir y los cirujanos responsables

Resultados Conclusión: La media de edad de pacientes de los IAM por CMA fue de 47 años, siendo hombres el 75%. En el caso de los IAM por IH hubo un 57% de hombres y la edad media fue de 59,8 años.

El grado de cumplimiento de la mayor parte de los apartados (medicación habitual, enfermedad actual, resumen clínico, diagnóstico, procedimientos, recomendaciones, etc) es bueno, pero no llega al 100% en todos los casos.

Subrayar que solamente constan las alergias medicamentosas en el 85% de los IAM por CMA y en el 88% de los IAM por IH. Las recomendaciones de la conciliación de medicación al alta, una de las líneas de seguridad del paciente de la OMS, es también baja siendo del 71% en los casos de CMA y del 84% en los IH.

Conclusión

- Bajo cumplimiento del registro de alergias medicamentosas que hemos relacionado con el diseño del programa informático.
- Es necesario mejorar la conciliación medicamentosa al alta. Hemos hecho formación al respecto.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 549

TÍTULO: DECISIONES CLÍNICAS COMPARTIDAS: PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN LA TOMA DE DECISIONES

AUTORES: DAVINS MIRALLES, JOSEP (DEPARTAMENTO DE SALUD. DIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN Y REGULACION SANITARIAS); COSTA VILAR, N. (DEPARTAMENTO DE SALUD); MOHARRA FRANCES, M. (AQUAS); PONS RÀFOLS, J. (AQUAS); VALLÈS NAVARRO, R. (DEPARTAMENTO DE SALUD); ARGIMON PALLÀS, J. (AQUAS)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El nivel micro de participación de los pacientes es el ámbito específico de la relación médico-enfermo y es donde se centran las decisiones compartidas. En cualquier forma de participación, a nivel individual o colectiva (políticas públicas) es primordial que hace referencia a la health literacy and health numeracy, que se entiende como la habilidad para obtener, leer, entender y hacer uso de la información sanitaria para poder tomar decisiones y seguir las instrucciones terapéuticas. Sin información no hay conocimiento y sin conocimiento no hay capacidad de decisión.

El Consejo Consultivo de Pacientes de Catalunya (CCPC) es un órgano permanente de consulta y participación de los pacientes. El CCPC potencia la participación de los pacientes mediante mecanismos directos, de acuerdo al Plan de Salud de Catalunya 2011-2015, a línea 5: Mayor enfoque hacia los pacientes y las familias.

Objetivos: El Gobierno de la Generalitat de Cataluña encomienda al CCPC la implantación del Plan estratégico de la participación del paciente en el sistema sanitario en Cataluña. En esta hoja de ruta se identifican las acciones para dinamizar la participación de los pacientes en la elaboración de las políticas sanitarias.

La línea Núm.1 aprobada por el Gobierno es la promoción del empoderamiento y la autonomía del paciente.

El principal objetivo del proyecto "Decisiones Compartidas" es facilitar la autonomía de los pacientes en la toma de decisiones sobre las alternativas terapéuticas más convenientes, conjuntamente con los profesionales sanitarios. La combinación de la evidencia médica y las preferencias de los pacientes son la base sobre la cual se basa la toma de decisiones compartidas. Este proceso genera un gran valor añadido ya que facilita un espacio de reflexión entre profesionales sanitarios y pacientes y las preferencias, valores y emociones de los pacientes se añaden a este diálogo.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Los pacientes del Consejo técnico de comunicación del CCPC han participado en la validación de los contenidos de la web Decisiones compartidas elaborados por profesionales médicos especialistas en cada patología, con el objetivo principal de garantizar la comprensión de la información dirigida a los ciudadanos.

Resultados Conclusión: El CCPC con la colaboración de la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias (AQuAS), ha elaborado herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartidas cuyo contenido ha sido consensuado por profesionales y pacientes. Inicialmente ha desarrollado una web con el cáncer de próstata localizado y el tratamiento substitutivo de la enfermedad renal crónica avanzada con información basada en la evidencia científica sobre las alternativas terapéuticas. Posteriormente, se irá ampliando la cartera de patologías. La evidencia científica, las preferencias, y los valores de los pacientes son los elementos imprescindibles para escoger el mejor tratamiento. La decisión clínica compartida es un proceso humano que se construye a partir del diálogo y la confianza.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 551

TÍTULO: LA TECNICA DE GRUPOS FOCALES PARA CONOCER LA SATISFACCION DEL CLIENTE INTERNO

AUTORES: FLOR MORALES, VIRGINIA (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA); ROMÓN CASTILLO, I. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA); CASTRILLO BUSTAMANTE, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA); PULITANI, I. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA); FERNANDEZ RUIZ, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA); FARIÑAS ALVAREZ, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La Norma ISO 9001:2008 establece que la organización debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente y para ello debe determinar los métodos para obtener dicha información. El Hospital tiene 11 procesos certificados según dicha norma. Anualmente se realizan encuestas de satisfacción para dar respuesta a este requisito, sin embargo la tasa de respuesta cada año es más baja por lo que es necesario explorar la utilidad de otras herramientas

Objetivos: Evaluar la utilidad de técnicas de investigación cualitativa, como el grupo focal, para conocer la satisfacción y aportaciones de los clientes internos de los procesos certificados; seleccionando como participantes a los miembros de las comisiones clínicas de calidad.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se utilizó como técnica de investigación el grupo focal. Se pilotó con el Laboratorio de Hemoterapia. La selección de los participantes fue intencional, se optó por los miembros de la Comisión de Transfusión pues están representados, entre otros, los servicios más demandantes de sangre y componentes. El grupo estuvo formado por 10 participantes. El lugar de encuentro fue la sala donde se realizan las reuniones de la comisión y dentro de una de sus convocatorias ordinarias. La reunión fue conducida por un moderador, que dirigió la sesión basándose en la guía de entrevista previamente elaborada, que abordaba con preguntas abiertas temas relacionados con la atención prestada por el Laboratorio de Hemoterapia. Se contó con la presencia de un observador que transcribió las opiniones directamente. Al inicio de la entrevista se informó a todos los asistentes de la metodología a seguir, de manera que todos dieron su aprobación. La duración de la sesión fue de 60 min.

Resultados Conclusión: La información aportada por el grupo se concretó en tres categorías, que se han identificado como áreas de mejora:

1. Solicitud de sangre y componentes: se percibe la necesidad de adecuar el volante de solicitud a las necesidades de los profesionales, especialmente en lo relacionado con la priorización de la solicitud.
2. Tiempos de respuesta: se percibe la necesidad de mejorar la respuesta en situaciones de urgencia, proponiéndose la adaptación del protocolo de hemorragia masiva a pacientes con "necesidad de transfusión urgente" en UCI y quirófanos.
3. Comunicación: se detecta que los profesionales desconocen la existencia de un sistema de reclamaciones y sugerencias propio del Laboratorio de Hemoterapia, por lo que se propone la difusión del mismo.

El grupo focal se ha mostrado como una técnica útil para conocer la satisfacción y opiniones de los clientes internos, permitiendo la identificación de áreas de mejora. La estrategia de seleccionar a los miembros de la Comisión de Transfusión permitió obtener, información de gran riqueza, de los principales clientes del Laboratorio de Hemoterapia y facilitó una atmósfera de confianza entre los participantes, por lo que se ha planificado su utilización en otros procesos

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 552

TÍTULO: ESTRATEGIA INTEGRAL DE FARMACIA EN UN GRUPO SANITARIO PARA UNA ASISTENCIA DE CALIDAD

AUTORES: CERVERA MARTÍNEZ, M^a DEL MAR (HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN DE REUS); SALVADOR COLLADO, P. (HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN DE REUS); BESORA CUNILLERA, A. (GRUP SAGESSA); BAULENAS PARELLADA, D. (GRUP SAGESSA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Uno de los retos a los que nos enfrentamos en los frecuentes tránsitos asistenciales de los pacientes, es potenciar la continuidad asistencial buscando sinergias en la prescripción entre niveles, con el arbitrio de la medicina basada en la evidencia (MBE). Abordar la farmacia de manera integral se traduce en una reducción de la variabilidad de la práctica clínica, una mejora de la calidad asistencial y una mayor eficiencia de la prescripción en los todos los niveles asistenciales.

Objetivos: Nuestro objetivo general es abordar de manera integral la prescripción farmacológica unificando criterios entre atención primaria (AP) y atención especializada (AE) a través del uso de una guía farmacoterapéutica (GFT) común para la selección de fármacos de las patologías más prevalentes, y con objetivos específicos por especialidad/ subespecialidad, que implican diferentes niveles de exigencia para el uso de fármacos con alternativas terapéuticas más adecuadas (FATMA).

Nuestro objetivo específico es aumentar la adherencia a esta GFT en nuestros centros y disminuir la utilización de FATMA para disminuir la variabilidad en la prescripción.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: A continuación se indican las diferentes actividades llevadas a cabo entre 2012 y 2014, encaminadas a la unificación de criterios en la prescripción farmacológica:

- Implementación de una GFT común AP-AE, iniciativa de la comisión territorial de farmacia, que recoge anualmente las alegaciones de cualquier profesional médico del territorio, las valora y las traduce en cambios y mejoras para siguientes versiones.
- Análisis de la prescripción por centro, por especialidad/ subespecialidad y por médico, e identificación las áreas de mejora según MBE y criterios de coste-efectividad.
- Elaboración de objetivos específicos diferentes para todos los niveles antes descritos y orientación personalizada a los profesionales negociando con los directores de centro y servicio las posibilidades de cambio. Modelo colaborativo, no punitivo.
- Difusión periódica de recomendaciones por ámbitos asistenciales y de información farmacoterapéutica basada en MBE. Realización de sesiones clínicas para revisión de farmacoterapia por patologías en AP, siempre en colaboración con un especialista de referencia.

Resultados Conclusión: El abordaje integral de la prescripción farmacológica en un área sanitaria, y el establecimiento de objetivos específicos por especialidad, se acoge como una herramienta que facilita el tránsito de los pacientes por los diferentes niveles asistenciales. Entre los años 2012 y 2014, la adherencia a la GFT aumenta de media 7,40 puntos % en AP y 1,86 puntos % en AE, y el uso de NT disminuye en un 1,47% en AP y 0,62% en AE, además mejora el posicionamiento de nuestros centros de AP en el ranking de objetivos de nuestra región sanitaria.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 553

TÍTULO: NORAY: RESULTADOS DE UN EQUIPO DE MEJORA SOBRE SUJECIÓN MECÁNICA DE PACIENTES EN EL HOSPITAL GORLIZ

AUTORES: SANTO TOMAS PAJARRON, ALBERTO (HOSPITAL GORLIZ); ZUAZO OROZCO, M. (HOSPITAL GORLIZ); HERRERO BEITES, A. (HOSPITAL GORLIZ); LEGARRETA ZUNZUNEGUI, M. (HOSPITAL GORLIZ); TEJADA EZQUERRO, P. (HOSPITAL GORLIZ); ZALBIDE PEREZ; A. (HOSPITAL GORLIZ).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Un equipo de mejora (EM) consiste en un pequeño número de personas con habilidades complementarias que, con carácter temporal, están voluntariamente comprometidos con el propósito común de proponer mejoras en un proceso, utilizan métodos estructurados y parámetros de desempeño y son mutuamente responsables de su realización. (Harvard Business Review. 1993).

Favorecer la obtención de puntos de vista complementarios, apoyar la comprensión de diferentes perspectivas, secuenciar el trabajo mediante entregables, propiciar el despliegue de sus propuestas, conocer el grado de impacto y, finalmente, identificar el grado de satisfacción de los participantes son los grandes beneficios de esta sencilla práctica de gestión de calidad.

El uso de una metódica sistemática para su constitución, seguimiento y evaluación posterior favorece la obtención de un resultado de utilidad, con impacto real en las áreas de la práctica y permite lograr satisfacción en los componentes.

Objetivos: Exponer la metódica empleada para gestionar un EM sobre Uso adecuado de la Sujeción Mecánica de Pacientes (SMP) y presentar sus resultados, tanto desde el punto de vista del cumplimiento y despliegue del encargo, como desde la satisfacción de sus componentes.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo sobre el proceso de constitución, elaboración del encargo y evaluación del despliegue de un EM para la actualización del Uso de SMP en un hospital de pacientes subagudos entre junio de 2014 y mayo de 2015. Se analizan la producción del EM, el impacto de sus propuestas y la satisfacción de los componentes.

Resultados Conclusión: El EM ha celebrado 20 sesiones de una hora y se ha apoyado en el portal colaborativo OSAGUNE para la gestión de actas, documentos y agendas.

De acuerdo al encargo recibido el EM ha:

- Revisado la forma de actuar ante la necesidad de sujetar al paciente
- Establecidos criterios basados en las mejores prácticas.
- Actualizado los documentos a utilizar.
- Presentado las ayudas técnicas más recomendables, criterios de uso y recomendaciones sobre disponibilidad, almacenamiento y conservación.

El Plan de despliegue favorece la aplicación real de sus recomendaciones. Incluye las fases:

1. Análisis de la viabilidad de las propuestas
2. Difusión y Formación
3. Implantación
4. Evaluación y Ajuste

Este despliegue monitorizado ha sido uno de los puntos fuertes identificados como factor crítico para la obtención de resultados positivos en la aplicación del nuevo protocolo (almacenaje y gestión de ayudas técnicas en lencería, calidad de los consentimientos, etc.)

El apoyo de recursos como la Revista Seguridad Clínica, las sesiones de interacción entre procesos y la formación en planta han favorecido el despliegue

El clima de trabajo ha sido muy cordial y constructivo. Los participantes valoran con un 9 sobre 10 las oportunidades para expresar ideas, opiniones, sugerencias... en el marco del Equipo y otorgan un 8 a la dinámica de trabajo mantenida y a los resultados finales.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 554

TÍTULO: DESARROLLO DE UN PLAN DE FORMACIÓN ON LINE SOBRE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTOS PARA PROFESIONALES SANITARIOS

AUTORES: BARRACHINA BONET, LAIA (DEPARTAMENTO SALUD LA PLANA); ANDRES PRUÑONOSA, A. (DEPARTAMENTO SALUD LA PLANA); TENA BARREDA, R. (DEPARTAMENTO SALUD LA PLANA); SOLER BAHILLO, E. (DEPARTAMENTO SALUD LA PLANA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Una gestión sanitaria basada en el uso racional de los medicamentos (URM) y la implantación de programas de revisión farmacoterapéutica, tiene como finalidad promover la eficiencia y seguridad de los tratamientos, incrementando así la calidad asistencial de los pacientes, sobretodo los crónicos polimedcados.

Detectadas las necesidades de los profesionales sanitarios en estas materias, y viendo algunas experiencias previas sobre sesiones formativas a los profesionales desarrolladas on line, se ha planteado el establecer un plan docente en estas materias a través de las aulas virtuales disponibles.

Objetivos: Desarrollar un plan de formación on line a partir de las necesidades de los propios profesionales sanitarios, para facilitar conocimientos relativos al URM y programas de revisión farmacoterapéutica y promover así una gestión sanitaria basada en la eficiencia y seguridad de los tratamientos impulsando mejoras en la calidad asistencial de los pacientes crónicos polimedcados.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Recopilar las necesidades formativas entre los diferentes colectivos profesionales del departamento de salud: medicina, enfermería, psicología, trabajo social, entre otros; en materia de URM y en herramientas y programas de revisión farmacoterapéutica en pacientes crónicos polimedcados. Establecer un plan docente basado en sesiones clínicas semanales de 30 minutos incluidas en el horario laboral. Como soporte utilizar las aulas virtuales disponibles en la intranet departamental conectadas con los centros de salud dotados con cámaras web y crear un repositorio con las sesiones realizadas para su consulta. Además, solicitar la acreditación de las sesiones al organismo oficial correspondiente y por ultimo, realizar una valoración por los alumnos tanto los contenidos docentes como del soporte utilizado.

Resultados Conclusión: Los propios profesionales son los que definen las necesidades sobre las que se desarrolla el plan docente. La realización de sesiones on line permite la asistencia a las sesiones sin necesidad de desplazamientos, también en el aula virtual se habilita una biblioteca para acceder a las sesiones realizadas. La posibilidad de realizar la formación dentro del horario laboral no supone un sobreesfuerzo para asistir y la acreditación de las sesiones invita a la participación de los profesionales.

La posibilidad de desarrollar este tipo de iniciativas esta basada en el apoyo desde la gerencia departamental. Las experiencias previas en este sentido dentro del departamento de salud han tenido una respuesta muy favorable entre los profesionales. El desarrollo de un sistema de evaluación del plan docente por los alumnos permitirá mejorarlo de acuerdo con las necesidades tanto de contenidos como de los recursos utilizados. Todas estas acciones van dirigidas a impulsar la formación de nuestros profesionales con el fin de mejorar la eficiencia y seguridad de los tratamientos y potenciar así la calidad asistencial en nuestro entorno.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 555

TÍTULO: I.CRITICAL BOX (LAS TIC EN LA GESTIÓN DE CRÍTICOS)

AUTORES: PEÑA CAPSIR, ISMAEL (HOSPITAL LLEUGER DE CAMBRILS); GOMEZ LASO, E. (HOSPITAL LLEUGER DE CAMBRILS); DOBLADO LOPEZ, O. (HOSPITAL LLEUGER DE CAMBRILS); RIOS VALLES, L. (HOSPITAL LLEUGER DE CAMBRILS); OCAÑA ALVES, J. (HOSPITAL LLEUGER DE CAMBRILS); CRESPO PALAU, C. (HOSPITAL LLEUGER DE CAMBRILS)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: A finales de 2009 analizando el cambio tan importante que habíamos hecho al inaugurar el nuevo servicio de urgencias del Hospital de Cambrils, y de pasar de tener tres boxes y dos consultas médicas a tener doce boxes, un laboratorio, una farmacia, dos almacenes, una consulta de triaje, tres consultas médicas, muchos más aparatos de electromedicina y más complejos, creamos iCRITICAL BOX, una base de datos que nos serviría para monitorizar todos los controles que se realizan en los boxes de críticos del Servicio de Urgencias.

Objetivos: Diseñar, desarrollar una herramienta informática que nos indique en un cuadro de mandos, indicadores de seguridad clínica relacionados con el control preventivo de los boxes de Críticos del servicio de Urgencias, para poder disminuir la posibilidad que se produzcan errores que puedan llegar al paciente .

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se creó iCRITICAL BOX, un programa con el gestor de bases de datos Acces 2003 para el registro informatizado de las actividades preventivas realizadas en los boxes de críticos y mochilas de actuación extrahospitalaria. Creamos protocolos re registro de actividad, check.list diario, control trimestral de caducidades, control quincenal de material i fármacos, revisión del carro de paros después de una emergencia, actuación delante un carro de paros sin precinto, prueba de carga y descarga del monitor desfibrilador y controles eléctricos y funcionales de los aparatos de electromedicina. Todos ellos elaborados según las normas de la Joint Comision. Con los parámetros que posteriormente nos proporcionan la información necesaria que se expone en sesiones bimensuales en un cuadro de mandos para corregir puntos débiles y reforzar los puntos fuertes.

Resultados Conclusión: Los 2234 días Naturales han realizado el check-list diario en 2156 días (96.5%).

En el box de Críticos numero 1 no se ha encontrado en ningún caso el carro de paradas sin sellar, se han encontrado 10 veces el monitor desfibrilador desenchufado, 2 veces el Ambu no montado correctamente, 4 veces la bombona de oxígeno en el Área de reserva, 3 veces el Aspirador no montado, 1 vez las bombas de perfusión no conectada, 26 veces el respirador no montado correctamente, 17 veces el monitor de constantes no montado correctamente.

En el box de críticos numero 6 se encontraron 11 ocasiones el monitor desfibrilador no conectado, 6 el Ambú no montado correctamente, 3 la bombona en el Área de Reserva, 4 las bombas de perfusión que no conectadas , 21 el monitor de constantes no montado correctamente.

Se han realizado el 97% de los controles trimestrales, en 23 ocasiones se encontró el carro incompleto, en 42 ocasiones el dispensario de la pared incompleto de medicación.

Se han realizado el 96% de los controles quincenales, y hemos tenido 377 controles para uso del carro de paradas, y 662 del se mochilas por uso.

Con valores de estos 6 años de evolución, hemos podido incidir en los diferentes puntos en los que hemos observado un menor porcentaje de cumplimiento. Para dar así la mayor calidad asistencial.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 556

TÍTULO: SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DE PACIENTE COMO HERRAMIENTA DE MEJORA (2011-2014)

AUTORES: ANGLÈS COLL, ROSER (HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON); LLINAS, M. (HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON); DUERO, M. (HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON); GARCÍA, M. V. (HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON); ROMEA, M. S. (HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON); IGLESIAS, F. (HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los sistemas de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (IRSP) constituyen una de las estrategias fundamentales para la mejora de la seguridad del paciente en los centros. Su implantación resulta compleja si se plantea como un sistema de registro de incidentes, puesto que para esta función supone una herramienta poco útil. En nuestro hospital el sistema de notificación es una importante herramienta de mejora, que permite detectar puntos débiles en el sistema y proporcionar información sobre los factores contribuyentes que se encuentran subyacentes en la mayoría de incidentes.

Objetivos: Analizar los resultados de las notificaciones de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente en relación a las acciones de mejora impulsadas a raíz de la notificación.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se han evaluado los incidentes notificados en el sistema de notificación genérico del hospital entre los años 2011 a 2014. Se ha analizado el tipo de incidente y su gravedad, así como las acciones derivadas de la gestión de la notificación y si se han llevado a cabo acciones de mejora, clasificándose en cambios implantados, acciones formativas, revisión de protocolos o procedimientos u otras acciones de mejora. También se han revisado los casos en los que se decidió formalizar un grupo de trabajo ad hoc.

Resultados Conclusión: Entre los años 2011 a 2014 se han notificado 669 incidentes relacionados con la seguridad del paciente. Predominan las caídas de pacientes (208), los errores de medicación (182), los relacionados con la gestión clínica y de procedimientos (72), y los relacionados con los dispositivos y equipos asistenciales (45). Nueve de los incidentes fueron críticos y 59 graves. En el 48% de los incidentes se realizaron propuestas de mejora. En conjunto, a raíz de las 669 notificaciones se realizaron 373 acciones de mejora, en concreto en 140 ocasiones se implantaron cambios, en 114 casos se realizaron acciones formativas, en 85 casos se realizó la revisión de protocolos, procedimientos, circuitos, etc. A raíz de las notificaciones y para aquellos casos más complejos se constituyeron 56 grupos de trabajo.

Conclusión: La implantación del sistema de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, así como su gestión enfocada a la mejora de la misma ha permitido detectar y consolidar un gran número de acciones de mejora. La estrategia desplegada nos ha permitido proporcionar una atención más segura a nuestros pacientes, así como un impulso a la mejora de la cultura de la seguridad en nuestro centro y de su gestión.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 558

TÍTULO: 5 AÑOS DE LA REVISTA “SEGURIDAD CLÍNICA” EN EL HOSPITAL GORLIZ. OSAKIDETZA

AUTORES: SANTO TOMAS PAJARRON, ALBERTO (HOSPITAL GORLIZ); URIARTE GARCIA, M. (HOSPITAL GORLIZ); ILARDIA LORENTZEN, R. (HOSPITAL GORLIZ); ZUAZO OROZCO, M. (HOSPITAL GORLIZ); CAMIRUAGA ZALBIDEA, I. (HOSPITAL GORLIZ); CABEZUELO HENARES, M. (HOSPITAL GORLIZ)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La evidencia existente y las principales organizaciones con tradición de trabajo en cultura de seguridad del paciente (CSP) coinciden en señalar que el impulso de dicha cultura es un rasgo crítico de sus logros en materia de seguridad del paciente. Informes del National Quality Forum exponen que la consecución de una adecuada CSP es la primera de las «buenas prácticas» para mejorar la seguridad. La obra «Seguridad del Paciente en Siete Pasos» (NHS) describe las fases que las organizaciones deben abordar para mejorar esa seguridad, siendo la primera de ellas: CONSTRUIR UNA CULTURA DE SEGURIDAD. Las 12 dimensiones definidas por la Agency for Healthcare Research and Quality, para medir la CSP, refrendan que una buena comunicación sobre acciones, errores, soluciones, etc., tiene una influencia positiva sobre la CSP.

Objetivos: Exponer la metódica empleada para, con recursos muy limitados, lograr una Revista atractiva, rigurosa y con impacto en los profesionales.

Compartir el análisis de contenidos y la valoración de resultados de satisfacción así como de las áreas de impacto.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo sobre avances en la elaboración, diseño de contenidos y satisfacción de los lectores de la revista “Seguridad Clínica” publicada desde 2011 en el Hospital Gorniz.

Se analizan los contenidos editados, la evolución de la percepción de los lectores. Y se estudian las mejoras introducidas.

Resultados Conclusión: Se han publicado 9 ejemplares, un promedio de 10 artículos (Rango 8-14) y una extensión que ha pasado de 6-8 pág. iniciales a 9-11.

Los autores principales son los líderes de los equipos del Proceso de Seguridad Clínica. Intervienen habitualmente una media de 10 profesionales en su redacción.

Los contenidos principales se agrupan en:

- Campañas divulgativas (15 artículos)
- Informes sobre indicadores en todos los ejemplares
- Errores y sus análisis (13)
- Nuevos protocolos (9)
- Bibliografía sobre seguridad clínica (7)

Áreas de impacto de la Revista relacionadas con recomendaciones internacionales en CSP:

Divulgar errores identificados en un periodo favorece la conciencia de que las cosas pueden ir mal

Analizar causas y medidas adoptadas fomenta la capacidad para reconocer errores, aprender de ellos y actuar para mejorar.

Aportar evolución de indicadores favorece que la gestión de riesgos se integre con la gestión global

Algunas mejoras introducidas son:

- Diseño y periodicidad
- Organización de contenidos:
- Divulgación:
 - o email con URL de enlace
 - o expositores en unidades
 - o implicación de mandos y líderes de proceso
- Evaluación: encuesta online

El grado de conocimiento de la revista entre los profesionales pasa del 37% de 2013 al 54 % en 2015. Destaca el grado de conocimiento de los colectivos DUE (100%) y médico (83%), mientras entre auxiliares de enfermería y fisioterapeutas es del 38 y 34% respectivamente. La valoración general de la revista fue de 7,2 (Escala 0-10) en 2013, estando pendientes los resultados de 2015.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 559

TÍTULO: MOVER UN DEDO PARA NOTIFICAR INCIDENTES

AUTORES: SANTANA LÓPEZ, VICENTE (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); VÁZQUEZ VÁZQUEZ, M. (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); PÉREZ PÉREZ, P. (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); PACHECO MERA, M. (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); RODRÍGUEZ CONTRERAS, H. (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA); FERRERO ÁLVAREZ-REMENTERÍA, J. (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Las principales estrategias nacionales e internacionales señalan que los sistemas no punitivos de comunicación y aprendizaje de incidentes y eventos adversos son un instrumento excelente para incrementar la cultura de seguridad del paciente, y promueven su utilización en los centros y unidades de atención sanitaria a todos los niveles.

El informe "Key findings and recommendations on Reporting and learning systems for patient safety incidents across Europe" (http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/guidelines_psqcwg_reporting_learningsystems_en.pdf) de mayo de 2014, analiza con detalle las diferentes características de 32 sistemas de notificación de 21 estados miembros.

Los sistemas de comunicación de incidentes de seguridad vigentes, se basan fundamentalmente en formularios web, a los que se les suele achacar lentitud en la notificación, dificultades de acceso, o carencias en los mecanismos de feedback.

Hasta la fecha ninguno de los sistemas contemplaba la utilización de una aplicación móvil como instrumento de estímulo y mejora de las notificaciones.

Objetivos: Diseñar una app para profesionales sanitarios que fomente y mejore el proceso de notificación de incidentes de seguridad.

Reforzar los mecanismos de retroalimentación a los profesionales sobre las notificaciones realizadas, y las áreas de mejora puestas en marcha.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Avizor es la una app, sincronizada con el sistema de gestión de incidentes del Observatorio para la Seguridad del Paciente, que facilita a los profesionales la comunicación de incidentes de seguridad o riesgos, de forma más rápida, más sencilla, pudiendo realizarse a tiempo real y en el punto de atención.

Se han simplificado los formularios habituales, se ha añadido la posibilidad de incorporar imágenes y se facilita la introducción de texto por dictado de voz, permitiendo comunicar un incidente de seguridad en cuestión de segundos.

La selección del centro o unidad sobre la que se quiere notificar se puede hacer por geolocalización. Los diferentes avisos y el seguimiento de las mejoras se realizan igualmente a través del móvil.

La app está accesible de manera gratuita para iOS y Android en los markets AppleStore y GooglePlay <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/apps-salud/index.html>

Video de presentación: <https://www.youtube.com/watch?v=iLEDQ4IKOo>

Resultados Conclusión: Desde su lanzamiento hasta la fecha, han transcurrido 20 días, en los cuales se han notificado 342 incidente: 316 son vía web y 26 a través de Avizor (7,6% del total).

Los próximos pasos van encaminados a conectar e intercambiar de forma automática estas notificaciones con el SiNASP (Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) y a incrementar y enriquecer las posibilidades de retroalimentación a los profesionales sobre las acciones de mejora generadas o recomendadas a partir de la notificación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 560

TÍTULO: EXPERIENCIA INCORPORACIÓN DEL PROCEDIMIENTO ENFERMERO RIESGO DE ASPIRACIÓN EN LA PRÁCTICA DIARIA DE CUIDADOS EN LA FSM

AUTORES: LORA LÓPEZ, CRISTINA (FUNDACIÓN SANITARIA DE MOLLET. HOSPITAL DE MOLLET); ULLOA MARÍN, M. O. (FUNDACIÓN SANITARIA DE MOLLET. HOSPITAL DE MOLLET.); JIMÉNEZ AVELLANEDA, C. A. (FUNDACIÓN SANITARIA DE MOLLET. HOSPITAL DE MOLLET.); FONT CASTILLO, J. (FUNDACIÓN SANITARIA DE MOLLET. HOSPITAL DE MOLLET.); ALVAREZ LLORCA, O. (FUNDACIÓN SANITARIA DE MOLLET. HOSPITAL DE MOLLET); VICENTE GARCIA, M. (FUNDACIÓN SANITARIA DE MOLLET. HOSPITAL DE MOLLET)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los enfermeros expertos creímos que era necesaria la implantación de un procedimiento enfermero dirigido a todos los profesionales asistenciales del entorno hospitalario, para poder detectar a tiempo las personas con riesgo y dar medidas preventivas adecuadas para evitarlo. Es importante identificarlo de forma precoz para dar soporte y educación de la prevención para preservar la seguridad de la persona

Objetivos: De la Valoración: Identificar factores de riesgo. Identificar en qué necesidades están los factores. Identificar a personas hospitalizadas con el riesgo. De la actuación: Establecer y aplicar medidas preventivas. Educar en los riesgos y medidas preventivas a la persona y a familia. Evaluar si son capaces de aplicar las medidas de prevención para evitarlo. Si ha sufrido una broncoaspiración, identificar la causa, los factores relacionados y las complicaciones

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: El riesgo de aspiración es un problema grave asociado a la estancia hospitalaria y que, en la mayoría de casos, es evitable. La prevalencia en personas con enfermedades neurológicas, como AVC, Parkinson y demencias puede oscilar entre un 30% y un 60%. En 2014 la broncoaspiración fue la causa médica inicial más prevalente en muerte por patología respiratoria, el último año en la Fundación hubieron 73 defunciones por este motivo, un 17% del total de éxitos del año pasado, la mitad fueron intrahospitalarias. Esta cifra ha ido en aumento debido a la pluripatología y complejidad de las personas atendidas. Elaboramos un procedimiento enfermero donde abordamos la atención de la persona con riesgo de aspiración siguiendo el modelo V. Henderson, para ofrecer unos cuidados de calidad, adaptados a sus necesidades teniendo en cuenta las respuestas humanas. Por el aumento de casos en nuestro centro, dirección enfermera consideró necesaria la creación del grupo de enfermeros expertos centrado en este riesgo, para garantizar la seguridad de las personas en todos los centros de la fundación. Con la valoración enfermera, el plan de cuidados y el procedimiento enfermero del riesgo de aspiración, la enfermera recoge toda la información que permite elaborar el diagnóstico y saber que NIC va a aplicar. En el procedimiento tenemos integrado el test MECV-V, como método de exploración clínica. Hicimos sesiones monográficas y cápsulas de formación en el hospital y sociosanitario, quedamos como referentes expertos para asesoramiento de los profesionales. Junto a la enfermera de nutrición del hospital trabajamos el abordaje nutricional de las personas con disfagia, elaboramos 3 tipos de dietas para adecuar la textura de los alimentos dependiendo del tipo de disfagia

Resultados Conclusión: La mitad de las muertes por broncoaspiración suceden en el hospital, y el resto ya ingresan con este diagnóstico. De las 55 historias revisadas: el 65% de las muertes han sido en el hospital y el resto en el sociosanitario. En un 60% de todas las historias revisadas, no estaba activado el diagnóstico enfermero del riesgo de aspiración. Solo al 16% de todos los revisados se les había realizado el test MECV-V

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 561

TÍTULO: ADECUACIÓN DE ESTANCIAS EN PACIENTES AISLADOS EN UN BROTE POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS

AUTORES: LOPEZ FRESNEÑA, NIEVES (HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL); DÍAZ-AGERO PÉREZ, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL); RINCÓN CARLAVILLA, A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL); LOPEZ PEREIRA, P. (HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL); LAS HERAS MOSTEIRO, J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL); ARANAZ ANDRES, J. M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMON Y CAJAL)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El incremento de los microorganismos resistentes a los antibióticos supone un reto en la atención a los pacientes y en la gestión de los recursos hospitalarios. La adopción de aislamiento de contacto (AC) es una de las recomendaciones internacionales basadas en la evidencia para el manejo y control de brotes asociados a enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC). El aislamiento per se puede incrementar la probabilidad de sufrir eventos adversos y prolongar la estancia en el hospital.

Objetivos: • Cuantificar el grado de adecuación de la estancia hospitalaria en pacientes sometidos a precauciones de AC por EPC en un contexto de brote hospitalario.

- Analizar las diferencias de adecuación en el grupo de pacientes aislados frente al grupo control de no aislados.
- Analizar las causas de inadecuación de ingresos y estancias.
- Estimar los costes directos de la inadecuación de estancias en ambos grupos.
- Identificar estrategias de mejora en la gestión que ayuden a la organización a optimizar los recursos.

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Estudio de casos y controles anidados en una cohorte. La cohorte está formada por todos los pacientes ingresados de mayo de 2013 a diciembre de 2014. Los casos son los pacientes colonizados y/o infectados por EPC sometidos a AC. Los controles son pacientes ingresados en el mismo período, no sometidos a AC. Casos y controles se emparejaron según edad, sexo, unidad de hospitalización, comorbilidad (GRD), y estancia hospitalaria.

Para la evaluación de la inadecuación de la estancia se utilizará el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP).

Este proyecto está financiado por la Fundación Mapfre y tiene prevista su finalización en diciembre de 2015.

Resultados Conclusión: Se incluyeron 198 casos y 198 controles. La unidad de análisis es cada una de las estancias, de los pacientes ingresados y aislados por EPC. La edad media de los casos ha sido de 75,3 años (DE 1,42). El 52% han sido hombres. La estancia media de los casos ha sido de 28,8 días (DE 32,4), con un mínimo de 2 días y un máximo de 256. Los GRD más frecuentes fueron: (541) neumonía simple (10,1%), (544) insuficiencia cardíaca congestiva y arritmia cardíaca (7,1%) y (584) septicemia (5,1%). El estudio de las estancias inadecuadas permitirá establecer estrategias de mejora en la política de aislamientos del hospital.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 564

TÍTULO: UBICACIÓN Y TRAZABILIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS. ROMPIENDO BARRERAS.

AUTORES: CONESA HERNANDEZ, ANDRES (COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA); ALCANTARA ZAPATA, F. (COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA); AYALA SANCHEZ, N. (COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA); BUITRAGO ABAD, J. (COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA); CRUZADO QUEVEDO, J. (COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA); MURCIA ALEMAN, T. (COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Uno de los problemas que se presentan en la asistencia de urgencias es conocer la ubicación y la conducción del paciente a través del servicio para ser asistido en consultas, solicitar extracciones y pruebas, recibir tratamientos, ser trasladados a otros servicios como Radiología, así como ocupar distintas áreas: salas de terapias, sillones, camas, salas de espera, etc.

Los aplicativos informáticos deben dar respuesta a todas las actividades que se vienen realizando en papel tanto por celadores, como administrativos, auxiliares de enfermería, enfermería y médicos.

Objetivos: Nos planteamos que todas las acciones que se realicen sobre el paciente deben quedar reflejadas en el sistema para poder conseguir una trazabilidad completa del proceso. De esta manera es más sencillo conocer el rol de cada profesional en cada momento del proceso asistencial. El tiempo, además, debe estar siempre presente en todos los procedimientos.

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: En el nuevo sistema organizativo del Servicio se estableció un icono (Flecha con giro a la izquierda) que hace referencia a todas las peticiones y ubicaciones posibles del paciente: desde atención de enfermería, radiología simple, pruebas especiales de imagen, cirugía menor, trauma, encamamientos, etc.

Así, el médico recibe en Selene al paciente con el triaje por enfermería, tras asistirlo, si es preciso le prescribe medicación y solicita las pruebas complementarias que crea oportunas mediante Selene. La petición de actuación a enfermería y/o celadores se realiza mediante el icono.

Así cada estamento recibe al paciente en sus pantallas con la prueba o técnica que se le solicita; una vez hecha esta el personal deriva al paciente informáticamente al siguiente escalón o a la sala de espera si ya no precisa nada más.

La diferencia básica con el sistema de identificación de la pulsera con el código de barras ya implantada, radica en que antes la información de la ubicación del paciente tenía que registrarse manualmente con soporte papel, con los posibles errores en los listados, pérdida de confidencialidad, etc.

Resultados Conclusión: Se ha logrado una correcta trazabilidad del paciente, teniendo todos los estamentos información del paciente, ubicación, pruebas pendientes, etc.

Se registran todos los tiempos de atención en consultas, enfermería, traslado a rayos y su regreso.

Se han eliminado todos los listados manuales, listados con etiquetas, y cualquier formato en papel, que reseñe datos sobre el paciente y su proceso; lo que supone una mejora en la confidencialidad del paciente.

Se ha evitado que los sanitarios tengan que abandonar el puesto asistencial, realizándose el "traslado de pacientes" de forma telemática.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 565

TÍTULO: SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EXTERNOS DE LA FARMACIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: DE MEJORAS A IMPLEMENTAR

AUTORES: FERRIS VILLANUEVA, ELENA (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA); GUERRERO BAUTISTA, R. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA); GARCÍA MARQUEZ, A. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA); MUÑOZ GARCÍA, I. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA); PÉREZ PÉREZ, I. G. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA); MIRA SIRVENT, M. C. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En vista a implementar acciones de mejora, necesitamos conocer el grado de satisfacción de los pacientes atendidos para poder incorporar las más necesarias a nuestro alcance según los resultados obtenidos.

Objetivos: Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes externos del Servicio de Farmacia. Detectar los aspectos susceptibles de mejora que permitan aumentar el nivel de satisfacción de nuestros pacientes e implantar las acciones necesarias.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio prospectivo descriptivo a los pacientes atendidos en la Farmacia del Hospital durante un período de 4 meses (septiembre-diciembre 2014). Se elaboró una encuesta de satisfacción anónima que se entregó a 100 pacientes al azar. La encuesta incluía preguntas sobre: elección del sexo, rango de edad, frecuencia con la que acuden al centro, seguido de 6 preguntas de los bloques A: zona y proceso de dispensación y B: personal que atiende. El bloque C incluía una valoración global y respuesta a 2 preguntas breves sobre lo que más gusta y lo que menos. Debían puntuar con un valor de 1 al 6 donde 1) muy deficiente, 2) deficiente, 3) indiferente, 4) aceptable, 5) satisfactorio y 6) muy satisfactorio.

Resultados Conclusión: Se recogieron en total 95 contestadas. El 60 % fueron hombres y 40 % mujeres.

El 65.3% tenían entre 36-64 años, el 78% referían acudir a la farmacia una vez al mes. Las mejores y peores puntuaciones fueron:

Acceso zona dispensación: 26,3% satisfactorio, 9,3 % muy deficiente. Zona de atención: 40 % satisfactorio, 2% muy deficiente. Horario de atención: 37% satisfactorio, 1% muy deficiente. Tiempo de espera: 31,6% muy satisfactorio, 5,3% indiferente. Cantidad medicación: 61,05% muy satisfactorio, 5.3% muy deficiente. El tiempo medio de espera fue de 16 min.

Trato del personal: 50.6% muy satisfactorio, el 2.1% muy deficiente. Correcta identificación del personal: 36.9% muy satisfactorio, 9.5% muy deficiente. Información recibida: 42.1% muy satisfactorio, 1.05% muy deficiente. Tiempo de atención: 42.1% muy satisfactorio, 2.10% muy deficiente. Capacidad de resolución de dudas: 33.7% muy satisfactorio, 2.10% muy deficiente.

La satisfacción global estuvo entre el 36.2-50% como satisfactorio y muy satisfactorio respectivamente. El 1.1% fue muy deficiente.

El trato recibido y la rapidez de atención fue lo que más gustó con un 70%, seguida de la amabilidad (20%) y buena organización (10%).

La cantidad de medicación dispensada fue lo que menos gustó con un 50% seguido de la poca privacidad en el momento de atender (40%), mal acceso y ubicación (5%), sala de espera pequeña (3%), larga espera (2%).

Los resultados de satisfacción global fueron buenos y se desarrollaron las siguientes acciones:

-Dispensar medicación para un período mas largo en aquellos pacientes con patologías crónicas estables y cumplidores.

-Creación de una agenda farmacéutica de citas con el fin de optimizar el tiempo de espera, aumentar la privacidad y mejorar la atención a los pacientes.

-Implantación de tarjetas de identificación del personal.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 567

TÍTULO: CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, DESDE LOS CIMIENTOS DE LA ORGANIZACIÓN A LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA.

AUTORES: TÉBAR, M. A. (INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SERVICIOS DE SALUD MENTAL JOSÉ GERMAIN); RIVERA, A. (INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SERVICIOS DE SALUD MENTAL JOSÉ GERMAIN); FIDALGO, B. (INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SERVICIOS DE SALUD MENTAL JOSÉ GERMAIN); RODRÍGUEZ, C. (INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SERVICIOS DE SALUD MENTAL JOSÉ GERMAIN); LÓPEZ, E. (INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SERVICIOS DE SALUD MENTAL JOSÉ GERMAIN); BURGOS, L. (INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SERVICIOS DE SALUD MENTAL JOSÉ GERMAIN).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En la actualidad las organizaciones sanitarias apuestan por la implantación de proyectos de mayor o menor alcance para la mejora de la seguridad del paciente (SP), algunas desde un afrontamiento reactivo y otras desde una aproximación proactiva. Muy pocas alcanzan el nivel de madurez organizacional en el que más allá de una gestión de riesgos sanitarios (GRS) optima, se pueda hablar de cultura de SP. El paciente con enfermedad mental es nuestra razón de ser, y dada su especial vulnerabilidad a los riesgos derivados de la asistencia sanitaria, tenemos el compromiso de aspirar al máximo nivel de desarrollo organizacional en el fomento de la SP.

Objetivos: Mostrar el desarrollo de la cultura organizacional de SP, a través de la aplicación de herramientas de calidad a lo largo de todas las fases del ciclo de mejora continua.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Fase 1. Participación en un proyecto de benchmarking internacional en buenas prácticas en seguridad del paciente. Fase 2. Revisión del sistema reactivo de (GRS), con análisis e implantación de acciones de mejora (AM) ante incidentes y eventos adversos identificados a través de sistemas de notificación y rondas de seguridad. Fase 3. Aproximación proactiva a través de herramienta como la Matriz QFD, y matriz de riesgos, ponderación del riesgo y evaluación de la eficacia de AM. Fase 4. La SP impregna la estrategia organizacional, el presidente de la Unidad Funcional de GRS forma parte del grupo de diseño del Plan Funcional 2015-2017 (PF15-17). La SP es un elemento fundamental a considerar en la Autoevaluación EFQM 2014.

Resultados Conclusión: Fase 1. Realización de sesiones sobre SP en Salud Mental 6 dentro y 10 fuera de nuestra organización. Fase 2. Nuestro hospital pasa a ser el mejor de su grupo de referencia en indicadores de GRS. Fase 3. Se identifican más de 94 riesgos que se categorizan en función de su número de prioridad de riesgo, para ser abordados por grupos específicos de trabajo. Conocemos las expectativas de pacientes y familiares en el área de SP. Fase 4. Se aprueba el PF15-17 con la inclusión del Plan de Acción para la preparación para la certificación conforme a la Norma UNE 179003:2013. Se consigue un cumplimiento del 100% de los objetivos de este Plan.

La mejora de la cultura de la seguridad del pacientes es un proceso no exento de dificultades, requiere un abordaje holístico y progresivo desde los fundamentos con la información, formación y benchmarking, pasando por mejora de sistemas de identificación de riesgos que avanzarán desde la perspectiva proactiva a la reactiva, hasta la integración de la seguridad del paciente en la estrategia organizacional y en un elemento fundamental a tener en cuenta en cada nuevo proyecto.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 568

TÍTULO: HERRAMIENTAS PARA UNA MEJOR INTEGRACIÓN DE LA VACUNACIÓN EN LA ASISTENCIA CLÍNICA

AUTORES: VICIOLA GARCIA, MARGARITA (OSI BARAKALDO SESTAO)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La demostrada eficacia protectora de las vacunas en grupos especiales de pacientes pone de manifiesto la necesidad de asegurar la protección de estos colectivos, en los que el beneficio de la vacunación es máximo. El modelo asistencial de Euskadi reposa sobre una filosofía de colaboración y no de competición entre estructuras asistenciales. La Organización de Servicios Integrada –OSI-, enmarcada en el Plan Estratégico de Osakidetza, es un modelo de atención integral que supera la fragmentación asistencial entre Atención Primaria y Especializada. Los médicos de atención primaria consideran que tienen un papel central en el programa de vacunación.

Objetivos: Aportar información a gestores y profesionales que facilite la integración de la vacunación no sistemática en la asistencia clínica de la OSI Barakaldo-Sestao

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se ha realizado un estudio transversal cualitativo basado en teoría fundamentada entre profesionales médicos de Atención Primaria de la OSI Barakaldo-Sestao, que atienden a personas mayores de 14 años, a través del Instrumento: "entrevista semiestructurada".

Las entrevistas han sido realizadas por la médico de la Unidad Vacunal de adultos de la OSI con 5 preguntas. Análisis de contenido de tipo semántico con categorización de respuestas en unidades temáticas: Dimensiones de análisis

I.- Opinión de los profesionales acerca de funcionamiento del programa de vacunación del adulto y del adulto de "riesgo"

II.- Experiencia sobre factores positivos y negativos del programa de vacunación del adulto y del adulto de "riesgo"

III.- Opinión sobre existencia de Unidad vacunal de referencia en la OSI

IV.- Estrategias de intervención para incremento cobertura vacunación del adulto.

Resultados Conclusión: A través de la opinión de los profesionales de la atención primaria se ha puesto de manifiesto la diversidad de percepción y actitudes respecto de la vacunación no sistemática de adultos entre profesionales de Atención Primaria de la OSI Barakaldo Sestao. Esto permite identificar un área para la mejora de la calidad asistencial. Además de los factores dependientes del profesional, en esta variabilidad parecen influir diferencias en relación al tipo de población asistida, tamaño de centro, carga asistencial, aspectos organizativos, utilización de pautas protocolizadas, sistemas de recordatorio etc.

De los resultados de las entrevistas realizadas a profesionales, se desprende que el mayor porcentaje de su actividad se dirige a cumplimentar el calendario vacunal sistemático. A excepción de la atención vacunal de personas emigrantes y viajeros, no se percibe una actividad de vacunación no sistemática. Una de las demandas identificadas en las entrevistas ha sido, la creación de una consulta no presencial en la Unidad Vacunal de a OSI para las cuestiones de los profesionales que vayan surgiendo en la práctica clínica. Otra demanda ha sido la relacionada con formación, proveer formación en cuanto a nuevas vacunas y estrategias vacunales.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 569

TÍTULO: GESTIÓN POR PROCESOS DE LAS ENFERMERAS DE MEDICINA PREVENTIVA

AUTORES: FABO NAVARRO, MERCEDES (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA); VALLE MADRAZO, T. (SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD); PORTAL MARÍA, T. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA); AJA HERRERO, A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA); REBOLLO RODRIGO, H. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los sistemas de gestión de la calidad son el conjunto de normas interrelacionadas por las que se administra de forma ordenada la calidad de la misma.

En el año 2013, El Servicio de Medicina Preventiva, Salud Pública y Seguridad del Paciente del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla recibe el premio Best in Class al Mejor Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Estado, tanto del sector público como del privado.

Los premios Best in Class tienen como fin último dinamizar la integración de la Calidad Asistencial en la gestión de los hospitales y centros sanitarios españoles, y suponen un elemento motivador para los profesionales sanitarios y directivos que participan en ellos.

En todas estas actividades hay implícitas funciones realizadas por el equipo de enfermería de dicho Servicio y que son descritas en el proceso de enfermería de Medicina Preventiva.

Objetivos: Elaborar el proceso de enfermería de Medicina Preventiva que permita:

- Describir las actividades realizadas por las enfermeras del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
- Evaluar el proceso.
- Detectar áreas de mejora y establecer estrategias.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se han establecido reuniones entre el equipo de enfermería de Medicina Preventiva que han sido las encargadas de identificar y describir las actividades del proceso y una enfermera del área de calidad y seguridad del paciente que ha establecido la metodología a seguir y la redacción de este documento

Los pasos que se han dado para conseguir la descripción del proceso de las Enfermeras de Medicina Preventiva son:

1. Obtención de la misión y el mapa de proceso realizado por el Servicio de Medicina Preventiva, Salud Pública y Seguridad del Paciente realizado en el taller de formación del Best in Class.
2. Realización del mapa de proceso.
3. Identificación de las actividades de cada uno de los procesos operativos o clave.
4. Descripción de cada una de las actividades, determinando los requisitos necesarios para llevar a cabo la actividad, así como las personas responsables de que se cumpla dicha actividad y los registros o documentos de trabajo en los que se recoge la actividad.
5. Establecimiento de los indicadores necesarios para evaluar el proceso.
6. Detección de áreas de mejora e implantación de las correcciones necesarias durante el proceso.

Resultados Conclusión: Se ha elaborado un documento que describe las actividades de enfermería de cada uno de los siguientes procesos:

- Vacunación de pacientes de riesgo.
- Control Bioseguridad Ambiental.
- Vigilancia y control de las IRAS.
- Gestión de eventos adversos.
- Consultoría y formación
- Evaluación y vigilancia de productos sanitarios.

Analizando las necesidades detectadas, se han elaborado protocolos y se han propuesto áreas de mejora. Se han definido indicadores que permiten evaluar el cumplimiento del proceso.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 570

TÍTULO: IMPLANTACION DE UNA AGENDA DE CONSULTAS EXTERNAS DE FARMACIA HOSPITALARIA PARA LA CITACIÓN DE PACIENTES

AUTORES: FERRIS VILLANUEVA, ELENA (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA); MUÑOZ GARCÍA, I. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA); GARCÍA MÁRQUEZ, A. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA); GUERRERO BAUSTISTA, R. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA); LACRUZ GUZMÁN, D. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA); PÉREZ PÉREZ, IG. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El área de Pacientes Externos se ha convertido en una de las áreas más importantes de los Servicios de Farmacia Hospitalaria por su gran repercusión asistencial, tanto desde el punto de vista clínico como económico.

Objetivos: Sistematizar la atención farmacéutica al paciente externo del Servicio de Farmacia, mediante la implantación de una agenda de consultas externas de farmacia hospitalaria para la citación de pacientes.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Tras la realización de una encuesta de satisfacción de la atención a los pacientes externos que venían a recoger medicación al Servicio de Farmacia Hospitalaria, se observó que la mayoría de los pacientes reclamaban mayor intimidad y un menor tiempo de espera para poder ser atendido por el farmacéutico. Para optimizar el tiempo, tanto del farmacéutico como del paciente, se estableció la citación de los pacientes mediante una agenda de consultas externas denominada Farmacia Hospitalaria y se habilitó una consulta en del área de pacientes externos del Servicio de Farmacia. Se solicitó al programa de gestión de historias de historias clínicas del hospital (Selene®) la creación de unas agendas de Farmacia Hospitalaria. En las agendas se podían seleccionar primeras visitas (duración 20 minutos) o visitas sucesivas (duración 10 minutos). Se estableció el horario de la consulta de Farmacia hospitalaria de lunes a viernes de 9:00 a 14:00 horas. Debido al volumen de pacientes atendidos por el área de pacientes externos del Servicio de Farmacia, se priorizaron los pacientes que iban a ser citados para ser atendidos por el farmacéutico en la consulta de pacientes externos.

Resultados Conclusión: Se implantaron 2 agendas de farmacia hospitalaria: FARMAHSL01 para citar a los pacientes de hepatopatías víricas y los pacientes VIH que inician o cambian de tratamiento y FARMAHSL02 para citar a los pacientes oncológicos en tratamiento con citostáticos orales. Las citaciones se pueden realizar telefónicamente o mediante el facultativo prescriptor cuando se trata de primeras visitas, o en la propia consulta del farmacéutico cuando se trata de visitas sucesivas. En el caso de éstas últimas, el farmacéutico le da al paciente la cita en formato papel. Cuando el paciente llega al área de dispensación a externos, entrega al personal de enfermería o auxiliar la citación, que comprobará fecha, hora y facultativo responsable. La consulta se realiza en un despacho aislado del resto de pacientes, para garantizar la intimidad y favorecer la comunicación farmacéutico-paciente. Mediante la implantación de las agendas de farmacia hospitalaria se conseguirá optimizar el tiempo del farmacéutico y del paciente, se disminuirán los tiempos de espera de los pacientes y tendrán más intimidad para poder ser atendidos por el farmacéutico. Además al conocer diariamente la programación de los pacientes citados se podrá realizar una mejor gestión de los medicamentos, evitando las roturas de stock.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 571

TÍTULO: PROBLEMAS DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS: ¿DEBEMOS PREOCUPARNOS?

AUTORES: SANCHEZ ALVAREZ, LUIS (SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA. AREA 3. SESPA); FOLGUEIRAS ARTIME, M. (AREA SANITARIA 3. SESPA); MARTINEZ ARGÜELLES, B. (AREA SANITARIA 3. SESPA); RODRIGUEZ GARCIA, L. (AREA SANITARIA 3. SESPA); RODRIGUEZ ALVAREZ, F. J. (AREA SANITARIA 3. SESPA); LLORENTE FERNANDEZ, E. (AREA SANITARIA 3. SESPA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Cada vez con más frecuencia, se producen situaciones en las que existen problemas de suministro de medicamentos autorizados y comercializados en España. En ocasiones, el desabastecimiento es de principios activos para los que no existen alternativas terapéuticas disponibles en el mercado. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, en los casos en los que no existen alternativas terapéuticas disponibles, habilita la posibilidad de solicitar medicamentos por una vía especial

Objetivos: Analizar las dispensaciones realizadas a través de receta médica en Asturias de medicamentos en situación de desabastecimiento del mercado nacional, y valorar su repercusión en la práctica clínica habitual

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: En Asturias, las dispensación de medicamentos en situaciones especiales a través de receta médica oficial, se realiza a través de los Servicios de Farmacia de Atención Primaria de las Áreas Sanitarias. Se revisaron los datos de las dispensaciones realizadas en las 8 Áreas Sanitarias del Principado de Asturias, durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2014 y el 31 de mayo de 2015. Se analizaron los datos de las dispensaciones de medicamentos con problemas de suministro a las Oficinas de Farmacia.

Resultados Conclusión: Durante el periodo a estudio, se realizaron un total de 8808 dispensaciones de medicamentos solicitados a través de la Aplicación de Medicamentos en Situaciones Especiales de la AEMPS. De estas, 7815 fueron dispensaciones realizadas a través de los Servicio de Farmacia de Atención Primaria, de medicamentos en situación de desabastecimiento.

El impacto económico para el Servicio de Salud de las dispensaciones, sufragadas en su totalidad por el SNS, ascendió a los 123190€.

Los 7815 envases dispensados se correspondieron con 35 principios activos diferentes.

El 67,03% de los envases dispensados, se corresponden con únicamente 3 principios activos.

Entre los principios activos en situación de desabastecimiento, 6 estuvieron más de 6 meses en esta situación.

Principios activos como la terbutalina, medicamento utilizado por un elevado número de pacientes, para el tratamiento del asma, la bronquitis crónica o el enfisema pulmonar, causaron un gran impacto a los pacientes, dada la dificultad de acceso por esta vía y no a través de las Oficinas de Farmacia. Otros medicamentos, en cambio, supusieron un gran impacto para los facultativos debido a la falta de alternativas terapéuticas para la indicación autorizada, es el caso de la dexametasona oral.

Los desabastecimientos son un problema sanitario importante dada la accesibilidad existente en la actualidad en la sanidad española.

Las autoridades reguladoras deben mediar por evitar estas situaciones que ponen en riesgo la adecuada asistencia sanitaria de los pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 572

TÍTULO: NORMA DE SEGURIDAD UNE 179003:2013 ASOCIADA AL MAPA DE PROCESOS EN UN SERVICIO DE RADIOLOGIA

AUTORES: GONZALEZ ALVAREZ, ISABEL (SERVICIO DE RADIOLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT JOAN. ALICANTE.); GARCIA PEREZ, M. (SERVICIO DE RADIOLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANT JOAN. ALICANTE); LOPEZ ROMERO, F. J. (SERVICIO DE RADIOLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANT JOAN. ALICANTE); FRANCO LOPEZ, M. A. (SERVICIO DE RADIOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANT JOAN. ALICANTE); MIRA CERVER, R. (SERVICIO DE RADIOLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANT JOAN. ALICANTE); SEGUI LLORENS, J. A. (SERVICIO DE RADIOLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANT JOAN. ALICANTE).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El aumento de la complejidad en los Servicios de Radiología lleva aparejado un incremento de los efectos adversos a lo largo del proceso asistencial. Surge así la necesidad de implementar un sistema de gestión de riesgos como objetivo estratégico del Servicio de Radiología. La Norma española UNE 179003:2013 incorporada al proceso asistencial en Radiología permite gestionar la seguridad de pacientes y profesionales en el ámbito asistencial y de la organización.

Objetivos: Incorporar la gestión del riesgo al mapa de procesos del Servicio de Radiología, certificado por la Norma ISO 9001:2008, con el fin de aumentar la seguridad a lo largo del proceso asistencial en Radiología

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se creó un equipo de seguridad con profesionales de diferentes estamentos. Se impartieron charlas sobre la gestión de riesgo en Radiología y la Norma UNE 179003:2013, Se analizaron los efectos adversos de los últimos cinco años en los que se había identificado, analizado, evaluado y tratado cada efecto adverso, se revisó la bibliografía y se elaboró un mapa de riesgos asociado al mapa de proceso del Servicio que incluye: la actividad realizada, el riesgo asociado, medidas preventivas e indicadores para cada una de las secciones del Servicio y se elaboró y sistematizó la documentación asociada. Se utilizaron el análisis causa-raíz y el AMFE (análisis modal de fallos y efectos) en cada una de las áreas.

Resultados Conclusión: En el año 2014 hemos tenido 47 efectos adversos. 22 (0,15%) extravasaciones de contraste, 22 reacciones alérgicas, 1 caída, 2 exposiciones a patógenos hemáticos. Hemos seguido la sistemática de la Norma referida, hemos implementado medidas preventivas y actualmente estamos revisando los resultados de los indicadores del primer semestre para valorar la efectividad de las medidas adoptadas. Como resultados preliminares: se ha reducido el número absoluto de extravasaciones: 9, de reacciones alérgicas: 4, caídas 1; Conclusiones:

Trabajar con la metodología de gestión por procesos ha facilitado la integración de los requisitos exigidos por la Norma UNE 179003.

Los resultados preliminares indican una mejoría con una mejoría de los indicadores.

La Dirección debe actuar como facilitadora y el jefe de Servicio y los supervisores deben formar a los profesionales e incorporar en el Manual de Acogida los aspectos relacionados con la calidad y la seguridad.

La implantación previa de la ISO 9001:2008 allana el camino para la certificación por la Norma UNE 179003

Lentamente la organización incorpora la cultura de calidad y seguridad en el medio laboral

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 573

TÍTULO: CLASIFICACION Y DESCRIPCIÓN DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN NOTIFICADOS AL SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES: SANTIAGO PÉREZ, ALEJANDRO (HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS); PEÑA PEDROSA, J. A. (HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS); ARIAS FERNÁNDEZ, M. L. (HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS); ALGUACIL PAU, A. (HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Análisis de los errores de medicación (EM) notificados, como medida de potenciación del uso seguro de medicamentos en el Hospital

Objetivos: Clasificar y describir los EM notificados al responsable de seguridad del Servicio de Farmacia a través del programa de notificación de eventos adversos de un hospital de tercer nivel

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo. Se registraron EM notificados de enero 2013 a diciembre 2014, excluyendo las notificaciones que aludían al mismo EM. Se clasificaron los EM según el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP): tipo de error, causa, evolución del paciente, etapa donde se produce, etapa donde se detecta, persona que lo detecta y lugar donde se ha producido. Para cada EM se registró si el paciente era hospitalizado o ambulatorio y las acciones correctivas propuestas (AC), en caso de ser necesarias. Se consideró eficaz la AC si no aparecieron nuevos EM debidos a la misma causa en los seis meses posteriores a su implementación

Resultados Conclusión: Se registraron 38 EM, utilizando 32 para el análisis tras excluir 6 por duplicidad. 27 EM se produjeron en pacientes hospitalizados. Por tipo de error 12 fueron por principio activo inadecuado (37,5%), 9 por hora de administración incorrecta (18,8%), 5 por medicamento deteriorado (15,6%) y el resto debidos a otras causas. Por causa del error 11 se produjeron por presentaciones que pueden llevar a confusión con otras (34,4%), 9 por incumplimiento de los procedimientos de trabajo (28,1%), 7 por situaciones de emergencia o personal insuficiente (21,9%) y el resto por otras causas. 15 EM fueron circunstancias o eventos con capacidad para causar error (46,9%), en 3 el error se produjo pero no alcanzó al paciente (9,4%), en 10 el error llegó al paciente pero no produjo daños (31,3%), 2 requirieron monitorización del paciente aunque no produjo daños (6,32%), en 1 produjo daño temporal que requirió intervención médica (3,1%) y en 1 se requirió intervención para mantener la vida del paciente (3,1%). 17 EM se produjeron en la dispensación (53,1%), 5 en la administración por profesionales sanitarios (15,6%), 4 en el etiquetado (12,5%) y el resto en otras etapas. 20 EM se detectaron en la administración por profesionales sanitarios (62,5%), 9 en la dispensación (28,1%), 2 en la administración por el paciente (6,3%) y el resto en otras etapas. Por lugar de aparición 16 se produjeron en el Servicio de Farmacia (50%), 11 en la Unidad de Hospitalización (34,4%), 2 en el Servicio de Urgencias (6,24%), 1 en domicilio (3,1%), 1 en Hospital de Día (3,1%) y 1 en Quirófano (3,1%). 26 EM fueron detectados por enfermería (81,3%), 3 por médicos (9,4%), 2 por el propio paciente (6,3%) y 1 por familiares (3,1%). Se llevaron a cabo 27 AC, que han sido eficaces en 13 casos (48,1%).

La mayoría de los EM se detectaron en unidades de hospitalización por enfermería y tuvieron origen en el Servicio de Farmacia. Los EM con mayor potencial para causar daño se produjeron en la dispensación a pacientes ambulatorios, aunque fueron minoritarios.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 574

TÍTULO: ANÁLISIS DE IMPLANTACIÓN DE LA NORMA ISO 9001 EN UNA UNIDAD DE FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

AUTORES: GÁLVEZ ALVAREZ, EVA (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET); JAVIERRE LORIS, M. A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET); MONREAL HÍJAR, A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET); PABLO CEREZUELA, F. J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET); SOLANO BERNAD, V. M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET); DENIZON ARRANZ, S. (ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA II).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Durante los últimos años, han ido sumándose Servicios hospitalarios del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) y Equipos de Atención primaria del Sector Zaragoza II a la adaptación a la Norma ISO 9001, con la consiguiente certificación.

En la Unidad de Formación del Sector 2 trabajamos en gestión por procesos desde el año 2009, manteniendo una revisión anual de contenidos y responsabilidades, monitorización de indicadores propios, además de vincular resultados a los sucesivos Contratos de Gestión.

Desde el pasado año, en que nos propusimos la implantación de la norma ISO 9001 en la unidad, hemos trabajado duro para adecuarnos a sus requisitos e instaurar el correspondiente sistema de gestión de la calidad.

Objetivos: Analizar la experiencia que ha supuesto la integración de la norma en el funcionamiento habitual de la Unidad de Formación.

Describir los puntos críticos que la implantación de la norma ha evidenciado en el desarrollo del proceso formativo.

Reflexionar sobre los aspectos clave del proceso formativo en los que la norma incide mejorando el resultado del mismo.

Animar a otros Servicios /unidades a instaurar un sistema de gestión de la calidad mediante nuestra experiencia.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Tras 6 años trabajando con un enfoque en gestión por procesos, en la primavera del pasado año, se decidió en comisión de formación adecuar nuestro proceso formativo a los requisitos de la Norma ISO 9001, contando con el inestimable asesoramiento de la UCA, recibiendo formación específica y creando un grupo de calidad motivado y con muchas ganas de conseguir el objetivo.

La documentación con la que ya contábamos nos ayudó para describir los procedimientos operativos, que fueron una adaptación de nuestros anteriores subprocesos.

El resto de documentación se elaboró en fases sucesivas, distribuyendo responsabilidades conforme adaptábamos nuestras actividades, funciones y estructura a los requisitos de la norma.

Las reuniones del equipo de calidad fueron numerosas y procuramos una comunicación constante de los avances en la empresa y nuestras nuevas responsabilidades de acuerdo con la norma.

Resultados Conclusión: En mayo superamos la auditoría externa, manteniéndonos a la espera de confirmación de la certificación.

La nueva organización de la documentación, la definición de funciones, descripción de instrucciones, gestión de incidencias y no conformidades o el control más eficaz sobre nuestros recursos han supuesto una percepción de mayor control sobre la gestión de los procesos formativos por parte de los miembros de la Unidad

La motivación y la implicación de los miembros han sido fundamentales para llevarla a cabo con éxito.

Las ventajas de la adecuación de la sistemática de trabajo en la Unidad a los requisitos de la norma ISO han sido reconocidas por sus miembros, fundamentalmente en la unificación de criterios de trabajo, especificación de responsabilidades y en el compromiso de medición, análisis y mejora de resultados de nuestro trabajo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 576

TÍTULO: ENFERMERA EXPERTA. APROXIMACIÓN ENTRE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA Y ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: MORAN VALLE, IZASKUN (HOSPITAL LLEUGER ANTONI DE GUIMBERNAT); RIOS VALLÉS, L. (HOSPITAL LLEUGER ANTON GUIMBERNAT); PRIETO PERDIGÓN, D. (HOSPITAL LLEUGER ANTON GUIMBERNAT); DOBLADO LÓPEZ, O. (HOSPITAL LLEUGER ANTON GUIMBERNAT); MARTORELL BONET, M. (HOSPITAL LLEUGER ANTON GUIMBERNAT)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Un cierto número de procesos agudos que son resueltos a nivel hospitalario evolucionan como procesos de media o larga duración y en algunos casos se acaban cronificando. Durante gran parte del seguimiento del episodio de la patología, el paciente es atendido por los profesionales del nivel especializado lo que conlleva desplazamientos frecuentes del enfermo y sus familiares. En estos casos, el papel de enfermería de atención primaria se limita a la dispensación de dispositivos o material sanitario que puede necesitar el paciente.

Objetivos: Asegurar la continuidad asistencial de los pacientes y evitar desplazamientos, con el aumento competencial de enfermería de AP a través del vínculo profesional con la enfermera experta.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Cada enfermera del tiene un área de conocimientos específica sobre una especialidad concreta sobre la que tenga especial interés o motivación

La competencia se consolida siguiendo un proceso de formación continuada en esa materia complementado según los casos con un periodo de formación presencial en el servicio hospitalario o de especialidades de referencia, manteniendo una relación estrecha con el servicio de referencia a través de reuniones periódicas.

Ejerce de experto en esta materia en el Centro impartiendo sesiones clínicas sobre procesos asistenciales para problemas de salud, consultor de casos y actualizaciones bibliográficas y en evidencia científica

Resultados Conclusión: Como resultados podemos confirmar que dentro del equipo tenemos profesionales expertas en diferentes áreas:

- Diabetes: ECO DOPLER, RETINOGRAFIA Y TONOMETRÍA
- EPOC: espirometrías
- Asma infantil: espirometrías
- Riesgo Cardiovascular: MAPA
- Depresión: taller conjunto con psicóloga Centro Salud Mental de Referencia
- Curas crónicas, aguda y dispositivos como PICC y PORTA-CATH
- Ostomías

Para el congreso incluiremos datos de número de pruebas realizadas para cada patología, así como horas de formación y docencia hechas por los profesionales.

Gracias ha este proyecto hemos conseguido tener un volumen importante de profesionales expertas en una u otra materia, mejorando la calidad asistencial no solo ellas en su expertez sino todo el equipo ya que mediante consultaría y sesiones de formación aumentamos conocimientos y asumimos mayor complejidad.

El paciente evita desplazamientos, siendo atendido en el Centro de AP o en su domicilio según convenga, estando asegurada la continuidad asistencial.

Asumimos pruebas complementarias diagnósticas que de no tener los conocimientos y la competencia adecuada no se podrían realizar.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 577

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES EN EL SISTEMA TPSC-CLOUD EN UN CENTRO DE SALUD

AUTORES: VIDAL ESTEVE, ELISA (ABS SALOU); OYA GIRONA, E. (ABS SALOU); GENS BARBERA, M. (ABS SALOU); HERNANDEZ VIDAL, N. (ABS SALOU); MENGIBAR GARCIA, Y. (ABS SALOU); ANGLÉS SEGURA, T. (ABS SALOU).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El proyecto de las Unidades Funcionales Seguridad Pacientes (UFSP) impulsado desde el Departamento Salud, fue implantado en 2011 en nuestro territorio y desde 2013, disponemos de un sistema de notificación de incidentes (SNI) TPSC_Cloud que nos permite a partir del análisis de los I, identificar áreas críticas e implantar prácticas seguras (PS). En nuestro centro la notificación de I relacionadas con la SP forma parte de la estrategia para fomentar e impregnar cultura de calidad y seguridad entre nuestros profesionales,

Objetivos: Evaluar los resultados obtenidos del análisis de los incidentes notificados en el TPSC-cloud e implantar PS en nuestro centro de salud.

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: El gestor de nuestra UFSP, es quien realiza el análisis y la gestión de los incidentes notificados obtenidos desde el propio sistema de notificación TPSC_cloud.

Resultados Conclusión: Desde el inicio de proyecto el total de incidentes notificados es de 104. Durante el periodo del 2014-2015 se han analizado 76 I. Se evaluaron los resultados obtenidos desde el inicio, con periodo analizado. Clasificación TPSCcloud según tipo de incidente: documentación analógica y digital 25%, gestión clínica y procedimientos 27,67%, medicación 18,4% como resultados más relevantes. Según profesional notificante: 40,7% enfermería, 50% médicos y 9,2% administrativos, según tipo de riesgo: 68,3% muy bajo o bajo, 21% moderado 9,2% alto y 1,3% extremo, según gravedad: 23,6% circunstancia con capacidad de causar error, 23,5% el error se detecta antes de llegar al paciente, 36,7% no causa lesión y algunos requieren observación, 5,2% provoca lesión temporal y ha requerido hospitalización, 2,6% ha producido lesión permanente u 1,3% situación cercana a la muerte, según estado notificación: 74% incidentes cerrados, 19% en proceso y 6% sin analizar. PS implantadas: revisión y modificación de protocolos, procedimientos y circuitos de atención a pacientes (uso seguro de fármacos, circuitos coordinación Atención especializada (AE)-Atención Primaria (AP), unidad subagudos-AP, AP-Residencia geriátrica, 061). Se ha utilizado metodología Análisis Causa Raíz (ACR) para los incidentes de alto riesgo (2 ACR). Sesiones de formación continuada para la comunicación de las medidas implementadas (1 hora mensual) y sesiones formativas relacionadas con I notificados.

Conclusión: La evaluación de los resultados obtenidos, nos ha permitido objetivar incremento en el número de I notificados, disminución de los I con medicamentos y aumento de los relacionados con el sistema informático y la aplicación de diferentes procedimientos. Destacan la organización y los profesionales como factores contribuyentes más relevantes. El elevado índice de notificación de I de riesgo alto o extremo, nos permite intuir un buen nivel de cultura de seguridad de nuestros profesionales. Disponer de un sistema para poder notificar incidentes, nos permite poder aprender de nuestros errores y activar medidas para minimizar el riesgo en nuestra práctica asistencial.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 579

TÍTULO: CERTIFICACIÓN DEL CONJUNTO DE PROCESOS DE UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA CONFORME A LA NORMA UNE 179003:2013

AUTORES: TÉBAR, M. A. (INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SERVICIOS DE SALUD MENTAL JOSÉ GERMAIN); FIDALGO, B. (INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SERVICIOS DE SALUD MENTAL JOSÉ GERMAIN); LÓPEZ, E. (INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SERVICIOS DE SALUD MENTAL JOSÉ GERMAIN); RODRÍGUEZ, C. (INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SERVICIOS DE SALUD MENTAL JOSÉ GERMAIN); RIVERA, A. (INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SERVICIOS DE SALUD MENTAL JOSÉ GERMAIN); BURGOS, L. (INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SERVICIOS DE SALUD MENTAL JOSÉ GERMAIN).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La seguridad del paciente (SP) es una prioridad para las organizaciones sanitarias de todo el mundo. Las organizaciones orientadas a la excelencia se apoyan en normas de calidad como guía para la mejora de su gestión. La Norma UNE 179003:2013 tiene como objeto fomentar la implantación de un sistema de gestión de riesgos sanitarios (GRS), que permita a la organización conocer y controlar sus riesgos y así ofrecer una asistencia sanitaria más segura a sus pacientes. Las organizaciones sanitarias de salud mental tienen una especial responsabilidad, ya que la persona con enfermedad mental es especialmente vulnerable a los riesgos derivados de la asistencia sanitaria.

Objetivos: Certificación del conjunto de procesos de una organización sanitaria conforme a la Norma 179003:2013, para la mejora de la SP.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se desarrollo en tres fases: Fase 1) Cumplimiento de los requisitos generales de la Norma que se desarrolla a través esta secuencia de actividades: Elaboración de la Política de SP, Revisión de Misión, Visión y Valores; Revisión de la documentación general para la implantación del Sistema Integrado, 9001, 179003 y 14001; Elaboración del cuadro de mandos de GRS; Registro de documentación. Fase 2) Cumplimiento de los requisitos específicos: Planificación de objetivos de SP, Elaboración de la Matriz de Riesgos en Hospitalización y Atención Ambulatoria. Elaboración', revisión de la Documentación específica del SGR, Revisión por la Dirección del Sistema de GRS. Fase 3) Auditoria: Realización de la auditoría interna y propuesta de Acciones Correctivas para la resolución de no conformidades detectadas durante la misma. Elaboración de auditoría externa fase A Revisión de la documentación y fase B. Auditoria del Sistema en los servicios del hospital.

Resultados Conclusión: La preparación para la certificación ha supuesto un importante esfuerzo y un cambio de perspectiva en nuestro Sistema de GRS, toda esta actividad es ahora regulada por los siguientes documentos normalizados: Procedimiento de actividad del Proceso de Gestión de Riesgos Sanitarios. Protocolo de notificación de incidentes y eventos adversos. Protocolo para la realización de Rondas de Seguridad, Procedimiento de notificación de acontecimientos adversos por medicamentos. Procedimiento para la gestión de notificaciones de errores de medicación. Reglamento de constitución y funcionamiento de las comisiones, comités, unidades funcionales y grupos de trabajo. Cuadro de mandos indicadores protocolos/procedimientos. Organigrama de GRS. Funciones de los miembros de la Unidad.

Se ha conseguido la "Certificación de la atención ambulatoria y hospitalaria del paciente con enfermedad mental" conforme a la norma UNE 179003:2013. El auditor externo no encontró no conformidades en el Sistema de GRS, las observaciones señaladas están siendo ya abordadas como oportunidades de mejora. Esto ha supuesto una mejora significativa en la GRS y fomento de la cultura de seguridad del paciente en nuestra organización.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 581

TÍTULO: ÉXITO EN LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: COOPERACIÓN MULTIDISCIPLINAR, EN RED Y DESCENTRALIZADA

AUTORES: DE ANDRÉS GIMENO, BEGOÑA (HOSPITAL); MONTSERRAT CAPELLA, D. (HOSPITAL); PÉREZ DEL RIO, A. (HOSPITAL); SALCEDO DE DIEGO, I. (HOSPITAL); REVUELTA ZAMORANO, M. (HOSPITAL); CAZALLO NAVARRO, P. (HOSPITAL).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La acción cooperativa multidisciplinar es un elemento fundamental para la mejora de la seguridad del paciente. El trabajo debe estar dirigido a generar una cultura de seguridad que se incorpore como un elemento del quehacer cotidiano.

Objetivos: Aumentar la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales asistenciales

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: En 2009 la estrategia del hospital en seguridad del paciente se centró en la formación e información de profesionales y la puesta en marcha de un sistema de notificación en formato papel. Se nombraron responsables de seguridad de enfermería (n= 49). En 2010 el nº de notificaciones, excluyendo úlceras y caídas, fueron 17, en 2011: 23. Se objetivó insuficiente cultura de seguridad y se elaboró nueva estrategia, centrada en: 1. Formación. 2. Responsables de seguridad. 3. Sistema de notificación on-line de incidentes y EA. 4. Material informativo para profesionales y pacientes. 5. Grupos de seguridad multidisciplinarios descentralizados en servicios clave: Pediatría y Urgencias. 6. Configuración de un grupo gestor de notificaciones y EA y un procedimiento de gestión. 7.- Conocimiento de la percepción de los profesionales sobre la estrategia (objetivos, formación, seguridad en unidades) y de los pacientes sobre su seguridad con los cuidados. 8. Pacto de objetivos de seguridad en Servicios y Unidades

Resultados Conclusión: 4 sesiones para Mandos intermedios, 4 jornadas de trabajo para responsables (feed back notificaciones, acciones de mejora y aprendizaje ACR), cursos a 325 enfermeros (29,8%), y una sesión en todos los servicios y unidades. Se elaboró un perfil para el responsable de seguridad, especificando los requisitos y las funciones de los mismos. Se celebran 3 reuniones al año para la realización de sesiones técnicas y auditorias. El sistema de notificación se encuentra en la intranet del hospital y permite, un análisis "in time" de la información y dar una respuesta individualizada al profesional que lo solicita. En 2013 se recibieron 200 notificaciones en papel; en 2014: 1232, de las cuales 579 fueron electrónicas. En 2015 hay una media de 80 notificaciones al mes. El 34% están relacionadas con medicación, 15% con pruebas diagnósticas, 10% con identificación del paciente. Los profesionales evalúan el sistema de notificación online con un 8. Un 88% refieren conocer el sistema de notificación, un 78% conocen los objetivos y un 60% considera que el centro garantiza la formación. Las enfermeras califican con 7,6 el grado de seguridad para el paciente en su servicio. Se han implantado acciones de mejora por parte de cada grupo clave que se reúne entre 6 y 10 veces/año, siendo su actividad principal el análisis de incidentes y EA; se han constituido grupos de mejora multidisciplinarios "ad hoc" para análisis de EA graves, y un grupo descentralizado de seguridad en el área quirúrgica. La estrategia ha generado una mayor cultura de seguridad, formación, e implicación de los profesionales en la mejora de la seguridad del paciente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 584

TÍTULO: PROCESO DE GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS, EL EJE DE LA CERTIFICACION CONFORME A LA NORMA 17900.2013

AUTORES: TÉBAR, M. A. (INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SERVICIOS DE SALUD MENTAL JOSÉ GERMAIN); FIDALGO, B. (INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SERVICIOS DE SALUD MENTAL JOSÉ GERMAIN); RODRÍGUEZ, C. (INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SERVICIOS DE SALUD MENTAL JOSÉ GERMAIN); LÓPEZ, E. (INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SERVICIOS DE SALUD MENTAL JOSÉ GERMAIN); PROVENCIO, R. (INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SERVICIOS DE SALUD MENTAL JOSÉ GERMAIN); RIVERA, A. (INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SERVICIOS DE SALUD MENTAL JOSÉ GERMAIN).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Las organizaciones orientadas a la excelencia se apoyan en normas de calidad como guía para la mejora de su gestión. La Norma UNE 179003:2013 tiene como objeto fomentar la implantación de un sistema de gestión de riesgos sanitarios (GRS), que permita a la organización conocer y controlar sus riesgos y así ofrecer una asistencia sanitaria más segura. Muchas organizaciones han apostado por la certificación de alguno de sus Servicios conforme a esta norma, sin embargo es difícil tener acceso a la documentación que regula la actividad del sistema de GRS eje el punto 5 de la norma, lo que no es un ejemplo de benchmarking de buenas prácticas en seguridad del paciente (SP).

Objetivos: Compartir el procedimiento que regula la actividad del proceso de GRS de una organización, que ha conseguido la certificación del conjunto de sus procesos, conforme a la Norma UNE 179003:2013.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El procedimiento se desarrolla incluyendo la actividad de la organización en la secuencia de fases del ciclo de mejora de GRS previsto en la Norma y resumidos en: 1)Análisis de situación y contexto: Con el desarrollo de la metodología utilizada para la revisión de la estrategia en SP, el análisis de la voz del sector, del cliente, 2) Identificación de riesgos, análisis y evaluación de riesgos: metodología reactiva y proactiva, 3) Planificación de respuestas y despliegue, implementación seguimiento y revisión: cuadros de mandos de seguimiento de acciones de mejora, constitución de equipos de abordaje de riesgo específicos, elaboración de protocolos prioritarios en SP con seguimiento de sus indicadores, 4) comunicación interna y externa; difusión de la información en la INTRANET, registros de comunicación con grupos de interés.

Resultados Conclusión: Se ha aprobado un procedimiento que regula toda la actividad y responsabilidades en GRS, desde la entrada de objetivos derivados de las expectativas de los distintos grupos de interés, hasta el seguimiento de la efectividad de acciones de mejora implantadas ante riesgos identificados. El seguimiento de todo lo descrito en el procedimiento se facilita con un diagrama de flujo, en el que se describen gráficamente la secuencia de actividad y las interacciones entre todas las fases del ciclo de mejora continua en GRS previsto en la norma. Refleja las entradas provenientes de todos los protocolos de identificación de riesgos y gestión de notificaciones en el Servicio de Farmacia.

El ajuste a los requerimientos de la norma, es especialmente exigente a nivel de procedimentación documental, ámbito en el que no encontramos referencias de experiencias previas, de organizaciones certificadas. Es una responsabilidad de todas las organizaciones sanitarias velar por la mejora de la seguridad del paciente y una buena práctica compartir las experiencias y facilitar a otros el camino hacia la mejora de la gestión de riesgos sanitarios.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 585

TÍTULO: ENCUESTA A PROFESIONALES SOBRE CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES: LOPEZ PEREIRA, PATRICIA (HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL); ARANAZ ANDRÉS, J. M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL); RINCÓN CARLAVILLA, A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL); DIAZ-AGERO PEREZ, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL); LAS HERAS MOSTEIRO, J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL); LOPEZ FRESNEÑA, N. (HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMON Y CAJAL).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El grado de conocimiento de los profesionales sanitarios sobre aspectos básicos en seguridad del paciente nos permite identificar el punto de partida para establecer una estrategia de formación acorde a las expectativas de los profesionales implicados. Para facilitar el cambio de cultura en la organización es clave el diseño de un programa de educación atractivo, que incremente la motivación y el grado de compromiso de los profesionales con la seguridad. El liderazgo en la docencia a través de la participación mejora la implicación en la gestión de riesgos, con un impacto directo en la atención al paciente.

Objetivos: • Cuantificar el grado de conocimientos y percepciones de Seguridad del Paciente que tienen los profesionales sanitarios asistentes a un curso de formación específico.

- Fomentar la participación de los alumnos y el intercambio de experiencias en gestión de riesgos sanitarios.
- Identificar y priorizar áreas de mejora.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se utilizó un cuestionario estructurado y validado de 15 preguntas con respuesta múltiple, evaluando diferentes aspectos sobre conocimientos y percepciones sobre seguridad del paciente. Los profesionales sanitarios incluidos en el estudio fueron directivos intermedios asistentes a los cursos "La Cultura de Seguridad del Paciente" (31 participantes) y 'Herramientas avanzadas en seguridad: AMFE', con una duración de 20 Y 10 horas, respectivamente, y organizado por la Consejería de Sanidad. El perfil mayoritario era de miembros de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos, coordinadores de calidad y responsables de seguridad, tanto de Atención Primaria como Especializada. Los datos se mecanizaron y analizaron el mismo día de su realización. Sus resultados se presentaron a lo largo del curso, lo que permitió dinamizar la discusión de las estrategias de mejora y la participación de los asistentes.

Resultados Conclusión: Participaron un total de 55 profesionales, y el grado de conocimientos global fue bueno, alcanzando un 73,11% de respuestas correctas. Las preguntas sobre aspectos generales relativas a seguridad del paciente se responden de forma correcta en la gran mayoría de las ocasiones, pero este porcentaje disminuye si las cuestiones abordan áreas más específicas de la gestión de riesgos. Esta herramienta de evaluación del conocimiento facilitó la participación y la identificación de áreas de mejora, y también incrementó la satisfacción de los profesionales con los contenidos docentes impartidos. Consideramos muy útil su aplicación sistemática en cursos de formación en seguridad del paciente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 586

TÍTULO: HERRAMIENTAS SENCILLAS INCORPORADAS A UN SISTEMA DE GESTIÓN AVANZADO I+D+I, SEGÚN NORMA UNE 166002:2014

AUTORES: GARMENDIA GOMEZ, JESUS (ORGANIZACION SANITARIA INTEGRADA BILBAO-BASURTO DE OSAKIDETZA); APEZETXEA CELAYA, A. (ORGANIZACION SANITARIA INTEGRADA BILBAO-BASURTO DE OSAKIDETZA); LARRINAGA LLAGUNO, M. (ORGANIZACION SANITARIA INTEGRADA BILBAO-BASURTO DE OSAKIDETZA); UTRERA MORENO, M. (ORGANIZACION SANITARIA INTEGRADA BILBAO-BASURTO DE OSAKIDETZA); ALAMEDA ETXEBARRIA, S. (ORGANIZACION SANITARIA INTEGRADA BILBAO-BASURTO DE OSAKIDETZA); GONZALEZ MOLINA, Y. (ORGANIZACION SANITARIA INTEGRADA BILBAO-BASURTO DE OSAKIDETZA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La Organización Sanitaria Integrada (OSI) Bilbao-Basurto de Osakidetza certificará con AENOR en las próximas semanas su sistema de gestión I+D+I según la nueva Norma UNE 166002:2014, una norma con una estructura de gestión de alto nivel.

En concreto en lo referido al punto 8.3 "Desarrollo de los proyectos de I+D+I", la organización debe realizar un seguimiento periódico de cada proyecto, así como del conjunto de ellos. Teniendo en cuenta los 183 proyectos y ensayos clínicos de investigación activos, liderados por 80 investigadores principales de nuestra OSI, sin duda era un reto el dar cumplimiento a dicho requisito.

Objetivos: Desarrollar aplicaciones de diseño propias, en programación VBA ACCESS, apostando por la sencillez, agilidad y eficacia, para facilitar la gestión de nuestro sistema I+D+I cumpliendo los requisitos de la Norma

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El investigador o líder de proyecto cumplimenta en un formulario online 5 ítems de respuesta alternativa evaluarán el avance del proyecto, y relativos a:

Grado de avance del cronograma de actividades
Grado de ejecución presupuestaria
Identificación y control de riesgos
Previsión de finalización en plazo
Grado de satisfacción

Cada 6 meses el investigador o líder de proyecto recibe un email con el enlace de acceso al formulario, el cual se tarda una media de 4 minutos en contestar, no añadiendo así sobresfuerzos al profesional

Las respuestas van alimentando la base de datos, teniendo la unidad de gestión I+D+I un reporte automático de indicadores, así como una rápida visualización tipo "semáforo" de evolución de los proyectos, identificando aquellos que no superan los umbrales definidos previamente.

En estos momentos, acabamos de introducir en el formulario tras petición de uno de nuestros aliados estratégicos, BIO (Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias), un ítem relativo a la potencialidad del proyecto o ensayo de investigación como posible proyecto innovador, anticipando así gestiones a realizar (sobre propiedad intelectual, por ej.)

Y también en ACCESS VBA, hemos diseñado la denominada "ficha de idea" donde los profesionales referentes de innovación de la OSI (actualmente 25) volcarán aquellas ideas innovadoras recogidas en sus respectivos servicios con potencial de desarrollo posterior. Posteriormente en una matriz diseñada al efecto, y en base a las puntuaciones otorgadas por los miembros de la unidad de gestión I+D+I, identificará aquellas que serán trasladadas a la Comisión de Innovación de la OSI para su valoración y posible conversión en un proyecto de innovación, con la correspondiente asignación de recursos. Damos así cumplimiento al punto 8.2 de la Norma "Gestión de las Ideas".

Resultados Conclusión: Los resultados obtenidos a fecha actual son, siguiendo el orden de los ítems anteriores, y sobre un total de 54 proyectos evaluados: 96% cronogramas en plazo, 98% ejecución presupuesto satisfactoria, 98% con riesgos identificados y controlados, 96% finalización en plazo y un 94% de satisfacción.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 587

TÍTULO: UTILIDAD DEL ÍNDICE DE COMPLEJIDAD QUIRÚRGICA (ICQ) EN EL PROCESO DE CIRUGÍA DE CATARATA

AUTORES: SALAZAR MÉNDEZ, RAQUEL (HOSPITAL COMARCAL JARRIO. ÁREA I SESPA); CUESTA GARCÍA, M. (HOSPITAL COMARCAL JARRIO. ÁREA I SESPA); LLANEZA VELASCO, M. E. (HOSPITAL COMARCAL JARRIO. ÁREA I SESPA); RODRÍGUEZ VILLA, S. (HOSPITAL COMARCAL JARRIO. ÁREA I SESPA); ALONSO ÁLVAREZ, C. M. (HOSPITAL COMARCAL JARRIO. ÁREA I SESPA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La cirugía de catarata constituye el proceso quirúrgico más frecuente en cualquier Servicio de Oftalmología; no obstante, suele apreciarse una gran variabilidad clínica en el acto de inclusión quirúrgica. Parece oportuno, por tanto, protocolizar la exploración preoperatoria en cirugía de catarata, así como desarrollar un indicador que permita estimar de forma indirecta el tiempo quirúrgico, facilitando así las tareas de programación.

Objetivos: Evaluar la utilidad del índice de complejidad quirúrgica (ICQ) como indicador de la dificultad técnica esperable en la programación del quirófano de Oftalmología.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio retrospectivo de intervenciones de catarata realizadas en los años 2013 y 2014. Se realizó un muestreo aleatorio simple obteniéndose un tamaño muestral representativo de 80 y 79 pacientes respectivamente ($p=0,5$; precisión 10%; seguridad 95%). Las variables estudiadas fueron: ICQ, presencia de pseudoexfoliación (PSX) como factor predictor de complicaciones, tiempos quirúrgicos (Tq), cumplimiento de criterios de inclusión en lista de espera quirúrgica (LEQ) y resultados funcionales. El ICQ se dividió en siete categorías (rango: 1-4) según factores predictivos de dificultad técnica, reagrupándose para el estudio en dos grupos: alta y baja complejidad quirúrgica. Se utilizó el programa SPSS aplicando t-student y chi-cuadrado para la comparación de grupos.

Resultados Conclusión: La prevalencia de PSX en la muestra analizada fue del 18,2% (IC95%: 11,9-24,5). Más del 96% de los pacientes cumplían los criterios de inclusión en LEQ establecidos en la guía del centro, y más del 98% experimentaron una ganancia visual igual o mayor a 2 líneas; considerados ambos indicadores de calidad del proceso de cirugía de catarata. El ICQ se registró en el 98% de los pacientes, demostrándose que aquellas intervenciones a las que se asignó un ICQ alto (3-4), presentaron Tq significativamente más largos que aquellas con valores bajos (1-2) ($p < 0,005$). Respecto a la influencia de la PSX en la prolongación de estos tiempos, mientras que en 2013 su presencia sí se asoció a un mayor Tq ($p < 0,005$), no se alcanzó significación estadística en 2014, lo que podría atribuirse a la mayor experiencia de los cirujanos en su manejo.

El ICQ permitiría, por tanto, estimar a priori la complejidad técnica de la intervención de catarata, facilitando la programación quirúrgica, especialmente en aquellas áreas con prevalencia alta de PSX, donde el riesgo teórico de complicaciones es mayor.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 589

TÍTULO: IMPORTANCIA DE LOS PROCESOS ENFERMEROS EN LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA ISO 9001 EN UN SERVICIO CLÍNICO HOSPITALARIO

AUTORES: REVILLA LÓPEZ, CONCHA (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-ZARAGOZA); CHOPO ALCUBILLA, M. J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-ZARAGOZA); GALVEZ ALVAREZ, E. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET- ZARAGOZA); MARTÍN MARTÍNEZ, J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET- ZARAGOZA); VELA MARQUINA, M. L. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET- ZARAGOZA); ARA CALLIZO, J. R. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET- ZARAGOZA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En un Sector Sanitario con una larga trayectoria de servicios certificados con ISO 9001, fundamentalmente servicios centrales, el grupo de mejora de la calidad del Servicio de Neurología, como primer servicio clínico del hospital en solicitar la certificación ISO 9001, en la descripción de sus procesos, tuvo que revisar los ya descritos para todo el área médica del Hospital

Objetivos: Realizar una descripción de procesos que incluya, tanto los propiamente médicos, como los de enfermería, reforzando las interrelaciones entre ellos

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Al ser el primer servicio clínico en certificarse, en la descripción de los procesos fue preciso revisar la información y documentación existente común a toda la hospitalización, tanto en lo referente a registros como a los protocolos y procedimientos actualizados y disponibles (en nuestra Intranet). Esto se consiguió gracias a la implicación de la supervisora y su equipo de enfermería, con el apoyo y colaboración de la supervisora de Calidad del hospital, que procedieron a la adecuación de la mencionada documentación general y a la elaboración de nuevos protocolos e instrucciones de los cuidados de enfermería en Neurología que los complementaran, con objeto de describir las interrelaciones que existen entre profesionales en el proceso de atención al paciente, como labor de equipo

Resultados Conclusión: • Alta implicación del personal de enfermería, que se ha implicado de forma importante en la implantación de la norma en el Servicio

- Auditorías interna y externa con excelentes resultados (pendientes de recibir la certificación)
- Comienzo de una actualización de los procesos comunes del Hospital, que facilita la descripción de los propios de cada servicio, en su camino a la implantación de la Norma
- Mejora en la comunicación entre los miembros del equipo

Conclusiones

Se revisan los procesos asistenciales generales del Hospital, lo que favorece su actualización. Esto ha supuesto el darse cuenta de la necesidad de describir las interrelaciones existentes entre todos los miembros del equipo, tanto facultativos como enfermería y TCAEs, lo que favorece la comunicación entre ellos, y mejora la calidad de la atención al Paciente

Se pone de manifiesto la importancia del papel de todos los integrantes del equipo asistencial. Se facilita la incorporación al sistema ISO de otros Servicios Clínicos, que tienen un referente, y se potencia la implantación del sistema de mejora continua de la calidad en todo el Hospital (Sector)

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 590

TÍTULO: ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA, EVALUACIÓN DE LOS ATRIBUTOS CUALITATIVOS COMO PUNTO DE PARTIDA PARA LA MEJORA.

AUTORES: MATEOS MAZÓN, MARTA (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS); FARIÑAS CABRERO, M. A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS); FERNÁNDEZ-PRADA, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS); MARTÍNEZ-ORTEGA, M. C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS); GONZÁLEZ GARRIDO, M. J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS); DÍAZ RODRÍGUEZ, M. B. (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En 1995 por medio del RD 2210/1995 se creó la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica Española y en 1997, con el Decreto 69/97, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Principado de Asturias (SIVE). Dicho sistema está orientado a la detección y control de los casos de enfermedades transmisibles que representen un riesgo para la salud de la población. Dentro de la estructura del SIVE se encuentra el sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), cuyo objetivo es la detección precoz de casos susceptibles de intervención por lo que la notificación debe realizarse ante la sospecha clínica del médico.

Para la evaluación de la vigilancia epidemiológica hay que tener en cuenta tanto los atributos cuantitativos (sensibilidad, valor predictivo positivo, representatividad, puntualidad y costes) como los cualitativos (sencillez, flexibilidad y accesibilidad).

Objetivos: Analizar el registro y la notificación de las EDO en un hospital de tercer nivel para realizar acciones de mejora.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Análisis de los atributos cualitativos y de la pertinencia, exhaustividad y los datos imposibles o improbables de las variables recogidas en la base de datos del servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública de un Hospital sobre las notificaciones de EDO realizadas de enero de 2013 a mayo de 2015.

Las variables analizadas fueron: Identificación del paciente, Fecha de comunicación, Fuente de declaración, Fecha de declaración, Diagnóstico, Fecha de cierre, Realizada por, Observaciones, Fin de seguimiento.

Resultados Conclusión: Respecto a la calidad de los datos de las 270 declaraciones registradas, en 7 se encontraron valores imposibles o improbables, los cuales se corrigieron consultando la fuente. El 90% de las EDO declaradas tenían un cumplimiento entre el 95.2 y el 100%. De las 9 variables que se registran en la actualidad se encontraron 2 ('Realizada por' y 'Fin de Seguimiento') con un número de valores perdidos superior al 90%. No se recogen variables sobre la exhaustividad de la declaración ni sobre el resultado final de las sospechas. En el análisis de la sencillez se han registrado 7 fuentes de declaración, la más frecuente fue el médico responsable pero no superior al 50%, y es en el 2014 donde menos declaraciones se realizaron y más médicos declararon. El tiempo entre recepción de la declaración y comunicación es de 0.2 días de media, máximo de 23, pero desde que se comunica hasta que se cierra la declaración es de 10.2 días y máximo 383.

La accesibilidad fue baja ya que no se han registrado consultas al sistema, solo 10 servicios han participado y < 50% de las declaraciones se realizaron por el médico.

Por todo esto se ha decidido, modificar la base de datos eliminando las variables con baja cumplimentación y las que no aportan información, y añadiendo variables que permitan medir la exhaustividad de la declaración y el seguimiento del caso hasta que se confirme o descarte.

Para mejorar los atributos cualitativos sería necesario aumentar el conocimiento del sistema mediante sesiones intraservicios, elaborando boletines informativos trimestrales de las EDO, mejorando el circuito de comunicación, y realizando recordatorios periódicos de la importancia de la declaración.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 591

TÍTULO: ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD EN LA ORGANIZACIÓN

AUTORES: LOPEZ PEREIRA, PATRICIA (HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL); DIAZ-AGERO PEREZ, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL); RINCON CARLAVILLA, A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL); LOPEZ FRESNEÑA, N. (HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL); LAS HERAS MOSTEIRO, J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL); ARANAZ ANDRÉS, J. M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Una cultura positiva sobre seguridad en las organizaciones sanitarias es un requisito esencial para minimizar la incidencia de efectos adversos. Aplicar herramientas proactivas de gestión de riesgos permitirá rediseñar los procesos para no repetir errores. La cultura positiva potencia las fortalezas de los profesionales, reconoce los logros y estimula el crecimiento individual. Conseguir una adecuada cultura de seguridad es un reto imprescindible para disminuir el impacto de los errores.

Objetivos: • Cuantificar el grado de percepción sobre Cultura de Seguridad en la Organización que tienen los profesionales sanitarios asistentes a un curso de formación sobre Seguridad del Paciente.

• Conocer las acciones de seguridad emprendidas en los centros y percibidas por los profesionales.

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Se utilizó un cuestionario semiestructurado y validado de 10 preguntas con respuesta tipo Likert, evaluando diferentes aspectos sobre cultura de seguridad en la organización. Se incluía una pregunta libre sobre acciones de seguridad emprendidas en el centro y valoración de la implicación del equipo directivo en la misma, así como su cumplimiento y relevancia. Los profesionales sanitarios incluidos en el estudio fueron directivos intermedios asistentes a los cursos "La Cultura de Seguridad del Paciente" y "Herramientas avanzadas en seguridad: AMFE, el análisis modal de fallos y efectos" con una duración de 20 y 10 horas respectivamente, y organizado por la Consejería de Sanidad. El perfil mayoritario era de miembros de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos, coordinadores de calidad y responsables de seguridad, tanto de Atención Primaria como Especializada. Los datos se mecanizaron y analizaron el mismo día de su realización. Sus resultados se presentaron a lo largo del curso, lo que permitió dinamizar la discusión de las estrategias de mejora y la participación de los asistentes.

Resultados. Conclusión: Participaron un total de 55 profesionales, y el grado de percepción global sobre seguridad del paciente fue aceptable o muy bueno en un 76,36% de los casos. Un 42,3 % de los profesionales percibe que la seguridad es un aspecto prioritario de la agenda del director. Un 40 % consideran que los profesionales de su centro se preocupan de la seguridad del paciente sólo después de que ha ocurrido un incidente adverso, y hasta un 70,9% reconoce que cuando ha ocurrido un efecto adverso, se tiene una actitud temerosa ante el mismo. En cuanto a las acciones de seguridad emprendidas en el centro destacan: mejora de la higiene de manos en un 31%, implantación de sistemas de notificación en un 27,3% e identificación inequívoca en un 16,4%. Esta encuesta permitió dinamizar la participación de los asistentes a los cursos de formación, así como conocer de primera mano cómo sienten los profesionales, muchos de ellos implicados en gestión de riesgos, el grado de compromiso de sus organizaciones con la seguridad del paciente.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 592

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL PLAN DE AUDITORÍAS INTERNAS ISO 9001 DE UN SERVICIO DE SALUD

AUTORES: LLANEZA VELASCO, MARÍA EUGENIA (HOSPITAL DE JARRIO); VÁZQUEZ RUEDA, M. M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS); SUÁREZ GUTIÉRREZ, R. (SERVICIO DE CALIDAD Y GESTIÓN CLÍNICA); RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, V. J. (SERVICIO DE CALIDAD Y GESTIÓN CLÍNICA); SUÁREZ MASEDA, T. (HOSPITAL DE JARRIO); LLORENTE FERNANDEZ, E. (HOSPITAL SAN AGUSTÍN).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Desde hace cinco años, las auditorías internas (AI) requeridas por la Norma ISO 9001 se realizan por personal propio y capacitado del Servicio de Salud. El plan alcanza a procesos clínicos y de apoyo correspondientes a 32 servicios de 8 áreas sanitarias (Farmacia, Suministros y Almacén, Anatomía Patológica, Servicio de Transfusión, Microbiología, Bioquímica, Hematología, U. Reproducción Asistida, Radiofarmacia, Biobanco, Esterilización, Admisión y Documentación Clínica, SAU y Celadores) formando el panel de auditores internos un equipo de 34 profesionales.

Objetivos: Evaluar el plan de auditorías internas realizado por personal del servicio de salud tras 5 años de ejecución, utilizando herramientas priorización de mejoras y encuestas de satisfacción a los servicios auditados.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: En marzo de 2015 se realizó una encuesta dirigida a 100% de los servicios certificados con la Norma ISO9001 que participaron en el plan de AI. Encuesta de diseño propio con preguntas tipo likert donde se valoraron aspectos de conocimiento de los auditores, de eficacia de la AI, comparación con consultoras externas, calidad del informe y valoración global. La encuesta fue revisada por auditores jefe y coordinadores de proceso.

Paralelamente, en el marco de Jornadas sobre Seguridad del Paciente, Gestión Clínica y Calidad, se organizó un taller dirigido a auditores internos capacitados (13 asistentes, 38%) para analizar la situación del proyecto y extraer conclusiones mediante la herramienta DAFO.

Resultados Conclusión: Resultados de las encuestas a servicios auditados: se obtienen 47 respuestas de 15 procesos diferentes pertenecientes a 6 áreas sanitarias. Respecto al conocimiento de los auditores en la norma y en su servicio lo considera muy elevado el 84% y 64% respectivamente. El 86% valora la AI muy útil para preparar la auditoría externa, el 76% opina que fue muy eficaz para detectar no conformidades y el 58% ve muy válidas las mejoras propuestas por el equipo auditor. Solamente el 37% considera muy útil la AI como canal de comunicación con la gerencia. Respecto al informe es el tiempo de entrega el ítem con peor resultado, mientras que su claridad y objetividad son muy bien valoradas (76%). La satisfacción global obtiene una puntuación media de 7,4.

Del análisis DAFO con auditores y de las 19 sugerencias obtenidas de la encuesta se determina que los puntos críticos a mejorar del plan de AI son: la continuidad de la formación teórico-práctica y su contenido técnico-legal, mayor preparación previa de la auditoría, el tiempo de elaboración y entrega de informes finales, adecuación de tiempos a la complejidad del servicio, reconocimiento del trabajo del auditor y la difusión de los resultados a las gerencias.

Se concluye que tras cinco años se consolida este modelo permitiendo aprovechar recursos propios del total de las áreas sanitarias de nuestro sistema de salud y obteniendo una valoración global positiva de auditores y auditados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 593

TÍTULO: PROYECTO INCA, INTEGRACIÓN SOCIO-SANITARIA Y CONEXIÓN CON EL PACIENTE Y EL CUIDADOR

AUTORES: SÁNCHEZ NANCLARES, GORKA (SERVICIO MURCIANO DE SALUD); AGUILAR HERNÁNDEZ, R. (EAP MAR MENOR); GARCÍA LÓPEZ, M. M. (EAP BARRIO PERAL); MARTÍN MUÑOZ, E. (EAP LOS DOLORES); CARAVACA BEREGUER, M. J. (H. GENERAL ELCHE); CEBRIÁN CUENCA, A. M. (EAP SAN ANTÓN).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: INCA es un proyecto europeo que pretende demostrar ahorro mediante la integración de la atención social y sanitaria sirviéndose de una herramienta que conecta todas las aplicaciones asistenciales, así como a todos los agentes implicados en el cuidado del paciente: sanitarios de distintos ámbitos, trabajadores sociales, cuidadores y el propio paciente.

Los socios buscan con sus pilotos cuantificar el impacto de esta intervención de 12 meses en 250 pacientes mayores de 65 años y con una enfermedad crónica en común.

La Región de Murcia es el único socio que desarrolla dos pilotos sobre dos enfermedades crónicas de mayor impacto: diabetes e insuficiencia cardíaca.

Objetivos: 1. Garantizar la continuidad de la atención, actuando todos los agentes con un criterio unificado que disminuirá la variabilidad.

2. Mejorar la seguridad (disminuyendo interacciones y complicaciones) y la eficiencia (reduciendo las duplicidades e ingresos).

3. Potenciar la autonomía y la capacidad de autocuidado del paciente, la educación para la salud y la formación del cuidador, mejorando el apoyo social.

4. Mejorar la calidad de vida percibida por el paciente y del cuidador.

5. Mejorar el control de la enfermedad crónica (diabetes o insuficiencia cardíaca crónica).

6. Estudiar diferencias en morbilidad y mortalidad de los dos grupos (intervención y control) mediante una monitorización continua durante el piloto.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: La población diana es doble: diabéticos y pacientes con insuficiencia cardíaca mayores de 65 años de Cartagena.

El proyecto se extiende desde enero 2014 a junio 2016, siendo el período de intervención de 12 meses. Comienza con una adecuada estratificación de los pacientes partiendo de criterios no sólo clínicos (gravedad de enfermedad, existencia de otras enfermedades, grado de medicación, consumo de recursos sanitarios...), sino también sociales (nivel de dependencia, apoyo familiar o de cuidadores...).

El interés de esta estratificación clínica y social es doble:

1. Controlar las variables de confusión (al ser idénticas en grupo control e intervención).

2. Permitir extrapolar a toda el Área los resultados del impacto, al asegurar la validez externa de la muestra de pacientes.

Una vez segmentados los pacientes se reclutarán en cada piloto 500: 250 para el grupo intervención y 250 controles, resultando ambos grupos comparables.

El diseño es un Ensayo Clínico Aleatorizado (simple ciego).

El análisis estadístico se realizará con SPSS versión 22.

Resultados Conclusión: Pretendemos demostrar que es más eficiente un modelo de atención proactivo que facilita la mejor decisión evitando que las vías clínicas se queden en el fondo de un cajón.

Creemos que la clave en el mejor control de los crónicos está en su seguimiento integral, unificando su historia clínica, ganando en seguridad (interacciones) y eficiencia (duplicidades), normalizando los criterios de actuación y potenciando la capacidad de autocuidado del paciente, la formación del cuidador y la conexión con los recursos socio-sanitarios disponibles.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 594

TÍTULO: DIFUSIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN ENFERMERÍA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE A TRAVÉS DE LA FORMACIÓN CONTINUADA

AUTORES: GÁLVEZ ÁLVAREZ, EVA (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET); MARCO MARTINEZ, M. P. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET); CHOPO ALCUBILLA, M. J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET); MONTOYA OLIVER, M. J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET); GONZÁLEZ RODRIGUEZ, V. P. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET); REVILLA LÓPEZ, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Contribuir a la difusión de una cultura de seguridad de paciente (SP) entre el personal de enfermería es una meta de la Dirección de Enfermería del HUMS a través de sus áreas de Calidad y Formación continuada.

El desarrollo de actividades formativas sobre diferentes aspectos de SP en los Planes de Formación anuales es una constante, alineada coherentemente con el cuadro de mandos de la Dirección en cuanto a indicadores de seguridad y con los de la Comisión de Cuidados.

Objetivos: Contribuir a la difusión de una cultura de seguridad de paciente entre el personal de enfermería

Mejorar las competencias de profesionales sobre prevención, identificación y minimización de los eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria.

Analizar los resultados de la formación realizada durante los últimos 6 años para adecuar la oferta formativa a las necesidades reales de los profesionales.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo retrospectivo de la actividad formativa dirigida a personal de enfermería, relacionada con la seguridad del paciente, desarrollada durante los últimos 6 años en el HUMS.

Anualmente, la Dirección de Enfermería del HUMS diseña el Plan de Formación anual para sus trabajadores en base a diversas estrategias generales nacionales y autonómicas, al PNC, a necesidades sentidas por los propios profesionales en encuestas formativas y a propuestas de informadores clave.

Las actividades formativas que se han llevado a cabo en estos últimos años y que se incluyen en este grupo, han abordado los siguientes temas: Higiene de manos, prevención de la infección nosocomial, prevención de lesiones por presión, manejo seguro de medicación, seguridad en la administración de hemoderivados y generalidades sobre la Seguridad del paciente. En línea con la mejora de la práctica clínica: Enfermería basada en la evidencia, búsquedas bibliográficas y elaboración de guías y protocolos clínicos.

Resultados Conclusión: Desde el año 2008 y en los sucesivos Planes de Formación organizados por el Área de enfermería del HUMS se han propuesto 408 horas lectivas correspondientes a 74 ediciones formativas relacionadas con la seguridad del paciente y la práctica clínica en las que se han formado más de 1400 profesionales.

El presupuesto invertido en Seguridad del paciente en estos 6 años supone un porcentaje promedio del 13,93% de los presupuestos anuales de Enfermería, desde un 5% invertido en 2009 al 20% de 2014, siendo creciente a pesar del recorte presupuestario iniciado en 2012, que se vio reducido en un 50%.

Para lograr una propuesta realista dentro del Plan de Formación debería tenerse en cuenta el análisis de estos resultados en el diseño de nuevas actividades que garantice su despliegue y la cobertura de necesidades formativas en este ámbito.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 595

TÍTULO: TELEMONITORIZACIÓN EN DOMICILIO DE PACIENTES CRÓNICOS. TRANSFERENCIA DE COMPETENCIAS A COLABORADORES NO SANITARIOS

AUTORES: TORRES CLEMENTE, ELISA (CENTRO DE SALUD BARBASTRO); VALLES TORRES, E. (HOSPITAL BARBASTRO); CLEMENTE ROLDAN, E. (HOSPITAL BARBASTRO); VALLES GALLEGO, V. (DIRECCION AP BARBASTRO); COLL CLAVERO, J. (HOSPITAL BARBASTRO); ANGLES BARBASTRO, R. (HOSPITAL BARBASTRO).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El envejecimiento de la población junto a la dependencia y la cronicidad incrementan la utilización del sistema sanitario. La estabilidad de estos pacientes depende de los cuidados y controles. La tecnología, recursos sanitarios limitados y cambios sociales son factores a tener en cuenta a la hora de planificar asistencia. El voluntariado formado puede servir de ayuda a los pacientes y los profesionales sanitarios. El proyecto PITES permite transferir la toma de constantes a personal no sanitario, con lo que se facilita el seguimiento de estos pacientes y la utilización más eficiente de recursos asistenciales.

Objetivos: Comprobar si la telemonitorización de constantes clínicas domiciliaria por voluntarios (Cruz Roja) en pacientes crónicos dependientes, con enfermedad cardiovascular (ECV) mejora su evolución disminuyendo el número de consultas urgentes e ingresos hospitalarios por causa cardiovascular, con respecto a población (casos-control) con las mismas características en el periodo intervención. También, si los pacientes mejoran su calidad de vida y la satisfacción con el servicio.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Pacientes mayores de 75 años dependientes (Barthel < 90), con patología cardiovascular (HTA, DIABETES, EPOC, IC, y/o ACV). Se incluyen 30 pacientes en cada grupo (intervención y control) mediante muestreo no aleatorio y durante un año de intervención. Monitorización semanal en domicilio de PA, FC, saturación O₂, glucemia. Validación de constantes por enfermera reguladora que clasifica las alarmas y canaliza intervenciones. Registro de datos en historia clínica informática de AP OMI-AP.

Resultados Conclusión: Los pacientes con TLM utilizan menos los servicios de urgencias del hospital (0.40 visitas/paciente año, frente a 0.63 visitas/paciente año del grupo control) y de atención primaria (0.63 visitas paciente/año frente a 0.87 paciente/año grupo control), aunque la diferencia no es significativa.

Es inferior el número de derivaciones a consultas de atención especializada en consultas relacionadas con patología cardiovascular. El 94% de las descompensaciones se resolvieron en atención primaria. El 56% fueron debidas a cambios en la PA, el 19% por glucemia capilar y el 19% por la saturación de oxígeno.

El 83.3% respondió la encuesta de satisfacción con una satisfacción alta en pacientes, voluntarios y profesionales.

El 100% respondió los cuestionarios de calidad de vida, con mejoría en las dimensiones de sensación de dolor corporal, salud mental, vitalidad y energía, y los roles social y emocional.

Conclusiones

Aunque los datos no muestran una clara mejora en el grupo de intervención, seguramente relacionada con los sesgos de selección y tamaño de la muestra, la TLM domiciliaria puede permitir transferir al entorno social del paciente la toma de constantes clínicas, con una utilización más eficiente de los recursos.

Sería conveniente rediseñar y reevaluar el estudio con muestras mayores y aleatorias para comprobar el beneficio.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 596

TÍTULO: ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA Y TOXICIDAD: EL MEJOR INDICADOR DE CALIDAD EN ONCOLOGÍA.

AUTORES: SAMPER OTS, PILAR MARIA (HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS); DE LAS PEÑAS CABRERA, D. (HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS); AMAYA ESCOBAR, E. (HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS); HERNANDEZ MIGUEL, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS); GARCÍA MENÉNDEZ, C. (DIRECCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE PACIENTE)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Conocer la evolución de los pacientes sometidos a tratamiento radioterápico en el HRJC en cuanto a indicadores de resultados: supervivencia global y libre de enfermedad, así como la toxicidad G3-4

Objetivos: Evaluar la calidad de nuestros tratamientos

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Hemos revisado la evolución de los 796 pacientes que han recibido tratamiento radioterápico (931 tratamientos) en nuestro centro desde 27/11/2012 hasta 1/5/2015. Se recogieron las toxicidades relevantes grado 3 o mayor (según la clasificación de la RTOG). Para el análisis de supervivencia: se consideró el tiempo transcurrido desde la primera consulta en el servicio de Oncología Radioterápica hasta la fecha de la última revisión. El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS versión 20.

Resultados Conclusión: Los tumores primarios más frecuentes fueron: Mama 257 (27,6%), Pulmón 186 (20%), próstata 92 (9,9%) y ORL 90 (9,7%). 729 tratamientos (78%) se realizaron sobre la localización primaria y 200 (22%) sobre metástasis (óseas 13%, cerebrales 6,7%). La intención del tratamiento fue: Neoadyuvante 52 (5,6%) ca de recto en su mayoría (94,2%), Adyuvante 376 (40,4%) la mayoría cáncer de mama (58,2%), Radical 275 (29,5%) los más frecuentes Pulmón (26,2%) y Próstata (26,2%) y Paliativa 227 (24,4%) la mayoría pulmón (43%) y mama (13,2%) y fueron: Mts óseas 113 (49,8%), Mts cerebrales 56 (24,7%), localización primaria 52 (22,9%) y Mts ganglionares 5 (2,2%). Toxicidad Grado 3: 17 casos (1,7%): Cistitis 3 casos, Dermatitis 3, Mucositis 4, Neumonitis 4, Neutropenia 1, Proctitis 1 y Radionecrosis SNC 1 y Toxicidad Grado 4: 1 caso (0,1%): una fistula rectovaginal. Con un seguimiento medio de 10,5 meses la supervivencia global (SG) fue 80,4% mediana 2 años y la Supervivencia libre de enfermedad (SLE) 58,5% media 1,5 años.

Considerando solo los 703 pacientes que recibieron tratamiento adyuvante o radical: fracasos 65 (9,2%): Metástasis 40 casos (5,6%), fracaso Local 18 casos (2,5%), Local + Mts 5 casos (0,7%), Fracaso Bioquímico 2 casos (0,2%), el tiempo medio hasta el fracaso fue 9,4 meses. La SG fue 91% con una mediana de 2,3 años y la SLE 74,8% mediana de años. La SG y SLE por tumor: Cáncer de mama 99,1% y 95,7% mediana 2,3 años; cáncer de pulmón 73,8% mediana 1,7 años y 26,2% mediana 1 año; Cáncer de próstata 100% mediana 1,2 años y 87,7% mediana 2,3 años; Tumores de ORL 89,5% mediana 2,1 años y 76,3% mediana 1,9 años; tumores ginecológicos 100% mediana 1,1 años y 90,3% mediana 2,2 años; Cáncer de recto 91,7% mediana 2,2 años y 61,7% S. media 1,6 años.

Considerando los tratamientos paliativos la SG fue 39,6% S. media 8,5 meses y la SLE 1,3%, S. media 5,5, meses. La SG de las Mts óseas fue del 40,6% S. media 9 meses, la SG de las Mts cerebrales 31,8% S. media 7 meses.

Conclusiones: Aunque el seguimiento es corto, la incidencia de toxicidad severa es muy baja (1,8%) y los resultados de supervivencia son superponibles a los publicados en la literatura.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 597

TÍTULO: EVALUACIÓN Y MEJORA DE LOS TIEMPOS DE INGRESO EN LA SALA DE OBSERVACIÓN DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

AUTORES: VALLES TORRES, ELISA (SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITAL DE BARBASTRO); CLEMENTE ROLDAN, E. (HOSPITAL DE BARBASTRO); VALLES TORRES, J. (HOSPITAL MIGUEL SERVET); EITO CUELLO, J. (SERV URGENCIAS HOSPITAL BARBASTRO); ANDRÉS ALIERTA, M. (SERV URGENCIAS HOSPITAL BARBASTRO); VALLÉS GÁLLEGO, V. (DIRECCION DE AP BARBASTRO).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El Servicio de Urgencias (SU) tiene como misión la prestación de la atención sanitaria urgente a los ciudadanos que la demandan, en el tiempo adecuado, con los recursos humanos y técnicos proporcionales y conforme a la calidad técnica exigible por los estándares. La Sala de Observación es una unidad intermedia que presta servicios (asistencia médica, cuidados de enfermería) hasta la estabilización del cuadro clínico a los pacientes que son finalmente ingresados en el hospital o dados de alta.

La saturación del SU dificulta la correcta atención sanitaria al paciente, provoca retrasos diagnósticos, se relaciona con un aumento de la morbi-mortalidad, favorece el error humano, incrementa la mortalidad hospitalaria e incrementa la estancia media hospitalaria. A demás de reducir la satisfacción del usuario, por lo que incrementa el número de quejas y eleva el porcentaje de pacientes que abandona la urgencia.

Objetivos: Analizar y mejorar el tiempo que transcurre en los ingresos de urgencias a la sala de observación, disminuyendo la demora transcurrida desde que se inicia la atención en el servicio de urgencias hasta que se realiza el ingreso del paciente dentro del propio servicio.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se establecieron 3 indicadores de calidad, todos ellos referidos a los ingresos en la sala de observación del servicio de urgencias. Se analizó la situación de partida del servicio, teniendo en cuenta los datos registrados en el programa informático utilizado en el servicio de urgencias de todas las atenciones efectuadas en el año 2014. Posteriormente se realizó una evaluación del cumplimiento de estos indicadores en el periodo enero-abril de 2015, después de haber aplicado medidas correctoras.

Resultados Conclusión: En una primera evaluación, en el primer cuatrimestre de 2014, el mayor número de incumplimientos se correspondió con el porcentaje de pacientes que esperaban más de 3

horas para ingresar en la SO, el 29.6%. El tiempo medio de espera fue de 156 minutos.

Tras implantar la intervención diseñada, en el primer cuatrimestre de 2015 el porcentaje de pacientes que esperó más de 3 horas disminuyó al 20%, y el tiempo medio de espera fue de 131 minutos.

Se observó una mejoría en todos los criterios, excepto en el relacionado a la edad mínima de ingreso en sala de observación (16 años), que se mantuvo en el 0.7%.

El ciclo de mejora realizado ha sido efectivo, como demuestran los resultados del análisis, se han conseguido los objetivos que se pretendían. Tras la implementación de las líneas de mejora se ha disminuido el tiempo que transcurre desde que se inicia la atención hasta el ingreso en SO, dejando disponibles los boxes de entrada para poder asumir la afluencia de pacientes en el Servicio de Urgencias del hospital de Barbastro.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 598

TÍTULO: ENFERMEDADES PROFESIONALES, LA PANDEMIA OCULTA

AUTORES: SÁNCHEZ NANCLARES, GORKA (SERVICIO MURCIANO DE SALUD); EGEA GARCÍA, J. (CONSEJERÍA DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL); SORIANO CONTRERAS, M. A. (CONSEJERÍA DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIA); MARTÍNEZ ROS, M. J. (SERVICIO MURCIANO DE SALUD); CARAVACA BEREGUER, M. J. (H. GENERAL ELCHE); MARTÍNEZ GARCÍA, J. F. (SERVICIO MURCIANO DE SALUD).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Las Enfermedades Profesionales (EE.PP.) son la principal causa de morbi-mortalidad evitable en los países desarrollados. En 2004 en España se estimaron 16.000 muertes por EEPP, más de la mitad por tumores malignos (9.400), superando la mortalidad de EPOC, demencia, DM, cánceres de colon o mama, HTA o tráfico (casi cuádruple). El registro de EEPP estuvo muy por debajo de estas estimaciones (6 registros de tumores malignos de 9.400 estimados) y fue casi nulo para la mortalidad por EEPP (sólo 2 casos registrados). Esta invisibilidad perpetúa el problema, pasando inadvertidas como enfermedad común, repercutiendo en el gasto público e impidiendo su tratamiento y prevención.

Objetivos: Se pretende aumentar la declaración de EEPP y ayudar a hacerla visible para poder prevenir y tratar sus causas. Por los resultados recogidos durante el piloto estimamos que su extensión a todo el SMS puede lograr un aumento del 46% de las EEPP registradas en la Región de Murcia tan sólo en el primer año del despliegue. Esto supondría un impacto en salud y un ahorro para el sistema público de salud.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Uno de los principales problemas es el mosaico de agentes entre los que se dividen estas competencias (Sanidad, Trabajo, Inspección Médica, INSS, Seguridad Laboral...). Por ello la Región de Murcia a través del Grupo de Trabajo de EE.PP. elaboró por consenso de todas las partes un Protocolo de Comunicación de Sospechas de EEPP aprobado para la Región en octubre de 2010, que identifica como eje del mismo Inspección Médica (IM).

Pero para hacer funcionar dicho protocolo en la práctica era necesario desarrollar herramientas de ayuda en el aplicativo de AP (OMIap) que diseñamos en estrecha colaboración Inspección Médica y SMS. Estas herramientas consistieron en:

1. Un buscador de EEPP que encuentra en el Cuadro de EE.PP. en décimas de segundo todas las entradas relacionadas con la palabra buscada (puesto de trabajo, agente o enfermedad).
2. Un asistente de sospechas que alerta sobre diagnósticos que pueden tener un origen laboral, informando del puesto de trabajo relacionado y agentes.
3. La creación de un fichero de Sospecha que viaja automáticamente el mismo día de forma electrónica a IM para su comunicación a las Mutuas.
4. Una plataforma informática de soporte y formación que permite la compartir en red las dudas, incidencias y soluciones.

El grupo tractor del proyecto (USSEP –inspectora y subinspector- y el Coordinador de Sistemas de Información del SMS) y los líderes del despliegue (9 directivos de Área y 83 responsables de los EAPs). Se han empleado carteles para los centros y dípticos para los ciudadanos (adjuntamos) amén de desarrollos informáticos.

Resultados Conclusión: Sólo durante los tres primeros meses del despliegue el registro de EEPP aumentó en la Región un 207% (de 126 en 2014 a 296 en 2015) y un 409% en las EP sin baja (de 32 a 163), algo inaudito en el histórico de todas las CC.AA, y todo ello con un índice de precisión del 61% en las sospechas, muy por encima del 40% esperado como objetivo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 599

TÍTULO: PROYECTO MULTICÉNTRICO FLEBITIS ZERO: ESTRATEGIA MULTIMODAL PARA LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS DEL ACCESO VASCULAR

AUTORES: MARTINEZ ORTEGA, M CARMEN (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS); SUÁREZ MIER, B. (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS); ORDIZ BLANCO, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS); RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, P. (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS); ANSORENA CORDEU, R. (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS); GARCÍA CARRIL, M. T. (HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El uso de dispositivos invasivos en el ámbito asistencial para farmacoterapia intravenosa mediante un catéter venoso periférico (CVP), se sitúa en torno al 66% de los pacientes que ingresan en un centro sanitario. Existen datos muy variables de tasas de flebitis que oscilan entre 2,3 y 60%. La Intravenous Nursing Society (INS) habla de una prevalencia de flebitis entre 5-7%. En España carecemos de información homogénea y comparable respecto a los CVP: tipos y usos, eventos adversos relacionados con los mismos y en particular, carecemos de datos respecto a flebitis. Existe nueva evidencia científica que debemos incorporar a la práctica asistencial en nuestro país: desde el año 2012 el recambio de los CVP debería realizarse según indicación clínica y no de forma sistemática.

Objetivos: Conocer la incidencia de flebitis y de Bacteriemia relacionada con catéter periférico en España.

Reducir la flebitis en España a los valores estándar establecidos por los organismos internacionales.

No sustituir el CVP de forma sistemática, sino por indicación clínica o en caso de flebitis.

Determinar los factores relacionados con la inserción, el acceso y los cuidados en el mantenimiento del catéter, que contribuyen a la generación de flebitis.

Evitar la utilización de catéteres innecesarios.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio multicéntrico de incidencia de eventos adversos en relación al catéter venoso periférico.

Se diseña un estudio pre-post para evaluar el impacto de las medidas que contempla FZ.

En la Fase 1 (pre-) los hospitales participantes monitorizan durante el mes de Abril de 2015 los catéteres periféricos cortos insertados en al menos dos unidades de hospitalización (una médica y una quirúrgica).

Se definen criterios de inclusión y exclusión y se dota a los hospitales de instrumento de recogida de datos y de escala común para la valoración de flebitis.

En esta fase 1 no se ha modificado la práctica asistencial de los hospitales.

El paquete de medidas a instaurar en el Proyecto Flebitis Zero es el siguiente:

- Elección adecuada del tipo de catéter
- Higiene de manos
- Uso de clorhexidina en la prepración de la piel
- Mantenimiento aséptico de catéteres
- Retirada de CVP innecesarios

Resultados Conclusión: Han participado en la fase 1 del Proyecto (Fase Piloto: fase pre-) 25 hospitales de 11 comunidades autónomas. El total de camas de las unidades participantes asciende a 1728 camas. Se han monitorizado 3009 catéteres, 9050 días de catéter, y se han identificado 348 episodios de flebitis, lo que arroja una incidencia de 11,56% (dato preliminar). En un 66,30% se utiliza clorhexidina en la inserción del catéter y en 85,21% los catéteres monitorizados tienen apósito transparente (que permite, por tanto la visualización del punto de inserción), lejos estos datos del 100% que deberíamos alcanzar y que el proyecto Flebitis Zero propone en sus próximas fases.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 600

TÍTULO: ESTRATEGIA HOSPITALARIA PARA LA MEJORA EN LOS INDICADORES DEL OBSERVATORIO DE RESULTADOS DEL SERMAS

AUTORES: ALBARRACIN SERRA, AGUSTIN (HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA); MONTSERRAT CAPELLA, D. (HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA); GARCÍA DE SAN JOSÉ, S. (HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA); CODESIDO LÓPEZ, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA); SEGARRA CAÑAMARES, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA); OÑATE HEREDERO, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El Observatorio de Resultados proporciona información sobre la asistencia sanitaria prestada en los hospitales del SERMAS mediante una serie de indicadores clínicos relevantes. Estos indicadores analizan la efectividad, seguridad y eficiencia del proceso de hospitalización utilizando, entre otros, los indicadores de calidad y de seguridad hospitalarios desarrollados por la AHRQ y que están basados en la información contenida en el CMBD.

Objetivos: El objetivo de esta estrategia consiste en establecer una metodología de análisis interno de los indicadores del Observatorio obtenidos a partir del CMBD y que incluye la difusión de los resultados entre los gestores y profesionales sanitarios, el análisis detallado de los indicadores más relevantes para detectar potenciales problemas de calidad y la puesta en marcha de cambios organizativos para mejorar los resultados del hospital.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: 1. Sesión anual de presentación de los resultados obtenidos por el hospital en comparación con el resto de hospitales.

2. Sesiones individuales de presentación en los servicios.

3. Monitorización mensual de los resultados en los indicadores que están basados en el CMBD.

4. Revisión periódica de historias clínicas en las sesiones de morbilidad y mortalidad hospitalaria y de los servicios.

5. Revisión de historias clínicas en aquellos indicadores en que el resultado del hospital es peor que el de la media de hospitales.

6. Establecimiento de propuestas de mejora

Resultados Conclusión: Los resultados obtenidos por el hospital en el periodo 2012-2013 son estadísticamente similares a los de la media de Madrid en la mayoría de los indicadores.

Durante el año 2014 se han presentado en sesiones estos resultados, se han analizado mensualmente los resultados obtenidos en los indicadores y se han propuesto actuaciones en determinados indicadores.

Las estrategias basadas en la difusión de los resultados con la implicación de directivos y profesionales permiten la identificación de áreas de mejora y la puesta en marcha de actuaciones que aumenten la calidad de la atención prestada a los pacientes.

La información del Observatorio constituye una herramienta que facilita al usuario ejercer su derecho a la libre elección sanitaria, proporcionando un mayor conocimiento de los centros asistenciales a los que puede acudir.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 601

TÍTULO: MEJORA CONTÍNUA EN LA GESTIÓN DE COMISIONES CLÍNICAS Y GRUPOS DE MEJORA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE

AUTORES: SAINZ DE LOS TERREROS SOLER, LOURDES (HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE); CABRERA MIRANDA, L. P. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE); RODRIGUES SANTOS, R. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE); SANGERGORIO YANEZ, C. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Las comisiones clínicas hospitalarias son una herramienta para favorecer la participación de los profesionales en la gestión y mejora continua de la calidad asistencial. Sin embargo, en la primera autoevaluación EFQM realizada en nuestro centro, se detectó su gestión como una clara oportunidad de mejora, debido al escaso porcentaje de profesionales que participaban en las mismas, a la escasa actividad de algunas de ellas y, a que estaba poco sistematizada su metodología de trabajo.

Objetivos: Diseñar un plan de mejora en la gestión de las comisiones clínicas
Evaluar el impacto de un programa de mejora continua en la gestión de las comisiones clínicas del hospital.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Inicialmente se identificaron las causas del irregular funcionamiento de las mismas. Basándose en la metodología de mejora continua se diseñó un programa para mejorar la gestión de las comisiones clínicas en nuestro centro, basado en el desarrollo de una normativa de funcionamiento de comisiones, comités y grupos de mejora en el hospital. Para iniciar su aplicación, en 2012 se inició un proceso general de renovación de comisiones abierto a todos los profesionales del centro. Una vez concluido dicho proceso se constituyeron las comisiones clínicas siguiendo dicha normativa y se inició la monitorización de su actividad anualmente, con feed-back de los resultados de los indicadores a sus responsables. En el año 2015 la composición de sus miembros ha sido renovada nuevamente siguiendo el mismo procedimiento.

Resultados Conclusión: En 2009 estaban formalmente constituidas 11 comisiones clínicas, formadas fundamentalmente por mandos intermedios designados por la dirección. En 2012 se adhieren al proceso de renovación 6 comisiones más, ofertando la participación en las mismas a todos los profesionales del centro. La tasa de participación en las mismas ha pasado del 6.5% en 2009, al 19.6% en 2012 y 19.7% en 2015. A partir, de 2012 los grupos de mejora se ajustan a la normativa de funcionamiento de comisiones y se ampliaron de 6 en 2012 a 20 a finales de 2014. Desde el año 2012 el 100% de las comisiones levantan acta de las sesiones y entorno al 67% se fijan objetivos anuales. El número medio de reuniones fue de 3.2 en 2012 frente a 4.3 en 2014.

El programa de mejora continua ha contribuido a fomentar la participación de los profesionales en las comisiones clínicas pero todavía es necesario seguir trabajando para aportar metodología que garantice el éxito de sus actividades

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 602

TÍTULO: LA FUERZA DE LA ACTITUD POSITIVA. QUEREMOS PERSONAS, DIFERENTES. TENEMOS UN PLAN

AUTORES: PEREZ PÉREZ-MEDRANO, M^a TERESA (HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA. MADRID)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La gestión de las personas es un proceso cambiante, lo que significa que debemos sensibilizarlas para adaptarlas a las nuevas necesidades para que adquieran actitudes que den respuesta a los cuidados que nos demandan nuestros usuarios de los sistemas de salud, mediante el proyecto 'la fuerza de la actitud positiva.

Objetivos:

- 1- sensibilizar a los profesionales en otro enfoque que influya en la actitud hacia nuestros usuarios
- 2.- Utilizar la fuerza de la actitud positiva.
- 3.- Conocer el concepto de hospitales magnéticos

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: -análisis de las causas

- parrilla de priorización
- Implantación área de mejora
- Diseño del proyecto 'otra actitud' hacia los pacientes y hacia la organización
- Elementos de la fuerza de la actitud positiva
- implementación del proyecto.
- planif

Resultados Conclusión: -% profesionales sensibilizados.

- Nº de condiciones en los hospitales magnéticos, en hospitales de Estados Unidos.
- Estudios relevantes en la retención de profesionales en las organizaciones sanitarias.

CONCLUSIÓN

Tras la sensibilización de los pr

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 603

TÍTULO: REALIZAR TIPAJE Y ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES EN EL PREOPERATORIO EVITA CANCELAR CIRUGÍAS MAYORES PROGRAMADAS

AUTORES: ARROZPIDE GARCÍA, IZASKUN (HOSPITAL DEL ORIENTE DE ASTURIAS); RON MARTINEZ, N. (HOSPITAL DEL ORIENTE DE ASTURIAS); CHAMORRO FERNÁNDEZ, M. C. (HOSPITAL DEL ORIENTE DE ASTURIAS); ALONSO NICOLÁS, A. (HOSPITAL DEL ORIENTE DE ASTURIAS); CHAMORRO CHAMORRO, P. (HOSPITAL DEL ORIENTE DE ASTURIAS); COLMENERO GARCÍA, M. (HOSPITAL DEL ORIENTE DE ASTURIAS).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La detección de anticuerpos irregulares el día de la cirugía en pacientes que han ingresado el día previo a la intervención, supone en muchas ocasiones la suspensión de dicha intervención a las puertas del quirófano. Mediante la realización del tipaje y escrutinio en el preoperatorio se evitan este tipo de situaciones garantizando la reserva de sangre, la optimización de los quirófanos, y evita situaciones de disconfort para el paciente.

Objetivos: La detección de alteraciones analíticas en el preoperatorio de las cirugías sangrantes permite ganar tiempo en la realización estudios más exhaustivos y asegurar la reserva de sangre para el paciente el día de la cirugía sin tener que generar un aplazamiento de la intervención o una demora en la programación quirúrgica.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: En el año 2012 desde el Servicio de Transfusión y en consenso con los diferentes Servicios Quirúrgicos del hospital, el Servicio de Admisiones y la Unidad de Calidad se elabora el circuito a seguir por los diferentes profesionales para llevar a cabo este objetivo:

- Se establece la reserva de sangre mínima para cada una de las cirugías potencialmente sangrantes.
- Se describe el tipo de peticiones que se deben realizar en el preoperatorio (que incluye el tipaje y escrutinio) y el día de la cirugía.
- Si se detectan anticuerpos en la analítica del preoperatorio, el hematólogo/DUE de transfusión incluye un comentario en el listado de pacientes a valorar por el Servicio de Anestesia para que el anestesista disponga de esta información y se pueda realizar la reserva de sangre con mayor antelación.
- En cuanto se haya detectado el anticuerpo o el paciente haya sido visto por Hematología, se procede a la programación del paciente para la cirugía.
- El día que el paciente ingresa para la intervención, se repite el tipaje y escrutinio y se realiza la reserva de sangre ya compatible

Resultados Conclusión: Se ha analizado el número de pacientes que se han beneficiado de este circuito en los años 2013, 2014 y hasta mayo de 2015. En este periodo de tiempo analizado se ha evitado la cancelación de 21 cirugías (11 de traumatología, 6 de cirugía general, 3 de ginecología y obstetricia y 1 de urología), evitando también la demora en la programación quirúrgica de estos pacientes. En todos los casos se ha podido identificar un anticuerpo antes de la programación quirúrgica y 3 casos han requerido consulta en el servicio de hematología para descartar patología. Se han realizado 2055 cirugías mayores programadas en este período y el coste estimado del estudio de la realización de cada tipaje y escrutinio es de 2,5€, por lo que el coste total es de 5.137,5€. El coste estimado de cada una de las intervenciones quirúrgicas que se ha evitado suspender, (tomando como duración media 3h) es de unos 2.216,7€ que para los 21 pacientes supone un ahorro al sistema de unos 46.550,7€ y evita que los pacientes pasen por estas situaciones de cancelación el día de la cirugía.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 604

TÍTULO: MAS QUE UN DISPOSITIVO MOVIL, UNA HERRAMIENTA SEGURA DE TRABAJO

AUTORES: LASTRAS PARDO, JAIME (FUNDACIÓN JIMENEZ DIAZ); MARTIN VELASCO, O. (FUNDACIÓN JIMENEZ DIAZ); GONZALEZ DE UZQUETA BASCONES, E. (FUNDACIÓN JIMENEZ DIAZ)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Tras la implantación de la nueva historia clínica digital en nuestros centros, conseguir aumentar la seguridad del paciente y mejorar y agilizar la organización del trabajo y la planificación de los cuidados en pro de la seguridad del paciente.

Objetivos: Mejorar de una forma destacada en la seguridad del paciente en la practica asistencial diaria

Mejorar y agilizar la organización de los cuidados de nuestros pacientes.

Adquirir un cambio en el habito de trabajo de nuestras enfermeras, centrándolo en la seguridad de nuestros pacientes.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Tras la implantación del nuevo programa informático de la nueva historia clínica digital, empezamos a trabajar en un nuevo dispositivo móvil, con una aplicación que agilizara el trabajo en la organización y en confirmación de tareas y cuidados a pie de cama, lo que aumenta de forma significativa la seguridad de nuestros pacientes. Una vez creada esta herramienta de trabajo, realizamos un pilotaje de la misma en una de nuestras unidades quirúrgicas, dotada de 52 camas, con una presencia de 4 DUES por turno de trabajo. Esta herramienta es un dispositivo móvil con una pantalla de 5 pulgadas, que simplifica la nueva historia clínica digital, con lo que conseguimos agilizar la confirmación de tareas, realizar un trato y seguimiento del plan de trabajo a pie de cama y aumentar la seguridad del paciente, mediante el uso de lectura de código de barras, de la pulsera identificativa de los mismos. Tras este primer pilotaje, se realiza una valoración por parte de las enfermeras que han utilizado este sistema en comparación con el sistema con el que se empezó a trabajar cuando se implanto la nueva historia clínica digital.

Resultados Conclusión: Tras la prueba realizada con el nuevo dispositivo, llegamos a las siguientes conclusiones:

Mejoramos de manera significativa en la seguridad del paciente.

Nos permite, una planificación y ejecución de los cuidados de forma eficiente a pie de cama.

Mejora la organización de los cuidados y agiliza de forma óptima la prioridad de éstos.

Ahorro de tiempo al confirmar las actividades enfermería a pie de cama, en beneficio del paciente.

Información del paciente a tiempo real con visualización inmediata en los cambios del tratamiento.

Asegura realizar registros de enfermería sin tener que recurrir a nuestra memoria.

Continuidad de cuidados eficiente con transmisión de información segura.

En general, con esta herramienta de trabajo aumentamos la calidad asistencial y percibida del paciente, disminuimos su inseguridad y ansiedad que le genera su ingreso en el hospital.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 605

TÍTULO: GESTIO DOCUMENTAL EN ATENCIÓ PRIMÀRIA

AUTORES: CAMAÑES GARCIA, NIEVES (SERVICIO ATENCIÓN PRIMARIA DELTA DEL LLOBREGAT); GOMEZ ZAMORA, R. (EAP LA GAVARRA); DEPARES LOPEZ, J. M. (SERVICIO ATENCIÓN PRIMARIA BAIX LLOBREGAT CENTRE); RAFECAS RUIZ, M. (SERVICIO ATENCIÓN PRIMARIA ALT PENEDÈS-GARRAF-NORD); PIMENTEL CLAVIJO, J. A. (SERVICIO ATENCIÓN PRIMARIA ALT PENEDÈS-GARRAF-NORD); FERNANDEZ BLANCO, J. (LINEA PEDIATRICA ALT PENEDÈS -GARRAF).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Un sistema de gestión documental permite crear, controlar y utilizar la información y documentación de la organización con el objetivo de conocer que ocurre, planificar que hacer y actuar en consecuencia.

La ausencia de un sistema de gestión documental puede comportar ineficiencias, duplicidades, información obsoleta y de difícil acceso y producción documental descontrolada.

Objetivos: - Eliminar la necesidad de manipular, almacenar documentación en papel

- Agilizar la recuperación y el acceso a los documentos

- Acelerar el flujo de información y garantizar que cualquier profesional de un equipo de atención primaria pueda localizar e

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Se identifican por parte de la Dirección los responsables de desarrollar una propuesta de sistema de gestión documental normalizada y ajustada a las necesidades de los equipos así como a las estructuras de Servicios centrales.

Fase de análisis: Establecer las pautas para organizar la documentación, el ciclo de vida de los documentos y su recuperación.

Fase de diseño: concretar aspectos relativos a contenidos, procesos relacionados, metadatos, mapa de documentos, cuadros de clasificación y elementos identificativos de los documentos.

Fase implantación. Asignación de responsabilidades y tratamiento y re conversión de documentos ya existentes. Elaboración de manual de procedimientos y constitución de la Comisión de Gestión documental.

Formación a todos los profesionales implicados en el despliegue del proyecto en los equipos

Resultados. Conclusión: La estructura del centro documental de los 53 equipos del territorio está definida y a disposición de los profesionales.

La herramienta tecnológica que sostiene el centro documental es sharepoint, que garantiza capacidad de almacenaje ilimitada; rápida recuperación de documentos; control, gestión, distribución y comparación de versiones; categorización de la documentación; sistema de avisos y alertas; buscador avanzado; control de permisos de usuarios del sistema; índice de contenidos de cada documento; seguridad de datos garantizada.

Las herramientas de gestión documental se han presentado a lo largo del segundo trimestre del año y se ha finalizado la formación de las mismas al 63% de los equipos. A partir del 1 de julio se iniciará la publicación coordinada de documentación en las bibliotecas de los equipos adiestrados y finalizará la formación de los equipos restantes

Todo cambio que se aplique sobre la forma habitual de trabajar tiene efectos sobre los profesionales y la actividad que desarrollan. Un sistema de gestión documental no es un proyecto cerrado. Una vez desplegado debemos garantizar su vigencia y rigor. Será necesario una revisión permanente del sistema. Las bases de un buen funcionamiento son la actualización, fácil acceso y Seguridad del sistema, identificando y corrigiendo la incidencias producidas por un flujo de información inadecuado.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 606

TÍTULO: PLAN ESTRATÉGICO: OBJETIVO DE TODA LA ORGANIZACIÓN

AUTORES: BAULENAS PARRELLADA, DAVID (GRUP SAGESSA); BUENO DOMÍNGUEZ, M. J. (GRUP SAGESSA); BRÚ BUDESCA, X. (GRUP SAGESSA); ROMERO AROCA, P. (HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN DE REUS); FIGUERA COLOMÉS, A. (HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN DE REUS); MONTOYA LARIO, L. (HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN DE REUS).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Tras un cambio organizativo en la empresa se decide definir el Plan Estratégico (PE) con el valor añadido de utilizar para su formulación diferentes fuentes de información: profesionales, referentes, stakeholders, proveedores y sociedad civil.

Objetivos: Definir un PE 2015-2018 que recoja las líneas estratégicas (LE), objetivos estratégicos (OE) y acciones a implementar.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Fases (marzo-junio 2015):

- Planificación del proyecto
- Comunicación inicio del PE
- Encuestas on-line a profesionales (385): 35%
- Jornada de reflexión con 120 profesionales (10 grupos)
- Sesiones con grupos de interés para conocer necesidades y elaboración DAFO: AP (10), Departamento de Salud (7) y diferentes proveedores (14).
- Warm-up histórico y elaboración 5 DAFO: Asistencial, sostenibilidad, soporte, recursos y docencia
- Definición DAFO estratégico
- Informe con tendencias y datos claves
- Agrupación de proyectos estratégicos en objetivos estratégicos
- Resumen del análisis estratégico y formulación de estrategia
- Documento definitivo y plan operativo 2015 incluyendo responsables e indicadores estratégicos para su monitorizar
- Reformulación de misión, visión y valores
- Comunicación PE interna y a grupos de interés

Resultados Conclusión: LE 1: Responder a las necesidades de la población con una cartera de servicios amplia y de calidad

- OE1.1: Potenciar referencia de cartera de servicios
- OE1.2: Ampliar y mejorar cartera de servicios actual
- OE1.3: Garantizar asistencia de calidad

LE 2: Adaptar modelo organizativo para favorecer calidad y continuidad asistencial mediante gestión por procesos

- OE2.1: Desarrollar nuevos modelos de atención
- OE2.2: Desplegar procesos como herramienta de gestión eficaz y mejora continua
- OE2.3: Adecuar procesos de soporte
- OE2.4: Formalizar modelo de relación: AP, sociosanitario y servicios sociales
- OE2.5: Mejorar sistemas de información internos y externos

LE 3: Potenciar talento mediante desarrollo de los profesionales

- OE3.1: Potenciar la organización a partir del desarrollo competencial
- OE3.2: Gestionar el talento
- OE3.3: Lograr que la información se difunda a todos niveles

LE 4: Ser organización sostenible

- OE4.1: Lograr estabilidad presupuestaria
- OE4.2: Orientar organización a resultados
- OE4.3: Mejorar percepción externa respecto al hospital

LE 5: Docencia, investigación y formación pre y post grado

- OE5.1: Consolidar estudios universitarios en ciencias de la salud
- OE5.2: Potenciar desarrollo de formación especializada
- OE5.3: Potenciar investigación en la organización

La situación sanitaria actual, merece una reflexión para adaptarse al entorno y realizar posicionamiento frente a necesidades y expectativas de la población.

La implicación de gran número de profesionales y la participación de grupos de interés, en la definición del PE supone objetivo común y fomenta mayor penetración en la organización.

Actualmente, partiendo de esta experiencia, se está reproduciendo en otros centros de la organización.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 607

TÍTULO: COMPROMISO CON LA CALIDAD DE VIDA DE NUESTROS PACIENTES

AUTORES: GONZÁLEZ GARCÉS, ASSUMPTA (CAP TARRACO. ICS); ESPELT ALUJA, P. (GESTIÓN DE CASOS.ICS); DEL AMO BENITO, S. (CAP TARRACO.ICS); BARCO CARRILLO, I. (CAP TARRACO.ICS); MARSA JIMENEZ, I. (CAP TARRACO.ICS); LOPEZ BAREA, A. (CAP TARRACO.ICS)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El tabaco es la primera causa de pérdida de salud y de mortalidad prematura evitable. Es uno de los factores de riesgo más importantes de las principales enfermedades cardiovasculares, respiratorias, así como de un número importante de cánceres. Además, la exposición pasiva al humo ambiental del tabaco incrementa el riesgo de cáncer de pulmón en las personas no fumadoras, de enfermedades coronarias y de otras enfermedades respiratorias. La población de referencia del centro es urbana, con 15.788 habitantes. En el año 2013 se generaron en el centro 58 derivaciones a neumología i precisaron continuidad de atención después de ingreso hospitalario o visita a urgencias por EPOC, asma o infección respiratoria un 63,2%.

Dada la influencia del tabaco en estos procesos iniciamos actividades de mejora.

Objetivos: 1. Incorporar políticas proactivas para disminuir el hábito tabáquico en nuestra población
2. Racionalizar las derivaciones a neumología, las visitas a urgencias y los ingresos hospitalarios por asma, EPOC o infección respiratoria.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo de la población con hábito tabáquico identificado

Estudio pre y post de una intervención grupal

1. N Fumadores identificados en la HC
 - a. Hombres
 - b. Mujeres
2. Revisión de las acciones para la disminución del tabaquismo.
 - a. Acciones
 - b. N profesionales que participan en la puesta en marcha
 - c. N estrategias incorporadas a la dinámica del centro
3. Análisis pre y post de una intervención grupal
 - a. N participantes inicial
 - b. Grupo de Edad
 - c. N participantes final
 - d. Evaluación post
 - N participantes en fase de mantenimiento
 - N participantes en fase de acción
 - N participantes en fase de recaída

Resultados Conclusión: Población de fumadores 819

Acciones : Identificación de un profesional enfermero para liderar las intervenciones. (3 profesionales con acciones de liderazgo, todos los profesionales del centro en el cumplimiento de las intervenciones, de detección y consejo).

Incorporación de dicho profesional en el grupo de Trabajo para la Prevención del tabaquismo del Consejo de Colegios de enfermeras y Enfermeros de Cataluña.

Organizar una intervención comunitaria coincidiendo con la SEMANA SIN HUMO se organizó una mesa informativa antitabaco ofreciendo educación sanitaria antitabaco y folletos informativos.

Incorporar al equipo al estudio TABATIC efectividad intervención para el abandono sostenido del tabaquismo.

Diseñar e implementar dos intervenciones grupales anuales con un total de 58 pacientes a los que se realizan 178 visitas individualizadas (mínimo 1, máximo 5).

En el año 2014, participaron 58 pacientes en grupos de deshabituación tabáquica, de los que en la actualidad 45 han dejado de fumar y 13 han recaído.

Este compromiso se ha seguido manteniendo en el 2015 con la implicación directa de otros profesionales. Aprovechar nuestra influencia en los profesionales para la disminución del factor de riesgo cardiovascular en general para la población adulta sedentaria dando consejo de actividad física a 520 personas .

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 608

TÍTULO: PLAN DE MEJORA DE ATENCION SANITARIA, CARTERA DE SERVICIOS COMO HERRAMIENTA DE GESTION DE CALIDAD: 12 MESES, 12 ACCIONES

AUTORES: TORNAY MUÑOZ, ENCARNACIÓN (CENTRO DE SALUD JUNCAL.); GONZALEZ VALLS, A. (CENTRO DE SALUD JUNCAL); MORÁN ESCUDERO, A. (CENTRO DE SALUD JUNCAL); CUBILLO GARCÍA, E. (CENTRO DE SALUD JUNCAL); MARTÍN MARTÍN, M. (CENTRO DE SALUD JUNCAL); ORTEGA CAMBIL, C. (CENTRO DE SALUD JUNCAL)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La comisión de Calidad y Cartera de nuestro centro se plantea elaborar un plan integral "12 meses, 12 acciones" utilizando el ciclo de mejora como herramienta y con la participación proactiva de profesionales del centro.

Objetivos: Mejorar los procesos asistenciales en la atención a: Diabetes, Hipertensión, Anticoncepción, Alcohol, Tabaco, Promoción de salud en Adolescencia e Infancia, Estilos de vida saludable, Riesgo cardiovascular, Vacunación antigripal, Obesidad, Hipercolesterolemia.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: En 2013 nos planteamos trabajar en la mejora de los resultados alcanzados en el cumplimiento de cartera. Aplicando el ciclo de mejora PDCA se implantaron acciones de mejora en formación, información y registro. Evaluando los resultados al año de la implantación. Se priorizaron 12 servicios de cartera y cada mes nos implicamos en mejorar la calidad asistencial de un servicio concreto, aumentando tanto la cobertura como los Criterios de Buena Atención (CBA)

Resultados Conclusión: Cumplimiento 100%:

- Sesiones de formación: científico-técnica, registros
- Recordatorios: correo interno mensual
- Carteles informativos: sala de reuniones de acción mensual y entrada del centro para opiniones de usuarios

Estilos de vida saludable:

Cobertura: anterior 5.48, objetivo 15.40, conseguido 27.25

CriterioBuenaAtencion2: anterior 13.65, objetivo 23.40, conseguido 49.15

Adolescencia:

Cobertura: objetivo 10, conseguido 15.76

CriterioBuenaAtencion2: anterior 12.33, objetivo 29.70, conseguido 60.19

Infancia:

Cobertura: objetivo 57.90, conseguido 59.63

CriterioBuenaAtencion3: objetivo 78.60, conseguido 88.26

Riesgo cardiovascular:

Cobertura: objetivo 10, conseguido 10.96

CriterioBuenaAtencion1: anterior 0.51, objetivo 4,90, conseguido 43.12

Diabetes:

Cobertura: objetivo 88.40, conseguido 88.91

CriterioBuenaAtencion2: objetivo 19.60, conseguido 27.81

Hipertensión:

Cobertura: objetivo 62.10, conseguido 63.53

CriterioBuenaAtencion4: anterior 9.67, objetivo 13.60, conseguido 19.10

Obesidad:

Cobertura: anterior 5.36, objetivo 11, conseguido 17

CriterioBuenaAtencion5: anterior 17.92, objetivo 67.2, conseguido 86.73

Hipercolesterolemia:

Cobertura: anterior 64.66, objetivo 90, conseguido 100.26

CriterioBuenaAtencion3: anterior 1.63, objetivo 13.70, conseguido 22.10

Tabaco:

Cobertura: objetivo 67.80, conseguido 67.75

CriterioBuenaAtencion5: objetivo 2.10, conseguido 7.89

Alcohol:

Cobertura: anterior 19.89, objetivo 43.10, conseguido 42.48

CriterioBuenaAtencion1: objetivo 3.20, conseguido 7.38

Anticoncepción:

Cobertura: objetivo 35.90, conseguido 57.22

CriterioBuenaAtencion3 : anterior 15.59, objetivo 25,40, conseguido 34,69

Vacunación antigripal:

Cobertura: objetivo 47,90, conseguido 49,46

CBuenaAtencion cardio-isquemia: objetivo 52.30, conseguido 52.96

CONCLUSIONES. Objetivos cumplidos mayoritariamente. A mejorar Coberturas y CBA no cumplidos. Experiencia gratificante y productiva. Seguiremos con el proyecto mejorando, manteniendo lo realizado, implementando otros servicios por mejorar.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 609

TÍTULO: NUEVO REGISTRO DE ENFERMERÍA, EN UNA UNIDAD SEMICRÍTICOS, DE UN HOSPITAL COMARCAL.

AUTORES: ROMÁN GÓMEZ, MARTA (HOSPITAL DE MOLLET DEL VALLÉS); DIAZ FERNANDEZ, I. (HOSPITAL DE MOLLET DEL VALLÉS); JOSÉ MARIA DE LA CASA, P. (HOSPITAL DE MOLLET DEL VALLÉS);

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El 12 de Noviembre de 2013, se crea la unidad de semicríticos, constituida por diez camas, dotadas de monitorización continua y posibilidad de monitorización invasiva, capnografía, VM, VMNI, integrada en el Servicio de urgencias. A partir de este momento, surge la necesidad de crear un registro más específico, que permita la recogida de constantes y estado HMD, pero que complemente el plan de cuidados de Virginia Henderson estandarizado, en el resto de unidades del centro, en un formato 24h favoreciendo la continuidad de los cuidados, enfermeros.

Objetivos: - Creación de un registro que permita la recogida del estado hemodinámico del paciente y evolutivo de su estado general. Así como balance de líquidos, control de catéteres, drenajes y otros dispositivos y resultados de pruebas complementarias.
- Implanta

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Ante la necesidad de creación de un nuevo registro de enfermería, se realizó una búsqueda bibliográfica, sobre registros ya funcionantes en unidades de semicríticos.

Se trabajó sobre un documento en el que se englobaran las necesidades de los pacientes, que se pudieran encontrar con inestabilidad hemodinámica y que requirieran de un control estricto, tanto de constantes vitales, como de tratamientos administrados o de parámetros ventilatorios, entre otros. Por ello, se creó, una comisión, formada por enfermeras del ámbito de los cuidados críticos y del área de conocimientos e investigación, en la que se trabajó la creación del registro, pero adaptando la metodología de planificación enfermera, ya estandarizada en el hospital, basada en diagnósticos de enfermería (DI) según el modelo de Virginia Henderson.

En la parte anversa del registro, constan la recogida de constantes vitales, tratamiento, balances, control de drenajes, pruebas y resto de signos clínicos, mientras que en el reverso, se registra el plan de cuidados diario, con los diagnósticos activados y las escalas de enfermería realizadas en la valoración.

Resultados Conclusión: Se han atendido a un total de 665 pacientes, durante el primer año de vida de la unidad, con una distribución por sexos, de 413 hombres, con edad media de 66.7 y 252 mujeres, con edad media de 70,04.

En el 100%, de los casos, se ha cumplimentado el nuevo registro específico de la unidad, unificando en un único documento mayor cantidad de datos útiles para el seguimiento diario del paciente, frente a los anteriores documentos de la unidad, en los que se precisaban de cuatro o cinco registros específicos, que resultarían equivalentes.

El trabajo realizado por enfermería, se registra mejor y se plasman, no solo los datos HMD del paciente, sino también la continuidad del plan de cuidados, planificación de curas en siguientes turnos de trabajo y se favorece el pase de información, manteniendo la continuidad de los diagnósticos activados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 610

TÍTULO: METODOLOGIA LEAN PARA LA ESTANDARIZACIÓN DE CONSULTAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTORES: RUIZ SÁNCHEZ, MIRIAM (ÀREA BÁSICA DE SALUD HOSPITALET CENTRE - SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DELTA DE LLOBREGAT - GERENCIA METROPOLITANA SUR, ICS); ESCUDERO HERNÁNDEZ, M. (ABS PRAT - SAP DELTA DE LLOBREGAT); CIERCO PEGUERA, P. (ABS FLORIDA NORD - SAP DELTA DE LLOBREGAT); CARAMÉS DURÁN, E. (ABS GAVÁ 2 - SAP DELTA DE LLOBREGAT); CALVET CREVILLÉN, E. (ABS GAVÁ 2 - SAP DELTA DE LLOBREGAT); MADRID SEOANE, P. (ABS CENTRE -SAP DELTA DE LLOBREGAT).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En espacios ordenados la atención es más segura y los profesionales trabajan de forma más relajada y eficiente. Actualmente, encontramos en las consultas cúmulos de medicaciones o materiales caducados o aparatos fuera de lugar no localizables cuando son necesarios. Es indispensable ordenar y estandarizar nuestra área de trabajo fomentando la participación de todos los profesionales para garantizar el éxito del proyecto.

Objetivos: Reducir el tiempo de búsqueda de material sanitario para realizar la actividad diaria y mejora del control de estoc y caducidades del material fungible de las consultas de un servicio de atención primaria compuesto por 20 centros de salud.
Aumentar la implicación de los profesionales en el cuidado y mantenimiento de su área de trabajo.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se forma un grupo de trabajo multidisciplinar representativo de cada centro de salud y se les imparte una formación de 20h en metodología LEAN y 40h en metodología de básica de calidad.

Se constituyen por centro grupos de estandarización de consultas liderado por estos profesionales referentes, legitimados a su vez por sus respectivos equipos directivos.

Se determinan la cantidad de material necesario en las consultas: mobiliario, material fungible y material no sanitario.

Se diseñan kits de material utilizado con menor frecuencia: ocular, sondaje, cirugía menor, crioterapia, infiltraciones, vía endovenosa, inhalación, educación sanitaria y agonía. Se almacenan ordenados en cajas en un espacio único de cada planta de fácil localización y acceso exclusivo para los profesionales.

Se elabora un circuito de reposición diaria con un sistema de señalización visual para la inspección de las salas de urgencias, armarios, carros y vitrinas y señalización mediante tarjetas kanban para la apertura de kits y dobles cajones.

Previo inicio de la estandarización se utilizó metodología 5S para hacer limpieza, separación y reorganización de las consultas, formando a todo el personal en metodología 5S y se adaptó la actividad de los centros para facilitar la realización de las tres primeras fases. Durante esta fase se aprovechó para recoger las propuestas de mejora y necesidades de los profesionales respecto a su área de trabajo.

Una vez implantado el sistema, se realizarán auditorias periódicas para garantizar el mantenimiento del mismo.

Resultados Conclusión: Los profesionales que participan en este proceso, en general, muestran buena aceptación a pesar de que, algunos, al inicio se muestran resistentes al cambio. Es gratificante y estimulante ver cómo evoluciona poco a poco su actitud y hábitos cuando ven que sus propias opiniones son tenidas en cuenta y que sus pequeñas propuestas de mejora se implantan en poco tiempo, a la vez que conseguimos espacios más ordenados, eficientes y seguros.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 611

TÍTULO: LA INTEGRACION DEL DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGIA EN EL CENTRO CARDIOVASCULAR SANT JORDI

AUTORES: GONZALEZ ARGUELLO, ANGEL (IDC SALUD CLINICA DEL PILAR - CENTRO CARDIOVASCULAR SANT JORDI); ROBAYO, G. (IDC SALUD CLINICA DEL PILAR - CENTRO CARDIOVASCULAR SANT JORDI); BAGUENA MARTÍNEZ, M. (IDC SALUD CLINICA DEL PILAR - CENTRO CARDIOVASCULAR SANT JORDI)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La unidad de Hemostasia y Trombosis desempeña un rol clave, para los pacientes de cualquier centro médico público y/o privado. Especialmente en centros de referencia para pacientes con patología cardiovascular y tromboembólica. El paciente con patología cardiovascular requiere un enfoque hematológico integral para su mejor abordaje clínico

En el año 2010, desde dirección médica y el departamento de Hematología de nuestro centro, se diseñó un plan estratégico para integrar la figura del Hematólogo al equipo de Cardiología. De este modo se pudo desarrollar un plan de acción y colaborar estrechamente con el departamento de cardiología.

Objetivos: 1-Crear una consulta externa de Hematología.

2-Identificar las diferentes patologías hematológicas en los pacientes cardiovasculares que acudían al control anticoagulante.

3-Analizar las visitas de los pacientes y estudiar los polimorfismos genéticos en la enfermedad tromboembólica.

4-Crear una base de datos única de seguimiento y adherencia en pacientes con anticoagulantes orales directos (DACOS)

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Desde el mes de marzo del año 2010, hemos puesto en marcha una plataforma Informática diseñada para poder centralizar en una misma base de datos, a todos los pacientes que requerían estudio, diagnóstico y tratamiento, así como un seguimiento estrecho, por el departamento de Hematología.

En esta base de datos se registraron los pacientes que posteriormente fueron citados a consultas externas de hematología.

Los pacientes fueron distribuidos en 5 grupos:

Grupo 1, patología de la serie roja, Grupo 2, patología de la serie blanca. Grupo 3, Enfermedad tromboembólica. Grupo 4, Alteración de la función plaquetar y desórdenes de la coagulación. Grupo 5, Control de Adherencia en pacientes con NACOS.

Resultados Conclusión: De las 100.000 visitas realizadas desde marzo del año 2010 hasta febrero del año 2015 en la unidad de Hemostasia y trombosis, fueron remitidas a las consultas externas de hematología a los pacientes identificados y seleccionados según grupos a estudiar.

De los grupos estudiados destacan los pacientes con anemia ferropénica vs anemia hemolítica mecánica, Síndrome mielodisplásicos, Trastornos de la función plaquetar. Trombocitopenias autoinmunes, déficit de factores de coagulación y el grupo tratado con NACOS.

Conclusiones

1-La creación de una consulta externa de hematología en nuestro centro, en paralelo a la unidad de hemostasia y trombosis, fue clave para una mejor atención integral al paciente cardiovascular.

2-La plataforma informática, nos permitió centralizar todos los registros en una única base de datos.

3-El estudio de polimorfismos genéticos de la enfermedad arterial y venosa contribuyó a realizar un análisis predictivo de nuevos episodios tromboembólicos y recomendar el estudio familiar.

4- El registro y seguimiento de los pacientes con DACOS, nos brindó una excelente oportunidad para adquirir y desarrollar una amplia experiencia en este campo.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 612

TÍTULO: ENCUESTAS ON-LINE COMO HERRAMIENTA DE APOYO EN LA ELABORACION DE UN PROGRAMA DE FORMACION CON ACREDITACION ISO

AUTORES: JAVIERRE LORIS, MARIA ANGELES (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE FORMACION Y DESARROLLO PROFESIONAL); GALVEZ ALVAREZ, E. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE FORMACION Y DESARROLLO PROFESIONAL); DENIZON ARRANZ, S. (C.SALUD SEMINARIO. UNIDAD DE FORMACION Y DESARROLLO PROFESIONAL); MONREAL HIJAR, A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE FORMACION Y DESARROLLO PROFESIONAL); PABLO CEREZUELA, F. J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE FORMACION Y DESARROLLO PROFESIONAL); SOLANO BERNAD, V. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DE FORMACION Y DESARROLLO PROFESIONAL).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El equipo de trabajo de nuestra unidad de formación, engloba diferentes perfiles profesionales, responsables de elaborar y gestionar el programa formativo anual del Sector. Estábamos trabajando con un Proceso de Formación Continuada desde el año 2009 pero en la actualidad, hemos obtenido acreditación ISO tras la auditoría externa realizada en 2015.

Objetivos: Describir la herramienta empleada en dos puntos fundamentales de la elaboración del programa formativo: La detección de necesidades formativas para una elaboración dirigida del programa, que permita apoyar en la mejora asociada a la formación recibida y La evaluación de las actividades ejecutadas. Contamos como herramientas para conocer estos datos con dos encuestas elaboradas por los miembros de la ISO

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Las encuesta se han diseñado con google drive. La primera de las encuestas(Evaluación de las actividades) estaba incorporada en la certificación ISO. Esta encuesta se realizará con carácter bienal y será enviada por correo electrónico a todos los profesionales. Es anónima y on-line para facilitar el cumplimiento. Incluye preguntas sobre ubicación de la unidad, conocimiento de las actividades ofertadas; difusión de la actividad, adecuación de contenidos a las necesidades sentidas de los profesionales, la organización y calidad de las mismas. Se interroga también a los profesionales si han sentido que sus aportaciones se han materializado en actividades formativas organizadas en respuesta de una petición de formación específica. Dentro de la ISO, se ha codificado como un Formato incluido en el Procedimiento General Complementario. La segunda encuesta (Detección de necesidades formativas)se elaboró con posterioridad y se incluirá como una revisión B dentro del Proceso operativo de Elaboración del programa formativo. Esta encuesta está diseñada en sus primeras preguntas con respuesta cerrada, para detectar los temas generales de formación. Incluye selección de áreas por competencias (clínicas/no clínicas), competencias en gestión administrativa, formación en mandos intermedios, habilidades de comunicación, mantenimiento, hostelería....En los ítems seleccionados también se solicita opinión sobre la preferencia horaria y tipo de curso (mañanas/tardes/on-line).Las últimas preguntas de la encuesta se formulan a texto libre para que los profesionales puedan indicar actividades más específicas dirigidas a sus servicios con diseños personalizados o con necesidades de contratación de proveedores externos de formación

Resultados Conclusión: Esperamos recoger con estas encuestas las necesidades reales de formación que pueden tener nuestros profesionales diana para diseñar un plan de formación que pueda dar respuesta a las acciones más prioritarias y estratégicas del sector.

Buscamos también un feed-back de las actividades que nos permita analizar las incidencias relacionados con ellas, favoreciendo la mejora continua del programa de Formación, desde su diseño hasta el cierre de cada una de las actividades.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 613

TÍTULO: ESTRATEGIA MULTIMODAL PARA LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN DEL DOLOR BASADA EN EL PDCA

AUTORES: SAINZ DE LOS TERREROS SOLER, LOURDES (HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE); CARNERO GONZÁLEZ, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE); CABRERA MIRANDA, L. P. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE); ESCOBAR LAVELA, J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE); CARRION GALINDO, R. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE); IBAÑEZ PARDO, M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En un hospital el abordaje del dolor y su tratamiento debe ser multidisciplinar pues puede afectar a todas las especialidades y procesos. Por ello, y dado que nuestro hospital no cuenta con unidad de dolor, la creación de los comités de atención al dolor en el año 2012, como un objetivo institucional, supuso una oportunidad de mejora en la gestión de la atención al dolor en nuestro centro.

Objetivos: Planificar la gestión de la atención del dolor basándose en la metodología de mejora continua PDCA.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Basándose en la metodología de mejora continua se diseñó un programa multimodal para mejorar la gestión de la atención al dolor. Inicialmente se identificaron las principales áreas de trabajo a abordar. Se definieron los objetivos para cada una de esas áreas, sus indicadores y las metas a alcanzar.

Resultados Conclusión: Se identificaron 5 áreas de trabajo prioritarias: Gestión de la atención al dolor, sensibilización, formación e información, disponibilidad de protocolos, desarrollo de herramientas informáticas y evaluación de la atención al dolor. Para cada una de ellas se definieron un total de 22 objetivos con su correspondiente indicador, meta a alcanzar, responsable y plazo para su consecución. Actualmente se han implantado el 73% de los objetivos.

Destacando entre ellos, el desarrollo de herramientas informáticas para incluir el dolor como 5ª constante y un cuadro de mando para monitorizar el cumplimiento de su evaluación, la informatización de los protocolos de tratamiento del dolor para mejorar la seguridad del paciente, acciones de sensibilización en el 100% de las unidades de hospitalización y formación al 100% de los servicios quirúrgicos y al 60% del personal de enfermería de hospitalización.

La aplicación de herramientas de calidad a la gestión del comité de atención al dolor nos ha exigido un esfuerzo de planificación inicial que ha permitido agilizar posteriormente su actividad así como, poder monitorizar sus resultados y planificar acciones de mejora.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 614

TÍTULO: ¿QUÉ INFORMACIÓN DEBEN SABER LOS PACIENTES AL SOMETERSE A UNA PRUEBA RADIOLÓGICA? PACIENTES VS PROFESIONALES

AUTORES: GUILABERT MORA, MERCEDES (UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ); CARRILLO MURCIA, I. (UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ); GONZÁLEZ ÁLVAREZ, I. (HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN); VILAR SAMPER, J. (HOSPITAL DOCTOR PESET); HERNÁNDEZ AGUADO, I. (UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ); LUMBREAS LACARRA, B. (UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Las técnicas que utilizan rayos X son, con la medicina nuclear, la mayor fuente de exposición en población general a la radiación no natural en países occidentales. El profesional sanitario debe informar al paciente del balance riesgo/beneficio que tendrá la prueba radiológica, de tal manera que le permita ser copartícipe de la decisión.

Objetivos: Identificar desde el punto de vista de los pacientes atendidos en los servicios de radiología y de los profesionales demandantes de pruebas radiológicas, qué elementos definen la información necesaria que necesitan los pacientes al someterse a una prueba radiológica.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se aplicó como técnica cualitativa el grupo focal, realizando 4 grupos de pacientes y 2 grupos de profesionales en 2 hospitales: San Juan de Alicante y Dr Peset de Valencia. Los criterios de inclusión: tener más de 16 años y menos de 90 y pertenecer administrativamente (por medio de su SIP) a los departamentos de salud 10 o 17. En el caso de los profesionales el criterio de inclusión era el de pertenecer a un servicio demandante de pruebas radiológicas. En la conducción de las técnicas se respetaron los elementos que aseguran su validez y fiabilidad a partir de la triangulación (trabajando con diferentes grupos de pacientes y profesionales con un guion similar) y con la saturación de la información (puntos de vista coincidentes). Analizando el discurso, se establecieron categorías de agrupación mutuamente excluyentes conforme al guion de trabajo elaborado.

Resultados Conclusión: Participaron 20 pacientes, 12 mujeres y 8 hombres, de edades entre 19 y 75 años. En el caso de los profesionales fue de 9 hombres y 13 mujeres. A partir del análisis del discurso se definieron 4 categorías mutuamente excluyentes: información sobre los riesgos de la prueba, formato de la información que se presenta la paciente, descripción de la prueba e información sobre pruebas alternativas. Las ideas que recibieron una mayor valoración fueron: información sobre los riesgos y beneficios, información en formato oral y escrito, posibilidad de poder llevar un control mediante una cartilla de radiación o incluir la información en la historia clínica, lenguaje claro sin tecnicismos, información gráfica o incluso mediante viñetas, e información sobre alternativas a la prueba. A juicio de pacientes y profesionales, como elementos fundamentales en la información que se le ha de dar a un paciente destacan: un mayor contenido de la información acerca de la técnica puesto que actualmente la información es prácticamente nula, los términos en los que se debe dar la información han de cumplir los criterios de sencillez, claridad y sin tecnicismos acompañado de formatos gráficos. La inclusión de los riesgos junto a alternativas diagnósticas así como cuantificar la exposición acumulada son elementos valorados de forma positiva.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 615

TÍTULO: METODOLOGIA LEAN PARA GESTIÓN DE COLAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: BRAVO CORRALES, JOSE LUIS (UNIDAD DE GESTIÓN VILADECANS-SANT CLIMENT); ORTEGA TAMAYO, R. (UNIDAD DE GESTIÓN VILADECANS-SANT CLIMENT); BALAGUER DOMINGUEZ, X. (UNIDAD DE GESTIÓN VILADECANS-SANT CLIMENT); DEL PINO CASTRO, S. (UNIDAD DE GESTIÓN VILADECANS-SANT CLIMENT); JIMENEZ RUIZ, M. C. (UNIDAD DE GESTIÓN VILADECANS-SANT CLIMENT); ALCAIDE JORDAN, P. (UNIDAD DE GESTIÓN VILADECANS-SANT CLIMENT).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En un entorno cambiante donde aparecen nuevos escenarios de relación entre los ciudadanos y la administración consideramos indispensable reformular la prestación del Servicio de la Áreas de Atención al Ciudadano.

La metodología Lean permite disminuir los errores y el tiempo de proceso y mejorar la calidad del servicio, aumentando la eficacia y la eficiencia, sin incrementar la presión sobre los profesionales

Objetivos: Detectar desperdicios que afecten a los niveles de resolución y eficacia de la Unidades de Atención al Ciudadano

- Rediseñar el funcionamiento de las Unidades
- Potenciar la gestión en back office (no presencial)
- Mejorar la atención personalizada incorporando factores que aporten valor añadido

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Se identifican Áreas de Atención al Ciudadano de los equipos Atención Primaria con más afluencia de pacientes.

Se planifica una semana de observación directa incorporando metodología Lean para gestión de colas.

Los indicadores recogidos hacen referencia al tipo de gestiones, frecuencia y picos de actividad, comportamiento de las colas y tiempo de proceso entre otros.

Se constituye un grupo de trabajo integrado por el referente de calidad de la unidad, profesionales del Área de Atención al Ciudadano implicada y un miembro de la dirección.

Se presentan las conclusiones del grupo al resto del equipo y se aplican con carácter inmediato aquellas que no afectan a otras áreas de actividad del equipo.

Se valora su efectividad y se presentan al resto del equipo con la finalidad de hacerlas extensivas.

Resultados Conclusión: Finalizada la semana de observación el grupo de trabajo abordara la reingeniería de los procesos mas ineficientes.

La semana de observación directa ha identificado desperdicios relacionados con desplazamientos innecesarios de profesionales y pacientes, sobreproducción, tiempos de espera excesivos, y deficiencias en el proceso.

El volumen y la variabilidad de trámites y gestiones que se realizan desde estos puntos de atención hace imprescindible actuar proactivamente para resolver las demandas de los ciudadanos.

Los equipos de trabajo formados por los responsables de proceso, pueden ofrecer la visión de todo el flujo de valor y poseen las habilidades y conocimientos necesarios con autonomía para poner en práctica las acciones de mejora, garantizando la credibilidad del proyecto y la implicación del resto de profesionales en el momento de aceptar un cambio en el procedimiento.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 616

TÍTULO: MEJORA DE LA ATENCIÓN AL TRAUMA GRAVE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO

AUTORES: MUÑOZ MORATO, MARCOS (SUMMA 112); COLOMER ROSAS, A. (SUMMA 112); MARTINEZ GOMEZ, J. (SUMMA 112); MALLO PEREZ, J. (SUMMA 112); ROS GARCÍA, V. (UNIVERSIDAD MURCIA MEDICINA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El Trauma Grave (TG) constituye la primera causa de muerte en la población menor de 40 años, con una mayor incidencia en edades comprendidas entre los 18 y 44 años, y la tercera en cuanto a mortalidad general. El 2º pico de mortalidad (55-60%) acontece en las primeras horas. Un tercio de las muertes pueden ser prevenidas por una asistencia prehospitalaria correcta

Objetivos: Objetivo principal: Mejorar en la Atención al Paciente con TG asistido por nuestro servicio.

Objetivos secundarios:

Promover cultura de la calidad.

Implantación del ciclo PDCA aplicado a este proceso asistencial

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio del Universo de los incidentes de TG durante el año 2014 en un SUE. Se presentan los resultados preliminares de una muestra de 64.

- Protocolo de la Atención al Trauma Grave del Servicio de Urgencia Extrahospitalario (SUE) que define criterios y estándares de correcta atención.

- Fichas e informes clínicos asistenciales (ICA) de los TG atendidos por los recursos asistenciales (Soporte Vital Avanzado) durante 2014 en el SUE.

- Muestra de 64 casos de TG (CIE 9) de los 712 ocurridos en 2014. Muestreo aleatorio simple.

- Evaluación de los tiempos de respuesta objetivo y resto de ítems del Protocolo establecido por el SUE.

Proyecto basado en un Ciclo de Mejora PDCA sobre la Atención al TG.

Evaluación de la calidad de la atención a través de auditoría de las Fichas e ICA valorando el cumplimiento de los estándares definidos para cada criterio:

- Identificación de Oportunidades de Mejora.

- Elaboración de propuestas de mejora: Grupo de 7 expertos.

Resultados Conclusión: Los ítems estudiados relativos a tiempos, registros, codificación y transferencia se cumplen en la mayoría de los incidentes evaluados. Se identifican las siguientes oportunidades de mejora en algunos de los casos:

- Retrasos en tiempos con relación al estándar.

- Tiempo de atención superior en pacientes atrapados.

- En ocasiones el recurso asistencial no da el estatus.

- En ocasiones no aparece registro de preaviso hospitalario.

- Inexactitudes en codificación

- Fallos de registro o con fallos en casos de Incidentes de Múltiples Víctimas con patología compleja.

Propuestas de Mejora: Acciones orientadas a reforzar el seguimiento del protocolo y de los procedimientos: comunicación, participación en actualización, jornadas. Actividades de formación específica.

Simulacros y maniobras conjuntas con otros Servicios de Emergencia.

Implantación de nuevas tecnologías (métodos de inmovilización y equipos de diagnóstico in situ)

Mejoras en la infraestructura informática y de comunicaciones.

Revisión de forma sistemática isócronas de los recursos avanzados y sectorizaciones.

CONCLUSIONES

Los resultados preliminares arrojan una óptima atención al TG en base al protocolo e identifican algunas oportunidades de mejora relativas a tiempos y registros fundamentalmente. Tras el análisis del universo, y nueva identificación de oportunidades de mejora y propuestas el objetivo es implantarlas y hacer una reevaluación a los 6 meses.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 617

TÍTULO: LA IDENTIFICACION ACTIVA DE PACIENTES, ES COSA DE TODOS?

AUTORES: LLINAS VIDAL, MONTSERRAT (HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON); DEL OSO MORAN, J.. (HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON); ANGLÉS COLL, R. (HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON); GARCIA DE LOS SANTOS, N. (HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON); MARINE PARRA, M. (HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON); IGLESIAS GARCIA, F. (HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En el HUVH, desde el 2011 se propone la mejora en el proceso de identificación de pacientes. En el HUVH, los errores de identificación han supuesto el 13% de los incidentes notificados a nuestro sistema (TPSC Cloud®), entre 2011-2014. En nuestro Hospital la pulsera de identificación fue introducida en el 2000, llevándose a cabo evaluaciones periódicas a pacientes mediante dos cortes de prevalencia anuales por observación directa. Un 98,7% de pacientes de media estaban correctamente identificados. Sin embargo existían muchos inconvenientes con el modelo de que se disponía así como escasa cultura de utilización por parte de los profesionales, como validación de la información del paciente.

Objetivos: Asegurar la identificación activa del paciente (IAP) y mejorar la cultura de Seguridad entre profesionales, familiares y pacientes.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Diseño e implementación de diversas estrategias multifactoriales

Resultados Conclusión: A través de los materiales formativos elaborados por los referentes de Seguridad desde el 2012-2014, se han formado en la IAP 618 profesionales de diferentes colectivos con talleres formativos y utilizando técnicas de asignación de roles (role play) para simular diferentes situaciones asistenciales de IAP. La práctica reflexiva posterior entre los asistentes, facilitaba la integración de los conocimientos de los diferentes aspectos del protocolo, existiendo un alto grado de satisfacción por la información recibida. Desde el 2012 se lleva a cabo una evaluación por observación directa de aquellas Unidades previamente formadas en relación a si cualquier profesional que lleva a cabo una serie de actuaciones de riesgo (según recoge el protocolo), realizaba una identificación activa. Los resultados obtenidos fueron del 32% al 2012, del 41% al 2013, y del 38% en el 2014. Durante 2013-2014 se diseña un nuevo circuito estandarizado en todo el Hospital, que identificaba como primer profesional que entra en primer contacto con el paciente y que debe colocar la pulsera, al personal administrativo de Urgencias y admisión de pacientes, llevándose a cabo 4 sesiones formativas a 64 administrativa/os. En el 2014 se elabora un nuevo protocolo adaptado al Hospital. Así mismo se diseña y elabora pósteres de información para los profesionales sobre el procedimiento de IAP (ingresado/ambulatorio), y unos trípticos informativos para el paciente (adulto/pediátrico) sobre la importancia de estar correctamente identificado. A finales del 2014 se introduce un nuevo modelo de pulsera de identificación con mejores prestaciones. **CONCLUSIONES:** El conjunto de estrategias multifactoriales ha permitido mejorar la cultura de Seguridad, aunque es necesario mejorar los resultados de la IAP, aspecto con más dificultad de instaurar como práctica habitual, e instaurar la identificación automatizada de los pacientes mediante lectura de código de barras, y sobre todo incorporar al usuario y familia en el proceso de identificación como sujetos activos, para que la identificación sea una labor de todos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 618

TÍTULO: TRATAMIENTO TERAPÉUTICO DURANTE EL INGRESO: INFORMACIÓN AL PACIENTE

AUTORES: EL HILALI MASÓ, NADIA (IDC SALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR); MATA HAYA, L. (IDC SALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR); ALTIMIRAS RUIZ, J. (IDC SALUT HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La seguridad del paciente es una de las líneas estratégicas de actuación contemplada en el Pla Nacional de Salut i por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Constituye una de las inquietudes de los profesionales sanitarios.

La ley de autonomía del paciente promueve la participación de éste en su cuidado. La declaración de Barcelona de las Asociaciones de pacientes es clara en sus 10 puntos, referidos en conjunto a la información y democratización en las decisiones, centrándolas en el paciente.

El paciente hoy tiene un mayor nivel educativo y acceso a la información, es más autónomo e interesado en participar en las decisiones que afectan a su salud. Hay un gran cambio desde la relación paternalista médico-paciente a la actualidad

La comunicación eficaz con el paciente, y el hecho de que esté bien informado reduce el riesgo de aparición de eventos adversos, de manera especial durante el proceso de uso del medicamento a lo largo de su hospitalización en un centro sanitario. Es bien sabido que estos acontecimientos pueden influir en la calidad de la asistencia del paciente y resultado de ésta (complicaciones, secuelas, aumento de la duración de la estancia en el hospital, etc...)

Objetivos: Valorar la importancia de la comunicación con el paciente para aumentar la seguridad del paciente y de los profesionales

Evaluar la percepción que tiene el personal encuestado de la seguridad del paciente y la suya propia en el uso del medicamento

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Un grupo de trabajo conjunto de enfermería y farmacia elaboró un cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos de los pacientes ingresados en nuestro centro sobre la medicación que toman en casa y la necesidad-interés en recibir más información durante el ingreso.

Resultados Conclusión: De los pacientes entrevistados (89), sólo el 9% no tomaba ninguna medicación en el domicilio. El 29,5% no recordaba ninguno de los medicamentos que tomaba.

El 80% de los entrevistados utilizaba algún elemento de ayuda para recordar la medicación que toma. Durante el ingreso, el 30% de los pacientes no sabía qué medicación estaba tomado. De éstos, al 44% le gustaría recibir más información de los medicamentos que toma.

A partir de estos datos, se amplió el enfoque a la seguridad del paciente y de enfermería. Para ello, se confeccionó un cuestionario destinado al personal de enfermería. A través de 5 puntos se valoran los puntos más destacados de los resultados del estudio anterior: aspectos que el personal que está en contacto con el paciente considera más importantes para reforzar la seguridad en el uso del medicamento.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 619

TÍTULO: INTERCONSULTAS NO PRESENCIALES ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN ÁLAVA

AUTORES: BACIGALUPE ARTACHO, MARIA TERESA (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ARABA); ESTÉBANEZ CARRILLO, M. M. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ARABA); YUSTE MUÑOZ, S. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ARABA); BARRIOLA LERCHUNDI, M. T. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ARABA); MEDRANO LAPORTE, J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ARABA); LARRAÑAGA GARITANO, J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ARABA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La interconsulta no presencial es un canal de comunicación electrónico incorporado en la Historia Clínica Electrónica de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Permite el intercambio de información clínica entre especialistas y facultativos de diferentes niveles asistenciales.

Objetivos: El objetivo del estudio fue analizar la evolución temporal de consultas no presenciales realizadas desde los centros de salud de la comarca Araba hacia los servicios médicos y quirúrgicos del Hospital Universitario de Araba.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Es un estudio descriptivo que analiza la incidencia mensual de interconsultas no presenciales generadas en todos los centros de salud de la comarca araba desde su implantación hasta la fecha; septiembre 2013-Diciembre 2014. Los datos se obtuvieron de los sistemas de información corporativos a partir de las citas programadas por la Unidad de Gestión de Pacientes del HUA. Se seleccionaron aquellas solicitudes de consulta identificadas como "no presenciales" y, en cumplimiento de la LOPD, únicamente se analizaron datos administrativos anónimos: centro solicitante, servicio receptor de la ICNP y fecha de la solicitud.

Resultados Conclusión: En el periodo del estudio (16 meses), los servicios médicos y quirúrgicos del HUA recibieron 14.797 ICNP (12.102 de comarca Araba y 2.695 de las diferentes sedes y servicios del propio HUA). La distribución por centros de salud solicitantes fue: Ambulatorio Olaguibel: 1475, C.S. San Martín 1338, C.S. Sansomendi 1101, C.S. Lakuabizkarra 1026, C.S. Gazalbide 726.). Los servicios del HUA más solicitados mediante este canal fueron: Digestivo 2446, Traumatología 2420, Ginecología/obstetricia 1605, Endocrinología 979, y Respiratorio 736. El análisis temporal reveló una tendencia al alza de 49 consultas mensuales (coeficiente r2: 0.59).

En nuestro medio, la ICNP es medio de comunicación entre facultativos de diferentes niveles asistenciales que podría reducir el número de derivaciones e interconsultas tradicionales, mejorando la continuidad asistencial.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 620

TÍTULO: VENOPUNCIÓN VERSUS PUNCIÓN DEL TALÓN PARA REALIZAR EL CRIBAJE DE METABOLOPATÍAS EN RECIÉN NACIDOS

AUTORES: CONTESSOTTO SPADETTO, CLAUDIO (HOSP. UNIV. LOS ARCOS DEL MAR MENOR); ANDREU GOMEZ, A. B. (HOSP. UNIV. LOS ARCOS DEL MAR MENOR); ARQUES GONZALEZ, M. D. (HOSP. UNIV. LOS ARCOS DEL MAR MENOR); CRIADO MARTINEZ, R. (HOSP. UNIV. LOS ARCOS DEL MAR MENOR); IBARRA MARTINEZ, C. (HOSP. UNIV. LOS ARCOS DEL MAR MENOR); PILLAJO SINAILIN, M. (HOSP. UNIV. LOS ARCOS DEL MAR MENOR).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La punción del talón es la técnica estándar para obtener muestras de sangre de los recién nacidos para la detección de enfermedades endocrinas y metabólicas congénitas. Han sido propuestas diferentes modalidades para atenuar el dolor asociado a este procedimiento, aunque tales medidas se aplican sólo esporádicamente en nuestros centros sanitarios y, en general, no existe un método óptimo conocido de alivio del dolor.

La evidencia científica reciente indica que la venopunción (VP) efectuada por un profesional capacitado causaría menos dolor que la punción del talón (PT). Sin embargo, los ensayos que aportan pruebas en tal sentido han sido llevados a cabo en entornos culturales y profesionales distintos al nuestro, utilizan diferentes escalas de evaluación del dolor neonatal y otras medidas de resultado que no nos son familiares, y no están exentos de defectos metodológicos que inducen a ser prudentes antes de extrapolar sus conclusiones a nuestro medio.

Objetivos: El objetivo principal de nuestro estudio es comparar la respuesta al dolor asociado con dos diferentes métodos de extracción de sangre (la VP versus la PT) en recién nacidos a término atendido en nuestro hospital.

Los objetivos secundarios son comparar la necesidad de repetir la toma de muestras de sangre, la existencia de eventuales efectos adversos de estas técnicas y el tiempo de obtención de las muestras.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Ensayo controlado con asignación aleatoria por bloques a los grupos de estudio, en el que se compara la respuesta al dolor asociado con la VP versus PT.

Se estudia un total de 212 recién nacidos a término sanos (106 en cada coorte), a los que se les extrae sangre para el cribaje de metabolopatías congénitas, según las recomendaciones actuales del Centro de Bioquímica de referencia (a partir de las 24 horas de vida).

Tipo de intervención: VP o PT. Ambas poblaciones de recién nacidos reciben 1 ml de una solución de dextrosa al 25% por vía oral, con jeringa estéril, 1-2 minutos antes del procedimiento. Las técnicas son llevadas a cabo por múltiples operadores, todas ellas enfermeras del hospital.

Los resultados se miden mediante la combinación de una escala de valoración conductual de dolor validada (Neonatal Infant Pain Score [NIPS, Lawrence 1993]) y registro pulsioximétrico de frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno durante el procedimiento.

Resultados Conclusión: Respuesta al dolor (puntuación escala NIPS): PT = 4.46; PV = 1.05 (p>0.001).

Tiempo empleado para la toma de la muestra (segundos): PT = 190; PV = 61.

Las variaciones de la frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno durante el estímulo doloroso fueron significativamente más elevadas en la PT, así como el número de punciones cutáneas necesarias. Hubo 4 hematomas en el sitio de punción venosa, sin diferencia significativa con respecto a la PT.

La conclusión de nuestro estudio es contundente en cuanto a las ventajas de la PV con respecto a la PT: menos dolor para el neonato y más facilidad y rapidez de ejecución de la técnica.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 621

TÍTULO: NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD

AUTORES: PINO DOMÍNGUEZ, LARA (SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD); REBOLLO RODRIGO, H. (SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD); VALLE MADRAZO, T. (SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD); ANSORENA POOL, L. (SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con la colaboración del Instituto Universitario Avedis Donabedian ha desarrollado en 2009 un Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). El objetivo del SiNASP es mejorar la Seguridad de los Pacientes (SP) a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes. El énfasis principal está en el aprendizaje para la mejora.

Cantabria, a través de la Subdirección de Desarrollo y Calidad Asistencial del Servicio Cántabro de Salud (SCS), se adhirió a este proyecto en Marzo de 2012. Actualmente está implantado en todos los hospitales del SCS y en un Área Sanitaria de la Gerencia de Atención Primaria.

Objetivos: Analizar las notificaciones realizadas en el SiNASP desde su implantación (marzo 2012) hasta la actualidad.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Los principios básicos del SiNASP son: notificación voluntaria, no punibilidad, confidencialidad de la información y notificación anónima o nominativa con deidentificación de datos. Las notificaciones se realizan mediante la cumplimentación de un cuestionario online (www.sinasp.es). El análisis de las notificaciones y la implementación de mejoras se llevan a cabo a nivel de centro sanitario. Hay un gestor principal en cada uno de los hospitales del SCS, y un gestor de área sanitaria en atención primaria, además de un núcleo de seguridad multidisciplinar en cada uno de los centros sanitarios, que son los que se encargan de la gestión de las notificaciones. Además, hay dos gestoras a nivel de CCAA. Los incidentes notificados se clasifican en función del riesgo utilizando una adaptación de la matriz del "Severity Assessment Code". La metodología de análisis de los incidentes depende del tipo de riesgo: los de riesgo severo y alto se analizan mediante ACR y el resto de incidentes mediante análisis de casos agregados.

Resultados Conclusión: Desde la implantación del SiNAPS en el SCS, se han notificado 628 incidentes (615 en hospitales y 12 en centros de salud) de los cuales ya se han gestionado 589. El 33,16% de los incidentes ocurrieron en las unidades de hospitalización, un 21,99% en las UCIs y 14,65% en el bloque quirúrgico. Las notificaciones fueron realizadas en su mayoría por profesionales de enfermería (47,37%) y médicos (21,99%).

Los incidentes más frecuentes fueron los relacionados con errores en la medicación (15,49%), seguidos por los de gestión organizativa y recursos (13,72%) e identificación (12,39%). Hay que señalar que un 43,80% de los incidentes notificados llegaron al paciente, aunque la mayoría no le produjeron daño.

A raíz de los incidentes notificados se han llevado a cabo más de un centenar de acciones de mejora en los centros del SCS.

Se proporciona feedback de la información recogida y de los resultados del análisis a los profesionales mediante: intranet, alertas de seguridad, boletines, sesiones, jornadas, etc.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 622

TÍTULO: INNOVACIÓN EN LA GESTIÓN DE PEDIATRAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: GARRIGA BADIA, AURORA (CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA IGUALADA NORD. CONSORCIO SANITARIO DE LA ANOIA); JOU TORRAS, C. (SERVICIO PEDIATRÍA HOSPITAL DE IGUALADA. CONSORCIO SANITARIO DE LA ANOIA); GONZALEZ ZOBL, G. (MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA. CONSORCIO SANITARIO DE LA ANOIA); COLAVITA DOMENICO, C. (CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA IGUALADA NORD. CONSORCIO SANITARIO DE LA ANOIA); MINAYA POLANCO, B. (CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA IGUALADA NORD. CONSORCIO SANITARIO DE LA ANOIA); GRUDEN, M. (CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA IGUALADA NORD. CONSORCIO SANITARIO DE LA ANOIA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El Consorcio Sanitario de la Anoa (CSA) es una Organización de Salud Integrada (OSI) con Hospital de Agudos (HA), Socio Sanitario, Salud Mental, que desde el 2010 cuenta con un Centro de Atención Primaria (CAP). El proyecto de atención de la población pediátrica del CAP se planteó con una plantilla de 3 pediatras.

La baja disponibilidad de pediatras para trabajar en Atención Primaria (AP) fue una dificultad que se superó con un modelo de gestión integrador entre el Servicio de Pediatría del HA y el CAP del CSA.

Objetivos: Describir un modelo innovador de gestión de pediatras en AP con más de cuatro años de experiencia implantado en una OSI.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: La Dirección del CAP apuesta por disponer de pediatras especialistas en la AP. Esto generó la propuesta de coordinación entre AP y el Servicio de Pediatría del HA. Se trabajó las necesidades del área de pediatría del CAP y se revisó la contratación de especialistas en pediatría en AP vs HA del territorio. Las necesidades del CAP requerían disponer de mínimo un pediatra en el centro, en horario de atención al público.

Se ofrecieron tres contratos de pediatría con condiciones laborales del HA para realizar actividad en AP y pagado desde el CAP. Los pediatras forman parte del Servicio de Pediatría del HA y este se responsabiliza de cubrir las necesidades del CAP aplicando el modelo de HA de bolsa de horas para autocobertura.

Los pediatras del CAP realizan una jornada semanal reducida de 35 horas en AP y acumulan 3 horas semanales para autocobertura en AP o guardias en HA los sábados. Participan en sesiones y formación como cualquier otro pediatra del HA.

En caso de falta de pediatra en el CAP (congresos, vacaciones...), hay autocobertura de pediatras del CAP o el Servicio de Pediatría del HA facilita otro pediatra. Por lo que el servicio siempre está cubierto por pediatras.

Resultados Conclusión: Disponemos de resultados de calidad asistencial en AP basados en la accesibilidad, el índice sintético de los Estándares de Calidad Asistencial del equipo de pediatría o los resultados en salud pediátricos marcados por el contrato con el sistema de salud de la Comunidad Autónoma y el CAP.

La Dirección del CSA, del Servicio de Pediatría de HA y del CAP valoran de manera positiva este modelo por la mejora de la continuidad asistencial y de coordinación. Los pediatras contratados han realizado proyectos de coordinación asistencial con la AP (inmunoalergia, dermatología, obesidad o neumología pediátrica). A pesar de no tener quejas ni reclamaciones de los usuarios de pediatría de AP se debería evaluar su satisfacción y la de los profesionales de AP con este modelo de gestión. Además, se debería evaluar la eficiencia del modelo.

Creemos que introducir políticas en las organizaciones o en los territorios que favorezcan la colaboración y contratación de recursos entre unidades productivas de salud puede ser una vía para superar dificultades de contratación, mejorar la eficiencia del sistema y la continuidad de la atención sanitaria.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 623

TÍTULO: PROMOCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD

AUTORES: REBOLLO RODRIGO, HENAR (SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD); PINO DOMÍNGUEZ, L. (SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD); VALLE MADRAZO, T. (SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD); CÁMARA CASCALES, E. (SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD); LANZA MARÍN, R. (SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD); FERNÁNDEZ CARRAL, G. (SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: En el proceso de atención al paciente participa todo el personal, independientemente de su categoría profesional. Por lo tanto, todos podemos mejorar la seguridad en nuestra actividad para lograr minimizar errores.

Este curso pretende concienciar e implicar a todos los trabajadores de los centros del Servicio Cántabro de Salud (SCS), de la necesidad de implantar todas aquellas medidas que permitan mejorar la seguridad de los pacientes (SP) que atendemos.

Objetivos: Promover una cultura de SP, en todos los profesionales que desarrollan su actividad en el SCS.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Curso online de 14 horas de duración, dirigido a todo el personal de instituciones sanitarias del SCS. El curso estuvo disponible del 1 de septiembre al 31 de diciembre de 2014. Se realizó a través de la plataforma SOFOS (<http://sofos.scsalud.es/>) y la metodología docente empleada incluyó: documentación PDF, presentaciones PowerPoint, recursos online, videos y bibliotecas virtuales.

Esta actividad formativa se componía de dos módulos. Un primer módulo (común para todos los alumnos) que consistió en una introducción sobre la SP y una exposición de la Estrategia de SP en el SCS. El segundo módulo estaba diseñado para cada grupo. Se establecieron 3 grupos de profesionales: 1) asistenciales (profesionales sanitarios, celadores y técnicos), 2) personal de mantenimiento y 3) de gestión. La finalidad de este módulo era cubrir los conocimientos específicos y reforzar actitudes seguras en la actividad diaria de cada grupo de profesionales. Los contenidos para asistenciales fueron: higiene de manos, identificación segura de pacientes y muestras, movilización y traslado de pacientes, patógenos multirresistentes, precauciones universales y aislamientos. El módulo de mantenimiento estaba compuesto por los temas de: higiene de manos y bioseguridad ambiental. Para el personal de gestión se incluyeron aspectos relacionados con: higiene de manos, identificación segura de pacientes y documentación, y la ley de protección de datos.

Se verificó la comprensión de la parte teórica con exámenes tipo test de cada módulo. Para superar los test fue necesario obtener al menos el 80% de respuestas correctas.

El curso estaba acreditado para profesionales sanitarios con 1,7 créditos por la Comisión de Formación Continuada de Cantabria, y acreditación horaria para el resto de profesionales.

Resultados Conclusión: El nº de alumnos inscritos fue de 3726, de los que 3425 han finalizado y aprobado el curso (76,40% asistenciales, 21,81% de gestión y 1,31% de personal de mantenimiento), lo que representa un 38,05% de los profesionales del SCS.

Al finalizar el curso, se realizó un cuestionario de satisfacción en el que se valoraron aspectos relacionados con: contenido temático, metodología, organización, utilidad, aula virtual y profesorado. La satisfacción global con el curso fue mayor de 8 (sobre 10) para todos los grupos de profesionales.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 625

TÍTULO: NUEVOS ROLES PROFESIONALES: CONSULTA DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ÁLAVA

AUTORES: RAMÍREZ SAMANIEGO, MARIA LOURDES (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ARABA); GARITANO TELLERIA, M. B. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ARABA); INCHAUSTI ARTESERO, E. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ARABA); ALVAREZ MOREZUELAS, N. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ARABA); GURBINDO MARTÍNEZ, D. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ARABA); ITURRIETA MURGUIONDO, A. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ARABA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los nuevos roles en enfermería promueven la capacitación en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y en la implantación de programas de salud. En Álava, la creación de un edificio de consultas externas ha permitido la unificación y centralización de toda la atención ambulatoria especializada y el desarrollo de consultas monográficas de enfermería.

Objetivos: Analizar la evolución en el número de consultas de enfermería en el nuevo edificio de consultas externas del Hospital Universitario de araba. Comparar las tendencias entre las diferentes especialidades.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Es un estudio monocéntrico descriptivo que describe la incidencia mensual de citaciones en consultas monográficas de enfermería durante el periodo enero-diciembre 2014. Las citas se diferenciaron por especialidad, agenda y tipo (primeras y sucesivas). Los datos se obtuvieron de los sistemas de información corporativos a partir de las citas programadas por la Unidad de Gestión de Pacientes del HUA.

Resultados Conclusión: En el momento actual, 11 especialidades médico-quirúrgicas disponen de 28 agendas de enfermería monográficas: (Endocrinología: 4, Urología: 4, Ginecología/obstetricia: 2, Reumatología: 1, Pediatría: 5, Nefrología: 1, Neurología: 1, Alergia: 1, Digestivo: 3, ORL: 1, Oftalmología: 1, Cirugía General: 1, Dermatología 1). En el año 2014, se realizaron 388.026 consultas, de las cuales 6938 fueron consultas de enfermería (endocrinología: 5759, Urología: 382, Ginecología/obstetricia: 213, Reumatología: 180, Pediatría: 159, Nefrología: 93, Neurología: 71, Alergia: 40, Digestivo: 33...). Respecto al total de consultas, la consulta de enfermería supuso un 1,78%. El primer semestre fue el que registró mayor actividad, alcanzando un 5,98 % del total en el mes de enero. La especialidad de endocrinología representó el 83% del total de consultas de enfermería.

En conclusión, la consulta especializada de enfermería es una prestación consolidada en el Hospital Universitario de Alava.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 626

TÍTULO: GRUPOS FOCALES: UNA HERRAMIENTA ÚTIL PARA ANÁLIZAR LA PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES Y USUARIOS DE UN ÁREA BÁSICA DE SALUD

AUTORES: CRESPO PALAU, JOSÉ MARÍA (ABS VANDELLÒS-L'HOSPITALET DE L'INFANT); MORALES SUÁREZ, E. (ABS VANDELLÒS-L'HOSPITALET DE L'INFANT); ALMAGRO LORCA, M. J. (GRUP SAGESSA); COLOMÉS FIGUERA, L. (GRUP SAGESSA); OCETE MANERO, M. (ABS VANDELLÒS-L'HOSPITALET DE L'INFANT); GARCÍA-VILLARRUBIA MUÑOZ, M. (ABS VANDELLÒS-L'HOSPITALET DE L'INFANT)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Encuestas de Satisfacción llevadas a cabo a usuarios por el Servicio de Salud de nuestra Autonomía, daban como resultado algunos aspectos por debajo de la media

Objetivos: Analizar la percepción de usuarios y profesionales sobre aspectos organizativos y asistenciales en nuestra Área Básica de Salud (ABS)

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio transversal y cualitativo realizado mediante la utilización de grupos focales.

Se seleccionaron los siguientes grupos:

- Tres grupos de usuarios, heterogéneos según edad y género. Se analizan percepciones acerca del acceso al sistema, valoración de los profesionales que les atienden, Plan de Comunicación y satisfacción en general. Se recogieron propuestas aportadas.
- Tres grupos de profesionales: facultativos, enfermeras y administrativos del ABS
 - o Médicos: se analiza la gestión de agendas de trabajo, información a usuarios, delimitación de competencias y comunicación.
 - o Enfermería: se analiza el triaje, control de crónicos y comunicación interprofesional.
 - o Administrativos: se analiza la información al usuario, la gestión de llamadas, resolución de conflictos y confidencialidad.

En global se llevaron a cabo seis sesiones con una duración media de 60 minutos por sesión.

Los grupos focales fueron conducidos por una persona externa al ABS, con el objetivo de proporcionar información objetiva y permitir una mayor sinceridad en las respuestas. Esta misma persona fue la encargada de analizar los datos, mediante una metodología cualitativa

Resultados Conclusión: RESULTADOS:

Percepción de los usuarios: Insatisfacción por el triaje por parte de enfermería y por el trato personal, falta de información, utilización de canales no formales para explicitar sus quejas y una gestión inadecuada de ellas.

Percepción de los profesionales: Falta de comunicación interpersonal y trabajo de equipo, gestión de agendas deficitaria, dificultades en el control de crónicos, falta de formación en gestión de situaciones hostiles, asertividad, empatía, comunicación,... necesidad de delimitar funciones y competencias, falta de información a usuarios, falta de intimidad en consultas.

Una vez realizado el análisis DAFO, con factores de contribución externos e internos al proceso, se establecieron Acciones de Mejora que se están llevando a cabo en la actualidad y evaluando de forma periódica.

CONCLUSIONES.-

El análisis con grupos focales, así como el establecimiento, realización y evaluación periódica de acciones de mejora, influyen directamente en la calidad asistencial y mejoran la satisfacción de los usuarios.

Asumir los resultados, analizar las causas facilita establecer cuanto antes las Acciones de Mejora pertinentes

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 627

TÍTULO: CULTURA DE SEGURIDAD EN EL PERSONAL NO SANITARIO

AUTORES: VALLE MADRAZO, TRINIDAD (SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD); RODRIGO REBOLLO, H. (SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD); PINO DOMÍNGUEZ, L. (SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD); RODRÍGUEZ CUNDÍN, P. (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA); HERNÁNDEZ MADRIGAL, R. (HOSPITAL DE LAREDO); FERNÁNDEZ CARRAL, G. (SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La formación es la base necesaria para poder extender la cultura de seguridad a todos los profesionales de la Organización, y de aumentar los conocimientos de aquellos que están involucrados de manera directa en la seguridad del paciente.

Los cursos realizados en el área competencial de calidad responden a necesidades estratégicas del Servicio Cántabro de Salud. En los dos últimos años, desde la Subdirección de Desarrollo y Calidad, se han impulsado actividades dirigidas a los profesionales no sanitarios con el fin de implicarles en las estrategias de seguridad del paciente.

Objetivos: 1) Conocer los aspectos de la seguridad del paciente relacionados con la actividad del personal no sanitario.

2) Integrar la seguridad del paciente como una tarea más del trabajo diario en equipo que implica a todos los estamentos y actividades.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Curso semipresencial de 23 horas de duración realizado a través de la plataforma SOFOS (<http://sofos.scsalud.es/>). El profesorado estaba compuesto por: 3 médicos especialistas en Medicina Preventiva; 1 enfermera de Seguridad del Paciente y 1 celador.

La parte teórica (2 módulos) es online: documentación PDF, presentaciones powerpoint, enlaces web, videos, tutorías y foros de discusión. El módulo 1 se compone de 3 temas: "Seguridad del paciente en los centros sanitarios"; "Identificación segura de pacientes y documentación" y "Movilización y traslado de pacientes". El módulo 2: "Higiene de manos" y "Prevención IRAS: precauciones universales y aislamientos". La sesión presencial (3 horas) consta de una presentación práctica del contenido teórico, orientado a la actividad diaria.

Al final de cada módulo, hay un examen de 10 preguntas tipo test con 4 opciones de respuesta y una única verdadera. Se requiere un 80% de aciertos en cada examen, existiendo posibilidad de recuperación. Este requisito (junto con la asistencia a la sesión presencial) es imprescindible para lograr el certificado.

Resultados Conclusión: Realizadas 2 ediciones (2014, 2015), con 92 alumnos en total. El 57,68% de los participantes tenían más de 45 años y un 68,42% fueron mujeres. El 68,42% tenían formación profesional de grado medio y un 73,68% eran estatutarios fijos.

Al finalizar el curso, se realizó un cuestionario de satisfacción (tasa de participación: 36,54%) en el que se valoraron aspectos relacionados con: contenido temático, metodología, organización, utilidad y aula virtual. La satisfacción global con el curso fue de 8,6 (sobre 10) y la valoración del profesorado: 8,8 (sobre 10).

Los profesores han considerado que la participación e interés mostrado por los alumnos ha sido muy elevada, y que agradecen ser tenidos en cuenta en aspectos relacionados con la seguridad del paciente. Además, el profesorado considera que ha sido fundamental la exposición de casos prácticos en los que los profesionales no sanitarios se vean implicados (como profesionales o como potenciales pacientes) para motivarles e inculcarles que la seguridad del paciente es responsabilidad de todos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 628

TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE USO DE UN SOFTWARE PARA REGISTRAR EL PROCESO ENFERMERO

AUTORES: RODRÍGUEZ TELLO, JAVIER (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA); MEROÑO RIVERA, M. D. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA); ROLDÁN CHICANO, M. T. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA); GARCÍA LÓPEZ, M. M. (CENTRO DE SALUD BARRIO PERAL); SEOANE CEGARRA, M. L. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA); LÓPEZ LACOMA, J. C. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La implantación de la Historia Clínica Electrónica exige el cumplimiento de normas legales relacionadas con los registros, tales como la Ley 41/2002, que establece la obligatoriedad de documentar "la evolución y planificación de los cuidados y la aplicación terapéutica de enfermería". Además, el uso de los lenguajes estandarizados NANDA, NOC y NIC para registrar los Cuidados de Enfermería, se ha extendido, sobre todo tras la indicación de usar estas taxonomías en los Informes de Cuidados de Enfermería, según el Real Decreto 1093/2010.

Nuestro hospital pilotó, en abril y mayo de 2014, un módulo de registro del Proceso Enfermero en la Historia Clínica Electrónica.

La norma ISO 9126-1 establece 3 elementos fundamentales en la calidad de un software: Calidad externa, calidad interna y calidad de uso.

La evaluación de las 2 primeras dimensiones corresponden al servicio de informática desarrollador del software, sin embargo la usabilidad podía ser evaluada durante el pilotaje en nuestro hospital.

Objetivos: Evaluar la calidad de uso del software para el registro del Proceso Enfermero. Determinar los factores relacionados con la usabilidad aceptable.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Estudio descriptivo transversal. Tras el pilotaje del software se entregó un cuestionario autoadministrado a las 38 enfermeras de hospitalización participaron en él, y que recogía las variables:

Dependiente:

Usabilidad del software. Evaluada con el cuestionario validado System Usability Scale (SUS).

Independientes:

Sexo

Edad

Habilidad autopercibida para usar herramientas informática: Escala de Likert de 1: Pésima a 5: Excelente. Actitud ante el diagnóstico enfermero, con el cuestionario validado Position on Nursing Diagnosis scale - Spanish Version (PND-SV).

Tiempo de formación: Un grupo recibió la formación en 12 horas, otro grupo en 6.

Se realizó un análisis descriptivo de las frecuencias de las variables, y comparación de proporciones de usabilidad según las distintas variables independientes, usando el test exacto de Fisher para un nivel de significación de 0,05.

Resultados Conclusión: Respondieron un 68,42% (26 profesionales), de los que el 76,9% eran mujeres. El 80,8% tenían una edad entre 20 y 40 años y el resto entre 41 y 60. El 62,5% recibieron una formación de 6 horas, y el resto de 12 horas.

El 69,2% consideraban que poseían una habilidad informática normal, un 23,1 % buena, y un 3,8% mala, y en el mismo porcentaje, excelente.

El 70% de las enfermeras tienen una actitud positiva ante el diagnóstico enfermero, lo que facilita la implantación de los lenguajes estandarizados.

El 80,8% consideran que el software tenía una usabilidad inaceptable según la escala SUS, hallando diferencias significativas ($p < 0,05$) en la proporción de profesionales que consideraban la usabilidad inaceptable, según el tiempo de formación (100% en el grupo de 6 horas, y 44,4% en el otro. No se observaron diferencias según las otras variables.

Es necesario crear software amigables e intuitivos, que faciliten el trabajo de registro a las enfermeras.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 629

TÍTULO: RESULTADOS DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN DOS HOSPITALES

AUTORES: BARONET JORDANA, GEMMA (IDC SALUD HOSPITAL GENERAL DE CATALUNYA); SAGRERA FELIP, C. (IDC SALUD HOSPITAL GENERAL DE CATALUNYA); MATA HAYA, L. (IDC SALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR); EL HILALI MASÓ, N. (IDC SALUD HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR); ALTIMIRAS RUIZ, J. (IDC SALUD HOSPITAL GENERAL DE CATALUNYA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La creación de una cultura de seguridad es la estrategia más efectiva y duradera en la prevención de errores. Un sistema de notificación voluntario es el método básico de detección de errores de medicación y constituye un elemento clave para la creación de esta cultura de seguridad.

Objetivos: Revisar los resultados de la gestión de riesgos y errores en el uso de la medicación en dos hospitales con política de seguridad del paciente (SP) compartida.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El procedimiento consiste en la notificación de errores de medicación (EM) en un portal específico en la intranet de cada hospital. Los EM se analizan posteriormente para valorar la implementación de medidas preventivas o correctoras, tanto por parte de los comités clínicos de seguridad del paciente (CCSP) como por las comisiones de farmacia. En el H1, este procedimiento está implantado desde el año 2006. En el H2 se adopta el procedimiento a partir del año 2013. En el H1, el sistema de notificación se realiza a través del portal de seguridad del paciente y el portal de registro de errores de medicación de farmacia. Mientras que en el H2, la notificación se hace directamente a través del Servicio de Farmacia (SF) notificando los errores de interés en el sistema de SP. En ambos centros, el comité clínico de seguridad del paciente y la comisión de farmacia comparten el seguimiento y vigilancia de los errores de medicación que requieren un análisis más exhaustivo. En este trabajo se analizan el número de notificaciones realizadas por los profesionales, durante 2013 y 2014, la gravedad del error según la clasificación propuesta por el ISMP y las acciones emprendidas.

Resultados Conclusión: El número de notificaciones fueron: 140 y 68 para el H1 en 2013 y 2014. Para el mismo periodo, en H2 se registraron 487 y 519 notificaciones. Aquí, se incluyen los errores registrados resultantes de la revisión interna en farmacia. Durante el año 2013 los SF registraron el mayor porcentaje de notificaciones (H1 46,4 % y H2 75, 8%). En el H1 se notificaron 9 casos gravedad superior o igual a E (daño moderado), mientras que en el H2 se registraron 2. Tras el análisis se aplicaron unas medidas correctoras en ambos centros: por ejemplo, la introducción de etiquetas identificativas homologadas para diferenciar los diferentes fármacos en el BQ. En el caso de medicación de alto riesgo, citostáticos orales, se ha modificado la ficha del fármaco con el fin de conseguir una doble validación por parte de farmacia. El incremento en la notificación de incidentes relacionados con la medicación y la posterior aplicación de medidas y barreras contribuye a fomentar la cultura de seguridad en las diferentes áreas: servicios médicos, personal de enfermería, servicio de farmacia. Las medidas preventivas y de mejoras implantadas han ayudado a mejorar los procedimientos de trabajo. Seguiremos avanzando en la estandarización del registro de los errores de medicación en los dos hospitales para facilitar las sinergias resultantes de la colaboración entre los SF y los CCSP.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 630

TÍTULO: ELABORACIÓN DEL CÓDIGO ÉTICO INSTITUCIONAL DEL ÁREA III DEL SESPA Y LA FUNDACIÓN HOSPITAL DE AVILÉS

AUTORES: FERNÁNDEZ MUÑIZ, PABLO IGNACIO (HOSPITAL SAN AGUSTÍN. AVILÉS); FERNÁNDEZ CARREIRA, J. M. (HOSPITAL SAN AGUSTÍN. AVILÉS); GÓMEZ ÁLVAREZ, B. (HOSPITAL SAN AGUSTÍN. AVILÉS); MARTÍN GALÁN, A. (HOSPITAL SAN AGUSTÍN. AVILÉS); PUENTE MARTÍNEZ, P. (HOSPITAL SAN AGUSTÍN. AVILÉS); DE LOS BUEIS GONZÁLEZ, M. J. (HOSPITAL SAN AGUSTÍN. AVILÉS).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Un Código Ético institucional es una declaración del conjunto de valores de referencia que deben de presidir la conducta tanto de la institución como de todas las personas que trabajan en ella. El Comité de Ética para la Atención Sanitaria (CÉAS) propone su elaboración, cuyo ámbito de aplicación sea el Área III del Servicio de Salud del Principado de Asturias y la Fundación Hospital de Avilés.

Objetivos: Elaboración de un Código Ético, redactado de forma que resulte fácilmente comprensible, y que refleje un sistema de valores aceptado, respetado y asumido por todas las personas que forman parte de la institución.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: - Etapa I: Revisión bibliográfica, discusión de propuestas y elaboración de borrador, análisis de lecturabilidad y corrección de estilo.
- Etapa II: Encuesta sobre niveles de acuerdo a todos los miembros de la institución, Identificación de valores con a

Resultados Conclusión: - Descripción: personal sanitario 78%, no sanitario 22%; mujeres 80%, hombres 20%; antigüedad media 22 años.
- Conocen la existencia del CÉAS el 62%, más el personal sanitario (68%) que el no sanitario (41%).
- Con el análisis factorial de los ítems se

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 631

TÍTULO: IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE CAIDA A LAS PERSONAS ATENDIDAS DURANTE EL AÑO 2014

AUTORES: OLIVERA, X. (FUNDACIÓ SANITÀRIA MOLLET); SERNA, V. (FUNDACIÓ SANITÀRIA MOLLET); VILLALBA, P. (FUNDACIÓ SANITÀRIA MOLLET); MELERO, N. (FUNDACIÓ SANITÀRIA MOLLET); ÁLVAREZ, O. (FUNDACIÓ SANITÀRIA MOLLET); VICENTE, M. (FUNDACIÓ SANITÀRIA MOLLET).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Existe evidencia científica que las personas ingresadas tienen un riesgo superior de sufrir caídas accidentales ocasionan una carga económica a la sociedad.

Según la OMS una caída es la consecuencia de cualquier incidente que precipita la persona al suelo en contra de su voluntad, eso incluye resbalones, tropiezos y pérdida de equilibrio. Desde el año 2010 se implanta una nueva valoración enfermera centrada en la persona y utilizando el modelo de la Dra. Henderson. Dentro de la necesidad de evitar peligros se identifica el riesgo de caída, objetivándolo a su vez con la escala Downton.

Según L'Aliança per la Seguretat dels Pacients, la tasa de caídas en los hospitales de agudos debería ser inferior a 2 caídas por 1000 días de estancia, y en socio-sanitarios inferior a 3 por 1000. Durante el año 2014 en el hospital la tasa de caídas fue de 2,4 por 1000 y en el socio-sanitario de 3,2 por 1000.

Objetivos: Principal: Evaluar el cumplimiento de la identificación del riesgo de caídas en la valoración enfermera

Específico: Describir el riesgo que presenta cada persona según la escala Downton y valorar si se han tomado medidas preventivas

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Se realizaron 3 cortes de prevalencia durante el año 2014 con una población total de 296 personas.

Se analizaron las variables universales edad, sexo y diagnóstico principal. La variable principal es la identificación del riesgo, las secundarias son el número de personas con riesgo y con el diagnóstico enfermero de Riesgo de caídas activado y si se tomaron medidas preventivas.

Resultados Conclusión: Se pudo observar que un 60% son hombres y un 40% son mujeres. La edad media es de 74 años. La clasificación de las personas según el diagnóstico médico principal, un 37% presentaban enfermedades cardiovasculares, un 25% digestivas, un 18% traumatológicas, un 11% neurológicas y un 9% otras.

En la escala Downton se pudo observar que un 70,2% presentaban valores superiores a 3 y un 1,7% no tenían pasada la escala. Hay que decir que si la escala supera los 3 puntos se considera que la persona tiene riesgo de caída.

El cumplimiento de la identificación del riesgo de caída es del 94,26%, de todos estos un 69,93% presentan riesgo de caída.

De todas las personas ingresadas con riesgo de caídas un 97,45% tienen el diagnóstico enfermero de "Riesgo de Caídas" activado, y en todos ellos se han tomado medidas preventivas.

Pudimos observar la gran adherencia por parte de los profesionales enfermeros en evaluar el riesgo de caídas, y poder planificar unos cuidados adecuados de prevención. A pesar de todo aún queda margen de mejora, ya que la tasa de caídas tanto en el hospital como en el socio-sanitario está ligeramente por encima del estándar. Por tanto se deberán realizar las intervenciones necesarias para disminuir la tasa de caídas.

También pudimos observar la edad avanzada de las personas hospitalizadas, la mayoría presentan enfermedades cardiovasculares. La distribución por sexos es muy similar. De todas las personas la mayoría presentaban riesgo de caída.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 632

TÍTULO: INTERVENCIONES FARMACOTERAPÉUTICAS Y EVALUACIÓN DEL GRADO DE ACEPTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES MÁS FRECUENTES

AUTORES: FERRIS VILLANUEVA, ELENA (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA); GUERRERO BAUTISTA, R. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA); GARCÍA MÁRQUEZ, A. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA); MUÑOZ GARCÍA, I. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA); PÉREZ PÉREZ, I. G. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA); GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO, M. C. (HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los principales objetivos de la monitorización terapéutica son asegurar un uso racional y adecuado de los medicamentos a fin de conseguir los objetivos farmacoterapéuticos deseados, maximizar los efectos beneficiosos de los fármacos, evitar o minimizar los efectos indeseables y ayudar a reducir los gastos que genera el cuidado del paciente.

Objetivos: Conocer el tipo y número de intervenciones farmacoterapéuticas (IF), en el entorno del programa de prescripción médica Selene®, con el objetivo de mejorar la comunicación entre médico y farmacéutico y evaluar el grado de aceptación de las intervenciones más frecuentes.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Las IF realizadas en el formulario FAR-CLINICOS del programa de prescripción médica Selene®, se comunican a tiempo real con el tratamiento de hospitalización, de tal forma que el médico al generar una nueva prescripción, puede visualizar, en el mismo entorno de prescripción, las recomendaciones o IF realizadas por el farmacéutico, pudiendo decidir si incorpora esta información a la nueva orden médica.

Dentro del formulario FAR-CLINICOS se definieron las siguientes IF: Tipo 1. Ajuste a función renal; Tipo 2. Equivalentes terapéuticos (recomendación de una alternativa terapéutica de aquellos medicamentos no incluidos en la guía del hospital de los que se dispone de equivalente terapéutico); Tipo 3. Alergia-Intolerancia medicamentosa; Tipo 4. Indicación fuera de ficha técnica; Tipo 5. Duplicidad terapéutica; Tipo 6. Interacción medicamentosa; Tipo 7. Administración por sondas; Tipo 8. Posología; Tipo 9. Recomendación acerca de la administración; Tipo 10. Interacción fármaco-alimento; Tipo 11. Terapia Secuencial (paso de la vía intravenosa a oral); Tipo 12. Medicamentos no incluidos en guía (informar que medicamentos no están disponibles en el hospital y poder recomendar una posible alternativa); Tipo 13. Medicamentos de uso restringido (controlar su correcta utilización); Tipo 14. Farmacocinética y Tipo 15. Otros motivos de intervención.

Se evaluó el número y tipo de intervención de las IF realizadas durante 6 meses (diciembre-mayo 2015), y el grado de aceptación de las intervenciones más frecuentes.

Resultados Conclusión: Durante el período de estudio se realizaron 5601 intervenciones farmacéuticas (30,7 IF/día).

Según el tipo de IF se registraron los siguientes datos:

A) número intervenciones: Tipo 1: 208; Tipo 2: 177; Tipo 3: 67; Tipo 5: 39; Tipo 6: 67; Tipo 7: 49; Tipo 8: 168; Tipo 9: 35; Tipo 10: 10; Tipo 12: 1650; Tipo 13: 2664; Tipo 14: 225 y Tipo 15: 242.

B) Intervenciones aceptadas más frecuentes: Tipo 1: 50,3% Tipo 2: 52,5% Tipo 5: 76%; Tipo 7: 71,4%; Tipo 8: 70,4%; Tipo 13: 77,3%

La implantación del formulario FAR-CLINICOS ha permitido mejorar la comunicación médico-farmacéutico agilizando el proceso de prescripción-dispensación y administración de medicamentos promoviendo el papel del farmacéutico en el uso adecuado de medicamentos.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 633

TÍTULO: SEGUNDAS VICTIMAS

AUTORES: PLA SABORIT, LUCIA (CLINICA TERRES DE L'EBRE); FERRER ESTELLER, A. (CLINICA TERRES DE L'EBRE)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Hemos visto como en la actualidad hay una clara evidencia de la notificación de eventos adversos(EA). Esto contempla claramente la primera victima: el paciente. Pero debemos parar ahí? Hay mucho más, más repercusiones claramente definidas pero no también estructuradas y a veces hasta olvidadas en su seguimiento y tratamiento, el profesional y la institución. Por eso nos propusimos analizar toda la documentación de nuestro centro Clínica Terres de l'Ebre (CTE). Comprobamos que la segunda víctima (el profesional sanitario) hay todavía muchos flecos a tener en cuenta.

Objetivos:

1. Crear un equipo de trabajo de EA, liderado por un gestor de EA
2. Definir un reglamento interno de trabajo del equipo de EA
3. Analizar toda la documentación del centro de EA
4. Definir una dirección clara dentro del centro, estructurando líneas de actuación en las segundas víctimas (coordinadores, profesionales y red externa)
5. Promover una buena comunicación interdisciplinar
6. Fomentar el sentido de responsabilidad

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Creación de un equipo de trabajo. Elaboración de un reglamento interno del equipo donde queden bien reflejados:

- a) Número de componentes, teniendo en cuenta que tienen que representar diferentes áreas del centro
- b) Definición de cargos dentro del equipo (Lider-Gestor, secretario/a, vocales)
- c) Objetivos del equipo
- d) Planificación de tareas
- e) Cronograma anual
- f) Evaluación

Análisis de la documentación existente en CTE

Búsqueda y análisis de documentación dentro del Grup Sagessa,

Investigación bibliográfica

Valoración de las debilidades del sistema y de las áreas más críticas

Elaboración de protocolos y procedimientos a instaurar

Promover acciones de mejora

Resultados Conclusión: A finales de enero de 2015 se constituyó el equipo de EA con un total de 8 miembros de las siguientes áreas: hospitalización, consultas externas, urgencias, quirófano, rayos x y dirección de enfermería.

Desde febrero de 2015 hasta diciembre de 2015 se trabaja en la elaboración del reglamento interno, el análisis de la documentación del centro, la documentación del Grup Sagessa, investigación bibliográfica, valoración de las debilidades y elaboración de protocolos y procedimientos de centro.

El primer trimestre de 2016 aprobación de protocolos y procedimientos

Segundo trimestre del 2016 difusión en el centro

Segundo semestre del 2016 ejecución

Realizaran una valoración de forma mensual

Planificación de acciones de mejora de forma anual

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 634

TÍTULO: IMPLICACIÓN DE LOS PACIENTES EN LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA CLINICA TERRES DE L'EBRE (CTE)

AUTORES: PLA SABORIT, LUCIA (CLINICA TERRES DE L'EBRE); FERRER ESTELLER, A. (CLINICA TERRES DE L'EBRE)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Los pacientes han demostrado ser capaces de participar en su proceso de salud. Día a día nos damos cuenta que un paciente informado puede colaborar activamente y disminuye la posibilidad de producirse cualquier tipo de evento adverso (EA)
Por este motivo nos planteamos como involucrar más a los pacientes usuarios de nuestro centro.

Objetivos: 1. Valorar las necesidades de los pacientes
2. Definir líneas de actuación
3. Promover la seguridad del paciente
4. Definir como, cuando y en que involucrar a los pacientes
5. Crear protocolos y procedimientos de CTE

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: El equipo de formación de CTE realiza esta tarea.

Qué tipo de pacientes tenemos? Quirúrgicos, hospitalización, consultas externas, urgencias. Pero también decidieron que querían interactuar con los vecinos y los estudiantes del IES Están trabajando en:

- a) Dípticos y trípticos informativos de las intervenciones más frecuentes, de consejos de ingreso y alta.
- b) Sesiones informativas de la principales patologías, escuela de padres
- c) Colaboración con la asociación de vecinos en educación sanitaria
- d) Colaboración con IES salud escolar

Realizan encuestas para valoración de:

- a) Necesidades
- b) Grado de satisfacción
- c) Áreas de mejora

Y con todo, valoraran donde interactuar y como.

Resultados Conclusión: Todavía no son valorables ya que el equipo lleva solo cinco meses de trabajo.

Pero se han marcado el siguiente cronograma:
Diciembre de 2015.

Protocolos y procedimientos hechos y aprobados por dirección de centro.

Dípticos/Trípticos de cuatro temas hechos y difundidos

Cuatro sesiones informativas/formativas y dos sesiones de escuela de padres

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 636

TÍTULO: PLAN ESTRATÉGICO DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

AUTORES: ALLUÉ ORDUÑA, NATALIA (FUNDACIÓ SANITÀRIA MOLLET); ALVAREZ LLORCA, O. (FUNDACIÓ SANITÀRIA MOLLET); GÓMEZ RODRÍGUEZ, M. P. (FUNDACIÓ SANITÀRIA MOLLET); FONTANET CORNUDELLA, G. (FUNDACIÓ SANITÀRIA MOLLET); VICENTE GARCÍA, M. (FUNDACIÓ SANITÀRIA MOLLET); CAPDEVILA AGUILERA, C. (FUNDACIÓ SANITÀRIA MOLLET).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La gestión del conocimiento es el proceso que permite la transferencia del conocimiento entre los profesionales de una organización. Mediante un conjunto de métodos, prácticas y tecnologías que facilitan la generación, el análisis, la selección, el almacenamiento y el compartir los conocimientos, y con diferentes finalidades: aprendizaje, generación de nuevo conocimiento, reutilización, etc.

Una gestión del conocimiento efectiva posibilita que los conocimientos se adquieran, se creen, organicen, se distribuyan y se aprovechen para la toma de decisiones. Permitiendo que los conocimientos que poseen los miembros de la organización (capital humano: capacidades, habilidades, experiencias) pasen a formar parte del activo intelectual de ésta.

Objetivos: Desarrollar un Plan estratégico que sirva de guía para lograr que los conocimientos y el talento de los profesionales de la organización se transforme en capital intelectual de la organización.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: En nuestra institución entendemos la Gestión del Conocimiento como el proceso transversal constituido por todas las actividades que permitan generar, buscar, difundir, compartir, utilizar y mantener el conocimiento de la organización con el fin de incrementar su capital intelectual y aumentar su valor.

Para aplicar dicha misión, y en línea con el Plan Estratégico 2014-2016 se establecen un equipo de trabajo formado por los miembros de la Unidad de Gestión del conocimiento (UGC) y la Dirección Asistencial de la organización. La UGC se compone de cuatro profesionales, dos de formación enfermeros, un médico y un profesional administrativo. Se establece un documento inicial con la definición del objetivo del grupo de trabajo, centrado en la redacción del Plan Estratégico de la UGC, la descripción de los miembros y el cronograma de trabajo. El Para la elaboración del Plan Estratégico se tendrán en cuenta los ámbitos de trabajo de la UGC, previamente definidos, y que acogen: la Calidad, la Gestión Clínica, la Docencia, la Seguridad de Paciente, la Investigación y el Desarrollo de Personas. A partir de dichos ámbitos se definen unos objetivos por ámbito y unas funciones.

Resultados Conclusión: Cumpliendo con los objetivos y cronograma del grupo de trabajo, al inicio del 2015, se redacta un Plan Estratégico de la Unidad de Gestión del Conocimiento que abarcará los ámbitos de Calidad, la Gestión Clínica, la Docencia, la Seguridad de Paciente, la Investigación y el Desarrollo de Personas. Dentro de cada ámbito se redactan unos objetivos, ordenados por prioridad. Estos se asocian con indicadores y planes de acción específicos que serán evaluados anualmente para su seguimiento y alcance de los objetivos. Para facilitar dicha evaluación anual se crea un cuadro de mando con variables cuantitativas y cualitativas, que permitirá ver las tendencias anuales.

Futuras acciones irán dirigidas a la evaluación del plan del año 2015.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 638

TÍTULO: EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE EL PERIODO 2004-2014

AUTORES: RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, FRANCISCO JAVIER (HOSPITAL SAN AGUSTÍN. ÁREA III); SÁNCHEZ ÁLVAREZ, L. (ÁREA SANITARIA III DE ASTURIAS); MARTÍNEZ ARGÜELLES, B. (ÁREA SANITARIA III DE ASTURIAS); LLORENTE FERNÁNDEZ, E. (ÁREA SANITARIA III DE ASTURIAS); FOLGUEIRAS ARTIME, M. (ÁREA SANITARIA III DE ASTURIAS); RODRÍGUEZ GARCÍA, L. C. (ÁREA SANITARIA III DE ASTURIAS).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: El alto consumo de antimicrobianos, provoca la aparición de cepas multirresistentes que pueden originar infecciones para las que no se dispone de una terapia eficaz, por lo que la optimización de la prescripción es esencial.

Objetivos: El objetivo es evaluar la evolución del consumo de antimicrobianos en la población general y pediátrica, de nuestra Área Sanitaria (AS), durante un periodo de once años.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se diseñó un estudio observacional retrospectivo de la dispensación de antimicrobianos a la población atendida en el Área durante los años 2004-2014. Se analiza el consumo de antimicrobianos sistémicos (grupo J01 de la ATC), calculándose las DDD por mil habitantes/día (DHD).

Resultados Conclusión: Los consumos de antimicrobianos, se mantienen en cifras de 20,5 DHD. 4 subgrupos acumulan más del 93% de las DHD. Las penicilinas agrupan el 58,6% en 2004, siguiendo una tendencia positiva (65,8% en 2014). De ellas, la amoxicilina-ácido clavulánico (AMC), con una tendencia positiva y la amoxicilina (AMO), con tendencia negativa, representan más del 97% del subgrupo. Los macrólidos disminuyen (del 16,4% en 2004 al 11,3% en 2014), las quinolonas se incrementan ligeramente, y las cefalosporinas, permanecen estables a lo largo de los años. El resto de los subgrupos han ido disminuyendo.

En relación a pediatría, el consumo global oscila entre 18,93 y 23,3 DHD, sin definir tendencias claras. 3 subgrupos incluyen más del 98 % de las DHD. Las penicilinas con un incremento progresivo (del 77,2% en 2004 al 87,2% en 2014), y dos antibióticos representan casi la totalidad del mismo (más del 98% de las DHD). Estos son la AMO, con una tendencia ascendente (incremento de 48,5%) y la AMC con tendencia decreciente (43,8% de descenso). Las cefalosporinas con tendencia negativa (del 11% en 2004 al 4,7% en 2014) y los macrólidos, con un descenso menor, del 10,8% en 2004 a 7,2% en 2014.

El uso de antimicrobianos en el AS se ha mantenido en unos niveles similares a los de España (ECDC), que difirieren de países como Francia (hasta 40 DHD) u Holanda (10DHD). Analizando el consumo, el impacto de las campañas de uso racional de los antimicrobianos no ha sido suficiente, pues este se ha incrementado al inicio, estabilizándose el resto de los años. Sí se observa un incremento en el uso de las de las penicilinas, fundamentalmente a expensas de la AMC y, en menor medida de la AMO, justificado por su utilización en infecciones respiratorias y urinarias.

La población pediátrica mantiene el consumo, siendo las penicilinas las más usadas, disminuyendo la prescripción de AMC, e incrementándose la de AMO, lo que si justificaría las campañas a favor del consumo de penicilinas sin inhibidores de betalactamasas para el tratamiento de las infecciones de vías respiratorias altas, en especial la faringoamigdalitis.

Este estudio indica la necesidad de activar la formación y la sensibilización, de los profesionales del AS, en el uso adecuado de antimicrobianos, evitando la variabilidad de la prescripción y el consumo innecesario.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 639

TÍTULO: LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA GESTIÓN POR PROCESOS FUNDAMENTADA EN LEAN HEALTHCARE

AUTORES: GIMENO RUBERTE, CARMEN (CONSORCI SANITARI INTEGRAL); MOMPO I AVILES, C. (CONSORCI SANITARI INTEGRAL); PUMAR DELGADO, D. (CONSORCI SANITARI INTEGRAL); VILA FONT, M. (CONSORCI SANITARI INTEGRAL); LOPEZ PEREZ, A. (CONSORCI SANITARI INTEGRAL)

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Iniciamos la implantación de un sistema de Gestión por Procesos (GPP) en el 2001 (a partir de una autoevaluación EFQM) fundamentado en la Metodología Lean Healthcare a partir del 2008.

Se realizan 6 proyectos de seguridad de paciente (SP): hospitalización, procedimiento quirúrgico de intervención de hernia inguinal, dispensación de medicamentos, lavado de manos y desinfección de objetos en contacto con el paciente, equipos de terapia respiratoria e información clave del paciente en relación a medicación, comida y medios de contención

Objetivos: Hacer visible la SP dentro de la GPP fundamentada en Lean Healthcare.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Herramientas tradicionales para mejorar la SP: Rondas de seguridad, estandarización, AMFE.

Se incluyen requerimientos de SP en otras herramientas: 5S (mensuales), Matriz de evaluación, Gestión de materiales/Kanban, Gestión Visual, Kaizen.

SP en las 5'S:

La mejora del orden y la limpieza facilita la gestión de temas de SP: materiales en buen estado, dinámicas de trabajo estandarizadas, documentación en el lugar adecuado, etc.

Además, se traspasan a las auditorías 5S conceptos de estandarización de las Rondas de seguridad:

- Estandarización y revisión de carros de RCP.
- Estado de dispensadores de jabón y solución hidroalcohólica.
- Ausencia de jeringas cargadas sin presencia del profesional.
- Estado y ubicación de bolsas de orina.
- Cumplimiento de estándar de palos de suero y trapecios.
- Estandarización de material de aislamientos.
- Información correcta y cumplimiento de estándares de aislamientos.
- Cumplimiento de estándar de cabalímetros de oxígeno y manómetro de vacío.
- Estado de las luces de guía de las habitaciones.

Requerimientos de SP en la Matriz de evaluación©:

- Identificación y gestión de materiales, equipos e instalaciones críticas.
- Formación del personal en limpieza autónoma de objetos.
- Uso adecuado del registro de notificaciones de eventos adversos (EA).
- Acciones de mejora documentadas para reducir EA del proceso.
- Análisis DAFO del proceso para prevenir EA

Resultados Conclusión: SP en las 5'S:

- Cumplimiento de la revisión del carro de paros, sellado y firma: pasa de 85% a 95%
- Desde el inicio de la sistemática 5's (2011) se han cerrado más de 3.500 pequeñas acciones para mejorar el orden, la limpieza y la seguridad.

SP en la Matriz de evaluación© (2014):

- 54% de procesos evaluados.
- 260 acciones de mejora, 87% de procesos con uso adecuado del registro de EA y 95% con elementos críticos identificados.

La SP es una estrategia que marca el objetivo de nuestro Sistema de gestión.

La GPP fundamentada en Lean Healthcare favorece una sistemática de trabajo orientada a la SP.

Las herramientas Lean generan un gran número de microacciones de mejora para disminuir el riesgo de nuestros pacientes.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral

ID: 640

TÍTULO: TELEOSTOMIA Y TELECURA. ATENCION INTEGRADA PARA EL PACIENTE Y ACCESIBLE A TRAVES DE LAS TICS

AUTORES: CUEVAS BATICON, BLANCA (HOSPITAL DE TORTOSA VERGE DE LA CINTA); GAVALDA ESPELTA, E. (ATENCIÓN PRIMARIA DE TERRES DE L'EBRE); PONS PRATS, M. A. (HOSPITAL DE TORTOSA VERGE DE LA CINTA); BONFILL ESTELLE, T. (HOSPITAL DE TORTOSA VERGE DE LA CINTA); ROIG PANISELLO, A. I. (GERENCIA TERRITORIAL TERRES DE L'EBRE); PIÑOL BENITO, A. (HOSPITAL DE TORTOSA VERGE DE LA CINTA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: Todo paciente quirúrgico puede ser dado de alta hospitalaria, bien con una herida que necesitará cuidados específicos o bien con una ostomía que también requerirá de cuidados de enfermería especializados, muchas veces centralizados en el hospital de referencia. Esta situación supone desplazamientos, molestias para el paciente y sobrecarga para los profesionales hospitalarios. La Región Sanitaria Terres de l'Ebre cuenta con la existencia de una Comisión Territorial de Heridas Crónicas y Ostomías formada por enfermeras del área hospitalaria y de atención primaria, entre las cuales hay: expertas en heridas crónicas, estomaterapeutas y una referente en cada equipo de atención primaria. Esta comisión facilitó la creación de un nuevo diseño organizativo aplicando las nuevas tecnologías (TICs) con la finalidad de proporcionar al paciente comodidad, calidad, eficiencia al sistema y satisfacción a los profesionales.

Objetivos: Mejorar la calidad de vida del paciente.
Unificar criterios en los cuidados de las heridas crónicas y de las ostomías.
Disminuir el tiempo de curación de estas heridas.
Resolver complicaciones derivadas de las ostomías
Facilitar la labor a atención primaria sin la necesidad de derivar al especialista.
Disminuir los gastos sanitarios de estos procesos, optimizando los recursos humanos y los sanitarios.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Formación continuada y unificada en el tratamiento y cuidado de heridas y ostomías en todas las Áreas Básicas. Aplicativos informáticos: ecap Valoración, imagen, propuestas de tratamientos, evaluación de forma consensuada entre enfermería de primaria y enfermería experta. SAP Programación de visita presencial si se requiere. Información compartida mediante la HC (Historia compartida de Cataluña)

Resultados Conclusión: No contamos con resultados consistentes para su análisis, dado que se ha implantado recientemente.
Pacientes y profesionales demuestran satisfacción con la nueva fórmula aplicada.
Para el seguimiento de la implantación del proyecto se utilizarán los indicadores siguientes:
Recuento de consultas en agenda ecap .
Recuento de consultas en la agenda SAP.
Etiología de las lesiones i/ o complicaciones.
Esta nueva realidad pretende: proporcionar comodidad y confort al paciente, facilitar la evaluación de los resultados en todo el proceso asistencial, reducir y mejorar el tiempo y accesibilidad a las agendas del Hospital, satisfacer a los profesionales ,en la comunicación y formación.
La finalidad de todo proceso asistencial es la recuperación y/o adaptación a un nuevo estado de salud, de la forma más sencilla y menos traumática posible.
En todo este proceso enfermería juega un rol principal, por tanto, es nuestro deber proporcionar al paciente la mejor calidad asistencial ,incluyendo una atención especializada con una atención de proximidad, comodidad y a la vez eficiente y eficaz.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 641

TÍTULO: LA UNIDAD DE CALIDAD RESPONSABLE DE LAS SESIONES FORMATIVAS EN UNA OSI

AUTORES: ALVAREZ GÓMEZ, BEATRIZ IZAR (ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA DEBABARRENA); ASTARLOA TOTÓRICA, M. I. (ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA DEBABARRENA); TABOADA GÓMEZ, J. (ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA DEBABARRENA); BUSTINDUY BASCARAN, M. T. (ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA DEBABARRENA); UNANUE IBÁÑEZ, M. A. (ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA DEBABARRENA); RODRÍGUEZ COGOLLO, R. (ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA DEBABARRENA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La Organización Sanitaria Integrada Debabarrena (OSI) se crea en 2.012 para unir los niveles asistenciales preexistentes, el Hospital de referencia y Atención Primaria, para proveer una mejor asistencia sanitaria.

Fruto de esta integración, en 2.013, se produce un cambio en la organización de las actividades formativas, que supone la centralización de todo el proceso en la persona de la administrativa del Servicio de Calidad, abarcando las labores de información, coordinación, organización y acreditación de las actividades.

Objetivos: Evaluar la mejora en la organización de actividades formativas a raíz de la incorporación de la figura administrativa de Calidad a la unidad.

Material y Métodos Descripción de la Experiencia: Se revisan las sesiones realizadas en 2.011 y 2.012 y se comparan con las de 2.013 y 2.014.

Definición y descripción de las etapas del proceso:

1. Información sobre acreditación de Formación Continuada del Gobierno Vasco.
2. Revisión de memoria de programación anual para el cumplimiento de criterios de calidad que el Dto. de Formación Continuada del Gobierno Vasco establece como requisito para la acreditación.
3. Solicitud de acreditación al Dto. de Formación Continuada del Gobierno Vasco.
4. Control de cumplimiento de requisitos tras la realización de la sesión.
5. Elaboración del acta del desarrollo de la sesión.
6. Remisión de documentación y registro de asistencia al Dto. de Formación del Gobierno Vasco.
7. Tras la aprobación de la acreditación, verificación de créditos concedidos al final del año.
8. Expedición de los certificados de los profesionales

Resultados Conclusión: En 2.011 y 2.012 se llevaron a cabo 33 y 30 sesiones acreditadas respectivamente, todas en el ámbito hospitalario.

En 2.013 se realizaron 72 sesiones acreditadas y en 2.014, 82 sesiones. Desglosado por ámbito 48 fueron en el hospital en 2.013 y 24 en Atención Primaria. En 2.014 fueron 46 en el hospital y 36 en Atención Primaria.

Si al número de personas nos referimos, en 2.011 y 2.012 participaron 314 y 678 personas respectivamente. Observando los datos de los dos años posteriores, se aprecia un considerable incremento con 1.132 y 1.582 personas en 2.013 y 2.014, respectivamente.

Finalmente y tras un consenso con el Dto. de Personal, en 2.014, se realiza la emisión de los 2.714 certificados para los profesionales asistentes de todas las sesiones realizadas hasta la fecha.

CONCLUSIONES: La incorporación de la administrativa de Calidad para la gestión de formación continuada mejora ostensiblemente la organización del proceso de formación.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 642

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL ABSENTISMO A LA FORMACIÓN EN LA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA DEBABARRENA

AUTORES: GASTAÑAZATORRE ETXEBERRIA, MIRIAN (ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA DEBABARRENA); PEDROSA RODERO, F. J. (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ARABA); ÁLVAREZ GÓMEZ, B. I. (ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA DEBABARRENA); SAN MIGUEL LUARIZAYERDI, N. (ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA DEBABARRENA); MENDIOLA AZURMENDI, A. M. (ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA DEBABARRENA); GARAI LETAMENDI, M. G. (ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA DEBABARRENA).

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La OSI Debabarrena rompe con la estructura jerárquica tradicional compuesta por 5 Direcciones y se crean 17 nuevas unidades funcionales persiguiendo la autogestión de las mismas. De esta forma, la gestión de la formación se realizará a través de los equipos directivos de cada unidad.

Fruto de esta reestructuración organizativa se implanta un nuevo modelo de gestión de la formación que establece indicadores para el control de la misma. Y se observa una ausencia del control de la asistencia a las actividades formativas que se ofertan.

Objetivos: Realizar un control y seguimiento del absentismo para detectar las causas para así obtener un mayor aprovechamiento de los cursos.

Material y Métodos. Descripción de la Experiencia: Las actividades que realiza la responsable de formación para el control del absentismo son las siguientes:

- Mecanización del registro de firmas de los asistentes así como del absentismo.
- Comunicación al responsable a través de correo electrónico. El responsable pregunta al ausente el motivo y lo notifica a la responsable de formación que a su vez lo mecaniza en la base de datos registrando también la penalización si procede. (Dicha penalización consiste en la no asistencia durante un año a la misma actividad formativa).
- Semestralmente se remite un informe con los indicadores de control del absentismo de cada Unidad a la Dirección para la revisión del sistema de gestión.

Durante el proceso de revisión del sistema la Dirección reclama la justificación del absentismo a los responsables de cada Unidad en caso de que ésta sea superior al estándar marcado del 5%.

Resultados. Conclusión: El análisis de los resultados se realiza comparativamente para el primer semestre de 2014 y 2015.

A pesar de que el número de personas que asistieron al menos a un curso aumenta de 432 en 2014 a 486 en 2015, el absentismo a los cursos ha disminuido ostensiblemente de un 5,37% en el 2014 a un 2,14% en 2015.

De esta manera, podemos concluir que las medidas adoptadas para el control del absentismo han sido efectivas tal y como muestran los resultados.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Electrónica

ID: 643

TÍTULO: ¿SE PUEDE APRENDER JUGANDO?

AUTORES: FRANCO VIDAL, AMALIA (GERENCIA AREA SANITARIA I. SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS); MARTINEZ ARGUELLES, B. (GERENCIA AREA SANITARIA III. SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS); VILLA CASAL, J. P.; MARTINEZ FERNANDEZ, R.; FOLGUEIRAS ARTIME, M.; GONZALEZ DE CANGAS; B.

RESUMEN COMUNICACIÓN:

Justificación: La formación en Atención Primaria (AP) es un área rural es un gran reto al pretender llegar a todos los profesionales sin generar desplazamientos. El G-learning ofrece la posibilidad de formar a distancia utilizando técnicas de juego que permiten 'fidelizar' al alumno al entretener y formar. **Objetivo:** Evaluar una estrategia formativa de gamificación.

Objetivos: Evaluar una estrategia formativa de gamificación en AP y comparar los resultados con los obtenidos en el ámbito no sanitario.

Material y Métodos **Descripción de la Experiencia:** Estudio descriptivo observacional en Atención Primaria y en una empresa de embalaje. Se valuar el desarrollo de la misma estrategia formativa en dos ámbitos diferentes: Médicos y pediatras de AP que reciben formación en Dermatología, y trabajadores de una empresa de embalajes que reciben formación en Prevención de Riesgos Laborales. La estrategia consiste en una serie de desafíos entre los jugadores a base de preguntas sobre la materia (con imágenes) asignando una puntuación al jugador que responde con menos fallos y en menor tiempo. Duración de la batalla: una semana a 9 días. Se establecen premios para los ganadores. Se evaluaron y compararon aspectos como la participación, el número de preguntas realizadas y el porcentaje de acierto, así como la utilidad de la información proporcionada. Se describe el estudio con estadísticos descriptivos básicos e intervalos de confianza al 95%. Se compararon los porcentajes con Chi2

Resultados **Conclusión:** En el grupo sanitario aceptaron participar el 90,7% (participación real: 65.6% IC95: 55.7-74.5). En el no sanitario la participación fue del 71.11% . El juego sanitario duró una semana y 9 días el no sanitario. Se respondieron 36.965 preguntas por los sanitarios y 72.307 por los no sanitarios. La tasa de aciertos pasó de un 69.83% al 83.15% entre los sanitarios y del 65% al 75% entre los no sanitarios. El periodo de aprendizaje del juego fue de 2 días entre los sanitarios y de 4 días entre los no sanitarios. Entre los sanitarios se consideró apto al 33,3% de los participantes (más de un 80% de respuestas correctas al final del juego). El análisis por temas permite concluir las áreas con más déficit de formación, así como los individuos con necesidades especiales de formación. En el grupo no sanitario se utilizó como evidencia de la formación y de la efectividad de la misma. **Conclusión:** la gamificación es una estrategia de formación válida tanto para personal sanitario como no sanitario, de un modelo público o privado, por su alto porcentaje de participación, sus costes y los resultados obtenidos, si bien es necesario profundizar en su aceptación por los profesionales sanitarios y evaluar su impacto en el desempeño final.

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicación Oral